

ХАБАРШЫСЫ

№ 5 (50), 2010

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан с мая 1998 г.

Учредитель: «Республиканское государственное казенное предприятие «Южно-Казахстанская государственная медицинская академия»

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и общественного согласия Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство № 106-ж от 20 01. 1998 года.
ISSN 1562-2967

На основании решения коллегии Комитета по надзору и аттестации в сфере образования и науки Министерства науки и образования Республики Казахстан, журнал «Вестник» включен в Перечень изданий для публикации основных результатов диссертаций.

Компьютерный набор и верстка:
Суюнбаева Н.С., Жилин Д.А.

Адрес редакции:

160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(113)

Факс: 40-82-19

Е-Mail: medacadem@rambler.ru
<http://www.Ukgma.kz>

Тираж 50 экз., объем 15,6 п.л.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д, доктор медицинских наук, профессор

Заместитель главного редактора

Югай Н.В., кандидат медицинских наук, доцент

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Арыстанов Ж.М., доктор форм.наук, профессор
Баймахамбетов Ж.Ж. – доктор мед.наук, профессор
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Карабеков А.К., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор
Малгаждарова Б.С. доктор мед.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Годлевский Л.С. (г. Одесса)
Денисов И.Н. (г. Москва)
Чернова Г.И. (г. Санкт-Петербург)
Сангинов Д.Р. (г. Душанбе)
Тахчиди Х.П. (г. Москва)
Кульжанов М.К. (г. Алматы)
Каратаев М.М.(г. Бишкек)
Каусова Г.К. (г. Алматы)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:615739.15-099

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. М. Мадьяров

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ТҮЙІН

Біздің зерттеу жұмыстарымыз ауруларды екі топқа жіктей отырып жүзеге асырылды. Бірінші топқа ішектің жедел түйіндемесі бар аурулардың арасында диагностика мен емдеу жұмыстары ежелден қолданысқа енгізілген әдіс-ермен жүзеге асырылған науқастар енгізілді. Бұл топтағыларға назоинтестинациялық интубация жасалып, ішекке электр тоғымен қоздыру, озондалған ерітіндімен ішек ішіне лаваж жасалды. Осы әдістемені қолдану ауруларға кететін шығынның азаюына алып келді немесе шығынның минимизациясы айқын байқалды.

SUMMARY

Our investigational work is divided the patients into 2 groups. Into the first group was included the patients with acute intestinal obstruction which diagnostics and treatment of acute intestinal obstruction were performed with the standard old methods. The patients of this group were made. The nasointestinal intubation with electrostimulation and the intestinal lavage was made with ozonated solution. Using this innovative methods of diagnostics and treatment show cost savings or cost minimization.

До настоящего времени остаются нерешенными многие вопросы, касающиеся клинических (своевременность оказания медицинской помощи, эффективность диагностических и лечебных мероприятий) и медико-организационных аспектов (экономия финансовых ресурсов, снижение экономического ущерба) при острой кишечной непроходимости. С неправильной трактовкой клинических моментов связаны послеоперационные осложнения и высокая летальность. В то же время, не отработаны механизмы снижения экономических затрат на проведение лечебно-диагностического процесса при острой кишечной непроходимости. Перед хирургами до сих пор стоит ряд задач, касающихся лечебной тактики при острой кишечной непроходимости и борьбе с послеоперационными осложнениями, несмотря на развитие методов и техники интубации кишечника, улучшение конструкции энтеростомических зондов и использовании при их изготовлении высококачественных полимерных материалов.

Проблемы эффективности и совершенствования оказания медицинской помощи больным с острой непроходимостью кишечника выходят за рамки хирургической службы и нацеливают организаторов здравоохранения на разработку приоритетных и более совершенных механизмов по медицинскому обеспечению больных данного профиля. До настоящего времени, несмотря на значительные успехи в абдоминальной хирургии, возникает необходимость в разработке как медико-организационных технологий, включающих своевременную диагностику, лечение и реабилитацию больных, так и клинических технологий, охватывающих доступные, надежные для практического врача методы. С этих позиций, своевременная диагностика и лечение больных с острой кишечной непроходимостью на основе инновационных технологий предопределяют социальную и экономическую эффективность. Многие методы определения жизнеспособности кишечника при острой кишечной непроходимости, границ резекции нежизнеспособной кишки сложны, требуют сложной аппаратуры, что затрудняет их использование в практике ургентной хирургии. Первую группу включены больные с острой непроходимостью кишечника (441 пациент), у которых диагностика и лечение острой кишечной непроходимости проводились общепринятыми методами без кишечного лаважа озонированными растворами, без электростимуляции кишечника. Интраоперационная оценка жизнеспособности кишки у этих больных осуществлялась традиционным визуально-пальпаторным способом. Во вторую группу включены 441 больной с острой непроходимостью кишечника, у которых применялись методы детоксикации (назоинтестинальная интубация с электростимуляцией кишечника, внутрикишечный лаваж озонированным раствором). Оценка жизнеспособности кишечника определялась путем введения в брыжейку пораженного участка кишечника 1% водного раствора метиленового синего. Внедрение инновационных технологий диагностики и лечения острой кишечной непроходимости отразилось на снижении затрат в группе больных с данной патологией. Для сравнительной оценки технологий, используемых во II группе больных по сравнению с I группой (где использовались традиционные методы лечебно-диагностических мероприятий), нами использован метод минимизации затрат. Метод минимизации затрат: Cost Minimization Method (СММ), как метод клинико-экономического анализа, учитывающий как экономическую так и клиническую составляющую при использовании двух и более технологий. При проведении метода минимизации затрат (СММ) отобраны две группы больных по 441 в каждой: I группу включены больные с острой кишечной непроходимостью, у которых диагностика и лечение проводилось общепринятыми методами без кишечного лаважа озонированными растворами, без электростимуляции кишечника. Интероперационная оценка жизнеспособности кишки у этих больных проводилась традиционным визуально-пальпаторным

способом. II группа включала больных с острой кишечной непроходимостью, у которых использовались методы детоксикации (назоинтестинальная интубация с электростимуляцией кишечника, внутри кишечный лаваж озонированным раствором). Оценка жизнеспособности кишечника определялась путем введения в брыжейку пораженного участка кишечника 1 % водного раствора метиленового синего. Из первой группы больных прооперированны 31,4 % (138 человек); из второй группы 35,4 % (156 человек), таблица 1.

Таблица 1 - Затраты на одного больного с острой кишечной непроходимостью без использования инновационных технологий (I группа) и с их использованием (II группа).

Наименование групп	Стоимость одного койко-дня	Стоимость операции	Койко-дни	Диагностические процедуры	Лекарственные средства	Затраты
I	10000	25588,2	16	35200,0	61430,65	282218,85
II	10000	27222	10	30300,0	26500,4	94022,4

Расчёт минимизации затрат показывает снижение затрат во второй группе больных, то есть, где использовались инновационные методы диагностики и лечения. Затраты на одного больного при использовании инновационных технологий и диагностики и лечения острой кишечной непроходимостью методом минимизации затрат показывает, что использование технологий диагностики лечения данной патологии составляет 94 тыс.022,4 тенге на одного больного что на 66,7 % ниже, чем при использовании общепринятых методов.

УДК 614.2:615739.15-099

ИССЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В СПОРТЕ

М.В. Никипорен

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

ТҮЙІН

Стоматологиялық аурушандықтың негізгі бөлігі шаңғышылар үлесіне тиесілі. Бұл спортшылар арасында кариес, парадонтаның қабынып ауыруы, периапикалық ошақтардың созылмалы түрлері жиі дамиды. Жекпе-жекпен айналысатын спортшылардың арасында ауыз қуысының гигиенасы нашар. Сондықтан олардың арасында парадонтаның қабынуы кездеседі. Көркем гимнастикасымен айналысатындар арасында тіс-жақ аномалиясының қалыптасу себептері көптеп кездеседі. Осыған қарағанда ауыз қуысы патологияларының қалыптасуына спортпен айналысу ерекшеліктеріне байланысты.

SUMMARY

The largest part of dental disease falls on the representatives of skiing. Skiers are at risk for the development of caries, periodontal inflammatory diseases a chronic periapical lesions. The oral hygiene among the sport fighters are poor. That's why the inflammation of paradont is revealed. Representatives of the artistic gymnastics are at risk for development of dentoalveolar anomalies. That is the frequency and severity of dental disease is largely due to the focus of the training process.

Широко известно, что регулярные занятия физическими упражнениями имеют огромное значение для укрепления здоровья, повышения устойчивости и сопротивляемости организма. Повреждающее действие гипокинезии доказано многочисленными отечественными и зарубежными исследованиями. Однако, когда речь заходит о влиянии на здоровье спорта, направленного на достижение высоких результатов, гиперкинезия при определенных условиях также может оказаться небезразличной для здоровья и приводит к развитию перенапряжения, предпатологических и даже патологических состояний (1,2). Одним из факторов, способствующих заболеваемости спортсменов (в том числе, стоматологической), являются чрезмерные физические нагрузки. Так, у спортсменов, по сравнению с их сверстниками, не занимающимися спортом, чаще встречаются аномалии зубов и челюстей, выше показатели распространенности и интенсивности кариеса, травм зубов и челюстно-лицевой области. Особую обеспокоенность вызывают хронические стоматогенные очаги инфекции (ОХИ), которые не проявляют себя в покое и при обычной физической нагрузке, но могут оказывать негативное влияние на организм при интенсивных физических нагрузках, провоцируя многие заболевания. Кроме того, известно, что у спортсменов с очагами хронической инфекции повышен риск внезапной смерти вследствие, так называемого, «бактериального» коллапса, в силу чего очаги хронической инфекции предлагают относить к дополнительным факторам риска внезапной смерти в спорте. Отмечается неблагоприятное влияние чрезмерных физических нагрузок и на состояние тканей пародонта. В последние годы появились данные, подтверждающие развитие воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП), как результат нарушения равновесия

в гомеостазе. Нарушение нейрогуморальной регуляции ведет к изменению белкового и электролитного обмена, происходит сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону метаболического ацидоза с дыхательным алкалозом.

Эти механизмы приводят к возрастанию кислотности слюны, созданию условий для деминерализации эмали зубов, повышению микробного метаболизма полости рта, сенсibilизации всего организма. Известно, что воспалительные заболевания пародонта, как и другие стоматологические заболевания, протекают значительно тяжелее при наличии сопутствующих патологических состояний, особенно, если последние оказывают отрицательное влияние на иммунологическую реактивность организма. Одним из таких состояний является синдром перетренированности спортсменов. К нему приводят программы подготовки, не адекватные их физиологическим и нервно-психическим возможностям. В основе перетренированности лежат, в первую очередь, нарушения нервных процессов и изменения функции ЦНС, изменения в эндокринной сфере, главным образом, коры надпочечников и гипофиза, и изменения со стороны иммунной системы – так называемые, спортивные иммунодефициты. То есть, в основе синдрома перетренированности спортсменов лежат те же механизмы нарушения равновесия в треугольнике гомеостаза, что и при воспалительных заболеваниях пародонта. Однако, несмотря на это, исследований, посвященных влиянию состояния перетренированности на пародонт спортсменов, до настоящего времени не проводилось. Следует отметить, что заболевания пародонта у спортсменов, в основном, представлены хроническим катаральным гингивитом (ХКГ), который зачастую обостряется именно в состоянии перетренированности. При этом, отмечается недостаточная эффективность лечения обострившегося заболевания, что может быть связано с изменениями иммунного статуса. Однако, сравнительный анализ иммунного ответа на обострение хронического катарального гингивита у спортсменов с различным функциональным состоянием (на фоне перетренированности и без нее) до сих пор не проводился, так же как не выявлены факторы, способствующие обострению данного заболевания у спортсменов.

Мы провели исследование 395 высококвалифицированных спортсменов – представителей различных видов спорта и 50 студентов Казахской Академии спорта и туризма, не занимающихся спортом. Все спортсмены, кроме представителей художественной гимнастики, были мужского пола. Общий спортивный стаж составлял 10-13 лет ($11,4 \pm 0,05$), спортивная квалификация – не ниже кандидата в мастера спорта. Всем проводилось полное клинико-инструментальное обследование. При осмотре изучали состояние слизистой оболочки щек, губ, языка; прикрепление уздечек губ, языка, тяжей слизистой со стороны преддверия полости рта и его глубину; состояние десневого края – цвет, размер, форму, а также наличие свищей, абсцессов, наддесневых и поддесневых зубных отложений. Кроме того, оценивали качество пломб, зубных протезов, наличие кариозных и некариозных поражений, а также вид прикуса. Определяли глубину десневой борозды. При формировании групп принимали во внимание такие признаки наличия воспаления десны, как гиперемия, отек, кровоточивость. В ходе работы проведено изучение стоматологического статуса у представителей семи видов спорта: легкая атлетика, плавание, лыжи, единоборства, гребля, игры, художественная гимнастика. Известно, что каждый вид спорта обладает совокупностью специфических факторов (распределение физических нагрузок, агрессивные особенности окружающей среды, особенности питания и др.), так или иначе воздействующих на организм спортсменов. Установлено, что при интенсивных физических нагрузках у них отмечается рост практически всех стоматологических заболеваний. Уровень гигиены ротовой полости у спортсменов, в целом, лучше, чем у лиц, не занимающихся спортом, у которых «хороший уровень гигиены» отмечается лишь у 25% обследованных. Это, по всей видимости, можно объяснить более частыми стоматологическими обследованиями спортсменов, проходящими в рамках диспансеризации. В группе спортсменов гигиена ротовой полости лучше и составляет 33,6% случаев. Наиболее высокий уровень гигиены ротовой полости среди спортсменов отмечается в группе художественной гимнастики и гребле. У представителей этих видов спорта «хороший уровень гигиены» отмечается более чем в половине случаев (54,5-55,6%). Наиболее плохой – в группах единоборств и в лыжных гонках (при «хорошем уровне» у 20,1% и 22,2% обследованных, соответственно). Это, вероятно, связано с действием внешних агрессивных факторов: спортивные напитки и холодный воздух у лыжников, использование кап у представителей единоборств.

Нами установлено, что в группе спортсменов, в целом, отмечается более высокая кровоточивость, чем в контрольной группе – 64,4%. Наибольшая кровоточивость по субъективной оценке отмечается у спортсменов при занятиях плаванием и лыжами, причем, в группе пловцов более, чем у половины спортсменов она выше, а при занятиях лыжами такая оценка отмечается почти в 2 раза реже. Наименьшая кровоточивость установлена у представителей игровых видов спорта, где рассматриваемый показатель находится на уровне контрольной группы. В связи с тем, что плавание и лыжные гонки относятся к видам спорта с преимущественным развитием выносливости на фоне высокоинтенсивных нагрузок, можно предположить, что именно это является причиной столь высокого индекса кровоточивости в данных группах спортсменов. Несомненно, что влияние на слизистую ротовой полости оказывают и присущие этим видам спорта агрессивные факторы внешней среды, а именно: хлорированная вода в плавании, холодный воздух, ротовое дыхание и спортивные напитки в лыжных гонках. Установлено, что в общей группе спортсменов интенсивность воспаления пародонта более выражена. Так, у спортсменов оно составляет - 78% против 35% в контрольной группе. При рассмотрении групп по видам спорта установлено, что наибольшая выраженность воспаления пародонта отмечается у лыжников. При этом отсутствие воспаления отмечается только у 22,2%

спортсменов этой группы. В группе пловцов относительно невысокий уровень заболеваемости пародонта, однако, у всех обследованных отмечаются признаки воспаления – от начальной (1-й стадии) заболевания – 82,4% до 2-й стадии процесса - у 17,6% пловцов. Результаты проведенной диагностики хронического катарального гингивита с учетом данных клинического обследования и индексной оценки показали, что в группе спортсменов, в основном, отмечается локализованный катаральный гингивит. Заболеваемость им составляет 52,6%, что мало отличается от контрольной группы. Однако, интактный пародонт в группе спортсменов встречается реже, чем в контроле, что обусловлено более высокой частотой диагностирования у спортсменов катарального генерализованного гингивита (19,4% по сравнению с 2,1% в контрольной группе). По полученным нами данным, наиболее часто катаральный генерализованный гингивит отмечается у лыжников (33,3%) и легкоатлетов (25%). Реже эта патология диагностируется у представителей художественной гимнастики и гребли. В целом же, заболеваемость хроническим катаральным гингивитом (локализованным, и генерализованным) у спортсменов составляет у 72% и достоверно превышает таковую в контрольной группе (57,9%). В проведенных нами исследованиях показано, что распространенность кариеса у спортсменов является более высокой, чем у лиц, не занимающихся спортом. В контрольной группе среднее число интактных зубов составляет 25,0+1,1. Среди спортсменов, по нашим данным, наиболее благополучными оказались группы единоборств и игровых видов, где интактные зубы в среднем составили 21,9+1,5 и 21,8+1,05. Нами также установлено, что наибольшая его интенсивность отмечается у представителей лыжных гонок, плавания, гребли и легкой атлетики. Наименьшая интенсивность кариеса выявлена в единоборствах. Следовательно, капы, применяемые в единоборствах, существенного влияния на возникновение этой патологии не оказывают.

В группе спортсменов зубочелюстные аномалии регистрируются чаще, чем в контроле, составляя по нашим данным, в среднем, 39% против 22%. Это может быть связано с тем, что раннее начало занятий спортом приводит к множественным нарушениям в организме. В том числе, под действием неадекватных для детского организма нагрузок нарушается правильное формирование зубов. Одной из причин является преобладание ротового дыхания при выполнении интенсивных тренировочных нагрузок и соединительнотканная дисплазия. Полученные нами результаты, показывающие, что основная масса зубочелюстных аномалий отмечается у представительниц художественной гимнастики, говорит о роли соединительнотканной дисплазии в развитии патологии прикуса. Было выявлено, что в группе гимнасток нарушения прикуса, наличие диастемы, аномальное и скученное положения зубов в зубной дуге установлено в 70% случаев. Это связано, прежде всего, с отбором в данный вид спорта детей, отличающихся максимальной гибкостью и подвижностью в суставах, что является одним из основных признаков синдрома соединительнотканной дисплазии. Это обстоятельство диктует необходимость представительницам художественной гимнастики находиться под обязательным и регулярным наблюдением ортодонта.

Таким образом, резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что наибольшая часть стоматологических заболеваний приходится на представителей лыжного спорта. Лыжники входят в группу риска по развитию кариеса, воспалительных заболеваний пародонта и хронических периапикальных очагов. У пловцов установлено повышение кровоточивости. У представителей единоборств выявлена низкая гигиена полости рта и, как следствие, выраженное воспаление пародонта. Представительницы художественной гимнастики входят в группу риска по развитию зубочелюстных аномалий. То есть, частота и степень выраженности стоматологических заболеваний, в значительной мере, обусловлена направленностью тренировочного процесса с совокупностью тех специфических факторов, которые присущи тем или иным видам спорта. Известно, что проблема здоровья имеет для спорта особое значение, так как оно оказывает непосредственное влияние на сохранение правильной интегративной реакции организма на физические нагрузки, а тем самым – на спортивную работоспособность и результативность. Заболевания у спортсменов являются результатом не занятий спортом как таковых, а сочетания определенных "факторов риска". Их комплексное изучение (с учетом специфики каждого вида спорта), выявление, предупреждение и устранение является актуальной задачей современной медицины, решение которой позволит сохранить здоровье даже в условиях самой напряженной тренировки, повысить спортивную результативность, усилить социальную значимость спорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А. Влияние санитарно-гигиенических условий тренировок на формирование заболеваемости спортсменов //Наука и образование Южного Казахстана-Республиканский научный журнал.-Шымкент, 1999.№11, с. 56-58.
2. Булешов М.А.,Сихымбаева Д.С., Бердибекова З.К. Использование результатов социологических методов исследования для углубленного изучения заболеваемости спортсменов / «Оңтүстік Қазақстан облысындағы дене тәрбиесі мен спорттың даму мәселелері» Аймақтық І ғылыми-тәжірибелік конференцияның мақалалар жинағы. Шымкент 1993. 74-77 бет.

УДК 614.2:615739.15-099

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ*А.В. Казакова**Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы***ТҮЙІН**

Терідегі тыртықтардан құтылу оңай міндетке жатпайды. Егер осы бағытта тиімді әдістер бар болса, онда көптеген мақалалар мен кітаптар жарық көрген болар еді. Тыртықтарды емдеу әдістері хирургиялық, консервативтік немесе комбинациялық түрлерге жіктеледі (медикаментозды немесе физикалық, медикаментозды немесе физиотерапевтік). Бүгінгі таңда терідегі тыртықтарды түзетуге бағытталған әдістемелердің қатары өсе түсуде. Сондықтан дәрігерлер мен пациенттер арасында түсінушілік ұлғайып, медициналық көмектің сапасы жақсару үстінде.

SUMMARY

Completely get rid of scars - not an easy task. If there was a wide range of effective treatments, would go a lot of articles and books about the methods of scars treatment. But qualitative medical literature on this subject a little, and books are still published as a unit. All treatments of scars are divided into surgical and conservative (medication / or physical) and / or after the combined (after surgical excision of the scar with prophylactic drugs prescribed medication or physiotherapy). Nowadays, an arsenal of techniques for correction of scars is replenished, that allows to make choices and find a compromise, both among doctors and patients, and thus contribute to improving the quality of life of patients with this pathology.

Рубцы представляют собой уплотнение из соединительной ткани и образуются на месте образования любой глубокой раны, являются неизбежным следствием ее заживления. Не всегда дается полностью избавиться от рубцов. При существовании большого выбора эффективных методов лечения, выпускалось бы множество статей и книг о том, как хорошо действует тот или иной метод. Но качественной медицинской литературы по этому вопросу мало, а книг до сих пор опубликовано считанные единицы. По цвету, размеру, форме рубцы бывают самые разные. Они могут быть приподнятые над поверхностью кожи или вдавленные, широкие и узкие, прямые и изогнутые, ровные и прерывистые, красные, белые, голубые и прочих оттенков. Иногда они болят или зудят, иногда – не дают никаких неприятных ощущений. Но как бы ни выглядели и чем бы ни были вызваны рубцы, они всегда напоминают о старых ранах, которые могут быть остаться не только на коже, но и в душе пострадавшего. Для большинства людей рубцы являются досадным недостатком, который портит внешность, а для врачей – источником разочарований, так как попытки избавиться от них пациента, или, хотя бы слегка улучшить их вид, часто оказываются неудачными.

Внешний вид рубца связан с множеством факторов внешнего и внутреннего характера: - Общее состояние пациента; - Возраст — из-за замедления выработки коллагена у возрастных пациентов, как правило, рубцы более изящные и тонкие; - Вес тела — избыток жировой клетчатки приводит к более грубым рубцам; - Неадекватное кровоснабжение тканей — возникает при некоторых хронических заболеваниях, например, при сахарном диабете или у заядлых курильщиков. Воспаление и плохое заживление отражается на внешнем виде швов; - Состояние иммунного статуса — при ослабленном иммунитете ткани заживают хуже; - Прием некоторых лекарств — цитотоксических препаратов, кортикостероидов — также негативно отражается на заживлении тканей и внешнем виде рубцов. Все методы лечения рубцов делятся на хирургические и консервативные (медикаментозные и/или физические), и комбинированные (после хирургического иссечения рубца с профилактической целью назначают медикаментозные препараты или физиотерапевтические процедуры). Результат оперативного или консервативного лечения рубцов с абсолютной точностью заранее предсказать невозможно, потому что результат зависит не только от врача-хирурга (дерматолога или косметолога), но и во многом от индивидуальных особенностей организма. Одним из новых методов, появившимся на рынке медицинских услуг сравнительно недавно, является криохирургия, которая применяется для лечения грубых рубцов. Криохирургические средства, такие как жидкий азот, вызывают гибель клеток посредством образования внутриклеточных кристаллов, что ведет к тканевой гипоксии. Этот способ до сих пор очень популярен из-за дешевизны и простоты, однако не всегда дает хороший результат. Разглаживаясь, шрамы нередко «расползаются» вширь, ухудшая вид кожи. Для улучшения качества образования рубцовой ткани дополнительно после иссечения рубца или для профилактики появления патологических рубцов применяются консервативные методы лечения. Лечение гипертрофических и келоидных рубцов включает использование различных медикаментозных препаратов и физических методов. В толщу рубца с помощью инъекций вводят гормональные препараты (дипроспан, кеналорг-40 и другие), разрушающие структуру шрама, делающие его мягким и ровным. В этом случае очень важно правильно подобрать концентрацию препарата, верно выбрать технику и глубину введения, чтобы не были затронуты здоровые слои кожи. 3 физических методов используют давление, которое ускоряет созревание коллагена и упрощает рубец; дермотонию (в основе методики лежит рефлекторное воздействие вакуумом в пульсирующем режиме – депрессомассаж, депрессодренаж).

Буки-терапия. На рубец воздействуют с помощью рентгеновского излучения, в результате чего он истончается, атрофируется. Недостатком этого метода является то, что в ряде случаев истончается и атрофируется поверхность здоровой кожи вокруг рубца. А сам рубец пигментируется — вместо белого приобретает коричневый цвет.

Физиолечение с применением медикаментозных препаратов. Электрофорез с лидазой, ультрафонофорез с гидрокортизоном. Препараты, влияющие на внешний вид рубца, вводятся в ткань под воздействием электрического и гальванического токов. Ультразвуковая терапия, основанная на действии высокочастотных звуковых колебаний. Под влиянием ультразвука происходит активизация клеточного обмена. Ультразвуковые волны разрушают фиброзный каркас, стимулируют периферическое кровообращение кожи. Воздействие лазерных- и фото -систем. Данная методика является самым эффективным способом борьбы с рубцами, но только созревшими (образовавшимися три — шесть месяцев назад, когда они становятся мягкими, уходит краснота). Прогрессивные фотосистемы позволяют улучшить внешний вид любых рубцов: убрать пигментацию, коагулировать сосуды. Для коагуляции сосудов также успешно используется лазер. Лазерная дермабразия (шлифовка с помощью эрбиевого лазера) используется при лечении с гипертрофическими рубцами: с ее помощью деликатно, с точностью до микрона, можно сгладить рубцовую ткань. Фракционный фоторемоделизм показан при нормотрофических и атрофических рубцах. Атрофические рубцы за счет стимуляции образования коллагена и эластина поднимаются до уровня кожи. Нормотрофические становятся уже, приобретают цвет окружающей ткани.

Одна из новых методик – ДОТ-терапия (дермальный оптический термолит). В основе данной методики лежит принцип образования микротермальных зон повреждения. Под воздействием лазера в рубцовой ткани образуются микроповреждения, которые разрушают грубые волокна, одновременно стимулируя образование здоровой молодой ткани. Клетки из соседних зон также вовлекаются в этот процесс и активно обновляются. Что немаловажно, процедура практически безболезненна, а период регенерации минимален, он занимает от 2 до 5 дней. При необходимости процедуру можно повторить через 2 месяца. Для ускорения заживления часто сочетают процедуру лазерной шлифовки с другой технологией – плазмолифтингом. После лазерной обработки под кожу вводится специально приготовленный концентрат плазмы. Для этого небольшое количество собственной крови пациента обрабатывается при помощи центрифуги. В итоге получается плазменный концентрат, богатый тромбоцитами и «факторами роста». Кроме самостоятельной работы в зоне введения, факторы роста привлекают новые клетки в проблемную зону и стимулируют их активное деление. При сочетании лазерной шлифовки с процедурой плазмолифтинга процесс регенерации здоровой ткани на месте рубца значительно ускоряется, отек и воспаление сведены к минимуму.

Для коррекции рубцов - выравнивания рельефа кожи, нивелирования границ между поврежденной и неповрежденной кожей - хорошо себя зарекомендовали химические пилинги. Параллельно с пилингами можно проводить сеансы мезотерапии с регенерантами и усилителями локальной микроциркуляции. Терапия слабо выраженных гипертрофированных рубцов после курса химических пилингов может быть продолжена топическими препаратами (препараты для наружного применения). Курс химических пилингов проводят в два этапа: сначала несколько сеансов мультифруктовых пилингов (гликолевая, салициловая, молочная, лимонная кислоты) один раз в неделю, затем комплексный ретиноловый желтый пилинг. В последнее время для коррекции атрофических рубцов, рубцов после высыпаний, растяжек используются препараты на основе коллагена. Гели на основе коллагена имеют ряд преимуществ - такие препараты наиболее физиологичны, безопасны и являются идеальным материалом для восстановления кожи, создают прочный каркас в коже. Одним из способов коррекции рубцов, после всех восстановительных процедур считается эстетическая дерматопигментация, или косметический татуаж, который позволит выровнять цвет рубца с окружающими тканями. Таким образом, на сегодняшний день арсенал методов для коррекции рубцов пополняется, что позволяет делать выбор и находить компромисс, как среди врачей, так и пациентов, а значит и способствовать улучшению качества жизни больных с данной патологией.

УДК 614.2:615739.15-099

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.М. Мадьяров

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ТҮЙІН

Ішегі жедел түйілген 2650 ауруды емдеу шараларын сараптау арқылы оның жайсыз болып аяқталуының себептерін анықтадық. Оның ішінде, клиникалық көріністердің атипиялық және айқын емес түрде кездесуі, тоқ ішекті обтурациялайтын қатерлі қатерлі ісіктердің үлес салмағының артуы, аурулардың стационарға кеш түсуі, консервативті емнің тиімділігін асыра бағалау, операцияға дейінгі? Барысындағы және соңындағы кезеңдердегі тактикалық кемістіктер бар. Ішектің түйілуіне байланысты медициналық көмекті ұйымдастырудың ерекшеліктеріне бұл аурудың дер кезінде емделмеуі, диагнозын дұрыс қоймау, ауруды кеш госпитализациялау жатады.

SUMMARY

Based on the analysis of treatment of 2650 patients with acute intestinal obstruction studied the causes of adverse outcomes. This is atypical and effaced of clinical presentation, increased percentage of occlusive colon tumors, late arrival of patients, the overestimation of the effectiveness of conservative therapy, factual and tactical errors in the preoperative, intraoperative and postoperative periods. Features of medical care for patients with acute intestinal obstruction is originality of diagnostic and medical procedures are often complicated course, running form of acute intestinal obstruction due to late hospitalization of patients and the effectiveness of using innovative technologies of diagnosis and treatment.

Несмотря на достижение современной хирургии, все еще наиболее грозной патологией в urgentной хирургической практике остается острая кишечная непроходимость, летальность при которой составляет от 13 до 26%. Это требует серьезного изучения причин неблагоприятных исходов и поиска новых более совершенных методов диагностики, хирургического лечения, интенсивной предоперационной и послеоперационной терапии. Под нашим наблюдением за 30 лет (1969 – 2006 годы) находилось 2650 больных острой кишечной непроходимостью. Мужчины составили 44%, женщины – 56%, в возрасте от 12 до 96 лет. Основной метод обследования – обзорная рентгеноскопия брюшной полости, по показаниям – контрастное исследование тонкой кишки (пассаж), использование контрастных меток, при толстокишечной непроходимости – ирригоскопия и –графия. Частота спаечной кишечной непроходимости в среднем составила 70%, с колебаниями в различные годы от 65 до 73%. Отмечается неуклонный рост обтурационной толстокишечной непроходимости на почве злокачественных опухолей (от 1,8% в 1959–1963 гг. до 10–14% в последние годы), тогда как частота других форм ОКН пребывает на стабильном уровне. Так, странгуляционные формы ОКН в 1959–63 гг. составляли 6,5%, в последующие годы колеблются в пределах 3,2– 3,8%.

Клиническая картина кишечной непроходимости в большинстве случаев довольно типична: периодические или схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота. Выраженность их зависит от формы, тяжести, уровня непроходимости кишечника и длительности заболевания. Типичная клиническая картина была у 82,2% больных, у 13% она была стертой, у 4,8% – атипичной. Характерная рентгенологическая картина (наличие чаш Клойбера) отмечена у 57,4% больных, у 17,7% был выраженный в различной степени метеоризм, у 24,9% больных рентгенологическая симптоматика не была выражена. Следует отметить, что при странгуляционной непроходимости отсутствие в 13% случаев такого кардинального симптома, как вздутие живота, отмечается у больных, поступающих в ранние сроки при бурно протекающих формах (узлообразование, заворот кишечника на 360° и более), когда на первый план выступает висцеральный шок.

Атипичная и стертая клинические формы чаще наблюдались при спаечной кишечной непроходимости и обтурационной толстокишечной непроходимости, чаще на почве опухолей. Поздно поступало 34,4% больных. 72% этих больных не обращались за медицинской помощью, 28% обращались, из них 9% – в хирургические стационары, 4,8% – даже госпитализировались и наблюдались 1–2 дня. Причиной поздней, нередко запоздалой операции в 21,6% явилась переоценка эффективности консервативной терапии. Кишечная непроходимость может считаться разрешенной, если после консервативных мероприятий, включая сифонную клизму, был обильный стул и отхождение газов, опал живот и полностью исчезли боли. Такие больные должны оставаться под наблюдением в стационаре в течение не менее 3 дней. В случае любых сомнений им дается несколько глотков жидкого бария для динамического наблюдения и своевременного выявления рецидива кишечной непроходимости, что имело место у 9,6% госпитализированных под наблюдением. 16% больных со стертой клинической картиной оперируется в сроки от 28 часов до 6 суток, нередко уже по поводу гангрены кишки, при недостаточно внимательном наблюдении и не использовании динамического рентгенологического контроля. В остром периоде при неясной клинической картине рентгеноконтрастное исследование кишечника нередко требует длительного наблюдения, особенно при спаечной кишечной непроходимости – от 3–5 часов до суток, что непозволительно долго для больных, нуждающихся в операции. При толстокишечной непроходимости эффективна ирригоскопия. Пренебрежение этим методом также приводит к запоздалым операциям на фоне перитонита вследствие перфорации опухоли. Важным является объем вмешательств при запущенных формах ОКН. Следует устранять причину, не расширяя операции, если нет соответствующих показаний к резекции кишки (ее гангрена). При тонкокишечной непроходимости эффективно применение назоинтестинального зонда Шалькова. При резекции резко дилатированной приводящей петли тонкой кишки, прибегаем к наложению энтеро-энтероанастомоза типа Майдля с выведением в виде стомы приводящего конца кишки, с двойным дренированием (назогастральным и энтеральным через энтеростому). При толстокишечной непроходимости (гангрена при завороте сигмы, опухоли) производим операцию типа Гартмана с восстановлением проходимости кишки во II этап. При опасности развития пареза или его наличии показано чрескожная электростимуляция, ЛФК или электростимуляция кишечника через двухпросветный зонд, с расположением электродов в области верхней и нижней моторных зон кишечника (патент Республики Казахстан). При гангрене кишки сложным является вопрос об объеме резекции. Существующие рекомендации об объеме резекции довольно широки – от 10 см приводящей и 20 см отводящей кишок, до 30 см приводящей и до 50 см отводящей. Ввиду чего в эксперименте и клиниках нами разработан способ определения границ резекции нежизнеспособной кишки. Методика заключается во введении в брыжейку зоны некроза 10–15 мл 1%

водного раствора метиленовой сини. Экспериментально и клинически доказано, что граница резекции от края распространения препарата составляет 3 см (патент РФ 2279852 от 20.07.2006). Таким образом, причина несвоевременного хирургического вмешательства, особенно при острой спаечной и обтурационной кишечной непроходимости, является позднее поступление больных, стертая и атипичная клиническая картина, переоценка эффективности консервативной терапии и пренебрежения к динамическому рентгеноконтрастному контролю состояния кишечника у госпитализированных под наблюдением больных. При тонкокишечной непроходимости показан назогастроэнтеральный зонд Ю.Л. Шалькова или назоинтестинальный зонд двойного дренирования нашей конструкции с послеоперационной электростимуляцией зон регуляции моторики кишечника. При гангрене с резекцией кишки – анастомоз типа Майделя с выведением в виде стомы проксимального конца, с двойным дренированием. При толстокишечной непроходимости – операция типа Гартмана с отказом от наложения первичного анастомоза. Для определения границ резекции следует использовать предложенную нами красочную пробу.

Таким образом, особенностями организации оказания медицинской помощи больным с острой кишечной непроходимостью является своеобразие диагностических и лечебных процедур, нередко осложненное течение, запущенные формы острой кишечной непроходимости вследствие поздней госпитализации пациентов и эффективность использования инновационных технологий диагностики и лечения.

УДК 614.2:615739.15-099

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.М. Мадьяров

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ТҮЙІН

Ішек түйіндері бар ауруларды емдеуде жаңа технологияларды қолдану, емдеу және диагностика жұмысшыларының сапасын арттыру мәселелерін медициналық-экономикалық тұрғыда зерттеу, осындай бір ауруға кететін қаржылай шығынның мөлшері 94022,4 теңгеге дейін жететіндігін көрсетті. Бұл қаржының мөлшері жалпы қолданысқағы әдістерді пайдаланғанда жұмсалатын шығыннан 66,7% төмен болып шықты. Осы мәселелерді медициналық-экономикалық тұрғыда қарастыру ішек түйіндерінен туындайтын шығынның мөлшері оның асқинуына байланысты молая түсетіндігін анықтап отыр. Әсіресе аурушандық күндерінің ұлғаюы мен өлім оқиғалары мәселенің ушыға түсуіне себеп болады.

SUMMARY

Costs per patient by using innovative technologies and the diagnostics and treatment of acute intestinal obstruction by method of minimizing shows that the use of technology of diagnostics and treatment of this disease is 94 thousands 022, 4 tenge for one patient that 66,7% lower than when using conventional methods. We conducted medical and economic research of medical care for patients with acute intestinal obstruction allowed us to study the effectiveness of using innovative technologies of diagnostics and treatment of acute intestinal obstruction, which has resulted in the reduction of mortality and postoperative complications. However, we have established a significant social and economic losses due to morbidity and mortality from acute intestinal obstruction.

Приблизительно 30-50% больных с острой кишечной непроходимостью подвергаются хирургическому лечению, так как все виды странгуляционной острой кишечной непроходимости, а также случаи непроходимости, осложнённые перитонитом, являются абсолютным показанием к срочной операции. Впервые в Казахстане проведено комплексное медико-организационное клиническое исследование распространенности острой кишечной непроходимостью среди населения. Материалами исследования установлено, что высокий уровень послеоперационной летальности, обуславливает высокие показатели госпитализации населения и позднего обращения населения с данной патологией. При этом, высокая частота летальности предусматривает необходимость разработки инновационных технологий и диагностики лечения острой кишечной непроходимостью, в частности использование новых подходов в оценки жизнеспособности кишечника, определение границ резекции при его некрозе, профилактику несостоятельности межкишечного анастомоза при экспериментальной ишемии и применение озоносодержащих растворов. Использование комплексной программы энтеральной детоксикации отразилось на снижении числа больных с послеоперационными осложнениями (с нагноением послеоперационной раны, некрозом петли тонкой кишки, несостоятельностью швов межкишечного анастомоза) и сокращением летальных исходов. Доказано, что разработка инновационных подходов при лечении больных с острой кишечной непроходимостью (оценка жизнеспособности кишечника, определение границ резекции при его некрозе в эксперименте, применение озоносодержащих растворов с целью профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза) способствовало снижению числа осложнений, летальных исходов и ранней выписки из стационара. Разработка метода избирательной

стимуляции тонкого или толстого кишечника на фоне аспирации кишечного содержимого, способствует повышению терапевтической эффективности восстановлению моторики кишечника. Разработанные нами методы диагностики лечения острой кишечной непроходимости доступны, эффективны и приемлемы при использовании как в многопрофильных клиниках, так и в стационарах хирургического профиля. Проведен анализ 1306 больных с острой непроходимостью кишечника, находящихся на лечении в хирургических отделениях клиники Казахского медицинского университета, госпитале Министерства внутренних дел, больнице скорой медицинской помощи и центральной городской клинической больнице г. Алматы. Все больные с острой непроходимостью кишечника распределены по полу, возрасту, характеру сопутствующих заболеваний, по срокам от начала заболевания до оперативного вмешательства и характеру оперативных вмешательств. Первую группу составили больные с острой кишечной непроходимостью, у которых диагностика и лечение проводились по традиционному методу (1052 человек). Из них мужчины составили 44%; женщины – 56%. Во вторую группу включено 254 больных с острой непроходимостью кишечника (мужчины составили 41%; женщины – 59%), у которых применялись методы детоксикации (назоинтестинальная интубация с электростимуляцией кишечника, внутрикишечный лаваж озонированным раствором). Оценка жизнеспособности кишечника определялась путём введения в брыжейку поражённого участка кишечника 1% водного раствора метиленового синего. Оперативное пособие проходило под общим обезболиванием. У ряда больных проводилась предоперационная подготовка. Операционный доступ зависел от вида кишечной непроходимости. После разреза, обнажения, оценки жизнеспособности кишки, прогнозирования предоперационного пареза, определения показаний к интубации кишечника определяли объём оперативного вмешательства. Программа энтеральной детоксикации проводилась в следующей последовательности: декомпрессионная назоинтестинальная интубация; внутрикишечный лаваж озонированным раствором; раннее энтеральное зондовое питание. Программа электростимуляции кишечника проводилась в следующей последовательности: Проведение прогнозирования развития послеоперационного пареза. Тщательная санация брюшной полости. Декомпрессионная назоинтестинальная интубация специально разработанным двухпросветным зондом с электродами. Определение порога возбудимости кишечника. Проведение электростимуляции кишечника с динамическим контролем восстановления моторики кишечника.

Удаление зонда. Назоинтестинальная интубация для проведения внутрикишечного лаважа озонированным раствором проводилась двухпросветным зондом длиной 2.0-3.0 м и наружным диаметром 6-8 мм, с круглыми боковыми отверстиями 1.5-2.5 мм с одной стороны зонда; с другой стороны зонда делаются отверстия на уровне анастомоза для орошения этой зоны озонированным раствором. Методика интраоперационной назоинтестинальной интубации заключается в следующем. Интубационный зонд обильно обрабатывается вазелиновым маслом и анестезиолог проводит зонд через носоглотку в желудок. К зонду присоединяется электроотсос и проводится постоянное отсасывание содержимого, во избежание попадания последнего в трахею. Хирург направляет дистальный конец зонда в двенадцатиперстную кишку. Наиболее сложным является этап проведения зонда через двенадцатиперстную кишку, он требует особой осторожности, чтобы не повредить забрюшинную часть кишки. Как только зонд вошёл за дуоденоюнальный изгиб, дальнейшее его проведение осуществляется путём гофрирования стенки кишки на зонде при постоянной аспирации кишечного содержимого. Зонд устанавливается таким образом, чтобы последние 1-2 отверстия находились в желудке – это обеспечивает эвакуацию кишечного и желудочного содержимого. На второй половине зонда делаются 2-3 отверстия, соответствующие нахождению анастомоза. По окончании введения интубационного зонда, его необходимо фиксировать у носового хода.

Исходы заболевания у больных I группы представлены следующим образом: выздоровление отмечалось в 52,8% случаев; летальный исход составляет – 13,1%; при этом, осложненное течение острой кишечной непроходимости имело место у 34,1% больных, таблица 1.

Таблица 1 - Исходы заболевания у больных I группы

Вид ОКН	выздоровление	летальность	Осложнения
Острая спаечная непроходимость	335	54	193
Острая странгуляционная непроходимость	91	32	66
Острая обтурационная непроходимость	83	51	69
Инвагинация	6	-	4
Динамическая непроходимость	41	1	26
Всего	556 (52,8%)	138 (13,1%)	358 (34,1%)

Использование вышеуказанных технологий диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у больных II группы позволило улучшить исходы заболевания у больных данного контингента, таблица 2.

Таблица 2 – Исходы заболевания у больных II группы

Вид ОКН	выздоровление	летальность	Осложнения
Острая спаечная непроходимость	100	3	14
Острая странгуляционная непроходимость	68	2	26
Острая обтурационная непроходимость	11	4	5
Инвагинация	10	-	-
Динамическая непроходимость	8		3
Всего	197 (77,6%)	9 (3,5%)	48 (18,9%)

При этом, в этой группе больных выздоровление отмечается – в 77,6% случаях; летальность – в 3,5%; осложнения – в 18,9% случаях. Проведенный нами, сравнительный анализ результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью I и II групп показывает клиническую эффективность разработанных и внедренных технологий по диагностике и лечению больных с данной патологией, таблица 3.

Таблица 3 – Сравнительный анализ результатов лечения больных с острой кишечной непроходимостью I и II групп

Критерии	Количество больных			
	I группа		II группа	
	абс	%	абс	%
Выздоровление	556	52,8	197	77,6
Летальный исход	138	13,1	9	3,5
Осложнения	358	34,1	48	18,9
Всего	1052	100,0	254	100,0

Из представленной таблицы 3 показано, что применение метода объективного определения жизнеспособности кишечника и границ резекции при его некрозе, применение методов энтеральной детоксикации и ранней электростимуляции кишечника, привело к снижению послеоперационных осложнений на 15,2% и послеоперационной летальности – на 9,6%. Проведен анализ 3387 больных с острой непроходимостью кишечника, находящихся на лечении в хирургических отделениях стационаров Республики Казахстан в 2008 году (по материалам Министерства здравоохранения Республики Казахстан). Наряду с этим, проведен расчет потерь вследствие преждевременной смерти пациентов трудоспособного возраста от острой кишечной непроходимости в республике в 2008 году, что составляет 217 человек (по материалам МЗ РК), а также определен размер экономического ущерба из-за сокращения периода экономической активности населения в период заболеваемости и смертности вследствие острой кишечной непроходимости, что составляет 3604 человека в 2008 году (по материалам МЗ РК).

На основании этого проведенный нами анализ затрат при острой кишечной непроходимости, составляет важный момент в планировании ресурсов в системе здравоохранения. При этом, проведенный расчет потерь по причине заболеваемости и смертности вследствие данной патологии, предопределяет важнейший этап про экономии ресурсов здравоохранения. Общий ущерб взрослого населения от острой кишечной непроходимости проведен в соответствии с рекомендациями Ревич Б.А., Сидоренко В.Н. [1] и составил:

$$Y_a = (Z_n \times C_n + Z_c \times D_c) \times \pi \times Ч, \text{ где:}$$

Z_n - средняя стоимость посещения хирурга ($Z_n = 3500$ тенге)

Z_c - средняя стоимость одного дня лечения и содержания в стационаре ($Z_c = 10000$ тенге)

C_n - число посещений хирурга в экстренной хирургической службе или амбулаторно -поликлиническом учреждении ($C_n=1$)

D_c - число дней лечения в стационаре ($D_c=14$)

Ч – численность оцениваемой группы населения ($Ч=3387$ человек)

π - среднегодовой показатель заболеваемости острой кишечной непроходимости, рассчитанный по числу пролеченных в стационарах по поводу острой кишечной непроходимости по отношению к численности населения республики, и умноженный на 1000 человек.

$$\pi = \frac{3387}{15674000} \times 1000 = 0,2$$

По результатам проведенных расчетов, ущерб от заболеваемости острой кишечной непроходимости взрослого населения Республики Казахстан вследствие расходов на лечение в 2008 году составил 97 млн. 206 тыс. 900 тенге (661 271, 4 долларов США).

Расчет потерь вследствие преждевременной смерти в трудовом периоде жизни проводился по следующей формуле:

$$\pi_{\text{см.вср.}} = \{40N - [(H+V)\alpha - 40V \times \alpha / \beta]\} \times (C_1 - C_2) \times Ч$$

N – часть дохода, создаваемая в среднем одним работником, которая поступает в виде налога в территориальный бюджет, в тенге (992519 тенге);

V – среднемесячная номинальная заработная плата, в тенге (64168 тенге);

β – средний возраст умерших (лет) равно 59 лет;

α – среднее число проработанных лет умершими членами общества (41 год);

β – средняя продолжительность предстоящей жизни населения (67,1 лет);

C_2 – общая смертность населения (в промилле), равно 9,74 0/00;

C_1 – показатели смертности населения, определенное путем расчета послеоперационной летальности (рассчитанные на 1000 человек при острой кишечной непроходимости), равно 0,01 0/00;

$Ч$ – численность оцениваемой группе населения (217 человек).

Следовательно, проведенный нами расчет потерь вследствие преждевременной смерти в трудоспособном возрасте, проведенный на основе вышепредставленных данных, в Казахстане составляет 4 млрд. 339 млн. 091 тыс. 963,5 тенге (29 517 632, 4 долларов США).

Определение размера экономического ущерба (недополученного валового дохода) из-за сокращения периода экономической активности населения за время заболевания и смертности вследствие острой кишечной непроходимости:

$$C_t \approx \sum T \times Ч \times t \quad \text{где:}$$

T – среднедневной удельный валовой доход (недопроизведенная продукция), тенге/человек (4101,3 тенге);

t – число рабочих дней в году (242 дня);

$Ч$ – число болеющих и умерших вследствие острой кишечной непроходимости (3604 человек).

То есть, экономический ущерб (недополученный валовой доход) в связи с недополучением налогов, вследствие сокращения экономической активности, налогов за период заболевания и смерти по поводу острой кишечной непроходимости составили в 2008 году – 3577022618,4 тенге (24 333 487, 2 долларов США).

Таким образом, рассчитанные наши экономические последствия по причине острой кишечной непроходимости у населения Республики Казахстан в 2008 году составили:- ущерб от заболеваемости взрослого населения вследствие расходов на лечение 97 млн. 206 тыс. 900 тенге (661 271, 4 долларов США);

- потери по причине преждевременной смерти в трудоспособном возрасте 4 млрд. 339 млн. 091 тыс. 963,5 тенге (29 517 632, 4 долларов США);- экономический ущерб из-за сокращения периода экономической активности населения в связи с заболеванием острой кишечной непроходимостью и смертью – 3 млрд. 577 млн. 022 тыс. 618,4 тенге (24 333 487, 2 долларов США), что в совокупности составляют: 8 млрд. 013 млн. 321 тыс. 481,9 тенге (54 512 391 долларов США) и свидетельствуют о значительных стоимостных затратах государства в результате заболеваемости и смертности, связанной с острой кишечной непроходимостью, и предусматривает разработку профилактических программ, реабилитационных мероприятий и внедрение инновационных технологий диагностики и лечения острой кишечной непроходимости.

Социально-экономические потери вследствие преждевременной смертности от острой кишечной непроходимости по Республике Казахстан составляют 4 миллиарда 339 миллионов 091 тыс. 963,5 тенге, а вследствие экономического ущерба в результате заболеваемости от данной патологии - 93 миллионов 206 тыс. 900 тенге, что обуславливает масштабный урон в макроэкономике государства, и необходимости стратегии новых инновационных подходов по диагностике лечения острой кишечной непроходимости. Экономический ущерб из-за сокращения периода экономической активности населения в связи с заболеванием острой кишечной непроходимостью и смертью - 3 млрд. 557млн. 022 тыс. 618,4 тенге. Затраты на одного больного при использовании инновационных технологий и диагностики и лечения острой кишечной непроходимостью методом минимизации затрат показывает, что использование технологий диагностики лечения данной патологии составляет 94 тыс.022,4 тенге на одного больного что на 66,7 % ниже, чем при использовании общепринятых методов.

Таким образом, проведенное нами медико-экономическое исследование организации медицинской помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью позволило изучить эффективность использования инновационных технологий диагностики и лечения острой кишечной непроходимости, которое выразилось в снижении летальности и послеоперационных осложнений. Вместе с тем, нами установлен значительный социально-экономический ущерб, вследствие заболеваемости и смертности от острой кишечной непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревич Б.А., Сидоренко В.Н. Экономические последствия воздействия загрязненной окружающей среды на здоровье населения. Пособие по региональной экономической политики. – Москва: Акрополь, ЦЕПР, 2007. – 56с.

УДК 614.2:615739.15-099

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ КОЖИ

А.В. Казакова

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ТҮЙІН

Емдеуші дәрігер терідегі патологиялық тыртықтардың морфо-функционалдық жағдайын бағалауда өзінің клиникалық тәжірибесіне және Ванкувер бағанасына ғана сүйене алады. Тыртықты қалыптастыратын тіндердің өсу механизмі осы күнге дейін толық зерттелмеген және әртүрлі тыртықтарды емдеу алгоритмі жасалмаған. Қазіргі таңда алынған ғылыми мәліметтер тыртықтарды консервативті емдеу нәтижелері бойынша құрастырылған. Олар тыртықтардың пайда болуын немесе емдеу барысынң нәтижесін көрсетеді. Сондықтан тыртықтардың диагностикасын, емделуін және профилактикасын жетілдіру бұл мәселенің дұрыс шешілуіне ықпалын тигізеді.

SUMMARY

Nowadays, a doctor treating scars, when assessing the morphofunctional state of scar tissue often only armed with their own clinical experience and the Vancouver scale. So far, the pathogenesis of the growth of scar tissue, not based on algorithms for treatment of various types of scars. During the development of diagnostic and treatment methods, researchers are faced with the lack of "standards" in the development of scar tissue, completely is not investigated it was a high variability in the manifestations of the scar depends on many factors. A significant part of modern research on the surgical treatment of scars and has a phenomenological character. In other words, there is a registration only the fact of change in the condition of scar tissue, or else check the outcome. Without the availability of "objective control" of the state of the scar tissue is very difficult to improve the methods of treatment. Lack of research conducted on the problem of pathological scarring, does not carry out fully their diagnosis, treatment and prevention, which is reflected in incorrect diagnoses and unqualified treatment.

Травмы, ранения, оперативные вмешательства и некоторые заболевания приводят к развитию патологических рубцов кожи. Общее количество пациентов с такой патологией даже невозможно оценить. Несмотря на многовековой опыт врачей древности и усилия современной науки, проблема все еще далека от своего решения. Для разработки новых препаратов и методов лечения необходимы методы, позволяющие объективно оценивать процессы, происходящие в рубцах. В настоящее время врач, занимающийся лечением рубцов, при оценке морфофункционального состояния рубцовых тканей зачастую остается вооруженным лишь собственным клиническим опытом и Ванкуверской шкалой со следующими критериями оценки клинических проявлений в области рубца: отсутствие или наличие пигментации в области рубца, высота над поверхностью кожи, плотность и васкуляризацию. Другие доступные приборы для исследования рубцов не разработаны.

Необходимо признать, что до сих пор недостаточно хорошо изучен патогенез роста рубцовой ткани, не обоснованы алгоритмы лечения разных видов рубцов. В процессе разработки методов диагностики и лечения исследователи сталкиваются с определенными сложностями. Это, прежде всего, отсутствие «стандартов» в развитии рубцовой ткани, высокая изменчивость проявлений рубца в зависимости от многих факторов (особенностей травмы и проводимого лечения; генетической предрасположенности к повышенному образованию рубцовой ткани; от локализации рубца; расовой принадлежности; фототипа кожи; состояния иммунной системы; наличия или отсутствия заболеваний эндокринной системы и др.). Весьма осложняет процесс исследований полиморфизм структуры рубца: иногда даже в участках рубца, расположенных на расстоянии 1-2 миллиметра друг от друга обнаруживаются выраженные различия в гистологической структуре. Нельзя не учитывать тот факт, что клеточный и биохимический состав рубца постоянно меняется во времени. В настоящее время первичную диагностику (равно как и оценку произошедших в процессе лечения изменений) проводят, главным образом, по немногочисленным клиническим признакам. Как правило, учитывают наличие субъективных ощущений (зуд, чувство стяжения и др.), цвет рубца, его размеры, форму и плотность. По этим же признакам оценивают эффект от лечения. Недостатком является то, что такая оценка всегда имеет субъективный характер.

Есть и другая возможная причина ошибок: между началом и завершением лечения имеет место большой временной интервал и детальное исходное состояние рубца иногда успевают забыть не только врач, но и пациент. Другая важная деталь. Необходимо учитывать всю толщину рубца. Нередки случаи, когда «подводная часть айсберга» (рубцы в толще кожи и в гиподерме) выражены весьма значительно, но сам рубец сильно не возвышается над поверхностью. Понятно, что «толщина» кожи на разных участках тела различается в широких пределах и, соответственно, различается толщина «внутрикожной» (не возвышающейся над поверхностью кожи) составляющей рубца. Другой параметр, отражающий изменение состояния рубца – это «плотность» ткани. Действительно, есть рубцы более и менее плотные. Необходимо также отметить, что гипердиагностика применительна к рубцам – это обычное дело. Во многих случаях врачи склонны называть «келоидными» все варианты молодых «избыточных» рубцов с интенсивным характером роста. Нередки случаи, когда к специалисту по пластической хирургии по направлению от дерматологов и хирургов общей практики приходят больные с «келоидными» рубцами, которые при осмотре оказываются вовсе атрофическими. Но помимо определения вида рубца, необходимо также установить фазу его развития и оценить возможные варианты его развития. Это еще сложнее. Исходя из того, какие изменения могут происходить в рубце с течением времени можно сделать заключение, что проводимая диагностика даже при первичном осмотре должна иметь элементы прогнозирования. Таким образом, грамотную оценку эффективности применения «противорубцовых» средств может проводить только специалист, обладающий достаточным опытом в лечении этой патологии. Особенности этой патологии таковы, что необходимый опыт приобретается в течение весьма продолжительного времени.

Как уже было указано ранее, значительная часть современных исследований, посвященных консервативному лечению рубцов, имеет феноменологический характер. Иными словами, имеет место либо только регистрация факта изменений в состоянии рубцовой ткани, либо же регистрация исхода. Чаще всего оценку эффектов лечения проводят исходя из данных о величине и цвете рубца, наблюдаемой субъективной симптоматике. Как правило, суждения о наличии или отсутствии положительного эффекта от препарата делаются без каких-либо инструментальных подтверждений. Очень важной причиной ошибок (ложных суждений) является то, что феномен «спонтанной регрессии рубца» чаще всего не учитывается. В настоящее время уже достаточно хорошо установлены основные причины спонтанной регрессии рубцов. Одной из такой причин является уменьшение количества в рубцах миофибробластов, которые оказались в данной зоне в ходе репарации поврежденной ткани. Именно эта популяция клеток играет основную роль в репаративных процессах. Она же ответственна за отложение в зоне повреждения избыточного внеклеточного матрикса. И так, без наличия средств «объективного контроля» за состоянием рубцовой ткани очень трудно совершенствовать методы лечения. Среди такого рода методов весьма ценным является изучение биоптатов с использованием гистологических и биохимических методик. Исследование биоптатов из рубцов позволяет оценить структуру рубцов и оценить их биохимический состав.

До последнего времени состоянию эпидермиса в патологических рубцах кожи не придавали большого значения. Тем не менее, даже традиционными методами светооптической микроскопии обнаруживались морфологические признаки неполноценности эпидермиса (акантоз, гиперкератоз, неполноценность рогового слоя). Исследования последних лет, проводимые с использованием ядерных и цитоплазматических маркеров пролиферации и дифференцировки показало наличие выраженных нарушений дифференцировки эпидермиса в патологических рубцах кожи. Среди неинвазивных методов исследования рубцовой ткани известны попытки применения ультразвуковой локации, что позволяет определить толщину, плотность и эластичность рубцовых тяжей. Вместе с тем, этот метод все еще не нашел широкого применения. Известные и доступные методы исследования кожи позволяют определить те или иные физико-химические параметры кожи (рН поверхности, влагосодержание, механические свойства кожи, состояние кровообращения, рельеф поверхности, электрическую проводимость и пр.) и имеют весьма ограниченные возможности по применению для диагностики. К сожалению, личный опыт каждого хирурга свидетельствует о том, что значительного эффекта в коррекции рубцов добиться бывает трудно, а иногда – невозможно. Хирургия рубцов – это, бесспорно, сложная область, в которой результатов выполненных операций пациенту приходится ждать многие месяцы, и даже годы. И в конце длительного, часто многоэтапного лечения и хирурга и пациента может ждать разочарование. Возможно, именно по причине отсутствия опыта по эффективному лечению рубцовых деформации кожи, количество публикации, посвященных проблемам формирования и хирургии рубцов, очень мало.

Таким образом, недостаточность исследований, проводимых по поводу проблемы патологических рубцов, не позволяет провести, в полной мере, их диагностику, лечение и профилактику, что отражается в достаточно обоснованных диагнозах и некачественном лечении.

УДК 614.2:615739.15-099

РОЛЬ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ*А.В. Казакова**Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы***ТҮЙІН**

Өмір сүру сапасының көрсеткіштері эстетикалық хирургияға медициналық тұрғыда әсер ету мәселесін шешуде ерекше маңызға ие. Өмір сүру сапасы бір-бірімен тығыз корреляциялық байланысты категориялардан тұрады. Олардың ішінде физикалық, қызметтік, эмоционалдық және әлеуметтік категориялардың орны ерекше. Пластикалық хирургияның өмір сүру сапасының қалыптасуын бағалаудағы ролін есепке ала отырып, «пластикалық хирургия» мамандығын жалпы медициналық мамандар тізіміне ендіру қажеттігі туындайды. Сонымен қатар, жоғарғы медициналық оқу орындарында эстетикалық хирургия факультетін ашу керек деген тұжырым жасауға болады. Оның ары қарай дамуы эстетикалық комитет пен хирургияның қалыптасуын, пластикалық хирургтар Ассоциациясын ұйымдастыруға алып келуі тиіс. Соңғы ұйым жекеменшіктегі пластика хирургиясы клиникаларының тәуелсіз аудитін жасау қызметін атқаруға рұқсат алуы қажет.

SUMMARY

Criterion of quality of life is essential to raise an issue of medical intervention in aesthetic surgery. The concept of quality of life assessment combines at least four distinct, but correlated with each other areas: physical, functional, emotional and social. Analyzing the role of plastic surgery to improve the quality of life for patients, we have come to a conclusion prerequisites that here are some to introduce a special «plastic surgeon» in the list of medical specialties with adequate description not, limit post-graduate training in the training of aesthetic surgeons, and to enter elective of cosmetic surgery for medical students in the universities; to provide for the establishment of ethics committees in private clinics and aesthetic surgery and cosmetic medicine; to establish a regional Association of Plastic Surgeons, with an independent audit of private clinics and aesthetic surgery.

Согласно статистическим данным, ежегодно более 620 тысяч женщин в Российской Федерации обращаются к пластическим и эстетическим хирургам для коррекции своей внешности. Количество желающих только за последний год возросло на 50 процентов. Парадоксом пластической хирургии является то, что потребителями ее услуг выступают как больные, так и здоровые люди. Общим для них является низкое качество жизни. Но, если для больных это связано с физиологическими проблемами, то для здоровых – с проблемами психологической самооценки и социального статуса. Социальной проблемой развития пластической хирургии является оправданность медицинского вмешательства, когда при оценке врачом и пациентом качества жизни, результаты последнего расходятся. Одновременно с этим, тенденция коммерциализации в медицине заставляет врача отказываться от попыток разубедить пациента в необходимости хирургического вмешательства, когда для этого нет медицинских показаний. Считается, что красивые люди имеют большие возможности, чем люди с менее привлекательной внешностью. Статьи и телевизионные программы по пластической хирургии в последние годы становятся все более привычными, и естественно, что население стало более информированным в этом вопросе. В последние годы специалисты отмечают, что клиника долго до того, как обозначатся явные признаки старения. Предлагается широкий выбор процедур, рекомендуемый тридцатилетним в качестве превентивных мер, помогающих избежать резкого проявления признаков старения в более зрелом возрасте. Критерий качества жизни имеет принципиальное значение для решения вопроса о медицинском вмешательстве в эстетической хирургии. Понятие качества жизни объединяет оценку как минимум четырех различных, но коррелирующихся друг с другом областей (1): физической, функциональной, эмоциональной и социальной. Это выглядит так: физическое самочувствие (комбинация симптомов здоровья или болезни); функциональные возможности (способность человека к осуществлению деятельности, обусловленной его потребностями, амбициями и социальной ролью); эмоциональное состояние (биополярное понятие - позитивный эффект – благополучие, негативный эффект - дистресс); социальный статус (уровень общественной и семейной активности; может включать отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми).

По мнению экспертов ВОЗ, качество жизни - «это индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». Согласно другим определениям, качество жизни - «субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей, степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества». Качество жизни, непосредственно связанное со здоровьем, - это интегральный показатель, содержащий три компонента: функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальную деятельность, уверенность в принятии решений,

эмоциональные проявления и т.д.; симптомы, связанные с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты лекарственных средств и т.д.); восприятие и психическое состояние, включающее в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием, как самого заболевания, так и применения лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом и т.д. В эстетической хирургии позитивная оценка со стороны пациента не исчерпывается непосредственной реакцией “нравится - не нравится”, для пациента важны, как сами эстетические результаты, так и их влияние на значимые аспекты его повседневной жизни. Именно в этом заключается основная причина непонимания и конфликтов между хирургом и пациентом после операции.

Хирург считает свои обязательства выполненными, если результаты не сопровождаются осложнениями и отвечают согласованным до операции геометрическим и функциональным параметрам. Для пациента первостепенное значение имеет состояние его здоровья, межличностные отношения, сексуальная состоятельность, активность, то есть все, что называют качеством жизни. Совершенно здоровые люди идут на операцию потому, что не удовлетворены качеством своей жизни. И, естественно, многие пациенты ожидают повышения качества жизни после косметической операции. Благодаря тому, что факторы, определяющие “качество жизни”, удаются объективно, количественно и качественно, оценить с помощью психометрических методов, возникает возможность проведения сравнительного психологического анализа до и после хирургического вмешательства. Повышение качества жизни после косметической операции является очень значимым результатом для пациентов и во многом определяет их субъективную оценку «работы хирурга». Хотя, высокое качество жизни, к которому стремится человек, сомнительно достичь без приложения личных усилий, и решение всех жизненных вопросов нельзя перепоручить пластическому хирургу, который может сделать более красивым лицо или тело пациентки, но не «уполномочен» украшать ее жизнь (лично или с помощью операций). Но в любом случае благоприятные изменения внешности, достигаемые при косметической операции, может лишь предоставить человеку дополнительные возможности для повышения качества жизни, но никак не “отвечает” за их реализацию. Наиболее востребованными являются услуги, реально повышающие качество жизни пациента, снимающие психологический дискомфорт и поддерживающие имидж, соответствующий социальному статусу человека. Наиболее востребованными услугами клиники косметической медицины не обязательно являются услуги пластической хирургии, но хирургический компонент присутствует в подавляющем большинстве случаев. Любая проблема в пластической хирургии, даже если она поддается легкой коррекции, имеет явный драматический оттенок, поскольку проведенная операция в сознании пациента предполагает быстрый идеальный результат. Тем не менее, даже при наличии проблем и осложнений, пациенту важно сохранить доверие к хирургу, который столь же серьезно переживает случившееся и прикладывает все средства, умение и опыт для скорейшего избавления пациента от всех неприятностей. В конце концов, от этого зависит и его репутация. Следует заметить, что бывают ситуации, когда пациенты недовольны, даже если послеоперационный период проходит без осложнений. Это объясняется тем, что результат не соответствует ожидаемому и тогда любая нерешенная проблема или осложнение в эстетической хирургии легко могут привести к снижению качества жизни ниже того, с которым пациент поступил в клинику.

У информированного пациента качество жизни выше, чем у неинформированного, так как в последнем случае страхи в восприятии ситуации снижает психологический статус. В любом случае, нельзя абсолютизировать только модель в эстетической хирургии, первостепенное значение имеют ценности здоровья. Таким образом, анализируя роль пластической хирургии в повышении качества жизни пациентов, создаются предпосылки к тому, чтобы ввести специальность «пластический хирург» в перечень медицинских специальностей и дать адекватное ее описание; не ограничиваться постдипломной подготовкой в обучении эстетических хирургов, а ввести факультатив по эстетической хирургии для студентов медицинских вузов; предусмотреть создание этических комитетов в частных клиниках эстетической хирургии и косметической медицины; создать региональные Ассоциации пластических хирургов, возложив на них функции независимого аудита работы частных клиник эстетической хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Алтынбеков Б.Э., Торгаутов Б.К. Количественная оценка формирующего влияния системы гигиенических и социально-экономических факторов на показатели здоровья работающих с использованием математических моделей // Методические рекомендации МЗ РК. Шымкент, 1998. -30 с.

УДК 614.2:615739.15-099

СИНДРОМ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У СПОРТСМЕНОВ, КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР РАЗИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА*М. В. Никопорец**Казахский национальный медицинский университет, им. С.Д. Асфендиярова***ТҮЙІН**

Спортшылардың пародонта ауруы созылмалы катаралды гингивит түрінде кездеседі. Ол көбінесе шамадан тыс жаттығудан қозады. Оны емдеудің тиімділігі төмен болып шықты. Оған негізгі себеп иммундық статустың өзгеруі болып табылады. Емдеу шараларының тиімділігін арттыру үшін жаттығу қауырттылығын және физикалық жүктемені азайту қажет. Сонда организмнің бұзылысқа ұшыраған иммундық қызметі мен ауыз қуысын қорғайтын бейспецификалық механизмдер қалыпқа келеді.

SUMMARY

Periodontal disease of athletes is mainly represented by chronic catarrhal gingivitis, which is often exacerbated in a state of overtraining. Ane lack of efficacy in the treatment of an exacerbated disease. May be some changes in the immune status. Anti-inflammatory treatment of exacerbation of chronic catarrhal gingivitis in athletes in a state of overtraining less effective without reducing exercise, whereas a decrease in volume and intensity of the overtraining increase effectiveness of treatment because it promotes the restoration of functions of local immunity and nonspecific defense factors of the impaired by excessive physical and psycho-emotional stress.

Заболевания пародонта у спортсменов, в основном, представлены хроническим катаральным гингивитом, который зачастую обостряется именно в состоянии перетренированности. При этом, отмечается недостаточная эффективность лечения обострившегося заболевания, что может быть связано с изменениями иммунного статуса. Однако, сравнительный анализ иммунного ответа на обострение хронического катарального гингивита у спортсменов с различным функциональным состоянием (на фоне перетренированности и без нее) до сих пор не проводился, так же как не выявлены факторы, способствующие обострению данного заболевания у спортсменов (1,2). Нами было проведено исследование, при котором лечение проводилось среди 359 пациентов с хроническим катаральным гингивитом в стадии обострения. Для этого были сформированы 4 группы: две группы спортсменов с синдромом перетренированности, которым проводили лечение без снижения физических нагрузок и при их снижении; группу сравнения составили спортсмены без синдрома перетренированности, контрольная группа была сформирована из студентов Казахской Академии спорта и туризма, не занимающихся спортом. Лечебные мероприятия включали профессиональную гигиену с последующей местной противовоспалительной терапией, поскольку, в связи со спецификой профессиональной деятельности пациентов, иммуномодулирующие и иммуностимулирующие препараты общего действия в процессе лечения им не могли быть назначены.

Стоматологическое обследование включало определение уровня гигиены, индекса кровоточивости, выраженности воспаления пародонта. В слюне проводили определение показателей, характеризующих состояние местной неспецифической и иммунной защиты ротовой полости: активность лизоцима и уровень иммуноглобулинов. Клинико-лабораторный мониторинг пациентов предусматривал обследование до лечения, через 2, 4 недели, и отдаленные результаты оценивали через 6 месяцев. На основании проведенных исследований можно сделать заключение об общей эффективности местной противовоспалительной терапии препаратом, поскольку в процессе лечения, в целом, значительно улучшились как клинические, так и лабораторные показатели (воспаления пародонта и гигиены ротовой полости, местной неспецифической и иммунной защиты). Следует отметить, что среди клинических параметров наилучшие показатели гигиены зарегистрированы через 2 недели, а наименьшее воспаление и кровоточивость – через 4 недели после лечения. В более поздние сроки наблюдения (6 месяцев) эффект лечения снижается, что диктует необходимость проведения профессиональной гигиены и полосканий с использованием растительных средств не реже, чем 2 раза в год.

Анализ отдаленных результатов клинической эффективности лечения показал, что по мере убывания, группы пациентов расположились в следующем порядке: студенты (контрольная группа), затем – спортсмены без синдрома перетренированности, далее – спортсмены в состоянии перетренированности, лечение которых проводили на фоне снижения физических нагрузок, и наименьшую эффективность наблюдали в группе спортсменов с синдромом перетренированности, лечение которых не сопровождалось снижением физических нагрузок. В ходе лечения происходила нормализация практически всех показателей неспецифической и иммунной защиты ротовой полости в контрольной группе студентов, у спортсменов без синдрома перетренированности и в группе спортсменов с синдромом перетренированности, но при снижении физических нагрузок. В группе же спортсменов с синдромом перетренированности при лечении на фоне высоких нагрузок статистически значимого повышения исходно сниженных показателей активности лизоцима, IgA, IgM и IgG не происходило, чем, возможно, и объясняется наименьшая эффективность

противовоспалительного лечения в данной группе пациентов. Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что наличие сопутствующего патологического состояния – синдрома перетренированности обуславливает неблагоприятное течение воспалительных процессов в пародонте и снижает эффективность их лечения. Уменьшение объема и интенсивности физических нагрузок у спортсменов в состоянии перетренированности способствует большей эффективности лечения, так как вызывает восстановление нарушенных под действием чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок функций местного иммунитета и неспецифических факторов защиты ротовой полости. Попытки лечения обострений хронического катарального гингивита у спортсменов в состоянии перетренированности без снижения нагрузок менее эффективны, так как основная причина иммунодефицита – синдром перетренированности у спортсменов – остается.

Таким образом, анализ полученных в результате настоящих исследований данных позволяет заключить, что факторы, влияющие на стоматологический статус высококвалифицированных спортсменов, при всем их многообразии, можно условно разделить на несколько групп: - во-первых, факторы, связанные с направленностью тренировочного процесса и совокупностью присущих каждому виду спорта специфических особенностей (распределение физических нагрузок, агрессивность физико-химических свойств окружающей спортсмена среды, особенности питания и т.д.); - во-вторых, факторы, связанные с функциональным состоянием спортсменов (наличие или отсутствие синдрома перетренированности), поскольку перетренированность характеризуется повышением уровня кортизола на фоне снижения тестостерона, что сопровождается преобладанием катаболических процессов и неизбежно приводит к дистрофическим изменениям в тканях и органах; - в-третьих, факторы, связанные с уровнем неспецифической защиты и иммунологической реактивности спортсменов, поскольку их снижение провоцирует развитие воспалительных процессов в пародонте даже при незначительном нарушении уровня гигиены ротовой полости. Все перечисленные факторы являются взаимосвязанными и взаимозависимыми. Так, чрезмерные физические и психоэмоциональные нагрузки приводят к развитию синдрома перетренированности; нарушение нейрогуморальной регуляции, свойственное синдрому перетренированности, вызывает иммунологические нарушения, которые, в свою очередь, провоцируют обострения и предрасполагают к наиболее тяжелому течению воспалительных заболеваний пародонта и, в частности, хронического катарального гингивита.

Наличие сопутствующего патологического состояния – синдрома перетренированности способствует не только более тяжелому течению воспалительных заболеваний пародонта, но и снижает эффективность их лечения. Именно в состоянии перетренированности у спортсменов чаще всего происходят обострения хронического катарального гингивита, ведущая роль в которых, несомненно, принадлежит факторам неспецифической и иммунной защиты: - снижение активности лизоцима и уровня иммуноглобулинов, а также более кислая среда (вследствие снижения pH ротовой жидкости) обуславливают нарушение барьерной функции слизистой; - резкое повышение провоспалительного цитокина и хемокина ИЛ-8 при столь же резком снижении противовоспалительного ИЛ-4 в совокупности с нарушением переваривающей способности фагоцитов влечет за собой длительное скопление в очаге воспаления нейтрофилов, не способных справиться с инфекцией, и, в результате, усугубление воспалительного процесса вплоть до деструктивных изменений в тканях; - снижение относительного числа Т-лимфоцитов и клеток-хелперов приводит к преобладанию супрессорных механизмов иммунорегуляции. Все перечисленные нарушения способствуют не только обострению, но и недостаточной эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у спортсменов с синдромом перетренированности.

Таким образом, противовоспалительное лечение обострения хронического катарального гингивита у спортсменов в состоянии перетренированности без снижения физических нагрузок менее эффективно, тогда как уменьшение объема и интенсивности последних повышает эффективность лечения, поскольку способствует восстановлению нарушенных под действием чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок функций местного иммунитета и неспецифических факторов защиты ротовой полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А. Влияние санитарно-гигиенических условий тренировок на формирование заболеваемости спортсменов //Наука и образование Южного Казахстана-Республиканский научный журнал.-Шымкент, 1999.№11, с. 56-58.
2. Булешов М.А.,Сихымбаева Д.С., Бердибекова З.К. Использование результатов социологических методов исследования для углубленного изучения заболеваемости спортсменов / «Оңтүстік Қазақстан облысындағы дене тәрбиесі мен спорттың даму мәселелері» Аймақтық І ғылыми-тәжірибелік конференцияның мақалалар жинағы. Шымкент 1993. 74-77 бет.

УДК 614.2:615739.15-099

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ*Г.П.Касьмова, М.Н.Югай**Высшая школа общественного здравоохранения**Управление медико-социальной экспертизы Департамента по контролю и социальной защите по Карагандинской области, г. Караганда, Республика Казахстан***ТҮЙІН**

Қант диабеті кезінде функцияның тіршілік критериясының функционалдық класс (ФК) бойынша бұзылуның сандық бағасының әдістемесі жасалды, функционалдық класс 5 балдық 100 пайызға саналатын шкаламен белгіленеді. Осы әдістеменің артықшылығы мен қолайлығы жан-жақтығында, функцияның бұзылуы сөзбен анықталмай сандық белгімен айтылуында, ең бастысы функциялардың бұзылу дәрежелерін дұрыс көрсетеді және медициналық әлеуметтік сараптаманың жыл сайынғы куәландыру кезінде бақылау динамикасының оңалту шараларының нәтижесін дұрыс бағалауға ықпалын тигізеді.

SUMMARY

To quantify the degree of restriction of vital activity in patients with diabetes mellitus, we have proposed an integral index which allows to quantify the simultaneous effects of the disease on organ, organismic and social levels through the notion of «functional class». Evaluation of FC is ranked on a 5-point scale, taken as 100%. Improving the methodology of medical social expertise in diabetes mellitus using a quantitative assessment of restriction of vital activity meets the three-dimensional concept of the consequences of the disease proposed by WHO experts and provides a theoretical basis for rehabilitation.

Введение. Сахарный диабет является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем цивилизации. Это связано с быстрыми темпами роста, тяжестью осложнений, спецификой воздействия на организм. Распространенность сахарного диабета не могла не отразиться на инвалидности вследствие данной патологии, которая в структуре инвалидности занимает шестое – седьмое ранговое место (1).

В республике медико-социальная экспертиза (далее – МСЭ) лиц с заболеваниями эндокринной системы у детского и взрослого населения проводится в соответствии с Международной классификацией нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, предложенной Всемирной организацией здравоохранения в 1980 году. Вместе с тем, цивилизованные страны мира, в том числе страны СНГ, при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации ориентируются на Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, утвержденную в 2001 году Всемирной организацией здравоохранения.

Цель работы. Для количественной оценки степени ограничения жизнедеятельности у больных с сахарным диабетом, нами предложен интегральный показатель, позволяющий количественно оценить одновременно последствия болезни на органном, организменном и социальном уровнях через понятие «функциональный класс».

Методы. Оценка ФК ранжирована по 5-ти бальной шкале, принятой за 100%. Градация ее предложена следующая: ФК-0 - характеризует нормальное состояние функций; ФК-1 - легкое нарушение функций и ОЖД (до 25%); ФК-2 - умеренное нарушение (от 26 до 50%); ФК-3 - значительное нарушение (от 51 до 75%); ФК-4 - резко выраженное нарушение (от 76 до 100%).

Результаты. Нами были разработаны функциональные классы нарушений жизнедеятельности и социальной недостаточности при сахарном диабете у взрослых с учетом клинко-функциональных нарушений, ограничения жизнедеятельности и степени их выраженности. Для ФК-1 характерны следующие клинко-функциональные нарушения. Незначительные или легкие соматические нарушения. Отсутствие нарушений или наличие умеренных нарушений функции зрения – непролиферативная ретинопатия с двухсторонним снижением остроты зрения до 0,4 с коррекцией. Периферическая нейропатия 1 степени (латентная). Нефропатия I–II ст. Ангиопатия нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) 1 степени. Легкие гормональные и метаболические нарушения. Легкий синдром гипергликемии. Данные нарушения приводят к ограничению передвижения ФК-0-1, участия в трудовой деятельности - ФК-1. Для ФК-2 характерны следующие клинко-функциональные нарушения: соматические нарушения средней тяжести; выраженные нарушения со стороны органа зрения – препролиферативная или непролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,11-0,15 с коррекцией. Нефропатия 3 ст. Периферическая нейропатия 1-2 степени (начальная). Ангиопатия нижних конечностей с ХАН 2 степени, синдром диабетической стопы (СДС) 0-1 ст. Умеренные или выраженные гормональные и метаболические нарушения. Выраженный синдром хронической гипергликемии. Компенсация диабета сахаропонижающими таблетированными препаратами или инсулином в среднетерапевтических дозах до 1 ЕД/кг. Гликемия натощак

9-14 ммоль/л, глюкозурия 20-40 г/л. Данные нарушения приводят к ограничению способности к ориентации ФК-1-2, общению ФК-1, передвижения ФК-2, обучения ФК-1-2, 2, участия в трудовой деятельности ФК-1-2, 2 (ФК-2 – если значительная и умеренная физическая нагрузка, быстрый темп работы, работа на высоте, с движущимися механизмами). Для ФК-3 характерны следующие клинико-функциональные нарушения: тяжелые соматические нарушения; значительные нарушения органа зрения – макулопатия или пролиферативная ретинопатия со снижением остроты зрения в лучшем видеющем глазу от 0,05 до 0,1 с коррекцией. Нефропатия 4 ст. Периферическая нейропатия 3 степени (явная), центральная нейропатия 1-2 ст. Ангиопатия с ХАН 3 ст., СДС 2-3 ст. Ампутационные культы. Выраженная автономная нейропатия. Выраженные или значительные гормональные и метаболические нарушения. Значительно выраженный синдром хронической гипергликемии (частые декомпенсации). Гликемия натощак больше 14 ммоль/л, глюкозурия 40-50 г/л. Лабильное течение диабета. Инсулинорезистентность (суточная доза больше 1 ЕД/кг). Данные нарушения приводят к ограничению способности самообслуживания ФК-1-2, ориентации ФК-3, общения ФК-2, передвижения ФК-2-3, контроля поведения ФК-2, участия в трудовой деятельности ФК-3.

Для ФК-4 характерны следующие клинико-функциональные нарушения: тяжелые соматические нарушения. Резкие нарушения зрения: макулопатия или пролиферативная ретинопатия, катаракта, глаукома с остротой зрения единственного или лучше видящего глаза от 0,04 до 0. Концентрическое двустороннее сужение полей зрения до 5° от точки фиксации. Периферическая нейропатия 4 ст. (выраженная), центральная нейропатия 5 ст. Выраженная или значительная автономная нейропатия. Ангиопатия нижних конечностей с ХАН 4 степени, СДС 4-5 ст. Ампутационные культы. Значительные или резкие гормональные и метаболические нарушения. Значительно выраженный синдром хронической гипергликемии, нарушение всех видов обмена. Компенсация диабета с помощью инсулинов, редко таблетированных сахаропонижающих препаратов. Данные нарушения приводят к ограничению способности самообслуживания ФК-3-4, ориентации ФК-3-4, общения ФК-2-3, передвижения ФК-3-4, контроля поведения ФК-2-3, участия в трудовой деятельности ФК-4. Возможен труд в специально созданных условиях ФК-3.

Выводы: Совершенствование методологии медико-социальной экспертизы при сахарном диабете с применением количественной оценки ограничения жизнедеятельности отвечает трёхмерной концепции последствий болезни предложенной экспертами ВОЗ и является теоретической основой реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Аликанова Л.Е., Жаксыбергенов А.М., Джусупбекова Г.С. Методические подходы к экспресс-скринингу здоровья населения // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана –Ташкент. 2008. с.30-32.

УДК 616.8-009-053.2-08:364.048.6

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ж.З. Мухамбетова

Городская детская больница, г. Костанай

ТҮЙІН

Арнайы емхананың оңалту бөлімінде жүйке ауруына шалдыққан балдарды емдеуді кешенді қолға алғанда оның маңызды оң нәтиже беріп және олардың дұрыс өсуіне әсері бар екені анықталды.

SUMMARY

It has been established that an integrated approach to curing the children with neurological disorders in a rehabilitation of the department specialized clinics can achieve significant positive results and contribute to the development of integrated personality.

Перинатальные повреждения нервной системы у детей были и остаются одной из ведущих проблем не только детской неврологии и педиатрии, но и всей современной медицины: речь идет о здоровье будущего поколения, о многих и многих тысячах его представителей. Данные литературы свидетельствуют о том, что среди всех неврологических заболеваний в детском возрасте поражения нервной системы пренатального и перинатального периодов составляют 65-80%, из которых на долю пренатального поражения мозга приходится примерно одна треть [1]. Причинами перинатального поражения головного мозга могут быть: внутриутробная гипоксия, которая вызывает гипоксию плода и новорожденного, инфекции различной этиологии, травмы, токсические воздействия, метаболические нарушения, стрессовые факторы, иммунологические отклонения в системе «мать – плацента – плод». Антенатальная гипоксия приводит к замедлению роста капилляров головного мозга, увеличивает их проницаемость и ранимость. Повышается также проницаемость клеточных мембран. Возникает ишемия, отёк и набухание мозговой ткани. В результате метаболических,

гемодинамических и ликвородинамических расстройств повреждаются нервные клетки. Степень их поражения зависит от тяжести и продолжительности гипоксии [2].

Цель исследования. Изучение опыта комплексного подхода к лечению детей с неврологическими отклонениями в условиях реабилитационного отделения городской специализированной поликлиники.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 54 ребенка, состоящих на «Д» учёте, из них с диагнозом «детский церебральный паралич» (ДЦП) – 26 детей (48,15%), «резидуально органическое поражение центральной нервной системы» (РОП ЦНС) – 14 детей (25,93%), «минимальная мозговая дисфункция» (ММД) – 14 детей (25,93%).

Половозрастная характеристика представлена в таблице 1. В группе обследованных больных преобладали мальчики – 59,26%, в том числе в возрасте от 12 до 15 лет – 62,5%, девочек обследовано меньше – 40,74%, в том числе в возрасте от 7 до 12 лет – 50%.

Пол	Общее количество детей (%)	До 3-х лет	3-7лет	7-12лет	12-15лет
Количество мальчиков	32 (59,26%)	4 (57,14%)	9 (69,23%)	9 (50,0%)	10 (62,5%)
Количество девочек	22 (40,74%)	3 (42,86%)	4 (30,77%)	9 (50,0%)	6 (37,5%)

Таблица 1 - Половозрастная характеристика. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: ДЦП – 26 детей (48,15%), РОП ЦНС – 14 детей (25,93%), ММД – 14 детей (25,93%). Данное распределение представлено в таблице 2.

Диагноз	Количество больных	%
ДЦП	26	48,15%
РОП ЦНС	14	25,93%
ММД	14	25,93%

Таблица 2 - Распределение больных по нозологическим формам

Всем детям проводилось клиничко-неврологическое обследование. Диагнозы подтверждены методами параклинического исследования и данными функциональной диагностики (электроэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, доплерография сосудов головного мозга). Все дети консультированы психиатром, логопедом, окулистом, по показаниям ортопедом. Кроме того, проводилась нейропсихомоторная оценка состояния каждого ребёнка до и после лечения. Реабилитационное лечение детей с неврологическими нарушениями включает в себя несколько этапов: коррекция и лечение неврологических отклонений; общеукрепляющие мероприятия; социальная адаптация. Лечение детей с неврологическими отклонениями проводилось в комплексе, с использованием медикаментозной терапии, физиолечения, массажа, ЛФК. Медикаментозная терапия включала прием седативных препаратов, ноотропов, сосудистых препаратов, витаминов. Особенно эффективным оказалось применение таких препаратов, как актовегин, пантокальцин, танакан, ноофен. При спастических формах ДЦП применялись препараты, снижающие мышечный тонус: мидокалм, баклосан. В отделении реабилитации при специализированной поликлинике дети получили следующие процедуры: массаж, индивидуальная лечебная физкультура под руководством врача ЛФК, бассейн – плавание – гидрокинезотерапия, сухой бассейн, индивидуальные занятия под руководством врача ЛФК в тренажерном зале.

В физиокабинетах проводилось электролечение (лекарственный электрофорез по методике Ратнера со спазмолитиками – эуфиллином, папаверином), светолечение, ультразвук, магнитотерапия. Физиолечение проводилось с предварительным осмотром физиотерапевта. Из общеукрепляющих мероприятий применялись: кислородные коктейли, люстра Чижевского, галокамера, сауна. Большое значение в реабилитационном процессе детей имеет психообразование родителей и родственников этих детей. Прежде всего, родителей и родственников необходимо информировать о болезни ребёнка, ее причинах, течении, прогнозе, о роли реабилитации. Целью этого образования является обеспечение психосоциальной поддержки, когда вокруг детей создаётся терапевтическая среда, в которой они могут в защищённых, эмоционально безопасных условиях выработать адекватные навыки поведения и общения [3,4].

Большую роль играет поддержание атмосферы постоянной симпатии к детям со стороны медперсонала.

Результаты исследования. Наблюдение за детьми проводилось в течение года с оценкой эффективности по клиническим проявлениям и данным инструментального исследования. В течение года проведено не менее 2-3 курсов лечения. Динамика показателей нейропсихомоторного тестирования в начале и в конце года представлена в таблице 3.

Параметры	Средний балл	
	в начале года	в конце года
Двигательная сфера	2,3	2,6

Чувствительная сфера	2,5	2,8
Речевое развитие	1,6	2,4
Развитие социальных навыков	2,1	2,8

Таблица 3 - Оценка нейропсихомоторного развития в начале и в конце лечебного года

Как видно из таблицы, у детей с неврологическими нарушениями к концу года, в течение которого проводилось комплексное лечение, существенно улучшились показатели нейропсихомоторного развития. Положительные результаты были подтверждены не только клиническими данными, но и данными инструментальных исследований. Динамика электроэнцефалографических данных у всех детей характеризовалась изменениями в сторону правильного формирования возрастного ритма. Улучшилось формирование навыков поведения, коммуникативных свойств, навыков повседневной жизни, что способствовало социальной адаптации детей.

Выводы. Таким образом, комплексный подход к лечению детей с неврологическими отклонениями в условиях реабилитационного отделения специализированной поликлиники позволяет добиться значительных положительных результатов и способствует развитию полноценной личности, которая может активно включиться в социальную жизнь и найти себе место в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – 2001. – С. 27-34.
2. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. – М., Медицина. – 2004. – С. 54-59.
3. Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. – Ташкент. – 1979. – С. 38-44.
4. Лепесова М.М., Джаксыбаева А.Х. Диагностика и коррекция синдрома дефицита внимания и гиперактивности у дошкольников. Учебно-методическое пособие. – Алматы. – 2002. – С. 19-25.

УДК 616.831-009.1-053.2

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ж.З. Мухамбетова

Городская детская больница, г. Костанай

ТҮЙІН

Балалар церебралды салдануымен наукас балаларды қалалық емхана жағдайында оңалту маңызды оң нәтижелерге қолжеткізуге болатыны анықталды.

SUMMARY

It has been established that the rehabilitation of children with cerebral palsy allows to achieve significantly positive results even in an urban policlinic.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа прогрессирующих синдромов, являющихся следствием повреждений мозга, возникших во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах и характеризующихся задержкой и патологией двигательного, речевого и психического развития [1, с. 322]. Частота ДЦП, по разным данным, составляет 2,5-5,9 и более случаев на 1000 родившихся детей [1, с. 323]. ДЦП относится не только к наиболее распространённой патологии ЦНС у детей, но и занимает ведущее место (30-70%) среди заболеваний, приводящих к инвалидизации, причём у 20-35% больных степень ограничения жизнедеятельности настолько значительна, что они не передвигаются и оказываются необучаемыми. Восстановительное лечение может быть эффективно только в условиях раннего начала с последующей систематической, комплексной реабилитацией в течение нескольких лет [2, с. 30-31].

Цель исследования. Изучение принципов реабилитации детей с ДЦП в условиях городской поликлиники.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 ребенка с разными формами ДЦП, в возрасте от 1 года 7 месяцев до 15 лет. Половозрастная характеристика представлена в таблице 1.

В группе обследованных больных наблюдалось незначительное преобладание мальчиков (51,6%), в том числе в возрасте от 12 до 15 лет – 12 детей (75%). В группе девочек (48,4%) преобладал возраст от 3-х до 7 лет – 14 детей (60,87%)

Пол	Общее кол-во	До 3-х лет	3 – 7 лет	7 – 12 лет	12 – 15 лет
Количество мальчиков	32(51,6%)	4(57,14%)	9(39,13%)	7(43,75%)	12(75%)
Количество девочек	30(48,4%)	3(42,86%)	14(60,87%)	9(56,25%)	4(25%)

Таблица 1 - Половозрастная характеристика

В структуре диагнозов преобладала спастическая диплегия, среднетяжелая форма – у 30 детей (48,38%), гемипаретическая форма – у 12 детей (19,35%), гиперкинетическая форма – у 8 детей (12,9%) Распределение больных по клиническим формам представлено в таблице 2 [2, с. 32].

Диагноз	Количество больных	%
ДЦП. Спастическая диплегия	30	48,38%
ДЦП. Гемипаретическая форма	12	19,35%
ДЦП. Гиперкинетическая форма	8	12,9%
ДЦП. Атонически-астатическая форма	7	11,29%
ДЦП. Двойная гемиплегия	5	8,06%

Таблица 2 - Распределение больных по клиническим формам (классификация Семёновой К.А.)
 Всем детям проводилось клиничко-неврологическое обследование. Диагноз подтвержден методами параклинического исследования и данными функциональной диагностики (электроэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, доплерография сосудов головного мозга). Все дети консультированы психиатром, логопедом, окулистом, ортопедом, сурдологом по показанию, физиотерапевтом, врачом ЛФК. Также все дети осмотрены специалистами психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Кроме того, проводилась нейропсихомоторная оценка состояния каждого ребёнка до и после лечения по карте нейропсихического развития детей [3]. Эта карта, разработанная кафедрой детской неврологии АГИУВ, позволяет провести оценку развития детей по 4-м основным сферам: двигательная, чувствительная, речь и развитие социальных навыков. Оценка развития определялась по 4-бальной шкале: 0 баллов – не выполняет; 1 балл – затрудняется; 2 балла – делает непостоянно; 3 балла – выполняет хорошо. Реабилитационное лечение детей с ДЦП должно проводиться комплексно и включать в себя следующее: медикаментозная терапия, массаж, физиотерапия, лечебная физкультура, психолого-логопедическая коррекция, социальная адаптация.

Медикаментозная терапия включала приём ноотропов, сосудистых препаратов, витаминов. Особенно эффективным оказалось совместное применение таких препаратов, как актовегин и инстенон. Схема лечения выглядела следующим образом: актовегин вводили внутримышечно в дозе 2 мл ежедневно в течение 10 дней, затем переходили на таблетированную форму препарата инстенон в дозе ½ таблетки 2 раза в день в зависимости от возраста, в течение 20 дней. Наш практический опыт подтвердил результаты сообщений о применении комбинации актовегина с инстеноном [4] или другими препаратами [5] и показал индуцируемый нейротропный эффект и выраженную клиническую эффективность комбинации препаратов. У детей со спастическими формами ДЦП терапия была направлена на снижение патологической активности структур, контролирующих стволовые тонические рефлексы, с помощью препаратов, снижающих мышечный тонус: мидокалм, баклосан. В отделении реабилитации при поликлинике дети получили следующие процедуры: массаж, лечебная физкультура индивидуальная под руководством врача ЛФК, индивидуальные занятия под руководством врача ЛФК в тренажерном зале. При выполнении комплексного лечения особое внимание уделяется последовательности проведения процедур. ЛФК, массаж проводились непосредственно после тепловых процедур на фоне медикаментозной терапии. В физиокабинетах проводилось электролечение (лекарственный электрофорез по методике Ратнера со спазмолитиками – зуфиллином, папаверином), электростимуляция мышц, ультразвук, магнитотерапия. В поликлинике с детьми старше 4-х лет с нарушением речи проводились логопедические занятия. Согласно рекомендации специалистов ПМПК дети с задержкой речевого развития направлялись в кабинет психо-логопедической коррекции, где занятия проводит дефектолог-логопед. К лечебному процессу активно привлекались родители. Основной нашей задачей являлось помочь родителям приобрести практические знания в воспитании больных детей с двигательными нарушениями, показать необходимость и значение активного участия родителей в лечебном процессе детей с ДЦП, так как успех лечения во многом зависит от участия родителей в лечебных мероприятиях.

Результаты исследования. Наблюдение за детьми с оценкой эффективности лечения по динамике клинических проявлений проводилось в течение года. За этот период проведено не менее 2-3 курсов лечения. Динамика показателей нейропсихомоторного тестирования представлена в таблице 3.

Параметры	Средний балл	
	в начале года	в конце года
Двигательная сфера	1,5	1,9
Чувствительная сфера	2,2	2,5
Речевое развитие	1,8	1,9
Развитие социальных навыков	2,1	2,2

Таблица 3 - Оценка нейропсихомоторного развития детей с ДЦП в начале и в конце реабилитационного периода.

Как видно из таблицы, у детей к концу года, в течение которого проводился комплекс реабилитационных мероприятий, существенно улучшились показатели нейропсихомоторного развития. Улучшилось формирование навыков поведения, коммуникативных свойств, навыков повседневной жизни, что

способствовало социальной адаптации детей. Результаты лечения зависели от тяжести поражения нервной системы, возраста ребёнка, длительности лечения, степени активного участия родителей в лечебном процессе.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что реабилитация детей с детским церебральным параличом может давать положительные результаты и в условиях городской поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., Медицина. – 1984. – С. 322-323.
2. Семёнова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. – Ташкент. – 1979. – С. 30-35.
3. Джаксыбаева А.Х., Лепесова М.М. Диагностика и профилактика задержки нейropsychического развития у детей: методические рекомендации. – Алматы. – 2004. – С. 28.
4. Джаксыбаева А.Х. Лепесова М.М. Лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста препаратом инстенон. – М., Медицина. – 2001. – С. 51-53.
5. Джумабеков Т.А. Эффективность инстенона и актовегина при лечении энцефалопатии у детей //Актовегин – от традиции к новому: Сб. научных статей. – Астана. – 2000. – С. 32.

УДК 343.148.22:355.72

ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ ЕЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ

А.Б. Адимов

Пограничная служба КНБ РК, г. Алматы

ТҮЙІН

Мақалада ҚР әскери қарулы күштерді медициналық қамсыздандыруға бағытталған әскери-дәрігерлік сараптаманың негізгі мақсаттары көрсетілген. Заманауи ғылыми әдістемелік дағдылар негізінде әскери-дәрігерлік сараптаманы әрмен қарай дамыту және жетілдіру жолдары бейнеленген.

SUMMARY

The main objectives of the military-medical assessment are directed to the medical security of the armed forces of the Republic of Kazakhstan. On the basis of modern scientifically-systematic methods its necessary to develop and improve the ways of the military-medical assessment.

Военно-врачебная экспертиза является разделом медицины, представляющим комплекс научно-методических, организационных и практических мероприятий, осуществляемых в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных Сил и других воинских формирований, совершенствования медико-социальной помощи гражданам, проходящим и проходившим воинскую службу. Военно-врачебная экспертиза (далее ВВЭ) проводится в целях определения категории годности граждан по состоянию здоровья к воинской службе; определения степени тяжести и причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у граждан с прохождением ими воинской службы (военных сборов); определения видов, объемов, сроков осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации. Выделяются три основных закона ВВЭ (по В.В.Куликову): 1. ВВЭ осуществляется методом медицинского освидетельствования, включающим изучение и оценку состояния здоровья и физического развития граждан на момент освидетельствования. 2. Освидетельствование проводится при определенном врачебно-экспертном исходе, под которым понимается такое состояние здоровья гражданина, когда результаты его обследования и лечения дают основание при освидетельствовании вынести экспертное заключение о категории годности к военной службе и когда дальнейшее лечение не приведет к ее изменению. В основе этого заключения всегда лежит суждение о соответствии гражданина, как объекта ВВЭ, условиям воинской службы, особенностям воинской специальности, среде обитания. 3. Экспертный подход должен быть дифференцированным, с учетом, прежде всего, функциональной способности организма адаптироваться к условиям воинской службы. При этом основным принципом ВВЭ является индивидуальная оценка категории годности гражданина к воинской службе, с учетом характера заболеваний, степени их развития, частоты их обострений, степени нарушений функций органов и систем, эффективности лечения, прогноза, а также возраста, профессии освидетельствуемого, особенностей его службы в том или ином виде Вооруженных Сил, роде войск.

Важным является сохранение преемственности врачебно-экспертных подходов при оценке различной патологии и состояния здоровья освидетельствуемого в целом, что обеспечивает комплектование Вооруженных Сил здоровым и практически здоровым пополнением, а также сохранение на воинской службе опытных специалистов, в первую очередь из числа офицеров. ВВЭ является комплексной сферой деятельности медицинской службы, которая объединяет три основные тесно связанные и взаимодействующие между собой составные части: 1) военно-медицинскую науку, призванную разрабатывать теорию военно-врачебной

экспертизы, критерии, формы и методы медицинского отбора, медицинского освидетельствования граждан. 2) военно-медицинскую организацию, представляющую систему использования сил и средств медицинской службы Вооруженных Сил в интересах ВВЭ; 3) врачебно-экспертную практику.

Для решения задач ВВЭ создаются органы ВВЭ – штатные и нештатные (постоянно и временно действующие) военно-врачебные комиссии (ВВК). На основании результатов освидетельствования ВВК выносит клинико-экспертное заключение о состоянии здоровья гражданина, которое несет в себе три функциональные нагрузки: - медицинскую, формирование клинико-экспертного диагноза, с его составными частями; - юридическую – определение категории годности к воинской службе, возможности обучения (прохождения воинской службы) по определенной военно-учетной специальности; - социальную – определение причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, граждан, проходивших военную службу (военные сборы), а также видов, объемов и сроков осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

Существует ряд основных разделов практической работы и задач ВВЭ, имеющих большое значение в настоящее время: 1) отбор пополнения, который осуществляется при медицинском освидетельствовании в призывных и военно-врачебных комиссиях. Причем, чтобы отбор был действенным, он должен включать в себя элементы глубокого анализа результатов определения состояния здоровья освидетельствуемого современными методами исследования, изучения опыта возможности несения воинской службы при наличии тех или иных дефектов здоровья, учета всех требований, предъявляемых предназначенной воинской службой к психофизическому состоянию человека. Отбор становится все более и более дифференцированным, и это одна из основных сложностей в работе врачей-экспертов; 2) подготовка к отбору пополнения. Указанные разделы по своему содержанию составляют организационную часть большой организационной, методической и лечебно-профилактической работы, осуществляемой органами ВВЭ в тесном взаимодействии с гражданским здравоохранением, отделами по делам обороны и местными органами власти, которая в настоящее время называется медицинским обеспечением подготовки молодежи к воинской службе; 3) контроль за полнотой и качеством обследования, обоснованностью и своевременностью лечения, выпиской и эвакуацией военнослужащих, находящихся на лечении в военных лечебных учреждениях; 4) увольнение негодных к воинской службе при бережном отношении к опытным, ценным для вооруженных сил кадрам; контроль за обоснованностью врачебно-экспертных заключений; 5) решение социальных вопросов путем установления причинно-следственных связей утраты здоровья и трудоспособности с прохождением службы военнослужащими и бывшими военнослужащими с целью обеспечения их прав на пенсионное и другие виды социального обеспечения.

Разрешение всех этих задач не может быть прерогативой только органов ВВЭ. Все звенья медицинской службы в той или иной мере участвуют в этом, но работа экспертизы имеет одну, только ей присущую особенность. Рассмотрение и решение такого рода вопросов носит юридический, правовой характер, так как каждое врачебно-экспертное заключение определяет права и обязанности военнослужащего и гражданина, установленные Конституцией страны. Основополагающее значение для ВВЭ имеет клинический аспект, поскольку его конечный результат – подготовка и составление клинико-экспертного заключения, представляющего собой комплексный итоговый вывод о состоянии здоровья освидетельствуемого, определяющего сущность, характер и течения заболевания, состояние функций органов и систем организма, оценку соответствия его психофизиологических возможностей требованиям воинской службы и профессии и устанавливающего причинно-следственные связи отклонений в состоянии здоровья с условиями воинской службы. Важная особенность клинического аспекта ВВЭ – интегральная оценка состояния здоровья освидетельствуемого, которого, как правило, осматривают врачи различного профиля. Специализация и дифференциация медицины, как показывает практика органов ВВЭ, нередко приводят к недооценке врачами узких специальностей целостности организма, абсолютизации локального, снижению моральной и профессиональной ответственности врачей при составлении экспертного заключения. Таким образом, формирование клинико-экспертного заключения всегда коллективный процесс. Каждый из представителей многочисленных клинических и медико-биологических дисциплин в той или иной мере вносит в него свой вклад. Вследствие этого ВВЭ нельзя отнести ни к терапии, ни к хирургии или какой-либо другой частной клинической дисциплине. Вместе с тем, именно клинический аспект ВВЭ дает наибольшие предпосылки рассматривать ее как интегрирующий процесс познания реальности, научно обоснованную, опирающуюся на теорию и практику медицины, систему представлений об основных закономерностях становления и проявления здоровья, развития болезней человека, их влияния на его психофизиологические возможности и соответствие этих возможностей требованиям воинской службы и профессиональной деятельности в единстве их социально-биологических проявлений.

Заключение ВВК должно быть обосновано не только на оценке состояния данной конкретной функции, но и на обязательной характеристике возможностей организма как единого целого и с медицинской, и социальной точки зрения. Это означает, что ВВЭ должна базироваться на системном подходе, обязательном при изучении сложноорганизованных систем, элементы которых динамически взаимосвязаны. Основой ВВЭ является воинская медицина – специфическая отрасль медицины, представляющая собой систему научных знаний и практической деятельности, которая опирается на специально оформившуюся в составе вооруженных

сил государства организацию (военно-медицинскую службу). Ее цель – всестороннее эффективное медицинское обеспечение личного состава войск и сил флота в мирное время. Повышенный интерес широкой общественности к жизни Вооруженных Сил, практической реализации Военной доктрины государства, ориентация в военном строительстве на преимущественно качественные параметры, несомненно, требуют поиска новых подходов к определению критериев медицинского отбора пополнения для армии и флота, освидетельствованию военнослужащих, организационным формам и методам работы органов ВВЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Правила проведения военно - врачебной экспертизы и Положение об органах военно - врачебной экспертизы.
3. Золотов В.П. Военно-врачебная экспертиза на современном этапе //Воен.мед.журнал 1992 г. № 2.
4. Куликов В.В., Фадеев А.С. Роль военно-врачебной экспертизы в сохранении психического здоровья военнослужащих// - Воен.мед.журн., 1999. - № 9.
5. Лиходий И.В., Комаристов А.Е. Контрольное обследование и медицинское освидетельствование военнослужащих в практике работы штатных военно-врачебных комиссий// - Воен.мед.журн., - 1992. № 2.

УДК: 610.7346:616.025

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПЛАНИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАЗРАБОТКЕ ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРСОНАЛА УРАНОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Д.Д. Абдирасилова, Б. Абдумалик, Н.Н. Мусабеков, К.М. Хасенова
Республиканский диагностический центр, г. Астана,
ТОО СП «Инкай», Клиника «Казанада», п. Тайконур Сузакского района ЮКО
Центральная районная больница г. Сергеевка СКО, МКТУ им. А.Ясави, г. Туркестан.

ТҮЙІН

Мақалада уран өндірісіндегі жұмысшыларда кездесетін ауруларды реттейтін әдістерді анықтау үшін ғылыми зерттеулерді жасаудың кейбір аспектілері келтіріледі. Қазақстан халқының денсаулығы қоғамның әлеуметтік бағыттарының маңызды белгілері және мемлекеттің өзінің азаматтарының алдындағы жауапкершілігінің көрсеткіші. Халықтың денсаулығына көптеген техногендік факторлар, оның ішінде ұзақ мерзімді иондаушы радиация әсер етеді. Елімізде көптеген уран өндіретін аймақтардың болуына байланысты, күрделі радиациялық жағдай анықталады. Осыған орай, уран өнеркәсібіндегі жұмысшылардағы ауруларды зерттеу арқылы аталған контингенттің денсаулығына басшылық ететін әдістерді әзірлеу қажет.

SUMMARY

There are some aspects of scientific researches planning for development of sickness rate controlling methods of uranium industry that are shown in the article. Exploitation of uranium deposits on the territory of Kazakhstan creates complicated radiation situation. It leads to necessity of investigation of sickness rate of employees of uranium exploiting enterprises for development of suitable methods of controlling of inspected personnel's health. That's why, through studying the illness of workers in uranium factories. It's necessary to prepare the method, which takes care of health of this continent.

Состояние здоровья населения Казахстана является одним из важных показателей социальной ориентированности общества и гарантией, характеризующей степень ответственности государства перед своими гражданами [4]. В современных условиях развития общества на здоровье населения нашего государства оказывает воздействие ряд техногенных факторов риска, среди которых следует отметить длительное воздействие ионизирующей радиации. Республика Казахстан является одной из крупнейших в мире сырьевых баз природного урана. На территории Казахстана, по мнению специалистов, сосредоточено около 25% мировых запасов урана. В связи с разработкой урановых месторождений на территории Казахстана имеет место достаточно сложная радиационная обстановка. Предприятия уранодобывающей и ураноперерабатывающей промышленности размещены практически на всей территории Казахстана. В течение последних сорока лет в Казахстане осуществлялась разработка 20 урановых месторождений. В настоящее время на территории Республики накопилось более 200 млн. тонн радиоактивных отходов в виде хвостов обогатительных фабрик, хвостохранилищ [1]. Все это в качестве источника радиоактивного загрязнения окружающей среды оказывает вредное воздействие на здоровье населения. В настоящее время медико-социальная оценка здоровья работников уранового производства и населения прилегающих территорий полностью не проведена. В соответствии с этим, нет данных по комплексному анализу основных факторов риска заболеваемости персонала урановой промышленности и населения прилегающих территорий [2]. Сложившаяся

радиоэкологическая обстановка в местах размещения радиоактивных отходов и связанных с ними потенциальный риск для здоровья населения подтверждают необходимость комплексной оценки состояния здоровья населения и разработку программы оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий [3].

Все вышеизложенное и определило актуальность исследований, направленных на разработку оптимальных методов управления заболеваемости персонала урановой промышленности [4]. В связи с этим, нами планируется изучение уровня современных радиационно-эпидемиологических исследований, ориентированных на оценку индивидуального риска среди работников урановой промышленности. Целью планируемых исследований является разработка медико-социальных и организационно-управленческих технологий с учетом оценки рисков радиационно- обусловленных и необусловленных заболеваний. В комплексе планируемых исследований на примере персонала урановой промышленности будет определяться их медико-демографическая и дозиметрическая характеристика. С использованием всех накопленных возможностей радиационной эпидемиологии будут формироваться группы потенциального риска заболеваемости среди работников уранового производства. Особое внимание будет обращено на распространенность онкологических заболеваний среди людей, имеющих отношение к добыче и производству урана. Это обусловит создание географической модели вариабельности частоты онкозаболеваемости в республике [5]. Исследование соматической заболеваемости и онкологической патологии у рабочих уранодобывающих предприятий и населения прилегающих территорий планируется путем анализа медицинской документации и отчетно-статистических материалов на местах: анализ заболеваемости по обращаемости, больничным листам, статистическим талонам, амбулаторным и стационарным медицинским картам, по данным ежегодного профилактического осмотра населения и рабочих, занятых в сфере данной промышленности, годовым отчетам медицинских учреждений. Медицинские исследования населения и работников уранового региона будут проводиться с использованием общепринятых клинических, лабораторно-биохимических, функциональных методов. Это даст возможность изучить структуру, уровень и распространенность соматической и онкологической патологии у данного контингента людей [2]. Для проведения планируемых исследований будут использованы статистические дозиметрические методы, метод определения генных мутаций, математическое моделирование радиационных рисков, определение дозового порога. Планируемые исследования послужат фундаментом научных технологий по оценке радиационных рисков онкологических и неонкологических заболеваний, решат задачи прогностического характера, повысят медико-социальную защищенность населения и работников уранодобывающей отрасли и позволят разработать оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия, способствующие улучшению здоровья обследованного населения региона. Все это в целом предоставит органам и учреждениям здравоохранения возможность разработать оптимальные методы управления здоровьем персонала, занятого на уранодобывающих предприятиях [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленова Ф.К., Байдурын С.А., Клодзинский А.А. Соматическая заболеваемость персонала завода по переработке урановых руд //Астана медициналық журналы. - 2005. -№1. - С. 63-65.
2. Сейсембеков Т.З., Айнабекова Б.А., Байдурын С.А. и др. Актуальные проблемы здоровья населения уранодобывающих регионов Северного Казахстана // Вестник Медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан. – 2005. -№4. - С.11-18.
3. Балмуханов С.Б., Қазымбет П.К., Балмуханов Т.С. Уран. Радиоэкологическая характеристика и ее влияние на здоровье // Астана медициналық журналы. -2004. -№3. - С.6-9.
4. Рахимбекова Г.А., Сейсембеков Т.З., Альмухамедова А.Х. Распространенность и особенности течения анемических состояний у жителей уранодобывающего региона //Астана медициналық журналы. – 2003 . - №4. С.59-62.
5. Бахтин М.М. Некоторые вопросы оценки радиационной опасности предприятий уранового производства для водных сред //Матер.Медунар.симпоз. «Управление качеством медицинской и санитарной помощи курортнов в современных условиях». -Астана-Чолпан-Ата: 2005. - С.451-453.

УДК 615.942:616.0756

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ С АКТИВНОСТЬЮ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В МИКРОСОМАХ ОРГАНОВ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПОСТОЯННОЙ НАГРУЗКЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ СВИНЦА

*Г.Н. Асанова, А.А. Мустафаева, Р.Дильбарканова, И.А. Ишигов, К.С.Бабаева
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г. Туркестан*

ТҮЙІН

Қорғасын ацетатының шектелген мөлшердегі концентрациясының (ШМК) ұзақ мерзім енуі тәжірибедегі жануарлардың зерттелген ағзаларындағы микросомалық фракциясында бос радикалдық тотығудың генерациясына әкеліп соқтыратыны анықталған. Жануардың қорғасын ацетатының ШМК – мен 12

айға дейінгі әсіресе, қанда, бауырда, бүйректерде және бас мидағы липидтердің асқын тотығуы (ЛАТ) процесі қортынды болғаны анықталған. Сонымен қатар, антиоксиданттық жүйе ферменттері (АОЖ) белсенділігінің жоғарылауы байқалған, ал мұны қорғасынмен улану кезінде адекватты компенсаторлық – бейімделу реакция ретінде қарастыруға болады.

SUMMARY

It was established, that the long receipt of extreme permit acceptable concentration (EAC) of acetate lead results in generation of free radical oxidation in microsomal fraction of the investigated organs of experimental animals. Alongside with it the increase of pheromones' activity of antioxidation system (AOS) is marked, that it is possible to consider as adequate compensate- adapting reaction on a leaden intoxication.

Среди важных проблем современной медицины является установление границ между нормой и патологией в условиях постоянной нагрузки даже при поступлении в организм человека и животных предельно допустимых концентраций (ПДК) химических соединений [1]. Распределение и элиминация из органов и тканей тяжелых металлов занимает важное место в этой проблеме [2,3]. Это обусловлено тем, что тяжелые металлы, например, свинец, проникая в глубь клетки, задерживаются в липидных системах мембран и медленно выводятся из них и, тем самым, оказывая свое кумулятивное действие на метаболические процессы [4,5]. Среди важных систем ответственных за детоксикацию и элиминацию тяжелых металлов из тканей главное место принадлежит системе монооксигеназ [6]. В настоящее время установлено, что монооксигеназные ферменты локализованы не только в печени, но и в почках, легких, головном мозге, желудке и других органах [7]. Вместе с тем известно, что монооксигеназные ферменты локализованы в фосфолипидной мембране микросом [8]. От состояния активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в значительной степени определяется структура фосфолипидного матрикса мембран микросом, следовательно, функционально-метаболическая реакция системы цитохрома Р-450 в органах и системах, их детоксикационная активность по метаболизму и элиминации из тканей ксенобиотиков [7]. Влияние тяжелых металлов на процессы ПОЛ, активность ферментов антиоксидантной системы в микросомах различных органов при длительной интоксикации в организме ПДК свинцом до конца не выяснено.

Цель исследования. Выяснить зависимость процессов ПОЛ в микросомах печени, почек, легких, слизистой оболочке желудка (СОЖ), головного мозга от длительности интоксикации организма животных ПДК свинца.

Материал и методы исследования. В опытах использованы половозрелые белые крысы-самцы смешанной популяции с исходной массой 160-170 г. Ежедневно в течение 3, 6, 9 и 12 мес. животным в пищу добавляли ацетат свинца в дозе рекомендованной Всемирной организацией «МАГАТЭ» - 9,17 мкг/сут [2]. Каждая исследуемая группа состояла из 8-10 животных, которые получали корм и воду согласно нормативным рекомендациям. Выделение микросом проводили по общепринятому методу Omura T., Sato R.J. [1964]. В микросомах органов спектрофотометрически на спектрофотометре СФ-46 (Россия) определяли содержание малонового диальдегида (МДА) в НАДФН-зависимой системе, интенсивность «быстрой вспышки» хемилюминесценции по Ю.А.Владимирову и А.И.Арчакову (1972) и активность общей антиокислительной системы (АОС) - по М.Ш.Промыслову и М.Л.Демчук (1990). Исследуемые параметры рассчитывали по отношению к содержанию микросомального белка (мг/мл), который определяли по О.Н.Lowry et.al. (1951). Концентрацию свинца в сыворотке крови (мкг/дл), в моче (мкг/мл), гомогенате ткани почек, печени, СОЖ, головного мозга определяли «сухим методом» на автоанализаторе «Vitros» (Австрия) с использованием набора химических реактивов этой же фирмы. Контролем для всех групп служили данные от интактных животных соответственно динамике опытов. Результаты исследований обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента. Достоверность различий считали при P<0,05.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что содержание ацетата свинца в органах определялось длительностью свинцовой нагрузки, содержанием в плазме крови и экскрецией его с мочой (табл.1).

Сроки исследования	Плазма крови, мкг/дл	Моча, мкг/мл	Печень, Мкг/мл	Почки, мкг/г	Легки е, мкг/г	СОЖ, мкг/г	Головной мозг, мкг/г
3 мес.	10,62±0,84	9,82±0,93 0,62±0,04	1,21±0,07	0,83±0,03	1,91±0,05	0,10±0,01	
6 мес.	9,50±0,90*	12,19±0,85*	0,56±0,03*	0,96±0,05*	0,65±0,02*	1,58±0,06*	0,08±0,01

9 мес.	8,18±0,72*	13,20± 0,98*	0,52±0,04*	0,73±0,04*	0,01± 0,03*	1,95±0 ,09*	0,08±0,01
12 мес.	12,54±0,79	11,72± 0,58*	0,69±0,05	0,91±0,05*	0,77± 0,03	2/19±0 ,08*	0,13±0,01
Контроль	11,31±0,82	9,91±0, 75	0,63±0,03	1,22±0,07	0,81± 0,04	1,32±0 ,06	0,10±0,01

Таблица 1 - Динамика содержания ацетата свинца в исследуемых органах животных (M±m)

После 3 мес. свинцовой нагрузки в крови и моче, а также в печени, почках, легких, СОЖ и головном мозге содержание ацетата свинца не отличалось от таковых данных в контроле. Через 6 мес. в плазме крови, печени, почках, легких и в головном мозге содержание ацетата свинца оказалось сниженным, а в СОЖ, наоборот повышенным. Снижение ацетата свинца в плазме крови, печени, почках, легких и головном мозге можно связать с усиленной экскрецией его с почками, уровень которого существенно превышал на 23% (P<0,01) по сравнению с данными в контроле. Высокое содержание ацетата свинца в СОЖ возможно связано с его абсорбцией, так как желудок стоит первым барьером поступления этого препарата в организм. Через 9 мес. свинцовой нагрузки отмечается отчетливая динамика снижения его в плазме крови, печени, почках, легких и головном мозге и возрастание его в моче и СОЖ. После 12 мес. затравки животных ПДК ацетатом свинца уровень его в плазме крови увеличился по сравнению с предыдущим сроком наблюдения 9 мес, на 53,3% (P<0,001), одновременно снизилось содержание его в моче – на 11,2% (P<0,05), а в печени, почках, легких, СОЖ и головном мозге его уровень повысился на 32,7; 24,6; 26,2; 27,7 и 62,5% соответственно. Можно полагать, что повышение ацетата свинца в плазме крови и исследуемых органах животных было связано в большей мере с уменьшением экскреции его с мочой, по сравнению с 9 месячным сроком исследования. Вместе с тем, по сравнению с контролем экскреция с мочой ацетата свинца была существенно выше – на 18,3% (P<0,01). Это, способствовало, по-видимому, сохранению на довольно низком, по сравнению с контролем содержания ацетата свинца в почках и легких и стабилизации его в пределах контроля в печени. Динамические изменения содержания ацетата свинца в органах животных, вероятно, были одной из важных причин в механизмах перестройки интенсивности процессов ПОЛ в фосфолипидном матрикс мембран микросом в исследуемых органах животных. Как показали результаты исследований через 3 мес. опыта в исследуемых микросомах выделенных из органов животных (кроме СОЖ), интенсивность ПОЛ была в пределах контрольных значений. В СОЖ ее уровень превышал данные в контроле в 1,25 раза (P<0,01), наряду с этим микросомах СОЖ показатель, характеризующий интенсивность ПОЛ (оцениваемым по уровню продуктов хемилюминесценции) был высоким (табл. 2).

Надо отметить, что несмотря на длительное поступление в организм животных ПДК ацетата свинца, процессы ПОЛ не изменились в плазме крови и моче животных по сравнению с данными в контроле. Вместе с тем, в печени, почках, легких, СОЖ и головном мозге в микросомах этих органов интенсивность ПОЛ динамично возрастала с увеличением срока потребления животных ПДК ацетата свинца. В то же время нами отмечено, что с увеличением срока потребления ПДК ацетата свинца в крови, в микросомах печени, почек, легких, СОЖ, головного мозга адекватно повышению интенсивности ПОЛ возрастает активность общей АОС. В моче общая АОС сохраняет свою стабильность на уровне контроля весь период наблюдения, а в микросомах СОЖ, начиная с 6 мес. наблюдения имела направленность к снижению, в том числе после 6 мес общая АОС снизилась с 80,6±5,30% в контроле до 72,3±0,72%, чем при 9 и 18 мес. до 66,5±0,93 и 52,9±0,70% (P<0,001), соответственно. Следовательно, можно полагать, что при свинцовой интоксикации в крови, печени, почках, легких, головном мозге (до 12 мес.) высокий уровень интенсивности ПОЛ компенсируется адекватной активностью общей АОС, что возможно, создает условия для сохранения целостности фосфолипидных мембран микросом и функционированию микросомальных ферментов. Однако, после 6-12 мес. в микросомах СОЖ, а также в головном мозге после 12 мес. свинцовой интоксикации общая АОС статистически значимо падает, что возможно должно влиять отрицательно на функционирование системы цитохрома Р-450 по детоксикации ксенобиотиков и снижению их элиминации из тканей этих органов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что длительное поступление ПДК ацетата свинца создает предпосылки для генерации реакций свободно-радикального окисления в микросомальной фракции органов животных. Прогрессирующая динамика роста ПОЛ в микросомах органов животных приводит к возрастанию активности ферментов общей АОС, что можно расценивать как адекватную компенсаторно-приспособительную реакцию этой системы на свинцовую интоксикацию. В тоже время, высокая интенсивность ПОЛ на фоне угнетения общей АОС в микросомах СОЖ и в головном мозге, углубляют и конкретизируют теоретическое представление о возможном механизме поражения этих органов при длительном поступлении в организм даже ПДК ацетата свинца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трахтенберг И.М., Утко Н.А., Короленко Т.К., Мурадян Х.К. Влияние свинца на развитие окислительного стресса //Токсикологический вестник. -2002. №3. С.22-26
2. Шаршенева А.А., Султашев А.Ж., Скуратова Т.М. Оценка содержания тяжелых металлов в водотоках и питьевой воде юга Иссык-Кульской области // Гигиена и санитария. -2005.№2. С.13-14.

3. Ревич Б.А. Биомониторинг токсических веществ в организме человека // Гигиена и санитария. -2004. 6. С.26-31.
4. Куценко Г.И., Здольник Т.Д. Заболеваемость рабочих болезнями органов пищеварения в условиях воздействия свинца // Гигиена и санитария. -2003. №2. С.31-34.
5. Стародумов В.Л. Дефицит нутриентов как возможное условие развития интоксикации, вызванной воздействием малых доз свинца // Гигиена и санитария. -2003. №3. С.60-62.
6. Villeneuve J., Pichette V. Cytochrome P-450 and liver diseases // Curr. Drug. Metab.-2004 V.5. N3. P.273-282.
7. Арчаков А.И., Лисица А.В., Петушкова Н.А., Карузия Н.Н. Цитохромы Р-450, лекарственная болезнь и персонифицированная медицина. // Клин.медицина. -2008. Часть I. №2. С.4-8.
8. Чернов Ю.Н., Роотс И., Гайкович Е.А., Метаболизм лекарственных средств: индивидуально-генетически детерминированные особенности // В мире лекарств. -2001. №1. С.24-31.

УДК 616-053.3:613.22

К ВОПРОСУ О ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМА ДЕТЯМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

З.Ж.Баймурзаева

Городская детская поликлиника № 1, г. Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада емізулі балаларға қосымша тамақтандырудың сипаттамасы, енгізу уақыты және схемасы көрсетілген. Мұны педиатр дәрігерлердің күнделікті тәжірибесіне енгізу тиімді, себебі эссенциальды микронутриенттердің жетіспеушілігін жойып, осыған байланысты дамытын көптеген аурулардың алдын алып, балалардың денсаулығын сақтауға көмектеседі.

SUMMARY

The article is about the date of introduction and character of nutrition of infants. It suggests the scheme of forage, its inculcation to daily practice of childrens doctor allows to prevent the deficit of essential micronutrients, disorder of nourishment and condition of health of children connected with it.

Детская диететика является одним из самых сложных разделов педиатрии. Каждому возрастному периоду необходима своя особая формула питания, но особенно велико значение питания для детей первого года жизни. Именно на первом году жизни интенсивно идут процессы роста и развития, складываются основные метаболические стереотипы, которые влияют на весь следующий цикл. В связи с накоплением новых факторов в последние годы возникла необходимость переоценки некоторых сложившихся представлений в вопросах питания детей до года. В частности, не всегда достаточно обоснованно использовались белковые нагрузки, гипervитаминизация имела место ошибочная тенденция к раннему введению различных «коррекции». Проблема сроков введения и характера прикорма активно обсуждается в своевременной педиатрической литературе.

Прикорм, по данным Foote Marriott (2003), это первое более плотное и густое, чем грудное молоко, питание, которое постепенно замещает его в рационе ребенка [1]. Отечественные специалисты под прикормом подразумевают все продукты, кроме женского молока и искусственных смесей, дополняющие рацион необходимыми пищевыми веществами, для обеспечения дальнейшего адекватного роста и развития ребенка [2]. В настоящее время широко обсуждается Национальная программа по оптимизации вскармливания детей первого года жизни, в которой, в частности, предлагается новая схема введения прикорма. В соответствии с этой программой минимальный возраст детей, при котором возможно введение первых продуктов прикорма, - 4 месяца, так как к этому времени гастроинтестинальный тракт ребенка становится более зрелым: снижается изначально повышенная проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, созревает ряд пищеварительных ферментов, формируется достаточный уровень местного иммунитета, ребенок приобретает способность проглатывать полужидкую и более густую пищу, связанную с угасанием «рефлекса выталкивания ложки». При более раннем назначении прикорма повышается частота диспепсических нарушений, аллергических реакций, дисбиотических нарушений, необоснованно вытесняется из рациона материнское молоко или детская молочная смесь, резко стимулируется ферментативная активность гастроинтестинального тракта.

Позднее введение прикорма – после 6 месяцев – также неблагоприятно отражается на росте и развитии ребенка: приводит к выраженному дефициту микронутриентов (железа, цинка и др.), необходимости быстрого введения сразу нескольких продуктов, что приводит к большой антигенной нагрузке, а также к задержке формирования навыков жевания и глотания густой пищи. Сроки введения прикорма устанавливаются индивидуально для каждого ребенка с учетом особенностей развития пищеварительной системы, органов выделения, уровнем обмена веществ, а также степенью развития и особенностями функционирования ЦНС, то есть его подготовленностью к восприятию новой пищи. Учитывая, что современные адаптированные молочные смеси содержат в своем составе достаточно большой набор витаминов и минеральных веществ, нет необходимости проводить коррекцию по этим веществам продуктами прикорма в более ранние сроки, чем при

вскармливания грудного молока (ГМ). При выборе прикорма врач должен учитывать прежде всего наиболее острые потребности детей в отдельных нутриентах. Такими определяющими нутриентами являются для детей, получающих исключительно грудное вскармливание (ГВ), железо, цинк, кальций и ряд других минеральных веществ и витаминов, а также, возможно, белок и энергия. Сравнение данных по содержанию микроэлементов в грудном молоке к 6-му месяцу жизни ребенка с рекомендуемым потреблением этих микронутриентов показывает, что с прикормом ребенок, находящийся на грудном вскармливании, должен получать 95% необходимого ему железа, 82% цинка, 72% фосфора. Эти данные, конечно, в значительной мере условны, так как уровень отдельных микроэлементов в грудном молоке различен и зависит от многих факторов [3]. Роль недостаточного потребления железа в период активного роста мозга довольно хорошо изучена в эксперименте и подтверждена клиническими наблюдениями. Дефицит железа нарушает миелинизацию нервных волокон, что вызывает задержку передачи нервных импульсов, затрудняет реакцию ребенка на внешние стимулы и снижает интеллектуальное развитие [4]. Содержание цинка в грудном молоке быстро падает уже к концу первого месяца лактации [5]. Некоторые исследователи связывают низкое содержание цинка в грудном молоке у матерей с его дефицитным потреблением в III триместре беременности. Исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни не обеспечивает необходимый уровень поступления цинка в организм ребенка. Цинк необходим для нормального функционирования более чем 300 ферментов, регулирующих процессы митоза, синтеза ДНК и белка, экспрессии и активации гена. Физиологическая роль цинка в период быстрого роста и развития приобретает особую важность для внутриутробного роста плода, а также развития детей первого года жизни.

Тяжелый дефицит железа приводит к нарушению функции всех цинкзависимых ферментов организма и нарушает состояние кожи, желудочно-кишечного тракта, ЦНС и репродуктивного здоровья. Поэтому с первым прикормом ребенок должен получать цинксоодержащие или обогащенные цинком продукты. Сроки введения прикорма устанавливаются индивидуально для каждого ребенка с учетом особенностей развития пищеварительной системы, органов выделения, уровнем обмена веществ, а также степенью развития и особенностями функционирования ЦНС, то есть его подготовленностью к восприятию новой пищи. Учитывая, что современные адаптированные молочные смеси содержат в своем составе достаточно большой набор витаминов и минеральных веществ, нет необходимости проводить коррекцию по этим веществам продуктами прикорма в более ранние сроки, чем при вскармливании ГМ. Оптимальными сроками введения прикорма можно считать 4,5 – 5,5 месяцев. Однако при исключительно грудным вскармливанием возможно более позднее назначение прикорма детям – с 6 месяцев, но в тех случаях, когда ребенок родился в срок с достаточной массой тела, если он здоров и здорова кормящая женщина и она получает полноценное питание с включением специализированных обогащенных продуктов. Независимо от вида вскармливания в качестве первого прикорма предпочтительно использовать безмолочную кашу промышленного производства, обогащенную минеральными веществами (железом, кальцием, цинком и др.) и витаминами. Она разводится ГМ или той детской смесью, которую получает ребенок. Современные технологии позволили ввести в продукты прикорма не только минеральные вещества и витамины, но и другие микронутриенты, обладающие рядом функциональных свойств, полезных для организма ребенка. После каш целесообразно вводить овощное и мясное пюре. Последовательность введения отдельных продуктов и блюд прикорма может меняться в зависимости от нутритивного статуса ребенка, функционального состояния пищеварительной системы. Так, у детей со сниженной массой тела, учащенным стулом предпочтение отдается кашам, при паратрофии и запорах – овощному пюре с последующим добавлением мяса. Фруктовые пюре и соки можно рекомендовать детям после 6 месяцев. Более позднее введение соков обусловлено их низкой пищевой ценностью. В питании ребенка могут быть использованы и блюда, приготовленные в домашних условиях, однако продукты промышленного производства имеют ряд преимуществ, поскольку они готовятся из сырья, которое соответствует гигиеническим требованиям, имеют гарантированный химический состав (в том числе витаминный, независимо от сезона) на протяжении всего срока хранения и определенную степень измельчения. Кроме того, отдельные продукты прикорма (преимущественно каши) обогащены необходимыми минеральными веществами и витаминами.

Целесообразность назначения творога детям первого года жизни, особенно находящимся на искусственном вскармливании, нуждается в дополнительном обосновании, поскольку возможно избыточное потребление белка. Желток дети могут получать с 6,5 – 7 месяцев. Кисломолочные продукты детского питания (детский кефир, бифидокефир, детский йогурт и др.) могут вводиться в рацион ребенка в объеме не более 200 мл с 8 месяцев жизни. Для сохранения лактации у матери после кормления ребенка кашей и овощным пюре его следует прикладывать к груди до 7 – 8 – месячного возраста. Общая проблема питания грудных детей во многих странах заключается в недостаточной распространенности ГВ, необоснованно раннем введении не всегда полноценного прикорма, широком использовании неадаптированных молочных продуктов – коровьего молока и кефира. В большинстве развитых стран не рекомендуется включать коровье молоко в питание детей первого года жизни. Это связано прежде всего с тем, что его использование в рационе детей в объеме 500 мл и более сопровождается развитием дефицита железа и железодефицитной анемии у детей. Кроме того, коровье молоко и кефир содержат высокий уровень белка, солей и насыщенных жирных кислот. Предполагается, что высокое потребление белка и солей способствует риску развития артериальной гипертензии и ожирения в дальнейшем. Проведенные в России исследования подтверждают, что использование большого количества коровьего молока

и кефира в рационе детей первого года жизни сопровождается повышением индекса массы тела, более высоким уровнем артериального давления и снижением толерантности к глюкозе в возрасте 4 – 7 лет [6].

Таким образом, предлагаемая схема прикорма является логическим выводом из результатов научных наблюдений и исследований, ее внедрение в ежедневную практику врачей-педиатров позволит предотвратить дефицит эссенциальных микронутриентов и связанные с ним нарушения питания и состояния здоровья детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Foote K.D., Marriott L.D. Weaning of infants. Arch. Dis. Child.2003; 88: 488-492.
2. Тутельян В.А., Конь И.Я. Руководство по детскому питанию. М., 2004.
3. Lutter С.Н., Rivera J.A. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. I. Nutr.2003; 133: 2941-2949.
4. Roncagliolo M., Garrido M., Walter T. et al. Evidence of altered central nervous system development in infants with iron deficiency anemia at 6 months delayed maturation of auditory brainstem responses. Am.I.Clin.Nutr.1998; 68: 683-690.
5. Ortega R.M., Andres R.M., Martinez A.M. et al. Zinc levels in maternal milk: the influence of nutritional status with respect to zinc during the third trimester of pregnancy. Eur. I. Clin. Nutr. 1997; 51(4): 253-258.
6. Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К., Дурмашкина А.П. и др. Отдаленные последствия вскармливания детей неадаптированными молочными продуктами. Педиатрия.2007; 4; 98-104.

Таблица 2

Динамика интенсивности процессов ПОЛ, оцениваемых по содержанию МДА (в крови и моче - нмоль/мл, в микросомах органов - в нмоль/мг белка – числитель) и интенсивности ХЛ (имп/с - знаменатель) в исследуемых образцах после различных сроков потребления ПДК ацетата свинца.

Сроки исследования	Плазма крови	Моча	Печень	Почки	Легкие	СОЖ	Головной мозг
3 мес.	$\frac{2,08 \pm 0,17}{25,30 \pm 1,45}$	$\frac{0,130 \pm 0,01}{5,10 \pm 0,16}$	$\frac{0,653 \pm 0,060}{34,98 \pm 2,81}$	$\frac{0,799 \pm 0,051}{20,83 \pm 1,70}$	$\frac{0,358 \pm 0,032}{18,62 \pm 1,11}$	$\frac{0,582 \pm 0,040^*}{55,85 \pm 4,69^*}$	$\frac{0,195 \pm 0,020}{6,61 \pm 0,42}$
6 мес.	$\frac{2,35 \pm 0,19}{27,40 \pm 2,31}$	$\frac{0,122 \pm 0,01}{4,93 \pm 0,18}$	$\frac{0,934 \pm 0,062^*}{40,52 \pm 3,10^*}$	$\frac{1,017 \pm 0,036^*}{27,21 \pm 2,14^*}$	$\frac{0,412 \pm 0,034^*}{20,88 \pm 1,43^*}$	$\frac{0,637 \pm 0,041^*}{67,93 \pm 5,16^*}$	$\frac{0,232 \pm 0,015^*}{7,81 \pm 0,68^*}$
9 мес.	$\frac{2,30 \pm 0,21}{27,25 \pm 2,10}$	$\frac{0,125 \pm 0,01}{5,09 \pm 0,15}$	$\frac{1,236 \pm 0,072^*}{48,84 \pm 3,36^*}$	$\frac{1,463 \pm 0,085^*}{33,16 \pm 2,84^*}$	$\frac{0,470 \pm 0,032^*}{23,11 \pm 2,25^*}$	$\frac{0,892 \pm 0,032^*}{76,82 \pm 5,90}$	$\frac{0,253 \pm 0,016^*}{9,13 \pm 0,77^*}$
12 мес.	$\frac{2,28 \pm 0,21}{25,19 \pm 2,30}$	$\frac{0,131 \pm 0,01}{5,14 \pm 0,12}$	$\frac{1,432 \pm 0,075^*}{56,11 \pm 4,48^*}$	$\frac{1,258 \pm 0,088^*}{39,62 \pm 2,92^*}$	$\frac{0,892 \pm 0,033^*}{26,10 \pm 1,87^*}$	$\frac{0,980 \pm 0,066^*}{38,83 \pm 7,13^*}$	$\frac{0,347 \pm 0,021^*}{11,34 \pm 0,85^*}$
Контроль	$\frac{2,131 \pm 0,14}{26,65 \pm 1,29}$	$\frac{0,126 \pm 0,01}{5,027 \pm 0,06}$	$\frac{0,640 \pm 0,048}{33,62 \pm 2,17}$	$\frac{0,776 \pm 0,053}{21,10 \pm 1,15}$	$\frac{0,340 \pm 0,022}{18,06 \pm 1,20}$	$\frac{0,489 \pm 0,036}{45,99 \pm 3,18}$	$\frac{0,182 \pm 0,012}{6,30 \pm 0,28}$

* - P=0,05 по сравнению с контролем.

УДК 616.2.613.05

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ В СИСТЕМЕ СРЕДА ОБИТАНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

С.М. Омирбаева

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК, г. Караганды

ТҮЙІН

Мақалада космосқа ракеталарды ұшырудың және одан бөлінетін қалдықтардың қоршаған ортаға, тұрғындардың денсаулығына тигізетін әсерін бағалау нәтижелері келтірілген. Осы зиянды себептердің әсерінен жергілікті халықтың денсаулығының бұзылатындығы нақты статистикалық материалдармен дәлелденіп отыр.

SUMMARY

This scientific article is devoted to the questions of establishing of the cause effect relations between the ecological condition of the environment and populations health, living in Zheskazgan region. The reliable materials of the complex medical examinations showed sudden increase of population's sick rate of the given region in the years of the rockets breakdown, launching from the cosmodrome Baikonur.

В течение многих лет территория Жезказганского региона подвержена негативным последствиям, сопровождающиеся запусками ракет. В связи с этим установление причинно-следственной связи между факторами окружающей среды и состоянием здоровья населения является актуальной проблемой. В настоящих исследованиях, мы попытались дать анализ причинно-следственных связей в системе «среда обитания и состояние здоровья населения» в статистических показателях. В анализе причинно-следственных связей, прежде всего, рассматривалось изменение уровня общей заболеваемости, наблюдаемое в год аварии и в год до аварии. Оказалось, что во всех рассматриваемых пунктах прирост заболеваемости носил достоверный характер, при этом использовалась следующая нормировка заболеваемости $\| \text{Заб} \| = (Nб100)/N$, где N – количество жителей, Nб – заболеваемость.

Наблюдаемые населенные пункты, имеющие достаточное количество населения, для проведения статистических исследований, оказались под влиянием двух факторов. Расстояния до места аварии и социальных условий (близость к городу). Этот факт, четко просматривается на ниже приведенном графике (рисунок 3). Причем очевидно, что социальный фактор является основным и не сопоставимым с фактором близости проживания к месту аварии (рисунок 4).

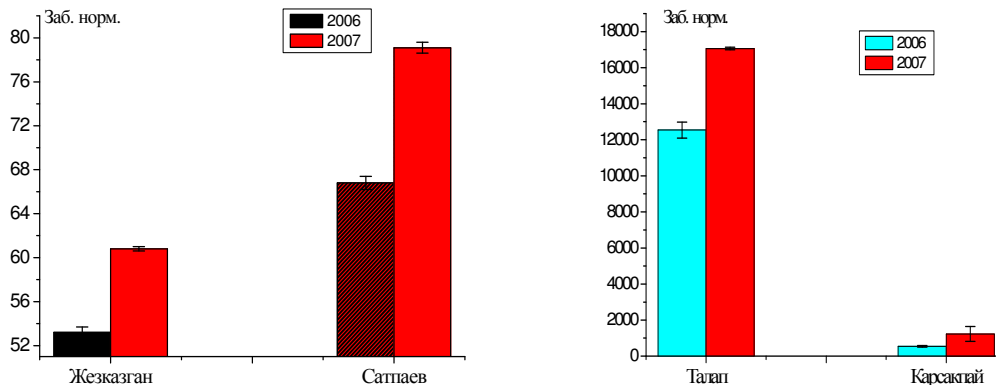


Рисунок 3 - Нормированные значения прироста заболеваемости в год аварии

Рисунок 4 - Влияние на прирост заболеваемости условий проживания и расстояния до места аварии

Видно, что удаленность от места аварии в сельской местности, может влиять на уровень заболеваемости, хотя это заключение при данном наборе материалов, является лишь поводом к дальнейшим исследованиям. Это подтверждает и расчет корреляционных коэффициентов по Пирсону. Связь прироста заболеваемости с социальными условиями составила $0,7 \pm 0,3$, тогда как связь рассмотренных данных с близостью к месту аварии, без возможности учета условий проживания составила $0,008 \pm 0,99$. Корреляционный анализ также проводился с целью, оценки значимости реальной удаленности места аварии, для картины заболеваемости, лиц проживающих в различных населенных

пунктах. За основу были взяты данные анкетирования населения проживающего в Жезказгане (39 км от места аварии, город), Сатпаеве (44км, расположен вблизи города), Талапе (44км, удален от городского центра) и Карсакае (55 км, удален от городского центра). Учитывалась степень адаптации населения к месту проживания, данные разбивались на три группы - вновь прибывшие, прожившие от 10 до 30 лет и живущие более 30 лет. Оценивался следующий набор данных: доля лиц живущих ниже прожиточного минимума, доля курящих, пьющих, оценивающих свой уровень проживания на 5,4,3 балла. Входили и данные о наличии заболеваний. Эти данные анализировались по стандартной классификации болезней. В список вошли: болезни органов дыхания, болезни крови, болезни системы кровообращения, болезни системы пищеварения, болезни нервной системы, болезни мочеполовой системы. Наиболее подробно заболеваемость анализировалась в группе лиц проживающих по месту жительства от 10 до 30 лет. Здесь в список вошли: болезни органов дыхания, болезни крови, болезни системы кровообращения, болезни системы пищеварения, болезни нервной системы, болезни мочеполовой системы, болезни эндокринной системы, болезни костно-мышечной системы. Отдельно учитывался процент лиц считавших себя здоровыми. Рассматривались и некоторые аспекты материнства - матери на момент первых родов, дети на момент рождения, вскармливание естественное, вскармливание искусственное. В этой же группе рассматривались и некоторые аспекты детской заболеваемости - заболевания детей, рахит, гипотрофии, анемии, реакция на прививки, количество детей в основных группах здоровья (1-ой, 2-ой, 3-ей). По техническим причинам корреляционные связи с фактором удаленности населенного пункта от места аварии удалось просчитать не для всех перечисленных нами параметров. Данные расчета корреляционных коэффициентов по Пирсону приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Расчет корреляционных коэффициентов между удаленностью населенного пункта от места аварии и некоторыми из параметров, полученных в ходе опроса жителей

Длительность проживания						
до 10 лет			более 30 лет			
параметр		корреляционный коэффициент Пирсона	ошибка (sig)	параметр	Корреляционный коэффициент Пирсона	ошибка (sig)
ниже прожиточного минимума		-0,35	0,64	ниже прожиточного минимума	-0,42	0,57
Курят		-0,42	0,57	болезни органов дыхания	-0,68	0,32
алкоголь		-0,95	-0,95	болезни системы пищеварения	-0,16	-0,16
Качество жизни в Баллах	5	-0,87	0,13	болезни нервной системы	0,63	0,37
	4	-0,42	0,57			
	3	-0,75	0,24			

Видно, что значимые корреляции определяются социальным аспектом проживания опрошенных лиц. Повышенный уровень корреляций от расстояния до места аварии определен у лиц, наиболее долго живущих на данных территориях с проявлением болезней органов дыхания (-0,68) и болезней нервной системы (0,63). Знак корреляционной зависимости в данном случае говорит в пользу влияния аварийной ситуации на здоровье в качестве стрессового психологического фактора. Другими словами, все полученные данные, говорят в пользу того, что на рассмотренных расстояниях от места аварии, реальное действие факторов, возникающих в момент аварии, сводится к повышению уровня требуемой адаптации. Это и проявилось в росте годичной заболеваемости жителей Жезказгана и Улытауского района в целом в течение всего года. Более точные выводы по влиянию аварии на общий прирост заболеваемости в районе можно будет получить в ходе сравнительного анализа заболеваемости на фоне общей динамики заболеваемости в районе и городе и при уточнении статистических характеристик данных по обращаемости в момент самого взрыва, по данным недельных наблюдений.

Выводы. Изучить влияние психофизиологического фактора на изменение состояния здоровья жителей в районах, подверженных влиянию РКД авариях РН. Провести оценку напряженности регуляторных систем у жителей населенных пунктов, подверженных влиянию РКД. Оценка здоровья населения по данным медицинской статистики не всегда отражает действительный уровень распространенности заболеваний. Особенно это касается поселков, удаленных от медицинских центров, где имеет место недостаток квалифицированной медицинской помощи. Для установления закономерности и прогнозирования заболеваемости необходимы не только данные медицинской статистики, как правило, за более длительный период (20-30 лет), но и результаты углубленного медицинского осмотра населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булешов М.А., Жетібаев Б.Қ., Бектұрғанов Р.С. Экологиялық-гигиеналық жағдай мен тыныс алу ағзалары ауруларының қалыптасу заңдылықтары «Индустриалды-инновациялық даму – Қазақстанның тұрақты экономикасының негізі» атты халықаралық ғылыми-практикалық конференцияның мақалалар жинағы. Шымкент. 2006. 28-30 бет.

УДК 612:613.6:357.53

АВТОКӨЛІК ЖҮРГІЗУШІНІҢ ЕҢБЕК ЕТУ ОРТАСЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ

Ж.Т. Жидебай, М.А. Исакова, А.К.Жиен, Ж.Б. Ташкулова, Г.К. Асабаев, Т.М. Лаханов
 Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы
 АК «Аппаттар медицинасының темір жол госпитальдары»

РЕЗЮМЕ

Условия труда водителей южных регионов Республики характеризуются множественными вредными производственными факторами: в основном это повышенная температура воздуха рабочей зоны, чрезмерные психоэмоциональные и физические нагрузки, воздействие на органы дыхания загрязнений атмосферного воздуха вредными химическими веществами. Это опасные факторы в первую очередь негативно влияют на органы дыхания и сердечно-сосудистую систему, что приводит к разным хроническим заболеваниям.

SUMMARY

Labour conditions in the southern regions of the Republic are characterised by numerous harmful industrial factors: increased air temperature of the working zone, excessive psycoemotional and physical overstrain, exposure of the respiratory organs by oir pollution of the harmful chemical substances. These harmful substances negatively influence on the respiratory organs, cardio-vascular. System which leads to different chronic diseases.

Автокөлік жүргізушілердің организміне еңбек ету ортасында қалыптасатын микроклиматтық жағдай ғана теріс әсерін тигізіп қоймайды. Сонымен қатар еңбек ету ортасының атмосфералық ауасында кездесетін химиялық зиянды заттардың да әсері өте үлкен. Автокөліктердің қолданатын жанармайына, мотордың жұмыс атқару сапасы мен жанармайды өңдеу қуатына қарай автокөлік кабинасы мен салондық әртүрлі гигиеналық жағдай қалыптасады. Осы аталып өткен себептердің қоршаған еңбек ету ортасының атмосфералық ауасын ластау деңгейін анықтау автокөлік жүргізушілер денсаулығын қоршау шараларын жетілдіруге организміне зиянды әсер ететін меркоптанның азот тотығының және көміртегі тотығының ауадағы шоғырлану мөлшері машиналарды жөндеу және мотордың жұмыс істеу барысында жоғарлай түседі. Машинаға техникалық тұрғыда қызмет көрсету және жөндеу жұмыстары, оның механизмдерін бөлшектеу, қалпына келтіру жаңа детальдарды қою, теңестіру, бояу және машинаны сынақтан өткізу, бензин құю, моторды қыздыру сияқты шаралардан түзіледі. Дәл осы шақтарды автокөлік машинадан бөлінетін қауіпті заттар жоғары мөлшерде әсерін тигізеді. Автокөлік жүргізушінің еңбек ету аумағында атмосфералық ауаның химиялық заттармен ластану деңгейін зерттедік. Жұмыс ауысымы барысында атмосфералық ауа құрамында шоғырланған азот тотығын, көміртегі тотығы көміртегі газдарының шоғырлануын анықтауға бағытталған 10-12 сынақ жүргіздік. Зиянды химиялық заттардың автокөлік аумағындағы атмосфералық ауада шоғырлану деңгейі машинаға көрсетілген техникалық көмектің түріне тікелей байланысты моторды іске қосу алдында автокөлік орналасқан аумақтағы атмосфералық ауадағы меркоптанның шоғырлану мөлшерінің ең жоғары деңгейіне 0.15мг/м³ құрады. Ал оның минималды деңгейі 0.02мг/м³ болып шықты. Жалпы осы поллюбанттың орташа жоғарлану мөлшері 0.07мг/м³. ± 0.003мг/м³

Моторды қосу алдында автокөлік аумағында атмосфералық ауада азот тотығының шоғырлану мөлшері 0.09 мг/м³ дейін жетеді. [1]. Оның минималды немесе ең төменгі шоғырлану мөлшері 0.0004 мг/м³ құрады . Орта есеппен оның деңгейі 0.03 ±0.0002мг/м³ жетті. Алайда бұл мөлшердің барлығыда шектеулі рұқсат етілген шамадан анағұрлым төмен болып шықты. Дәл осы жағдай көміртегі тотығының атмосфералық ауадағы шоғырлану мөлшеріде тікелей байланысты.көміртегі тотығының максималды шоғырлану деңгейі 7.0мг/м³ минималды деңгейі -6.0, ал орташа шо,ырлану деңгейі -6.4мг/м³ құрады. Бұл деңгей көміртегі тотығының атмосфералық ауада шоғырлану мөлшері шектеулі рұқсат етілген шамасынан (ШРЕШ =100 мг/м³)айтарлықтай төмен екендігін айта кетуіміз керек. Автокөліктің моторын іске қосқаннан кейін атмосфералық ауадағы улы заттардың мөлшері күрт жоғарланады.

Кесте 1. Автокөлік техникалық қызмет көрсету аумағында атмосфералық ауа құрамында шоғырланған улы химифлық заттардың деңгейі мг/м³. асқан жоқ (ШРЕШ =0.48мг/м³)

Операциялар	Макси малды	Мини малды	Орта орта	Макси малды	Мини малды	Орта орта	Макси малды	Мини малды	Орта орта
Моторды іске	0.15	0.02	0.07±	0.09	0.0004	0.03±	7.0	6.0	6.4±0.4

қосу алдында			0.03			0.0002			
Моторды іске қосқаннан кейін	0.53	0.27	0.34± 0.02	0.38	0.02	0.12± 0.07	107.0	28.0	58±27.8
Машинаны ағымды жөндеу барысында	0.62	0.29	0.39± 0.01	0.51	0.19	0.3± 0.09	108.0	32.0	72±21.9
Машинаға бензин құю аумағында	0.31	0.08	0.14± 0.006	0.63	0.21	0.38± 0.1	123.0	92.0	109±28.7
Автомобиль гараждарының аумағында	0.23	0.03	0.08± 0.005	0.08	0.003	0.04± 0.0001	9.2	7.1	7.8±0.6

Меркаптаннның максималды деңгейі 0.53 мг/м³, азот тотығының максималды деңгейі 0.38 мг/м³ көміртегі тотығының максималды деңгейі 107 мг/м³ құрады. Осы үш поллютанттың шоғырлану деңгейіде оларға арналған шектеулі рұхсат етілген шамадан едәуір жоғары болып қалыптасқан. Бірақ орта шамалары мен минималды шамалары шектеулі рұхсат етілген шамадан жоғары бола қойған жоқ. Машинаны ағымды жөндеуден өткізу барысында меркоптаннның азот және көміртегі тотығының атмосфералық құрамындағы шоғырлануының максималды деңгейлері (0.62; 0.51 және 108.0 мг/м³) шектеулі рұхсат етілген шамадан жоғары болып қалыптасқандығы байқалады. Осы поллютанттардың ішінде азот тотығының атмосфералық ауадағы шоғырлану мөлшерінің орташа көрсеткіші де шектеулі рұхсат етілген шамадан біршама жоғары екендігі анықталып отыр. Автокөліктерге май құю аумағындағы атмосфералық ауада азот тотығы мен көміртегі тотығының шоғырлану мөлшерінің максималды және орташа көрсеткіштері азот тотығы 0.63 және 0.38 мг/м³ көміртегі тотығы бойынша 123.0 мг/м³ және 109 мг/м³ шектеулі рұхсат етілген шамадан жоғары екендігі анықталды. [2] Ал автокөлік гаражының аумағында атмосфералық ауаның зиянды химиялық поллютанттарымен ластану көрсеткіштерімен барлығы да шектеулі рұхсат етілген. Дәл осы жағдай автокөлік салоны мен кабинасындағы атмосфералық ауаның құрамына өзінің әсерін тигізетіндігі анық. Кесте 2. Автокөлік кабинасындағы және салонындағы ауа құрамындағы ұлы химиялық заттардың шоғырлану мөлшері. (мг/м³)

Автокөліктің түрі	Жыл мезгілі	Ұлы химиялық поллютант	максималды	минималды	орташа(M±m)
Автобустар	Қыс	Меркаптан	0.69	0.34	0.42 ±0.005
		Азот тотығы	0.54	0.21	0.33± 0.08
		Көміртегі	112.3	98.7	109.±1 24.5
	Жаз	Меркаптан	0.52	0.26	0.31 ±0.003
		Азот тотығы	0.49	0.18	0.30 ±0.07
		Көміртегі тотығы	110.9	95.2	106.±3 22.3
Жүк тасымал авто машиналары	Қыс	Меркаптан	0.73	0.39	0.44± 0.007
		Азот тотығы	0.59	0.25	0.36± 0.009
		Көміртегі тотығы	117.4	92.5	103.±8 25.3
	Жаз	Меркаптан	0.54	0.28	0.35 ±0.004
		Азот тотығы	0.51	0.23	0.32± 0.08
		Көмір тегі тотығы	108.2	95.8	101.±4 21.4
Жеңіл автокөліктер	Жаз	Меркаптан	0.39	0.09	0.13 ±0.005
		Азот тотығы	0.08	0.0004	0.03 ±0.0001
		Көміртегі тотығы	8.7	7.0	7.4 ±0.4
	Қыс	Меркаптан	0.42	0.10	0.22 0.09
		Азот тотығы	0.10	0.009	0.05 ±0.001
		Көміртегі тотығы	9.2	8.1	8.5 ±0.3

Автокөлік кабинасы мен салонында ауа құрамының ұлы поллютанттарымен ластануы есік пен терезенің ашылуынан туындады. Автобустар кабинасы мен салонындағы ауада азот тотығының шоғырлану деңгейі қыс мезгілінде жаз айларындағы көрсеткіштерге қарағанда анағұрлым жоғары. Қыс

мезгіліндегі атмосфералық ауақозғалысымен баяу, ал ылғалдығының жоғары деңгейде қалыптасуына себеп болады. [3] Осыдан автобустың кабинасындағы ауада азот тотығының шоғырлану деңгейі орта есеппен 0.33 мг/м^3 жүк тасмалы көлігінің кабинасында 0.36 мг/м^3 болып отыр. Бұл жағдай осы поллютанттың шектеулі рұхсат етілген шамадан жоғары болып отырғандығын көрсетеді. Дәл осы жағдай көміртегі тотығының да тікелей байланысты. Жаз мезгілінде автобустар кабинасының ауа құрамында көміртегі тотығының шоғырлану мөлшері $106,3 \text{ мг/м}^3$ ал қыста $109,1 \text{ мг/м}^3$ болып шықты. Жүк тасушы автокөліктер кабинасындағы атмосфералық ауа құрамындағы көміртегі тотығы жаз айларында $106,3 \text{ мг/м}^3$ жетсе, қыс айларында $109,1 \text{ мг/м}^3$ құрайды. Сонымен, автокөлік жүргізушінің дем алыс аумағында азот тотығы мен көмір тегі тотығының шектеулі рұхсат етілген шамадан жоғары деңгейдегі мөлшері үнемі жұмыс ауысымы барысында кері әсерін тигізіп отырады. Осыдан автокөлік жүргізушілері арасында тыныс жүйесі патологиялары жоғары деңгейде қалыптасады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Иксанов М.Ш. Причины первичного выхода на инвалидность водителей автомобилей // В сборнике научных трудов Горьковского НИИ гигиены труда и проф. заболеваний –Горький, 1989. с. 13-16.
2. Вайсман А.И., Брендо М.Д. влияния некоторых социально- гигиенических факторов на работоспособность водителей автомобилей // В сборнике научных трудов Горьковского НИИ гигиены труда и проф. заболеваний –Горький, 1989. -с. 67-74.
3. Рыспекова Ш.О Шығыс Қазақстанның ірі өндіріс орындары жұмысшыларының алғашқы мүгедектікке шығуы гигиеналық мәселе ретінде // Автореф. дис. кан. мед. наук. – Астана. 2004. 26

УДК 616.155.194.8-084

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ*С.Б.Аккошкарова**Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Сонымен теміртапшылық анемия оның тарлуына ғана байланысты медико-әлеуметтік мәселе ғана емес сонымен қатар жасушалы-тіндік-мүшелік деңгейдегі өзгерістерге де байланысты болып отыр. Бұл сұрақты шешу мемлекеттің және медицина қызметінің алдында басты орында тұр. БДДҰ мәліметтері бойынша жер бетінде 17886000 адамдар темір тапшылық анемиямен зардап шегеді. Онымен екі жыныстағы адамдарда ауырады, әсіресе балалар, жас қыздар және жүкті әйелдер. Сондықтан теміртапшылық анемиясын алдын-алуға ерекше көңіл аударылу тиіс.

SUMMARY

Iron deficiency anemia is a medico-social problem not only because of its prevalence but also in connection with disorders arising on the cellular, tissue and organ levels. Solution of this question is priority of the state and the health service. According to the world health organization 1 788 600 000 people on the earth especially children, young girls and pregnant women suffer from iron deficiency anemia. There fore it is necessary to pay attention to preventive maintenance of insufficient amount of iron at people of any age.

Гематологические заболевания у беременных – это прежде всего анемии, на долю которых приходится 90% болезней крови. Причем 9 из 10 больных анемией страдают железодефицитной анемией. Другие формы малокровия встречаются гораздо реже, с той же, по существу, частотой, что и в популяции среди небеременных женщин, или немного чаще (1). Железодефицитная анемия – заболевание, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. В результате нарушается образование гемоглобина, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях. ЖДА остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не убывает. Железодефицитная анемия является медико-социальной проблемой не только из-за ее распространения, но и в связи с нарушениями, возникающими на клеточном, тканевом, органном уровне. По данным ВОЗ, 1 млрд. 788 млн. 600 тысяч людей на Земле страдают железодефицитной анемией. Ими болеют люди обоего пола в любом возрасте, но особенно часто дети, молодые девушки и беременные женщины (2).

Дефицит железа в организме осложняет течение беременности и родов, влияет на развитие плода. Беременность на фоне железодефицитной анемии осложняется в 2-3 раза чаще, чем у здоровых женщин, несвоевременное излитие околоплодных вод отмечается в 5 раз чаще, патологическая кровопотеря – в 4 раза. Угроза прерывания беременности увеличивается до 13,7% (1,3). В слабо развитых странах частота ЖДА у беременных достигает 80%. В странах с высоким уровнем жизни населения и более низкой рождаемостью ЖДА диагностируют у 8-20% беременных. В Советском Союзе частота ЖДА среди беременных наблюдалась у 40% в городах и достигала 80% в сельских районах Средней Азии и Закавказья (2). По данным литературы, частота анемии при беременности достигает 50% в Республике Казахстан (4). У детей, родившихся от матерей, страдающих анемией, наблюдается рождение детей в асфиксии, с низкой массой тела, чаще встречается функциональные расстройства нервной системы, нарушения зрения и слуха, снижение коэффициента умственного развития. Основным контингентом, нуждающимся в профилактике развития ЖДА, являются женщины с гиперполименореей. В развитых странах разработаны специальные образовательные программы, разъясняющие, что каждая девушка с момента установления менструального цикла нуждается в профилактическом приеме препаратов железа, если менструальное кровотечение продолжается более пяти дней без образования сгустков крови или более трех дней с образованием сгустков крови. Используются пероральные препараты железа в дозе 300 мг в день, в течение 5 дней ежемесячно. При наличии дополнительных показаний с этой же целью могут быть использованы пероральные контрацептивы, имеющие специальную добавку препарата железа. Длительность проведения профилактических мероприятий определяется длительностью существования менструальных кровопотерь в указанном объеме и часто совпадает с длительностью репродуктивного периода.

Профилактический прием препаратов железа необходим беременным и кормящим женщинам на протяжении всего срока беременности и лактации. Принимать препараты необходимо в половинной дозе (150-250мг в сутки). Если, несмотря на профилактический прием, у беременной или кормящей женщины развивается ЖДА, то используются полные дозы препарата. Неблагоприятное влияние оказывает анемия беременных на внутриутробное состояние плода и течение раннего неонатального периода. Анемия способствует развитию синдрома задержки развития плода. Высокая перинатальная смертность присуща только тяжелому течению болезни. Недостаточность железа у грудных детей и детей раннего возраста имеет широкое распространение и вызывает серьезные последствия для здоровья ребенка. Поэтому профилактике недостаточности железа следует уделять первоочередное внимание. У детей в период новорожденности наблюдается большая потеря массы тела и более медленное ее восстановление, запоздалое отпадение пуповинного остатка и отсроченная эпителизация

пупочной ранки, длительное физиологической желтухи. Гнойно-септические заболевания у таких детей развиваются в 2,2 раза чаще, чем у детей здоровых матерей (3). Дефицит железа и недостаточное депонирование его в антенатальном периоде способствуют развитию ЖДА у новорожденных детей, приводя к изменению метаболизма клеточных структур, нарушению гемоглобинообразования, развитию хронической гипоксии плода и к дисбалансу в иммунной системе матери во время беременности, а также нарушениям в иммунном статусе новорожденных детей, проявляющимся снижением уровня иммуноглобулинов основных классов и комплемента, абсолютного и относительного числа В- и Т-лимфоцитов. При введении прикорма в возрасте 6 месяцев важно, чтобы в рацион питания включались пищевые продукты, богатые железом – такие, как печень, мясо, рыба и бобовые, или же продукты для прикорма, обогащенные железом. Важным алиментарным фактором риска развития ЖДА является ранне введение коровьего молока или молочных продуктов. Поэтому до 9 месяцев вводить немодифицированное коровье молоко в качестве питья не следует, а затем его количество нужно постепенно увеличивать.

Важным для предупреждения недостаточности железа у грудных детей и детей раннего возраста имеют оптимальные запасы железа в организме ребенка при рождении. Для того, чтобы помочь обеспечить достаточные запасы железа у грудного ребенка, мать во время беременности должна потреблять пищу, богатую железом. При родах не следует пережимать и перевязывать пуповину до тех пор, пока она не перестанет пульсировать. Анемию, не связанную с недостаточностью железа, могут вызывать системные инфекции и хроническое воспаление. Однако инфекционные болезни обычно чаще случаются в районах с высокой распространенностью недостаточности железа, и поэтому анемия, связанная с инфекциями, может быть многофакторной. Это особенно относится к заболеваниям, связанным с потерей крови, как шистосомоз, дизентерия и нематодозная инвазия. Таким образом, ясно, что проблема ЖДА является не только медицинской, но и социальной, потому что затрагивает все слои населения. Решение этого вопроса является приоритетом государства и медицинской службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман М.М. – Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание третье.- М.: Триада-Х, 2005. – 816с.
2. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. // Русский медицинский журнал, 1997, том 5, №19. - С.1234-1240.
3. Вахрамеева С.Н., Денисова С.Н., Алексеева И.А. Латентное форма железодефицитной анемии беременных женщин и состояние здоровья их детей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1996, том 41, №3. – С.26-30.
4. Джаманаева К.Б. Беременность и железодефицитная анемия: тактика ведения, лечение. // Акушерство и гинекология, 2005, №2. – С.13-14.

УДК 616.33-002.44:615.24

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОКСИМА ПИНОСТРОБИНА НА РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА

Л.И. Арыстан, З.Т. Шульгау, Ж.С. Шайкенова, Ж.Ә. Қауызбай
АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», г.Караганда
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жануарларда асқазан жарасының даму үрдісіне пиностробин оксимінің әсерін зерттеу үшін өткір алкогольді асқазан жарасының және көп уақытқа созылған ацетатты жара үлгісі жасалды. Өткір этанолды асқазан жарасының үлгісіне 150 мг/кг мөлшеріндегі пиностробин оксимінің жараны жазудағы белсенділігін зерттеген кезде, пиностробин оксимінің тек әлсіз гастропротекторлы әсерінің бар екендігі анықталды. Бақылау тобымен салыстырғанда көп уақытқа созылған ацетатты жараға пиностробин оксимін қолдану жараның анағұрлым тез жазылуына әкелді.

SUMMARY

The model of sharp alcoholic stomach ulcer and chronic acetate ulcer was reproduced for the study of influence of oxime pinostrobin on development of the ulcer process in stomach of animals. Oxime pinostrobin possesses the low expressed gastroprotective action that was shown during the study of wound healing activity of oxime pinostrobin at dose of 150 mg/kg on models of sharp ethanol stomach ulcer. On background of the chronic acetate stomach ulcer, the injection of oxime pinostrobin led to faster healing of ulcer in comparison with the control group.

Проблема язвенной болезни занимает центральное место в гастроэнтерологии. С появлением новых активных препаратов возникла надежда на хорошую перспективу лечения и профилактики рецидива язвы. Однако до настоящего времени этиология язвенной болезни зачастую неясна и применяемые средства, имеющие узконаправленное действие, в основном, купируют симптомы заболевания. Широкий спектр биологических эффектов препаратов растительного происхождения, обладающих полипатогенетическим механизмом действия, вследствие содержания веществ разных химических групп, может значительно

расширить возможность наиболее полного осуществления лечебной программы [1]. Длительная терапия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, как правило, направлена на подавление кислотности, что приводит к атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка, кампилобактерному гастроэнтериту, нарушениям динамического равновесия микрофлоры. Кроме того, возникают проблемы переносимости, взаимодействия противопоказаний лекарственных препаратов. Поэтому в фармакотерапии язвенно-эрозивного поражения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта большое значение придается средствам, повышающим резистентность и регенеративную способность слизистой оболочки желудка и кишечника растительного либо комбинированного состава во избежание побочных токсических эффектов [2].

Одним из перспективных видов для фармакологического изучения является тополь бальзамический (*Populus balsamifera* L.), который в значительных объемах произрастает на территории Казахстана [3, 4]. Препараты из почек тополя обладают высокой противовоспалительной, антимикробной, и ранозаживляющей активностью, что связано с высоким содержанием биологически активных веществ: флавоноидов, гидроксикоричных кислот и терпеноидов. Большой интерес для изучения привлекает индивидуальное соединение, относящееся к флаванонам – пиностробин (5-гидрокси-7-метоксифлаванон) а также его производное – оксим пиностробина [5]. Анализ предварительных данных по доклиническому изучению фармакологической активности оксима пиностробина показал, что данное соединение обладает ангиопротекторной, гепатопротекторной, ноотропной, антиоксидантной активностью в скрининговых тестах.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явился оксим пиностробина. Оксим пиностробина представляет собой полусинтетическое производное флавоноида пиностробина, выделенного из почек тополя бальзамического (*Populus balsamifera* L.). Модель острой язвы желудка воспроизводили с помощью абсолютного этанола. За 24 часа до эксперимента животных лишали пищи и воды. Абсолютный этанол вводили в объеме 1 мл в желудок через 1 час после введения оксима пиностробина и препарата сравнения – метилурацила. Через 24 часа под легким эфирным наркозом крыс выводили из эксперимента. Желудки извлекали, вскрывали по малой кривизне, проводили макро- и микроморфологические исследования. Антиульцерогенное действие оценивали по классическим критериям: общее количество язв и их средняя площадь [6]. Хроническую язву желудка воспроизводили по А.А. Никулину и С.И. Буданцевой. Под легким эфирным наркозом животным проводили лапаротомию по белой линии живота и в подсерозный слой передней поверхности желудка (на границе фундального и антрального отделов) вводили 0,05 мл 5% уксусной кислоты. Рану ушивали послойно. Эвтаназию животных проводили под легким эфирным наркозом на 7, 14 и 21 сутки от начала эксперимента. После вскрытия желудка слизистую оболочку промывали физиологическим раствором и под лупой определяли площадь язв [1, 7]. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica for Windows 6.0». Рассчитывали средние значения показателей и стандартную ошибку среднего значения. Межгрупповые различия оценивали с использованием Mann-Whitney U test.

Результаты исследования. Гастропротекторную активность экстракта каперса колючего на модели острой этаноловой язвы изучали на 24 белых беспородных крысах-самках массой 220–260 г. Через 24 часа под легким эфирным наркозом крыс выводили из эксперимента методом цервикальной дислокации. Желудки извлекали, вскрывали по малой кривизне, промывали физиологическим раствором. Проводили макроскопическое изучение. Антиульцерогенное действие оценивали по классическим критериям: общее количество и площадь язвенных дефектов.

Таблица 1 – Влияние оксима пиностробина на язвенные поражения желудка у крыс, вызванные абсолютным этанолом

Группа наблюдения, доза	Длина площади участка повреждения, мм ²
Контроль	78,3±3,7
Метилурацил, 50 мг/кг	72,2±4,2
Оксим пиностробина, 150 мг/кг	73,6±5,6
Примечание: * – p<0,05 по сравнению с контролем	

Установлено, что гастропротекторное действие метилурацила и оксима пиностробина носит характер тенденции (p>0,05) (Таблица 1). Таким образом, в результате проведенного исследования, показано, что исследуемые объекты обладают лишь слабо выраженным гастропротекторным действием в отношении язв желудка вызванных абсолютным этанолом. Возможно, это связано с недостаточностью однократного применения исследуемых веществ для реализации их цитопротекторного эффекта. Хроническую язву желудка моделировали по А.А. Никулину и С.И. Буданцевой [7]. Эксперимент выполняли на 30 крысах-самках с исходной массой 263±5 г. Под легким эфирным наркозом животным проводили лапаротомию по белой линии живота и в подсерозный слой передней поверхности желудка вводили 0,05 мл 5% уксусной кислоты. Рану ушивали послойно. Через сутки после операции начато введение исследуемых соединений и препарата сравнения. Вещества вводили через зонд внутривентриально один раз в день в течение 14 дней. Были сформированы 4 группы: 1-контрольная, в которой крысы получали дистиллированную воду; 2-я группа

получала препарат сравнения метилурацил в дозе 50 мг/кг. В 3 группе крысам вводили оксим пиностробина в дозе 150 мг/кг. Эвтаназию животных проводили под эфирным наркозом на 14 сутки от начала лечения. После вскрытия желудок промывали физиологическим раствором и под лупой определяли площадь язвенного дефекта. О выраженности противоязвенного действия исследуемых препаратов судили по величине площади язвенного дефекта в указанные сроки. Для морфологического исследования кусочки желудка с язвенным поражением фиксировали в формалине и заливали в парафин. Макроскопическое изучение желудка нелеченых крыс на 14-е сутки исследования выявило у всех животных язвы слизистой оболочки глубиной 1–2 мм. По краям язвы отмечался валик за счет воспалительной инфильтрации и отека слизистой оболочки.

Таблица 2 – Влияние оксима пиностробина на заживление хронической ацетатной язвы желудка у крыс

Группа наблюдения, доза	Размер язвы с валиком, мм 2
Контроль	45,5±5,2
Метилурацил, 50 мг/кг	38,9±6,3*
Оксим пиностробина, 150 мг/кг	39,6±5,5*
Примечание: * – p<0,05 по сравнению с контролем	

Назначение метилурацила в терапевтической дозе приводило к достоверному снижению площади язвы с валиком на 14,5 % по сравнению с таковой в контрольной группе на 14-е сутки наблюдения. Размеры язвенных дефектов у крыс, получавших оксим пиностробина, были меньше по сравнению с группой контроля на 13 % (Таблица 2). Через 14 суток после проведения операции у контрольных крыс на гистологических препаратах желудка выявляется язвенный дефект слизистой, подслизистой и мышечных оболочек, заполненных фибринозно-гнойным экссудатом, некротическими массами и грануляционной тканью. Серозная оболочка утолщена, инфильтрирована лейкоцитами и нередко спаяна с печенью. Края язвенного дефекта неровные. В окружающей язвенный дефект слизистой и подслизистой оболочках выявлены гиперемия, выраженный отек и лейкоцитарная инфильтрация, преимущественно нейтрофилами и эозинофилами. Покровный эпителий дистрофически изменен. У крыс с экспериментальной язвой желудка, получавших метилурацил и оксим пиностробина, следует отметить лучшую сохранность покровно-ямочного эпителия. Кроме того, в грануляционной ткани уменьшается количество клеточных элементов (нейтрофилов, эозинофилов, макрофагов, лимфоцитов), что свидетельствует о созревании грануляционной ткани в опытной группе.

Таким образом, на фоне хронической ацетатной длительно не заживающей язвы слизистой оболочки желудка введение метилурацила и оксима пиностробина приводило к более быстрому заживлению язвы по сравнению с контрольной группой. Одним из возможных механизмов выявленного гастропротективного действия оксима пиностробина является повышение защитной функции надэпителиального слизистого слоя желудка за счет его антиоксидантных свойств.

ВЫВОДЫ: 1) Выявлена умеренная ранозаживляющая активность оксима пиностробина при острой экспериментальной язве желудка. 2) На фоне хронической ацетатной длительно не заживающей язвы слизистой оболочки желудка введение оксима пиностробина приводило к более быстрому заживлению язвы по сравнению с контрольной группой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зуева, Е.П. Изучение влияния экстракта коры осины на развитие хронического язвенного процесса в желудке у животных / Е.П. Зуева, Т.И. Фомина, Т.Г. Разина и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 1999. – Т. 62, № 1. – С. 28–30.
2. Сергиенко, А.В. Исследование противоязвенного действия гастробиола / А.В. Сергиенко // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2006. – Т. 69, № 2. – С. 37–39.
3. Поляков, В.В. Биологически активные соединения растений рода *Populus* L. и препараты на их основе / В.В. Поляков, С.М. Адекенов. – Алматы: «Гылым», 1999. – 160 с.
4. Поляков, В.В. Химическое изучение почек тополя бальзамического / В.В. Поляков, Е.Ф. Дудырина // В сб.: Физиолого-биохимические аспекты изучения лекарственных растений. – Новосибирск, 1998. – С. 50–51.
5. Кульмагамбетова, Э.А. Флавоноиды *Artemisia*, *Populus*, *Salsolla*, их химическая модификация и биологическая активность: дис... канд. хим. наук. – Караганда, 2001. – 157 с.
6. Каминка, М.Э. Противоязвенное действие производных фуросаноимидина / М.Э. Каминка, М.А. Калинкина, Т.В. Пушкина и др. // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2004. – Т. 67, № 3. – С. 30–33.
7. Никулин, А.А., Буданцева С.И. Сравнительная оценка методов воспроизведения экспериментальных язв желудка / А.А. Никулин, С.И. Буданцева // Фармакол. и токсикол. – 1973. – Т. 36, № 5. – С. 564–567.

УДК 615.274:615.32

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА КАПЕРСА КОЛЮЧЕГО ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ*З.Т. Шульгау, Ж.С. Шайкенова, Л.И. Арыстан, Ж.Ә.Қауызбай**АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», г.Караганда
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Аллоксанды диабеті бар егеуқұйрықтардағы липидті алмасу көрсеткіштеріне тікенекті киеуіл экстрактісінің (*Capparis spinosa* L.) әсерін зерттеу жұмыстары жүргізілді. Тікенекті киеуіл экстрактісінің тәжірибелік диабетте гиполлипидемиялық қасиетке ие екендігі анықталды, және триглицеридтердің артық деңгейін азайтады.

SUMMARY

Study the influence of extract of *Capparis spinosa* L. on parameters of the rats' lipidic metabolism in the experimental diabetes was carried out. It was determined that the extract of *Capparis spinosa* L. possesses the hypolipidemic action in the experimental diabetes and reduces the high level of triglycerides.

Актуальность сахарного диабета (СД) определяется быстрыми темпами роста заболеваемости. Оправдывается прогноз специалистов о том, что число больных диабетом за каждые последующие 12–15 лет удваивается. При первичном обращении у больных диабетом I и II типа обнаруживается исключительно высокая распространенность диабетических осложнений, связанных с поражением сосудов. Причем известно, что частота осложнений, выявленных специалистами-диабетологами, во много раз выше так называемой «регистрируемой» частоты осложнений. При первичном обращении больного СД к врачу примерно в 40% случаев выявляются ишемическая болезнь сердца, ретинопатия, нефропатия, полинейропатия, синдром диабетической стопы. Остановить процесс на поздней стадии практически невозможно, большинство больных становятся инвалидами. Проблема обеспечения больных диабетом качественными лекарствами и средствами контроля всегда стояла и стоит достаточно остро. Продолжается дискуссия о выборе методов, с одной стороны, доступных по цене, а с другой – максимально эффективных. Помимо основного этиологического лечения инсулином и пероральными гипогликемическими препаратами, большое значение имеет патогенетическая и симптоматическая терапия. Среди средств, широко применяемых для профилактики и лечения сосудистых осложнений диабета, особое значение имеют ангиопротекторы. Таким образом, исследования, связанные с изучением новых веществ, в том числе растительного происхождения, способствующих профилактике и лечению сосудистых осложнений диабета, являются актуальными и имеют практическое значение, т.к. позволят создать новые эффективные лекарственные препараты на их основе. Кроме того, лекарственные препараты растительного происхождения обладают преимуществом перед синтетическими, которое заключается в малой токсичности, большей мягкости действия, редком индуцировании аллергических реакций и возможности проведения повторных и длительных курсов лечения и профилактики.

Целью данного исследования явилось изучение влияния экстракта каперса колючего (ЭКК) на липидный обмен у животных с экспериментальным сахарным диабетом. При изучении гиполлипидемической активности использовали густой экстракт надземной части каперса колючего, собранного в Южно-Казахстанской области. Экстракцию каперса колючего проводили этиловым спиртом. В литературе имеются сведения о наличии алкалоидов, флавоноидов, гликозидов, углеводов, сапонинов, эфирных масел и липидов в изучаемом растении [1–3].

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводился на 30 нелинейных крысах-самцах массой 211 ± 12 г. Животных содержали на стандартном пищевом рационе вивария, при свободном доступе к воде и пище, в соответствии с правилами, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных научных целей. Диабет вызывали внутрибрюшинным введением аллоксана моногидрата («Sigma», USA) в дозе 90 мг/кг в течение 4-х суток. Развитие диабета контролировали по уровню глюкозы, взятой из хвостовой вены. В экспериментальные группы отбирали животных с уровнем глюкозы более 15 ммоль/л. После развития диабета (на 12-е сутки) животные были разделены на 2 группы: 1 – контрольная (крысы с сахарным диабетом без лечения) и 2 – опытная, животные с диабетом, которым вводили ЭКК в дозе 200 мг/кг в течение 4-х недель. 3 группу составили интактные животные. Уровень глюкозы в крови определялся глюкометром «Accu-Chek» (Roche Diagnostics, Германия). Уровень глюкозурии и кетонурии оценивался полуколичественным методом с использованием тест-полосок *glukoPHAN* и *ketoPHAN* (Pliva – Lachema Diagnostica s.r.o.). Уровень общего холестерина, триглицериды, холестерин в составе липопротеидов высокой плотности определяли на биохимическом анализаторе Humolyzer 2000, Германия. Липопротеиды низкой плотности высчитывали по формуле: общий холестерин – холестерин в составе липопротеидов высокой плотности – триглицериды/5.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica for Windows 6.0». Рассчитывали средние значения показателей и стандартную ошибку среднего значения. Межгрупповые различия оценивали с использованием Mann-Whitney U test.

Результаты и их обсуждение. Содержание глюкозы у интактных крыс составило $7,8 \pm 0,2$ ммоль/л, холестерина – $63,4 \pm 3,6$ мг/дл, триглицеридов – $43,2 \pm 4,6$ мг/дл, ЛПВП – $29,1 \pm 4,1$ мг/дл, ЛПНП – $25,6 \pm 3,2$ мг/дл, что укладывается в пределы физиологической нормы для данного вида лабораторных животных (таблица 1). Через 7 суток после последнего введения аллоксана уровень глюкозы в крови крыс достоверно повысился и составил $24,9 \pm 2,4$ ммоль/л, что свидетельствовало о развитии стойкой гипергликемии. Развитие сахарного диабета подтверждалось также изменениями со стороны анализов мочи. Так, уровень глюкозы в моче составил $12,2 \pm 2,4$ ммоль/л, кетонурия – $25,4 \pm 1$ ммоль/л. В таблице отражена динамика показателей углеводного и липидного обмена в контрольной и опытной группах. Как видно из таблицы, в контрольной группе уровень триглицеридов к концу эксперимента составил $57,6 \pm 6,1$ мг/дл, что достоверно выше показателей у интактных животных. Уровень общего холестерина, ЛПНП и ЛПВП практически не изменился по сравнению со значениями у интактных животных. Полученные результаты подтверждаются данными литературы о нарушении липидного обмена при сахарном диабете [4, 5]. В опытной группе уровень триглицеридов достоверно снижался по сравнению с контролем и составил $30,6 \pm 5,3$ мг/дл. 4-х недельное введение ЭКК не оказало существенного влияния на уровень глюкозы, общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП в крови экспериментальных животных.

Таблица – Показатели углеводного и липидного обмена у крыс с экспериментальным сахарным диабетом через 4 недели введения экстракта каперса колючего

Группы	Глюкоза, ммоль/л	Белок, г/л	Холестерин, мг/дл	Триглицериды, мг/дл	ЛПВП, мг/дл	ЛПНП, мг/дл
Интакт-ные, (n=5)	$7,8 \pm 0,2$	$60,9 \pm 2,9$	$63,4 \pm 3,6$	$43,2 \pm 4,6$	$29,1 \pm 4,0$	$25,6 \pm 3,2$
Контроль, (n=7)	$27,4 \pm 5,8^*$	$58,2 \pm 2,5$	$70,6 \pm 4,0$	$57,6 \pm 6,1^*$	$26,7 \pm 4,2$	$30,3 \pm 4,0$
Опыт (ЭКК), (n=8)	$23,4 \pm 6,2^*$	$56,8 \pm 2,3$	$68,6 \pm 8,9$	$30,6 \pm 5,3^+$	$30,5 \pm 1,7$	$27,7 \pm 7,6$
Примечание: * – достоверность различий с интактными крысами; + – достоверность различий с контрольной группой						

Таким образом, у крыс с моделью аллоксанового диабета экстракт каперса колючего при внутрижелудочном введении позволяет снизить повышенный уровень триглицеридов. В последние годы многие исследователи придают большое значение гипертриглицеридемии, как фактору, ускоряющему развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Возможные механизмы развития атеросклероза при гипертриглицеридемии: накопление липопротеидов очень низкой плотности и промежуточной плотности; образование мелких липопротеидов низкой плотности (повышение уровня апопротеина В); ускоренное выведение обогащенных триглицеридами ЛПВП; усиленное тромбообразование [6]. Следует предположить, что экстракт каперса колючего проявляет гипотриглицеридемическую активность за счет входящей в его состав суммы флавоноидов. В некоторых исследованиях показано, что существует прямо пропорциональная зависимость выраженности гиполлипидемического эффекта диетических рационов от содержания в них флавоноидов [7, 8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Fu, X.P. Химический состав плодов *Capparis spinosa* L. / X.P. Fu [et al] // Химия природных соединений. – 2007. – № 2. – С. 149–151.
2. Нұрмағанбетов, Ж.С. Тікенді кеуел (*Capparis spinosa* L.) өсімдігінен стахидрин алкалоидын бөлу және оның туындылары / Ж.С. Нұрмағанбетов [и др.] // Қазақстан химия журналы. – 2005. – № 3. – С. 193–196.
3. Толибаев, И. Липиды надземной части *Capparis spinosa* L. / И. Толибаев, А.И. Глушенкова // Химия природных соединений. – 1995. – № 3. – С. 498–499.
4. Чернов, Ю.Н. Особенности патогенеза и возможные пути фармакологической коррекции инсулинзависимого сахарного диабета / Ю.Н. Чернов // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 1999. – Т. 62, № 3. – С. 60–66.
5. Чичибабина, А.В. Использование различных форм актовегина у больных сахарным диабетом / А.В. Чичибабина, А.А. Бермагамбетова, Р.М. Бурумбаев // Фармацевтический бюллетень. – 2009 – № 1–2. – С. 45–46.
6. Austin, M.A. Hypertriglyceridemia as a cardiovascular risk factor / M.A. Austin, J.E. Hokanson, K.L. Edwards // Am J Cardiol. – 1998. – Vol. 81. – P. 7–12.
7. Базарнова Ю.Г., Веретнов Б.Я. Ингибирование радикального окисления пищевых жиров флавоноидными антиоксидантами // Вопросы питания. – 2004. – № 3. – С. 35–42.
8. Тутельян В.А., Батулин А.К., Мартинчик Э.А. Флавоноиды: содержание в пищевых продуктах, уровень потребления, биодоступность // Вопросы питания. – 2004. – № 6. – С. 43–48.

УДК 616.5 – 002.828: (574.53)

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА 2008 - 2009 ГОДЫ***Ж. У. Будесова**Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент***ТҮЙІН**

Мақалада 2008-2009 жылдардағына Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша дерматомикоз аурушандығына ретроспективтік талдау жасау қорытындысы ұсынылып-көрсетілген. Терінің саңырықұлақты аурулары, бұрынғысынша, дерматовенерологиядағы ең байсалды мәселелердің бірі болып табылып отыр. Дерматомикоздармен аурушандықты кеміту мақсатында аурудың алдын алу және санитарлық - эпидемиологиялық жұмысты күшейту қажет.

SUMMARY

In article results of the retrospective analysis of a case rate by dermatomycoses on South Kazakhstan area for 2008-2009 are given. Fungoid diseases of a skin, on former are one of the most significant problems in a dermatovenerologi. It is necessary to strengthen preventive and sanitari epidemolodical work with a vitw of depression of a case rate by dermatomycoses

Микозы кожи являются широкораспространенной группой инфекций, вызванных большим числом видов различных патогенных и условно-патогенных грибов, встречающихся как у человека, так и у животных. Сложность проблемы микозов обусловлена резким увеличением за последнее время частоты и тяжести грибковых инфекций, в том числе с хроническим течением; значением иммунодефицитных состояний в возникновении, патогенезе, течении и исходе заболевания; трудностью лечения микозов в связи с многообразием различных по свойствам видов грибов и локализацией патологического процесса; торпидностью течения, а также развитием довольно часто резистентности к проводимой терапии. Проблема микозов на сегодняшний день стоит достаточно остро. Во-первых грибковые поражения обезображивают кожу больного, во-вторых при заболевании происходит аллергизация организма, в-третьих поражаются многие органы и ткани, сопровождающиеся нарушением функций этих органов.

В общей структуре дерматологической заболеваемости они занимают второе место после пиодермий. По данным ВОЗ, каждый пятый житель планеты страдает грибковым заболеванием. Эпидемиологические условия распространения грибковых заболеваний весьма разнообразны и до настоящего времени полностью не изучены. Частота этих заболеваний объясняется прежде всего многочисленностью и разнообразием грибов в природе, вследствие чего существует значительный риск заражения для человека, а также значительной биологической изменчивостью грибов, в частности, их способностью увеличивать свою патогенность и вирулентность под влиянием различных факторов. Несмотря на бурное развитие фармацевтической промышленности и успехи клинической медицины, тенденции к уменьшению заболеваемости микозами в настоящее время не отмечается. По Южно-Казахстанской области, так же как и по Республике в целом, уровень заболеваемости дерматомикозами остается достаточно случаев, в 2007 году - 1153, в 2008 году - 1034, в 2009 году - 1363 случая. Эпидемиологический анализ показывает, что ведущее место в структуре микозов принадлежит микозам стоп и ониомикозам. Ониомикоз является одной из наиболее распространенных грибковых инфекций. На его долю приходится до 50% всех случаев поражения ногтей. Сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, связанная с заболеваемостью микроспорией. Это сложная медико-социальная проблема из-за широкого распространения заболевания, особенно среди детского населения и подростков. Контагиозность, продолжительность лечения и связанный с этим экономический ущерб еще больше обуславливают актуальность данной проблемы. Возможно, это объясняется тем, что нет пока достаточно ответственного подхода к проведению противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление и санацию животных, участвующих в сохранении и передаче инфекции. По-прежнему остается тревожной ситуация, связанная с трихофитией. В последнее время возросла заболеваемость инфильтративно-нагноительной формой трихофитии по сравнению с антропонозной формой. Источником заражения этой формы трихофитии чаще является крупный рогатый скот.

Нужно отметить, что значительно участились случаи локализации инфильтративно-нагноительной трихофитии на лобковой области и наружных половых органах, которые до недавнего времени относились к редко встречающимся формам. Как уже отмечалось выше в Южно-Казахстанской области сохраняется тенденция неуклонного роста заболеваемости дерматомикозами. Только в городе Кентау отмечается снижение случаев заболеваемостью дерматофитиями с 20 в 2008 году до 18 в 2009 году. В г. Туркестан за этот же период отмечается рост от 26 случаев до 66. В г. Шымкент этот показатель составил 371 – в 2008 году, 513 – в 2009 году. По Южно-Казахстанской области Сайрамский район занимает лидирующее место по заболеваемости дерматомикозами, где отмечается рост данной патологии с 200 случаев в 2008 году до 224 случаев в 2009 году. Практически вдвое возросла заболеваемость дерматофитиями в Кзылгортском, Сузакском, Махтааральском районах. Учитывая вышесказанное, хочется отметить, что назрела необходимость в усилении профилактической работы и мероприятий, направленных на выявление и обеззараживание больных животных; проведении семинаров для населения, врачей дерматовенерологов и врачей лаборантов из сельских районов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариевич А. М., Степанищева З.Г. Руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней. М 1966. 10. 296-303
2. Будумян Т. М. Противозидемические мероприятия при зоонозной микроспории. Методические рекомендации. Свердловск 1985.14.
3. Абидов З. М., Нурматов У.В., Туляганов А.Р. Тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов.- М., 2001.- С.154.

УДК 616.31-089.23-053.9

РОЛЬ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

*В.О. Кенбаев, А.Б. Шукпаров**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Стоматологияларда, сонымен қатар дәрігерліктің кез келген басқа облысында, бұзушылығы пайда болуды басқы себеп қанағаттанбаушылықтың сезімінің емделушісінде жиі болып табылған қағидалар ерекше деонтологиялық ережелер бар болады. Дәрігерлік әдеп және олардың өз дәрігерлік қызметінде қолданылсын маңызды алатын деонтологияның негіздерінің білімі сондықтан кейде және тіс емдеу кабинеттегі емдік - диагностикалық процесстің ұйымының жанында шешуші мәні.

SUMMARY

Specific diontological principles exist in stomatology as well as any other arcas of medicine. Their disorders are the first causes of oecurance the fellings of unsatistaction Therefore the knowledge of bases of medical ethics and diantology and ability to use them in their profession at organization of the medico- diagnostic process in the stomatological office.

Врачебная этика - это совокупность норм поведения и морали медицинских работников. В начале 19 века английский философ Бентам термином "деонтология" определил науку о поведении человека любой профессии. Для каждой профессии есть свои деонтологические нормы. Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ: "Должно обращать внимание, чтобы все, что применяется, приносило пользу". В стоматологии, как и в любой другой области медицины, существуют специфические деонтологические принципы [1], нарушение которых нередко является первопричиной возникновения у пациента чувства неудовлетворенности [2]. Поэтому знание основ медицинской этики и деонтологии, умение использовать их в своей врачебной деятельности имеет важное, а порой и решающее значение при организации лечебно-диагностического процесса в стоматологическом кабинете.

Однако данный вопрос не нашел должного отражения в учебниках и монографиях. В связи с этим мы сочли целесообразным остановиться на принципах медицинской этики и деонтологии при оказании помощи больным в условиях стоматологического кабинета, на дому, в домах престарелых и инвалидов, поскольку нами накоплен определенный опыт в этом направлении. Важную роль в организации работы стоматологического кабинета играет медрегистратор. От ее умения разговаривать с больными во многом зависят первое представление о стоматологическом кабинете и настрой, с которым пациент приходит на прием к врачу. Важным качеством медрегистратора является его способность регулировать прием врачами первичных больных. В приемной должны быть вывешены красочно оформленные санбюллетени, стенд, на котором представлены все виды стоматологической помощи. Немаловажное значение имеет также и то, сколько времени проведет больной в приемной до вызова в кабинет. Здесь ведущую роль играет врач. От его умения организовать прием, способности планировать рабочий день, понимания важности этого в успехе в значительной степени зависит, сумеет ли он обеспечить душевное равновесие больного еще до того, как встретится с ним.

Если врачи правильно организуют свой прием, у больных не успевают возникать контакты в приемной в период ожидания вызова, что исключает возможность распространения информации, способной усилить их тревожное состояние. Каким бы ни был трудным прием, врач обязан быть внимательным, сдержанным и благожелательным, учитывать возраст больных, уровень их интеллекта и заслуги перед обществом, личностные особенности и при необходимости умело и тактично воздействовать на их психику. Основное место в психотерапии, как известно, занимает слово. Особое значение оно приобретает при оказании стоматологической помощи пациентам старших возрастных групп. Именно среди этой категории больных больше всего людей, нуждающихся в душевном тепле, сострадании [3]. Они остро воспринимают любую бестактность со стороны медперсонала. Для многих из них добрые отношения с врачом становятся источником хорошего самочувствия, сглаживают трудности, связанные с лечением. Необходимо уметь выслушивать больного, участливо реагируя на услышанное. При этом обнаруживаются черты характера больного, с учетом

которых врачу следует строить свои отношения с ним. Нередко пациенты бывают насторожены и тревожны, поэтому врач должен контролировать свои высказывания и учитывать впечатление, которое они производят на больного. Начатый непринужденный разговор врач незаметно переводит в психопрофилактическую беседу. При этом он останавливается на этапах лечения с тем, чтобы больной понял назначение всех манипуляций. Важно тактично подвести больного к мысли о необходимости выбора того или иного лечения, которая наиболее показана. Уже при первой встрече врач должен подчеркнуть, что исход лечения зависит от совместных усилий его и пациента, предупреждает о трудностях лечения. При этом следует отметить, что трудности эти временные и будут преодолены. Больной должен быть уверен, что получит квалифицированную помощь. Такая уверенность возникает и во многом зависит от того, сумеет ли врач с первой встречи проявить такт, терпение, выдержку.

Большинство пациентов осознают трудности, с которыми сталкивается врач, оказывая им стоматологическую помощь. Мы всегда обращаемся к своим пациентам по имени и отчеству. Это создает определенный положительный фон, способствует установлению контакта. Следует строить свои отношения с больными на этапах лечения таким образом, чтобы возникший контакт усиливался. Больной должен приходить на прием к врачу без психоэмоционального напряжения и тревоги за исход лечения. Перед каждым этапом лечения мы объясняем характер предстоящей работы, ее важность для успеха. Если больной волнуется, успокаиваем его. Ничто не должно отвлекать внимание врача от больного с его жалобами и тревогами. Препарирование зубов, сопровождающееся значительным эмоциональным напряжением, стремимся проводить под анестезией. Вместе с тем реализовать намеченное на достаточном высоком профессиональном уровне при лечении больных не всегда возможно. Некоторые из них плохо слышат, другие излишне волнуются, встречаются пациенты с измененной психикой, подавленным настроением, досаждающие врачу назойливыми высказываниями или расспросами.

Если врач теряет терпение, то это только ухудшает положение. В таких случаях лучше спокойно еще раз объяснить больному важность данного этапа лечения, акцентируя внимание на том, каким образом его поведение может создать необходимые предпосылки для успешного выполнения намеченного. Делать это следует участливо, с большим тактом и терпением. Один из признаков высокой квалификации врача-аккуратность в работе, причем это относится не только к его мануальным навыкам. Вовлечение родственников больных в лечебный процесс имеет важное значение, особенно в случаях тяжелого состояния пациентов, когда контакт с ними бывает затруднен. Недооценка психо-эмоционального напряжения, возникающего в ходе лечения у таких больных, неизбежно отражается на их общем состоянии. Убедить больных в необходимости того или иного лечения, поддерживать контакт с их родственниками - все это входит в обязанности врача, оказывающего помощь на дому. В стоматологической помощи нуждаются большое число пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся в домах престарелых и инвалидов. При лечении данного контингента стоматолог должен учитывать особенности поведения больных, имеющих психические отклонения и неврозы. Важно, чтобы между врачом и больным установились отношения доверия и участия. При этом возрастает роль медицинских работников домов престарелых и инвалидов. Медсестра постоянно находится среди больных, следит за выполнением предписания врача, оказывает психотерапевтическое влияние на больных, что в немалой степени способствует успеху лечения. Недочеты работы врача-стоматолога, способствующие возникновению конфликтов, могут проявиться через некоторое время после окончания лечения, в результате чего возникает необходимость в повторном лечении. Повышенная деонтологическая настороженность требуется в тех случаях, когда возникает необходимость оценить качество лечения для больного одним из коллег или в другом стоматологическом кабинете.

Мы внимательно выслушиваем пациента и осматриваем больного, при этом беседу с больным строим так, чтобы уменьшить его тревогу и сомнение. Если больные необъективно оценивают качество лечения, приглашаем для консультации внештатного эксперта по стоматологии или привлекаем кафедральных сотрудников ЮКГФА. Особую трудность представляет лечение больных, которые ранее проводилось лечение и осталось плохое впечатление от предыдущего врача и недовольство его работой. Такие больные подозрительны, недоверчивы, порой провоцируют врача на конфликт. Такому поведению пациента врач должен противопоставить доброжелательность и корректность. Если врачу удастся достигнуть этого, то к концу лечения больные проникаются к нему большим уважением. Хорошо, когда врач-стоматолог анализирует свою работу за день, продумывая при этом тактику общения с больными, чьи личностные особенности требуют пристального внимания. Первостепенное значение в создании лечебно-охранительного режима в стоматологическом кабинете имеет поведение всех медицинских работников. Специфика работы стоматолога такова, что здесь большую роль играют взаимоотношения между врачом и ассистентом. Именно эти два звена определяют в итоге качество лечения. При этом роль каждого звена настолько велика, что проблема этики взаимоотношений между ними становится ведущей в создании психологического микроклимата в коллективе.

Врач-стоматолог осуществляет руководство в оказании помощи. На него ложится ответственность за конечный результат. Возглавляют работу, направленную на соблюдение основных деонтологических принципов, заведующий производством. Разбор конфликтных случаев, проверка качества работы на этапах ее выполнения, разрешение спорных вопросов, создание условий для профессионального роста молодых специалистов из числа вновь прибывших вот далеко не полный перечень того, что требует от них пристального

внимания. Значительна роль заведующего отделением челюстно-лицевой хирургии ШГБСМП в разборе конфликтных вопросов между врачами и больными. Его умение при больном тактично указать врачу на ошибку, способность успокоить больного, вселить уверенность в успешное завершение лечения оказывают положительное влияние на ход лечебного процесса. На сегодняшний момент при участии главного внештатного стоматолога ЮКО Шукпарова А.Б., заведующего отделения челюстно-лицевой хирургии ШГБСМП Дюсупова К.Б., доцента Кенбаева В.О., создана комиссия по разбору конфликтных ситуаций.

Таким образом, опыт работы по оказанию стоматологической помощи, позволил нам проследить роль соблюдения деонтологических норм в успехе лечения указанного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.В. Петровский. «Деонтология в медицине», М.: Медицина, 1988г.
2. Е.Е. Тен. «Основы социальной медицины», М.: Медицина, 2009г.
3. В.Ф. Матвеев. «Основы медицинской психологии, этики и деонтологии», М.: Медицина, 1984. - 176 с.

УДК 618.2-084:613.287.8

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В СВЕТЕ «БЕЗОПАСНОГО МАТЕРИНСТВА»

С.Б.Аккошкарова

Областной перинатальный центр №1, г.Шымкент

ТҮЙІН

Емшек сүті нәресте үшін қасиетті тағам болып табылады, оның құрамында нәрестенің алғашқы өмірінің 4-6 айлығында құнарлы өнімдер бар, ол жеңіл және тез сіңеді Емшек сүтінде жасанды қоректендіру тағамына қарағанда тамақтандырудың бағалы түрі болып келеді, ол өзімен бірге нәрестеге қажетті тазалақты, жылулықты, ыңғайлылықты алып келеді. Босанғаннан кейінгі кезеңде әйелде және нәрестеде әртүрлі аурулардың болмауына медицина қызметкерлердің мамандандырылған көмегімен қоршаған ортадағы адамдардың сүйіспеншілігі сүт безімен қоректендіруді енгізуді талап етеді

SUMMARY

Breast feeding is very important way of feeding of children, it has a lot of advantages as compared with artificial feeding. It is easy, clean, permanent that is so necessary for a small being in this fussing world. Breast feeding reduces quantity of disease in postnatal period. Human milk contains optimal balance of vitamins for a small child of 4-6 months.

Знаменательным событием в жизни нашего государства стали ежегодные Послания Президента Н.А.Назарбаева, где первостепенное значение имеют социально-ориентированные программы. В этих программах особое место занимает материнство и детство. В утвержденной Указом Президента «Государственной программе по реформированию и развитию здравоохранения на 2005-2010г.» приоритетом является раздел «Охрана здоровья матери и ребенка» с определением конкретных целей и путей их реализации. Успехи социально-экономического развития страны, финансирование здравоохранения, прогресс медицинской науки, достаточный научный потенциал и профессорско-преподавательский корпус, подготовленные специалисты практического здравоохранения позволяют с новых позиций осмыслить достижения и наметить платформу действий по модернизации акушерско-гинекологической службы (1). В целях реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438, а также для улучшения качества оказания медицинской помощи в организациях родовспоможения Республики Казахстан внедрены эффективные технологии по перинатальному уходу, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (2).

Областной перинатальный центр г.Шымкента при поддержке программы «Здравплюс» и после прохождения сотрудников курса по «Основной дородовой, перинатальной и постнатальной помощи» с 2005 года работает по программе ВОЗ «Безопасное материнство». основополагающим компонентом данной инструкции является кормление грудью, которая позволяет этим маме и крохе установить очень близкие отношения (3). Согласно приказу (приказ №335 от 02.10.2006. «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу, рекомендованных ВОЗ») сразу после рождения ребенок вытирается теплой пеленкой и выкладывается на живот матери для соблюдения «тепловой цепочки» и «кожного контакта». На голову ребенка одевается шапочка, на ножки - носочки. Первое кормление к груди осуществляется в интервале от 30 до 1 часа. Медицинским персоналом контролируется правильность первого прикладывания. Если мать находится под влиянием седативных или утомлена, медицинский персонал помогает ребенку найти грудь и начать первое кормление, в лучшем случае, без каких-либо усилий со стороны матери. Перевод матери и ребенка в послеродовое отделение осуществляется совместно. В случае рождения глубоко недоношенного или больного ребенка, который будет находиться в палате интенсивной терапии и не готового сразу сосать грудь,

необходимо обучать женщину сцеживанию грудного молока и помочь сесть несколько капель молозива в родильной палате. Важно дать ребенку это молозиво через назогастральный зонд или из ложечки (2). Сбалансированное соотношение питательных веществ и ферментов, содержание иммунологических веществ, необходимых для защиты жизнедеятельности организма, и факторы роста, содержащиеся в грудном молоке, а также естественное регулирование его состава для приспособления к изменяющимся запросам младенца уникальны. Грудное молоко чистое не содержит бактерий, поэтому не может быть причиной болезни ребенка. В нем содержатся антиинфекционные факторы, предотвращающие распространение инфекции. Младенцы, вскармливаемые только грудным молоком, в 2,5 раза меньше подвержены заболеваниям, в 25 раз снижается вероятность их смертности от поноса и респираторных инфекций в течение первых шести месяцев жизни по сравнению с грудничками вскармливаемыми заменителями. Частые физические контакты, вызываемые грудным кормлением, рождают у младенца чувство постоянной защиты и тепла, а объединяющее взаимодействие между матерью и младенцем во время кормления способствует развитию эмоций и социализации ребенка (4).

Психологические преимущества грудного вскармливания; эмоциональная связь; тесные, любящие взаимоотношения матери и ребенка; эмоциональное удовлетворение матери; ребенок меньше плачет; мать становится ласковее; реже вероятность, что ребенок будет брошен или обижен; социальная польза; стоимость соответствующей диеты для кормящей матери ниже, чем стоимость искусственной смеси для кормления ребенка; мать может использовать освободившейся деньги на других членов семьи. Нет необходимости покупать смеси и оборудование для кормления, нет дополнительных затрат воды и топлива. Семья не тратит время на приготовление смесей и на дополнительные медицинские осмотры. Расходы на медицинские консультации, лекарства, лабораторные исследования и госпитализацию снижаются. Мать и ребенок здоровее. Мать может регулировать промежутки между беременностями, используя метод лактационной аменореи, что улучшит ее здоровье. Грудное молоко является ценным способом кормления детей, имеет массу преимуществ перед искусственным вскармливанием. Оно несет собой тепло, чистоту, комфорт, постоянность, что так необходимо маленькому существу в этом суматошном мире. Квалифицированная помощь, дружеская поддержка медицинских работников и окружающих людей матери способствуют внедрению грудного вскармливания, тем самым уменьшают количество заболеваний у малыша и у женщины в послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каюпова Н.А. Выбор платформы действий. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов. – Павлодар, 2006. – С.3-4.
2. Приказ №335 МЗ РК от 02.10.2006г. «О внедрении эффективных технологий по перинатальному уходу в практику родовспомогательных организаций», г.Астана
3. Жанибекова У.С., Бимаганбетова Л.Ш., Абиш Л.Т. Преимущества грудного вскармливания. // Материалы VII съезда акушеров-гинекологов. – Павлодар, 2006. – С.74-75.
4. Семинар-тренинг «Безопасная беременность и эффективный уход» (для врачей неонатологов и педиатров). Курс по основам ухода за новорожденными и грудному вскармливанию. – ЮКГМА, Шымкент. – 2007.- 20с.

УДК 616.155.194.8-055.26-08

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*А.Ж.Даниярова, А.Б.Аринова, Т.Б.Кошанбаева, О.Ш.Бимбетова, Г.К.Саркулова, Т.З.Мамадиярова.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр № 2.г.Шымкент*

ТҮЙІН

Мақалада жүктілік кезінде пайда болатын теміржетіспеушілік анемияның алдын-алуға Қазақстан Отбасы Дәрігерлер Ассоциациясы ұсынған әдіспен емдеудің нәтижесі берілген.

SUMMARY

The results of treatment of siderotic (iron - deficiency) anemia of pregnant women are examined in this article.

Железодефицитная анемия (ЖДА) во время беременности является серьезной акушерской проблемой. По данным ВОЗ в мире около половины беременных страдают ЖДА (52% в развивающихся странах и 23% - в развитых). Распространению, лечению и профилактике анемии ВОЗ уделяет особое внимание. Анемия остается одной из главных проблем здравоохранения Казахстана на протяжении последних лет. Программа медико-демографического исследования в Казахстане выявила чрезвычайно высокую распространенность анемии среди женщин до 49% и детей до трехлетнего возраста-69%. Значительная распространенность анемии среди беременных женщин особенно с неблагоприятными атмосферными агрохимическими загрязнениями

окружающей среды, тяжелым социально-экономическим положением и в регионах с высокой рождаемостью.[1].

По данным С.А.Кобыловой за последние два десятилетия частота анемии в Казахстане возрасла в 10 раз, а в экологически неблагоприятных регионах до 17 более раз [2]. По литературным данным ЖДА встречаются у 49-88% беременных во II и III триместрах беременности и прогрессируют после родов.[3]. Почти у 50% женщин беременность наступает на фоне сниженных запасов железа, примерно 20% запасы железа практически полностью истощены. ЖДА это заболевание характеризующееся снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. Основной причиной развития ЖДА во время беременности является не соответствие между поступлением и расходом железа в организме. Известно, что во время беременности потребность организма в железе увеличивается с 0,8 мг/сутки, в ранние сроки до 6-8мг/сутки в последний месяц. Увеличение потребности в железе покрывается усвоением его из пищи и мобилизацией из тканевых депо. Адекватное поступление железа при беременности обеспечивается лишь в тех случаях, когда к началу беременности имеется достаточное количество запасов железа (не менее 600 мг). Однако такие запасы у многих женщин отсутствуют или очень малы. В связи с этим с целью профилактики целесообразно применение небольших доз железа во второй половине беременности, а в регионе с высокой распространенностью анемии на протяжении всей беременности [4].

При ЖДА беременность довольно часто осложняется повышением перинатальной заболеваемости и смертности, особенно при сочетанных осложнениях беременности, повышением фетоплацентарной недостаточности, повышением частоты синдрома задержки развития и внутриутробной гипоксии плода, возникновением гипоксической травмы мозга новорожденных, невынашиванием беременности, преэклампсии и эклампсии, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в родах и в раннем послеродовом периоде, гипотоническим кровотечением, повышением риска развития ДВС синдрома и послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных и матери. Установлено, что иногда при выраженной анемии у беременных организм плода имеет достаточный уровень гемоглобина и ребенок рождается без анемии, но организм матери при этом теряет железо и она может страдать от анемии. Однако после рождения в первые месяцы анемия у ребенка развивается чаще в тяжелой степени, из-за отсутствия запаса железа в организме и это в свою очередь приводит к замедлению роста ребенка и задержке умственного развития, что требует своевременной ее диагностики и профилактического лечения. Это позволяет устранить патологические изменения в картине крови и предотвратить патологию со стороны матери. Mikhropadhyay A .co авторами считают, что все беременные даже с нормальными показателями крови в течение III триместра должны получать препарат железа для профилактики ЖДА. [5].

Таким образом, вышеизложенные не вызывают сомнения необходимость профилактики ЖДА, чтобы уровень гемоглобина не снижался ниже 110г/л. В связи с этим целью данной работы явилось изучения роль профилактического лечения беременных группа риска по развитию ЖДА в условиях женской консультации.

Для выполнения поставленной задачи нами изучено течение беременности у 50 женщин (основная группа) и 20 беременных. (контрольная группа). Возраст беременных варьировался от 20 до 38 лет, наибольшее количество женщин (72,5 %) было в возрасте от 22 до 38 лет. Первородящих женщин 57,3 %, повторнородящих 39,5%, многорожавших 3,2 %. Интервал между родами 63,2% женщин от 1 до 2 лет. На диспансерное наблюдение были взяты 86,6% женщин в сроке до 12 недель, остальные от 12 до 18 недель. Беременные имели самые разнообразные профессии: медицинские работники- 8, преподаватели-16, студентки-9, разнорабочие-7, домохозяйки-40. Среди перенесенных заболеваний: ОРВИ у 18,8%, хронический тонзиллит у 7,3%, ранний гестоз 2,8%, преэклампсия и эклампсия 7,8%, заболевания почек у 7,5%, невынашивание беременности у 4,6%, анемия 13,2%, искусственный аборт у 2,1% беременных. В течение данной беременности в основной группе женщин наблюдались: ранний гестоз 1,9%, преэклампсия легкой степени 5,3%, ОРВИ 6,7%, пиелонефрит 2,5%, угроза прерывания беременности 3,1%. В контрольной группе: ранний гестоз 3,4%, преэклампсия 4,1%, пиелонефрит 3,1%, ОРВИ 17,3% женщин. Беременные основной группы получали сульфат железа в дозе 120мг в неделю, фолиевую кислоту в дозе 400мг ежедневно в течение всей беременности (уровень доказательства А) по рекомендации Ассоциации Семейных Врачей Казахстана (АСВК). Фолиевая кислота влияет на биосинтез ДНК в клетках костного мозга, стимулирует эритро-, лейко- и тромбоцитоз; на нормальное развитие в нервной трубке плода. В контрольной группе лечение проводилось традиционным методом. Клинический эффект в основной группе выражался благоприятным течением беременности по сравнению с контрольной группой беременных, получавших традиционную терапию. На основании определения содержания гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и цветного показателя к концу 15 недели лечения и при сроке 30-32 недели беременности в основной группе беременных наблюдалось повышение гематологических показателей по сравнению с группой получавшей традиционную терапию. Так же в основной группе беременных во второй половине беременности снизилась частота невынашивания беременности, хронической фетоплацентарной недостаточности, аномалии родовой деятельности, преэклампсии, анемии. В результате внедрения профилактического лечения анемии по рекомендации АСВК профилактического лечения ЖДА в условиях женской консультации привело к снижению беременных с анемией во II и в III триместрах беременности в 2009 году 55,8% по сравнению 2008 г 75,1%. Таким образом, одним из основных свойств ЖДА является возможность их предупреждение. Причиной высокой распространенности ЖДА заключается в недооценке значения диагностики ранних стадий,

а также в отсутствии дифференцированного подхода коррекции с целью профилактики ЖДА. Основной рациональной коррекции ЖДА у беременных является своевременная диагностика ранних стадий и профилактическое лечение в условиях женской консультации. Ежедневный прием препарата железа по 120 мг, фолиевой кислоты является эффективным профилактическим мероприятием у беременных женщин без анемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железodefицитная анемия. Бюллетень АСВК « Семейный врач Казахстана» 2005,4 с 10-15.
2. С.А. Кобылова. Лечение анемии у беременных, проживающих в регионе Семипалатинского испытательного ядерного полигона. //Акушерство, гинекология и перинатология. 2003, 3.с 15-18.
3. С.М.А.Омаров со авторами. Оптимизация дородовой подготовки в ведение родов при сочетании гестоза с железodefицитной анемией. //Акушерство и гинекология.2000 .5 с 31-34.
4. Н.Милчев, А.Александрова. Лечение железodefицитной анемии у беременных. //Акушерство и гинекология.2005, 12.с 31-33.
5. Mikhopadhyay A, Bhatla N. Сравнение ежедневного и периодического режима приема препаратов железа беременными: гематологические показатели и исход беременности. J.Obstet Gynaecol Res-2004, Dec; 30(6): 409-17.

УДК 616-053.3:314.422.22 (574.5)

УПРАВЛЯЕМЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К.Карабеков, К.А.Мустафина, С.Ш.Балабекова, Ю.С.Купилова, У.Р.Карсыбаева, Б.Н.Бабаева, Н.С.Нарходжаев, Ш.А.Курванбаев

*Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Областная детская больница, Шымкент*

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысы Облыстық балалар ауруханасының 2009 жылғы талдауы бойынша, 1 жасқа дейінгі өлген балалардың 30,6%-да өлімінің басқаруға болатын себептерге байланысты (пневмониялардан, келеңсіз жағдайлардан, жедел ішек инфекцияларынан) екені көрсетілген. Авторлар сәбилік өлімді төмендетуге болатын факторларды ұсынады.

SUMMARY

According to the available data of medical administration of south – Kazakhstan Region the rates of childrens mortality were 30,6 % in 2009. This figure snows the percent of childrens mortality from controlled reasons (pneumonia, accidents, acute intestinal infection). The authors of this article suggest to control these factors to reduce the rates.

Показатели младенческой смертности являются индикаторами здоровья женщин и детей и отражают результаты влияния экономических, социально-бытовых и медицинских факторов. В РК на всех уровнях принимаются меры по снижению показателей младенческой смертности. Управлением здравоохранения ЮКО разработана программа по снижению младенческой смертности, утвержденная на сессии областного маслихата и на Ученом совете ЮКГФА. С целью реализации данной программы выполняются следующие задачи: - анализ младенческой смертности и летальности по детским больницам; -пропаганда здорового образа жизни, грудного вскармливания детей до года; - разработка алгоритма действия врачей (педиатров) при синдромах, требующих неотложной помощи при первичном обращении; - участие в проведении обучающих цикловых курсов для врачей, медицинских сестер; -повседневная практическая и теоретическая помощь здравоохранения. Сроки реализации программы распределены на три этапа. На первом этапе в 2009 году составлена разработочная карта, которая включила 86 вопросов для выявления управляемых факторов. Согласно проведенному анализу по ОДБ за 2009 год количество умерших детей в возрасте от 0 до 1 года составило 150 детей или 78,1% от всех умерших детей до 14 лет.

Таблица 1 Структура смертности умерших детей в возрасте до 1 года:

Наименование	Абс.число	Удельный вес в (%)
0-27 дней (неонатальная смертность)	75	50,0
В том числе:	37	24,6
- 0,6 дней (ранняя неонатальная смертность)		
- 7-27 дней (поздняя неонатальная смертность)	38	25,4
28 дней жизни до 12 месяцев (постнеонатальная смертность)	75	50,0
От 0 до 12месяцев (младенческая смертность)	150	100,0

Из анализа структуры смертности видно, что 50% умерших составили дети неонатального периода и 50% соответственно от 28 дней до 1 года. Проведенный анализ структуры летальности по диагнозам показала, что ведущей причиной смерти детей являются хирургическая патология (62,5%), из них врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта составили - 24%, врожденные пороки сердечно-сосудистой системы – 14,5%, пороки развития центральной нервной системы – 6,7%, травмы – 4,6%, ожоги – 4,6%, т.е. в хирургической патологии причины смертности от врожденных пороков развития занимают (ВПР) 82,5%. Такой высокий показатель младенческой смертности от хирургической патологии объясняется ещё и тем, что в районных больницах почти нет детских хирургов. Кроме того, дети были транспортированы в обычных машинах скорой помощи, без специализированных кузевов. Холодовой стресс – разрыв тепловой цепочки, могли привести к увеличению показателей неонатальной смертности. Доказано что, если при рождении обнаженный ребенок попадает в среду с температурой 23 о С, он так же страдает от потери тепла как обнаженный взрослый при температуре 0оС. Наибольшую часть среди умерших от соматической патологии, составили дети от ВУИ и сепсиса (12,5 и 6,2 соответственно). ВУИ – это инфекция, передающаяся плоду антенатально или во время родов. Поэтому, лечение инфекционной патологии матери до наступления беременности безусловно приведет к снижению неонатальной-младенческой смертностей, в этом плане необходимо подчеркнуть важность проблемы планирования семьи. На сегодня этот показатель очень низкий. По данным Областной детской больницы и Областного перинатального центра растет количество преждевременных родов, которые сопровождаются экстраординарным увеличением смертности. Недоношенные дети – это группа высокого риска по развитию угрожаемых для жизни патологии, асфиксии, синдрома дыхательных расстройств (СДР), бронхолегочной дисплазии, внутрижелудочковых кровоизлияний, внутриутробных инфекций, ретинопатий недоношенных детей, ВПР. Умершие недоношенные дети с различными заболеваниями составили -33%.

Все остальные случаи смертности по нозологии представлены единичными процентами. Обращает внимание, что в возрастной группе до 1 года преобладают врожденные пороки развития. Анализ течения беременности показал, что у 82% матерей беременность протекала с различными гестозами, токсикозами, с угрожающими выкидышами, на фоне анемии. Почти во всех анализированных историях матери страдали генитальными и экстрагенитальными заболеваниями. Доказаны что, у таких женщин гестозы беременности в свою очередь ухудшают качество здоровья детей, в частности отражается на здоровье детей раннего возраста. Структура летальности по длительности пребывания в стационаре представлена в диаграмме 1

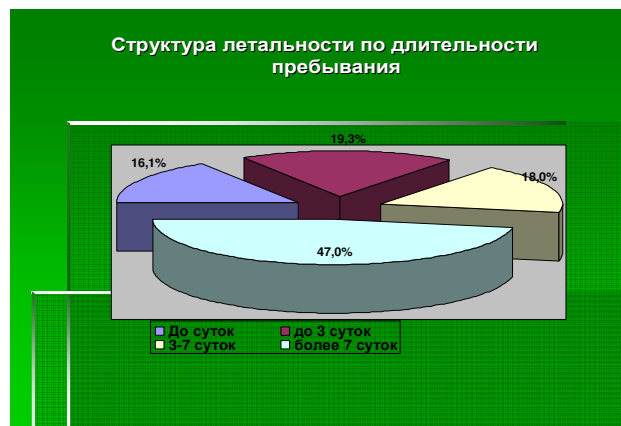


Диаграмма 1

Проведенный анализ показал, что до суточная летальность составила 16,1%, прожили до 3-х суток 19,3%, до 7 суток 18%, более 7 суток 47%. Учитывая относительно высокую до суточную летальность преподавателями кафедры были разработаны методические рекомендации «Тактика ведения ургентных состояний у детей при педиатрических и хирургических заболеваниях на этапе приемного покоя детских больниц». Пособие рассчитано в помощь практическому здравоохранению для своевременной диагностики и оказания неотложных мероприятий в момент поступления ребенка в стационар. На уровень младенческой смертности существенное влияние оказали социально-гигиенические факторы, низкий уровень образования матери, недостаточный уровень ухода, вскармливания. Анализ течения беременности показал, что у 82% матерей с различными отклонениями: гестозами, токсикозами, с угрожающими выкидышами, на фоне анемии. Почти во всех анализированных историях матери страдали генитальными и экстрагенитальными заболеваниями, которые соответственно отразились на их детях.

По проанализированным данным практически отсутствует преемственность между акушерами-гинекологами и педиатрами, что также влияет на показатели младенческой смертности. В процессе исследования выяснено, что почти всем женщинам в период беременности была сделана неоднократная УЗИ-диагностика. Но при высоком проценте ВПР у новорожденных, внутриутробно ВПР не диагностированы. Напршивается проблема совершенствования УЗИ исследования на местах и подготовка качественных

специалистов. От 6,2% до 12,5% умерших составили дети с сепсисом и ВУИ. Лечение инфекционной патологии до наступления беременности и планирование семьи могли бы значительно снизить эти показатели. Одним из путей снижения детской смертности является широко масштабное введение ИВБДВ в 2009 году. Так, по показателям Областного центра ИВБДВ в 2009 году смертность от заболеваний органов дыхания снизилась на 26%, от пневмонии –на 60%, что отражены на диаграммах 2 и 3 соответственно.

Смертность от заболеваний органов дыхания по данным областного центра ИВБДВ
 Диаграмма 2.

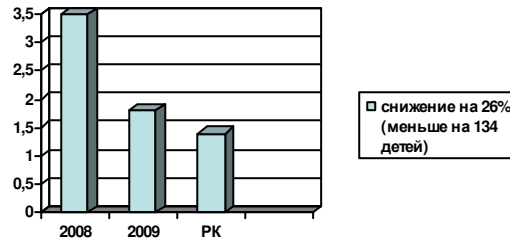
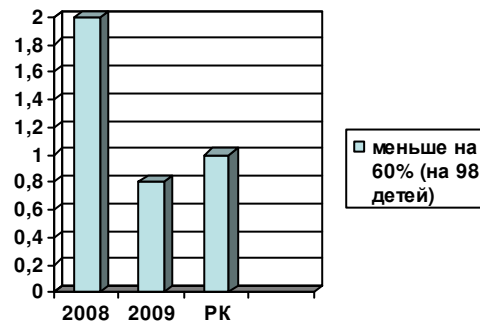


Диаграмма 3

Смертность от пневмонии по данным областного центра ИВБДВ



Таким образом, анализ показал: - 78,1% умерших были дети до 1 года; - 62,5% составили дети хирургической патологии, причем 82,5% занимают дети умершие от ВПР; - их 75% умерших новорожденных с соматической патологией, у 30,6% смерть наступила от управляемых причин; - 37,5% составили дети с ВУИ и сепсисом новорожденных. Предложения по мерам снижения младенческой смертности. Продолжить начатые мероприятия по подготовке кадрового потенциала медицинских учреждений области, направленных на повышение квалификации врачей реаниматологов, неонатологов, детских хирургов (неонатологов). Централизовать реанимационную службу г.Шымкента в одной больнице. Так как основная причина младенческой смертности это ВПР необходимо помимо улучшения хирургической службы расширить и обеспечить доступность раннего внутриутробного генетического обследования и УЗИ диагностики в масштабах всей области с кадровым и техническим обеспечением. Для снижения заболеваемости новорожденных ВУИ необходимо медицинское и нравственное воспитание населения. Лечение инфекций мочеполовой системы у женщин детородного возраста до наступления беременности, соблюдение санитарно-гигиенических правил во время беременности, обязательное обследование беременных женщин на ВУИ, сифилис, токсоплазмоз, гепатит В, С, ВИЧ-инфекцию, хламидии, микоплазмы и стрептококк В, что позволит начинать необходимую терапию еще в период внутриутробного развития и сразу после родов. Необходима комплексная терапия дисбиозов влагалища и кишечного дисбактериоза у беременных. Целесообразно лечить мужа беременной при обнаружении некоторых ВУИ.

Все эти мероприятия возможны при активном, неформальном участии акушер -гинекологов, наглядном с максимальным охватом даже жителей отдаленных районов санитарно-просветительной работой по профилактике ВУИ, включая вопросы планирования семьи. - проведение занятий по ИВБДВ среди врачей, средних медработников, матерей способствовало снижению детской смертности от бронхолегочных заболеваний, ОКИ, снижению досуточной летальности. Считаем необходимым более широкое включение в обучающие программы ИВБДВ вопросов профилактики, диагностики ВУИ. - более широкое внедрение новых технологий телемедицины для ранней диагностики и своевременно лечения детей проживающих в отдаленных районах области. Все эти мероприятия не только способствуют снижению детской смертности, но и экономически целесообразны.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Корсунский. / Младенческая смертность в Российской Федерации и пути снижения. М-2001г.
2. Государственная программа развития здравоохранения РК «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы. УДК 616-002.5

УДК

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ***Ч.Ж.Қосыбаева, С.А.Сақыбаева, Л.Т.Касаева, Р.Е.Қосыбаев**Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қаласы**Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

Реализация программы по туберкулезу требует совместной работы противотуберкулезных учреждений и сети первичной медико-санитарной помощи. Четкая преемственность и контроль за лечением больных на амбулаторном этапе, финансовая поддержка со стороны местных органов власти позволяет достичь хороших результатов в лечении туберкулеза.

SUMMARY

Tuberculosis program realisation needs cooperation of antituberculous establishments and first – referral hospitals. Efficient succession and treatment control in the out patient setting, financial support of local administration make it possible to achieve good results in tuberculous treatment.

Облыс бойынша ауқымды туберкулезге қарсы іс-шаралар негізінде туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсаруы байқалады. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша соңғы үш жылда туберкулезден аурушандық нақты көрсеткіші 2009 жылы 100 мың халық санына шаққанда 78,2 (1879) құрады, ал бұл көрсеткіш 2007 жылы 87,1 (1988) құраған болатын. Немесе нақты аурушандық көрсеткіші 9,0%-ға төмендеген [1]. Бірінші рет туберкулезбен анықталғандар арасында 65%-дан жоғары халықтың әлеуметтік жағдайы төмен ортасынан анықталған жұмыссыздар, зейнеткерлер және студенттер. Тұрғындардың өз денсаулығына немқұрайлы қарауы, науқастардың тұрғылықты мекен-жайын жасыруы санитарлық ағарту деңгейінің төмендігі туберкулез бойынша аурушандыққа ғана әсер етіп қоймастан, сонымен қатар, ем барысын бақылауға да әсерін тигізеді.

Аурушандық көрсеткішіне, сонымен қатар, қылмыстық-атқару жүйесінен босатылғандар да әсер етеді. Облысқа жақын аймақтар Өзбекстан, Тәжікстаннан тұрғылықты мекен жайға немесе жұмыс іздеу мақсатымен келген мигранттарда аурушандық көрсеткішіне үлес қосады. «Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесінің дамуы және халық денсаулығының жағдайы туралы» Мемлекет басшысының 07.11.2008 жылғы №01-7-11 тапсырмасының, «Қазақстан Республикасында халықты туберкулезден қорғау шаралары туралы» ҚР Үкіметінің 2007 жылдың 24 желтоқсанындағы №1263 Қаулысын, «Қазақстан Республикасында туберкулезбен күрестің проблемалық мәселелері бойынша ведомствоаралық біріккен жұмыстардың қабылданған шаралары туралы» 26.02.2009 жылы дөңгелек үстелде бекітілген ҚР ДСМ-ның тапсырмасын, «Туберкулездің резистенттік түрінің қалыптасуының алдын-алу бойынша шараларды күшейту туралы» ҚР ДСМ-нің, 10.03.2009 жылғы №129 бұйрығы негізінде бірқатар жұмыстар атқарылуда. Біріншіден, бактериологиялық қызметтің жұмысы қалыпқа келтірілді, туберкулезге қарсы мекемелер бинокулярлық микроскоппен түгел қамтылған.

Туберкулездің ерте бактериоскопиялық диагностикасы мен БМСК жүйесінде бақылаудағы қысқа мерзімді химиотерапия тиімділігін арттыру үшін ХҚТУ емханасында, Шымкент қаласы №5 емханасында, Сарыағаш ҚДЕ-сында бактериоскопиялық зертхана ашылды, Арыс қаласында бактериоскопиялық зертхана жұмысы қайта жандандырылды. Науқастарды бактериологиялық ағымына сәйкес бөліп госпитализациялауды реттестіру мақсатында Арыс, Отырар, Ордабасы аудандарында және Түркістан қаласында 4 ауданаралық диспансер ашылды. Отырар аудандық туберкулезге қарсы диспансер негізінде 2 аудандық (Отырар және Түркістан) туберкулезге қарсы дәрілерге сезімталдығы сақталған науқастары, ал Түркістан қалалық туберкулезге қарсы диспансерінде аталған аудандардың туберкулезге қарсы дәріге тұрақтылық анықталған науқастары жатқызылады. Арыс қалалық туберкулезге қарсы диспансер базасында 2 аудандық (Ордабасы, Арыс) туберкулезге қарсы дәріге сезімталдығы сақталған науқастары, ал Ордабасы аудандық туберкулезге қарсы диспансерінде аталған аудандардың туберкулезге қарсы дәрілерге тұрақтылық анықталған науқастар жатқызылады. Науқастың бактериологиялық статусына сәйкес дәріге сезімталдық тестін ескеріп, облыстың барлық туберкулезге қарсы мекемелерінің бөлімшелерін таза, шартты таза және таза емес аймақтарға бөлу үшін тамбур-шлюздер орнатылды. Химиорезистенттік туберкулездің бактериологиялық диагностикасы жүйеленген және дұрыс жолға қойылған. Абсолюттік концентрация және Бактек Mgit-960 аппараты көмегімен жедел диагностикалау әдісімен туберкулезге қарсы дәрілерге сезімталдыққа тест қою әдістемесі ендірілген. Туберкулезден өлім жағдайы 14,4% төмендеп, 2009 жылы 100 мың халық санына шаққанда 10,1 (нақты саны - 241 науқас) құрады, бұл жағдай 2008 жылы 11,8 (нақты саны - 273) болған болатын [1]. Тольғымен алғанда өлім көрсеткішіне көбінесе өлгендерді қайтыс болған жерінде тіркеу әсер етеді, бұлар басқа облыстар мен республикадан келген тұлғалар, пенитенциарлық мекемелерде, сонымен қатар, тұрғылықты жері анық емес тұлғалардың өлуі. Туберкулезден өлген 241 жағдайдың 46-сын (19,0%) қылмыстық атқару жүйесінен келгендер құрайды және олардың бәрі басқа облыстар мен республикадан (2008ж-32, 11,7%), тұрғылықты жері анықталмаған тұлғалар - 28 жағдай (11,6%) 2008ж - 41, 15,7%) [1]. Өлімнің себептері туберкулездің созылмалы

түріне айналуы және көптеген дәріге резистенттік болып табылады. Көптеген дәріге тұрақты туберкулезбен ауыратын науқастар санының үлес салмағы - 31% (75 жағдай) құрады [1].

Халықты туберкулездің алдын алу тексерулерімен қамту көрсеткіштерінің қорытындысы, 2009 жылы 1000 тексерілушіге анықталған жаңа жағдай 881 құрады, анықталу көрсеткіші - 1,2 [1]. Анықталғандардың 60%-дан жоғарысы туберкулездің шектелген түрлері екені байқалады, яғни флюорографиялық тексеру барысында туберкулезді ерте анықтауға болады. Сонымен қатар, туберкулезбен алғаш анықталғандар арасында туберкулездің асқынған түрінің үлес салмағы 2009 жылы 1,3-ке, 2008 жылы - 16-ға төмендеді. Туберкулездің 24 асқынған түрінің 16 (66,7%) жағдайы балалар арасында, 8 (33,3%) ересектер арасында тіркелген [2]. Жалпы емдеу жүйесі дәрігерлерінің тарапынан оларда фтизиокудіктің төмен болғандығынан 83,3%-20 жағдайға жол берілді. Қалған 4 жағдайға фтизиатрлар мен фтизиопедиатрлардың туберкулез ошақтарының қатынастағы тұлғаларына бақылауды әлсіреткені нәтижесінде жол берілді. Бұл жағдай бастапқы медициналық көмек жүйесі мен туберкулезге қарсы қызмет жұмысының үйлесімділігінің қажет екенін көрсетеді. Туберкулезбен ауру қаупі жоғары балаларды сауықтыру бойынша жұмыстар өз деңгейінде емес. Диспансерлік есепте тұратын 8668 бала ішінен 2585 сауықтырылды, бұл 29,8% құрады [1]. Облыс бойынша 2 бала бақша (Шымкент қаласында 170 орындық, «Шыңғыс» «Аққанат») жұмыс істейді. Төлеби ауданында 15 орындық, Созақ ауданында 25 орындық бала бақша топтары бар, бұл толық қамтуға жеткіліксіз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Туберкулез бойынша Статистикалық жинақ ОҚО 2007-2009жж.
2. Республикалық ұлттық регистр мәліметтері 2009ж .

УДК 616-001/574.52/

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕРЫ ПО ЕГО СНИЖЕНИЮ

М.М. Хидиров
Городская больница, №1 г. Тараз

ТҮЙІН

Сонғы жылдары Қазақстан Республикасының Үкіметінде денсаулық сақтау ісі жөнінде үш рет Ұлттық Келісімділік кеңесінің мәжілісі өтіліп, онда жол апатын азайту және алдың алу үшін қолданатын шаралар жинағының орындалуына аналған негізгі бағыттар ұсынылды.

SUMMARY

The session of National Coordination council was held in Kazakhstan and much prominence was given by the local government to the decreasing measures and traumatism prevention.

Травматизм представляет серьезную угрозу для здоровья населения в каждой стране: во всем мире от травм умирает более пяти миллионов человек, и на их долю приходится около 9% глобальной смертности людей (ВОЗ, 2004, 2007г.). Из 15-ти ведущих причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 29 лет связаны с травмой или насилием. Это травмы в результате ДТП, самопричиненные травмы, межличностное насилие, пожары, отравления, падения, различные ранения. Глобальные показатели смертности от травматизма по причинам: ДТП – 25%; Насилие – 26%; Утопление – 9%; Падения – 6%; Отравления – 6%; Военные травмы – 6%; Действия огня – 5%; Другие – 17%. Причиной четверти всех смертей от травм в мире является дорожно-транспортный травматизм, насилие – причина еще четверти всех смертей от травм в мире. По оценкам ВОЗ, на каждый смертельный исход приходится десятки случаев госпитализации, сотни обращений в отделения скорой помощи и тысячи обращений к врачу. Многие из тех, кто остался в живых после травм или насилия, получают различные формы временной или постоянной инвалидности, или страдают другими последствиями, такими, как депрессия и изменения в поведении, связанные с курением, злоупотреблением алкоголем и приемом наркотиков. По данным зарубежных исследований, в настоящее время в экономически развитых странах травмы и несчастные случаи находятся на 3 месте после сердечно – сосудистых заболеваний и новообразований по причине смертности и на 2 месте среди причин первичной инвалидности и временной нетрудоспособности. Наиболее травматизм выражен среди категорий населения с низким и средним уровнем доходов, где на риск травматизма большое влияние оказывают небезопасные условия жизни, работы и поездок. К тому же, среди таких категорий населения обычно не предпринимаются меры по профилактике травматизма, а также отсутствует доступ к высококачественным услугам лечения и реабилитации. Кроме того, от травматизма чаще страдают как раз люди молодого и среднего возраста, которые являются кормильцами своих семей (25-50лет), их гибель или инвалидность серьезный удар по семье.

В стратегии развития Республики Казахстан – 2030 долгосрочными приоритетами определены сохранение здоровья и обеспечение благополучия граждан с предоставлением качественной медицинской

помощи, где основными приоритетами являются профилактика и снижение травматизма. Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем, причем особое беспокойство вызывает рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность. Ежегодно в республике более 600 тысяч человек получают различные повреждения, из них 22% составляют дети, 78% - подростки и взрослые. В 2008г. уровень травматизма в РК снизился в сравнении с 2007г. на 1,6% и составил 4011,2 на 100 тысяч населения. В Жамбылской области в 2007г. этот показатель составлял 492,2 против 363,0 в 2008г. Прослеживается снижение на 26,2 %. За 2008г. в ЛПУ области пролечено 37058 больных, из них: взрослое население – 5967(61,5%), подростки – 548(5,7%), дети до 14 лет – 3175(32,8%). Производственный травматизм уменьшился с 2,8% до 1,3%. Но в структуре производственного травматизма отмечается рост в промышленности с 63,4% до 86,7%. Среди непромышленного травматизма наибольший удельный вес приходится на бытовой – 70,2%(2008г) против 61,7% за 2007 г.

Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин – 30 -59 лет. На долю ДТП приходится 4,3%. При этом следует отметить увеличение случаев травм множественной локализации -8% - 2007г., 9% - 2008г., которые нуждаются в длительном и затратном лечении. По данным МВД РК (официальный сайт), наибольшее количество крупных ДТП произошло в ЮКО(7), Жамбылской (6), Карагандинской (5) и Алматинской (4) областях. Вместе с тем, для обеспечения эффективности мер по предупреждению травм необходимо, прежде всего, понимание всей серьезности проблемы и принятие комплекса организационных мер, признание роли здоровья населения и себя как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества. Травматология – ортопедия – это дорогая отрасль медицины. Однако финансирование из республиканского бюджета позволит широко применять передовые современные технологии лечения переломов, даст значительно сократить сроки лечения и частоту инвалидизации пострадавших. Поддержка Правительства, межведомственный подход, использование мирового опыта и многочисленных современных достижений в области профилактики травматизма, усилия и пропагандистская деятельность специалистов здравоохранения позволят стабилизировать обстановку по травматизму и снизить его уровень, предотвратить многие случаи гибели и инвалидизации в результате травм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Травматология және Ортопедия. Специальный выпуск 2/2009г.
2. Тенденции травматизма. Состояние травматолого-ортопедической помощи в РК. Статистический сборник. Специальный выпуск к 1 съезду травматологов-ортопедов РК. Астана, 2009г.

УДК 613.294:664

ТАМАҚТЫҚ АЗЫҚ-ТҮЛІКТЕРДІ ӨНДІРЕТІН КӘСПОРЫНДАРДА ЖҰМЫС ЖАСАЙТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.Н. Талиева

Карагандинский государственный медицинский университет

РЕЗЮМЕ

При изучении особенностей качества жизни работников предприятий по производству пищевых продуктов выявлена низкая субъективная оценка общего качества жизни. Были выявлены корреляционные связи между возрастом, стажем, некоторыми показателями заболеваемости и качеством жизни.

SUMMARY

At studying of features of quality of a life of workers of the enterprises for manufacture of foodstuff low value judgment of the general quality of a life is defined. Correlation communications between age, the experience, some indicators of disease and quality of a life have been revealed.

Көптеген зерттеулер ет, балық, сүт өнімдерін, нан және макарон бұйымдарын өндіретін ірі кәсіпорындарға арналған. Ғылыми әдебиеттердің мәліметтеріне сүйенсек, ет және ет өнімдерін өндіретін кәсіпорындарда механикаландырылмаған қол жұмысы кең қолданылады, ол өз кезегімен жоғары ауырлықпен, қуаттылықпен сипатталады. Бұдан басқа жұмыс дискомфортты микроклиматтық жағдайда, яғни жоғары ылғалдылықта, конвекциялық жылудың ауытқуында және ауа қозғалысының жоғарылауында, сонымен қатар өндірістік шудың жоғары деңгейінің психо-эмоционалды факторларының қосарласуында жүреді [1, 2, 3]. Толық физикалық, психикалық, әлеуметтік денсаулықтың және жұмысқа қабілеттілік деңгейін қалыптастыруда өмір сапасы маңызды үлес қосатыны мәлім [4]. Жалпы тамақтық азық-түліктерді өндіретін кәсіпорындар, соның ішінде сүт өндірісі кәсіпорны жұмыс жасайтын жұмысшы әйелдердің өмірінің сапасын зерттеу үшін қолайлы және жеткілікті модель болып табылады. Соңғы жылдары жұмысшылардың денсаулығына әсер ететін әлеуметтік-тұрмыстық және өндірістік факторларды зерттеу үшін субъективті баға, яғни сауалнама сұрақтары жиі қолданылады. Сүт өндірісі кәсіпорындарының негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылардың және қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің әлеуметтік-гигиеналық ерекшеліктерін анықтау

мақсатында арнайы құрастырылған сауалнама арқылы зерттеу жүргізілді. Шартты түрде зерттенушілерді екі топқа бөлдік: бірінші топқа негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылар (46 жұмысшы), екінші топқа қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлер (23 жұмыскер) жатқызылды. Осы кәсіпорындарда жұмыс жасайтындардың 90% әйелдер болып келеді.

Зерттенушілерді бағалау барысында бірінші және екінші топ арасында бірқатар көрсеткіштер бойынша айырмашылықтар байқалды, яғни өзінің тұрмыс жағдайына қанағаттанатындардың төмен пайызы бірінші топ жұмысшылары арасында анықталған. Бұдан басқа сауалнама арқылы өндірістік орта факторларымен және еңбек процесінің жұмысшыларға әсерін өзіндік бағалауды жүргізгенде келесі жағдайлар анықталды: көптеген жұмысшылардың еңбек стажы он жылдан жоғары, сонымен қатар бірінші топтағы жұмысшылардың 50-ден астам пайызы жұмысқа демалып шықса, екінші топ жұмыскерлері демалып тек қана 20-дан астам пайызы жұмысқа шығады. Сауалнама алынған жұмысшылардың 68%-ы жұмыста шаршайды және қатты шаршайды, ал қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің тек қана 46%-ы жұмыста шаршайды. Шаршау сезімі бірінші топтағы жұмысшылардың 58,5 %-да белдегі жағымсыз сезімдер және ауырсынулармен сипатталады, ал екінші топтың 25%-ы жұмыскерлерінің аяқтардың ісінулерімен көрінеді, жұмысшылар бұл жағдайлардың 80-нен астам пайызын көптеген физикалық жүктемелермен, ал 20%-н ұзақ уақыт бойы тік тұру немесе иіліп тұру позицияларымен байланыстырады.

Қозғалмалылықты, үй шаруасын орындау қабілетін сипаттайтын параметрлер бойынша барлық зерделенген топтардың жұмысшы әйелдері едәуір жоғары баға берді. Өмір салтын және өмірлік белсенділікті шектеуші симптомдардың бар екендігін бірінші типті жұмысшылардың 70%-ы растады (1 кесте). Өзінің ұйқысымен және демалысымен қанағаттануын сипаттайтын критерийді бағалағанда бірінші топ жұмысшыларының 33,3%-ы жақсы, ал екінші топ кәсіпорын жұмысшыларының 50%-ы «орташа» және «нашар» деген баға берген. Психологиялық функцияларын сипаттайтын параметрлерді қарастырғанда бірінші, екінші топ жұмысшылары оны «орташа» деп бағалады (бірінші топ – 62 балл және екінші топ – 63 балл). Бұл теріс эмоциялардың бар екендігін және оң эмоциялардың жетіспеушілігін көрсетеді. Сонымен қатар жұмысшылардың жоғары немесе төмен өзіндік бағасының бар екендігі байқалды.

1 кесте - Сүт өндірісі кәсіпорындарының негізгі кәсіптерде жұмыс жасайтын жұмысшылардың және қосымша жұмыстармен айналысатын жұмыскерлердің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы

Орта	Көрсеткіштер	I топ	II топ
Физикалық	Физикалық ауырсыну және дискомфорт	66,5±1,9	57,5±1,8
	Өміршенділік және белсенділік	68,0±1,5	66,5±1,2
	Ұйқы және демалыс	62,0±1,8	68,0±2,1
Психологиялық	Оң эмоциялар	63,0±0,9	53,0±1,0
	Ойлау	63,0±1,5	68,5±1,0
	Өзіндік бағалау	61,5±0,8	64,0±1,3
	Сыртқы келбеті	59,5±1,2	66,0±0,5
	Кері эмоциялар	63,5±0,8	55,0±1,4
Тәуелсіз болу дәрежесі	Қозғалмалылығы	58,0±2,8	76,5±2,4
	Үй шаруасын орындау қабілеті	64,0±1,5	62,5±1,0
	Дәрігерге тәуелділігі	61,5±2,5	60,5±2,2
	Жұмысқа қабілеттілігі	64,0±2,4	67,0±2,1
Әлеуметтік қарым - қатынастары	Жеке қарым-қатынастары	67,0±2,2	60,0±2,1
	Әлеуметтік тәжірибелік көмек	64,0±1,6	61,0±2,0
	Жыныстық белсенділігі	59,5±1,3	55,0±1,0
Қоршаған орта	Физикалық қауіпсіздік	61,0±1,1	57,5±2,0
	Үйдің қоршаған ортасы	52,0±1,6	63,0±2,4
	Қаржы ресурстары	45,0±1,3	38,5±1,5
	Медициналық көмек	48,0±2,7	31,0±1,7
	Ақпарат алу мүмкіндігі	59,0±2,1	57,0±0,8
	Демалу мүмкіндігі	55,0±1,8	55,5±0,8
	Үй айналасындағы қоршаған ортасы	57,0±1,3	58,0±1,6
	Транспорт көлік	54,5±2,0	47,5±3,0
Рухани орта	Руханилығы және дін	60,0±1,6	53,0±0,9

Ең нашар баллдық баға қоршаған ортаны сипаттайтын сұрақтар блогында алынды: бірінші топ жұмысшылары оны «орташа» деп (55 балл), ал екінші топ жұмысшылары «нашар» деп бағалады (51 балл). Осы параметрді топтар ішінде жеке критерийлері бойынша талдағанда келесідей нәтижелер алынды: екі топтың 70%-ға жуығы өздерінің физикалық қауіпсіздігіне және қорғаныссыздығына алаңдайды және бірінші топтың 41,6% жұмысшы әйелдері өздерінің тұрмыс жағдайларына қанағаттанбайды, екінші топ жұмыскерлерінің 20%-ы медициналық көмектің деңгейі өте төмен екендігін және 90%-ы сапасының өте төмен екендігін көрсетті, бірінші топта бұл көрсеткіш – 58%. Жас, стаж және сырқаттылықтың кейбір көрсеткіштері мен өмір сапасы

арасында корреляциялық байланыстар анықталды. Бірінші және екінші топ жұмысшыларының арасындағы жас пен өмір сапасы арасында күшті кері байланыс бар (-0,8-0,89). Сонымен қатар, жұмысшылардың өмір сапасы мен жалпы соматикалық патология арасында барлық зерделенетін топтар арасында күшті кері корреляциялық байланыс бар (-0,71-0,85), айырмашылықтар сенімді ($p < 0,001$). Сонымен, жұмысшылардың, соның ішінде тамақтық азық-түліктер өндірісі кәсіпорындарында жұмыс жасайтын әйелдердің өмір сапасының ерекшеліктерін зерттеуде олардың жалпы өмір сапасына төмен субъективті баға бергендігі анықталды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Оценка риска развития профессиональных заболеваний и пути его снижения исходя из стажа работы в условиях воздействия вредных производственных факторов /Бойко И.В., Наумова Т.М., Герасимова Л.Б. и др. – СПб., 1999. – С.18-39.
2. Рукавишников В.О., Паниотто В.И., Чурилов Н.Н. Опросы населения. – М., 1984. – С.19-25.
3. Косарев В.В., Бабанов С.А. Организация исследований и оценка риска здоровью в современной эпидемиологии //Гигиена и санитария. -2001. - №4. – С.64-66.
4. Латышевская Н.И., Карпенко М.В. Социологическое исследование здоровья женщин-работниц пищевой промышленности //Материалы VII Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения», Рязань, -2003, -С.139-141.

УДК 613.84:616.8

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Ж.И. Маденова

Областной наркологический центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Темекі шегудің қаншалықты зиян, жаман әдет екенін біле тұра, сонымен қатар одан бас тартатындар өте аз. Біздің мақсатымыз осы актуалды мәселені оқырмандарға тағыда нақты түсіндіру.

SUMMARY

Tobacco smoking is a habit, unfortunately many people know about it, but few people are refused. Our goal is to tell the reader in detail all the urgency of this problem.

Курение табака- не безобидная привычка, от которой можно отказаться без усилий. Многие не представляют себе ее серьезных последствий. Привыкание и нарастание устойчивости к никотину происходят относительно быстро. На привыкание и включение никотина в обменные процессы мужчинам требуется около пяти лет, женщинам несколько больше. Вначале человек выкуривает несколько сигарет в день, иногда может даже не курить определенное время, причем без явления абстиненции. Однако постепенно число выкуриваемых сигарет возрастает в два- три раза по сравнению с первым годом курения, процесс курения перерастает в привычку. И вот уже появляются расстройства сердечнососудистой системы, невротические и другие проявления, затем болезненное стремление к никотину, удовольствие от курения, потребность в нем [1]. При этом увеличивается количество выкуриваемых сигарет. Человек часто не соотносит с собой опасностей, связанных с тем или иным поведением, образом жизни. Поэтому возможный риск представляется недостаточно конкретным и кажется призрачным и далеким. Чтобы победить привычку, надо представить себя хотя бы в одной из опасных ситуаций, обусловленных курением. Никогда не поздно начать здоровый образ жизни. Хорошее здоровье важная социальная задача. Только здоровый человек может жить полноценной жизнью, активно работать и быть счастливым [2].

Работа головного мозга, вся нервная деятельность обусловлены процессами возбуждения и торможения. В процессе возбуждения нервные клетки головного мозга усиливают свою деятельность, в процессе торможения задерживают. Нервная система управляет работой всех органов и систем, обеспечивает функциональное единство организма человека и взаимодействие его с окружающей средой. Влияние никотина на головной мозг исследовано учеными всего мира, чем выше развита нервная система, тем она менее устойчива к никотину. Вначале никотин повышает возбудимость коры головного мозга но на короткое время, а затем угнетает и истощает деятельность нервных клеток. Так ученый А.Е. Щербаков выявил что при курении электроэнцефалограмма (запись биотоков головного мозга) отмечает снижение биоэлектрической активности, что свидетельствует об ослаблении нормальной деятельности головного мозга. Мнение многих о курении как стимуляторе работоспособности основано на том, что курильщик вначале действительно испытывает кратковременное возбуждение. Однако оно быстро сменяется торможением. Мозг привыкает к никотиновым „подачкам,, и начинает требовать их, иначе появляются беспокойство и раздражительность и человек опять вынужден курить, то есть все время „бьет свой мозг,, ослабляя процесс торможения. Равновесие возбуждения и торможения нарушается вследствие перевозбуждения нервных клеток, которые, постепенно истощаясь,

снижают умственную деятельность головного мозга. Нарушение процессов возбуждения и торможения вызывает симптомы, характерные для невроза такие как головная боль, головокружение, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, ослабление работоспособности, дрожание пальцев, бессонница. Курильщик думает что курение успокаивает, но действие никотина быстро кончается, а причина раздражения не исчезла, и человек вновь и вновь тянется к сигарете.

Никотин действует на вегетативную нервную систему и прежде всего на ее симпатический отдел, ускоряя работу сердца, суживая кровеносные сосуды, повышая артериальное давление; отрицательно сказывается действие никотина на работе органов пищеварения, обмене веществ. В результате сужения сосудов головной мозг получает с кровью недостаточное количество кислорода, тем самым нарушается его деятельность [3]. При курении страдают периферические нервы; на руках-плечевой, лучевой, на ногах-бедренный, седалищный, на туловище-межреберные нервы. Чувствительность к никотину повышена у людей, перенесших травм головного мозга (сотрясения, ушиб), с нарушениями мозгового кровообращения, страдающих эпилепсией. Курение табака может быстро ухудшить состояние их здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Болезни нервной системы» Руководство для врачей. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман. г.Москва, 2001г.
2. «Медицина» Международный профессиональный журнал. г. Алматы, 2010г.
3. «Неврология». Научно-практический журнал. г.Ташкент, 2005г.

УДК:616-053.31:613.953.1

ОСОБЕННОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

А. Карабеков, Б.Б. Баймаханова, С.Ш. Балабекова, А. Есетова, А.Н. Даниярова, З.М. Орынбаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
СВА №1, г.Шымкент

ТҮЙІН

Жатыр ішілік дамудың тежелуі бар нарестелердің ерекшелігін ескере отырып олардың тамақтануының алғашқы күндері мен апталары маңызды медициналық проблема болып табылады, өйткені оның адекваттылығы тек бір жастың физикалық және нерв-психикалық дамуына ғана байланысты емес, сонымен қатар кейінгі жылдарының дамуыны әсер етеді.

SUMMARY

Given the characteristics of infants with delayed vnutriturobno development of their feeding during the first days and weeks is an important health problem because of its adequacy depends not only on physical and neuro-psychological development of the first year of life, but also its development in subsequent years

В последние годы наблюдается рост числа новорожденных с задержкой внутриутробного развития для которых характерно не только высокая заболеваемость и смертность, но и значительные отклонения нервно-психического развития. По данным статистической отчетности ОПЦ Южно-казахстанской области за 2009 год количество детей родившихся преждевременно с задержкой внутриутробного развития увеличилось на 3,4%, что составило 1309 (17,5% всех родов) напротив 1220 (14,1%) в 2007 году. Из них увеличилось количество детей с экстремально и низкой массой тела при рождении в 2009 году они составили 392 (29 % по сравнению с 2007 годом 208 (17%). Адаптация новорожденных к новым условиям окружающей среды протекает с большим напряжением и характеризуется неустойчивостью гомеостатических процессов, происходит метаболическая перестройка. Среди новорожденных с задержкой внутриутробного развития основной процент составляют гестационно незрелые менее 34 недель гестации.. И только адекватное энтеральное питание во многом определяет развитие желудочно-кишечного тракта недоношенного ребенка, прежде всего, способствуя созреванию моторики, повышает активность ферментов желудочно-кишечного тракта, осуществляется антиоксидантная защита и развитие функций ЦНС ..На сегодня организация вскармливания новорожденным с задержкой внутриутробного развития остается важной медицинской проблемой, так как это связано с особенностями, характерными для гестационно незрелых, менее 34 недель недоношенных детей, которые затрудняют адекватный подбор количества молока или смеси, частоты кормления и особенно времени начала кормления.

Такие особенности как: слабая координация сосания и глотания вплоть до 34-недельного возраста, недостаточная двигательная активность пищевода, слабая координация в ответ на глотание, быстрые перистальтические волны и одновременные неперистальтические сокращения вдоль всей длины пищевода, более слабое сокращение эзофагального сфинктера, растянутое время опорожнения желудка увеличивают риск развития гастроэзофагального рефлюкса; слабая перистальтика и замедленное передвижение пищи по желудочно-кишечному тракту (например, у 32-недельного ребенка опорожнение осуществляется через 9-10 ч, тогда как у доношенного - через 4-6 ч); низкая кислотность (базальная и стимулированная), высокий рН

желудочного содержимого, инактивации пепсина, в результате чего не происходит внутригастрального переваривания протеинов, что способствует задержке пищи в желудке; недостаточная абсорбция жира за счет уменьшения липолитической активности желудочного сока и панкреатической липазы, продукции желчи и желчных кислот; низкая активность лактазы, поэтому большинство недоношенных детей показывают лактазную мальабсорбцию в течение нескольких недель жизни; недоношенные дети крайне пассивны и почти не реагируют на чувство голода, быстро засыпают еще до полного насыщения, так как устают в процессе сосания, способность к осуществлению которого понижена вследствие слабости сосательного рефлекса и мышц; при малой емкости желудка все это ведет к срыгиваниям и рвотам, вздутию живота, особенно при перекорме. Учитывая вышеуказанные особенности данного контингента новорожденных наиболее оптимальным для вскармливания новорожденных со ЗВУР является грудное молоко матери. На сегодня в нашей области широко интегрируются рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию, принципы перинатальной помощи, надлежащие технологии в уходе за новорожденным.

Преимущества грудного вскармливания: в молозиве и переходном молоке содержится много белка (27,4 г/л и 20,2 г/л против 13,5 г/л в зрелом молоке); молоко женщин, родивших преждевременно, имеет более высокую калорийность, повышенное содержание белка (16,0-18,0 г/л), натрия, хлоридов, чем молоко женщин после срочных родов; в наибольших количествах в нем присутствуют а-лактальбумин и лактоферрин. В аминокислотном составе отмечается более высокая концентрация незаменимых аминокислот - гистидина, треонина, лейцина - и низкая ароматических аминокислот (в частности, фенилаланина), более токсичных для незрелого организма; выше уровень эссенциальных жирных кислот: линолевой, линоленовой, арахидоновой; основным углеводом женского молока является лактоза, которая переваривается в тонком кишечнике под влиянием лактазы, активность которой недостаточна у недоношенных детей с ЗВУР; для молока женщин после преждевременных родов характерно более высокое содержание ряда защитных факторов, в частности, лизоцима; наличие олигосахаридов оказывает выраженный пребиотический эффект; быстро усваивается, содержит ферменты, гормоны, биологически активные вещества, специфические ростовые факторы, факторы иммунологической защиты; содержится полиненасыщенная жирная кислота докозагсаеновая кислота, которая необходима для нормального психомоторного развития

Организация вскармливания новорожденных с ЗВУР. Перед началом энтерального вскармливания необходимо: произвести расчет необходимого количества калорий на 1 кг массы тела ребенка в сутки. Произвести расчет необходимого объема жидкости (с учетом водного состава молока - 100 мл молока содержат 87,5 мл воды). Для расчета суточного количества молока на единицу массы тела необходимо пользоваться следующей схемой. Количество молока на 100 г массы тела составляет: в 1-ю нед жизни 3-10 мл; на 2-й нед -40-15 мл; на 3-й нед -15-20 мл; на 4-й нед - 20-25 мл. В ряде случаев следует сознательно идти на более низкий калораж, уменьшая энтеральную нагрузку. К этому приходится прибегать при внезапном ухудшении состояния ребенка, при вздутии живота, при тяжести состояния по основному заболеванию. практически здоровых недоношенных детей с I-II степенью ЗВУР (масса тела более 1800 г) следует начинать кормить из рожка через 6-9 ч после рождения. Если сосательный рефлекс выражен недостаточно, вскармливание этих детей начинают через постоянный зонд; детей, имеющих массу тела 1500-1800 г, всегда надо начинать кормить через постоянный зонд через 9-12 ч после рождения; необходимо вводить зонд только через рот, так как при введении через нос может наступить остановка дыхания, возникает опасность нарушения целостности слизистой; недоношенных детей с массой тела от 1000 до 1500 г начинают кормить через зонд к концу первых суток жизни, а крайне незрелых детей - через 24-36 ч после рождения; прежде чем начать кормление молоком, маловесным детям дают дистиллированную воду или раствор 5% глюкозы. Через 3 ч после введения жидкости следует отсосать содержимое желудка и оценить возможность энтерального кормления; дополнительное питье в виде 5% раствора глюкозы в промежутках между кормлениями через постоянный зонд или из бутылочки не вызывает затруднений, причем вводимая глюкоза принимается в расчет калорийной нагрузки; все недоношенные дети с ЗВУР независимо от массы тела вскармливаются 7-8 раз в сут; переход на кормление из бутылочки осуществляется индивидуально, после появления выраженной способности к координации глотания и сосания (ребенок начинает «сосать» зонд), но не прежде, чем масса тела ребенка достигнет 1800 г; недоношенные дети с массой тела 2000 г, высасывающие норму из бутылочки, могут быть приложены постепенно к груди матери при условии контроля высосанного молока и докорма до рассчитанной нормы сцеженным материнским молоком или адаптированной смесью; независимо от степени недоношенности и степени ЗВУР. если состояние ребенка тяжелое по основному заболеванию, избирается «щадящий» способ кормления - через зонд, по мере улучшения состояния ребенка постепенно (рожок-зонд) начинают переводить на физиологический способ вскармливания.

Таким образом, учитывая особенности новорожденных с задержкой внутриутробного развития их вскармливание в первые дни и недели является важной медицинской проблемой, поскольку от его адекватности зависит не только физическое и нервно- психическое развитие на первом году жизни, но и его развитие в последующие годы

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н. Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденного. Пособие для врачей. М.2003г.

2. Кешишян Е.С., Рюмина И.И. Вскармливание детей первого года жизни. Лекция для врачей. 2004г. М
3. Евсюкова.И.И. Вскармливание новорожденных с задержкой внутриутробного развития. 2007г. Вопросы детской диетологии. 5. с32.
4. Чувакова Т.К, Джаксылыкова К.К. Новорожденные с задержкой внутриутробного развития. 2001г.
5. Ширияева Т.Ю., Логачев М.Ф., Розанова Г.Н. Лекции по актуальным проблемам педиатрии. М. 2000г.
6. Шабалов Н.П. Основы перинатологии. 2002г.
7. Шабалов Н.П. Неонатология 2 том. 2007 г.

УДК:616-053.2:616.155.194.8-084

НУТРИЕНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖДА У ДЕТЕЙ

А. Карабеков, С.Ш. Балабекова, Б.Б. Баймаханова, Ю.С. Купилова, Т.Б. Зобонова, А.Н. Даниярова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная детская больница, г. Шымкент
СВА №1, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жас балаларда алиментарлық-тәуелді жоғдайлардың ішінде ең жиі кездесетіні темір тапшылық жағдайлар. Тамақтанудың баланстанға нутриентті коррекциясы жасын ескере отырып темір препараттарын қатер тобынан басқаларға алдын алу мақсатта қоладанбауға мүмкіндік береді.

SUMMARY

Among the alimentary-dependent states in childhood most often iron deficiency. Balanced nutrient supply correction with regard to age can not use iron supplements as a prophylactic measure, with the exception of the risk group.

Здоровье населения является одним из показателей социального уровня общества. Питание – необходимая жизненная потребность человека. Наука о питании опирается на достижения физиологии и биохимии, термодинамики. Основой современной науки о питании является концепция стабилизированного питания, так как здоровья зависит от правильно организованного питания. Пища человека практически постоянно должна содержать более 600 веществ (нутриентов). Примерно 96% из них в той или иной степени обладают свойствами лекарств естественного происхождения. Питание должно быть разнообразным. В рацион необходимо включать и растительные и животные продукты. В основном, именно с алиментарным фактором связывают развитие дефицита железа у грудных детей, подростков, взрослых. Нарушается здоровье – снижается качество жизни. Железодефицитные состояния даже в XXI веке остаются чрезвычайно актуальной проблемой для здравоохранения во всем мире. По данным ВОЗ ЖДА занимает первое место, среди распространенных заболеваний человека и зависит, в основном, от особенностей питания. По различным источникам от 70 до 80% всех анемий приходится на ЖДА.

Во всех странах ЖДА значительно чаще встречается среди детей от 0 до 5 лет и составляет 12% в развитых странах и 51% - в развивающихся. Дети раннего возраста входят в группу риска по развитию ДЖ, так как их потребность в железе высока из-за быстрого роста, а запасы железа не велики. Риск развития ДЖ повышается и в подростковый период, особенно у девочек. В природе железо представлено в 2-х формах: гемовое (10%) – мясо животных и негемовое (90%) – овощи, фрукты, злаки, молоко, рыба. Железо незаменимый элемент синтеза и функции гемоглобина и миоглобина. Железосодержащие белки необходимы для энергообеспечения, синтеза органических кислот, функции иммунной системы в регуляции поведения, сна, реакции на стресс, двигательную активность и другое. Большая часть поступающего с пищей железа представлена негемовой его формой. Биодоступность железа из злаковых, бобовых, овощей и фруктов значительно ниже, чем из гемовых соединений и зависит от преобладания в рационе факторов ингибирующих или потенцирующих кишечную ферро абсорбцию.

Таблица 1

Активаторы всасывания	Ингибиторы всасывания
Аскорбиновая кислота	Соевый протеин, фитаты
Мясо (белок)	Кальций
Мясо птицы (белок)	Пищевые волокна
Рыба (белок)	Полифенолы бобов, орехов, чая, кофе, некоторых овощей
Молочные кислоты	

Полноценная и сбалансированная диета позволяет покрыть физиологическую потребность организма. Важная роль для профилактики ДЖ принадлежит режимным мероприятиям, полноценному питанию, достаточному пребыванию на свежем воздухе. Реальная профилактика ДЖ – это правильное питание беременных, кормящих матерей, детей. Антенатальная профилактика ЖДА сводится к соблюдению

правильного режима и питания беременной женщины, профилактика недонашивания, устранению токсикоза, своевременному выявлению и лечению анемии у беременных.

Возможности профилактики ДЖ в постнатальном периоде следующие: 1. Только грудное вскармливание до 4-6 месяцев. 2. После 6 месяцев необходимо введение в рацион продуктов богатых железом и витаминами В12, фолиевой кислотой. Это злаковые, обогащенные железом смеси, овощи, фрукты, мясо и печень. 3. Для детей 1-го года, находящихся на искусственном вскармливании, рекомендуются смеси, обогащенные железом для недоношенных – с 2-х месяцев (смесь «Формула 1»), для доношенных – с 5-6 месяцев адаптированные молочные смеси «Формула 2». 4. С 3-4 месяцев всем детям, вне зависимости от вида вскармливания, рекомендуются фруктовые и овощные соки, обогащенные витамином С, которые улучшают абсорбцию железа. 5. После 5-6 месяцев необходимо введение прикорма из овощных, плодовоовощных и мясоовощных пюре промышленного производства, которые обеспечивают до 20-60% суточной потребности ребенка в железе. 6. В 6-8 месяцев всем детям в рацион вводят каши из различных круп (овсяная, гречневая) или обогащенная железом промышленного производства, которые на 10-30% покрывают потребность ребенка в железе, минеральных веществах, микроэлементах, витаминах. 7. Детям в возрасте 1-5 лет и кормящим матерям рекомендуется обязательно включать в рацион: мясо, печень животных и птиц; соки, обогащенные витамином С, из цитрусовых, овощей; злаки, обогащенные железом; рыбу, бобовые, желток.

Для лучшего всасывания железа детям с 7-8 месяцев рекомендуется более твердая пища (маленькие кусочки мяса, печени, детской колбасы). Чай грудному ребенку лучше не давать, так как таниновая кислота тормозит всасывание железа. Для питья лучше использовать воду, соки. Коровье цельное молоко можно начинать употреблять после года жизни. Если питание детей сбалансировано, им не нужно назначать препараты железа, за исключением недоношенных, маловесных детей, родившихся от многоплодной беременности. Рацион детей и подростков должен быть не только разнообразным, но и полезным, вкусным. Таким образом, среди алиментарно-зависимых состояний в детском возрасте наиболее часто встречаются железодефицитные состояния. Сбалансированная нутриентная коррекция питания с учетом возраста позволяет не применять препараты железа с профилактической целью, за исключением группы риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая диетология детского возраста. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., М-2008г.
2. Лечебное питание. М.М. Гурвич, Лященко Ю.Н., М-2009г.
3. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика и лечение. Румянцева А.Г., Токарева Ю.Н., М-2004г.
4. Анемический синдром в клинической практике. Воробьев П.А., М-2001г.
5. Общая нутрициология. Мартинчик А.Н. и соавт. М-2005г.
6. Журнал Педиатрия №4, М-2006г.

УДК 661.728.2

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПОЛУЧЕНИЯ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ИЗ ЦЕЛЛЮЛОЗА СОДЕРЖАЩИХ МАТЕРИАЛОВ

*Б.Ш. Кедельбаев, Г.Р.Рахманбердиев, Р.А.Ташкараев, К.К.Абенова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Казахстанский университет Дружбы Народов, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл мақалада құрамында целлюлозасы бар материалдардан карбоксиметилцеллюлозаны алу процесстері зерттелген. Целлюлозалардың әр түрлі түрлерінен алынған карбоксиметилцеллюлозаның физикалық-химиялық қасиеттері анықталған. Этерифицирленген агенті NaMXUK бар қара кайыннан алынған целлюлозаның карбоксиметилцеллюлозасының түр нұсқаулары техникалық жағдай талаптарына жауап беретін көрсеткіштеріне сай келетіні көрсетілген.

SUMMARY

In this work investigated the process of getting carboxymethylcellulose from tsellyulozacomound materials. Then the physical and chemical property of carboxy metyl cellulose studied that received of various types of cellulose. It is shown, that received samples carboxymethylcellulose on wood cellulose from a poplar with esterifying agent NaMXUK show, best parameters meeting requierments technical condition.

Полимерные гидрофильные коллоиды на основе водорастворимых полимеров (ВРП), благодаря своим незаменимым свойствам нашли широкое применение в различных отраслях народного хозяйства: нефтехимической, текстильной, бумажной, пищевой, лакокрасочной и др. [1]. В этом отношении наиболее перспективными являются водорастворимые простые эфиры целлюлозы, особенно натрий-карбоксиметилцеллюлоза (КМЦ), для производства которого имеются практически неисчерпаемые запасы

сырья (древесина, отходы хлопкоочистительной промышленности, стебли хлопчатника, камыш и костра кенафа, целлюлозосодержащие однолетние растения республики рисовой, пшеничной соломы и др.). [2-3]. Основными свойствами, обеспечивающими промышленное применение карбоксиметилцеллюлозы, являются ее способность суспендировать твердые частички в водной среде, стабилизировать эмульсии масла вода и образовать водорастворимые пленки. Карбоксиметилцеллюлозу можно получать, как периодически, так и непрерывным методом. Периодические методы получения карбоксиметилцеллюлозы можно объединит в три группы: - традиционный метод производства с использованием мерсеризационных ванн - процессов и аппарата для измельчения щелочной целлюлозы; - моноаппаратный метод, где расчетное количество компонентов загружаются в измельчитель - смеситель; - суспензионный метод, при котором целлюлоза обрабатывается водным раствором гидроксида натрия и этерифицирующим агентом или натриевой солью монохлоруксусной кислоты (NaMXУК) в среде органического растворителя [4].

Традиционный метод получения карбоксиметилцеллюлозы состоит из стадии мерсеризации целлюлозы избытком водного раствора гидроксида натрия с последующим отжимом, измельчения щелочной целлюлозы, смешивания ее с твердым NaMXУК, стадии дозревания реакционной массы- сушки и измельчения. Продолжительность получения карбоксиметилцеллюлозы составляет 6-12 ч, эффективность использования этерифицирующего агента 42-45%. Исследованы возможности получения карбоксиметилцеллюлозы на основе древесной целлюлозы тополя, хлопковой целлюлозы, а также исследованы физико-химические свойства полученных образцов. (Табл.1). Как видно из табл. 1 физико-химические свойства полученных препаратов на основе выше указанных видов целлюлозы существенно отличаются, но высоковязкая и высоким выходом основного продукта карбоксиметилцеллюлозы получается на основе хлопковой целлюлозы и все показатели отвечают требованиям ТУ88.2-12-2005

Таблица 1- Физико-химические показатели карбоксиметилцеллюлозы, полученных из различных видов целлюлозы

Образцы КМЦ	Показатели качества КМЦ							
	Содержание влаги %	СЗ	Содержание основного вещества абс. Сухом техническом продукте, %	Динамическая вязкость 2%-ного водного раствора КМЦ при температуре 25 ⁰ С	Растворимость в воде в пересчете на абс. тех. продукт, %	РН	СП	Водоотдача глинистого раствора, см ³
Из тополевой целлюлозы								
1	7,8	0,80	49	1100	98,0	10,8	480	5,7
2	8,4	0,81	50	1160	98,7	11,3	580	5,5
3	8,0	0,82	50	1200	98,8	10,8	970	5,4
Из очищенного хлопкового линта								
4	9,0	0,82	51	1200	98,8	10,3	1005	5,4
5	8,6	0,84	51	1250	98,8	11,4	1010	5,3
6	7,1	0,85	52	1250	98,9	11,2	1050	5,2
Из хлопковой целлюлозы								
7	8,2	0,86	52	1250	98,9	10,1	1280	5,2
8	8,9	0,88	52	1300	98,9	11,8	1370	5,2
9	9,2	0,88	52	1350	98,9	10,4	1440	5,0
ТУ-88.2-12-2005 для бурения	12	0,8-1,0	50	100	97	8,12	500	5,0

Растворимость препарата карбоксиметилцеллюлозы на основе хлопковой целлюлозы не уступает промышленным аналогам. Для установления оптимального соотношения реагирующих компонентов при получении карбоксиметилцеллюлозы исследовали влияние расхода гидроксида натрия для получения щелочной целлюлозы и расхода этерифицирующего агента NaMXУК на показатели содержания основного вещества, СЗ по карбоксиметильным группам, СП и растворимость в воде конечного продукта (табл.2, 3).

Таблица 2- Изменения показателей карбоксиметилцеллюлозы, полученной из целлюлозы древесины тополя от концентрации гидроксида натрия и мольного расхода NaMXУК

Расход компонентов	Показатели карбоксиметилцеллюлозы
--------------------	-----------------------------------

Концентрация NaOH, г/л	NaMXУК, моль на моль целлюлозы	Содержание Основного вещества. %	СЗ карбоксиметильным группам	Степень полимеризации (СП)	Растворимость в воде, %
220	1.4	42.0	0.65	1150	88,7
	1.6	43.1	0.68	1100	90,1
	1.8	46.4	0.74	1060	93,4
	2.0	48.1	0.76	1050	95,6
240	1.4	49.3	0.76	940	96,1
	1.6	50.2	0.79	925	96,5
	1.8	51.1	0.82	890	98,3
	2.0	53.2	0.85	860	99,1
260	1.4	49.6	0.77	795	96,4
	1.6	49.9	0.79	770	97,6
	1.8	50.6	0.83	755	98,3
	2.0	54.0	0.85	750	98,8
275	1.4	49.8	0.78	730	97,6
	1.6	51.6	0.82	690	98,6
	1.8	53.2	0.88	685	99,1
	2.0	55.0	0.89	660	99,2

Увеличение расхода NaMXУК при этерификации щелочной целлюлозы способствует рост показателей содержания основного вещества до 50-53%, СЗ по карбоксиметильным группам на 0,75-0,88, при 97-99% растворимости карбоксиметилцеллюлозы в воде карбоксиметилцеллюлозы с вышеуказанными показателями получена при концентрации гидроксида натрия 220-275 г/л в процессе получения щелочной целлюлозы и добавлением 1,6-1,8 молей этерифицирующего агента NaMXУК, при этом содержание воды в продукте (после сушки при 100 - 105 0С) составляло не более 8-10%. В таблице 2 приведены физико-химические показатели карбоксиметилцеллюлозы, полученных на основе древесной целлюлозы из тополя.

Таблица 3- Изменения показателей карбоксиметилцеллюлозы, полученной из тополевой целлюлозы от концентрации гидроксида натрия и мольного расхода NaMXУК.

Расход компонентов		Показатели карбоксиметилцеллюлозы			
Концентрация NaOH, г/л	NaMXУК, моль на моль целлюлозы	Содержание Основного вещества. %	СЗ по карбоксиметильным группам	Степень полимеризации (СП)	Растворимость в воде, %
220	1.4	42.0	0.65	1150	88,7
	1.6	43.1	0.68	1100	90,1
	1.8	46.4	0.74	1060	93,4
	2.0	48.1	0.76	1050	95,6
	1.4	49.3	0.76	940	96,1
	1.6	50.2	0.79	925	96,5
	1.8	51.1	0.82	890	98,3
	2.0	53.2	0.85	860	99,1
	1.4	49.6	0.77	795	96,4
	1.6	49.9	0.79	770	97,6
	1.8	50.6	0.83	755	98,3
	2.0	54.0	0.85	750	98,8
	1.4	49.8	0.78	730	97,6
	1.6	51.6	0.82	690	98,6
	1.8	53.2	0.88	685	99,1

	2.0	55.0	0.89	660	99,2
--	-----	------	------	-----	------

Как видно из табл.3 окказатели полученных образцов карбоксиметилцеллюлозы на основе древесной целлюлозы из тополя с этерифицирующим агентом NaMXUK наилучшие показатели, отвечающие требованиям ТУ 88.2-12-2005.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев А.Ф., Охраменко Г.И. Водорастворимые полимеры. // Л.,Химия, Ленингр.отд-е, 1979. -144с.
2. Усманов Х.У., Минина В.С, Зарипова А.М. Перспективы химической переработки отходов хлопководства, Ташкент: Наука, 1964. -126с.
3. Камалиддинова Н.В.,Тухтасва Г.Г., Брылев А.Н. Бумагообразующие свойства модифицированных полуфабрикатов из местных однолетних целлюлозосодержащих растений. Тезисы докл. н/т конф. Молодых ученых Института ХифП АНРУз. Ташкент 2002. - С.56.
4. Давидова В.И., Прокофьева М.В., Петренко В.В.,Сальникова Д.В., Широков Е.П. СССР №1028676 С 08 В 11/12Способ получения карбоксиметилцеллюлозы. Оpubл. 15.07.83. Бюл. №26

УДК 618.2:314.48 (574.5)

РОЛЬ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.М.Рысбеков, Б.С. Малгаждарова, С.С. Тулебаева, К.Б. Мендыбаев
 Комитет контроля качества медицинских услуг по ЮКО, г. Шымкент
 Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Оңтүстік Қазақстан облысында ана өлімдерін төмендетудегі басқару жүйелі шешімінің ролі ОҚО-да ана өліміне байланысты көмек көрсету этаптарында нақты ұсыныстармен экспертиза жүргізіледі. Басқару жүйелі шешімнің ана өлімінің көрсеткішін жақсартуда маңызды роль атқарады.

SUMMARY

The role of management's decision in decreasing of mother mortality In South Kazakhstan region carries out expertize in cases of mother mortality with concrete recommendations on render stages. Management's decision has important role in improvement of mother mortality indicators.

В отечественной и зарубежной литературе имеется значительное число работ, посвященных проблеме материнской смертности (МС). Исследования проводили в различных аспектах и освещали причины и структуру материнских потерь, влияние медико-социальных, экономических и организационных факторов, определяющих уровень материнской смертности [1]. Однако до настоящего времени недостаточно разработаны и обобщены причины и факторы риска, определяющие уровень и темпы, не предложены эффективные меры для снижения материнских потерь. Многие авторы полагают, что МС является одним из основных критериев качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, другие считают, что этот показатель представляет собой конечный продукт совокупного влияния социально-экономических и медицинских факторов и не может служить достоверным критерием в оценке качества работы акушерско-гинекологической службы. Важными факторами, влияющими на уровень МС, являются состояние материальной базы лечебно-профилактических учреждений родовспоможения, профессиональная подготовка медицинского персонала и готовность лечебно-профилактических учреждений к оказанию экстренной медицинской помощи. Характеристика МС нашла отражение в ряде работ, обосновавших региональный подход к изучению причин МС и разработке системы мер по ее снижению. Факторы риска материнской смертности (МС) можно разделить на пренатальные и интранатальные.

К пренатальным факторам относятся наличие акушерско-гинекологической и соматической патологии в анамнезе, социально-биологические факторы, экстрагенитальные заболевания женщины при настоящей беременности, осложнения беременности; к интранатальным факторам относятся осложнения родов (акушерские кровотечения, разрыв матки, сепсис, эмболия околоплодными водами и др.) [2]. С позиций управляющего воздействия все факторы можно разделить на управляемые (контролируемые) и неуправляемые (неконтролируемые) [3]. К управляемым факторам относятся такие, на которые можно воздействовать для ослабления отрицательного или усиления положительного влияния. Это -состояние беременных, рожениц и родильниц, квалификация медицинских работников, органы здравоохранения всех ступней иерархической лестницы. Таким образом, управляемые факторы можно разделить на несколько групп: 1) факторы, зависящие от деятельности учреждений родовспоможения; 2) факторы, зависящие от областного (краевого, республиканского) отдела здравоохранения; 3) факторы, зависящие от Министерства здравоохранения; 4) факторы, зависящие от других ведомств и министерств.

К неуправляемым относят факторы, которые практически не поддаются какому-либо воздействию (возраст женщины, плотность населения, климатические особенности, сезонные факторы и т.д.). Изучение структуры интегрального показателя смертности свидетельствуют о том, что неуправляемая доля смертности составляет 55%, управляемая -45%, в том числе 30% зависят от социально-экономических факторов, 15%-от уровня развития, организации и финансирования здравоохранения и медицинской науки, качества медицинских мероприятий. В различных регионах мира указанные выше факторы риска действуют в разных сочетаниях и риск смерти различен. Так, риск материнской смерти для женщин, живущих в развитых странах, составляет 1 на 5 000, в то время как для жительниц развивающихся стран - 1 на 11 [4]. В связи с этим более 99% случаев МС приходится на развивающиеся страны, в структуре причин которых основные ранговые места занимают акушерские кровотечения, гестоз, сепсис [13]. По данным В.Н. Серова, управляемые причины материнской смерти в РФ составляют 33%; это кровотечения, сепсис, гестоз. С предотвратимостью тесно связаны такие понятия, как «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи», «ятрогения».

Оснащение медицинских учреждений современной лечебно-диагностической аппаратурой и средствами интенсивной терапии приводит не только к невиданным ранее значительным возможностям диагностики и лечения, но и к определенной вероятности нежелательных последствий врачебных действий. Развитие и усовершенствование эндоскопии и наркозной аппаратуры, постоянное обновление и расширение ассортимента анальгетиков и фармакологических средств породили новые нозологические формы, которые называют ятрогенными. Каждый новый метод диагностики или лечения неизбежно дает определенный процент осложнений. В акушерско-гинекологической практике часто встречаются хирургические ятрогении, к которым относят: неоправданно широкие операции, случайные повреждения органов, расширение показаний к операциям, после которых могут развиваться вторичные болезни-спаечная болезнь, нарушения углеводного обмена и др. Длительная катетеризация крупных венозных стволов, полостей правого отдела сердца способствует развитию многих осложнений. Чреваты тяжелыми осложнениями вмешательства, обусловленные анальгезией и наркозом, реанимационными мероприятиями. К самым частым анестезиологическим осложнениям, являющимся причинами материнской смерти, относят осложнения, связанные с трудной и неудачной интубацией трахеи, регургитацией и аспирацией желудочного содержимого. Наиболее частой причиной смерти при этом является гипоксия с последующей остановкой сердца из-за неудачных попыток интубации, развития ларинго- и бронхоспазма, интубации в пищевод. Предрасполагающими моментами регургитации и аспирации у беременных служат экстренность анестезии, длительная задержка пищи в желудке из-за снижения его моторики, повышение желудочной секреции, особенно при гестозах, повышенное внутрибрюшное давление.

Частота ятрогений несомненно отражает уровень подготовки медицинского персонала. В связи с этим сведения о ятрогении, по-видимому, никогда не будут полными по ряду причин, в частности трудностей диагностики, юридической стороны дела, психологического барьера коллегиальности (небезызвестная «честь мундира»), существующего почти в каждом медицинском учреждении. Значительное число случаев материнской смерти происходит из-за отступления от стандартов оказания медико-санитарной помощи и поэтому может быть предотвращено. По заключению экспертов ВОЗ, 63 - 80% случаев смерти, прямо связанных с беременностью и родами, и 88-98% всех случаев смерти матерей могли бы быть предотвращены с помощью соответствующих и своевременных принятых мер [1]. В ЮКО области Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД) МЗ РК в последние 3 года привлекаются в случаях МС независимые эксперты для проведения анализа с выявлением ошибок на этапах оказания медицинской помощи и с указанием рекомендаций в каждом конкретном случае. По данным статистического анализа в области уровень МС в динамике за период 2002-2009 гг. снизился в 1,7 раза. Причем, в последние 3 года причинами смертности являются случаи не связанные с беременностью(ЭГП) – 52%. В то же время предотвратимые случаи смертности составили 58,8%. Непредотвратимые случаи составили 5,9%. Рекомендация охватывает начиная с организационных моментов медицинской помощи, с указанием усовершенствования практических навыков, обращается внимания на улучшение теоретических знаний, с целью предотвращения материнской смертности от управляемых причин. В последние 3 года отмечается тенденция к снижению МС в результате проведения экспертиз и разборов на комитете по снижению МС и в областном штабе.

Таким образом, проводимый в области анализ случаев МС с управленческим решением можно считать, что имеет определенное влияние на улучшение показателя МС.

ЛИТЕРАТУРА

1. И.Д. Филимончикова . Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности. // Акуш. и гин.-2004.- № 5.- С.17-20.
2. А.Н.Юсупова, З.З.Токова, О.Г.Фролова. Предотвратимые случаи материнской смерти.// Акуш и гин.-2009.- № 2.-С. 53-57.
3. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение.-Ростов н/Д., 2007.
4. ВОЗ. Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности беременности.-Женева, 2004.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-079+618.31:616.07

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В
СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.К.Карсыбекова
ШГБСМП, г.Шымкент

ТҮЙІН

Зерттеуде жатырдан тыс жүктілігі бар хирургиялық емнің көлеміне байланысты 320 науқастың отаға дейінгі жүргізілген тексеру әдістері жүргізілгендігі көрсетілген. Дамып жатқан жатырдан тыс жүктілікті анықтағанда хориондық гонадотропин концентрациясы және трансвагиналды ультра дыбыстық зерттеу диагностикалық маңыздылығы жүктіліктің мерзіміне байланысты болады. Жатырдан тыс жүктіліктің 3-4 апталарында ғана мониторингтегі ақпарат ВАХГ қан сарысуында (99,5%), ТВУДЗ (58%).

SUMMARY

The present research provides analysis of results of preoperative examination of 680 patients with ectopic pregnancy depending on the range of surgical treatment. It has been shown that in case of progressive ectopic pregnancy the diagnostic significance of concentrations of human chorionic gonadotropin, transvaginal examination and laparoscopy depends on the duration of pregnancy. When the term of ectopic pregnancy is 3-4 weeks monitoring of β chorionic Gonadotropin in blood serum (99.5%), transvaginal examination (58%) and laparoscopy (78.5%) are more informative. When the term of ectopic pregnancy is more than 4 weeks there is a high diagnostic value of monitoring β -subunit of chorionic gonadotropin (99.5%), transvaginal examination (68%) and laparoscopy (99.5%).

Частота внематочной беременности остается стабильно высокой в структуре неотложных состояний в гинекологии, составляя 1-12% по отношению ко всем пациенткам, госпитализированным в гинекологические стационары. Почти у 50% женщин, перенесших внематочную беременность, развивается бесплодие, а у 8-20% - повторная эктопическая беременность, что придает проблеме важное социальное значение. Стертое клиническое течение трубной беременности является причиной запоздалой диагностики и ставит под сомнение успех органосохраняющей терапии. Радикальная операция - удаление маточной трубы является до сих пор основным методом лечения трубной беременности. Частота повторной внематочной беременности после сальпингэктомии, по данным различных авторов, колеблется от 7 до 17%, после сальпинготомии - от 4 до 20%, т.е. практически одинаковая. Таким образом, метод оперативного лечения не всегда является залогом восстановления фертильности женщины после трубной беременности. После хирургического лечения трубной беременности важную роль играют восстановительные мероприятия. Их успех во многом зависит от раннего начала, последовательности, методики проведения. Несмотря на научно-практические достижения в современной гинекологии, диагноз ВБ устанавливается запоздало, когда происходит прерывание беременности, сопровождающееся значительной кровопотерей. В этих условиях практически невозможно или нецелесообразно сохранение маточной трубы [1].

Материалы и методы исследования. Целью исследования явилось определение диагностической значимости концентрации хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови и трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ) при прогрессирующей ВБ в зависимости от длительности задержки менструации, клинической картины заболевания. В I группу включены 165 женщин с ВБ, которым проведены радикальные операции. Во II группу включены 175 женщин с ВБ, которым выполнены органосохраняющие операции. Методы исследования включали: общеклинические, определение ХГ в сыворотке крови, ТВУЗИ, морфологические, статистические.

Результаты исследования. При поступлении в стационар основными жалобами в I и II группе явились: задержка менструации у 163 (98,5%) и 172 (98%) женщин; резкая боль внизу живота с иррадиацией в прямую кишку у 110 (66,7%) и 16 (9,1%) женщин; схваткообразные боли внизу живота различной интенсивности – у 47 (28,5%) и 21 (12,0%) женщин; периодические слабые тянущие боли внизу живота, либо отсутствие боли – у 5 (3,1%) и 138 (78,9%); кровянистые выделения из половых путей у 80 (48,5%) и 37 (21,1%) женщин. При объективном обследовании бледность кожных покровов отмечена у 52 (31,2%) женщин I группы. Заторможенность, бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, снижение систолического давления ниже 80 мм рт.ст. отмечены у 2 (0,9%) женщин I группы. Живот мягкий, умеренно вздутый, резко болезненный на стороне поражения в сочетании со слабовыраженными симптомами раздражения брюшины наблюдались у 110 (66,7%) и 16 (9,1%) женщин I и II группы. Данные гинекологического исследования в обеих группах отличались разнообразием и частотой. Наиболее часто отмечен цианоз слизистой влагалища и шейки матки – у 163 (98,5%) и 172 (98%) женщин; размягчение матки и ее некоторое увеличение – у 101 (61,2%) и 107 (61,1%) женщин; болезненность в области придатков матки – у 112 (67,9%) и 119 (68,0%) женщин в I и II группе. Однако такие симптомы, как чрезмерная подвижность матки, резкая болезненность шейки матки при ее смещении, сглаженность и болезненность заднего и бокового сводов влагалища, чаще определялись в I группе

(у 110 (66,7%) женщин), чем во II группе (у 16 (9,1%) женщин). При осмотре в зеркалах кровянистые выделения из цервикального канала визуализировались у 80 (48,5%) женщин I группы и у 37 (21,1%) женщин во II группе. Ошибочно в обеих группах ставился диагноз: обострение хронического сальпингоофорита с нарушением менструальной функции, дисфункция яичников, самопроизвольный аборт. Но в I группе из 66 женщин с ошибочным диагнозом чаще диагностировано обострение хронического сальпингоофорита с нарушением менструальной функции у 17 (10%), дисфункция яичников – у 8 (4,5%) и самопроизвольный аборт – у 9 (5,5%). Во II группе ошибочный диагноз направившего учреждения был у 9 женщин, из них у 6 (3,4%) женщин – самопроизвольный выкидыш, у 2 (1,1%) женщин – обострение хронического сальпингоофорита с нарушением менструальной функции и у 1 (0,6) женщин – дисфункция яичников. При дообследовании в стационаре диагноз был уточнен и все пациентки прооперированы по поводу внематочной беременности. Таким образом, в группе проспективного исследования основной дифференциальный диагноз между внематочной беременностью и прервавшейся маточной беременностью.

Длительность стационарного предоперационного обследования больных I группы составила: 1 час – 17 (10%); 1-3 часа у 95 (57,3%), 6-9 часов – 39 (23,6%) и 36-48 часов – у 15 (9,1%) пациенток. Длительность стационарного предоперационного обследования больных во II группе составила: 1 час – 117 (66,6%); 1-3 часа – у 13 (7,4%), 6-9 часов – 7 (4%) и 24 часа и более – у 39 (22%) пациенток. При обследовании пациенток I группы (в отличие от II группы) традиционно проводилась пункция брюшной полости через задний свод влагалища. При этом характерный пунктат был получен только у 90 (54,5%) женщин, у которых в последующем была установлена ВБ. Следовательно, отсутствие крови в пунктате не исключает ВБ, так как даже при ее наличии в брюшной полости не всегда в пунктате можно получить кровь. Результаты проведенных исследований показали, что среди современных методов диагностики внематочной беременности наиболее информативны определение β ХГЧ в сыворотке крови, ТВУЗИ. Вместе с тем изолированное применение только одного из приведенных методов обследования редко способствует правильной постановке диагноза. Диагностическая значимость каждого метода зависит от срока беременности. При сроке ВБ до 3-4 недель наиболее информативен мониторинг β ХГЧ в сыворотке крови (99,5%), ТВУЗИ (58%). При сроке беременности более 4 недель сохраняется высокая диагностическая ценность мониторинга β ХГЧ (99,5%), увеличивается значимость ТВУЗИ до 68% и лапароскопии до 99,5%. Во II группе была проведена дооперационная диагностика (по результатам клинико-anamnestических данных, ультразвукового мониторинга и определения β ХГЧ). Сочетанное применение количественного исследования уровня ХГ в сыворотке крови и УЗИ (предпочтительно трансвагинального) позволили не только поставить диагноз, но и провести динамический мониторинг за течением ВБ и эффективностью лечения. Определение β ХГЧ в сыворотке крови было проведено всем 175 пациенткам. Качественный анализ был положителен в 100% случаев. Результаты исследований показали, что для постановки диагноза ВБ при наличии ультразвуковых признаков внематочной беременности уровень 1500 МЕ/л был достаточным. При отсутствии ультразвуковых признаков ВБ достаточной считалась концентрация ХГ 2000 МЕ/л. У 77 (22%) женщин, поступивших в ранние сроки беременности (до 3 недель) для постановки точного диагноза внематочной беременности уровень β ХГЧ оценивался в динамике каждые 2 дня. Если срок беременности еще не позволял точно оценить наличие или отсутствие плодного яйца в полости матки, а данные исследования β ХГЧ указывали либо на неразвивающуюся беременность, либо на внематочную беременность, то для подтверждения диагноза у женщин с нереализованной репродуктивной функцией проводилась лапароскопия.

Однократное трансвагинальное сканирование позволило диагностировать внематочную беременность у 124 (70,6%) женщин. Остальным женщинам проводилось повторное УЗИ с целью уточнения диагноза ВБ. У пациенток определялось по одному из основных критериев ультразвуковой диагностики: по наличию образования в области придатков неоднородной или повышенной эхогенности и свободной жидкости в брюшной полости – у 62 (35,4%); по наличию образования в области придатков неоднородной или повышенной эхогенности без свободной жидкости – у 45 (25,7%); по эктопически расположенному плодному яйцу с живым эмбрионом (с/б +) – у 39 (22,3%); по эктопически расположенному эмбриону (с/б-) – у 28 (15,7%); по наличию плодного яйца в канале шейки матки – у 2 (0,9%) женщин. Дополнительными ультразвуковыми признаками шеечной беременности являлись: отсутствие плодного яйца в матке; гиперэхогенность эндометрия; неоднородность миометрия; матка в виде песочных часов, расширение канала шейки матки; плацентарная ткань в канале шейки матки; закрытый внутренний зев. При ТВУЗИ утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции отмечен у 311 (88,9%); расширение полости матки за счет передне-заднего размера от 10 до 26 мм, наличие жидкостного содержимого (гематометры) и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия – у 11 (6,3%); визуализация М-эхо в виде гиперэхогенной полоски от 1,6 до 3,2 мм – у 8 (4,8%) женщин..

Выводы: Диагностическая значимость каждого метода зависит от срока беременности. При сроке ВБ до 3-4 недель наиболее информативен мониторинг β ХГЧ в сыворотке крови (99,5%), ТВУЗИ (58%). При сроке беременности более 4 недель сохраняется высокая диагностическая ценность мониторинга β ХГЧ (99,5%), увеличивается значимость ТВУЗИ до 68%. Таким образом, срок 3-4 недели беременности является оптимальным для возможности выполнения лапароскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внематочная беременность. А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова и др. М.: Медицина, 2001. 215с.
2. Гинекология. /Адамян Л.В. и соавт., 2000; Кулаков В.И. и соавт., 1993; Стрижаков А.Н. и соавт., 2001.
3. Гинекология /Краснопольский В.И., Буянова Н., Щукина Н.А., 2001; Гаспаров А.С., Летучих А.А., Хилькевич Е.Г., 2002.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО Т.

Ж.Г. Аймамбетова

Жамбылская областная детская инфекционная больница, г.Тараз

ТҮЙІН

Тап осы нақтылы жағдайда иммуннодефицит жайдайдағы жас жігіттің уақытылы медициналық жәрдем алмағандығынан септицимия мен септикопиемияның тез дамуына әкеліп соғады. Инфекционист пен хирург тандемі емдеу мен инфекцияның көп іріңді ошақтар санациясының дұрыс тактикасына және толық емделу мен мүгедектіктен құтылуға әкеліп соғады.

SUMMARY

In the definite case with young man with immunodeficiency non-timely medical aid resulted in quick growth of septicemia and septicopyemia. Tandem of infectious doctor and surgeon led to correct treatment approach and sanitation of multiple suppurative pockets of infection, that resulted in complete recovery and disability was avoided.

Сепсис – инфекционная болезнь, обусловленная различными возбудителями, которая развивается у лиц с резко сниженными защитными силами организма. Характеризуется наличием первичного очага, из которого происходит повторная гематогенная диссеминация возбудителя с поражением различных органов и систем. В связи с этим процесс теряет цикличность, характеризуется тяжелым прогрессирующим течением и отсутствием тенденцию к спонтанному выздоровлению.[1]

Сепсис может быть вызван различными микроорганизмами преимущественно бактериальной природы (стафилококки, стрептококки, пневмококки, менингококки, эшерихии, сальмонеллы, синегнойная палочка). [2] Возникновение сепсиса обусловлено состоянием микроорганизма человека, в частности, его неспособностью к локализации возбудителя и недостаточностью различных факторов иммунитета. [2]

Проблема гнойной инфекции, в том числе сепсиса, в последнее время вновь становится остроактуальной. Это обусловлено, в первую очередь, ростом заболеваемости гнойной инфекцией, частотой ее генерализации, высокой степенью инвалидности и соответственно летальностью среди больных сепсисом.

В данной статье автор стремился на основе описания конкретного случая заболевания сепсисом больного Т. Проиллюстрировать наиболее значимые вопросы данной проблемы.

Цель исследования заключалась в описании клинического случая тяжелого течения сепсиса.

Материалы и методы исследования. В реанимационное отделение Жамбылской областной детской инфекционной больницы поступил больной в возрасте 16 лет с жалобами на выраженную слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела, боль в правом тазобедренном суставе, желтушность кожи и склер, потемнении мочи, кашель, одышку.

Из анамнеза, составленного врачами, следовало, что больной приехал из Узбекистана, уроженец ближнего зарубежья, проживает с родителями на даче. Данный факт свидетельствует о низком уровне социально-бытовых условий. В течение шести месяцев больной работал на стройке разнорабочим. Вскрыл в поликлинике фурункул, но на перевязки не ходил. Заболел спустя две недели. Заболевание протекало по началу в острой форме, с лихорадки, артралгий крупных сосудов. Лечился самостоятельно: получил три инъекции амбене, после чего состояние ухудшилось.

В клинической картине заболевания ведущее место занимали: выраженная интоксикация и полиорганность поражений, лихорадка постоянного типа до субфебрильных цифр, двухсторонняя очаговая сливная пневмония, фибринозный плеврит, множественная абсцессы мягких тканей верхних и нижних конечностей, токсический гепатит, токсический нефрит.

В общем анализе крови отмечались длительно удерживающийся лейкоцитоз до 15-17 тыс. со значительным нейтрофильным сдвигом влево, ускорение СОЭ до 55-60 мм/час., усугубляющаяся анемия до 250 тыс. эритроцитов, гемоглобин до 45 г/л. Выделенная гемокультура *Staphylococcus aureus* позволила выставить окончательный диагноз: «Сепсис, септикопиемия. Стафилококковая деструкция легких. Фибринозный плеврит. Множественные абсцессы мягких тканей верхних и нижних конечностей. Токсический гепатит. Токсический нефрит».

Назначенная комплексная терапия проводилась в трех направлениях: этиотропная, патогенетическая и симптоматическая. В качестве этиотропной терапии использовались сочетания антибиотиков; цефобид 2,0/

сут+аугментин 1200 тыс/сут, в течение пяти суток шла мощная антибиотикотерапия, затем клафоран 3,0/сут+линкомицин 1200 тыс/сут+метрогил 300,0/сут, в течение трех дней больной получал таваник по 1000,0/сут. В составе патогенетической терапии использованы спазмолитики, сердечные гликозиды, тканевые протекторы, иммуномодуляторы (тималин, ронколейкин⁰, дезинтоксикационная терапия. Больному неоднократно вскрывались подкожные абсцессы на конечностях. Лихорадка купировалась к четвертому дню терапии с периодическими кратковременными невысокими подъемами, но в течение двух недель у больного появлялись новые абсцедирующие очаги мягких тканей.

Тяжелобольной 16-летний подросток из стационара был выписан на 45 сутки и в удовлетворительном состоянии.

Опираясь на данный клинический случай, можно следующие **выводы**:

1. В развитии тяжелого генерализованного септического процесса играет роль неудовлетворительное фоновое состояние организма, развившееся в результате плохих бытовых условий жизни, тяжелого физического труда и недостатка питания.

2. Для стафилококкового сепсиса характерно наличие множественных метастатических абсцессов до 5-6 сантиметров в диаметре. Не редко с зоной перифокальной геморрагии, локализуемых в легких (преимущественно под плеврой), почках (в основном под капсулой), сердце, мышцах, головном мозге и других органах.

3. Этиотропное лечение сепсиса включает сочетание не менее двух антибиотиков и метронидазола.

4. Антибактериальная терапия должна проводиться до полной санации всех метастатических гнойных очагов.

5. Особое место в комплексной терапии сепсиса имеют иммуномодуляторы (группы интерлейкинов).

6. Описанное течение сепсиса в практике Жамбылской областной детской инфекционной больницы встречается впервые.

Современная медицина принципиально отличается от медицины полувековой давности. Для более 14 тысяч известных на сегодня болезней существует около 6 тысяч различных видов лекарств и 4 тысяч методов хирургических и других вмешательств. Все они направлены на то, чтобы облегчить страдания, продлить жизнь, а иногда и остановить болезнь. Задача врача состоит в том, чтобы правильно и своевременно применить весь этот арсенал средств и ресурсов в каждом отдельном случае, персонально для каждого пациента. Таковой является медицина, которая постоянно совершенствуется и развивается. Для того чтобы быть на переднем крае современной медицины, нужно уметь правильно пользоваться полученными клиническими знаниями, и всегда следить за научными исследованиями.

Медицина следующего десятилетия должна сочетать в себе инновации и практический опыт, качество и высокую этику, когда имеет место заинтересованность в постоянном совершенствовании знаний и технологий при минимальных затратах общества. На данном этапе развития расширяется спектр предоставляемых медицинских услуг. Материально-техническая база учреждений с каждым годом улучшается, устанавливается современное оборудование, позволяющая проводить диагностику и лечение не только казахстанцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни. Справочник под редакцией А.П.Казанцева. – Москва – Медицина, 1985.
2. Руководство по инфекционным болезням. Под редакцией Ю.В.Лобзина. – Санкт-Петербург, 2003.

УДК 616.981.42

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Т.Ю. Пак

Жамбылская областная детская инфекционная больница г.Тараз

ТҮЙІН

Бруцеллезбен ауырған кезде жыныс жүйесінің зақымдану жиілігі (әйелдер мен еркектерде) 4-5% құрайды. Әйелдерде бұл ауру созылмалы түрде жиі тіркеледі, ал еркектерде өткір бруцеллезбен ауырғанда тіркеледі. Кейбір науқастарда жыныс жүйесінің зақымдануы аурудың жалғыз белгісі болуы мүмкін және диагностикалық қателіктер дәлелі болып табылады.

SUMMARY

Frequency of damage to genital apparatus during brucellosis amounts approximately 5% (for both man and women). For women complication is registered most often in the chronic form, for man as acute brucellosis. Some patients can have damage to genital apparatus as the only symptom of disease and can cause diagnostic errors.

Бруцеллез-широко распространенное в животноводческих регионах инфекционно-аллергическое заболевание, вызываемое несколькими хозяинадаптированными (в организме животных) самостоятельными видами микроорганизмов, объединенными под общим названием бактерии рода *Brucella*. Течение бруцеллеза зависит от вида возбудителя. При овечьем бруцеллезе (*Br.melitensis*) болезнь чаще начинается с остросептической формы и протекает тяжелее, при заражении от коров (*Br.abortus*) часто возникает первично-хроническая или даже первично-латентная форма.[2]. В Республике Казахстан в результате ослабления контроля над эпизоотической ситуацией по бруцеллезу животных сложилась неблагоприятная эпидемическая обстановка среди людей, что наносит значительный социально-экономический ущерб, причем большинство случаев заболевания остаются нераспознанными в связи с трудностями дифференциальной диагностики со сходными заболеваниями из-за многообразия клинических проявлений бруцеллеза.

Наблюдается эволюция клиники бруцеллеза, связанная с изменением биологических свойств возбудителя. Часто отмечается повторное инфицирование, особенно сельских жителей, увеличивается заболеваемость этой инфекцией лиц, профессионально не связанных с сельским хозяйством. По сравнению с предыдущими десятилетиями увеличился удельный вес острого бруцеллеза, протекающего с учащением поражения опорно-двигательного аппарата, нервной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, половой систем.[1]. О частоте поражения женской половой сферы сведения весьма противоречивы. У женщин могут возникать нарушения менструального цикла, воспалительные заболевания половых органов (сальпингиты, метриты, эндометриты). Может развиваться бесплодие. У беременных бывают аборт, мертворождения, преждевременные роды.[3]. Поражение же мужской половой системы при бруцеллезе признается всеми исследователями, изучавшими эту проблему. У мужчин развиваются орхиты, эпидидимиты, снижение половой функции. В прошлые годы описывалось тяжелое течение орхитов с развитием нагноения мошонки и ее атрофии. В последующие годы в связи с более доброкачественным течением бруцеллеза тяжелые формы орхитов встречаются редко. По данным Н.Д.Беклемишева (1965) и Е.С.Белозерова(1985) орхиты и орхоэпидидимиты наблюдались при остром бруцеллезе у 1% больных, при подостром у 11-13,8% , при хроническом- у 1,7-5,5%.[1].

Цель данного исследования .В основу настоящей работы положен анализ частоты поражения половой системы у больных бруцеллезом , особенности течения заболевания у женщин и у мужчин, принципы лечения.

Материал и методы исследования. В структуре нозологических форм за 2009 год по Жамбылской областной детской инфекционной больнице бруцеллез составил 5%-всего 440 случаев. Из них 8,8%(39чел.) составили дети до 15 лет. Среди них анализ не проводился. Из 401 анализируемых больных 76% (305чел.) составили мужчины от 15 до 77 лет,24 % (96 чел.) женщины в возрасте от 17 до 67 лет. Острая форма заболевания у мужчин отмечена у 49,5 % больных , подострая- у 11,5%, частота хронических форм составила-39%.У женщин соотношение различных форм бруцеллеза примерно такое же: 48% - 12,5% - 39,5% соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин частота поражения половой системы составила 5,2 % (5 чел.).Все случаи заболеваний зарегистрированы при хронических формах бруцеллеза. В 3-х случаях отмечались односторонние аднекситы (клиническая картина которых существенно не отличалась от заболевания другой этиологии), у одной женщины – вторичное бесплодие (на фоне первично-хронического бруцеллеза в течении 5 лет беременность не наступала), у другой – угроза прерывания беременности в сроке 27-28 недель. У мужчин поражение половой системы зарегистрировано у 3,9% (12 чел.)Во всех случаях заболевание протекало в форме орхитов и орхоэпидидимитов. Чаще поражение регистрировалось у больных с острым бруцеллезом –у 8 человек (66,7%), у 4-х больных была вторично-хроническая форма.

Клинические данные.Процесс у большинства больных носил односторонний характер, лишь в одном случае зарегистрирован двухсторонний орхит. Течение заболевания у всех больных было относительно доброкачественным, без осложнений. У 2х больных в начале заболевания орхит был единственным проявлением болезни (лихорадка и другие клинические проявления появились позже) и они были переведены в инфекционный стационар из урологического отделения после серологического обследования на бруцеллез (р.Райта, р.Хеддлсона) .В одном случае такое начало заболевания отмечалось у больного с хроническим бруцеллезом, в другом была зарегистрирована острая форма болезни.Такое раннее появление локальных поражений у больных острым бруцеллезом обусловлено возросшей сенсебилизацией населения и создает благоприятную почву для диагностических ошибок . У остальных больных орхит развивался на фоне общинфекционных проявлений (лихорадка,артралгии и др.) через 3-5 недель от начала заболевания. Процесс во всех случаях характеризовался локальными изменениями в виде покраснения и увеличения размеров мошонки, резкой болезненностью, из-за которой некоторые больные не могли ходить. Отмечалось увеличение регионарных лимфоузлов. Длительность орхита составляла в большинстве случаев 2 -3 недели, лишь в одном случае процесс был купирован за 10 дней .Затяжное и рецидивирующее течение заболевания не наблюдалось. Диагноз во всех случаях заболевания у мужчин был подтвержден методами серологической диагностики (р.Райта,р.Хеддлсона), а в у двух больных получено бактериологическое подтверждение-были выделены культуры *Br.melitensis* , у женщин диагноз выставлен только на основании серологических данных.

Все больные с орхитами и орхоэпидидимитами, помимо антибактериальной, противовоспалительной и десенсебилизирующей терапии, получали преднизолон, чаще per.os (в 85 %) случаев, реже-парентерально-в/в капельно. Доза преднизолона в среднем составляла 30-40 мг в сутки в 3-4 приема, парентерально-60-90 мг в сутки в утренние часы. Женщины гормонотерапию в условиях стационара не получали. Лечение проводилось с учетом рекомендаций врача-гинеколога.

Выводы. Частота поражения половой системы при бруцеллезе составляет примерно 4-5% (как у мужчин, так и у женщин). У женщин заболевания чаще регистрируются при хронических формах, отмечаются аднекситы, бесплодие, угроза прерывания беременности. У мужчин развиваются орхиты, орхоэпидидимиты и регистрируются они чаще при остром бруцеллезе. У некоторых больных поражение половой системы может быть единственным проявлением болезни и может быть причиной диагностических ошибок.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.Б.Курманова, А.К.Дуйсенова «Бруцеллез. Клинические аспекты.» Алматы, 2002г. с.165-174.
2. С.А.Амиреев, Т.А.Мунинов, Б.Л.Черкасский, К.С.Оспанов. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях» Алматы, 2007 с.216
3. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Москва, 2009г с.400

УДК : 616.053.3:616-007;

ӘР ТҮРЛІ АНОМАЛИЯЛАРМЕН ДҮНИЕГЕ КЕЛГЕН НӘРЕСТЕЛЕРМЕН КЕЗДЕСУ ЖІЛІГІ

*Ж. Сулейменова, З. Джантаева, С.А. Нурғалиева, К.М. Дуйсебаева, С.Ф. Зазулин
Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы
МҚКК «ІІқалалық емханасы», Алматы қаласы
Сайрам аудандық аурухана, Түлкібас аудандық орталық аурухана*

РЕЗЮМЕ

С целью снижения рождаемости детей с врожденными пороками развития плода необходимо проведение своевременных клинико-лабораторных обследований женщин с использованием современных методов диагностики.

SUMMARY

The timely clinical and laboratory examination of women with the help of modern diagnostic methods is needed to reduce the birth rate of children with fetus congenital malformations.

Дүниеге туа біткен ақаумен келген нәресте әрқашан ата-анасына ең бірінші еш нәрсемен теңестіруге болмайтын психологиялық шок алып келеді. Бұл акушерия саласында ең бір ауыр тақырыптардың бірі болып саналады. Айта кететін бір жайт, жаңадан жан ұя құрған, дені сау, ешқандай зиянды әрекеттері жоқ отбасылары мен жүктілік ағымы жақсы өткен аналарда да дүниеге аномалиямен нәрестелер келуі мүмкін. Дүние жүзілік статистикаға сүйенетін болсақ жылына 5% нәресте аномалиямен келеді екен. Негізінен туа пайда болған ақауларды үлкен екі топқа бөледі: 1.Тұқым қуалаушылық нәтижесінде пайда болған ақаулар. 2.Туа пайда болған. Ақаулардың пайда болуы әр түрлі ықпалдарға байланысты. Солардың ішінде ішкі ықпалдарға келетін болсақ оларға тұқым қуалаушылық, гормональдық бұзылыстар, жыныс клеткаларының толық жетілмеуі және т.б. жатады. Ал сыртқы ықпалдарға йондаушы сәулелер, вирусты инфекция, оттегінің жетіспеушілігі кейбір химиялық заттар жатады. XX ғасырдың екінші жартысында туа біткен ақаулар көбіне дамыған елдерде жоғары екендігі анықталып тұр. Пайда болу себептері: 40-60% аномалиялар белгісіз жағдайларда дамиды. Бұған «Туа біткен споратикалық дефект» деген термин берілген. Ал 20-25% «көп факторлы» деген терминге ие. Ал 10-13% сыртқы ортақ факторына байланысты. 12-25% аномалиялар таза генетикалық себептерден болады.

Аномалия	Тұқым қуалау механизмі	Көрінісі	Емдік-реабилитациялық шаралар
Фенилкету Нурия	Аутосомды-рецессивті. Дені сау ата-анадан ауру нәресте дүниеге келеді	Санасы мен физикалық дамуы нашар дамыған. аланин мен фенилаланиннің алмасуының бұзылысынан болады.	Жаңадан туылған нәрестенің барлығын ФКУ-ға дүниеге келгеніне 4-5 күн болмай зерттеу жүргізеді. Арнайы диета нәрестені қалыпқа келтіре алады.
Гемофилия	Анадан балаға беріледі	Қан ұю факторларының кейбіреулерінің жетіспеуінен пайда болады.	Қан ақса қан, плазма құямыз, антигемофильді глобулин береміз. Профилактикалық

			травмадан сақтану.
Дальтонизм	Рецессивті жүреді. Анадан балаға беріледі	Жасыл және қызыл түсті ажырата алмайды	Емі жоқ
Дауна	Хромосомалық аномалия 21 жұпта қосымша 1 жұп пайда болуы.	Санасының төмендеуімен сипатталады	Емдік педогогика
Птоз	Хромосомды доминантты беріледі	Қабак бұлшық еттерінің әлсіздігінен жоғарғы қабақты көтере алмайды	Хирургиялық ем

Тұқым қуалаудан пайда болған ақауларға мутациялар жатады. Теротогенді фактор: теротогенді фактордың әсер етуі оның қолданылған дозасына байланысты. Әр бір факторға өзіндік деңгейлік теротогенді әсері бар. Көп жағдайда ол 1 – 3 төмен болғанда летальды әр түрлі биологиялық теротогендік әсерлер әр қилы болады. Сонымен қатар дәл сол түрдің сіңіру қасиетінің ерекшелігіне, метобализміне заттың организмде тарауына және плацентарлық барьер арқылы өтуіне де тікелей байланысты. Теротогенді факторлар зерттелгендері; Медикаментті; Дәрілердің барлығында дәрілік зиянды әсерлері бар, әсіресе жүктіліктің ерте кезеңінде дәрілердің әсері көбірек болады. Алкоголь: Көп жағдайда ата-анасы ішімдікке құмар отбасыларында ақаулар жиірек кездеседі, әсіресе анасының ішімдікке құмар болуы. Никотин: Никотин шегетін жүкті әйелдердің тек қана ананың ағзасын ғана уламай болашақ баланың санасының және физикалық дамуының бұзылуына алып келеді. Иондаушы сәулелер: рентген сәулелері радиоактивті изотоптардың әсері генетикалық аппарат жүйесіне тікелей әсер етеді. Тікелей әсер етуімен қоса йондаушы сәулелер токсикалық эффект көрсетеді және көптеген туа біткен аномалиялардың себебі болып табылады.

Токсикалық, химиялық заттар: Ұрықтың дамуына және әртүрлі аномалиялардың пайда болуына әсер етеді. Белгілі бір уақыт аралығында теротогенді агент әсер еткенде дәл сол уақытта эмбрионның дамып жатқан мүшесі ақауға ұшырайтындығы дәлелденді. Сонымен қатар ақаудың дамуына критикалық кезеңде дамудың бірденнен тоқтауы, құрылу процесінің бұзылуы немесе дисонтогенез және тіннің деструкциялары болады. Бұл жағдайда белгілі бір мүшенің дамымай қалуы немесе оның белгілі бір мүшесінің дамымай қалуы (гипогонезия) немесе артық дамып кетуі белгілі бір мүшенің жоқ болуы (агенезия) белгілі бір мүшенің дұрыс емес орнығуы немесе дұрыс емес құрылуы (дисплазия). Даму ақаулардың екеулік (көптік) түрлерін айырады. Олардың негізінде екі немесе одан да көп дұрыс емес дамулары жатады және де біреулік бұл кезде бір мүшенің дамуы бұзылады. Екеулік ақаудың дамуы немесе кемтарлық «бөлінбеген егіздердің бір-біріне жабысқан түрлері жатады. Бұларды кейінгідегідей айырады. а) торакопактар б) ксифопактар в) пигопактар. Біреулік даму ақауларға жататындар: Жарық, туа пайда болған жамбас сан буынының дисплазиясы, қасқыр таңдай, полидактилия. Даму ақаулардың типтері: -туа біткен физикалық ақаулар; -туа біткен метаболизмдердің қатесі; -басқа генетикалық дефектілер.

Бұл мақалада 2007-2008 ж. аралығындағы, МКТУ клиникасы перзентханасы мен Түркістан қаласы перзентханасы бойынша туа біткен ақаулармен дүниеге келген нәрестелердің кездесу жиілігі салыстырмалы түрде алынған: МКТУ кл. перзентханасы бойынша -63 нәресте, Түркістан қаласы перзентханасы бойынша -31 нәресте. ХКТУ клиникасы перзентханасы аномалиялардың кездесу жиілігі: ЖТА(жүректің туа біткен ақауы)-22,2% Полидактилия 12,6%, Өңештің атрезиясы 6,3%, Жұлын жарығы 7,9%, Диафрагмальды жарық 4,76%, Дауна синдромы 7,9%, Сүйек бұлшық ет ақаулары 3,1 %, Гидроцефалия 1,58%, Хондродистрофия 1,58%, ДМПП 6,3%, ДМЖП 4,7%, Эмбриональды жарық 1,58%, Гипоспадия 1,58%, Қоян жырық 6,3% Қасқыр таңдай 9,5%. Түркістан перзентханасында аномалиялардың кездесу жиілігі: Жүректің туа пайда болған ақауы -35,4%, Қоян жырық 29%, Дауна 9,7%, Қасқыр таңдай 3,7%, Гидроцефалия 3,2%, Жұлын жарығы 3,2%, Ішек ахалазиясы-3,2%, Жыныс мүшелерінің аномалиясы-3,2%, Мұрын жарғағының жетілмеуі-3,2%, Жұмсақ таңдайдың жетілмеуі-6,5% Қисық мойын-3,2%. Аналарды жасына қарай жіктегенде: 21-29 жас аралығында 34,3%, 30-39 жас аралығында 36,6%, 40 одан жоғары жастағылар 29,1%. Аналардың босану жиілігі: I жүктілік 1 босану – 35,6%, II жүктілік 1 босану – 25,4%, III жүктілік II босану – 12,3%, III жүктілік III босану – 10,3%, IV-V жүктілік және босануымен – 16,4%. Зерттеу нәтижесінде анықталған инфекциялар: Хламидиялар-8%, ЖРВИ- 28,6%, Цитомегаловирустар-27% ,ВПГ-27%, Тексерілмегендер- 36%. Зерттеу барысында босанған әйелдердің экстрагениталды аурулары: Анемия -87,3%, қан тамыр аурулары -13%, пиелонефрит -19%, зиянды әрекет.- 20,6%. Аналардан табылған басқа да аурулар: Кольпит 39,68%, Көп сулылық 20%. Аномалиямен дүниеге келген нәрестелердің кейінгі жағдайлары: Үйіне жіберілгені 55,5%, Облыстық балалар ауруханасына жіберілгені 20,6%, Шетінегені 14,3%. Аномалиялармен дүниеге келген нәрестелердің салыстырмалы түрде шетінеу жиілігі: МКТУ перзентханасынан аномалиядан шетінеген нәрестелер саны- 14,3%, Түркістан қалалық перзентханада шетінеген нәрестелер саны -25,8%. Салыстырмалы түрде зерттеуден өткен аналардан табылған гинекологиялық аурулар; МКТУ перзентханасындағы зерттелген аналардан табылған кольпит ауруы 39,68%, Түркістан перзентханасындағы зерттелген аналардан табылған кольпит- 45%, МКТУ перзентханасындағы аналарда кездескен көп сулылық 20%, Түркістан перзентханасындағы аналардан кездескен көп сулылық 23%; Салыстырмалы түрде ЖТА(жүректің туа біткен ақауы) кездесу жиілігі: МКТУ перзентхан. ЖТА мен 22,2%, Түркістан перзентханасында ЖТА мен 35,4%. Салыстырмалы зерттеу барысында

анықталғаны: Туа біткен ақаулардың арасында ең жиі кездесетіні ЖТА (жүректің туа біткен ақауы). Аналарда табылған экстрагениталды аурулардың ішінде жиі кездесетіні - анемия, пиелонефрит, анықталған инфекциялар ішінде жиі кездесетіні ЖРВИ, цитомегаловирустар мен ВПГ. Инфекцияға тексерілмегендер көрсеткіші 36% -ды құрайды. Еліміздің демографиялық көрсеткішін көбейтуге әсер ететін, еліміздің болашағы дені сау ұрпақтарды дүниеге әкелу үшін, болашақ аналарымызды дер кезінде тексеріп, сауықтандыру жұмысын нығайтып, ана болуға дайындау дәрігерлер мен әрбір Қазақстан азаматының міндеті деп ойлаймыз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Дыбан, А. П. Очерки патологической эмбриологии человека А.П. Дыбан. Л. Медгиз, 1959. - 226 с.
2. Поттер, Э. Д. Патологическая анатомия плодов, новорожденных и детей раннего возраста: пер. с англ. Э. Поттер. М. Медицина, 1971.-344 с.
3. Роль внутриутробной инфекции в механизмах формирования врожденных пороков развития К.Е. Скляр, Е.М. Малкова, Н.В. Рязанцева и др. Бюллетень Сибирской медицины: научно-практический журнал. 2005. № 1. с. 80-84.
4. Мониторинг врожденных пороков развития у новорожденных Е.А. Кириллова, О.К. Никифорова, Н.А. Жученко и др. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 2000. №1. с.18 - 21.
5. Ступаков И.Н. Вопросы организации специализированной помощи детям с врожденными пороками сердца и сосудов И.Н. Ступаков, И.В. Самородская Детская больница. 2003. 1. с. 15-19.
6. Нисевич Л. Л. Значение различных вирусных инфекций в невынашиваемости, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности Л.Л. Нисевич, А.Г. Талалаев, Л.Н. Каск Педиатрия. 1999. 1. с. 4-12. 74, Омурбеков Т.О. Актуальные проблемы врожденных пороков развития у детей Т.О. Омурбеков, К.А. Адамалиев, Б.А. Момбеков Избранные вопросы педиатрии: Сб. науч. тр. Бишкек, 2003. с. 155-160.

УДК 616-002.5-053.2

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*Б.Т.Балтабаева, Г.А.Есжанова, Н.Т. Нуранова, С.А. Ташимова, С.Т. Оразалиева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Международный казахско-турецкий университет им Х.А.Ясави.
Областной противотуберкулезный диспансер г. Шымкент.*

ТҮЙІН

Туберкулездің жайылмалы түрінің клиникалық ағымы және оның қалдықты өзгерістері.

SUMMARY

Clinical course and residual effects of general tuberculosis form.

Проблемы туберкулезной помощи тесно связаны со сложившейся эпидемиологической ситуацией, которая в Казахстане остается с 1991г. напряженной. Анализ причин этой ситуации показал что борьба с туберкулезом – это не только медицинская проблема, а проблема, которая во многом определяется социальными условиями жизни общества. 90% впервые выявленных больных туберкулезом выявляются в общей лечебной сети, больные выявляются преимущественно при обращении в общую лечебную сеть. До сих пор остается высокой частота ошибок в диагностике туберкулеза в общей лечебно-профилактических учреждениях. По существу стоит вопрос не об активном выявлении, а о наиболее ранней своевременной диагностике туберкулеза у обращающихся больных в поликлинические и общесоматические лечебные учреждения с различными формами туберкулеза. Своевременное выявление туберкулеза является определяющим фактором в благоприятном исходе заболевания и предупреждении его распространения.

Необходимо отметить, что одной из причин ошибочной диагностики является представление о туберкулезе как первично хроническом заболевании с длительным развитием. Однако в клинике туберкулеза все чаще встречаются остро текущие формы заболевания. Острое течение болезни при туберкулезе наблюдается преимущественно при генерализации туберкулезного процесса. Источником этой генерализации обычно является легочный процесс, который создает фон для туберкулезного менингита. Выявление туберкулезной диссеминации является основным решающим в определении тактики педиатра при специфических менингитах. По нашим данным, в поликлиниках и соматических стационарах идет потеря «диагностического времени», что оказывало негативное влияние, вызывая развитие осложненных форм туберкулеза. Анамнез жизни и заболевания: Девочка С., 7 лет (дата рождения 07.10. 2003г), Ребенок из многодетной семьи. Родилась по счету 4 ребенком. Масса при рождении 3600г. Роды в срок, без осложнений. БЦЖ в род. доме рубчик 2мм, данных о Реакции Манту нет. Росла и развивалась соответственно возрасту. Со слов отца ранее девочка ни чем не болела. Аллергической реакции на лекарственные средства отрицает. Наследственность не отягощена. Эпид. анамнез: Матери 36 лет. перенесла экссудативный плеврит в

2003 году, лечилась в хирургическом отд ЦРБ..(этиология экссудата невыяснена), у родственников и близких больных туберкулезом нет. Со слов отца девочка больна примерно с 20.05.2009г. Заболела остро, отмечались общая слабость, редкий сухой кашель, повышение температуры тела, которая постепенно стала повышаться до высоких цифр. Обратились к участковому врачу через 2 недели т.е .03.06.2009г, сделано обзорная R-графия грудной клетки, (Рис.№1 классическая форма острого диссеминированного туберкулеза легких) заключение; по всем легочным полям определяются мелкоочечные гомогенные ячеисто-сетчатые затенения. Уч.педиатр установил диагноз; пневмония, острое течение и амбулаторно назначена противовоспалительная терапия, эффекта не было. 9.06.2009г состояние девочки резко ухудшилось, температура тела повысилась до высоких цифр, появились судороги. Больная доставлена бригадой СМП в судорожном состоянии в отделение реанимации и интенсивной терапии ЦРБ .Несмотря на проведенные интенсивные терапия на третье сутки госпитализации т.е. 11.06.2009г. состояние больной прогрессивно ухудшилось, температура повысилась до 40С, сознание стало сопорозным. Произведена люмбальная пункция, получена бесцветная СМЖ вытекавшая под давлением, цитоз 1-3 в. пзр. Консультирована невропатологом и областным фтизиопедиатром и выставлен диагноз: Диссеминированный туберкулез легких, острое течение, фаза инфильтрации, туберкулезный менингоэнцефалит.

Больная переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. ОПТД.

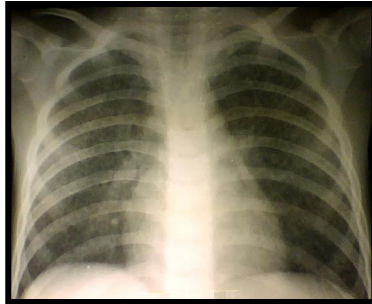
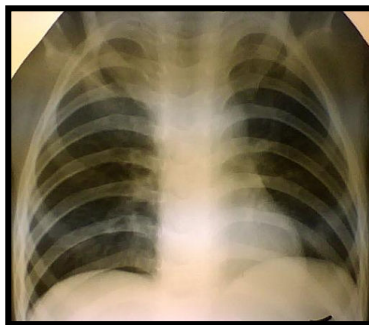


Рис.№1. Острый диссеминированный туберкулез легких.

На момент поступления состояние ребенка тяжелое за счет менингоэнцефалита, ДН II ст и НК II и выраженных симптомов интоксикации. Сознание- кома I-II ст. Ребенку подключен ИВЛ. В контакт не вступает, на болевые раздражители реагирует вяло. Зрение D=S, фото реакция вялая. Птоз век, асимметрия лица за счет сглаживания носогубного треугольника. Симптом Кернига положительный, ригидность затылочных мышц на I п/п. Хаотичные движения конечностей. Глотание подавлено, питание зондовое. Девочка истощена, подкожно-жировой слой развит слабо. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Кожные покровы землистого оттенка, видимые слизистые бледные. Дыхание осуществляется с участием вспомогательной мускулатуры. ЧДД – 32 в мин. В легких с обеих сторон жесткое дыхание. Тоны сердца глухие, ритмичные. АД=65/50 мм.рт.ст. Пульс-118 в мин. Живот мягкий. Брюшные рефлексы отрицательны. Печень по краю реберной дуги. Диурез по катетеру. СМЖ: цитоз-25, сахар-98, реакция Ривальте, Панди +. СМЖ в динамике: санация ликвора наступила через 9 месяцев. В общих анализах крови: Анемия I степени (Гемоглобин – 103 г/л), умеренный лейкоцитоз (11 -13 x 10⁹ /л) В динамике без изменений. Биохимический анализ крови при поступлении 60г/л, мочевины 4,9 ммоль/л, АЛАТ 0,22 ммоль/л, общий билирубин 13,6 ммоль/л, Тимолова проба 2,6 ЕД. В динамике отклонений нет. Бактериоскопическое исследование мокроты от 13.06.09, 14.06.09. и 15.06.09г МБТ- В анализе мочи первые 3 месяца следы белка, в остальном вариант нормы. Сахар в крови в динамике в пределах нормы т.е. 3.4 – 5,6 ммоль/л. Положительная рентгенологическая динамика отмечена через 3 мес. Лечения. На обзорной R-грамме гр клетки от 20.10.09 (Рис.№2). В легких сосудистый рисунок усилен, в верхней доле очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Рис №2. Острый диссеминированный туберкулез легких, в фазе рассасывания.



С первого дня нахождения в ОПТД т.е.с 11.06.10 по 09.08.10 ребенок получал лечение по I категории ДОТС,а с 10.08.10г переведен на II-катеорию ДОТСтерапии (в связи с неудачей лечения) изониозид, рифампицин, этамбутол и пирозинамид стрептомицин, а также проводили дезинтоксикационную терапию глюкозосолевыми растворами. КМА, противосудорожную терапию, получал антиоксиданты, витамины, гепатопротекторы. С заместительной целью СЗК с индивидуальным подбором. В течение 8 месяцев девочка находилась в коме I- II ст. в отделении реанимации и интенсивной терапии. На фоне лечения состояние ребенка оставалось нестабильным с периодическим ухудшением. В течение одного месяца сохранялся субфебрилитет с периодическими подъемами температуры до фебрильных цифр. Кормление зондовое. Дыхательная недостаточность II-ст сохранялась в течение 4 мес, -постоянная подача увлажненного воздуха. Ребенка беспокоили частые тонические судороги и купировались только введением в/м р-р брузепамы, которые сохранялись в течение 8 мес, Сознание стало ясным с 20.02.10г (т.е.через 8мес 10дней),а 21.02.10 переведена в дет отд ОПТД. У ребенка кахексия III-ст(вес 12кг от 22.02.10),отмечаются глубокие поражения ЦНС и черепно-мозговых нервов: афазия, органическая деменция, спастический тетрапарез, атрофия диска глазного дна, эпнопрез и энурез. Длительное в течение 16 мес стационарное лечение привело к купированию основных проявлений инфекций, формированию больших остаточных посттуберкулезных изменений.

Вывод: Учитывая, что значительную часть противотуберкулезных мероприятий проводят специалисты общей лечебной сети, необходимы образовательные программы для врачей общей лечебной практики, при этом профессиональное образование должно быть непрерывным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез у детей и подростков. Учебное пособие. Под ред./ В.А.Аксеновой-М.2007.
2. Туберкулез у детей и подростков. Руководство. /Под ред. О.И.Король. М.Э.Лозовской.-СПб.2005.
3. Лекция на тему: "О повышении роли врачей общей практики в выявлении больных туберкулезом." А.И.Илашев.2009г.

УДК 616 - 002.44:615.35:615.862

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.А.Сейдахметова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Жұмыстың мақсаты – инзимолдың ойық жараға қарсы әсерін және онекі елі ішек ойық жарасы ауруы бар науқастардың эрадикациялық емінде қолдануын анықтау. Клиникада 12-елі ішек жарасының өршу сатысындағы 105 науқасты тексеру және емдеу жүргізілді: 72,4% ерлер және 27,6% әйелдер, орта жасы 32,2±2,8 жылды құрады. Емдеу нәтижесін бағалау үшін науқастар 3 топқа бөлінді. 1 топ науқастарында клиникалық ремиссия қосымша инзимол қабылдағаннан кейін орташа есеппен 4 есе тез, ал 2 топ науқастарында 3 топ науқастарына қарағанда 5,2 есе жылдамырақ болды. Клиникалық зерттеулер қорытындысында инзимолды 12-елі ішек ойық жара аурулары емінде эффективті патогенетикалық құрал деп есептеуге мүмкіндік берді.

SUMMARY

105 patients having duodenal ulcer were examined and treated in the clinic, where the percentage of men was, 72,4 % and 27,6 % of women respectively, middle – aged between 32,2- 2,8. For making a comparison the patients were divided into three groups. After taking insims the clinical remission was achieved four times quicker in the 1st group. In the second group it was gained 5,2 times quicker than in the 3rd group,.

Язвенная болезнь (ЯБ) поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто становясь причиной временной, а нередко и стойкой утраты трудоспособности. В последние годы повсеместно отмечается снижение заболеваемости ЯБ [1], но, вместе с тем, она по-прежнему занимает лидирующие положения в структуре заболеваемости и смертности населения [2]. Эрадикационная терапия не предупреждает развития на месте язвенного дефекта рубцовой ткани, которая приводит к деформации стенки и стенозу. Патогенетическое лечение должно включать в себя мероприятия, направленные на ускорение репаративных процессов слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (СОДПК). Поэтому, важной проблемой клинической гастроэнтерологии является разработка новых методов лечения, направленных на сокращение сроков рубцевания и улучшение качества регенерации слизистой оболочки у больных ЯБ [3,4]. В настоящее время в различных областях медицины успешно применяются протеолитические ферментные препараты (ПФП), которые обладают противовоспалительным, дегидратационным, антикоагуляционным, опосредованным антибактериальным и репаративным свойствами. В течение многих лет в медицине в качестве местного протеолитического средства при лечении гнойно-воспалительных заболеваний применяется

“Имозимаза”, являющийся селективным некролитическим препаратом. Препарат позволяет быстро и эффективно очистить поврежденные ткани от денатурированных белков, при этом создаются благоприятные условия для регенерации тканей. [5,6]. У композиции иммобилизованных субтилизинов были выявлены новые свойства - фибринолиз, высокая биодоступность при энтеральном приеме. Применение ПФП с разнонаправленными механизмами действия в комплексной терапии ЯБ открывает перспективы в оптимизации методов лечения больных. Удаление фибринового налета с поверхности язвенного дефекта с помощью эндоскопического введения ПФП позволит повысить эффективность лечения больных ЯБ. [7,8].

Материал и методы: Клинический раздел работы заключался в обследовании и лечении разными методами 105 больных с неосложненным течением ЯБДПК в стадии обострения. Среди них было 76 (72,4%) мужчин и 29 (27,6%) женщин в возрасте от 21 до 54 лет, средний возраст составил $32,2 \pm 2,8$ года. Верификацию диагноза проводили на основании клинических данных, результатов эндоскопического исследования и гистологического изучения гастробиоптатов, полученных из СОДПК. Всем пациентам проводилось определение Н.руоlі гистологическим методом и осуществлена оценка степени колонизации цитологическим методом. Репаративные процессы оценивались морфологически и морфометрически в гистологических препаратах. Больные ЯБДПК в соответствии с целью и задачами исследования были рандомизированы на три группы: комплексное лечение с пероральным (I группа) и эндоскопическим (II группа) применением инзимола. Из числа этих больных контрольную (III) группу составили пациенты, которым проводилась только эрадикационная терапия.

Результаты исследований и их обсуждение. Клиническая ремиссия в I группе больных наступала в среднем в 4,0 раза и во II группе в 5,2 раз быстрее, чем у пациентов получавших только базисную терапию. Болевой синдром у больных I группы уже на первый день оставался лишь у 15,8%, а к 14-му дню – лишь у 3,5%. Во II группе отмечен более выраженный терапевтический эффект эндоскопического лечения. У пациентов III группы болевой синдром к концу лечения сохранялся у 11,1%, достоверно отличаясь от пациентов I и II групп ($p < 0,01$) (рисунок 1).

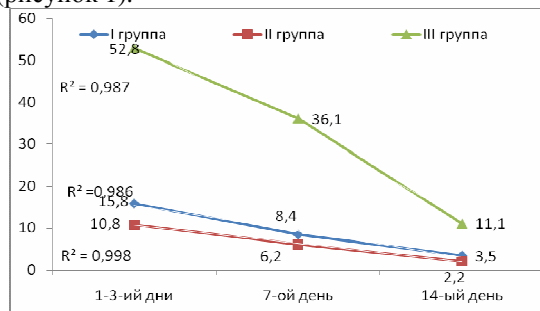


Рисунок 1 – Динамика болевого синдрома у больных при различных методах лечения

Исчезновение симптомов желудочной диспепсии в 2,8 раза быстрее оказалось в I группе и в 3,7 раза быстрее во II группе больных ЯБДПК, чем в III (контрольной) группе. Эти данные наглядно демонстрирует диаграмма, представленная на рисунке 2.

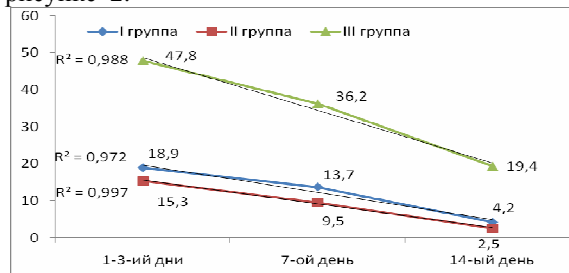


Рисунок 2 – Динамика диспепсического синдрома у больных при различных методах лечения

При эндоскопическом исследовании 3-х групп больных ЯБДПК оказалось, что к концу (на 14 день) лечения рубцевание язвенного дефекта наступило в I группе – у 91,2%, во II группе – у 95,5% обследованных. В III (контрольной группе) пациентов, получавших только эрадикационную терапию, заживление язвы отмечено лишь в 76,8% случаев (рисунок 3).

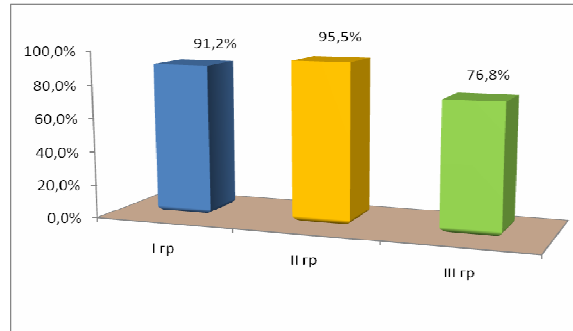


Рисунок 3 – Частота рубцевания язвенного дефекта СОДПК у больных при разных методах лечения

Анализ динамики клинических симптомов и данных ФЭГДС, в зависимости от различных методов лечения, свидетельствует о том, что назначение инзимола в таблетированном виде в 2,6 раза, а эндоскопическом его применении в 3,3 раза эффективнее базисных схем эрадикационной терапии. Применение инзимола в комплексном лечении ЯБДПК значительно ускоряет сроки купирования болевого и диспепсических синдромов, быстро приводит к очищению поверхности язвы от фибринозного налета, наложений детрита и, сокращает сроки заживления. Эндоскопическое применение инзимола в сочетании с эрадикационной терапией приводит к еще большему укорочению сроков эпителизации язвенного дефекта. Дефекты СО заживают нежным рубцом или без рубца с образованием грануляционной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шептулин А.А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни // Клин.мед. – 2004. - №1. – С.57-60.
2. Лазебник Л.Б., Гусейнзаде М.Г., Ли И.А., Ефремов Л.И. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Тер.архив. – 2007. - №2. - С.12-15.
3. Щербинина М.Б. Континуум хеликобактерной инфекции как научное обоснование принятия клинических решений // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2005. - №4. – С.20-26.
4. Chira C., Rovinaru I., Raducan L. Et al. Terapia de durata scurta in ulcerul duodenal // Rom.J. Gastroenterol. – 2001. - № 9. – P. 81.
5. Мишушкин О.Н., Володин Д.В., Зверков И.В. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Тер.архив, 2007. - №2. – С.23-26.
6. Калинин А.В. Язвенная болезнь: от патогенеза к лечению // Педиатрия, 2002. - №9(60). – С.14-18.
7. Предварительный патент на изобретение № 13975. Способ лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / Сейдахметова А.А., Исакаев Б.С.; опубл.15.12.2003. – 6с.
8. Сейдахметова А.А. Оценка терапевтической эффективности применения инзимола при труднорубцующихся язвах желудка и ДПК // Гастроэнтерология 2006: материалы Международного гастроэнтерологического конгресса. – Алматы, 2006. – С.17-18.

УДК 616.6-089.059:615.3

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Б.А.Умаров, О.К.Кулакеев
Городская поликлиника №1. г. Шымкент

ТҮЙІН

Дәрігерлік жолмен аборт жасау кезіндегі инфекциялық асқынудың алдын алу шарасы бойынша 18 әйел клаваммен емделді. Қолданылған емнің 94% жағдайда жоғары клиникалық тиімділігі анықталды.

SUMMARY

The preparation of zocef was used for the prevention of infectious complications in 18 women after surgical treatment of varicocele. The preparation «Zocef» demonstrated high clinical and bacteriological efficiency.

Варикоцеле – заболевание, при котором отмечается варикозное расширение вен так называемого «лозовидного» или «гроздевидного» сплетения семенного канатика. Это сплетение проходит от каждого яичка внутри пахового канала как элемент семенного канатика, а при выходе из него образует внутреннюю яичковую вену. Варикоцеле является одним из наиболее распространенных заболеваний среди мужчин. Частота встречаемости варикозного расширения вен семенного канатика (варикоцеле) среди подростков и мужчин по данным разных авторов от 4,4% до 30,7% и является ведущим фактором мужского бесплодия (от 30% до 50% бездетных браков) [1,2,3]. Варикоцеле – проблема не столько косметическая, сколько репродуктивная. Это

связано с тем, что эта патология является одной из ведущих причин мужского бесплодия. При варикоцеле отмечается нарушение кровоснабжения яичка, что сопровождается его атрофией, а следовательно, и угасанием его функций. Единственными эффективными методами лечения варикоцеле в настоящее время являются хирургические [1,2,3,4]. Разноречивость данных о частоте встречаемости этой патологии обусловлена субъективностью оценки клинических данных и подтверждает актуальность совершенствования диагностики варикоцеле и его рецидивов после хирургического лечения на ранних стадиях. Частота рецидивов варикоцеле после хирургического лечения составляет от 2 до 40%, в среднем 15% [2,3,4]. У оперированных больных послеоперационные инфекционные осложнения составляют по данным разных авторов от 6% до 25% [5,6]. Для антибиотикотерапии в урологии, как правило используют цефалоспорины I–II поколения, фторхинолоны, пенициллины защищенные ингибитором бетта-лактамаз [5,6,7].

Цель исследования – изучение эффективности препарата «Зоцеф» (Цефуросим натрий), цефалоспорина II поколения Алкем Лабораториз (Индия), для лечения инфекционных осложнений после хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы исследования. Препарат «Зоцеф» назначали 18 больным в возрасте от 17 до 34 лет, средний возраст $21,2 \pm 3,8$ лет, с инфекционными осложнениями после хирургического лечения варикоцеле по методу Иванисевича. Все пациенты были обследованы при помощи общеклинических методов, лабораторных методов, методов ультразвуковой диагностики и рентгенологического исследования. В работе применяли методику доплероэхографии вен семенного канатика для диагностики рецидивного варикоцеле. С целью антибиотикотерапии «Зоцеф» назначали внутримышечно по 1,5 г три раза в сутки 5-7 дней. Определение эффективности антибиотикотерапии препаратом «Зоцеф» проводилось посредством амбулаторного наблюдения за состоянием больных. Общеклинические обследование пациентов проводилось в урологическом кабинете поликлинического отделения, ультразвуковое исследование выполняли в отделении функциональной диагностики ГКП №1г. Шымкент. Все цифровые данные в настоящем исследовании обработаны методами альтернативной и вариационной статистики при помощи компьютерной программы «Биостатистика».

Результаты. Операция Иванисевича была первым хирургическим методом лечения варикоцеле. И до сих пор остается одной из малоэффективных операций при варикоцеле. Частота рецидивов заболевания при операции Иванисевича достигает 40 %. Это связано с тем, что при этой операции хирург имеет возможность осмотреть яичковую вену на очень небольшом ее протяжении, и любая веточка, отходящая выше или ниже, останется незамеченной. Кроме того, операция Иванисевича является самой травматичной из всех оперативных методов лечения варикоцеле. По результатам бактериологического анализа гнойного отделяемого установили, что у 16 пациентов возбудителем являлся *S. aureus*, у 2 больных возбудитель не определен. Из 18 пациентов с инфекционными осложнениями после хирургического лечения варикоцеле по методу Иванисевича 14 получали Зоцеф 5 дней, 3 больным потребовалось применение препарата в течение 7 дней. Одному больному с водянкой яичка, после четырех дней лечения потребовалась смена препарата, так как положительная динамика регресса послеоперационной инфекции не наблюдали. Пациенту назначен Тазид (Цефтазидим) 1 г два раза в день в течение 5 дней. Таким образом, эффективность антибиотикотерапии препаратом «Зоцеф» (Цефуросим натрий) инфекционных осложнений после хирургического лечения варикоцеле составила 94%. Отмечена хорошая переносимость препарата «Зоцеф», нежелательных явлений не отмечено.

Выводы: 1. Клиническая эффективность препарата «Зоцеф» в антибиотикотерапии инфекционных осложнений после хирургического лечения варикоцеле составила 94%. 2. Препарат «Зоцеф» хорошо переносился больными, нежелательных явлений не отмечено. 3. Препарат «Зоцеф» может быть рекомендован для лечения инфекционных осложнений после хирургического лечения варикоцеле.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н. А. Лопаткина. – М., 2007. – С.42-53.
2. Степанов В.Н., Кадыров З. Диагностика и лечение варикоцеле.- М., 2001.-169 с.
3. Жиборов Б.Н. О диагностике и лечебной тактике при варикоцеле.//Андрология и генитальная хирургия. – 2000. - №1. – С.39 – 42.
4. Шадамов А.К., Салиев А.Р., Эргашев Б.А., Шадамов М.А. Особенности диагностики варикоцеле.//Андрология и генитальная хирургия.- 2010.- №2. – С.81.
5. Набер К., Бергман Б., Бишоп М. и др. Руководство по периоперационной антибиотикопрофилактике в оперативной урологии Европейской ассоциации урологов.//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2000. - №3. – С.107 – 114.
6. Лоран О.Б., Сияжова Л.А., Косова И.В., Дементьева А.В. Антибактериальная профилактика и терапия при урологических операциях.// Российский медицинский журнал. – 2007. -№12. - С. 34 – 38.
7. Страчунский Л.С., Беденков А.В. Антибиотикопрофилактика в хирургии.// Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004 - № 6. - С.286 – 289.

УДК 618.15 – 002 - 08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Р.К. Карсыбекова
ШГБСМП, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста қазіргі кезде бактериалды вагинозды емдеудің салыстырмалы түрі берілген: пробиотик вагилак көмегімен және стандартты емдеу тәсілері. Алынған мәліметтер аталған әдістің нәтижелілігін көрсетіп отыр, сол себепті лацидофилді қынаптық дисбиоз кезінде жеке белгілеуге болатындығы дәлелдеп отыр.

SUMMARY

In this work was given the kind of comparative analysis of treatment of a bacterial vaginosis. With help of probiotic vagulac L Standard ways of treatment. The received results testify about efficiency of the specified method of therapy that's why it allows to recommend application of laktogin, as an independent method of correction of the vaginal dysbiosis.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа больных с вагинальными инфекциями, представляющими собой серьезную медицинскую и социальную проблему. По данным Кира Е.Ф. [1], из 200 пациенток, обратившихся за медицинской помощью только с жалобами на длительные и обильные выделения из влагалища, у 95 % был диагностирован бактериальный вагиноз (БВ), у 1,5 % – трихомониаз, у 1,5 % – кандидоз, у 1,5 % – неспецифический вагинит и у 0,5 % – гонорея. Увеличение данной патологии напрямую связано со все увеличивающимся спектром факторов, способствующих нарушениям нормальной вагинальной микрофлоры. Клинические наблюдения свидетельствуют, что длительное существование вагинального дисбактериоза приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья женщины. Дисбиотические нарушения состава микрофлоры поддерживают существующие патологические процессы, снижают колонизационную резистентность влагалища и создают реальную возможность для развития воспалительных заболеваний органов малого таза при внутриматочных манипуляциях и хирургических вмешательствах [2]. Современные клинические исследования и наблюдения свидетельствуют о том, что частота положительных результатов лечения вагинальных инфекций зависит не только от качества проведения этиотропной терапии и элиминации возбудителя, а, в основном, от нормализации и восстановления нормальной микрофлоры влагалища [3, 4, 5], и ведущими средствами для ее восстановления служат пробиотики. Главным недостатком биотерапевтических препаратов, используемых наиболее часто в современных условиях в акушерстве и гинекологии для коррекции микрофлоры влагалища, является то, что они содержат штаммы бифидобактерий или лактобактерий кишечного происхождения. Поэтому, при попадании в нехарактерную для их обитания среду влагалища, эти микроорганизмы, обладающие слабой адгезивной активностью по отношению к вагинальным эпителиоцитам, не в состоянии прижиться там на достаточно продолжительное время [4, 6, 7]. Вследствие этого, положительный эффект пробиотиков, даже при их длительном применении, зачастую носит транзиторный характер, и в большинстве случаев достигается лишь временный эффект [5].

Оценка результатов использования пробиотиков с позиций доказательной медицины не всегда представляется бесспорной, так как чаще всего она проводится непосредственно после окончания лечения, когда концентрация бактерий использованного препарата еще высока. В то же время, в ряде исследований показано, что при бактериологическом контроле, проведенном через 10 дней и более после окончания курса пробиотикотерапии вагинального дисбактериоза, концентрация пробиотических лактобацилл быстро снижается и дисбактериоз возвращается [8]. Все это требует от врача поиска и устранения факторов, способствующих возникновению дисбактериоза, а так же использования для коррекции дисбиоза наиболее эффективных пробиотиков. В последние годы для коррекции дисбиотических состояний нередко используются пробиотики, обладающие высокой антагонистической активностью в отношении патогенных и условно-патогенных возбудителей. В частности, в ряде исследований [7, 9, 10] была доказана эффективность Пробиотические штаммы лактобацилл *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC - 14 в суммарном количестве 10⁹ живых бактерий для подавления роста и адгезии патогенных микроорганизмов. Вагилак способствует увеличению числа лактобактерий во влагалище, нормализует вагинальную микрофлору. Бактерии *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14 восстанавливает естественную кислую среду во влагалище (рН 3,8-4,5) и повышает устойчивость слизистой к воздействию патогенных микроорганизмов.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность перорального приема вагилака для коррекции вагинального дисбиоза.

Материалы и методы. Было проведено обследование и лечение 72 пациенток с дисбиозом влагалища в возрасте от 19 до 28 лет. Подавляющее большинство (70 чел.) предъявляли жалобы на обильные бели, 68 женщины отмечали наличие неприятного запаха, 30 – диспареунии, 20 пациенток жаловались на чувство зуда или жжения в области наружных половых органов, 10 – на дизурические явления. Диагноз дисбиоза был установлен на основании результатов бактериологического и бактериоскопического исследований. В частности, о наличии дисбиоза влагалища свидетельствовали: содержание *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и

Lactobacillus reuteri RC - 14 в суммарном количестве 10⁹ живых бактерий или их наличие в ассоциациях более чем из двух видов, а также наличие гемолизирующих микроорганизмов. Картина микроскопического исследования мазков соответствовала дисбиозу влагалища и выражалась в отсутствии лактобактерий, обильной полиморфной грамотрицательной и грамположительной палочковой и кокковой микрофлорой, наличием «ключевых клеток». pH влагалищного отделяемого у обследованных больных составило ($M \pm m$) $5,8 \pm 0,1$. Все обследованные пациентки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 37 женщин, которым с целью восстановления нормальной микрофлоры влагалища и для профилактики рецидивов был назначен пероральный прием вагилак по 1 капсуле в день во время еды в течение 15 дней. Эффективность лечения оценивалась по субъективным ощущениям женщин, динамике клинической картины заболевания, видовому и количественному составу микрофлоры влагалища. Критерием излеченности являлась нормализация вагинальной микрофлоры. Контрольные исследования проводились на 15-й день терапии, а также через 30 и 60 дней после завершения лечения. Контрольную группу составили 30 пациенток с БВ, которым была проведена стандартная двухэтапная терапия.

Полученные результаты. В процессе терапии практически у всех женщин основной группы исчезли патологические выделения из влагалища и чувство дискомфорта в органах мочеполовой системы. Жжение и неприятные ощущения во влагалище через 2 недели от начала лечения отмечали только 4 пациентки. В мазках на 15-й день лечения у большинства больных было отмечено уменьшение палочковой и кокковой микрофлоры. pH влагалищного отделяемого статистически достоверно ($p = 0,0001$) снижалось, по сравнению с исходными данными, до $4,9 \pm 0,1$. Только в трех случаях было констатировано наличие *Candida albicans*. В этом случае дополнительно было назначено однократное введение флузола. Непосредственный положительный эффект от проведенного лечения был констатирован на 15-й день в 34 случаях (91,9 %). Через 30 дней от начала терапии только 2 пациентки отметили наличие патологических выделений из влагалища. У одной из них был констатирован рецидив бактериального вагиноза (pH 6,0, наличие в мазке «ключевых» клеток, *Mobiluncus*). В остальных случаях все пациентки считали себя практически здоровыми и никаких жалоб не предъявляли. При проведении бактериологического исследования было констатировано наличие *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC - 14 в суммарном количестве 10⁹ живых бактерий, pH влагалищного отделяемого равнялось $4,2 \pm 0,1$.

Через 60 дней от начала терапии все 37 пациенток чувствовали себя практически здоровыми, и никаких жалоб не предъявляли. При оценке микроскопической характеристики биоценоза влагалища (по Е.Ф. Кира), в 35 случаях было констатировано наличие нормоценоза, в 2 случаях отмечен промежуточный тип. Стандартная двухэтапная терапия была проведена 30 пациенткам контрольной группы. На первом этапе применялся метронидазол 500 мг в течение 7 дней, на втором – использовался осарбон по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней. После проведения указанной терапии у 26 женщин наступило клиническое выздоровление, тогда как четверо пациенток отмечали наличие патологических выделений из половых путей и неприятные субъективные ощущения. Эффективность проведенной терапии составила 86,7 %, что не имело статистически достоверной разницы с показателями больных основной группы ($p = 0,2161$). При оценке результатов через 30 дней от момента завершения терапии, у 7 больных был констатирован рецидив БВ, а у 2 женщин отмечено наличие вагинального кандидоза, что потребовало дополнительного применения антимикотиков (флузол) и вагинального крема клиндацин, с последующим применением вагинальных свечей «Осарбон» в течение 15 дней. Через 60 дней от начала терапии все 30 пациенток контрольной группы также чувствовали себя практически здоровыми. В 27 случаях при оценке микробиоценоза влагалища было зарегистрировано наличие нормоценоза, а в 3 случаях отмечен промежуточный тип.

Заключение. Таким образом, учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что применение пробиотиков с высокой антагонистической активностью против патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, в частности вагилак, имеет терапевтическую эффективность, сопоставимую с эффективностью стандартных схем лечения бактериального вагиноза, и может быть использовано в качестве альтернативы лечению данной патологии антибактериальными препаратами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз /Е.Ф. Кира. – СПб., 2001. – 364 с.
2. Пинчук, Н.А. Дисбиоз влагалища как фактор риска развития послеоперационных осложнений /Н.А. Пинчук, Е.В. Уткин //Медико_биологические проблемы. – 1998. – Выпуск 4. – С. 46.
3. Бактериальный вагиноз /под ред. И.Б. Манухина. – М., 2000. –28 с.
4. Микробиология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах /В.М. Коршунов, Н.Н. Володин, Б.А. Ефимов и др. – М., 1999. – 80 с.
5. Сидорова, И.С. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста /И.С. Сидорова, Е.И. Боровкова. – М., 2007. – 80 с.
6. Евсеев, А.А. Вагинальный дисбиоз и методы его коррекции /А.А. Евсеев //Рос. вестник акуш._гинекол. – 2007. – Т. 7, № 4. – С. 65_69.
7. Глушанова, Н.А. Лактобациллы в исследовании и коррекции микробиологических нарушений: метод. реком. /Н.А. Глушанова, А.И. Блинов. – Новокузнецк, 2005. – 29 с.
8. Probiotic *Lactobacillus* dose required to restore and maintain a normal vaginal flora /G. Reid, D. Beuerman, C. Heinemann, A.W. Bruce
9. //FEMS Immun. Med. Microbiol. – 2001. – V. 32, N 1. – P. 37_41.Reid, G. Probiotics. Some evidence of their effectiveness /G. Reid, J.

УДК 616.831.9-002.155-053.2:578.835.11(574.5)

КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ Г.ШЫМКЕНТА

*Г.Н.Абуова, Г.К.Исабаева, Э.С.Шойынбай, Ж.Т.Жаикбаева, А.Ш.Бақыева, А.А.Маймакова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
ГИБ, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Шымкент қаласындағы балалар арасында энтеровирусты менингиттерінің клинико-лабораториялық ағымының ерекшеліктері зерттелді. Вирусқа қарсы препараттарды антибиотиктермен қосып бергенде аурудың ағымының қысқаруы, асқинулардың азаюы және қалдық өзгерістердің төмендеуі байқалған.

SUMMARY

We have studied clinical and laboratory features of the flow enteroviral meningitis in children in the city Shymkent. Prescribing antiviral drugs in combination with antibiotics in reducing the duration of the disease, reducing the frequency of complications and sequelae.

Энтеровирусная инфекция является широко распространенной патологией человека, с которой врач чаще сталкивается, чем ставит этот диагноз [1]. При этом поражаются различные органы и системы, в том числе и центральная нервная система. Согласно литературных данных, частота менингоэнцефалитов составляет около 12% от всех форм энтеровирусной инфекции [2]. Основными симптомами энтеровирусных менингоэнцефалитов являются головная боль, рвота, нарушение сознания, менингеальные симптомы, очаговая симптоматика. Из черепных нервов чаще поражаются XII, VII и III пары. На фоне адекватной терапии наступает быстрое улучшение общего состояния детей. Имеющиеся остаточные явления незначительны [2].

Нами были проанализированы клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов, находившихся на стационарном лечении в Городской инфекционной больнице г.Шымкента в течение июля – августа 2010 года. Диагноз менингита выставлялся на основании клинических проявлений, данных исследования ликвора, стандартных обследований: общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови. аспределение детей по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Количество больных	Возраст														Всего
	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет	13 лет	14 лет	
	1	1	2	3	2	4	3	3	1	5	2	3	5	4	39

Всего пролечено 39 больных с менингитами, что составило 6% от находившихся в стационаре детей с диагнозом ОРВИ. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 10 до 21 дней (в среднем составила 13,9 дней) и зависела от тяжести течения и проведенного лечения. Большинство детей поступило в стационар на 1-2-е сутки от начала заболевания (28 человек – 71,8%), на 3-и сутки – 4 (10,2%), на 4-е сутки – 7 (18%). При анализе эпидемиологического анамнеза в 3-х случаях выявлен факт купания в бассейне, в 2-х случаях – купание в реке, у 1 больного контакт с ОРВИ, а в 33 случаях эпидемиологический анамнез оказался невыясненным (диаграмма 1).

Эпидемиологический анамнез энтеровирусных менингитов



Признаком тяжести воспалительного процесса нами расценивалась температурная реакция. Она зарегистрирована у 39 человек (100%), из них у 17 (43,6%) – до 38°C, у 4 (10,2%) – до 38,9°C, а у 18 (46,2%) температура поднималась выше 39°C, держалась от 1 до 7 суток (в среднем 2,5 суток). Основные признаки заболевания представлены в Таблице 2.

Таблица 2. Основные симптомы заболевания

Симптомы		Число пациентов
Менингеальные симптомы	резко выраженные	21 (53,8%)
	умеренно выраженные	17 (43,6%)
	диссоциация менингеальных знаков	1 (2,5%)
Головная боль	выраженная	29 (74,4%)
	умеренная	10 (25,6%)
Множественная рвота		39 (100%)
Повышение температуры тела	до 38° С	17 (43,6%)
	до 38,9° С	4 (10,2%)
	выше 39° С	18 (46,2%)

Из лабораторных методов обследования важнейшим является анализ ликвора. Изменения в ликворе зависели от дня заболевания, что представлено в таблице 3.

Таблица 3. Клеточный состав ликвора при энтеровирусных менингитах

Цитоз	День болезни			Соотношение клеток ликвора
	1-2	3-4	более 5	
15-30	5 б-ных	1 б-ной	-	Нейтрофилы > лимфоциты 16 пациентов (41%) Нейтрофилы < лимфоциты 19 пациентов (48,8%) Нейтрофилы = лимфоциты 4 пациента (10,2%)
31-100	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
101-200	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
201-500	9 б-ных	4 б-ных	1 б-ной	
Более 500	3 б-ных	-	-	
В среднем	208,6 клеток	250,8 клеток	202 клеток	

Изменения в общем анализе крови зависят также от дня заболевания. В первые дни у 19 больных (48,7%) отмечался лейкоцитоз за счет нейтрофилии с незначительным палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ. У 20 больных (51,3%) отмечался нормоцитоз в течение всего заболевания. Лейкопения у больных с энтеровирусным менингитом не регистрировалась. Все больные с энтеровирусными менингитами получили комплексное индивидуальное лечение: 9 больных - противовирусную терапию таблетками ацикловира в возрастных дозировках, до 1 г в сутки, курс – 5 дней. 17 больных получили комбинированную противовирусную и антибиотикотерапию, 13 больных – только антибиотикотерапию (ампициллин, пенициллин, цефазолин – в возрастных дозировках). В курс стандартной терапии входили диуретики, актовегин, винпосан, ибупрофен, витамины группы В. В результате проведенного лечения наблюдалась четкая регрессия основных клинических симптомов: рвота прекратилась на 1-й день – у 28 пациентов, на 2-й день – у 10 пациентов; нормализация температуры у большинства больных (34 пациента – 87,2%) наблюдалась в течение первых трех дней, уменьшение головной боли (34 пациента – 84,6%) также в течение первых 3-х дней, менингеальные знаки перестали выявляться у 21 больного – на 2-й день лечения, еще у 15 больных – на 3-й день стационарного лечения.

Контрольная спинно-мозговая пункция у 8 пациентов проведена на 10-й день лечения, из них у 5 - нормализация СМЖ; у 17 пациентов на 12-14-й день лечения, из них у 6 - нормализация СМЖ; у 7 пациентов – на 15-17 день лечения, во всех пробах – остаточные явления в виде лимфоцитарного плеоцитоза от 7 до 32-106/л. результате проведенного лечения с выздоровлением выписано 22 больных (56,4%), с улучшением – 17

больных (43,6%). Из клинических проявлений остаточных явлений – у 5 пациентов (12,8%) сохранялась умеренная головная боль. Всем детям после перенесенного энтеровирусного менингита был рекомендован диспансерный учет, наблюдение у невропатолога. Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, можно сделать следующие выводы: энтеровирусные менингиты увеличивают длительность заболевания и усиливают тяжесть течения болезни. Основные симптомами энтеровирусных менингитов являются головная боль, многократная рвота, повышение температуры тела, менингеальные симптомы. Выраженные менингеальные симптомы (53,8%) преобладают над умеренными (43,6%) в анализах ликвора у больных преобладает лимфоцитарный плеоцитоз (у 48,8%), на 1-2 день болезни количество клеток составило в среднем 208,6 в 1 мкл, на 3-4 день наблюдалось нарастание количества клеток в среднем до 250,8, со снижением в более поздние сроки. Периодических изменений со стороны лабораторных анализов крови не выявлено. А фоне комбинированной антибиотико- и противовирусной терапии наблюдается положительная динамика и наступает быстрое улучшение общего состояния детей. Имеющиеся остаточные явления незначительны, но требуют диспансерного наблюдения, что важно для сохранения качества жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубрицкий П.К., Астанов А.А. Энтеровирусная инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация. – Мн., 1998.
2. А.А.Корнякова, Л.И.Ясинская, А.П.Кудин. Энтеровирусные менингиты у детей.

УДК 616.33/34:579.873.13(574.5)

ЗНАЧЕНИЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ И ВЛИЯНИЕ CANDIDA ALBICANS НА ИХ СОДЕРЖАНИЕ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ

М.Н. Бурова

Областная клиническая больница, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада 30-40 жас аралығындағы 105 еркісілер және 118 әйелдің биоцинозды анықталған. Мақалада 50% ер 45% әйелдерде бифидобактериялар қалыпты жағдайдағы емес және мүлдем жойылу жағдайында, тек 34% ер кісілерде және 42% әйелдерде бифидобактериялар қалыпты жағдайда.

SUMMARY

In 105 men and in 118 women of the 30-40 aged were examined to define biphidocacteria in alimentary tract. The results of examination cleared up 50 % in men and 46 % in women absence of biphidobacteria is stancard 16 % in men and 12 % in women quantity of biphidobacteria is in limit of norms.

The monitoring of biocinoz which contains in the alimentary tract was showed precense of biphidobacteria cepends from precense or absence of candidi.

Микробиоцинозы человека отличаются разнообразием образующих их представителей и микрофлоры. Самой многочисленной группой являются бактериальные ассоциации. Микробиоциноз ЖКТ включает до 500 видов бактерий. Между бактериями и макроорганизмом часто складываются симбиотические связи. Из наших «полезных» сожителей наиболее известны бифидобактерий.

Цель работы: изучение влияние *Candida albicans* на содержание бифидофлоры в ЖКТ.

Материалы и методы : В 2009 году обследовано 223 пациента из гастроэнтерологического отделения терапии инвалидов ВОВ, поликлиники №1 на дисбактериоз кишечника. Для получения дрожжеподобных грибов использовались плотные среды Сабуро: для получения бифидобактерий – полужидкий бифидо-агар. Род *Bifidobacterium* относится по определителю Берджи к 20 группе семейства *Actinomycetaceae*. Это не спорообразующие грамположительные палочки неправильной формы. Строгие анаэробы, культивируются на бифидо-агаре в виде плотных образований в столбике среды. При микроскопии с окраской по грамму - палочки с тенденцией к образованию скоплений в виде иероглифов, размером от 4-10 мкм с утолщением в виде булавы или с раздвоенными концами в виде оленьих рогов. ЖКТ новорожденных бифидобактерии заселяют к концу первой недели жизни и по данным Л.А. Ливанова и В.А. Алешкина значительный рост бифидобактерий наблюдается у подростков, что можно объяснить гормональной перестройкой в организме. К 20 годам она завершается и это время считается самым благоприятным периодом по состоянию нормальной микрофлоры кишечника. Однако, после 20 лет дисбиотические изменения усугубляются с возрастом и особенно выражены к 60 годам.

1 неделя	0-1%
1 год	90%
До 16 лет	95%
19-20 лет	99%
55-60 лет	51%

Бифидобактерии также синтезируют аминокислоты, а молочная и уксусная кислоты, продуцируемые бифидобактериями, способствуют усилению процессов всасывания в стенках кишечника ионов Ca, Fe и vit D. Бифидобактерии синтезируют белки и витамины (тиамин, рибофлавин, а также никотиновую, пантатеновую и фолиевую кислоты, пиридоксин и цианокоболамин), которые всасываются в кишечник). Бифидобактерии участвуют в расщеплении солей желчных кислот, оказывают выраженное иммуностимулирующее действие на систему местного иммунитета кишечника. Качественные и количественные изменения состава микробных ассоциаций в ЖКТ снижают сопротивляемость слизистой кишечника токсичным продуктам, обмен веществ уменьшается, нарушается проницаемость, и как следствие, вызывают поражения слизистой кишечника, приводящие к аутоитоксикации. При нарушении проницаемости кишечного барьера кишечные микроорганизмы способны проникать в кровь (сепсис). Степень тяжести дисбактериоза определяется степенью снижения бифидобактерий и других облигатных микроорганизмов и повышения числа условно-патогенных видов. Дисбактериоз кишечника отягощает течение заболеваний ЖКТ, атеросклероза, злокачественных образований, сердечнососудистых патологий и аллергий.

Результаты: Количество бифидобактерии в биоценозе кишечника зависят не только от возраста больного, но и от диеты и образа жизни макроорганизма. В ОКБ в 2009 году в вышеперечисленных отделениях обследованы 105 мужчин и 118 женщин примерно одного возраста 30-40 лет.

Всего	Нормальное содержание б/б	%	Снижение содержание б/б	%	Отсутствие б/б	%
Мужчины 105	36	34	15	16	49	50
Женщины 118	48	42	12	12	40	36

Таблица №1-Количество бифидобактерии в биоценозе кишечника у больного ОКБ за 2009 год.

Из приведенной таблицы №1 видно, что у 50% мужчин и 36% женщин бифидобактерии отсутствуют в пределах допустимых норм. У 16% мужчин и 12% женщин содержание бифидобактерий снижено и находится на критической точке исчезновения, и лишь у 34% мужчин и 42% женщин содержание бифидобактерий - в пределах нормы. Далее мониторинг биоценоза, содержащегося в ЖКТ, показал, наличие бифидобактерий зависит от присутствия или отсутствия грибов рода Candida. При исследовании 105 мужчин и 118 женщин было установлено, что грибы рода Candida были обнаружены у 57 мужчин и 56 женщин. При этом бифидобактерии отсутствовали у 49 мужчин (50%) и 40 женщин (36%) соответственно.

Выводы: Доминирующее положение бифидобактерий в кишечнике обеспечивает защиту организма от патогенной микрофлоры. Обладая высокой патогенической активностью к патогенным микроорганизмам и, выделяя большое количество кислых продуктов, бактериоцинов, бифидобактерии достаточно снижают антилизоцимную активность патогенной микрофлоры за счет конкурентирования за сайты прикрепления к клеткам слизистой кишечника и подавления бактериальной транслокации, делают бифидобактерии важным элементом антиинфекционной защиты организма хозяина, формируя его иммунитет. Наблюдается зависимость содержания бифидобактерий от наличия грибов рода Candida.

ЛИТЕРАТУРА

1. МЭ и М № 4 .003 г. «Межбактериальные взаимодействия» О.В.Бухарин, Б.Я. Усвяцов, Л.М. Хуснутдинова
2. МЭ и М №3-2001 г. «Возрастные особенности микробиоценозы кишечника» Л.А. Ливанова, В.А. Алешкин, А.А. Воробьева, С.С. Афанасьева и др.
3. МЭ и М №2.2001 г. «Микроорганизмы и человек. Некоторые особенности их сосуществования на современном этапе» Ю.,Я Шевченко, Г.Г. Онищенко.
4. МЭ И №4 -2000 г. «Влияние бифидобактерий на антилизоцимную активность энтеробактерий»
5. МЭ И М № 5-2002 г. «Характеристика микроорганизмов колонизирующих кишечник человека» Б.А. Ефимов, Н.Н. Володина и др.

УДК 616.921.5:578.832.1-07-08

ГРИПП И ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Г.Ж. Манибаева

Городская поликлиника №3, город Тараз

ТҮЙІН

Бұл еңбекте аумақтық дәрігердің жедел респираторлық ауруларын және грипп ауруын анықтау және емдеуде атқаратын орны көрсетілген. Осы аурулар кезінде аурудың диетасына, күн тәртібіне зор мән бөлінген, алдын алу жолдары көрсетілген. Қазіргі кездегі вакциналық алдын алудың орнына мән бөлінген.

SUMMARY

The article emphasized a role of a local therapist in the timely detection and treatment of acute respiratory viral infections. It shows a certain difficulty in the differential diagnosis of acute respiratory disease and influenza. Upon these diseases you need pay attention on diet and timetable of disease. Indicators for hospitalization are specified. In the currently available method is a vaccine prevention.

Широкая распространенность острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), в том числе гриппа, особенно в период массовых эпидемических вспышек, причиняет значительный ущерб здоровью, снижая трудоспособность человека. За 11 месяцев 2009 года в нашей Республике по сравнению с аналогичным периодом 2008 года зарегистрировано 484470 случаев ОРВИ, против 249995 за эпид. сезон 2008 года, что составляет рост ОРВИ на 8,3%. В период с 09.2009 по 03.2010 г.г. по городской поликлинике № 3 зарегистрировано 2847 случаев ОРВИ, из них осложненных пневмонией - 7 случаев. Первым встречается с пациентом врач первичного звена медицинской помощи - участковый терапевт. Соответственно главной задачей является усовершенствование его знаний и умений в части своевременного выявления, лечения, предупреждения осложнений. Следует учитывать определенную сложность в процессе проведения дифференциальной диагностики: симптомы острых респираторных заболеваний как бактериальной, так и вирусной этиологии часто сходны с первыми клиническими проявлениями гриппа. Так, к характерным проявлениям острых респираторных заболеваний относятся назофарингит, ларингит, а также (в отличие от гриппа) постепенное развитие общего недомогания, температура тела невысокая, возможны симптомы раздражения гортани и трахеи в виде сухого беззвучного кашля. В ряде случаев эти симптомы могут возникать и в начальной стадии гриппа, но при этом следует иметь в виду, что для гриппа характерны острое начало, значительное повышение температуры тела, головная и мышечная боль, сильное недомогание. Однако и в начале гриппа возможны перечисленные острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, что требует от врача определенной настороженности - своевременно диагностировать достаточно опасную инфекцию, каковой является гриппозная, и вовремя осуществить полноценную лечебную программу.

В связи с этим целесообразно напомнить, что развившаяся в 1918 – 1920 гг. во всем мире эпидемия гриппа приобрела характер пандемии, которая унесла более 20 млн. жизней. Хорошо представляя различные варианты течения ОРВИ, среди которых грипп наиболее опасен осложнениями, участковый терапевт должен проявлять большую настороженность и внушать пациенту необходимость строгого соблюдения врачебных рекомендаций, несмотря на кажущуюся легкость первых проявлений заболевания, так как при ОРВИ, в том числе при гриппе, поражаются не только верхние дыхательные пути, но и сердечно-сосудистая система, почки, центральная нервная система. Постельный режим, ограничение физической нагрузки – главное в предупреждении тромбообразования в связи с возможным неблагоприятным воздействием вируса на эндотелий сосудов. Большинство пациентов получают лечение в домашних условиях при ежедневном наблюдении врача. Лечение при нетяжелой форме заболевания осуществляет участковый терапевт. Роль врача в данном случае заключается прежде всего в оценке состояния больного и регулировании лечебной тактики в части коррекции медикаментозной терапии, постельного режима, рациона в зависимости от течения заболевания, наличия сопутствующих патологических изменений и осложнений. При необходимости принимается решение о госпитализации. Применяемый комплекс лекарственных препаратов обширен и общеизвестен. Наиболее эффективной медикаментозной терапией является применение препаратов, подавляющих репродукцию вирусов в организме, нейтрализующих катаральные воспалительные явления.

В арсенале лекарственной терапии остается ремантадин – препарат, наиболее активно влияющий на штаммы вирусов гриппа А. Ремантадин целесообразно применять при подозрении на грипп и при выраженных проявлениях гриппозной инфекции (от 0,05г 3 раза в сутки в первые 2-3 дня; при выраженном тяжелом течении гриппа дозу увеличивают по схеме: 6 таблеток в 1-й день, по 4 таблетки во 2-й и 3-й дни, по 2 таблетки в последующие 4-ы и 5-ы дни). Небольшая эффективность препарата отмечается в случае, если прием начат с 1-х, максимум 2-х суток от появления симптомов. Положительный эффект при ОРВИ, в том числе гриппе, отмечается в результате применения арбидола, человеческого рекомбинантного гамма – интерферона ингарона - раствора для интраназального введения. В качестве иммуностимулирующих препаратов с успехом применяется арбидол и амиксин. Более чем в 70% случаев вирусной, в том числе гриппозной, инфекции положительное действие оказывает противогриппозный иммуноглобулин, который применяется внутримышечно в виде однократной инъекции 4-5 мл, желателно в начале заболевания. Однако наибольшей доказанной эффективностью обладает препарат тамифлю. Его принимают внутрь во время еды или независимо от приема пищи по 1 капсуле (75 мг) 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Диета должна отвечать следующим основным принципам. Необходим обильный прием жидкости с учетом повышенного потоотделения, выраженной интоксикации. Предпочтителен неоднократный прием чая с медом и лимоном, фруктовых соков, компотов, отвара шиповника, ягодных морсов, простокваши, разбавленной водой. От молока, сырых овощей и фруктов следует воздержаться во избежание метеоризма и раздражения поджелудочной железы. В предупреждении массового заболевания гриппом значительную

роль играет полноценность неспецифической и специфической профилактики. Суть неспецифической профилактики состоит в следующем. В эпидемический период рекомендуется соблюдение личной гигиены, изоляция больных, влажная уборка помещений, применение дезинфицирующих средств, обработка одежды и белья больного, проветривание помещений, ультрафиолетовое облучение воздуха в учреждениях, в том числе медицинских, ограничение общения людей - массовых мероприятий, отмена занятий в школах и др.

Весьма полезны разнообразные лекарственные средства: ремантадин, арбидол, интерферон, дибазол, человеческий противогриппозный гамма – глобулин, оксолиновая мазь, цитовир – 3 и др. С этой же целью могут применяться средства, повышающие неспецифическую резистентность организма по отношению к вирусу гриппа (афлубин, инфлюцид, сангриппин – 2, агри и др.); биоадаптогены (женьшень, чеснок, пантокрин). Специфическая профилактика в виде вакцинации имеет решающее значение в борьбе с гриппом и дает социально – экономический эффект, более выраженный, чем неспецифическая профилактика данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Татаченко В.К. Вопросы современной педиатрии - 2004.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно – практическая программа союза педиатров России. М. 2002г .
3. Костинов М.П. Основы вакцинопрофилактики у детей. Под ред. – Медицина для всех. 2008г.

УДК 616.053.2:615.03

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИММУНОРИКС В ПЕДИАТРИИ

А.Ж. Олжатаева

Городская поликлиника №5, город Тараз

ТҮЙІН

Бұл еңбекте иммунорикс дәрісінің жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларын емдеуде және алдың алуда қолдану нәтижелері көрсетілген. Қолдану нәтижелері жоғары болғандықтан бұл дәріні амбулаториялық емдеуде жиі қолдануды бағыштауға болады, өйткені иммунорикс әсерін аз уақыт аралығында көруге болады.

SUMMARY

This article shows the results of the Immunorix medicine application with the aim of treatment and prevention of children with frequent inflammatory diseases of upper air passages.

Good results of the medicine use allow to recommend this drug to the wide application on outpatient basis.

The results of the Immunorix application are seen in a short time.

Цель: Анализ результатов применения препарата иммунорикс в детской практике у часто болеющих детей. Инфекции дыхательных путей представляют собой одну из самых главных причин заболеваний в детском возрасте; около 70% этих инфекции поражает верхние дыхательные пути и область среднего уха. Лечение и профилактика респираторных инфекций по-прежнему остаются в центре внимания педиатров, т.к на их долю приходится более 90% всех обращений за амбулаторной помощью. Определенная группа детей болеет чаще других, этих детей условно называю «часто болеющие дети». Исследование роли иммунной системы в развитии рецидивирующих респираторных инфекций привело врачей педиатров к выводу о необходимости применения иммуномодуляторов для лечения таких заболеваний. К этой группе относится препарат «Иммунорикс». Иммунорикс - это синтезированный иммуномодулирующий препарат пептидной структуры. После перорального употребления он быстро всасывается, биодоступность составляет 43-45% независимо от дозы, период полураспада 4 часа, выведение с мочой 95%. Применение его приводит к значительному увеличению активности фагоцитов, В и Т – лимфоцитов, активизирует выработку гамма – интерферона. Эти характеристики позволяют считать препарат иммуномодулятором воздействующим одновременно на несколько звеньев иммунного ответа, с возможностью его применения как в острой фазе, так и в качестве профилактики частых респираторных инфекций.

Материалы и методы: В течение года препарат иммунорикс включался в комплексное лечение часто болеющих детей воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. При обследовании 31 больных детей с диагнозом: острый ринофарингит, 25 из которых получали иммунорикс 400 мг в день в течении 2-х недель. Было установлено, что иммунорикс эффективен и в лечении острой инфекции, т.к. сроки выздоровления сократились в 2 раза по сравнению с группой детей у которых иммунорикс в лечении не применялся. Иммунорикс так же, был применен с целью профилактики у часто болеющих детей воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей. Иммунотерапия длилась 2 месяца. Принимался препарат вне приема пищи, 2 раза в день. Период наблюдения длился 2 месяца. В течение этого периода регистрировали продолжительность защитного эффекта, снизился число случаев повторного заболевания детей.

Выводы: Применение иммунорикса имеет выраженный лечебный и профилактический эффект, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в амбулаторных условиях для лечения респираторной инфекции и профилактики частых простудных заболеваний у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммуномодуляторы: классификация, фармакологическое применение. Фарматека. 2004г.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико – социальные аспекты. 2000г. NOTTA G. Пидотимод : лечение и профилактика рецидивирующего тонзиллита у детей. 2003г.

УДК 616.155.194-053.3:615.03

ПРИМЕНЕНИЕ АКТЕФЕРРИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

П.К. Маханова.

Городская поликлиника №5, город Тараз

ТҮЙІН

Бұл еңбекте актиферрин дәрісінің кішкентай балаларды, оның ішінде шала туған балаларды емдеуде қолдануы туралы айтылады. Актиферрин дәрісі тамшы түрінде болғандықтан кішкентай балаларды емдеуде қолайлы. Еңбекте шала балаларға дәріні беру схемасы көрсетілген.

SUMMARY

This article focuses on the role of aktifferin in the treatment of infant and premature children's anemia. Aktifferin is accessible for infants because it is produced in the form of drop, which rises the drug absorbability with the minimum gastrointestinal irritation. It is shown the scheme of the prescription of the drug for the premature children.

Анемия является одной из наиболее частых патологии у детей. Железодефицитные состояния (ЖДС) отмечаются у 26- 60 % детей раннего возраста, а среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех, манифестным проявлением ЖДС является железодефицитная анемия.(ЖДА). ЖДА характеризуется снижением уровня гемоглобина, уменьшением средней концентрации гемоглобина в одном эритроците при сниженном содержании сывороточного железа и повышенной железосвязывающей способности сыворотки крови. Причины возникновения ЖДА могут зависеть от факторов: - Бедность депо железа. Запасы, обусловленные поступлением железа в организм ребенка через плаценту, истощаются к моменту, когда масса его тела примерно утраивается. Поэтому у детей родившихся с низкой массой, от женщин с ЖДС, частыми беременностями запасы железа могут быть истощены раньше. - нарушение всасываемости железа в кишечнике. - избыточные потери железа.

Группы риска по развитию железодефицитных состояний и ЖДА составляют: - новорожденные, родившиеся от многоплодной беременности; - новорожденные с перинатальными кровопотерями; - новорожденные, родившиеся у женщин с ЖДА, обострениями хронических соматических и инфекционных заболеваний, тяжелыми гестозами; - новорожденные с постнатальной патологией (гипотрофия, дисбактериоз, инфекционные заболевания); - недоношенные дети, которые представляют основную группу детей по развитию ЖДА, так как кроветворение недоношенных новорожденных с 2,5 -3 –месячного возраста вступает в железодефицитную фазу с развитием поздней анемии недоношенных. Основные принципы лечения ЖДА заключается в следующем; невозможно возместить дефицит железа без применения железосодержащих препаратов: терапия железодефицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами железа для перорального приема; детям раннего возраста предпочтительнее назначение препаратов железа, выпускаемых в жидкой форме (капли, сироп); терапия ЖДА не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина.

В настоящее время для профилактики и лечения ЖДА у новорожденных и детей раннего возраста появился широкий арсенал железосодержащих препаратов для перорального введения (капли, сироп). Из препаратов двухвалентного железа широко используется препарат актиферрин) в виде капель. Это объясняется тем, что новорожденным не рекомендуется назначать таблетированные и капсулированные формы железа (из –за сложности введения и точности дозирования), а также парентерально вводимые формы железа, что может привести к избытку свободного ионизированного железа в организме, обладающего токсическим действием, препарат двухвалентного сульфата железа - актиферрин (капли). Он представляет собой растворимую форму сульфата двухвалентного железа в комплексе с D.L –серином (a- амино –b – оксипропионовая кислота), улучшающим его высасывание. Препарат минимально раздражает ЖКТ и разрешен к применению во всех возрастных группах. Схема назначения актиферрина следующие. Для профилактики развития дефицита железа и/или ЖДА с учетом толерантности желудочно- кишечного тракта ребенка: более раннее –с 20 -25 дней жизни 0,5 мг/кг/сут с постепенным увеличением дозы до 2-3

мг/кг/сут с учетом железа, поступающего с пищей (если ребенок вскармливается смесью, обогащенной железом), длительность 3-6 месяцев; более позднее – с35-40 дней жизни 1-2 мг/кг/сут. С лечебной целью доза может быть повышена до 5 мг/кг/сут. Для доношенных новорожденных из группы риска: 0,5 -1 мг/кг/сут с постепенным увеличением дозы до 2-3 мг/кг/сут при необходимости с учетом железа, поступающего с пищей (если ребенок вскармливается смесью, обогащенной железом), длительность 2-6 месяцев; 1-2 мг/кг/сут длительно (лечебная доза – 3-5 мг/кг/сут). Критериями эффективности Актиферрина являются: увлечение числа ретикулоцитов (6-10-й день лечения): достоверное повышение уровней гемоглобина и эритроцитов; нормализация клиника - лабораторных показателей.

Выводы: актиферрин (капли) хорошо переносят новорожденные при индивидуальном подборе дозы с учетом толерантности, удобен в дозировании, что позволяет с наибольшей точностью рассчитать дозу, предупредить передозировку и связанные с ней осложнения. Актиферрин может быть рекомендован для широкого использования в профилактике и лечении ЖДА у новорожденных. Таким образом, актиферрин – препарат выбора в профилактике и лечении ЖДА у недоношенных новорожденных ввиду своей высокой терапевтической эффективности, безопасности и отличной переносимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. З.С. Баркаган. Геморрагические заболевания и синдромы.
2. К.О. Омарова. Железодефицитные анемии у детей (информационное письмо). Алматы. 2001 год.
3. Н.А. Агоджанов. Экологическая физиология человека. М., 2000 год.
4. В. И. Калиничева. Анемии у детей. Л., 2000 год.

УДК 616.12-008.331.1-053.6

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ

Б.Б. Шуленбаева

Городская поликлиника №5, город Тараз

ТҮЙІН

Махалада жасөспірім балалардың артериялық гипертензиясын емдеу және оның алдын алу жолдары, осы ауруды анықтау жолдары толық көрсетілген. Жасөспірімдердің артериялық гипертензиясын емдеуде дәрісіз емдеу жолдарына көп көңіл бөлінген. Жасөспірімдер АГ жіктемесі және басқа аурулардан саралау жолдары көрсетілген.

SUMMARY

The issues of treatment, prevention and methods of diagnostics of teenagers arterial hypertension are considered in this article. The great attention is paid to the treatment without drugs, the problems of classification, and differentiating diagnostics of teenagers arterial hypertension.

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из самых распространенных видов сердечно-сосудистой патологии. Причем число случаев заболевания, согласно эпидемиологическим данным, с возрастом прогрессивно растет. Распространенность артериальной гипертензии у детей составляет от 2 до 18-25%. У взрослого населения повышенное АД регистрируется в 20-40% случаев. Опыт обследования пациентов разных возрастных групп показывает, что именно в подростковом, а также в молодом возрасте (от 16 лет до 21 года) вегетативная составляющая в возникновении повышения АД является самой сильной. Кроме того, важны и другие факторы, которые в большей степени относятся к детскому возрасту, а именно различия по полу, рост и вес пациентов. Эти факторы могут значительно влиять на цифры АД в данной группе. Прежде всего следует оценивать и формировать группы риска в данной популяции. Самой существенной в этом смысле является программа диспансерного обследования подростков и лиц молодого возраста из семей, в которых отмечалась АГ. Известно, что около 50% всех случаев АГ в популяции составляют семейные случаи (наличие АГ у двух и более родственников первой степени родства). Следующей группой риска следует считать подростков и лиц молодого возраста с избыточной массой тела. Известно, что у детей и подростков с повышенной массой тела АД выше, чем АД у лиц того же возраста, имеющих нормальную массу тела.

Следующей группой риска можно считать имеющих существенные нарушения вегетативной нервной регуляции и отличающихся особенностями пубертатного периода. В течение многих лет, изучая специфику вегетативной нервной регуляции у подростков и лиц молодого возраста, мы пришли к заключению, что у очень многих пубертатный период протекает патологически - в виде синдрома вегетативной дисфункции разных типов. Таким образом, говоря о диагностике артериальной гипертензии у подростков и лиц молодого возраста, следует иметь в виду, что первый этап такой диагностики должен выражаться в выделении групп риска (семейный анамнез, индекс массы тела, генетические факторы, состояние вегетативной нервной системы). Второй этап - применение адекватных методов исследования и их оценки у данной категории пациентов. Естественно, самым простым методом является измерение АД на приеме у врача. Это позволяет хотя бы

приблизительно определить возможность отнесения обследуемых к группе страдающих гипертензией. Единственным методом, позволяющим провести объективную оценку уровня АД и наличия АГ у данной категории больных, является суточное мониторирование АД (СМ АД). Главной особенностью оценки показателей суточного мониторирования у подростков и лиц молодого возраста (16-21 года) является необходимость сравнения всех параметров с возрастными кривыми измерений АД, различных по полу и адаптированных по весу и росту. При этом для 16-18 лет высокими нормальными считаются показатели АД, соответствующие 90-94% отрезным точкам кривой распределения АД для данного возраста (САД 136-141 мм рт.ст., ДАД 84-91 мм рт.ст.), выраженная АГ диагностируется при показателях АД, соответствующих 95-99% отрезным точкам его распределения (САД 142-149 мм рт.ст., ДАД 92-97 мм рт.ст.), тяжелая гипертензия диагностируется при цифрах АД выше 99% отрезной точки его распределения (САД более или равно 150 мм рт.ст., ДАД более или равно 98 мм рт.ст.). У детей до 12 лет причины формирования АГ чаще связаны с заболеваниями почек, в то время как у подростков 12–18 лет в большинстве случаев определяется ЭГ, при которой ведущим этиологическим фактором, помимо наследственности, является нервно-психическое перенапряжение. Цифры АД, требующие внимания со стороны медицинского работника: у детей до 10 лет > 110/70 мм рт. ст.; у детей старше 10 лет > 120/80 мм рт. ст. АГ у детей до 10 лет. Генез также чаще вторичный: паренхиматозные заболевания почек, коарктация аорты и стеноз почечной артерии, причем чаще наблюдается повышение ДАД. Резкое повышение АД у детей этой возрастной группы могут провоцировать острый пиелонефрит, гемолитико-уремический синдром (ГУС). Последний при несвоевременно начатом лечении может привести к хронической почечной недостаточности с постоянно высоким АД. АГ у подростков. До 15 лет все еще преобладают вторичные формы, но позже все больше на первый план как причина АГ начинает выходить ЭГ. ЭГ (эссенциальная гипертензия) у взрослых часто берет начало в детском возрасте, но своевременно не распознается. Наблюдения показывают, что повышенное АД у детей впоследствии сохраняется, когда они становятся взрослыми. Клинической особенностью ЭГ у детей и подростков является так называемая «мягкая гипертензия», что выражается в практическом отсутствии жалоб и незначительном повышении АД. Вторичная АГ у подростков обязана своим возникновением все тем же заболеваниям почек – хроническому пиелонефриту, рефлюкс-нефропатии, фокальному сегментарному гломерулосклерозу, патологии почек на фоне системных ревматических заболеваний.

Диагностика. Схема обследования пациентов с АГ 1. Сбор анамнеза. При сборе анамнеза необходимо выяснить: жалобы больного (головная боль, головокружение, боли в области сердца, утомляемость, боли в животе); длительность существования АГ; соблюдение пациентом режима дня, отдыха, питания оценить его двигательную активность; наследственную отягощенность по АГ (ишемической болезни сердца, сахарному диабету и др.); психологический статус семьи; наличие вредных привычек (табакокурение, употребление пива и других алкогольных напитков); 2. Объективное исследование: оценка частоты и характера пульса, выявление измерений со стороны сердца перкуторно и аускультативно: границы, шумы, нарушения ритма; измерение роста и веса, вычисление индекса Кетле (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах), его интерпретация. 3. Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи; анализ биохимических показателей крови (электролиты, глюкоза, общие липиды, общий холестерин, триглицериды, холестерин и липопротеиды высокой плотности, мочевиная кислота); ЭКГ; эхокардиография сердца; осмотр окулиста (состояние сосудов глазного дна); оценка уровня полового развития. II уровень. Проводятся исследования для исключения симптоматических форм артериальной гипертензии. Симптоматические (вторичные) АГ выявляются случайно, чаще у детей младшего школьного возраста, характеризуются стойким повышением показателей АД (САД и особенно ДАД), отсутствием наследственной отягощенности по АГ среди близких родственников. Вторичные АГ, как правило, резистентны к гипотензивной монотерапии. Для исключения симптоматических форм АГ необходимо провести ряд лабораторных и диагностических исследований.

Лабораторные исследования. Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, Амбурже, проба по Зимницкому. Уровень креатинина, мочевины в сыворотке крови. Клиренс креатинина. Содержание кальция, паратормона в сыворотке крови. Определение тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), антител к тиреоглобулину. Суточная экскреция катехоламинов, 17-оксикортикостероидов с мочой. Содержание в плазме крови ренина, альдостерона, кортизола, катехоламинов, калия. Инструментальные исследования. Ультразвуковое исследование почек, щитовидной железы, надпочечников, сосудов шеи. Экскреторная урография. Почечная ангиография. Компьютерная (КТ) или магнитнорезонансная томография (МРТ) надпочечников, головного мозга, гипофиза. Пункционная биопсия почек. По генезу АГ может быть первичной и вторичной (симптоматической), то есть связанной с определенным заболеванием и являющейся ее симптомом. Первичная АГ обозначается как эссенциальная, при этом подразумевается повышение АД при отсутствии очевидной причины ее появления. Классификация симптоматических АГ: нефрогенные; эндокринные; гемодинамические; нейрогенные (церебральные); АГ при редких синдромах и заболеваниях. Лечение АГ складывается из двух основных направлений - немедикаментозного (нефармакологического) и медикаментозного, каждое из которых имеет четкие обоснования и показания. Немедикаментозное лечение может быть самостоятельным или фоном для проведения лекарственной терапии, т.е. рекомендуется всем детям и подросткам с АГ. Немедикаментозная терапия включает: организацию рационального распорядка дня с

достаточным временем сна; ограничение потребления поваренной соли (4-6 г в сутки), включение в пищевой рацион продуктов, содержащих калий, магний, кальций; коррекцию пищевого рациона при ожирении; достаточную дозированную физическую активность. Рекомендуются динамические нагрузки (волейбол, баскетбол, плавание, велосипед, лыжи, коньки, ходьба быстрым шагом) и исключаются статические (тяжелая атлетика, культуризм, бокс, борьба). Ограничения в занятиях спортом касаются подростков с АГ II степени. Им назначается подготовительная группа на уроках физкультуры в школе; отказ от вредных привычек; психологическую коррекцию (аутогенная тренировка в сочетании с мышечной релаксацией). Немедикаментозная терапия проводится в течение 6 месяцев в случае, если позволяет состояние больного и уровень АД. Детям и подросткам с АГ, развившейся на фоне гиперсимпатикотонии проводится терапия по коррекции вегетативной дисфункции. Последняя предусматривает: фитотерапию седативной направленности; физиотерапию (электросон); водные процедуры (лечебные ванны и души); назначение курсового лечения ноотропными (ГАМК-ергическими препаратами) при наличии в анамнезе перинатальной патологии ЦНС.

Медикаментозная терапия. В практической работе применение гипотензивных препаратов значительно затрудняют отсутствие как указаний от производителей о возможности их применения в детском и подростковом возрасте, так и четких возрастных формулярных рекомендаций. В соответствии с рекомендациями ВНОК и Ассоциации детских кардиологов 2004 года для лечения АГ у детей и подростков могут быть использованы пять классов гипотензивных препаратов: 1. Диуретики 2. β -адреноблокаторы 3. Ингибиторы АПФ 4. Блокаторы кальциевых каналов 5. Блокаторы рецепторов ангиотензина II.

ЛИТЕРАТУРА

1. И.Н. Денисов. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М. 2004 год.
2. В.В. Фомин. Хроническая болезнь почек. М. 2007 год.
3. Г. Оганов. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков. М. 2004 год.

УДК: 616.717/718-001.5-08

ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ КОСЫХ И ПОПЕРЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

С.В. Максименко

*Областная клиническая больница г. Шымкент,
Кафедра хирургических дисциплин I ЮКГФА, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Құбырлы сүйектің қиғаш және колденең сынықтарын консервативті және оперативті емдеу әдістері өз тиімділігін көрсетті. Бір кезеңді репозицияны және кейінгі гипс иммобилизацияны сирақтың сынықтары орнынан шағын жылжып кеткен кезінде қолдану керек.

SUMMARY

The conservative and surgical methods of treatment of closed oblique and transverse fractures of the diaphysis with long tubular bones are given in this article. When conservative methods do not produce the desired result with diaphysal fractures of long tubular bones should be made plaster cast immobilization and reposition- stage of the disease.

В последние годы в лечении переломов костей достигнуты значительные успехи [6, 7, 11]. Это обусловлено совершенствованием традиционных консервативных и внедрением современных оперативных методов лечения. а также разработанных четких показаний к применению различных методов при лечении переломов костей [3, 5, 8, 12]. Вместе с тем недостаточно изучена проблема хирургического лечения довольно часто встречающихся косых и поперечных переломов длинных трубчатых костей на конечностях [2, 6, 10]. По данным некоторых авторов [1, 6, 9, 10] косые переломы составляют до 24%, поперечные - 13,5%, от всех переломов диафизов трубчатых костей. Лечение этих переломов сопровождается рядом трудностей, обусловленных характером перелома, сложностью смещения отломков, анатомо-физиологическими особенностями сегментов, затрудняющими сопоставление и удержание отломков.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений, что при диафизарных переломах длинных трубчатых костей без смещений отломков или когда отломки могут быть сопоставлены одномоментной репозицией, следует производить иммобилизацию гипсовой повязкой [5, 6, 9]. В тех случаях, когда консервативные методы не дают желаемого результата, при неудачах репозиции или вторичном смещении показано проведение компрессионно-дистракционного остеосинтеза [1, 6, 10] и его наиболее поперечных переломах, а также многооскольчатых и раздробленных переломах длинных трубчатых костей [7, 10-12]. С целью уточнения показаний и выявления эффективности методов компрессионно-дистракционного остеосинтеза при закрытых косых и поперечных переломах диафизов длинных трубчатых костей нами

проанализированы результаты лечения 167 больных. Среди больных 94 мужчин (56,2%) и 73 женщины (43,8%), в возрасте от 17 до 68 лет. У 40 (23,9%) была бытовая травма, у 102 (61,2%) - дорожно-транспортная, у 12 (7,2%) - производственная, у 10 (5,9%) - уличная, у 3 (1,8%) - причину травмы выяснить не удалось. У 88 из 167 (52,7%) отмечался перелом обеих костей голени, у 22 (13,1%) - перелом обеих костей предплечья, у 34 (20,3%) - бедренной, у 23 (13,9%) - плечевой кости. У 104 больных (62,2%) наблюдались косые переломы, у 63 (37,8%) - поперечные. Наиболее часто встречались переломы диафизов в нижней трети сегмента в 98 (58,6%), в средней - в 37 (22,1%) и верхней - в 32 (19,3%) наблюдениях. Механизмом возникновения переломов была непрямая травма (падение с высоты, при форсированном повороте туловища, чрезмерное сгибание и др.) - 65 (39%) наблюдений, у 102 (61%) больных переломы возникли от непосредственного приложения действующей силы. При этом в большинстве случаев (71,4%) переломы сопровождались обширными ушибами, гематомами, кровоподтёками и ссадинами мягких тканей. У 159 (95,2%) больных были переломы со смещением отломков по длине, ширине, под углом и вокруг оси. Смещения отломков обуславливались механизмом травмы, направлением плоскости перелома, уровнем излома и неравномерностью сокращения мышц. Из 167 больных с косыми и поперечными переломами диафизов длинных трубчатых костей у 66 (39,5%) применено консервативное лечение, у 101 (60,5%) - оперативное.

Консервативное лечение при косых переломах использовалось у 53 из 104 больных (50,9%), при поперечных - у 13 из 63 (20,6%). Среди консервативных методов лечения закрытых косых и поперечных переломов часто (67,4%) применялось скелетное вытяжение. Оно осуществлялось при косых и поперечных переломах с большим и умеренным смещением отломков. Одномоментная ручная или аппаратная репозиция с последующим наложением гипсовой повязки производилась (20,4%) больным при косых и поперечных переломах с незначительным смещением отломков или без смещения (12,2%) больным применялась только гипсовая повязка. Оперативное лечение при косых переломах осуществлено у 51 (49%) больных, при поперечных - у 50 (79,3%). Операции производились в сроки от 2 до 10 дней с момента перелома. Основными показаниями к ней являлись угрозы повреждения сосудисто-нервного пучка и перфорации кожи острыми концами отломков, вторичное смещение, интерпозиция и неэффективность консервативных методов лечения.

Металлические конструкции для фиксации отломков подбирались с учетом анатомо-физиологических особенностей сегмента, характера и уровня излома, а также общего состояния пострадавшего. В 32,3% случаев применены металлические стержни, в 29% - компрессирующие пластинки, в 24,5% - чрезкостный компрессионно-дистракционный остеосинтез и в 14,2% - винты. При переломах плечевой кости часто использовались компрессирующие пластинки и винты. При переломах костей предплечья отломки в равной степени скреплялись стержнем Богданова и компрессирующими пластинками. Переломы бедренной кости в проксимальной и средней трети фиксировались стержнями Дуброва и Цито, а в нижней трети - длинной компрессирующей пластинкой. Для фиксации отломков большеберцовой кости использовались стержни различной конструкции, компрессирующие пластинки и винты. В ряде случаев при переломе костей голени, сопровождавшихся кровоподтёками, ушибами и ссадинами мягких тканей, применялся чрезкостный остеосинтез аппаратом Илизарова, с помощью которого без обнажения отломков удавалось произвести точную репозицию с восстановлением анатомической формы костей и создать плотную фиксацию костных отломков.

При первичной одномоментной репозиции и наложения скелетного вытяжения при косых и поперечных переломах плечевой кости, костей предплечья, голени и бедра полной адаптации отломков удавалось лишь в том случае, когда сопоставление их проводилось в ранние сроки, при полном обезболивании и максимальной расслаблении мышц, а также нам удавалось репонировать отломки путём постепенного увеличения груза на скелетной тяге и правильном использовании фиксирующих петель. Наш опыт показывает, что оптимальным сроком выполнения оперативного вмешательства при переломах плечевой кости, костей предплечья и голени следует считать ближайшие 2-3 дня с момента травмы. К этому времени не успевают развиваться вторичные изменения в мягких тканях области перелома, и операции производить технически проще. Учитывая, что переломы бедренной кости по характеру являются тяжелыми, сопровождаются обширным повреждением окружающей мягких тканей и общими сдвигами в организме больного, вопрос о сроке операции целесообразно решать на 8-10 день с момента перелома. К этому периоду исчезают проявления общих и местных нарушений или отчетливо выявляются признаки воспаления и неэффективность оперативных вмешательств. Дозированная нагрузка на поврежденную конечность осуществлялась в различные сроки в зависимости от характера перелома, методы и степени устойчивости стадии развития костной мозоли, после её образования больные продолжали получать физиотерапию, занимались лечебной гимнастикой, им назначали электростимуляцию мышц, физические упражнения, механико- и трудотерапию и массаж. При оценке отдаленных результатов лечения у больных с закрытыми косыми и поперечными переломами диафизом длинных трубчатых костей нами учитывались общее состояние больных, данные объективного и рентгенологического исследования поврежденной конечности. Хороший результат - отсутствие деформации конечности, полное восстановление двигательной, опорной функции и мышечной силы, удовлетворительный - прочная консолидация и небольшая остаточная деформация сегмента, ограничение движений в суставах и снижение мышечной силы, неудовлетворительный результат - выраженная деформация, ограничение движений в суставах, нагноение раны, отсутствие мышечной силы и укорочение конечностей.

В процессе лечения больных с закрытыми косыми и поперечными переломами диафизарных длинных трубчатых костей наблюдались различные осложнения. Так, у 6 больных леченных с помощью гипсовой повязки, отмечалось вторичное смещение отломков (у 2 с переломами предплечья и у 4 - с переломами голени). Это было связано с недостаточной фиксацией отломков гипсовой повязки и нарушение режима больного. У 2 больных с переломом костей голени после фиксации отломков компрессирующей пластиной наблюдалось поверхностное нагноение раны, у 4 больных с косыми переломами диафизов большеберцовой и локтевой костей отмечалась замедленная консолидация костной мази. При лечении закрытых косых и поперечных переломов диафизов трубчатых костей различными методами хорошие результаты получены у 126 (76,4%) больных, удовлетворительные - у 28 (15,8%), неудовлетворительные - у 13 (7,8%). Из 107 больных с косыми переломами неудовлетворительный исход лечения отмечен у 5 (94,7%) из 63 больных с поперечными переломами - у 8 (12,6%). Наибольшее число неудовлетворительных исходов наблюдался после переломов костей предплечья и голени у 6 больных после одномоментной репозиции с последующей фиксацией гипсовой повязкой, у 3 после чрезкостный компрессионно-дистракционного остеосинтеза, у 2 - после скелетного вытяжения и наложения компрессирующей пластины и винтов у 2 больных.

Таким образом, причинами, способствующими возникновению осложнений после лечения закрытых косых поперечных диафизарных переломов длинных трубчатых костей является: преждевременное прекращение гипсовой иммобилизации, несвоевременная функциональная нагрузка на поврежденную конечность, перерастание отломков при скелетном вытяжении и нарушение асептики, а также нарушение принципа постепенного увеличения груза на скелетной тяге и использования фиксирующих петель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскевич М.Я. «Закрытый» интрамедуллярный остеосинтез диафизарных костей голени - 2000. - № 4. - С. 6-8.
2. Буачидзе О.Ш., Штернберг А.А., Закс Х.О. и соавт. Накостный и внутрикостный компрессионный остеосинтез. - М., - 1998. - С. 11-14.
3. Варганян В.К., Афаунов А.И. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении несрастающихся переломов // Хир., 2000. - № 1. - С.125-128.
4. Дубров Я.Г. Внутрикостная фиксация металлическим стержнем. - М., - 1999г.
5. Имамалиев А.С., Зоря В.И. Лечение косых переломов и их последствий. - М. Курган. - 2005. - С. 240-242.
6. Макаров М.С., Ерохина Т.М. Остеосинтез: Л., - 2004. - вып. 27. - С. 40-42.
7. Охотский В.П., Сувалян А.С. Лечение поперечных переломов бедра // Орт. и трав. - 2001. - № 5. - С. 13-16.
8. Реутов П.С. Лечение переломов трубчатых костей голени и предплечья - Орт. и травм., - 2002. - № 4. - С. 43-46.
9. Danis R. Theori et pratique de t'osteosintese - Paris., - М. - 1998.
10. Sunden B. Treatment of unconsolidated fractures Pseudarthroses and diaphyscal defects of Huerus Chirurg - 1999. - N 3, P. 16-18.
11. Tonino A.J., Davidson C.L., Klopper P.J. et al - J. Bone jt. Surg. - 1995. - Vol.58-B. - P. 107-113.

УДК: 616.717/718: 616.71-018.46-002-036.12-89

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

С.В. Максименко

Областная клиническая больница, г. Шымкент

Кафедра хирургических дисциплин I ЮКГФА, г.Шымкент

ТҮЙІН

Созылмалы остеомиелитпен ауырған 202 наукастарды емдеу үшін түрлі әдістерді қолданып, автор келесі тұжырымға келді: осы әдістердің арасында сүйектің зақымдалған жерін ауыстыру үшін қолданылатын аутопластикалық материалдар өз тиімділігін көрсетті.

SUMMARY

The experience of surgical treatment of 202 patients with chronic osteomyelitis of long tubular bone based on the principled of active surgical policy for purulent wounds are examined in this article.

Отмечающийся в последние годы рост травматизма привел к увеличению у больных с открытыми и закрытыми переломами частоты гнойных осложнений костей, в том числе и посттравматического остеомиелита [5,6,7,11,16]. Гнойный процесс у больных с переломами конечностей развивается, как правило, в очаге поражения и в окружающих кость мягких тканях [1,2,3,4,8]. Эти больные неоднократно подвергаются оперативным вмешательствам, многие из них (37,8%) становятся инвалидами II-III групп [12,13,14]. Как показывает анализ литературы, высокая частота рецидивов посттравматического остеомиелита обусловлена в основном трудностями диагностики, отсутствием объективных критериев, определяющих степень

жизнеспособности костной ткани и объем нерадикальных хирургических операций нерациональное использование антибактериальных препаратов [9,10,15]. Все это диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, разработки эффективных методов диагностики, лечения и профилактики хронического остеомиелита.

Материалы и методы. Основа примененного нами метода лежит принцип активного хирургического лечения гнойных ран. Хирургическое лечение больных с посттравматическим остеомиелитом включает комплекс объективных и субъективных критериев, определяющих локализацию и объем поражение мягких тканей и кости. Для этого было необходимо провести цитоморфологическое и микробиологическое исследование раны, а также обычные и специальные рентгенологические методы исследования (томография, фистулография). В течение 10 лет (2000-2009гг.) под нашим наблюдением находились 202 больных хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей в возрасте от 18 до 62 лет, из них 148 мужчин и 54 женщины. После открытых переломов остеомиелит развился у 178 больных, у 14 больных в анамнезе отмечался гематогенный остеомиелит, у 10-после операции на костях. У 12 больных гнойный процесс локализовался на предплечье, у 26-на плече, у 52- на бедре, у 64-на голени, у 10-на пяточной кости, у 9-на костях таза. У 29 больных остеомиелитом были поражены более мелкие кости (кисти, стопы, ребра, грудина, ключица и др.). Продолжительность хронического у остеомиелита колебалась от 3 месяцев до 15 лет.у-80 больных были оперированы дважды, 12 трижды. Свищевая форма остеомиелита имела место у 54 больных. Фистулография, выполненная больным, выявила у них множественные мелкие или единичные крупные секвестры. Множественные функционирующие свищи наблюдались у 36 больных, у 14 имелись раны, у 8 трофические язвы, у 40 пациентов обнаружены различные деформации, у 58 дефекты костей ткани с укорочением конечности до 3 см, у 10 человек - более 10 и 36 рубцы различного объема.

Результаты и их обсуждение. Некоторые больные при поступлении предъявляли жалобы на наличие свища с незначительным гнойным отделяемым и ноющие боли в области остеомиелитического очага. У 109 пациентов была субфебрильная температура, у 10 имел место лимфангоит и регионарный лимфаденит. В крови у 84 больных выявлен умеренный лейкоцитоз, у 42 была увеличена СОЭ до 24 мм/Вт в час. Консервативные мероприятия были направлены на коррекцию анемии и гипопропротеинемии, электролитного обмена, периферического кровообращения. Больные дополнительно получали энтеральное и парентеральное питание, а также детоксикационную и антибактериальную терапию при необходимости проводили иммунотерапию. Следует отметить, что в таком комплексном лечении нуждались в основном пациенты с обширными гнойными поражениями мягких тканей и костей, которым была необходимо операция. В период подготовки к ней врачи проводили предварительную санацию очага поражения с применением протеолитических ферментов, антибиотиков и антисептиков в сочетании с физическими методами лечения, способствующими уменьшению количества гнойного отделяемого из зоны перифокального воспаления, уточнить локализацию, строение и протяженность свища и самого очага поражения. Успех операции и благоприятное течение послеоперационного течения во многом определяет адекватная и рациональная предоперационная подготовка. Она рассчитана на 12-15 дней и включает воздействие на местный очаг инфекции, активизацию специфической и неспецифической иммунной реактивности организма, инфузионную терапию, физиотерапевтические мероприятия. Актуальной проблемой остается оперативное лечение хронического остеомиелита, несмотря на самые разнообразные методы его хирургической коррекции до настоящего времени не существует эффективного способа, которому можно было бы отдать предпочтение. Операция у большинство таких больных после секвестрнекрэктомии и резекции пораженных участков ткани завершается заполнением костных полостей костной тканью [9,11,12] гетерогенным хрящом [5], гипсом [8,17], кровяным сгустком [13], измельченной скелетной мышцей [12,15] или кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке [5,10,16,17].

Все эти способы преследует в основном одну цель - ликвидацию полости, восстановление костной субстанции, что приводят, по мнению авторов, к выздоровлению. Добиться лучшего успеха в лечении хронического остеомиелита трубчатых костей можно, только если удастся ликвидировать гнойный процесс в ране с последующим восстановлением костного дефекта, что и служит показателем стойкости излечения [3]. Первым важнейшим этапом хирургического лечения у наших больных хроническим остеомиелитом была радикальная активная обработка гнойного очага. У 26 наших больных со свищевой формой проведено иссечение свищевых ходов, содержащих секвестры, у 20 больных выполнена секвестрнекрэктомия. При наличии обширного эндостального поражения трубчатых костей у 8 пациентов произведена костно-пластическая трепанация по Виру. У 146 больных с большим объемом поражения осуществлена резекция кости с одновременным иссечением нежизнеспособных тканей. При наличии обширной костной полости последнюю после предварительной обработки 1% раствором бетадина и хлорофиллиптом заполняли кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке. Эффективность консервативного и хирургического лечения больных хроническим остеомиелитом зависит от многих условий и прежде всего от радикальности некрэктомии и секвестрнекрэктомии, так как инфицированные, лишенные кровоснабжения, практически недоступны для антибиотиков костные фрагменты становятся прекрасной питательной средой для патогенной микрофлоры. Бактериологическое исследование отделяемого свищевых ходов до операции, а также удаленных во время оперативного вмешательства тканей позволило установить, что у 58,5% больных остеомиелит был вызван патогенным стафилококком, у 10,4 % высеян стрептококк, у 7,7% кишечная и у 1,8% синегнойная палочка, у

5,6% монокультура в ассоциации и лишь у 3,4% исследуемый материал оказался стерильным. Большое внимание антибактериальной терапии уделяется в послеоперационном периоде. Больные получали антибиотики в зависимости от чувствительности микрофлоры внутримышечно или внутривенно, реже внутриаартериально. С целью санации послеоперационной костной полости применяются антибиотики, антисептики, протеолитические ферменты и другие препараты. Назначение в послеоперационном периоде физиотерапии улучшает общее состояние больного, предупреждает возникновение застойных явлений, стимулирует регенерацию травмированных тканей, нормализует трофику и предотвращает формирование контрактур. Учитывая, что антибактериальную терапию при хроническом остеомиелите необходимо проводить в течение 2-3 недель, для предупреждения грибковой инфекции, наряду с антибактериальными препаратами, всегда назначаем нистатин, низорал, леворин и др. Нагноение раны наблюдалось у 18,2% больных, отторжение кожных лоскутов наступило у 6,2%. Рецидив остеомиелита возник у 10% больных, хорошие и удовлетворительные результаты получены в 90 % наблюдений.

Таким образом, успех лечения больных хроническим остеомиелитом определяется адекватной дооперационной подготовкой больных и хирургической обработкой, полноценной некрэктомией, секвестрэктомией, стабильной фиксацией костных фрагментов, своевременным замещением дефектов мягких тканей и костей, а также проведением мероприятий, направленных на повышение иммунобиологических и защитных сил организма, и комплексной рациональной антибактериальной терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирасланов Ю.А. // Хирургия, -2000. -№ 5. -С. 30-33.
2. Амирасланов Ю.А. // Вестн. хир. -2001. -№ 4. -С. 71-76.
3. Акжигитов Г.А. и др. Остеомиелит. -М.: Медицина, 1996. -156 с.
4. Блатун Л.А. др. // Антибиотики и химиотерапия. -1996. -Т. 39, № 1. -С. 33-37.
5. Ватагин С.А. // Хирургия. -1996. -№ 2. -С. 97-100.
6. Гостищев В.К., Шалчкова Л.П. // Хирургия. -2000, -№ 8. -С. 38-41.
7. Гринев М.В. Остеомиелит, -Л., 1997.
8. Елизаровский С.Н. // Ортопед, и травматол. -2006. -№ 3. -С. 10-14.
9. Ефременко В.А. // Сб. науч. тр. - Горький, 1996, - С. 94-98.
10. Житницкий Р.Е. и др. // Бюл. ВСНЦСО РАМН. -2003. -№ 2, -С.115-118.
11. Зверев А.Ф. и др. // Вест. хир. -1998. -№ 5. - С. 36-38.
12. Зяблов В.И. др. // 8 Всесоюз. съезд анатомов, гистологов и эмбриологов, - Ташкент, 1984. -С. 158.
13. Ковалишин В.И. и др. // Хирургия. -1998. -№ 1. - С. 36-38.
14. Шумада И.В. // Хирургия. -2005, - № 11, - С. 87-90.
15. Cierny G. // Clin, orthop. -1999. -V. 360. -P. 97-105.
16. Haas D.W., Macandrew M.P. // G Amer. g. med.-1996. V. 101. P 550-551.
17. Holton P.D. // -Clin, orthop. -1999. -V. 360. -P. 6-13.

УДК:616 -001.36:615.384

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОВОЛЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.Ш.Байтен

Областной онкологический диспансер, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста 47 онкологиялық науқасқа операция жасалу кезеңінде жүргізілген инфузиялық-трансфузиялық емнің сараптамасы келтірілген. Баралық операция кезеңінде, техникалық қиындықтарға және көлемділігіне байланысты қан кетуіне байланысты гипотензия жағдайында болған. Операция ұзақтығы орташа $4,5 \pm 0,4$ сағ. құраған. 1 топта (19 науқас) - 7,5% натрий хлоридінің ертіндісі (4 мл/кг), ал 2 топта (28 науқас) - 7,5% NaCl (2мл/кг) және рефортан (6 мл/кг) енгізілген. Екінші топта құйылған ертінділер қан айналысының жақсаруына өте жақсы оң әсер жасағаны анықталған. Қосарлас 7,5% NaCl ертіндісімен рефортанды қолдану зат алмасу үрдісін және ұлпаның оттегі қолдануын арттыру қасиетімен метаболизмнің жақсаруына ықпал жасағаны көрсетілген. Ал плазмада натрий иондары мен осмолярлық деңгейдің айтарлықтай өзгермеген.

SUMMARY

The analysis of infusion – transfusional therapy in 47 patients in the perioperative period in cancer patients are examined in this article. All operations were accompanied by hypotension associated with serious technical difficulties and the volume of blood loss. The operative time averaged 4,5 - 0,4 haws and In the first group(19 patients) the infusion included 7,5 % sodium chloride solution in a voleme of 4 ml /kg body weight. In the second group (28 patients), along with 7,5 % solution in a volume of 2 ml /kg body weight was carried out Refortan 6 ml /kg body weight. The concenteration of sodium ions and the level of blood plasma osmolarity did not change.

Сегодня, несмотря на успехи в профилактике кровотечений, совершенствование оперативной техники и кровосберегающих технологий проблема компенсации периперационной кровопотери и гиповолемии в онкологической хирургии, продолжает оставаться актуальной [1]. Инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) хотя и является важнейшей составляющей в лечении больных с периперационной кровопотери и ее последствиями, однако ее состав все еще вызывают споры исследователей [1,2]. Определена основная задача ИТТ - адекватное восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) для поддержания эффективного системного кровообращения и соответствующей преднагрузки, обеспечивающей достаточной сократительной способности миокарда [1,2]. В последнее время в литературе появились публикации об эффективности использования концентрированных растворов хлорида натрия внутривенно при гиповолемии, где авторы отмечают об улучшении показателей системной гемодинамики и уменьшении напряженности метаболизма [2,3]. Однако, было подчеркнуто один из недостатков который характеризовался его краткосрочным гемодинамическим эффектом не превышающий 40- 50 мин, что в большинстве случаев ограничивала широкого применения на практике. В связи с этим были предложены, с целью удлинения его действия смесь 7,5 % раствора натрия хлорида с коллоидами (3,4). В этом плане, исходя, из высокой способности связывать и удерживать воду, циркулировать кровеносной русле, наиболее приемлемым коллоидом считается растворы гидроксикрахмала. В настоящее время к концепциям низкообъемного замещения объема циркулирующей крови относится именно комбинация гипертонического - гиперонкотического раствора, то есть, 7,5% раствора натрия хлорида и 6% раствор гидроксиэтилкрахмала - рефортана [3,4,5].

Целью исследования явилась оценка гемодинамической эффективности 7,5% гипертонического раствора натрия хлорида и его комбинации с рефортаном в периперационном периоде у онкологических больных.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ ИТТ у 47 больных в периперационном периоде у онкологических больных. Возраст пациентов составлял от 49 до 69 лет, оперированные по поводу злокачественного образования пищевода, желудка, прямой кишки, матки. Обезболивания – тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией легких в умеренно гипервентиляционном режиме. Все операции сопровождалась гипотензией связанные с большими техническими трудностями и объемными кровопотерями. Продолжительность операции составляла в среднем $4,5 \pm 0,4$ ч. В зависимости от характера ИТТ больные были разделены на две группы. В 1-ой группе (19 больных) в состав инфузии входил 7,5% раствор натрия хлорида в объеме 4 мл/кг массы тела. Во 2-ой группе (28 больных) наряду с 7,5% раствором NaCl в объеме 2 мл/кг массы тела, параллельно проводилась рефортан 6 мл/кг массы тела. Введение растворов осуществляли в центральную вену (подключичная вена) с началом развития гипотонии в травматичном этапе в течение 20-30 минут. После инфузии указанных растворов продолжали введении кристаллоидов и компонентной терапии в необходимых количествах. В конце инфузии определяли показатели, характеризующие функциональную возможность кровообращения: АДс, АДд, ЧСС, SpO₂, ЦВД, минутный диурез. В венозной крови определяли параметры КЩС, ионов натрия, а также расчетным методом осмолярность и разницу между насыщением кислорода венозной (PvO₂) и артериализованной крови (SpO₂) определяли степень экстракции кислорода тканями (ЭксО₂).

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты отражены в таблице №1.

Табл.1 Показатели кровообращения у больных с периперационном периоде.

Параметры	1 группа 7,5 % NaCl		2 группа 7,5% NaCl + рефортан	
	До инфузии	После инфузии	До инфузии	После инфузии
АДс (мм.рт.ст)	84,5±9	98,5 ±8,1	87,3 ±12	119 ±9,2
АДд (мм.рт.ст)	43,9 ± 4	67,4 ±8	41,7 ±5	69,1 ±6
ЦВД (см вод.ст)	-2 ±0,5	±2 ±0,6	-2 ±0,4	+4,5 ±0,5
ЧСС, в мин-1	125 ±16	104 ±12	127 ±13	100 ±8
SpO ₂ (%)	87 ±3	94 ±4	89 ±3	96 ±2
Диурез (мл\мин)	0	1,5 ±0,3	0	3 ±0,8

Как видно из таблицы, полученные данные показывают, что при введении раствора 7,5% NaCl + рефортан наблюдались более значительные сдвиги показателей гемодинамики у больных с гиповолемией, что видно по данным АД, ЧСС, ЦВД. АДс возрастало после инфузии в обеих группах больных, однако во второй группе рост (на 136%) был более выраженным и длительным ($p < 0,05$) связанные с более длительной циркуляцией раствора и перемещением воды из интерстициального пространства в сосудистое русло и соответственно с увеличением ОЦК. Уровень ЦВД у всех больных имела тенденции к возрастанию от отрицательных к положительной величине, вместе с тем отмечено, значительный подъем (3 раза) у второй группы больных. После введения раствора 7,5% раствора натрия хлорида в комбинации с рефортаном также наблюдалось увеличение минутного диуреза, который составил 3,2мл\мин., тогда в 1 группе равнялась к 1,35мл\мин., что свидетельствовала об улучшении микроциркуляции и масса обмена. За счет улучшения системного кровообращения и соответственно микроциркуляции за счет нормализации свойства

эндотелиальных клеток повысилась доставка кислорода к тканям и их употребления, с ростом экстракции кислорода тканями, что способствовало уменьшению степени тканевой гипоксии и стабилизации метаболизма, чему свидетельствовали полученные результаты, отраженные в таблице №3.

Таб 3.Лабораторные показатели в периоперационном периоде

Параметры	1 группа 7,5% NaCl		2 группа 7,5% NaCl + рефортан	
	До инфузии	После инфузии	До инфузии	После инфузии
pH	7,23±0,04	7,31±0,03	7,24±0,04	7,34±0,02
BE (мольл)	-11±1,3	-7±1,2	-12±1,34	-6,4±0,8
pCO2 (мм.рт.ст)	34±5	36±6	37±5	38±6
ЭксO2 (%)	10±3	21±2	11±4	22±3
Na+ (мольл)	134±11	147±13	133±14	148±12
Осм. плазмы (мосмл)	291±12	312±11	294±10	313±14

Однако, в обеих группах не наблюдались существенные различия в показателях кислотно-щелочного состояния, сохранялся метаболический ацидоз, для нормализации которого, по видимому необходимо более длительный промежуток времени. А также не отмечались статистически достоверные сдвиги концентраций ионов натрия в крови и осмолярности плазмы крови. Из этого следует, что наблюдаемая умеренная гипернатриемия и гиперосмолярность не могут, считаться побочным эффектом или осложнениям при сочетанном использовании гиперосмотических и гиперонкотических растворов. Таким образом, показано преимущество применения в периоперационном периоде 7,5% раствора натрия хлорида в комбинации с раствором гидроксикрахмала – рефортаном.

Выводы: 1. При периоперационной гиповолемии использование 7,5% раствора натрия хлорида в комбинации с рефортаном позволяет эффективно нормализовать кровообращения, чем 7,5% раствором NaCl .
2. Сочетанное применение 7,5% раствора натрия хлорида в комбинации с рефортаном способствует восстановлению метаболизма за счет улучшения массаобмена и потребления кислорода тканями.
3. Концентрации ионов натрия и уровень осмолярности плазмы крови существенно не изменялась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рагимов А.А., Еременко А.А., Никифоров Ю.В. Трансфузиология в реаниматологии. Москва, МИА,2005,784с.
2. Слепушкин В.Д. Современные подходы к оптимизации инфузионной терапии на догоспитальном этапе лечения травматического и геморрагического шока. (Методические рекомендации). Новокузнецк, 1991-5с.
3. Бутров А.В., Галенко С.В. Комбинированные гипертонические растворы в интенсивной терапии критических состояний Новости науки и техники. Серия медицина. Новости анестезиологии и реаниматологии.- 2007.№1.-С.57-60
4. Streeter U.et al. The effect of the type of colloid on the efficacy of hypertonc saline colloid mixture in hemorrhagic shock: dextran versus hydroxyethyl . starch // Resustitation. -1993.-v.25.-№1.-P.41-44
5. Молчанов И.В.,Голдина О.А.,Горбачевский Ю.В. Растворы гидроксипропилированного крахмала современные и эффективные плазмозамещающие средства инфузионной терапии. –М. -1998. -138 с.

УДК 615.212.7.03:617-089.5-035

ТОТАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Б.Б.Абетаев

Областной онкологический диспансер, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста салыстырмалы түрде пропофол, фентанил, калипсол анестетиктерінің және олардың варианттарымен 88 науқаста азинвазиялы операцияларда жүргізілген анестезия әдістерінің клиникалық зерттеулері көрсетілген. Операция ұзақтығы 15 минуттен 1 сағ10 минут аралығында болған. 4 топқа жіктелген.1- ші- моноанестезия пропофолмен, 2-ші пропофол-фентанил, 3-ші пропофол-калипсол, 4-ші пропофол-фентанил-калипсол. 4-топтағы анестезия түрінің когнитивтік қызметінің тез қалпына келуіне және анестезияның адекваттығына тұрғысында тиімділігі анықталған. Салыстырмалы сараптамада аталған анестетиктердің бір бірімен субнаркотикалық мөлшерде қосыла қолданылуы олардың жағымсыз жағдайларын азайтып азинвазиялық операцияларда тиімділігі көрсетілген.

SUMMARY

The paper presents comparative data of a clinical study of methods of anesthesia on spontaneous breathing using the intravenous anesthetic propofol fentanyl, and Kalipsola, and their variants combined in 88 patients with cavitory is little invasive operations. The duration of surgical procedures ranged from 15 min to 1 h 10 min. Studies carried out in 4 groups depending on the options of general anesthesia based on propofol group 1-monoanesteziya «propofol», Group 2, «propofol – fentanyl», Group 3 - «Propofol – kalipsol», Group 4 – «propofol-fentanyl-kalipsol». The advantages of anesthesia 4 groups in terms of adequacy of anesthesia. accelerated recovery of cognitive function. Comparative analysis has shown the advantage of a combined use of subnarkoticheskih doses of propofol, fentanyl and kalipsola that ensures complete quality anesthesia maloivazivnyh.

При разнообразных хирургических вмешательствах, не требующих идеальной релаксации, предпочтительным является варианты неингаляционной общей анестезии с сохранением спонтанного дыхания [1,2]. Большинство эти операции является мало объемные и требующие быстрого восстановления по окончании анестезии когнитивных функции [3]. Поэтому к общей анестезии предъявляет ряд специальных требований: техническая простота, полноценное обезболивание, устранение эмоциональных реакций и неприятных воспоминаний о вмешательстве, отсутствие угнетающего влияния на дыхание и кровообращение, быстрое восстановление когнитивных функций пациента по окончании анестезии [2,3,4,5]. Этим высоким требованиям в полной мере соответствуют уникальный внутривенный анестетик - пропофол (Диприван, Рекофол) благодаря ультракороткому действию и быстрому восстановлению всех функций после анестезии [6,7]. Вместе с тем в общепринятых дозах пропофол нередко вызывает депрессию дыхания и кровообращения (апноэ, брадикардия, гипотензия), миоклонии, а в период выхода из анестезии могут развиваться озноб, тошнота, рвота [7].

Цель работы. Улучшение качества тотальной внутривенной анестезии (ТВА), путем изучение отрицательных эффектов различных вариантов анестезии при малоинвазивных операциях.

Материал и методы. Проведено клиническое изучение методов анестезии на основе анестетиков Пропофола Фентанила и Калипсола, и их вариантов комбинации с самостоятельным дыханием у 88 больных при внеполостных малоинвазивных операциях в областном онкологическом диспансере г.Шымкента. Среди обследованных больных было 55 % женщин и 45 % мужчин, в возрасте в среднем 46,9±1,7 лет. Больные были оперированы по поводу опухолей кожи, костей, полипов. Длительность оперативных вмешательств колебалась от 15 мин до 1 ч 10 мин. У 63 % больных при поступлении выявлены различные сопутствующие заболевания. Для объективной оценки адекватности различных вариантов общей анестезии изучены клиничко-лабораторные показатели на этапах анестезии и операции. Регистрированы показатели кровообращения - АДс, АДд, ЧСС, ЭКГ внешнего дыхания. Определялось насыщения крови кислородом (SaO2) с помощью пульсоксиметра UTAS-300. Об уровне антистрессовой защиты пациентов судили по динамике концентрации глюкозы крови. Определялись сроки восстановления сознание, мышечного тонуса после окончания анестезии с помощью простых тестов («откройте глаза, рот» «пальценосовой пробы»). Исследования проводилась у 4 групп разделенные в зависимости от вариантов общей анестезии на основе пропофола с сохранением самостоятельного дыхания. 1-я группа - моноанестезия пропофолом -, 19 больных, средний возраст 39,1±11,8 лет; средняя масса тела 69,1±9,6 кг; средняя продолжительность анестезии 17,8±1,6 мин. Анестезия проводилась пациентам при кратковременных операциях и манипуляциях после минимальной премедикации - атропин 0,01 мг/кг.

Таблица 1 Средние дозы пропофола при моноанестезии во время кратковременных операций

Препарат	Средние дозы (мг/кг) на этапах анестезии	
	Индукция	средняя общая доза
пропофол	3,33±0,06	6,23±0,28

2-я группа ТВА - «пропофол - фентанил» - 21 больных, средний возраст 44,9±15,4 лет; ср. масса тела 73,5±16,8 кг; средняя. продолжительность анестезии 31,1±5,68 мин. Премедикация больных проводилась по обще принятой схеме с использованием атропина и димедрола.

Таблица 2 Средние дозы компонентов ТВА " пропофол -фентанил" на этапах анестезии.

Препарат	Средние дозы (мг/кг) на этапах анестезии	
	индукция	средняя общая доза
пропофол	2,2±0,3	5,1±0,4
фентанил	0,0012±0,0002	0,0021±0,0003

3-я группа - ТВА «пропофол – калипсол» - 23 больных, средний возраст 37,2+16,1 лет; ср. масса тела 74,5+18,1 кг; средняя продолжительность анестезии 47,4±4,2 мин. Премедикация стандартная.

таблица 3 Средние дозы компонентов ТВА «пропопол-калипсол»

Препарат	Средние дозы (мг/кг) на этапах анестезии	
	индукция	средняя общая доза
пропофол	1,28+0,04	3,10+0,06
калипсол	0,59+0,17	1,93+0,17

4-я

группа -

«пропофол – фентанил - калипсол» -, 25 больных, средний возраст 43,4+19,8 лет; средняя масса тела 68,7+17,7 кг; ср. продолжительность анестезии 67,8+38,1 мин. Метод использован при наиболее продолжительных операциях. Премедикацию включен дополнительно брузепам 0,1 мг/кг,

таблица 4 Средние дозы компонентов ТВА «пропофол -фентанил-калипсол»

Препарат	Средние дозы (мг/кг) на этапах анестезии	
	индукция	средняя общая доза
пропофол	0,81+0,04	2,18+0,06
фентанил	0,0013±0,0004	0,0017±0,0006
калипсол	0,31+0,17	0,99+0,15

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина начального периода индукции была общей для всех групп больных. Медленное введение индукционных доз пропофола в большинстве случаев вызывало плавное, спокойное засыпание больных без неприятных ощущений и эмоционального дискомфорта, нарушений внешнего дыхания и кровообращения. Динамика клинических показателей кровообращения указывала на отсутствие стрессовых реакций, связанных с операционной травмой у больных всех групп. Следует отметить, что у больных 1-ой группы при анестезии только пропофолом у 23% пациентов в травматичные моменты операции отмечалось кратковременное повышение на 13-15%, АД и ЧСС с быстрой нормализацией после введения дополнительных доз анестетика. Величины АД, как систолического, так и диастолического в основном, по ходу анестезии и операции достоверно не отличались от исходных величин. Средняя ЧСС достоверно отличалась от исходной на 14±2,3% только на этапах после премедикации и в начале индукции, что связано с эмоциональным фактором. В процессе анестезии и операции тахикардия нивелировалась.

У больных 2-ой и 4-ой групп при сочетании пропофола и фентанила отмечены отдельные случаи брадикардии до 50 -52 ударов в 1 мин. Это указывала на преобладания ваготонического действия анестезии над стимулирующим эффектом операционной травмы, несмотря на малых доз, чем от обычной дозировки. Коррекция брадикардии специально не проводилась. Кратковременно проводилась оксигенотерапия путем назального катетера. Депрессия дыхания с эпизодическим случаями апноэ не более 30 сек отмечена у 24% пациентов, при ТВА «пропофол - фентанил» на этапах вводного наркоза, до начала хирургических манипуляций, что требовала кратковременной масочной вспомогательной вентиляции легких. С целью предупреждений подобных явлений время начало операции максимально было приближено к моменту начало анестезии, что в дальнейшем обеспечивала некоторой активации дыхательных движений. Частота и сила дыхательных движений в начале операции увеличивалась на 2-4 число по сравнению от исходного, в дальнейшем приобрел спокойный «машиноподобный» характер, числом 16-20 в 1 минуту. Снижение SaO₂ во время анестезии и операции не превышало 1-3 % у больных 1 и 2 групп, включая тех пациентов, у которых развивалась преходящая депрессия дыхания, которая адекватно корригировалась вспомогательной масочной вентиляцией под контролем SaO₂. Ни у одного из 88 пациентов не возникло признаков нарушений газообмена, связанных с угнетением легочной вентиляции, SaO₂ не снижалась менее 94% . Исходный уровень глюкозы у всех пациентов был в пределах нормальных величин. По ходу и в конце оперативного вмешательства уровень глюкозы крови практически не отличался от исходной величины, что свидетельствовала об отсутствии стрессовой гипергликемии. Восстановление сознания и способности к выполнению простых команд («откройте глаза, рот») происходило спустя 2-7 мин после окончания операции в зависимости от метода ТВА. Сознание у больных 1-й группы восстанавливалось в среднем на 2 - 3 минутах, аналогичные данные получены и у больных 2-й и 4-й групп. Необходимо отметить удлинение длительности пробуждения у больных 3-й группы, получившие ТВА «пропофол - калипсол» и составила 5-8 минут, что возможно были связаны их сочетанным седативным эффектом.

Несколько позже происходило и восстановление способности к решению простой интеллектуальной задачи (тест «2х2»). При проведении «пальценосовой пробы» обнаружено, что эти функции восстанавливаются несколько позже, на 4-5 минуты, чем интеллектуальная деятельность. Больные 1-ой группы правильно

выполняли эту пробу в среднем через 4,25 мин, 2-й группы - через 5,7 мин, 4-й группы через 4,45 мин, а 3-й группы только через 10-15 мин. В раннем периоде после анестезии отмечены тошнота и рвота, головокружение у 21% в 1-й группе, и 0,3% в 3 группе. В итоге все варианты анестезии проявила себя у разных групп с положительной стороны с точки зрения быстроты и полноты пробуждения, восстановления мышечного и общего тонуса, отсутствия слабости и заторможенности. Была выявлена преимущества анестезии у 4 группы, где наблюдалась на фоне адекватного уровня анестезии ускоренное восстановление когнитивных функций. Таким образом, сравнительный анализ показал преимущество сочетанного применения субнаркологических доз пропофола, фентанила и калипсола которая обеспечивала полную качества анестезии при малоинвазивных вмешательствах и ускоренного восстановления когнитивных функции организма.

Вывод: Уменьшение суммарных фармакологических доз пропофола, фентанила и калипсола, позволяет обеспечить оптимальную анестезию при мало объемных операциях и избежать побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическое руководство по анестезиологии. Под. ред. В.В. Лихванцева. Медицинское информационное агентство, М., 1998, 323 с.
2. Буравцев В.А., Медвинский И.Д. Реадаптация после тотальной внутривенной анестезии в хирургии одного дня. Анестезиология и реаниматология. 1997. -№1, с. 23-27.
3. Исаев И.С. Влияние периоперационных факторов и выбора методов анестезии на частоту когнитивных расстройств в послеоперационном периоде. Автореферат дисс.к.м.н. М., 2005, 28 с.
4. Лихванцев В.В. Анестезия в малоинвазивной хирургии. «Миклош», М., 2005, 351 с.
5. Салтанов А.И.,Кадырова Э.Г., Бошкоев Ж.Б. Ранняя постнаркозная адаптация: обзор программы. Анестез. и реаниматол. 1999. №6, с.23 28.
6. Б.Р.Гельфанд, В.А.Гологорский // Диприван: приложение к журн. "Вестник интенсивной терапии".1995.С-16-17.
7. Н.А.Осипова, В.В.Петрова, И.Е.Сергеева //Диприван: Приложение к журн. "Вестник интен. терапии. М.,1996.-С.1-6.

УДК 616 2-056.54

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

*М.С.Тажимаева., А.Н. Ахметова., М.А. Югова., А.Т. Саулембекова, Ш.Е. Ертаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
медицинский центр «Ультра»,
ТОО медицинский центр «Евромед»,
врачебный физкультурный диспансер,
гор.роддом № 2, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Жатыр мойын патологиясының ультрадыбысты зерттеу. Бұл мақалада жатыр мойын кисталар, қабыну процесстер, полиптер, папилломалар және жатыр мойын рагының (обыр) эхографикалық белгілері берілген. Эндцервикстің қалыпты ультрадыбысты анатомиясы мен физиологиясы көрсетілген. Сапасы жоғары цифрлы ультрадыбысты аппараттар жатыр мойнының қалыңдығын, патологиялық өзгерістердің толық суретін көріп сипаттауға мүмкіншілік береді. Гинекологиялық тәжірибеде бұл әдістің уақытылы диагностикалық маңызы зор.

SUMMARY

Ultrasound diagnostics of cervices uterus pathology. In this article specific echografic symptoms of the cervices uterus pathology, such as endocervix cysts, endocervicitises, papillomas, polyps of the cervical canal, cancer by ultrasound examination were described. The normal echographyc anatomy and physiology of endocervix were showed. The application of high resolution digital ultrasound diagnostic apparatuses allows to visualize endocervix thickness, pathologic changes in it.

Практически все заболевания шейки матки с точки зрения онконастороженности могут быть представлены в виде нескольких последовательных нозологических этапов: фондовый процесс- предрак-рак. Такой подход особенно актуален в связи с тенденцией к росту заболеваемости раком шейки матки в последние годы[1]. Хотя влагалищная часть шейки матки (эктоцервикс) хорошо доступна для клинического исследования и существуют такие методы диагностики патологии шейки матки как цитологический и гистологический анализы, кольпоскопия и цервикоскопия, в 10-15% случаев рак шейки матки развивается в эндцервиксе [2]. До недавних пор многие патологические процессы в шейке было трудно диагностировать с помощью эхографии, однако появление высокочастотной цифровой ультразвуковой аппаратуры расширило возможности оценки анатомии и физиологии внутренних половых органов у женщин с помощью трансвагинального

исследования[3]. Будет целесообразным привести данные о нормальной анатомии и физиологии шейки матки. Эндцервикс состоит из цилиндрического (призматического) эпителия и собственной тонкой соединительнотканной пластинки, без четких границ переходящей в строму шейки матки. Цилиндрический эпителий образует множественные складки в виде крипт, которые называют трубчатыми железами[4,5]. Основная функция клеток цилиндрического эпителия - железистая (выработка шеечной слизи). Расстояние от просвета канала до дистальных отделов крипт составляет 2-3 мм, это и считается толщиной листка эндцервикса. Таким образом, толщина всего эндцервикса составляет примерно 4-6 мм. В постменопаузе эндцервикс истончается, количество истинных желез уменьшается. Циклические изменения в эпителии эндцервикса выражены слабо. Во второй фазе менструального цикла определяется незначительный отек сосочков слизистой [6].

Кисты эндцервикса. У рожавших женщин, а также у женщин, перенесших хирургические вмешательства, часто в эндцервиксе определяются округлой формы, мелкие (до 5-7 мм в диаметре) анэхогенные аваскулярные включения, представляющие собой кисты. В тех случаях, когда количество кист незначительное, размеры их не превышают 10мм и отсутствуют какие-либо другие признаки патологии шейки, это можно расценить как один из вариантов нормы. Аналогичные образования, расположенные ближе к наружному зеву, называются кистами наботовых желез (ovuli nabothi), размер их может достигать до 10-15 мм.

Эндцервицит. Наиболее частой патологией шейки матки является воспалительный процесс эндцервикса. Пик заболеваемости приходится на женщин молодого возраста от 16 до 30 лет. Эндцервицит может сопутствовать нарушению нормальной флоры влагалища, что может встречаться и у девственниц, особенно после лечения антибиотиками. Кроме этого, возможен гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. Такие заболевания, как псевдоэрозия (имеющая два морфологических варианта : эктопия (в 92%) или эктропион (в 8%) [7] и лейкоплакия, которые не выявляются при эхографическом исследовании, могут быть заподозрены в случае обнаружения признаков цервицита. Достоверных ультразвуковых признаков стадий течения воспалительного процесса слизистой цервикального канала, а также эхографических особенностей в зависимости от вида возбудителя не существует. Эхографическими признаками эндцервицита являются: утолщение М-эха более 5 мм; эндцервикс неоднородной структуры, повышенной (пониженной) эхогенности; гиперэхогенные включения в эндцервиксе; множественные кисты в эндцервиксе; анэхогенное содержимое в просвете цервикального канала вне перiovуляторной фазы; гиперэхогенные включения малых размеров с акустическим феноменом, характерным для пузырьков газа; васкуляризация эндцервикса и подлежащих тканей с нормальными показателями индекса резистентности артериального кровотока. Надо отметить, что не все признаки могут быть одновременно. Для того, чтобы выявить эндцервицит, необходимо наличие трех и более эхографических признаков. Чем больше их обнаружено, тем точнее диагностика.

Полип эндцервикса. Полип является очаговым гиперпластическим процессом эндцервикса, это часто встречающееся доброкачественное заболевание шейки матки, отличающееся малосимптомным течением и носящее рецидивирующий характер [8-10]. Полипы цервикального канала относятся к группе фоновых доброкачественных процессов шейки матки, в структуре которых они составляют 22,8% [11-14]. По морфологическому типу различают фиброзный, железисто-фиброзный, железистый полипы [15]. Достоверных эхографических признаков определенного морфотипа в настоящее время не существует, однако, чем эхогеннее ткань, представляющая патологическое включение, тем вероятнее наличие фиброзного компонента в нем. Эхографическими признаками полипа эндцервикса являются: локальное утолщение слизистой; визуализация в просвете цервикального канала образования округлой формы с четким контуром; при цветовой доплеровском картировании полип может быть умеренно васкуляризирован и может определяться сосудистая ножка. В сомнительных случаях целесообразно повторить исследование в перiovуляторную фазу, когда полип четче визуализируется на фоне анэхогенного содержимого.

Папилломы шейки матки. Папилломы характеризуются очаговым разрастанием стромы и плоского эпителия с его ороговением и располагаются в области наружного зева, однако, могут распространяться по цервикальному каналу. Специфических эхографических признаков папилломы не существует, но при ультразвуковом исследовании в просвете цервикального канала рядом с наружным зевом могут обнаруживаться образования неправильной формы и повышенной эхогенности.

Рак шейки матки. Рак шейки матки - одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей органов малого таза у женщин, стоит на третьем месте после рака молочной железы и рака тела матки. Рак шейки чаще возникает у женщин 45-55 лет. Ультразвуковая диагностика 0 стадии (in situ) сомнительна, так как патологический процесс представлен злокачественной трансформацией эпителия при отсутствии инфильтративного роста и метастазирования, поэтому при этой стадии ведущим методом остается цитологический и гистологический анализ, а также кольпоскопия [16]. Клинически значимой эхография является в диагностике Ib и Pa стадий, т.е. когда опухоль не выходит за пределы шейки или тела матки. Косвенным признаком инфильтрации параметрия (Пб стадия) может служить выявление обструкции нижних мочевых путей, нарушение уродинамики вплоть до гидронефротической трансформации и нефункционирующей почки. Сочетание патологических изменений шейки, характерных для карциномы, и объемных образований метастатического характера в области придатков матки соответствует Ша стадии.

Тазовые лимфоузлы являются регионарными для шейки матки, поэтому обнаружение увеличенных, округло-овальной формы, сниженной экзогенности узлов указывает на IIIb стадию распространенности процесса. При IVa стадии может обнаруживаться инфильтрация мочевого пузыря, определяемая при его максимальном наполнении, в виде неравномерного утолщения стенки, прилегающей к шейке матки и иногда внутриспросветных образований. Для диагностики поражения прямой кишки проводится ее контрастирование. Для этого в анальное отверстие на глубину примерно 10 см вводится презерватив с предварительно закрепленным в нем пластиковым катетером, через который шприцом Жане нагнетается дистиллированная вода в количестве, достаточном для визуализации маточно-прямокишечной складки (50-150 мл). При трансвагинальном исследовании выявляется общий конгломерат, включающий шейку матки, параметрий и переднюю стенку прямой кишки, который приводит к стриктуре, хорошо определяемой на фоне анэхогенного контраста.

Эхографические признаки карциномы шейки матки: исчезновение контура эндоцервикса; срединный комплекс неоднородной структуры, пониженной (повышенной) экзогенности, с гиперэхогенными включениями; утолщение шейки (бочкообразная форма) или неправильная форма шейки матки; жидкость в просвете цервикального канала и /или полости матки; наружный контур шейки нечеткий, неровный (в случае распространения процесса за пределы шейки матки); васкуляризация срединного комплекса преимущественно с низкорезистентным типом кровотока. Не все перечисленные признаки могут присутствовать одновременно. Визуализация патологических признаков во многом зависит от направления роста опухоли. При эндоефитном росте более характерна бочкообразная форма шейки. Срединный комплекс без четких границ представлен областью пониженной экзогенности, неоднородной структуры, в проекции определяются как венозные, так и артериальные сосуды. При экзофитном росте шейка матки чаще неправильной формы, контур в области наружного зева нечеткий, неровный, в этой области визуализируется образование повышенной экзогенности, с гиперэхогенными включениями, часть из которых дает акустические тени (петрификаты). Из-за обтурации опухолью происходит накопление жидкости в просвете цервикального канала и полости матки, особенно у женщин в постменопаузе. При смешанном росте могут встречаться все указанные признаки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новикова Е.Г. Диагностика предраковых заболеваний и начальных форм рака шейки матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) Под ред. Прилепской В.Н.М.: МЕДпресс,2000.с.153.
2. Козаченко В.П. Современное состояние рака шейки матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) / Под ред. Прилепской В.Н. М.: МЕДпресс,2000.с.133.
3. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.3 Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. М.: Видар,1997.с.201-239.
4. Хмельницкий О.К.Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. СПб.: Сотис,1994.с.334-354.
5. Буланов М.Н., Митьков В.В. Современное представление о нормальной ультразвуковой анатомии и гемодинамике эндоцервикса // Ультразвуковая и функциональная диагностика.№2.2005.с.49-54.
6. Серов В.Н., Кузмин А.А. Цервикоскопия в диагностике заболеваний шейки матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. Прилепской В.Н. М.: МЕДпресс,2000.с.56-62.
7. Рудакова Е.Б. Псевдозрозия шейки матки// Практическая гинекология / Под ред. Кулакова В.И., Прилепской В.Н. М.: МЕДпрессинформ,2001.с.40-42.
8. Мамедов К.Ю. Полипы слизистой оболочки канала шейки и истмической части матки.: Автореф.дис.к.м.н. М.,1985.с.24.
9. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. М.:Медицина.1990.с.544.
10. Куковенко Е.М., Саркисов С.Э. Возможности трансвагинального ультразвукового исследования и цервикогистероскопии в диагностике полипов цервикального канала. // Ультразвуковая и функциональная диагностика.№1. 2003.с.41-45.
11. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Коханевич Е.В. Киев: ООО Книга-плюс,1998,с.161.
12. Заболевания шейки матки (Клинические лекции) / Под ред. Прилепской В.Н. М.: Медиасфера,1997,с.88.
13. Патология влагалища и шейки матки / Под ред. Краснопольского В.И. М.: Медицина,1999,с.272.
14. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки. Минск. Высшая школа, 2000.с.368.
15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов-на-Дону: Феникс,2000.с.390-409.
16. Озерская И.А., Агеева М.И. Ультразвуковая диагностика патологии шейки матки // Ультразвуковая и функциональная диагностика.№2. 2002.с.132-136.

УДК 616, 718.4 – 001. 6 – 053, 2 - 089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ*А.К. Карабеков, И.К. Харамов**Южно - Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Республиканская детская клиническая больница «Ақсай», г. Алматы***ТҮЙІН**

Мақалада тексерілген 95 ұршықтың патологиялық шығуы оперативті емдеудің түріне байланысты соңғы нәтижелері зерттелген. Емдеу әдісінің тиімділігі ұсынылған баллдық жүй бойынша көрсеткіштерді сандық сұрыптауға негізделген.

Буынсыртқылық оперативті тәсілді қолдану 66,7%-ке дейін жақсы нәтиже деңгейін жоғарлатып, қанағаттанарлық немесе қанағаттанарлықсыз деген нәтижелерді 27,2% және 6,1%-ке дейін төмендетілгені анықталды.

SUMMARY

They were studied the distant results of therapy in 95 cases of the surgical correction with pathological dislocation at children according to character of medical intervention. The value of effectiveness of the therapeutic approach is conducted by elaborating ball system based on the digital recording. It is determined that using of the extraarticular operative methods to provide the increasing of positive results level to 66,7% by decreasing of specific gravity of the satisfactory and unsatisfactory results therapy up to 27,2% and 6,1% accordingly.

Наиболее объективным критерием оценки лечебной тактики при патологическом вывихе бедра (ПВБ) у детей являются отдаленные результаты лечения. В настоящее время, чаще всего прибегают к дифференцированной оценке исходов операций с учетом имевшегося типа деформации. Однако, большинство предложенных систем не включает в себя компонент сравнительного анализа на основе выявленных изменений до оперативного лечения. Авторы О.А. Соколовский (1997), Р.Х. Аюпов (2000), А.И. Николаев (2005) при определении исходов оперативного метода берут за основу функциональный результат без учета рентгеноанатомических данных. Некоторые ортопеды выделяют при патологических вывихах бедра только удовлетворительные и неудовлетворительные результаты (по другой терминологии - положительные и отрицательные). В основном авторы различают хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения.

Для правильного толкования исходов оперативного лечения патологического вывиха бедра у детей нам казалось необходимыми разработать единые критерии оценки, так как весьма было трудно группировать отдаленные результаты лечения у больных, которым применены различные способы лечения. Эту задачу мы попытались разрешить на основе детального анализа 95 случаев оперативного лечения ПВБ, исследованных в сроки от одного года до 10 – лет после операции. Учитывая достоинства и недостатки различных способов оценки результатов лечения ПВБ у детей, после всестороннего исследования мы разработали методику оценки результатов лечения данной патологии, основанную на цифровом анализе обшклинических, антропометрических, рентгенологических, функциональных показателей. По каждому ребенку в зависимости от степени изменения того или иного показателя выставляли определенный балл (10, 5, 1). Эти цифры были взяты для удобства подсчета окончательных результатов и для более четкого и объективного разграничения степени выраженности того или иного показателя. Итоговая оценка состояния тазобедренного сустава после лечения в целом основывалась на величине суммарного балла, разделенного на число использованных признаков (16). В результате этого деления получали цифру, которую обозначали также баллами, что объективно отражало состояние конечности и сустава на момент обследования. I – группа (5 - 10 баллов) хороший результат - жалоб нет, хромота отсутствовала или малозаметная, ось нижней конечности в норме, скошенность таза отсутствовала, состояние мышечного тонуса нормальное, неврологических нарушений не были. Опорность конечности восстановлена, амплитуда сгибания до 130°, отведения при разогнутой ноге до 40°, при согнутой 70°, ротация конечности 39° - 90°. Форма суставной впадины с нечетным контуром. Ацетабулярный индекс в пределах 15° - 30°, головка бедренной кости умеренно деформирована, шейка бедра сокращена, угол торсии до 25%, ШДУ – отклонение до 10°, величина h равна 10 мм и более, линия Шентона не нарушена. II – группа (3,0 – 4,9 баллов) удовлетворительный результат – отклонение от нормы в той или иной степени: жалобы на боли и появление хромоты при физической нагрузке, едва заметное варусное или вальгусное искривление, утончение, укорочение конечности на 2,0 см., едва заметное нарушение осанки, небольшая скошенность таза, конечность опорна. Симптом Тренделенбурга слабopоложительный. Амплитуда сгибания конечности меньше 130°, но больше 50°, амплитуда отведения от 39° до 20°, при согнутой 69° до 35°. Ротация от 38° до 20°. Форма суставной впадины овальная с нечетким контуром или оссификация. Ацетебулярный индекс до 40°. Головка бедренной кости резко деформирована. Шейка бедра частично сохранена. Угол торсии от 26° до 40°. ШДУ – отклонение до 20°. Величина h = 9 до 0 мм линия Шентона нарушена до 1 см.. III – группа (1,0 – 2,9 баллов) неудовлетворительный результат: отсутствие улучшения

субъективных и объективных показателей: жалобы на постоянные боли и хромоту, быструю утомляемость, заметное варусное или вальгусное искривление конечности и её утончение, укорочение на 2,0 и более см, симптом Тренделенбурга положительный. Снижение тонуса мышц за счет атрофии. Амплитуда движений в суставах 50° и меньше. Амплитуда отведения при разогнутой ноге 19° до 0°, при согнутой 44° до 0°. Форма суставной впадины плоская с оссификацией, склерозом. Ацетабулярный индекс свыше 40°, головки бедренной кости отсутствуют. Шейка бедренной кости отсутствует. Величина h выше горизонтальной линии. Линия Шентона нарушена, свыше 1 см. Результаты оперативного лечения операции проанализированы в 95 случаях. Исходы лечения оценивались с учетом характера операции (таблица 1).

Таблица 1. Отдаленные результаты хирургического лечения патологического вывиха бедра по характеру вмешательств

№	Характер оперативного вмешательства	Оценка результата по характеру операции			Число обследованных детей (100%)
		5-10 баллов (I) хорошие	3,0 – 4,9 баллов (II) удов-ние	1,0 – 2,9 баллов (III) не удов-ние	
		Абс.число % М ± m			
1	ВНТУРИСУСТАВНЫЕ Открытое вправление вывиха по Колонна - Леффлеру	18(51,4%)	15(42,9%)	2(5,7%)	35
2	Открытое вправление вывиха по Колонна-Остапчуку	5(35,7%)	6(42,9%)	3(21,4%)	14
3	Реконструктивные операции большого вертела бедра	3(23,0%)	6(46,2%)	4(30,8%)	13
		26(42,0%)	27(43,5%)	9(14,5%)	62(100%)
4	ВНЕСУСТАВНЫЕ Подвертельная деторсионно - варизирующая остеотомия бедра	11(73,3%)	4(26,7%)	-	15
5	Корректирующая остеотомия бедра по Остапчуку	7(70,0%)	2(20,0%)	1(10,0%)	10
6	Операция по типу Шанца-Илизарова	4(50,0%)	3(37,5%)	1(12,5%)	8
		22(66,7%)	9(27,2%)	2(6,1%)	33(100%)
	ВСЕГО:	48(50,5±1,63) P<0,05	36(37,9±1,75) P<0,05	11(11,6±1,82) P<0,05	95(100%)

Как видно из таблицы 1 результаты лечения у 48 (50,5%) больных (5 – 10 баллов) оценены как хорошие, у 36(37,9%) детей 3,0 – 4,9 баллов – удовлетворительные, у 11 (11,6%) пациентов (1,0 - 2,9 баллов) не удовлетворительные. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения ПВБ по характеру оперативного вмешательства показало, что при применении внутрисуставных вправлении вывиха бедра хорошие результаты получены у 26(42,0%), удовлетворительные – у 27(43,5%), неудовлетворительные – у 9(14,5%) детей. Вместе тем, применения внесуставных оперативных вмешательств обеспечили повышение хороших результатов лечения до 66,7% со снижением удельного веса удовлетворительных и неудовлетворительных результатов лечения до 27,2% и 6,1%, соответственно. Отдаленные результаты оперативного лечения ПВБ основной группы (28 больных) изучены у всех (100%); контрольной группы (35 больных) - у 31(88,6%) случаях. Сравнительный анализ хороших и удовлетворительных результатов оперативного лечения в зависимости от применения аппарата для нижней конечности и тазобедренного сустава собственной конструкции и без применения аппарата свидетельствовал, что удельный вес полученных показателей одинаков в количественном отношении. Однако, у детей основной группы (96,5%) существенно изменилось качество жизни по сравнению с контрольной. Необходимо отметить, что дети I группы 48(50,5%) у которых констатированы хорошие результаты лечения, мы не смогли получить максимальных баллов, 9 – 10, что можно объяснить характером тяжелого повреждения тазобедренного сустава при ПВБ и со сложностью реконструктивного вмешательства при этих многогранных патологиях. Вместе с тем, оценка эффективности в зависимости от способа операции ПВБ показала, что исходы операции пропорционально зависимы от возраста пациента, характера сохранности

головки, шейки бедра и состояния вертлужной впадины. Тем не менее, при дифференцированном и правильном подходе к различным видам оперативного лечения с учетом возраста больных, анатомо-рентгенологических изменений элементов тазобедренного сустава можно получить хорошие результаты при любом из использованных способов хирургического вмешательства, особенно при применении внесуставных способов коррекции деформации (66,7%). В отдаленном периоде получение удовлетворительных результатов лечения у 36(37,9%) детей считаем большим достижением. Это были основными детьми с III – IV типом деструктивного патологического вывиха бедра, где отмечались разрушения головки и шейки бедренной кости со смещением проксимального отдела бедренной кости латерально и вверх. Общеклиническая оценка отдаленных результатов лечения реконструкции тазобедренного сустава у этих групп показывает, что 85,3% пациентов перестали жаловаться на постоянные боли после нагрузки и утомляемости, после длительного пребывания на ногах. Исчезли, и уменьшились такие симптомы, как явное нарушение походки и выраженная хромота, Тренделенбурга. Улучшилась амплитуда сгибания и отведения, ротация бедра на 15° - 50°.

В отдаленном периоде у 11(11,6%) детей были отмечены неудовлетворительные результаты лечения (1,0 - 2,9 баллов), связанные с углублением вертлужной впадины, моделированием головки бедра, вправлением большого вертела или короткой культы шейки, нарушением ортопедического режима. Из них у 3 больных в возрасте 15 лет с неопорной нижней конечностью проведен артродез тазобедренного сустава. У 6 больных произведено удлинение конечностей от 5 до 7 см с помощью аппарата ЧКО. При этом необходимо отметить, что коленные и противоположные тазобедренные суставы были здоровыми. В противном случае операция артродезирования тазобедренного сустава с функциональной и биомеханической точки зрения явилось бы неоправданной и калечащей.

Таким образом, при дифференцированном и правильном подходе к различным видам оперативного лечения с учетом возраста больных, анатомо-рентгенологических и морфологических изменений элементов тазобедренного сустава можно получить хорошие результаты при любом из применяемых способов хирургического вмешательства, особенно при применении внесуставных способов коррекции деформации. При этом хорошим подспорьем для практического врача в пред- и послеоперационном периоде является разгрузочный аппарат для тазобедренного сустава и нижней конечности. Применение данного аппарата дает возможность повысить качество жизни и быстрее реабилитировать больных, обеспечивает полную разгрузку проксимального отдела бедренной кости, имеющей приоритетное значение в получении положительных отдаленных результатов лечения.

УДК 616.831.9-002.155-053.2:578.835.11:615.281.8

О ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

*А.Ш.Бациева
ГИБ, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Шымкент қаласындағы балалар арасында энтеровирусы менингитте вирусқа қарсы препараттарды антибиотиктермен қосып бергенде аурудың ағымының қысқаруы, асқынулардың азаюы және қалдық өзгерістердің төмендеуі байқалған.

SUMMARY

Prescribing antiviral drugs in combination with antibiotics in reducing the duration of the disease, reducing the frequency of complications and sequelae of the flow enteroviral meningitis in children in the city Shymkent.

Энтеровирусная инфекция является широко распространенной патологией человека, при которой поражаются различные органы и системы, в том числе и центральная нервная система [1]. Согласно литературных данных, частота менингоэнцефалитов составляет около 12% от всех форм энтеровирусной инфекции [2]. Основными симптомами энтеровирусных менингоэнцефалитов являются головная боль, рвота, нарушение сознания, менингеальные симптомы, очаговая симптоматика. Из черепных нервов чаще поражаются XII, VII и III пары. На фоне адекватной терапии наступает быстрое улучшение общего состояния детей. Имеющиеся остаточные явления незначительны [2]. Нами были проанализированы клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов, находившихся на стационарном лечении в Городской инфекционной больнице г.Шымкента в течение июля – августа 2010 года. Диагноз менингита выставлялся на основании клинических проявлений, данных исследования ликвора, стандартных обследований: общего анализа крови, мочи, биохимического анализа крови. Всего пролечено 39 больных с менингитами, что составило 6% от находившихся в стационаре детей с диагнозом ОРВИ. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 10 до 21 дней (в среднем составила 13,9 дней) и зависела от тяжести течения и проведенного лечения. Большинство детей поступило в стационар на 1-2-е сутки от начала заболевания (28 человек – 71,8%), на 3-и сутки – 4 (10,2%), на 4-е сутки – 7 (18%). Признаком тяжести воспалительного процесса нами расценивалась

температурная реакция. Она зарегистрирована у 39 человек (100%), из них у 17 (43,6%) – до 38°C, у 4 (10,2%) – до 38,9°C, а у 18 (46,2%) температура поднималась выше 39°C, держалась от 1 до 7 суток (в среднем 2,5 суток). Основные признаки заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1. Основные симптомы заболевания

Симптомы		Число пациентов
Менингеальные симптомы	резко выраженные	21 (53,8%)
	умеренно выраженные	17 (43,6%)
	диссоциация менингеальных знаков	1 (2,5 %)
Головная боль	выраженная	29 (74,4%)
	умеренная	10 (25,6%)
Множественная рвота		39 (100%)
Повышение температуры тела	до 38° С	17 (43,6%)
	до 38,9° С	4 (10,2%)
	выше 39° С	18 (46,2%)

Из лабораторных методов обследования важнейшим является анализ ликвора. Изменения в ликворе зависели от дня заболевания, что представлено в таблице 2.

Таблица 2. Клеточный состав ликвора при энтеровирусных менингитах

Цитоз	День болезни			Соотношение клеток ликвора
	1-2	3-4	более 5	
15-30	5 б-ных	1 б-ной	-	Нейтрофилы > лимфоциты 16 пациентов (41%) Нейтрофилы < лимфоциты 19 пациентов (48,8%) Нейтрофилы = лимфоциты 4 пациента (10,2%)
31-100	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
101-200	6 б-ных	1 б-ной	1 б-ной	
201-500	9 б-ных	4 б-ных	1 б-ной	
Более 500	3 б-ных	-	-	
В среднем	208,6 клеток	250,8 клеток	202 клеток	

Все больные с энтеровирусными менингитами получили комплексное индивидуальное лечение: 9 больных - противовирусную терапию таблетками ацикловира в возрастных дозировках, до 1 г в сутки, курс – 5 дней. 17 больных получили комбинированную противовирусную и антибиотикотерапию, 13 больных – только антибиотикотерапию (ампициллин, пенициллин, цефазолин – в возрастных дозировках). В курс стандартной терапии входили диуретики, актовегин, винпосан, ибупрофен, витамины группы В. В результате проведенного лечения наблюдалась четкая регрессия основных клинических симптомов: рвота прекратилась на 1-й день – у 28 пациентов, на 2-й день – у 10 пациентов; нормализация температуры у большинства больных (34 пациента – 87,2%) наблюдалась в течение первых трех дней, уменьшение головной боли (34 пациента – 84,6%) также в течение первых 3-х дней, менингеальные знаки перестали выявляться у 21 больного – на 2-й день лечения, еще у 15 больных – на 3-й день стационарного лечения.

Контрольная спинно-мозговая пункция у 8 пациентов проведена на 10-й день лечения, из них у 5-нормализация СМЖ; у 17 пациентов на 12-14-й день лечения, из них у 6-нормализация СМЖ; у 7 пациентов – на 15-17 день лечения, во всех пробах – остаточные явления в виде лимфоцитарного плеоцитоза от 7 до 32-106/л. В результате проведенного лечения с выздоровлением выписано 22 больных (56,4%), с улучшением – 17 больных (43,6%). Всем детям после перенесенного энтеровирусного менингита был рекомендован диспансерный учет, наблюдение у невропатолога. Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, можно сделать следующие выводы: энтеровирусные менингиты увеличивают длительность заболевания и усиливают тяжесть течения болезни; основными симптомами энтеровирусных менингитов являются головная боль, множественная рвота, повышение температуры тела, менингеальные симптомы. Выраженные менингеальные симптомы (53,8%) преобладают над умеренными (43,6%); на фоне комбинированной антибиотико- и противовирусной терапии наблюдается положительная динамика и наступает быстрое улучшение общего состояния детей; имеющиеся остаточные явления незначительны, но требуют диспансерного наблюдения, что важно для сохранения качества жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубрицкий П.К., Астанов А.А. Энтеровирусная инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация. – Мн., 1998.
2. А.А.Корнякова, Л.И.Ясинская, А.П.Кудин. Энтеровирусные менингиты у детей.

УДК 616-37-002

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Г.Е. Булатова
ЦГБ, г.Кентау

ТҮЙІН

Соңғы жылдары ұйқы безі патологиясының жылдан-жылға өсуі байқалуда. Оның диагностикасында біршама қиындықтар кездеседі, әсіресе алғашқы симптомдар дамығанда, сондықтан, жедел панкреатит пен оның асқинулары диагностикалауда басқа да зерттеу тәсілдерімен қатар УДЗ тәсілінің маңызы зор.

SUMMARY

Pancreas and cause disease in recent years an increasing interest in connection with the steady increase in its incidence in industrialized countries. Recognition of diseases of the pancreas until recently connected with great difficulties, ososbenno, early signs, due to the complex topography of its relative position with okruzhayuschimim organs, large vessels and non-specific clinical manifestations of both inflammatory and neoplastic lesions

Поджелудочная железа и ее заболевания вызывают в последнее время все больший интерес в связи с неуклонным ростом ее заболеваемости в индустриально развитых странах. Распознавание болезней поджелудочной железы до последнего времени связано с большими трудностями, ососбенно, ранних признаков, что обусловлено сложной топографией ее взаиморасположения с окружающим органами, крупными сосудами и неспецифичностью клинических проявлений как воспалительных заболеваний, так и опухолевых поражений [1]. Можно выделить 2 группы осложнений острого панкреатита: обусловленные общим воздействием заболевания на организм и местные, связанные с повреждением поджелудочной системы. При отечном панкреатите осложнения наблюдаются редко, при деструктивном – они возникают практически у каждого больного. К местным осложнениям относятся перитонит (ограниченный и распространенный), забрюшинная флегмона, абсцессы брюшной полости и сальниковой сумки, некрозы стенки желудка и поперечно-ободочной кишки, панкреатические свищи внутренние и наружные, ложные кисты, аррозивные кровотечения. Практически все осложнения мы наблюдаем в своей практике и в общем, все они доступны в ультразвуковой диагностике [2].

Самое первое, с чем сталкиваемся у пациента с острым панкреатитом – это парез кишечника, когда на экране монитора визуализируется только петли кишечника заполненным газом, который затрудняет осмотр. При крупно очаговой форме панкреатита образуется один или несколько очагов некроза, который при эхографии выглядит гипоэхогенными полями без четких контуров. При некрозе тела и головке исход заболевания обусловлен степенью вторичных поражений стенок сосудов и протоков. Крупные очаги некроза этой локализации нередко подвергаются диффузному расплавлению и секвестрации с образованием абсцессов. Внутриорганных либо сальниковой сумки, которые будут визуализироваться как анэхогенные полости с нечеткими контурами и возможными изоэхогенными включениями [3]. Такие абсцессы зачастую доступны дренированию под контролем ультразвука. Иногда на месте некроза возможно образование ложных кист. Стенки ложной кисты состоят из окружающих органов и воспалительных тканей и не содержат эпителиальной выстилки. Содержимое кровь, панкреатические ферменты и тканевой детрит. Полость кисты, как правило связана с протоками железы, через которые происходит сброс секрета. При эхографии такие кисты имеют все признаки обычных кист. Естественное течение ложных кист поджелудочной железы может быть различным. Кисты небольших размеров могут разрешаться самостоятельно. Киисты превышающие 50,0 см. часто вызывают боль в животе и требуют хирургического вмешательства [4].

При прогрессирующих вариантах острого панкреатита стадия серозного отека рано сменяется стадией геморрагического некроза, затем следует стадия расплавления некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с последующим формированием панкреатической флегмоны, которая может распространяться по клетчатке боковых каналов живота в малый таз брыжейку тонкой кишки и даже по бедренному каналу на переднюю поверхность бедра [5]. В свою очередь, осложнением кисты и абсцесса может быть прорыв его содержимого в брюшную полость с образованием перитонита. При исследовании такого больного будет определяться жидкость по боковым каналам и между петлями кишечника. Такая же картина будет выявляться при еще одном грозном осложнении острого панкреатита аррозивном кровотечением.

Материалы: С 2005 по 2010 год в ЦГБ города Кентау пролечено 164 пациента с панкреатитом, из них мужчин 102, составило 62 %, женщин 62, составило 38 %, средний возраст больных составило 48,5 год. Все больные получили стационарное лечение в отделении хирургии. Клиническая характеристика больных представлена в таблице №1.

№	Параметры	Абс число	%
1	мужчин	102	62%
2	женщин	62	38%
3	В анамнезе сахарный диабет	16	9,7%

4	В анамнезе хронический гастрит	23	14%
5	В анамнезе язвенная болезнь желудка и 12 п.к.	8	4,8%
6	В анамнезе некалькулезный холецистит	58	35,3%
7	В анамнезе холецистэктомия	4	2,4%

При сравнительной оценке выявлено, что мужчины часто страдают острым панкреатитом, что соответствовало статистическим данным. Из сопутствующих заболеваний по частоте большой процент составил некалькулезный холецистит. Осложненные формы с развитием панкреонекроза абсцессов и кист составили 33 случая (20%), на 129 случаев отечной формы панкреатита и обострения хронического панкреатита пришлось 132 исследования. А на 33 осложненные формы – 134 исследования, т.е. в среднем пациент осматривался 4 раза. Таблица №2

Таблица №2 Частота диагностируемой формы панкреатита

Наименование	Абс число	%
Абсцесс и киста с образованием панкреонекроза	33	20%
Отечная форма панкреатита	129	78,6%
Обострение хронического панкреатита	2	1,4%

По данным УЗИ выявлены следующие изменения: изменение формы поджелудочной железы 98%, увеличение размера поджелудочной железы 78,6%, контуры оставались четкими 78,6% контуры не четкие, неровные 20%, вследствие сдавления вирсунгов проток не визуализируется 70%.

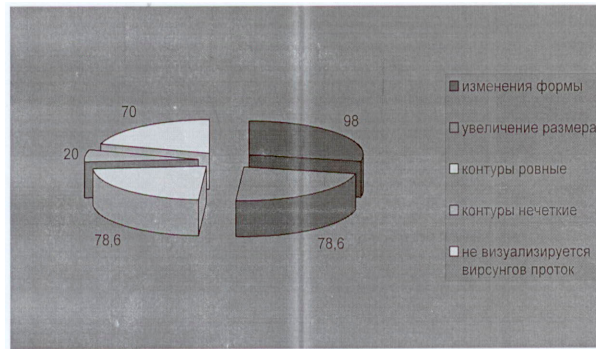


Диаграмма – Частота ультразвуковой картины острого панкреатита

Развитие деструктивных форм панкреатита для своевременной диагностики и определние соответствующего метода лечения требует более частого ультразвукового контроля. Таким образом, ультразвуковая диагностика является ведущим методом для определения адекватности проводимого лече осложнениями острого панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюховицкий Ю.А., Кондратова Т., Заболотская Н.В. «Ультразвуковая диагностика заболеваний поджелудочной железы» Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика/ под редакцией Митькова В.В., М Видар, 2003, с 195-250
2. Иванов В.А., Малярчук В.И. «Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны» М.Камерон, 2004, 136 с.
3. Задгенидзе Т.А., Власов П.В. Заболевания и повреждения органов пищеварительного тракта, печени, поджелудочной железы. Справочник по рентгенологии и радиологии, М: Медицина, 1972, с 346-403.
4. Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б., Цыденжанов Е.Ц. Деструктивный панкреатит: Современное сотсояние проблемы. Вестнхир, 2000;159:2: 116-123.
5. Нестеренко Ю.А., Лисченко А.Н., Михайлузов С.В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита (руководство для врачей и преподавателей). М: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999; 169.

УДК 616.216.1 – 002.2-07

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ

М.А.Оспанова, С.А.Оспанова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

ОҚМФА-ның ЛОР клиникасында 25 жедел гаймаритпен ауратын озон/NO ультразвуктік ем өткізілді. Барлығында емге дейін жаңа ИК-спектроскопия әдісімен қанның плазмасы зерттелінді. Емделгеннен кейін липидтерді деградациялау өнімдерінің болуы азаятыны атап көрсетілді.

SUMMARY

Ozon/NO – ultrasonic treatment of the acute haimoritis in 25 patients has been made in the otolaryngol clinic of the South – Kazakhstan state Medical Academy. Before the treatment the blood serum of the patient investigated by the ultra-red spectroscopy. It was revealed that in blood plasma of patients with acute haimoritis the decrease of lipid degradation products maintenance is observed.

Заболееваемость острым синуситом остается одной из ведущих проблем современной – оториноларингологии и имеет тенденцию к росту. В среднем около 5-15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита. На долю поражения верхнечелюстной пазухи приходится 56-73% от общего количества больных синуситами [1]. Инфракрасная спектроскопия (ИКС). ИКС – является одним из фундаментальных методов исследования химического состава природных многокомпетентных систем. Известно, что ИКС основана на явлении поглощения группами атомов испытуемого объекта электромагнитных колебаний в инфракрасном диапазоне длин волн 2 мкм (5000 см⁻¹) до 25 мкм (400 см⁻¹), который принято считать фундаментальной областью. ИКС является одним из наиболее современных физических и аналитических методов исследования, который позволяет изучить строение молекул, характер межмолекулярных и внутримолекулярных взаимодействий. При наличии в молекулах одних и тех же определенных связей или групп появляются специфические полосы поглощения, имеющие одну и ту же частоту. Изменения в структуре молекулы ведут к изменению спектра. Поэтому инфракрасный спектр соединения может быть использован для идентификации точно также, как и другие физические константы. [2,3,4].

Цель исследования: выявить особенности изменений ИК-спектра плазмы крови у больных с острым гнойным гайморитом в динамике лечения ямик и озон /NO ультразвуковым методом.

Пациенты и методы. В ЛОР-клинике ЮКГФА проведено обследование и лечение 25 пациентов с острым гнойным гайморитом (ОГГ). Пациенты предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, головную боль, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из носа, снижение обоняния, общую слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности. При эндоскопии: слизистая полость носа гиперемирована, отечна, слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе. Диагноз подтвержден рентгенологическим исследованием и результатами компьютерной томографии. Пациентам ОГГ проводилась управляемая пролонгированная ирригационная терапия полости носа. Метод включает синус-катетер ЯМИК-5 и вакуумный аппарат «АМЕДА». А также применен низкочастотный ультразвук и озон/ NO газовая смесь. Регистрация ИК-спектров производилась совместно с к.х. н. Быстро В.К. на ИК-спектрометре Specord, на базе Института Оргсинтеза и Углекимию АН РК. Диапазоны регистрации 500-4000 см⁻¹. ИК-спектры контрольных образцов характеризуются поглощением на частотах 705, 820, 870, 920-1000, 1340-1410, 1410-1460, 1510-1530, 1570-1700, 1700-1720 см⁻¹.

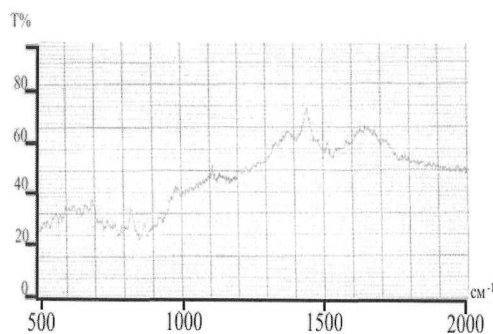


Рис.1. Типичный ИК-спектр плазмы крови группы контроля

Типичный ИК-спектр плазмы крови больных с ОГГ до лечения представлен на рисунке 2.

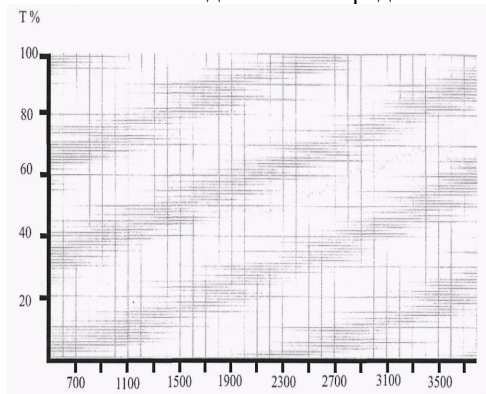


Рис.2. Типичный ИК-спектр плазмы крови больного ОГГ до см⁻¹ лечения

ИК-спектры плазмы крови больных ОГГ до лечения, отличались от ИК-спектров плазмы крови группы контроля увеличением интенсивности поглощения в области 920-1000 см⁻¹ и увеличением полуширины полос поглощения в области 1320-1460 и 1420-1500 см⁻¹. В области 870 см⁻¹ отмечается резкое снижение интенсивности поглощения, а в 19,3% случаев полное исчезновение пика. Полосы 920-1020 см⁻¹ и Амид отличаются большей полушириной и сглаженностью, в целом весь спектр характеризуется увеличением количества свободных основных функциональных групп макромолекул плазмы крови. Таким образом, основные изменения характера поглощения ИК излучения в плазме крови больных до лечения выражаются в нарушении структурной организации липидного и белкового компонента, выражающегося в увеличении количества свободных групп -СН и увеличении жесткости упаковки полипептидных цепей белковых молекул. Увеличение степени свободных основных функциональных групп белковых молекул (-NH₂ и -C=O), выражающееся в изменении полуширины характеристических полос поглощения и появлении дополнительных пиков поглощения в полосе Амид I вместе с увеличением жесткости белковых молекул может быть обусловлено образованием дополнительных нековалентных взаимодействий между функциональными группами белков и другими соединениями, входящими в состав плазмы крови.

Следовательно, на основании результатов исследования ИК-спектров плазмы крови больных ОГГ мы можем сделать вывод о том, что при развитии гнойного воспалительного процесса в пазухах происходит изменение характеристик компонентов плазмы крови, которое выражается в увеличении содержания и лабильности групп -СН и стабилизации пептидных цепей, сопровождающиеся увеличением жесткости упаковки белков. Сравнение ИК-спектров плазмы крови больных ОГГ после лечения показало уменьшение выраженности отличий характера поглощения ИК излучения от контроля.

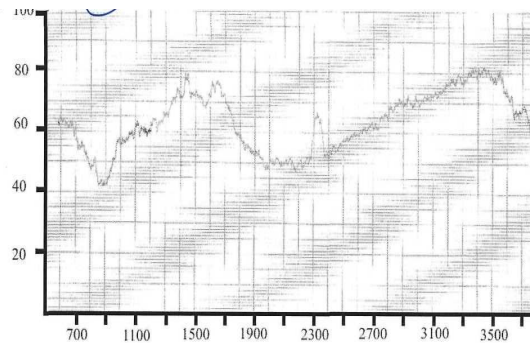


Рис.3. Типичный ИК-спектр плазмы крови больного ОГГ после лечения см⁻¹

ИК-спектры плазмы крови больных ОГГ после лечения характеризуются в большей интенсивности пика поглощения на частоте 870 см⁻¹ и «сглаженности» полосы 1320-1460 см⁻¹. Такие отличия позволяют предположить, что в плазме крови больных ОГГ после лечения отмечается уменьшение веществ, содержащих винильный радикал -СН=СН₂, а также менее выраженная лабильность ациальных цепей липидов. Оба эти факта могут служить свидетельством того, что в плазме крови больных ОГГ после лечения происходит уменьшение интенсивности ПОЛ и ОМБ и стабилизация структуры липидного компонента плазмы крови. Таким образом, после проведенного комплексного лечения в ИК-спектрах больных ОГГ наблюдались изменения, свидетельствующие об уменьшении интенсивности окислительного метаболизма, процессов ПОЛ и ОМБ, стабилизации белкового и липидного спектра плазмы крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбанов Ф.Ф., Свистушкин В.М., Герасименко М.Ю., Филатова Е.В. и др. Флюктуоризация в комплексном лечении больных острым верхнечелюстным синуситом. материал конференции «Прикладная фундаментальная наука – Российской оториноларингологии». – Санкт-петербург, 2010 г. – с.341-344.
2. Портенко Е.Г. Современный метод диагностики в медицине в виде инфракрасной спектроскопии биологических жидкостей / Е.Г.Портенко, Ю.Г.Портенко, Г.М.Портенко, Г.П.Шматов // Рос.оторинолар. 2008 - №4(35) – с.152-156.
3. ИК-спектроскопия в клинической лабораторной диагностике Балаховский И.С. – Клиническая лабораторная диагностика – 1995 - №4 – с.24-29.
4. Malin Stephen, Ruchti Timothy L., Rennert Jessica. NON – in vasive in vitro tissue classification using near – infrared measurements // Instrumentation Metrics < Inc. № 09/487547 / Патент 6405065 США, МКИ А 61 В 5/00 опубликован 11.06.2002 НКИ 600/310.

УДК: 616.216.1-002.3:577.171.55

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГЕМИСИНУСИТЕ

С.А.Оспанова, М.А.Оспанова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

ОҚМФА-сының ЛОР клиникасында жедел іріңді гемисинуситпен 25 сырқаттың динамикасында тотығу метаболизм, липидтердің асқын тотығу көрсеткіштерінің зерттелуі жүргізілді. Емделгеннен кейін тотығу метоблизм көрсеткіштері және липидтердің асқын тотығуының көрсеткіштері азаятыны атап көрсетілді.

SUMMARY

The ENT clinics of South Kazakhstan pharmaceutical Medical Academy produced a study of oxidative metabolism of 25 patients with acute purulent gemisinusitis. Established the intensification of LPO processes, OMB, and endogenous intonsifikat. Produced after treatment, these changes tend and normalization.

Патология околоносовых синусов занимает ведущее место среди всех заболеваний ЛОР-органов. Нередки случаи, когда воспалительный процесс протекает в виде полисинусита [1]. Синуситы сопровождаются нарушением окислительно-восстановительных процессов, дестабилизацией биологических мембран, интенсификацией процессов окислительного метаболизма. [2]. Окислительный метаболизм складывается из сопряженных процессов: радикалообразования, перекисного окисления липидов (ПОЛ), окислительной модификации белков (ОМБ) и нуклеиновых кислот. Интенсификация ПОЛ клеточных мембран и накопление продуктов может приводить к нарушению структурно-функционального состояния мембран клеток. ОМБ является одним из механизмов нарушений рецепторных, медиаторных и энергетических систем. Вопрос о роли медиаторных и энергетических систем. Вопрос о роли нарушения ПОЛ и ОМБ в патогенезе острого гнойного гемисинусита (ОГГ) еще не изучена.

Цель исследования явилась оценка окислительного метаболизма у больных ОГГ в динамике лечения озон / NO ультразвуковым методом.

Пациенты и методы. В ЛОР-клинике ЮКГФА проведено обследование и лечение 25 больных с ОГГ. Диагноз подтвержден эндоскопическим осмотром, а также рентгенологическим и компьютерно-томографическим исследованиями. Комплексное лечение включало активную эвакуацию патологического секрета из околоносовых пазух с помощью синус катетера ЯМИК 5 и вакуумного аппарата «АМЕДА». Для промывания околоносовых пазух мы использовали озонированный физиологический раствор, с последующим проведением контактной низкочастотной ультразвуковой импрегнации. Пациенты получали антибиотики: ЦЕФП, аугментин, цифлоксинал, спарфло и т.д.; сосудосуживающие капли, спреи: ринофлуимуцил, виброцил, галазолин; десенсибилизирующие средства: эриус, супрастин; физиолечение и т.д. Биохимические методы: определение содержания в плазме крови показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), окислительной модификации белков (ОМБ), тирозин и триптофан – содержащих пептидов.

Об интенсивности процессов ПОЛ судили по уровню первичных продуктов – диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА). ДК в плазме крови определяли по методу В.Б.Гаврилова и М.И.Мешкорудной [3]. Концентрацию свободной формы МДА в плазме крови определяли по методу Э.Н.Коробейниковой. [4]. Принцип метода оценки ОМБ основан на реакции взаимодействия окисленных аминокислотных остатков с 2,4-динитрофенилгидразином с образованием кетондинитрофенилгидразонов (КДНФГ) и альдегиддинитрофенилгидразонов (АДНФГ) основного и нейтрального характера. [5]. КДНФГ нейтрального характера регистрировали при длине волны 356 нм, АДНФГ нейтрального характера регистрировали при длине волны 370 нм, КДНФГ основного характера – при длине волны 430 нм, АДНФГ основного характера – при длине волны 530 нм. Результаты выражали в единицах оптической плотности / мл плазмы. Определение тирозин и триптофансодержащих пептидов определяли по методу В.Б.Гаврилова и соавт 1999 [6]. Для определения тирозинсодержащих пептидов (ТЗП) и триптофан-содержащих пептидов (ТРП) к 0.2 мл плазмы крови добавляли 0,2 мл 1,2 М хлорной кислоты, пробы центрифугировали в течение 10-15 минут при 3000 об/мин. К 0,3 мл супернатанта добавляли 1,8 мл 0,7 М раствора едкого натрия. Регистрировали экстинкции при длинах волн 290 нм и 300 нм. Единицы измерения – моль/л. Все биохимические исследования проводили на спектрофотометре PD – 303 UV APEL с использованием химических реактивов марок «хч» и «осч».

Таблица 1. Показатели окислительной модификации белков в плазме крови больных до и после лечения ($x \pm t$)

Группы	КДНФГ нейтрального характера усл.ед./мл	АДНФГ нейтрального характера усл.ед./мл	КДНФГ основного характера усл.ед./мл	АДНФГ основного характера усл.ед./мл
Контроль, n=25	3,4 \pm 0,09	3,6 \pm 0,077	1,87 \pm 0,04	0,26 \pm 0,01

Острый гнойный гемисинусит до лечения, n=25	$5,45 \pm 0,45^*$	$4,3 \pm 0,213$	$2,9 \pm 0,04^*$	$0,45 \pm 0,037$
Острый гнойный гемисинусит после лечения, n=25	$4,0 \pm 0,3$	$3,5 \pm 0,2$	$1,9 \pm 0,08$	$0,29 \pm 0,1\#$
* - достоверность по сравнению с контролем, $p < 0.05$ и ниже # - достоверность по сравнению с показателем до лечения, $p < 0.05$ и ниже				

В таблице приведены результаты изучения катаболитов ОМБ плазме крови больных ОГГ до и после лечения. На высоте клинических проявлений в плазме крови больных ОГГ зафиксирован рост динитрофенилгидразонов основного и нейтрального характера. Так, содержащие КДНФГ нейтрального и основного характера достоверно превышало контроль, соответственно, на 60% и 55%. Содержание АДНФГ нейтрального характера достоверно от значений контроля не отличалось, тогда как уровень АДНФГ основного характера превышал таковой нормы в 1,7 раз. После проведенного лечения отмечена тенденция к снижению содержания динитрофенилгидразонов в плазме крови больных ОГГ по сравнению с таковым до лечения. Так, содержание КДНФГ нейтрального и основного характера было ниже таковых до лечения, соответственно на 36,2% и 52,6%. Уровень АДНФГ основного и нейтрального характера в плазме крови больных ОГГ после лечения имели тенденцию к нормализации.

Таблица 2. Показатели ПОЛ в плазме крови больных ОГГ до и после лечения ($\bar{x} \pm T$)

Группы	ДК, нмоль/мл	МДА, нмоль/мл
Контроль n=25	$0,71 \pm 0,05$	$3,2 \pm 0,08$
Острый гнойный гемисинусит до лечения, n=25	$4,8 \pm 0,55^*$	$4,5 \pm 0,96^*$
Острый гнойный гемисинусит после лечения, n=25	$1,1 \pm 0,63\#$	$3,8 \pm 0,82$
* - достоверность по сравнению с контролем, $p < 0.05$ и ниже # - достоверность по сравнению с показателем до лечения, $p < 0.05$ и ниже		

Содержание ДК и МДА в плазме крови больных ОГГ достоверно превышало значение контроля соответственно 6,7 и 1,4 раза. После проведенного лечения зафиксировано снижение содержания ДК в плазме крови больных ОГГ по сравнению с таковыми до лечения. Уровень МДА имел тенденцию к нормализации.

Таблица 3. Тирозин и триптофансодержащие пептиды в плазме крови больных ОГГ до и после лечения ($\bar{x} \pm T$)

Группы	ТЗП, ммоль/л	ТРП, ммоль/л
Контроль n=25	$0,27 \pm 0,09$	$0,14 \pm 0,003$
Острый гнойный гемисинусит до лечения, n=25	$0,7 \pm 0,078$	$0,37 \pm 0,033$
Острый гнойный гемисинусит после лечения, n=25	$0,26 \pm 0,038\#$	$0,15 \pm 0,037\#$
* - достоверность по сравнению с контролем, $p < 0.05$ и ниже # - достоверность по сравнению с показателем до лечения, $p < 0.05$ и ниже		

На высоте клинических проявлений в плазме крови больных острым ОГГ достоверно возросло содержание ТЗП и ТРП, соответственно, в 2,6 раза и в 2,64 раза. После проведенного лечения содержания ТЗП и ТРП достигли значений контроля. Следовательно, полученные нами данные показали, что включение озон и ультразвуковой терапии в комплексное лечение больных ОГГ приводило к снижению катаболитов ОМБ, продуктов ПОЛ и тирозин – триптофансодержащих пептидов в плазме крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шиленкова В.В. Острые и рецидивирующие синуситы у детей (диагностика и лечение). Автореферат, дисс. ... д.м.н. Москва – 2008 – 42с.
2. Муравлева Л.Е., Айгбаев Б.К. Окислительный метаболизм в норме и патологии // Медицина и экология – 1997 - №1 – с.147-151.
3. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови //Лабораторное дело – 1983. - № 3 – с.33-36.
4. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой // Лабораторное дело – 1989 - №7 - с.8-10.

5. Гаврилов В.Б., Бидула М.М., Фурманчук Д.А., Конев С.В., Алейникова О.В. Оценка интоксикации организма по нарушению баланса между накоплением и связыванием токсинов в плазме крови // Клиническая лабораторная диагностика – 1999 - №2 – с.13-17.
6. Е.Е.Дубинина, М.Г.Морозова, Н.В.Леонова и др. Вопросы медицинской химии – 2000. Т.46, №4. с.398-409.

УДК 616.34-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.И. Сыдыманова

Городская поликлиника №3, г. Тараз.

ТҮЙІН

Бұл еңбекте протондық насос блокаторларының қазыргі кезде асқазан-өңеш рефлюкс ауруын және басқа қышқылдың асуынан болатын ауруларды емдеуде алатын орны туралы айтылады және олардың гистамин H-2 рецепторлары блокаторларымен салыстырғандағы жоғаралығы туралы айтылады.

SUMMARY

In this article is considered the role of the proton pump blockers in the treatment of gastroesophageal reflux disease and other acid diseases and its advantages of the preparations of this group in comparison with the blockers of histamine H2-receptors.

Цель: оценить результат применения ингибитора протонной помпы (ИПП) в лечении кислотозависимых заболеваний. Кислотозависимые заболевания, в основе своей природы имеющие избыточную секрецию соляной кислоты представляют серьезную медико-социальную проблему. Кислотная продукция является решающим звеном патогенеза многих распространенных гастроэнтерологических заболеваний (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эрозивный эзофагит, язвы пищевода и т.д.). Во многих странах гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является дорогостоящим хроническим заболеванием. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь приводит ко многим осложнениям, как эрозивный эзофагит, язвы пищевода, кровотечения. Ранее в лечении кислотозависимых заболеваний использовались М- холинолитики и блокаторы H-2 гистаминовых рецепторов. В настоящее время эти препараты используются, как симптоматические средства. Впоследствии были разработаны ИПП. ИПП занимают центральное место в лечении кислотозависимых заболеваний. Антисекреторный эффект ИПП реализуется путем воздействия на конечный этап желудочной секреции, что приводит к торможению кислотообразования. Высокая терапевтическая эффективность ИПП обусловлена выраженной антисекреторной активностью данных препаратов, которые в 2-10 раз превышают таковую у блокаторов H-2 рецепторов гистамина.

Материалы и методы: в течении года препараты из группы ИПП (омепразол, рабипразол) включались в комплексное лечение больных с язвенной болезнью, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Курс эрадикационной терапии составлял 10 дней, причем назначению антибиотиков предшествовал 2-х дневный прием ингибитора протонной помпы. При осмотре через 10 дней боли в эпигастрии значительно уменьшились или полностью исчезли в первые дни лечения, также исчезла изжога при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Результаты: ИПП являются необходимым компонентом различных схем эрадикационной терапии, являются препаратом выбора в лечении различных форм рефлюкс-эзофагита.

Выводы: таким образом, ингибиторы протонной помпы: являются препаратами первой линии для лечения кислотозависимых заболеваний, т.к. являются самыми эффективными препаратами для подавления секреции соляной кислоты; являются надежными и безопасными при длительном применении; являются обязательным компонентом различных схем эрадикационной терапии; успешно применяются в детской практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Я.С.Циммерман. Язвенная болезнь и проблема *Helicobacter pylori* инфекции. Клиническая медицина, 2001г. №4.
2. В.Н. Преображенский. Практическая гастроэнтерология. Алматы. 1999 г.
3. Е.С. Рысс. Э.Э. Эвартау. Фармакотерапия язвенной болезни. М., 1998 г.
4. В.А. Исаков. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. М., 2001 г.

УДК 616.728.3-007.248-089.84

**ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА***С.М. Аббасов, И.Н. Курбанов, Ж.М. Алипбеков, М.Ш. Ильясов, М.А. Шолпанова, Тажимуратов**Южно-Казахстанская областная клиническая больница, г.Шымкент**Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент**Жетысайская райполиклиника, г.Жетысай**Мырзакентская райбольница, ЮКО***ТҮЙІН**

Тізе буынның жазғыш контрактура кезінде қолданылатын емдік-диагностикалық артроскопия санның төртбасты бұлшықетің және тізе буынның миофасциотенотомия операциясын жасағанда, 24 (84,4%) науқастардың буын қызметін қалпына келтірді және әдетті әдістермен салыстырғанда, ауруханада болу мерзімін 1,5-2 рет қысқарту арқылы өз тиімділігін көрсетті.

SUMMARY

Application of medical-diagnostic arthroscopy for the knee joint extending contracture has approved its effectiveness during the miofasciotenotomy operation of quadriceps and knee joint in order to rehabilitate its functions in 24 (84,4%) patients and shorten the patients' stay in hospital in 1,5 – 2 times, comparing with conventional methods.

С внедрением в ортопедическую практику артроскопических методов стало возможным определить точно наличие и характер структурных изменений в мягких тканях, состояние суставной поверхности надколенника, большеберцовой и бедренной кости при различной этиологии тугоподвижности коленного сустава [4,6,8,9,10]. Наиболее частой причиной тугоподвижности коленного сустава является разгибательная контрактура, приводящая к нарушению функции конечностей и утрате трудоспособности пациентов [1,3,12]. Лечение и реабилитация этих больных представляют определенные трудности в каждом случае. Диагностика, предоперационная подготовка больных и определение тактики оперативного вмешательства играют немаловажное значение в лечении разгибательной контрактуры коленного сустава [2,5,11]. В отделении травматологии и ортопедии ОКБ и Центра амбулаторной хирургии и травматологии г. Шымкента за период 2005-2010гг. нами изучено и пролечено 32 больных по поводу разгибательной контрактуры коленного сустава. Из них женщин было 19, мужчин – 13. Возраст больных колебался от 18 до 64 лет. Причинами развития контрактур послужили: длительная иммобилизация при переломах бедренной кости – у 19 больных (12 женщин, 7 мужчин), артрогенные контрактуры после травмы коленного сустава – у 8 больных (5 женщин, 3 мужчин) и у 5 больных (2 женщин, 3 мужчин) после ревматоидного артрита коленного сустава. Для выяснения причин образования контрактур и характера структурных изменений в мягких тканях, обеспечивающих функцию коленного сустава, всем больным производилось клинико-рентгенологическое, электромиографическое, динаметрическое и МРТ исследования. У 27 (15 женщин, 12 мужчин) больных, дополнительно к этим исследованиям производили артроскопическую диагностику. Показанием к артроскопии явились боль в суставе, хромота и длительность травмы, при клинико-рентгенологических и МРТ исследованиях выявлены признаки разрушения суставной поверхности.

Артроскопическую диагностику производили независимо от степени тяжести заболевания с сохранением амплитуды движений сустава не менее 45°. Артроскопия коленного сустава выполнялась при заполнении сустава физиологическим раствором по стандартной методике под передуральной анестезией, используя передний и латеральный и передний медиальный доступы. После артроскопической диагностики определяли тактику оперативного вмешательства. В отдельных случаях, когда длительность травмы не более 2-3 месяцев одновременно производили диагностическую и оперативную артроскопию. Удаляли поврежденный, блокирующий мениск, рассекли спайки в верхнем завороте. После артроскопической диагностики выполнены следующие виды мобилизирующих операций: миофасциотенотомия четырехглавой мышцы бедра (у 6) больных, мобилизация четырехглавой мышцы бедра и коленного сустава (у 4), артролиз и мобилизация коленного сустава (у 22) больных. Из них у 3-х изучена и определена степень хондромалиции, заранее подготовлена консервированная алогенная пуповина и произведена артропластика коленного сустава с ее применением. Результаты оперативного лечения изучены у 28 больных.

Критерием оценки результатов лечения через 2 года после операции послужил объем активных движений в суставе. Хорошие – у 21 больных, удовлетворительно – у 4 и неудовлетворительно – у двух больных. Таким образом, диагностическая артроскопия при разгибательной контрактуре коленного сустава дает возможность детально изучить внутрисуставные изменения, степень хондромалиции, и следовательно поможет разработать эффективную лечебную тактику.

Выводы: Непосредственная визуализация сустава при артроскопии позволяет получить точную информацию о них, как в норме, так при патологии в суставе. Рациональное сочетание артроскопии с операции мобилизацией четырехглавой мышцы бедра и коленного сустава является решающим моментом для

восстановления функции коленного сустава. Внедрение метода артроскопии в практическое здравоохранение снизит диагностические ошибки и исключает неоправданную артротомию. Ценность артроскопического метода заключается в том, что он позволяет объективно оценить имеющиеся патологические изменения внутрисуставных структур, которые не всегда могут быть выявлены с помощью традиционных методов исследования, а также определить необходимый комплекс лечебных мероприятий по восстановлению функции сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богатов В.Б. Артроскопическая диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава у детей. Автореф. Кондидат медицинских наук.- Самара, 2003.
2. Лазишвили Г.Д., Дубров В.Э., Шехтер А.Б. и др. /Вестник травм. и ортопед-2005, №1-с.38-42./
3. Лазишвили Г.Д., Дубров В.Э., Бут-Гусаим А.Б. и др. /Вестник травм. и ортопед-2007, №1 с 28-34.
4. Лазко Ф.Л., Лялина В.В., Нис-Бассим и др. «Современные принципы оперативной артроскопии: сборник статей»-М.1998, вып.1, с 66-68.
5. Макушин В.Д.,Чегуров В.К., Гордиевских Н.И. «Травмотология и ортопедия: современность и будущее»- М,2003, с. 112.
6. Миронов М.П., Орлецкий А.К., Цыкунов М.Б. Повреждения связок коленного сустава.- М.1999.
7. Weiler A., Hoffman R., Stahelin A. et al «Arthroscopy Rev»-1997-vol. 16. №4 - p. 305-321.
8. Engebresten L., Benum P., Sundalvoll S. / Actaorthop, Scand -1999-vol. 60 - p. 561-564.
9. Ebcnhard C., Kurth A.H., Hailer N., Jager A. / ibid 2000-vol.8, №5-p, 290-295.
10. Martinek V., Seil R., Lattermann C., Watkins S. at al / Arthroscopy- 2001-vol.17, №2 – p73 -76
11. Fario L. A., Ducan C. P., Day B., Glick J. M., Sampson T. G., / Arthroscopy – 1999-№6-p 132-137.
12. Strobel M. J., Manual of artroscopic surgery.- Berlin, Heidelberg, 2002,- p 345-366.

УДК 616-001-08

ПОЛИТРАВМА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ

М.М. Хидиров

Городской больницы №1, г. Тараз

ТҮЙІН

Қазіргі кезде көптеген және бірлескен сүйектердің зақымданулары трвматологияның өзекті мәселесі болып табылады. Бул жаракаттарда өлім көрсеткіші жоғары, еңбекке жарамсыздық уақыты ұзаққа созылады және осы жаракаттар алған мүгедектердің саңы жыл сайын өсуде.

SUMMARY

The urgency of musculoskeletal system polytraumas due to still high mortality and disability in lesions. High mortality in polytrauma is related to the severity of internal injuries, severe open fractures and severing limbs, as well as frequent, more than half of patients, early and late complications of trauma.

Актуальность изучения политравм органов опоры и движения обусловлена все еще высокой летальностью и инвалидностью при этих повреждениях. По материалам Московской больницы им. С.П. Боткина, летальность при изолированных травмах составила 1,9%, при множественных травмах опорно-двигательного аппарата – 10% и при сочетанных, т.е. при одновременном наличии повреждений внутренних органов и переломов – 32,7%. В 80е-годы она еще оставалась значительной - 15-20%, достигая при самых тяжелых травмах 40-50%. Высокая летальность при политравмах связана с тяжестью повреждений внутренних органов, тяжелыми открытыми переломами и отрывами конечностей, а также с частыми, более чем у половины больных, ранними и поздними осложнениями травм. Полисегментарные переломы костей наблюдаются у 52-72% пострадавших с сочетанной травмой, существенно усугубляя их состояние и затрудняя диагностику и лечение повреждений внутренних органов, черепа, грудной клетки, переломов костей таза и позвоночника. Это связано с опасными осложнениями, такими, как травматический шок, пневмония, жировая эмболия, тромбоемболические осложнения, сепсис в раннем периоде и развитием гипостатических осложнений в позднем периоде. Доказано, что эти нарушения тяжело переносятся пострадавшим и на длительное время лишают их возможности самостоятельно передвигаться, они нуждаются в постороннем уходе. Вследствие вышеизложенных высказываний выбор лечебной тактики у больных с политравмой является наиболее сложной задачей для специалистов. От правильного определения сроков оперативных вмешательств, характера и объема реанимационной, хирургической и травматологической помощи, оптимальной последовательности всех действий зависит благоприятный исход лечения. Переломы длинных трубчатых костей часто сочетаются с повреждениями внутренних органов, головного мозга, органов грудной клетки, в связи с этим спасение жизни больного является основным приоритетом в момент поступления пострадавшего в стационар. После госпитализации пострадавшего проводятся полноценные реанимационные мероприятия, направленные на

нормализацию вентиляции легких, сердечно-сосудистой деятельности, восстановление кровопотери, борьбу с отеком головного мозга, новокаиновые блокады мест переломов конечностей и правильная иммобилизация. Для определения сроков и метода остеосинтеза учитывали тяжесть общего состояния пострадавших, степень шока, характер доминирующего повреждения. С первого дня после перевода больного из отделения реанимации назначали дыхательную гимнастику с целью профилактики гипостатических явлений, коррекцию анемии и гипопроотеинемии, анти-коагулянтную терапию. Пациентам в преклонном возрасте проводилось лечение, направленное на улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы, почечно-печеночной системы, коррекцию артериальной гипертензии, сахара крови. Практически все операции проводились в отсроченном периоде (в сроки от 14 до 30 суток с момента травмы). применялись методы накостного, интрамедуллярного и чрезкостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Успешность лечения больных с множественными и сочетанными повреждениями скелета прямо зависит от эффективности управления системой здравоохранения в целом. Оптимальная бытовая, социальная и профессиональная реинтеграция этой тяжелой категории больных отражает эффективность управления урбанизированным государством.

Современная травматолого-ортопедическая практика требует ежедневного решения сложнейших диагностических и лечебных задач, которые неотделимо связаны с развитием науки, техники и высоких технологий. Трагизм жертв политравмы тесно связан с колоссальной общегосударственной проблемой в силу не только экономических составляющих, но в первую очередь потому, что уничтожается генофонд нации. Общеизвестно, что смертность лиц репродуктивного возраста от политравмы превышает таковую при сосудистых и онкологических заболеваниях вместе взятых. Успешная работа травматолога-ортопеда уменьшает смертность и инвалидизацию пострадавших. Мы являемся свидетелями и пассионариями, которые, как никто другой, понимает гуманитарную значимость деятельности современного травматолога-ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. (Практическое производство. Руководство для врачей травматологов) М., 2006-С. 433-443.
2. Haller J.A. Buck J.R. Grit Care. Med. – I. Multiple trauma.- 1984.-P 208-217.
3. Батпенов Н.Д. Оспанов К.Т. и соавт. Хирургическая тактика при сочетанных и множественных переломах бедра и голени. // Материалы казахстанско-германского симпозиума. – Астана, 200. –с. 148-152.

УДК 616-002.78

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДАГРЫ

М.А.Тоимбетова

МКТУ, г.Туркестан ЮКО.

Ордабасинская ЦРБ, с. Темірлановка ЮКО

Ленгерская гор. поликлиника, г.Ленгер ЮКО

ТҮЙІН

Жүректің ишемиялық ауруы жүрек ырғағының бұзылуының дамуымен және стенокардияның ешбір белгісіз және инфаркт миокардтың сирек дамуымен сипатталады.

SUMMARY

This article is about Ischemic heart disease characterized by the development of disorders of rhythm and conduction without symptoms of stenocardia and a rare development of ischemia.

Подагра - гетерогенное по происхождению заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия или мочевой кислоты. С 1859 года, после опубликования Gattod A.V. своей работы, которая включала посмертное изучение подагры, стало известно, что это единственная тофусная болезнь, а повышение уровня мочевой кислоты - признак обязательный и постоянный [3].

Актуальность. Значительная вариабельность клинических проявлений подагры вызывает трудности ее своевременной диагностики, ведет к поражению различных органов и систем.

Материал и методы. Обследовано 30 больных с достоверным диагнозом «подагра». Среди обследованных преобладали мужчины 25 (83,3 %) в возрасте 52,6 года. Женщин было 5 (16,7 %) в возрасте 53,3 года. Всем больным проведены клиническое, биохимическое, рентгенологическое обследования.

Результаты. Клинические особенности суставного синдрома характеризовались рецидивирующим артритом суставов стоп 22 (73,3 %), у 12 (40,0 %) выявлялись синовиты суставов нижних конечностей. У 3 больных выявлено наличие тофусов. При лабораторном обследовании отмечался высокий уровень мочевой кислоты, который составлял 0,518+/-0,004 ммоль/л. При рентгенологическом обследовании у 26 (86,6 %) больных выявлены деструктивные изменения [1]. Подагра известна также своими висцеральными проявлениями в виде поражения почек, печени, сердца и других органов [2]. У 7 (23,3 %) больных диагностирована МКБ, с развитием

ХПН у 2 (6,6 %) больных. Патология сердечно-сосудистой системы характеризовалась наличием АГ у 11 (36,6 %) больных и ИБС у 12 (40,0 %) больных. ИБС проявлялась развитием инфаркта миокарда у 1 (3,3%) больного, нарушением ритма и проводимости в виде предсердной экстрасистолии и блокады ножек пучка Гиса у 7 (23,3 %) больных. Клиническая картина подагры у обследованных характеризовалась развитием рецидивирующего артрита суставов нижних конечностей с формированием тофусов лишь у 3 больных. Отмечено редкое поражение внутренних органов [2]. Формирование ХПН выявлялось у 6,6 % на фоне МКБ. Поражение сердечно-сосудистой системы выявлено у половины больных и проявлялось развитием АГ и ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М., Бойцова О.А. Результаты апробирования диагностических критериев подагры.
2. Насонова В.А. Диагностика и лечение подагры. Тер.архив, 1987, стр 3-7.
3. Барскова В.Г., Насонова В.А. Подагра и синдром инсулинорезистентности.

УДК 616.311

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Ш.Н. Джуманов

Стоматологическое отделение «Эмаль» городской поликлиники, г.Туркестан

ТҮЙІН

Антибиотиктерді, сульфаниламидтерді, ауыр металды тұздарды, новокаиндерді, йодты және дәрілік заттарды қолдану жанама әсерлерді жинақтау түрінде «дәрілік ауру» атауымен айқындалады. 17% ауруларда ауыз қуысында анықталады. Стоматиттің бұл түрі түрліше болады. Дәрілердің токсикалық әсер етуі оның химиялық құрылысына баланысты. Сондай-ақ, стрептомицин есту және көру нервдерін зақымдайды левомецетин бауырға токсикололық әсер етеді. Бұл көріністе ауыз қуысының сілемейлі қабаты зақымдалуы дамиды, катаралды стоматит түрінде болады. Дәрінің басқа да жанама әсері аллергиялық ауруларда болады. Көбінесе антибиотикті қолдағанда аллергиялық реакция болады. Осы туралы мақалада айтылады.

SUMMARY

Using of antibiotics, sulfonamides, salts of heavy metals, novocaine, iodine and other drugs can cause side effects, which determine the collective name of "drug disease." It manifests itself in the mouth in 17% of patients. The pathogenesis of stomatitis can be different. A toxic effect of drugs is due to their chemical structure. For example, streptomycin causes damage to a auditory and visile nerves, chloramphenicol toxic to the liver, a group of aspirin inhibits blood circulation, etc. Against this background, it can develop the oral mucosa lesions, usually in the form of catarrhal stomatitis. Another mechanism for the adverse effects of drugs is in patients suffering from allergic diseases. Allergic reactions often are due to antibiotics. Lesions of the mucous membrane can constate as heavy.

Многие лекарственные средства, в том числе антибиотики, сульфаниламиды, соли тяжелых металлов, новокаин, йод и др. могут вызывать побочные действия, которые определяют собирательным названием «лекарственная болезнь». У 17% больных она проявляется и в полости рта. Патогенез таких стоматитов может быть различным. Токсическое действие лекарств бывает обусловлено их химической структурой. Так, стрептомицин вызывает поражение слуховых и зрительных нервов, левомецетин токсически действует на печень, группа пирамидона угнетает органы кровообращения и т.д. На этом фоне могут развиваться и поражения слизистой оболочки полости рта, обычно в виде катаральных стоматитов. Другой механизм побочного действия лекарств у больных, страдающих аллергическими заболеваниями или сенсibilизированных ранее теми же лекарственными веществами или аллергенами другой природы (пищевые, микробные, вирусные и др.).

Медикамент при его первом или повторном применении играет в этом случае роль разрешающего фактора. Особенно часто такие аллергические реакции возникают в связи с приемом антибиотиков, так как они сами и их соединения с белками организма обладают выраженными антигенными свойствами. Поражения слизистой оболочки при этом тяжелые.

Клиника. Помимо разлитой гиперемии и отека слизистой оболочки, появляются пузырьки и пузыри, после вскрытия их остаются эрозии, покрытые фибринозными пленками. Высыпания сопровождаются жжением, зудом, острыми болями, усиливающимися при приеме пищи и открывании рта. В случае локализации эрозии на красной кайме губ они отекают, становятся ярко-красными, воспаляются и покрываются геморрагическими корками. Язык бывает отечным, обложенным или вследствие десквамации эпителия становится гладким, как бы полированным, резко чувствительным к внешним раздражителям. Кроме изменений в полости рта, возможны крапивница, боли в мышцах, суставах, диспепсические явления, а в тяжелых случаях общая реакция типа анафилактического шока.

Побочное действие лекарственных веществ может быть обусловлено и дисбактериозом, который развивается при длительном применении сульфаниламидов и антибиотиков, особенно широкого спектра действия. Наряду с патогенной флорой уничтожаются и многие сапрофиты, а устойчивые формы их проявляют скрытые ранее патогенные свойства. Поражения слизистой оболочки полости рта при этом могут быть различными от легких катаральных стадий до тяжелых состояний с язвенно-некротическими проявлениями. Дисбактериозом объясняют и развитие кандидамикоза у больных, длительно получавших антибиотики и стероидные гормоны. Помимо типичной картины молочницы, иногда хронический кандидамикоз у детей проявляется в виде так называемого черного, или волосяного языка.

Длительный прием антибиотиков приводит к витаминной недостаточности, что также отражается на состоянии слизистой оболочки полости рта. При приеме пенициллина слизистая оболочка полости рта отекает, приобретает ярко-красный цвет. Процесс носит диффузный характер и в основном распространяется в области твердого и мягкого и неба, реже на слизистой щек. При поражении языка его спинка становится гладкой, блестящей, отечной («пенициллиновый язык»). Больные жалуются на боль в языке.

Лечение медикаментозного стоматита предусматривает обязательную отмену вызвавшего его лекарственного вещества, назначение антигистаминных препаратов, витамина С, местно- симптоматических средств (обезболивающих, антисептических, кератопластических) в виде ротовых ванночек и аппликаций. При длительном применении антибиотиков показано противогрибковое лечение - щелочные полоскания и смазывание очагов поражения 10-15% раствором буры в глицерине.

УДК 616.314-002-008-084

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ш.Н. Джуманов

Стоматологическое отделение «Эмаль» городской поликлиники, г.Туркестан

ТҮЙІН

Балаларда тісжегі дамуы және пайда болуы құрсақтың дамуы және жүкті әйелдің денсаулық жағдайымен тікелей байланысты. Баланың денсаулығына кепілдеме және жатыр ішіндегі жақ тіс жүйесінің, толық дамуына жүкті әйелдің ауыз қуысын газарту кезеңін жасаған жағдайда жағымсыз жұқпалы, токсикалық факторлардың пайда болуын тоқтатады.

SUMMARY

The nascence and development of dental caries in children is caused by the terms of fetal development and health of pregnant women. Guarantee child's health and proper formation of dental system in the prenatal period is the sanitation of oral cavity of the pregnant woman, which helps prevent the adverse effects of infectious, toxic factors and mechanisms of oral diseases. The article is about the needs to improve hygiene awareness and culture of women of childbearing age for conscious change individual lifestyles.

Известно, что патогенетические механизмы многих заболеваний у детей определяются особенностями течения внутриутробного периода развития. Внутриутробный период является самым важным в формировании зубочелюстной системы. На 6-10-й неделе беременности образуются зачатки всех молочных зубов. После образования тканей зубов (дентина и эмали) с 20-й недели беременности начинается минерализация зачатков 1 и 2 , а с 28-й недели беременности- 3,4 и 5-х молочных зубов и завершается после рождения ребенка. Формирование зачатков постоянных зубов начинается с 20-й недели беременности и продолжается до 5-ти лет жизни детей; завершается минерализация зачатков постоянных зубов к восьми годам жизни детей. В конце беременности начинается минерализация скелета плода и продолжается его формирование после рождения ребенка и до 18-25 лет жизни.

Нарушение физиологического течения процессов формирования зубочелюстной системы 1-й триместр беременности обусловлены патологическим течением беременности, заболеваниями беременной женщины, приводящими к патологии развития плода (задержке внутриутробного развития, гидроцефалии, внутриутробной гипоксии),и также приводящими к порокам твердых и мягких тканей зубочелюстной системы в виде гипоплазии или аплазии эмали, флюороза, несовершенного амелогенеза, диастемы и тремы, расщелины верхней губы, неба и т. д.

Неблагоприятные медико-биологические, социально-гигиенические факторы второй половины беременности нарушают процессы минерализации зачатков, которые интенсивно протекают с 28-й недели беременности и до родов, что совпадает по времени с минерализацией скелета плода, обуславливая после их прорезывания большую кариесвосприимчивость.

Таким образом, возникновение и развитие кариеса зубов у детей обуславливается условиями внутриутробного развития и состоянием здоровья беременной женщины.

Залогом здоровья ребенка и полноценного формирования зубочелюстной системы во внутриутробный период является санация полости рта беременной, что позволяет предотвратить неблагоприятное влияние

инфекционных, токсических факторов и механизмов возникновения заболеваний полости рта. По существующим нормативам беременные женщины посещают врача-стоматолога в зависимости от сроков беременности: до 20 недель беременности - 1 раз в месяц, от 20-ти до 32 недель беременности – 2 раза в месяц, после 32 недель беременности – 3-4 раза в месяц. В качестве лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний пародонта и кариеса зубов беременным женщинам с активными формами кариеса зубов назначаются кариеспрофилактические средства системного и местного действия.

В качестве средств патогенетической терапии и профилактики кариеса зубов назначаются внутрь препараты, которые являются и средствами антенатальной профилактики кариеса зубов.

1. Препараты кальция (глюконат кальция, лактат кальция или карбонат кальция).

«Шипучие таблетки» - «Кальций С», в 1 таблетке которой содержится кислоты аскорбиновой 500 мг, кальция лактат 200 мг, кальция карбонат 170 мг. Дозировка: 1-2 таблетки растворяются в 1 стакане воды.

Таблетки с кальцием для разжевывания: «Кальцинова» (содержит витамины и минералы витамин А-1000 МЕ, Д-100 МЕ, С-15 мг, В6-0,4мг, кальция- 100 мг, фосфора-77 мг). Дозировка: 4-5 таблеток в день.

2. В регионах с малым содержанием фтора в питьевой воде назначаются таблетки фтористого натрия по 1 мг 2 раза в день.

3. Поливитаминные назначаются в течении 1-2 мес. И в их составе обязательно должны присутствовать витамины группы А, С и В.

Кариеспрофилактические средства местного действия назначаются беременным женщинам при выявлении признаков активного течения кариеса зубов: - средства гигиены, обладающие лечебно-профилактическим эффектом (это лечебно-профилактические зубные пасты, зубные эликсиры); - профилактические растворы, содержащие соли фтора, кальция и фосфор; - покровные лаки, содержащие соли фтора; - гели, содержащие одновременно ионы кальция и фтора; - герметики для запечатывания фиссур; - хемостимуляторы, увеличивающие функциональную активность пульпы.

Безлекарственные средства профилактики: многие продукты питания, содержащие макро и микроэлементы (молоко, настой чая, поваренная соль), при правильном применении (снятие зубной бляшки, длительный контакт с зубами, определенная температура и т. д.) оказывает профилактический эффект и могут быть рекомендованы беременным женщинам для домашнего использования (полоскание полости рта 3 раза в день). Ведущую роль в сохранении здоровья человека, его зубов могут сыграть сознательное изменение населением индивидуального образа жизни на основании повышения гигиенической грамотности и культуры.

УДК 618 – 574.039.021

ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЛОДА

*О.А. Данилова, Ш.Б.-П. Даниярова, Т.М. Кочурова, Т.Б. Нурманов
Южно – Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областной перинатальный центр №2, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Жаңа туған нәресерінің церебралды бузылыстарына аналық факторлардың әсеріне талдау жағалынды. Алынған нәтижелер бойынша ана мен нәресте организмінде әсер ететін қолайсыз жағдайдың өзара байланыстылығы анықталды.

SUMMARY

The carried out analysis has revealed influence of parent factors on development of cerebral infringements of newborns. The received results testify to interrelation of trouble of a parent organism and a fruit organism.

Несмотря на то, что беременность и роды являются наиболее естественными и физиологическими событиями в человеческой жизни, эти основополагающие процессы крайне ранимы и подвержены многочисленным эндо- и экзогенным воздействиям. Причины, негативно влияющие на течение беременности и родов, столь многообразны, что трудно найти фактор, который не мог бы способствовать нарушению их гармоничного течения. Изучение акушерско - гинекологического анамнеза свидетельствует о том, что идеальные беременность и роды встречаются крайне редко. Однако те или иные девиации в течение этих процессов не всегда можно считать патологическими(1,4,5,6).

В течение внутриутробного развития происходит сложный процесс формирования нервной системы будущего ребенка, поэтому вопросы охраны здоровья женщин на различных этапах гестации, в родах, а также развивающихся плодов и новорожденных занимают одно из ведущих мест в современном здравоохранении и научных исследованиях.

Поэтому дальнейшие исследования по определению и оздоровлению групп женщин высокого риска с объективной оценкой степени тяжести риска и прогнозирование исхода беременности и родов все ещё остаются весьма актуальными. При этом у новорожденных особенно тяжелые нарушения выявляются со стороны ЦНС с дальнейшими стойкими нарушениями физического и психомоторного развития, повышенной

заболеваемостью в последующих периодах жизни детей(2). Между тем, даже минимальные церебральные нарушения у новорожденных требуют неотложного устранения, поскольку в дальнейшем возрастном периоде эти отклонения могут стать необратимыми и считаются основной причиной инвалидности с детства. Между тем, до настоящего времени нет четкой оценки факторов риска, способствующих проявлению или формированию патологических состояний у новорожденных со стороны нервной системы. Поэтому, стратегия формирования и оздоровления групп беременных женщин высокого риска в плане прогнозирования и профилактики материнской, а также перинатальной заболеваемости и смертности, инвалидизации детей требует дальнейшего развития и является важнейшей задачей современного акушерства и перинатологии(3).

Важным фактором для течения и исхода беременности для плода являются материнские факторы (3). С целью выявления факторов риска развития церебральных нарушений у новорожденных детей проведен анализ состояния здоровья, течения беременности и родов 97 женщин, которые в свою очередь были разделены на две группы: ОГ - 1-ая группа матери, родившие детей с диагнозом: Церебральная ишемия 3 степени (n=50) и ГС - вторая группа матери, родившие с диагнозом: Церебральная ишемия 1-2 степени (n=47).

При оценке возрастной структуры матерей оказалось, что в обеих исследуемых группах большинство детей родились у матерей в возрасте 20-30 лет. Однако при сравнении возрастной структуры матерей в зависимости от срока преждевременных родов, нами установлено, что преждевременные роды чаще имели место у женщин в возрасте моложе 20 лет и старше 31 года. В этой связи можно предположить, что пограничный возраст матери менее 20 лет или более 31 года при преждевременных родах может рассматриваться как неблагоприятный в отношении риска возникновения перинатальной патологии ЦНС.

Эта тенденция прослеживается у группы детей с диагнозом: Церебральная ишемия 3 степени. В возрасте 18-20 лет у 3 (6,0%) матерей ОГ роды произошли преждевременно, в ГС матерей недоношенных детей в этом возрасте не было. В возрасте более 31 года 7 (50,0%) матерей ОГ имели преждевременные роды, во ГС матерей - недоношенным был 1 ребенок.

Среди экстрагенитальных заболеваний преобладали анемия - у 42 (84,0%) женщин ОГ и у 37 (78,7%) матерей ГС, заболевания почек соответственно у 20 (40,0%) и у 12 (25,5%) матерей, заболевания сердечно-сосудистой системы - у 19 (38,0%) и у 22 (46,8) матерей. У 16 (32,0%) женщин ОГ и у 10 (21,3%) матерей ГС отмечались заболевания дыхательной системы в виде хронического бронхита, бронхиальной астмы.

Соответственно у 11 (22,0%) матерей и у 6 (12,8) матерей были эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, дисфункции яичников и др.). Полученные нами результаты при оценке экстрагенитальной патологии матерей ОГ и ГС показали, что ведущее место в структуре заболеваемости матерей группы риска перинатальной патологии ЦНС после анемии занимают заболевания почек. Данная патология оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности, вызывая развитие гестоза во втором - третьем триместрах беременности на роды и состояние плода.

Таблица 1. Характеристика матерей

Материнский анамнез	ОГ (n=50)		ГС(n=47)	
	абс.	%	абс.	%
Экстрагенитальные заболевания(ЭГЗ):				
Болезни мочеполовой системы	20	40,0	12	25,5
Болезни сердечно-сосудистой системы	19	38,0	22	46,8
Психические заболевания	1	2,0	1	2,1
Заболевания органов зрения	3	6,0	7	14,9
Анемия	42	84,0	37	78,7
Заболевания нервной системы	4	8,0	8	17,0
Эндокринопатии	11	22,0	6	12,8
Заболевания дыхательной системы	16	32,0	10	21,3
Цирроз печени	7	14,0	14	29,8
Заболевания ЖКТ (гастриты, колиты)	7*	14,0	17	36,1
Акушерско – гинекологический анамнез (до настоящей беременности):				
Бесплодие	3	6,0	2	4,3
Предшествующие аборт	21	42,0	19	40,4
Самопроизвольные выкидыши	7	14,0	6	12,8
Многоплодные беременности	1	2,0	3	6,4
Кесарево сечение	5	10,0	3	6,4
Наличие детей – инвалидов	2	4,0	1	2,1
Затяжные роды	1	2,0	-	-

Поздний гестоз выявлен у 23 (46,0%) матерей ОГ и у 10 (21,3%) матерей ГС ($p < 0,05$). Как известно, в зависимости от тяжести и длительности гестоза у беременной женщины возникает нарушение всех видов обмена веществ. Последнее отрицательно влияет на плод, повреждая в первую очередь его иммунную систему. В обеих группах наблюдения матерей нами выявлено значительное количество негативных факторов материнского анамнеза, осложненного течения беременности, что, вероятно, повысило риск рождения детей с гипоксическо - ишемическим поражением ЦНС. При анализе факторов риска возникновения ГИЭ обращается внимание на табакокурение и употребление алкоголя. В I группе алкоголем злоупотребляли 6 (12,0%) матерей, во II группе - 1 (2,0%) мать. Табакокурение (пассивные, активные курильщики) в I группе детей с ограниченными возможностями выявлено у 31 (62,0%) семьи, во II группе детей без ограничений в возможностях — 17 (36,0%) семей. Употребление наркотиков не отмечалось ни в одной группе.

Таким образом, анализ течения и родов выявил, что в анамнезе матерей новорожденных с церебральной ишемией наиболее часто имело место перенесенная острая интранатальная и/или хроническая внутриутробная гипоксия. Следовательно, у всех детей с церебральной ишемией отмечены факторы, неблагоприятно влияющие на внутриутробное развитие (осложненное течение беременности и родов) и способствующие развитию них гипоксически – ишемических поражений головного мозга. При анализе материнских факторов риска возникновения перинатальных поражений ЦНС выявлена множественная сочетанная соматическая и акушерско – гинекологическая патология, которая играет важную роль в формировании неврологической инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: руководство для врачей. – М., - Медицинское информационное агентство, – 2004. – 400 с.
2. Качурина Д.Р., Саулембекова Л.О., Алмагамбетова А.Н. Особенности психоэмоционального развития и психосоматических дисфункций у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – том 51. - №2. – С. 41-43.
3. Манухин И.Б., Рыжов В.В., Федосова Г.Н. Профилактика репродуктивных потерь. - Ставрополь, - 1999. - 240 с.
4. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. - М., МЕДпресс. - 2000. - с. 320.
5. Сидорова И.С., Габибов А.Г., Никитина Н.А., Бардачова А.В. Новые данные о генезе гестоза и оценке степени его тяжести //Акушерство и гинекология. – 2006. - №6. – С. 10-14.
6. Шабалов Н.П., Цвелев Ю.В. Основы перинатологии. – М., МЕДпресс-информ, - 2004. – С. 425-462.

УДК 618-574.039.022

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК-ПИЕЛОНЕФРИТА

*А.Ж. Даниярова, Г.А. Абдиханова, К.О. Абжапарова, М.М. Абдукаримова, Г.М. Елишибаева
МКТУ им. Х.А. Яссави, г. Шымкент
Областной перинатальный центр №2, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл мақалада пиелонефритпен аурауын жүктілерде преэклампсияның даму ерекшеліктері келтірілген. Пиелонефриттің оршуінде преэклампсия жүктіліктің ерте мезгілінде басталып, ауыр дәрежеде дамиды.

SUMMARY

In given article development preeclampsia at pregnant women with a chronic pyelonephritis is shown. Against a pyelonephritis early development preeclampsia and its heavy current is marked.

Хронические экстрагенитальные заболевания, на фоне которых развивается беременность, ухудшается состояние внутриутробного развития плода и 40% беременных сопровождаются развитием преэклампсии. Из экстрагенитальных заболеваний беременных пиелонефрит относится к самым часто встречающимся заболеваниям почек и имеет тенденцию к увеличению от 12,2% до 33,8% в группе высокого риска (1). Вероятность почечной патологии, ведущей к тяжелым осложнениям беременности, повышается у женщин старше 30 лет(2).

Увеличение частоты пиелонефрита в настоящее время связывают с резко возросшей вирулентностью микроорганизмов в результате приобретенной ими устойчивости к антибиотикам, а также изменения течения инфекционного процесса в почке вследствие подавления иммунных реакций организма. Длительно текущий воспалительный процесс в почках прогрессивно уменьшает массу функционирующих нефронов, вызывая их атрофию и замещения соединительной тканью. Наличие инфекции в почках, даже при латентном течении, нередко приводит к развитию внутриутробного инфицирования плода, к различным осложнениям

беременности и родов. В свою очередь беременность ухудшает течение основного заболевания и способствует переходу его в более тяжелую форму. Так как, при беременности повышаются почечный кровоток и клубочковая фильтрация, увеличивается реабсорбция воды в почечных канальцах, что способствует ее накоплению в организме и снижению осмолярности плазмы. Под влиянием прогестерона и механических факторов происходит расширение чашечно – лоханочной системы и мочеточников со снижением их тонуса и тонуса мочевого пузыря, что проявляется в увеличении остаточного объема и стаза мочи с повышением риска инфицирования мочевыделительной системы (3).

Преэклампсия, которая развивается на фоне заболевания почек, исходно имеется множественные нарушения в иммунной системе гемостаза. гиперпродукция катехоламинов, вазопрессина, ренин – ангиотензин –альдостерона. Резистентность сосудов снижена, а их проницаемость для белка, воды, электролитов повышена. В периферических капиллярах отмечается спазм артериальных и расширенных венозных branшей. Как известно, при эклампсии беременность часто осложняется аномалиями сократительная деятельность матки, кровотечением и фетоплацентарной недостаточностью. Наличие пиелонефрита также осложняет течение беременности: гроза прерывания беременности до 16,7%, железодефицитная анемия – 46,7%, внутриутробная гипоксия плода – 44,3%, хроническая фетоплацентарная недостаточность- 34,1% (4).

Для изучения особенности течения беременности у пациенток с преэклампсией на фоне пиелонефрита проведено ретроспективное исследование 42 беременных. По возрасту беременные распределены следующим образом: до 20 лет – 7, от 21 до 30 лет- 21, от 31 до 40 лет – 12. Первородящих было 12, повторнородящих – 27, многорожавших – 3. Менструальный цикл в основном нормальный, лишь у 1 имело место позднее начало в 17 лет и 2 дисменорея. При изучении анамнеза женщин обращает на себя внимание большое количество перенесших инфекционные заболевания: ангина -13, ОРЗ -12, болезнь Боткина – 2, пиелонефрит – 11. У 28 женщин пиелонефрит выявлен впервые при данной беременности, у 11 длительность заболевания варьировала от 1 до 3 лет. У 30 женщин пиелонефрит диагностирован во II триместре, а у 12 в III триместре беременности. У 19 беременных пиелонефрит был впервые установлен при сроке беременности 32-36 недель в стационаре, где они находились на лечении по поводу преэклампсии тяжелой степени.

Первую (основную) группу составили 17 беременных с преэклампсией, протекающей на фоне обострения хронического пиелонефрита. Во вторую (сравнения) групп вошли 15 женщин с преэклампсией, протекающей на фоне латентного течения хронического пиелонефрита. При изучении течения беременности в I группе выявлены такие осложнения беременности, как ранний гестоз у 6, гроза прерывания беременности у 9, анемия у 19, гипотония у 2 женщин. Во II группе женщин с хроническим пиелонефритом наблюдался ранний гестоз у 3 женщин, угроза прерывания беременности у 6, анемия у 8. В зависимости от формы пиелонефрита все пациентки были разделены на 2 группы. Обследование беременных проводили с использованием клинических, лабораторных и ультразвукового исследования почек.

Клиническое обследование включало изучение анамнеза, объективного осмотра: пальпацию, измерение высоты дна матки, окружность живота, определения веса, измерения диуреза, артериального давления, клинических и биохимических анализов мочи по Нечипоренко и Зимницкому, микробиологическое исследование мочи, микроскопическое исследования из влагалища и цервикального канала. При ультразвуковом исследовании почек оценивали размера органа и чашечно – лоханочной системы, толщину паренхимы, наличие гиперэхогенных образований, дающих акустическую тень дыхательную экскурсию почки. Из признаков преэклампсии у беременных I группы преобладала почечная симптоматика, а также наблюдалось кратковременное, неоднократное повышение температуры тела до 37,5 – 38,0С.

Также отмечены жалобы на тупые, ноющие боли в области поясницы, изредка дизурические явления. В анализах крови – лейкоцитоз, СОЭ – повышенный, гипопротенемия, мочевины и остаточный азот на верхней границе нормы. Удельный вес мочи очень низкий монотонный, клубочковая фильтрация сохранена. Таким беременным помимо интенсивного лечения преэклампсии назначались такие лекарственные препараты как 5-нок, фурудонин, периодическое принятие колено - локтевого положения. Такое комплексное лечение способствовало значительному улучшению общего состояния беременных. Во второй группе женщин с хроническим течением пиелонефрита симптомы в виде преэклампсии легкой степени.

Таблица 1. Осложнения беременности у женщин с пиелонефритом.

Группы	Течение пиелонефрита	Кол-во беременных	Течение беременности		Угроза прерывания беременных	Ранний гестоз	Анемия	Сроки беременности в неделях
			легкой степени	тяжелой степени				

I	Обострение хронического пиелонефрита	27	5	22	9 (33,3%)	6	19	24-28
II	Хронический пиелонефрит	15	12	3	4 (26,6%)	3	8	32-36
Итого:		42	17	25	15	9	27	

Из представленных данных видно, что осложнение течения беременности наблюдалось у беременных I группы. Так, преэклампсия тяжелой степени, угроза прерывания беременности и анемия чаще встречались при обострении хронического пиелонефрита.

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать вывод, что пиелонефрит у беременных может привести к развитию преэклампсии, а при обострении процесса - к развитию преэклампсии тяжелой степени во II триместре (24-28 нед.). Поэтому беременные с хроническим пиелонефритом должны относиться к группе высокого риска по снижению течения беременности, ведущей к возрастанию материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Н. Стрижаков, О.Р. Баев. Пиелонефрит во время беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии – 2007, т.6, №6, стр. 76-88
2. Н.А. Колопова, С.Ю. Шиканова. Современные проблемы патологии почек у беременных женщин. Акушерство, гинекология и перинатология – 2007, №1, стр. 24-28
3. Г.И. Герасимович. Пиелонефрит беременных. Здоровоохранение -2000, №4, стр. 30-34

ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

УДК 615.015:666.527.92

ПРИМЕНЕНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА ДЕВЯСИЛА ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.К. Бердгалева

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

ТҮЙІН

Андыздын майлы экстракты алименталық дислипидпротеинемиядық тәжірібі қолдануы. Андыздын тамырынан алынған экстрактың қанның уызендағынан липидтердің фракциясына холестериндық диета кезінде ақ тышқан мен көжектерге жасалған тәжірібіде әсері анықталды. Төменгі тығыздықты Холестериндық диета әрі түрле жануардың атерогендық липопротеиннің: холестериннің, триглицеридінің, төменгі тығыздықты липопротеиннің мөлшерлерін көтереді, жоғары тығыздықты липопротеиндердің құрамын төмендетеді. Андыздын тамырынан экстракты енгізу зерттелген әрі түрлі жануарларға бірбағытты әсер етіп аталған көрсеткіштерін жақсартады.

SUMMARY

Application of an oil extract Inulal at alimentation dyslipoproteinemia in experiment. There was studied the the influence of an oil extract from an Inula root on a fraction lipide of blood on a background holesterition. Is established, holesterition the diet at different kinds of animals authentically raises antiaterogention lypoproteins: , holesterin triglicilide, lypoproteins of low density also lowers the contents lypoproteins of high density. The introduction of an oil extract from an Inula root renders the unidirectional action at researched different kinds of animals and improves investigated parameters.

Применение масляного экстракта девясила при алиментарной дислипидпротеинемии в эксперименте.

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования последних лет, не оставляют сомнений о влиянии нарушений липидного спектра крови на развитие атеросклероза, заболеваемость и смертность от ИБС. В настоящее время гиперхолестеринемия считается признанным фактором риска атеросклероза и ИБС. Существует тесная связь между средней концентрацией ХС в плазме крови представителей населения различных стран и смертностью от коронарной недостаточности [1,2]. Согласно литературным данным даже средний (нормальный) уровень ХС является потенциально опасным в аспекте развития атеросклероза – этого исключительно человеческого заболевания [3]. Лекарственная липидснижающая терапия, несмотря на ряд присутствующих побочных эффектов, безусловно приводит к снижению общей и коронарной смертности и сердечно-сосудистых осложнений у больных с нормальным уровнем холестерина. Следовательно не только гиперлипидемия (гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия), но и дислипидемия, а именно изменение соотношения отдельных фракций липопротеинов крови могут играть существенную роль в процессе атерогенеза. А также нормальный уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности не исключает риск развития атеросклероза. Поэтому для определения атерогенности крови необходимо более детальное определение фракций (субфракций) липопротеинов [4,5]. Для коррекции атерогенной крови целесообразно применение лекарственных средств растительного происхождения. Целью работы явилось изучение влияния масляного экстракта из корней девясила на фракции липопротеинов крови кроликов на фоне атерогенной диеты.

Эксперименты проводили на 36 кроликах обоего пола, породы шиншилла, с исходной массой 2,8 – 3,0 кг и на 40 белых нелинейных крысах, массой 180-300 г. Для установления фармакологической активности нового фитопрепарата у животных, путем применения диеты, содержащей 2 % холестерин, индуцировали модель гиперлипидемии. Животные были разделены на 4 экспериментальные группы: 1-ая группа животных – контрольная, 2-ая группа, получавшая подсолнечное масло (растворитель фитопрепарата) в течение 2 месяцев, 3-я группа – в течении 2 месяцев, находилась на холестериновой диете, 4 – ая группа, получавшая масляный экстракт из корня девясила на фоне холестериновой диеты. Масляный экстракт вводили внутривентриально с помощью атравматического зонда в дозе 1,0 мл/кг массы тела. Аналогично крысы были разделены на 4 экспериментальные группы: 1 группа животных – контрольная, 2 группа, получавшая подсолнечное масло, 3 группа животных, в течении 2-х месяцев получали 2 % холестерин, т.е. индуцировали холестериновый атеросклероз, 4 – группа, получавшая масляный экстракт из корней девясила в дозе 1,0 мл/кг массы, в течении 30 дней, на фоне холестериновой диеты. Через 12 часов после последнего введения, животных забивали и сыворотке крови определяли содержание холестерина, триглицеридов и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) с применением стандартизированных наборов. Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия достоверности Стьюдента.

Таблица №1 Влияние масляного фитоэкстракта из корня девясила на фракции липидов в сыворотке крови кроликов

Показа-тели ммоль/л	ХОЛЕСТЕРИН	ТРИГЛИЦЕ-РИДЫ	ЛПВП	ЛПНП
Группы животных				
Контроль	5,14±0,226	1,331±0,072	3,095±0,030	1,286±0,084
Холестери- новая диета (ХД)	9,836±0,327*	3,846±0,213*	1,075±0,015*	7,014±0,228*
ХД + маслян. Экстракт девясила	7,828±0,104**	2,052±0,031**	2,033±0,013**	4,75±0,153* "

Примечание: * - достоверно по сравнению с контролем

" - достоверно по сравнению с моделью

Таблица №2 Влияние масляного фитоэкстракта из корня девясила на фракции липидов в сыворотке крови крыс при холестеринной диете

Показатели ммоль/л	ХОЛЕСТЕРИН	ТРИГЛИЦЕРИД Ы	ЛПВП	ЛПНП
Группы животных				
КОНТРОЛЬ	1,438±0,030	0,368±0,016	0,842±0,010	0,429±0,020
ХОЛЕСТЕРИНО ВАЯ МОДЕЛЬ	2,776±0,059*	1,087±0,031*	0,277±0,01*	2,006±0,050*
МАСЛО ДЕВЯСИЛА	1,684±0,022**	0,533±0,014**	0,488±0,008**	0,934±0,014* "

* - достоверное различие с контролем, ** - достоверное различие с моделью

Как видно из таблицы №1 установлено, что применение холестеринной диеты интактной группе приводило к достоверному увеличению атерогенных липопротеинов – холестерина в 1,9 раза (9,836±0,327ммоль/л), триглицеридов- в 2,9 раза (3,846±0,213 ммоль/л), ЛПНП – в 5,5 раза (7,014±0,228ммоль/л), относительно показателей в контрольной группе: 5,14±0,226ммоль/л, 1,331±0,072ммоль/л, 1,286±0,084ммоль/л, соответственно и к снижению антиатерогенных липопротеинов высокой плотности в 2,9 раза (1,075±0,015ммоль/л), в контрольной группе - 3,095±0,030ммоль/л. У животных, получавших подсолнечное масло показатели холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПВП не отличались от контрольной группы. Введение масляного экстракта из корня лопуха на фоне холестеринной диеты приводило к достоверному снижению в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и повышению ЛПВП, но не доводило до контрольных величин.

Как видно из таблицы №2 содержание животных на холестеринной диете в течении 2-х месяцев приводило к достоверному увеличению холестерина, триглицеридов, ЛПНП и к достоверному снижению антиатерогенных ЛПВП в сыворотке крови в 1,9, в 2,95, в 4,7 и в 3 раза соответственно, относительно контрольной группы. Установлено, что у животных, получавших подсолнечное масло, показатели холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП не отличались от контрольной группы. Введение масляного экстракта из корней девясила крысам на фоне холестеринной диеты приводило к достоверному снижению в сыворотке крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП – в 1,6; в 2; в 2,1 раза, соответственно и достоверному повышению антиатерогенных ЛПВП в 1,8 раз, относительно группы животных, содержащихся на холестеринной диете. При этом исследуемые показатели в сыворотке крови не достигали значений контрольной группы, концентрация холестерина – 1,684±0,022 ммоль/л, триглицеридов – 0,533±0,014 ммоль/л, ЛПНП – 0,934±0,014 ммоль/л, ЛПВП – 0,488.

Таким образом, масляный фитоэкстракт из корня девясила оказывает однонаправленное действие у исследуемых разных видов животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза. – М.: Триада-Х, 2000. 411 с.
2. Dyslipidemia and coronary heart disease // The ILIB LipidHandbook for Clinical Practice. 3rd ed. N. Y.: ILIB, 2003. – P. 242.
3. Лутай М.И., Лысенко А.Ф. Дислипидемии: клиническое значение // Мистецтво лікування. 2003. № 1. С. 12.16.
4. Festa A., Dagostino R., Howard G. et al. Chronic subclinical inflammation as part of the insulin resistance syndrome The Insulin Resistance Atherosclerosis Study (IRAS) // Circulation. 2000. Vol. 102. P. 42-47.
5. Gotto A.M. Contemporary diagnosis and management of lipid disorders. Pennsylvania: Handbooks in Health Care Co., 2001. P. 238.

УДК 615.32:616.33/342-002.44:665.3

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИФИТОВОГО МАСЛА ШУКУР МАЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ*А.З.Кантурунова**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова***ТҮЙІН**

Асқазан және он екі елі шектің жара ауруларының комплексті емінде полифитті май «Шүкір май» қолданылудың клиникалық-инструментті негіздеу. Асқазан және он екі елі шектің жара ауруларының комплексті емінде полифитті май «Шүкір майдың» тиімділігін зерттеу жұмысы жүргізілді. Жаңа отандық препаратпен эрадикациялық терапияның комплексті стандарттық терапиядан айырмашылығы асқазан мен он екі елі шектің кілегей қабаты ақауының ауырсыну синдромын ерте басады және ерте репарациясына алып келеді.

SUMMARY

Clinical-instrumental substantiation of application poliphytic oil “Shukur mai” in complex therapy gastric ulcer and duodenal ulcer. The research of efficiency poliphytic oil “Shukur mai” in complex treatment gastric ulcer and duodenal ulcer is carried out (spent). Poliphytic oil “Shukur mai” as against standard therapy renders earlier symptoms disappeared and earlier reparation ulcer of defects of a mucous environment of a gastric ulcer and duodenal ulcer.

Актуальность. Проблема язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время полностью сохраняет свою актуальность, как в теоретическом, так и в практическом отношении. Распространенность данной нозологии среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15%. [1]. Несмотря на значительный прогресс с внедрением в практику лечения язвенной болезни H₂-гистаминоблокаторов, ингибиторов протонной помпы, а также различных схем эрадикации *Helicobacter pylori*, пока не отмечено существенного снижения частоты язвенных осложнений [5]. В последние годы в ответ на эрадикационную терапию выявились растущая устойчивость *Helicobacter pylori* к антибиотикам [2], изменение защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в виде уменьшения выработки бикарбонатов и простагландинов в стенке желудка [3]. При длительном непрерывном приеме ингибиторов протонной помпы у больных возникают побочные эффекты: гипергастринемия, прогрессируют явления атрофического гастрита, у ряда пациентов отмечается обратимое повышение плотности эндокринных клеток (ECL – клеток) слизистой оболочки желудка, вырабатывающих гистамин, что является риском развития узелковой гиперплазии ECL – клеток. При коротких курсах появляются головные боли, головокружение, аллергические реакции, диарея, запоры [4]. В связи с этим, остается актуальным поиск новых лекарственных средств, которые позволили бы сократить сроки рубцевания и улучшить качество регенерации слизистой оболочки, увеличить период ремиссии, нивелировать побочные эффекты назначаемых лекарственных средств и таким образом, улучшить качество жизни пациентов язвенной болезнью. Одним из таких возможных направлений в решении проблемы, на наш взгляд, может явиться терапия с применением нового отечественного препарата полифитовое масло «Шукур май», который при данной патологии не использовался. Спектр фармакологического действия обусловлен компонентами входящих в него растений (солодка голая, крапива двудомная, лопух большой, ревень татарский). Препарат обладает противовоспалительным, антиоксидантным, иммуномодулирующим, гастропротекторным эффектами, что подтверждено экспериментальными и клиническими исследованиями.

Материалы и методы. В клинических условиях обследовано 105 больных язвенной болезнью, из них у 38 пациентов язва локализовалась в желудке, у 67 – в двенадцатиперстной кишке. Мужчин было 64 (61%), женщин – 41 (39%). В возрасте моложе 30 лет было – 12 пациентов, от 31 до 40 лет – 25, от 41-50 лет – 23, от 51 – до 60 лет – 38, старше 60 лет - 7. Длительность заболевания у 24 человек составил менее 1 года, у 24 – от 1 до 5 лет, у 28 – от 6 до 10 лет, у 29 – более 10 лет. У 12% больных обострения заболевания были редкими (через 3 года и более), у 30% - ежегодные обострения, у 42% - 2-3 раза в год, у 16% возникло впервые. У 23 больных в прошлом отмечалось осложнение в виде кровотечения. Отягощенная наследственность была у 32 (30,5%) больных. В 25% случаев установлена множественная локализация язв. Сопутствующая патология органов пищеварительной системы составила: 67,5% - заболевания гепатобилиарной системы, 32,5% - патология поджелудочной железы, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы – у 11% больных, мочевого выделительной – у 18%, дыхательной – у 8%, системы крови – у 4%. Симптоматика язвенной болезни характеризовалась болевым (88,5%), диспепсическим (79%) и астеновегетативным (60%) синдромами. Эндоскопическая картина у обследованных больных характеризовалась наличием язвенных дефектов, которые располагались медиогастрально (36,2%) и пилороантрально – 63,8%. Размеры дефектов варьировали в широком диапазоне от 0,5 см до 2,0 см. По данным обследования формы язвенных дефектов были разными: от овальных до неправильных, чаще звездчатые. Глубокие язвы заполнены грязно-серыми фибрином, окружены воспалительным перифокальным валиком, выявлялись у 30% больных. У всех пациентов язвенной болезни

сопутствовал гастродуоденит различной степени выраженности. Моторно-эвакуаторные нарушения в виде дуоденогастриального рефлюкса встречались в 28% случаев. Оценивая наличие *Helicobacter pylori* в ходе исследования, было установлено их наличие в 93,8% случаев. Причем высокая степень обсемененности установлена в 21% случаев, средняя – в 44%, а низкая – в 35%. Кислотообразующую функцию желудка оценивали путем интрагастральной рН-метрии. У большинства обследованных больных (69,5%) выявлялось: у 2% – гистаминорефрактерная анацидность, у 20% - гипоанацидность натощак и при его стимуляции, у 28% - нормацидность в обеих фазах секреции, и в 50% - гиперацидность. Полифитовое масло назначали по 1 ст.л. 4 раза в день за 30 мин. до еды в течение 4 недель в комплексе с эрадикационной терапией, включающей амоксициллин 1000 мг по 1 тб 2 раза, кларитромицин 500 мг по 1 тб 2 раза, омепразол 20 мг по 1 тб 2 раза в течение 14 дней с последующим приемом антисекреторного препарата в течение 2 месяцев в дозе 20 мг 1 раз на ночь.

Результаты и обсуждение. Включение полифитового масла «Шукур май» в схему терапии больных основной группы приводило к достоверно значимому эффекту лечения язвенной болезни у этой группы обследованных больных. Общее состояние больных, схема терапии которых была усилена пероральным введением полифитового масла «Шукур май», характеризовалось ускорением купирования клинических, эндоскопических, секреторных показателей. По данным исследования, на 2-3 сутки у больных основной группы исчезли диспепсические проявления и болевой синдром в отличие от больных контрольной группы, где аналогичные симптомы купировались в среднем на 4-5 сутки. У 90,5% больных полностью исчезли диспепсические симптомы, хотя несколько медленнее, чем болевой синдром. Наиболее быстро устранились тошнота и рвота, запоры и метеоризм, более упорный характер носили такие симптомы как изжога и горечь во рту. Терапия оказала благоприятное влияние на состояние и самочувствие больных, повысило их работоспособность.

В целом переносимость терапии была хорошая. Побочные эффекты, выявленные при наблюдении: у одного пациента – вздутие живота (0,9%), у 1 – горечь во рту после 7-дневного приема препаратов, у 2 пациентов (1,9%) – послабление стула, возникло через 10 дней приема препаратов; симптомы были слабовыраженными и самостоятельно купировались в течение 2-3 дней. Полифитовое масло в данных случаях было отменено. При проведении контрольного эндоскопического исследования нами выявлено, что у больных основной группы на $14 \pm 1,8$ сутки имело место рубцевание язвенного дефекта при локализации язвы в желудке в 79% случаев, в то время как в контрольной группе данный показатель был ниже (70%). При пилорических язвах рубцевание имело место в 93%, по сравнению с контрольной группой – 86%. Заживление на $21 \pm 2,1$ день (основная группа – 20%, контрольная – 25%) при локализации язвы в желудке, и при пилорической локализации – 5% в основной, по сравнению с 2% - контрольной. Множественная локализация язвы зарубцевались на $28 \pm 1,6$ день в контрольной группе (в основной группе – на $35 \pm 1,2$ день). У остальной группы пациентов полная эпителизация язвы произошла на $28 \pm 2,3$ день. У большинства пациентов язва зарубцевалась с образованием соединительнотканного рубца без эпителизации, но без деформации стенки органа. Эрадикация *Helicobacter pylori* наступила у 82% больных.

Выводы. Таким образом, полученные данные доказывают, что полифитовое масло «Шукур май» является эффективным средством улучшения традиционной эрадикационной терапии. При язвенной болезни полифитовое масло «Шукур май» оказывает терапевтический эффект в виде купирования болевого синдрома, ликвидации диспепсических явлений, улучшает общее состояние больного, усиливает репарацию язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, способствуя их быстрому заживлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей). М. 2004г.
2. Циммерман Я.С. Альтернативные схемы эрадикационной терапии и пути преодоления приобретенной резистентности *Helicobacter pylori* к проводимому лечению // Клиническая медицина, 2004; №2. - С.9-15.
3. Корсун В.Ф., Пупыкина К.А., Корсун Е.В. Лекарственные растения в гастроэнтерологии. М.: Практическая медицина, 2008г. 464с.
4. Таубекова Н.С. Нежелательные эффекты эрадикационной терапии Н.р. инфекции. Международный конгресс «Гастроэнтерология 2007» 20-21 сентября (Материалы).
5. Graham D.Y., Uemura N. Natural history of gastric cancer after *Helicobacter pylori* eradication in Japan: after endoscopic resection, after treatment of the general population, and naturally *Helicobacter*. 2006. Vol.11. P.139-143.

УДК 615.32: 616.13-002.2-004.6:665.3

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАСЛЯНЫХ ФИТОЭКСТРАКТОВ НА ПРОЦЕССЫ ПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

А.К. Бердгалева

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

ТҮЙІН

Пертотуға процесстерге экспериментальды атеросклероз жағдайда майлы өсімдік экстракттардың әсерінің анықтау. Атерогендық диета кезінде ошағанның және андыздың тамырынан алынған майлы экстрактың липидтерпертотуға көрсеткіштеріне ақ тышқандарда экспериментальдық әсері анықталды. Атерогендық диета кезінде жануарлардың пероксидация процесстерді активтіліндіреді. Майлы экстракттарды еңгізу кезінде ақ тышқандардың қанның сарыуызында және бауыр дәнекерінде аталған көрсеткіштеріне бірбағытты әсер етеді. Майлы экстракттар пероксидациясының жылдамдықтының төмендетеді.

SUMMARY

This article is described investigation stimuli of butter phifoextracts on process perooxidation at experimental atherosclerosis.

Свободные радикалы образуются в организме в результате естественного метаболизма кислорода, а также в процессах окислительных превращений различных эндогенных субстратов, лекарств и ксенобиотиков. В клетке при нормальных физиологических условиях всегда существует стационарное соотношение свободных радикалов и антиоксидантов. Условно выделяют следующие группы антиоксидантов: - ферменты, обладающие антиоксидантным действием (супероксиддисмутаза, каталаза, глутатионпероксидаза и др.), антиоксиданты неферментативного действия (витамины Е, С, А, К и др.) и антиоксиданты, синергисты (глутамт, цитрат и др.). При нарушении нормального соотношения между интенсивностью генерации свободных радикалов и скоростью их обезвреживания антиокислительной системой развивается высокий уровень продуктов перекисного окисления липидов. Как показано во многих экспериментальных и клинических работах, свободно-радикальное окисление играет существенную роль в патогенезе многих заболеваний. [1]. В настоящее время считается общепризнанным, что избыточная продукция свободных радикалов и обусловленный ею оксидантный стресс являются важнейшими механизмами инициирования и прогрессирования различных сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклеротического процесса и ишемической болезни сердца [2, 3, 4]. В последние годы в литературе накоплены многочисленные данные об активации и особенностях процессов перекисного окисления липидов при различных видах сердечно-сосудистой патологии [5, 6, 7]. Среди наиболее изученных на сегодняшний день свободнорадикальных патологий оказываются атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, в развитии которых большое значение приобретает неконтролируемая генерация пероксидов. Исходная активация свободнорадикальных процессов при атеросклерозе обусловлена снижением активности естественных антиоксидантных ферментов, недостаточностью природных антиоксидантов и повышением в крови атерогенных липидов, являющихся субстратами для перекисного окисления липидов [8]. С целью снижения пероксидации липидов используется ряд синтетических антиоксидантных лекарственных средств, эмоксипин, мексикор и др.[8, 9, 10, 11, 12]. Однако существующие препараты обладают массой побочных эффектов. Поэтому исследования эффективности лекарственных препаратов, снижающих интенсивность ПОЛ, одно из перспективных направлений в данной области. Антиоксидантная активность объектов растительного происхождения обусловлена содержанием в них биофлавоноидов, полифенолов и других веществ, участвующих в регуляции свободно-радикального перекисного окисления липидов мембран клеток.

Целью работы явилось изучение влияния фитопрепарата «Лопуха масло» на показатели ПОЛ и антиоксидантной системы при экспериментальном атеросклерозе. Эксперименты проведены на 40 крысах-самцах. Животные были разделены на 4 экспериментальные группы: 1 группа животных – контрольная, 2 группа – получала в течение 2 месяцев 2% холестерина (атерогенная диета), 3 группа – на фоне холестерина получала масляный экстракт корня лопуха, 4 группа – на фоне холестерина получала масляный экстракт корня девясила. Масляные экстракты лопуха и девясила вводили внутривенно атравматическим зондом, в дозе 2,5 мл/кг и 1.0 мл/кг массы, соответственно в течение 30 дней. В качестве биологического субстрата исследовали сыворотку крови и ткани печени. Определяли концентрацию малонового диальдегида (МДА), активность ферментов антиоксидантной системы – каталазы (КАТ), церулоплазмينا (ЦП), неферментативного звена – аскорбиновой кислоты (АК).

Как видно из таблицы, холестеринная диета вызывает достоверное увеличение содержания вторичных продуктов ПОЛ – МДА в сыворотке крови и ткани печени в 2 раза и в 3 раза соответственно, по сравнению с контролем. А уровень каталазы, церулоплазмينا и аскорбиновой кислоты был снижен в крови в 1,2 раза, в 1,8 раза, в 6,8 раза; а в ткани печени в 1,3 раза, 1,7 раза, в 2,5 раза соответственно по сравнению с контролем. Полученные результаты совпадают с литературными данными [1].

Таблица № 1 Влияние масляных фитоэкстрактов на показатели ПОЛ и антиоксидантной системы при атерогенной диете

Группы животных	МДА x10-6моль/мг липида	КАТ мг%	АК мг%	ЦП мкмоль/л
В крови				

контроль	5,08±0,22	4,65±0,04	0,942±0,005	0,526±0,009
Холестерин овая диета (ХД)	9,22±0,17*	3,98±0,08*	0,138±0,005*	0,286±0,006*
ХД + лопух	6,0±0,12**	6,28±0,10**	1,421±0,009**	0,326±0,004**
ХД + девясил	6,92±0,29**	5,44±0,31**	0,85±0,008**	0,564±0,014**
В печени				
контроль	1,14±0,14	10,75±0,09	0,198±0,049	0,326±0,004
ХД	3,74±0,15*	7,83±0,19*	0,078±0,007*	0,194±0,002*
ХД + лопух	2,72±0,29**	14,51±0,55**	0,122±0,005**	0,30±0,006**
ХД + девясил	2,14±0,27**	16,16±0,17**	0,194±0,007**	0,414±0,004**

Примечание: * - достоверно по сравнению с контролем

" – достоверно по сравнению с моделью

Введение масляных фитоэкстрактов на фоне атерогенной диеты на исследуемые показатели оказывают однонаправленное действие. Так изучаемые фитопрепарата снижают уровень МДА и повышают количество церулоплазмينا в крови и ткани печени, по сравнению с показателями животных, получавших холестериную диету. При этом только масляный экстракт из корней девясила доводит до контрольных значений содержание церулоплазмينا в сыворотке крови. Масляные экстракты также повышают содержание каталазы, и аскорбиновой кислоты в изученных органах, при этом показатели превышают контрольные величины. Однако, только в ткани печени содержание аскорбиновой кислоты достигает контрольных значений под влиянием масляного экстракта девясила. Таким образом, у крыс с моделью атерогенной диетой выявлены активация процессов ПОЛ. А изучаемые масляные фитоэкстракты понижают скорость ПОЛ и повышают активность антиоксидантной системы при нарушениях липидного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ланкин В. З., Тихазе А. К., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях. М., 2001. 78 с.
2. Aglarz M., Jouyz R.V., Viel E.C. et al. Involvement of oxidative stress in the profibrotic action of aldosterone: interaction with the renin-angiotensin system // Amer. J. Hypertension. 2004. № 17. P. 597-603.
3. Boucher J.L., Moali C., Tenu J.P. Nitric oxide biosynthesis oxide syntase inhibitors and arginase competition for L-arginine utilization // Cell. Mol. Life Sci 1999. Vol. 55. № 8-9. P. 1015-1028.
4. Ungvari L., Csiszar A., Kaminski P.M. et al. Chronic high pressure – induced arterial oxidative stress: involvement of protein kinase C-dependent NAD(P)H oxidase and local renin-angiotensin system // Amer. J. Pathology. 2004. Vol. 165. P. 219-226.
5. Осипов А.Н., Борисенко Г.Г., Казаринов К.Д., Владимиров Ю.А. Оксид азота, гемоглобин и лазерное облучение // Вестник Рос.АМН. 2000. № 4. С. 48-52.
6. Carr A., Frei B. The role of natural antioxidants in preserving the biological activity of endothelium-derived nitric oxide// Free Rad. Biol. Med. 2000. Vol. 28. P. 1806-1814.
7. Dean R.T., Fu S., Stocker R., Davies MJ. Biochemistry and pftiology of radical-mediated protein oxidation // Biochem. J. 1997. Vol. 324. P. 1-18.
8. Голиков А.П., Бойцов С.А., Михин В.П. и соавт. Свободнорадикальное окисление и сердечно-сосудистая патология: коррекция антиоксидантами // Лечащий врач 2003. №4, с. 25- 28.
9. Акимов А.Г., Полумисков В.Ю., Перспективы применения миокардиальных цитопротекторов в кардиологической практике // Terra medica nova 2005/ №4, с. 6-9.
10. Инчина И.В., Смирнов Л.Д., Романов М.Д. и соавт. Ангиопротекторная активность мексикора при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия: 2007. Т. 13, №3, с. 17-20.
11. Богословская Е.Н., Сумин С.А., и соавт. Антиаритмическая активность мексикора у больных острым инфарктом миокарда // Вестник интенсивной терапии – 2005, №6, с. 6-7.
12. Котляров А.А., Аросланкина О.И. Влияние метаболической терапии мексикором на течение брадиаритмий // Медицинский совет – 2007, №4, с. 71-75.

УДК 616-002.5

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АЛҒАШ РЕТ АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ МИКОБАКТЕРИЯСЫНЫҢ ДӘРІГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫ

*Т.Х. Серхожаева, Р.А. Шаймерденова, Г.А. Есжанова, Б.Т. Балтабаева, Ш.Е. Аимбекова
Г.Н. Пернебаева, А.М. Курмансеитова,*

*Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы
Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қаласы*

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ түрік университеті, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

За последние 3 года отмечается увеличение числа впервые выявленных больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, в том числе с МЛУ. Анализ степени риска заболевания ЛУТ у впервые выявленных больных показывает, что в целом первичная ЛУ чаще была у лиц из группы риска (47,2%), потом из контактов с бактериовыделителями (30,8%) и затем среди здоровых лиц (22,0%). Следовательно, лица из группы риска больше подвержены к ЛУТ.

SUMMARY

This article is described about increasing number of patients with medicine- stable forms of tuberculosis within multible medicine- stablenes.

Қазіргі таңда, өкпе туберкулезі алғаш анықталған және қайта ауырған (өкпе туберкулезінің рецидиві) науқастардың туберкулез микобактериясының резистенттілігінің маңызы артуда. Туберкулез микобактериясының (ТБМ) резистенттілігі, әсіресе көптеген дәріге тұрақтылық (КДТ), ауру ағымы мен ем эффективтілігін өзгертеді.[1]. Осы жұмыстың мақсаты- ОҚО 2007-2009жж. өкпе туберкулезі алғаш анықталған науқастардың біріншілік дәріге тұрақтылығының (БДТ) жиілігі мен құрылысын стационар жағдайында ем қабылдағандар арасында анықтау болып табылады.

Материалдар мен әдістер. Туберкулез микобактериясының біріншілік дәріге тұрақтылығы облыстық туберкулезге қарсы диспансерде (ОТҚД) 2007-2009 жылдар аралығында стационар жағдайында ем қабылдаған өкпе туберкулезімен алғаш рет ауырған 272 науқаста анықталған. Материал зерттеу жылдар барысында статистикалық өңделген және салыстырылған.

Талдау және нәтижелері. Жоғарыда аталған кезең ішінде ОТҚД-да өкпе туберкулезімен алғаш рет ауырған 732 бактерия бөлуші науқасқа ем жүргізілген. Олардың ішінде біріншілік дәріге тұрақтылық 272 (37,0 %), науқаста анықталды. Жас және жыныс бойынша сипатама жүргізгенде ерлер саны 167 (61,4 %), әйелдер 105 (39,0%) құрады. Біріншілік дәріге тұрақтылық 22 мен 30 жас аралығындағы ер адамдар арасында жиірек анықталды (65,0 %). Жалпы ер адам мен әйелдің көрсеткіштерінің қатынасы 2:1,2 құрады.

2007-2009 жылдар аралығындағы өкпе туберкулезі алғаш анықталған науқастардың туберкулез микобактериясының туберкулезге қарсы препараттарға тұрақтылығының динамикасы 1-кестеде көрсетілген.

Кесте 1. 2007-2009 жылдар аралығындағы өкпе туберкулезі алғаш анықталған науқастардың туберкулез микобактериясының туберкулезге қарсы препараттарға тұрақтылығының динамикасы.

Жыл дар	Бактерия бөлуші науқастардың жалпы саны	Оның ішінде ТМБ-ң БДТ-ы науқастар		Препараттарға тұрақтылығы						
		Абс	%	1 пр.	2 пр.	3 пр.	Оның ішінде HR		КДТ науқастардың жалпы саны	
							Абс	%	Абс	%
2007	238	51	21,4	20	13	8	12	26,0	10	20
2008	236	96	40,3	34	25	17	11	23,4	20	21
2009	258	125	48,4	10	45	32	24	51,0	28	22,4
Барлы ғы	732	272	37,2	64	83	57	47	17,3	58	21,3

1-кестеден 2009ж. бактертерия бөлуші науқастардың арасында туберкулез микобактериясының дәріге тұрақты формаларының үлес салмағы 21,4%-дан 48,4% дейін көтерілгенін көруге болады. Соның ішінде мультирезистенттіліктің жиілігі екі есе өсуімен қатар көптеген дәріге тұрақтылығы бар науқастардың саны да 20,0% даң 22,4% көтерілген. Жеке препараттар ішінде біріншілік дәріге тұрақтылықты анықтау үшін жасалған талдау нәтижесінде: 1 препаратқа тұрақтылық 64(24,0%) науқаста анықталды, соның ішінде ең жоғарғы монотұрақтылық стрептомицинге анықталғанымен, оның зерттеу ұақыт аралығында 59,0% дан 22,0% дейін

төмендегені анықталды. 2 препаратқа (стрептомицин, рифампицин, изониазид, этамбутолдың әр түрлі комбинациясында) 83(31,0%), бұл жерде де ең жоғарғы тұрақтылық стрептомицинге, осы кезеңде оның 49,0%дан 54,5%ға дейін өскені анықталды. Тұрақтылықтың жоғарылауы басқа да препараттарға анықталған: изониазидке 23,6%дан 39,6% дейін, рифампицинге 15,1%дан 21,9%ға дейін, этамбутолға 12,5%дан 18,5%ға дейін. 3 препаратқа (этамбутол, изониазид, стрептомицинге) және 4 препаратқа (этамбутол, изониазид, стрептомицин, рифампицинге) тұрақты резистентті штамдардың жиілігі 28(22,4%) бен 57(21,0%) науқаста анықталды.

Сонымен қатар жыл сайын, туберкулез микобактериясының туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерге біріншілік тұрақтылығы бірнеше препараттардың әр түрлі комбинациясында осуі байқалады, оның ішінде әсіресе белсенділігі ең жоғары препараттар изониазид және рифампицинге. Алғаш рет ауырған науқастардың арасында біріншілік дәріге тұрақтылықтың ұлғаю халық арасында экзогенді инфекция жолымен зақымдалудың өте жоғары екендігін көрсетеді.[2]. ТМБ-ның біріншілік дәріге тұрақтылығы бар алғаш анықталған өкпе туберкулезінің клиникалық құрылымы 2 -кестеде көрсетілген.

2-кесте. Туберкулез микобактериясының біріншілік дәріге тұрақтылығы бар алғаш анықталған науқастардың клиникалық формалары.

Тыныс алу ағзаларының туберкулезінің клиникалық формалары	2007		2008		2009	
	БДТ барлық жағдай саны	Үлес салмағы %	БДТ барлық жағдай саны	Үлес салмағы %	БДТ барлық жағдай саны	Үлес салмағы %
Ошақты	-	-	-	-	-	-
Диссеминирленген	3	6,0	4	4,2	10	8,0
Инфилтративті	46	90,0	90	93,8	110	88,0
Фиброзды-кавернозды	2	4,0	2	2,0	5	4,0
Барлығы :	51	100,0	96	100,0	125	100,0

2-кестеден, зерттелінген жылдар аралығында өкпе туберкулезінің клиникалық құрылымы ішінде туберкулездің инфилтративті түрінің басым екені көрінеді (90,0%, 93,3%, 88,0%). БДТ басқа жағдайда өкпенің диссеминирленген туберкулезі (6%, 4,2%, 8%) және фиброзды-кавернозды туберкулезі (4%, 2%, 4%) кездесті. Барлық жағдайда деструктивті процесс анықталған. Алынған нәтижелер басқа авторлар мәліметтерімен сәйкес келген [3]. БДТ бар алғаш рет өкпе туберкулезбен ауырған науқастардың ерте анықталуының тәжірибелік маңызы зор. Осы мақсатта анықталу жолдарын сараптағанда өкпе туберкулезімен алғаш ауырған науқастардың анықталуы активті флюорографиялық әдіспен 87 (32,0%), ал оздігінен келген науқастардан 185 (68,0%) диагностикаланды, оның ішінде қауып қатер тобынаң 7(4,0%) науқас.

Дәріге тұрақтылық туберкулезі бар алғаш рет анықталған науқастардың арасында қауіп дәрежесін талдағанда, біріншілік дәріге тұрақтылық жиірек қауіп қатер тобының адамдарында (47,2%) анықталды, бактерия бөлушілермен қатынаста болғандардан (30,8%), дені сау адамдардан(22,0%) анықталды. Қауіп қатер тобындағы адамдар қоршаған ортаға ең қауіпті контингент болып табылады. Сонымен қатар БДТ бар науқастармен контактіде болған адамдар назар аудартады. Дәріге тұрақтылығы бар инфекция ошағында ауырған 7 науқас арасында 5 (71,4%) науқаста табылған туберкулезге қарсы дәрілерге тұрақтылық бактериобөлуші тұрақтылығымен толық сәйкес келді. Оның барлығы туберкулез инфекциясы ошақтарында санитарлы-профилактикалық шаралардың жеткіліксіз жүргізілгенін көрсетеді. Сонымен, осы келтірілген мәліметтер бойынша жыл сайын жүргізілетін профилактикалық флюорографиялық тексерулерді (қауіп топтар арасында) және туберкулез инфекциясы ошақтарындағы санитарлық профилактикалық жұмыстарды күшейтілген түрде жүргізуді талап етеді.

Қорытынды: Туберкулездің дәріге тұрақты түрлерінің алғаш ауырған науқастарда анықталуы соңғы 3 жыл ішінде өскені анықталды. Туберкулез инфекциясы ошақтарында санитарлы-профилактикалық жұмысты күшейту және бактерия бөлуші науқастарды санитарлы-гигиеналық режимде бақылау. Диспансерлік бақылаудың жұмысын күшейту және туберкулез ауруына қауіпі жоғары топ адамдардың арасында сауықтыруды жүргізу.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Агзамова Р.А., Бисмилда В.Л., Кожамкулов У.А. и др. Внешний контроль качества за определением лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза // I Конгресс фтизиатров Казахстана: Сб. Тр. Алматы, 2004. - С. 85-86.
2. Исмаилова Ш.Ш., Берикова Э.П., Усембаева С.А. и др.С оздание модели системы управления случаев мультirezистентного туберкулеза в г. Алматы // I Конгресс фтизиатров Казахстана: Сб. тр. Алматы, 2004.- С. 48-52.
3. Агзамова Р.А. Жусупова Р.Ж., Жунусова У.К., и др.Характеристика мультirezистентных штаммовМБТ, выделенных от больных с новыми и повторными случаями туберкулеза. Алматы // I Конгресс фтизиатров Казахстана: Сб. тр. Алматы, 2004.С. 109-112.
4. Скребцов Б.А., Сақыбаева С.А. Сарсенова А.К., др.// Фтизиопульмонология № 2(8) 2005.С. 52-54.

УДК 615.23:612.215.4-053.2

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХДНЕВНОГО КУРСА АЗИТПРОМЕЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

*А.Т. Кембилова
ГП №5 Шымкент*

ТҮЙІН

Балаларда 4-жастаң 14 жасқа дейін азитромицинді 3 күн қабылдауы тиімді және қауіпсіз екендігіне анализ өткізілді. 10 науқаста – тонзиллофарингитпен, 11- ортаңғы отитпен, 15 –риносинуситпен.

SUMMARY

The article is described using of tertian course of treatment azitromycin infection of the top respiratory ways at children.

Инфекции верхних дыхательных путей у детей занимают ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста и нередко являются осложнениями респираторной вирусной инфекции. Несвоевременное и неадекватное лечение данной патологии чревато серьезными последствиями, связанными в первую очередь с развитием хронической бронхолегочной патологии, вплоть до бронхоэктазии. Эффективность лечения инфекций верхних дыхательных путей определяется назначением этиотропной антибиотикотерапии и обеспечением очага воспаления терапевтическими концентрациями препарата. В то же время известно, что на практике клиницисты нет сведений о этиологии до начала лечения т.е. выбор препарата осуществляется эмпирически. Данные литературы об этиологии инфекций верхних дыхательных путей - ведущая роль пневмококка, стрептококка группы А и палочки гемофилюс инфлюэнцы. При этом пневмококк сохранил высокую чувствительность к антибиотикам пенициллинового ряда и макролидам. Однако по данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США наметилась тенденция к увеличению резистентности пневмококка к пенициллину, причем большинство резистентных к лекарственным препаратам поколений пневмококка относится к инфекциям у детей.

Перечисленные факты являются ключевыми в выборе рациональной эмпирической антибактериальной терапии и указывают на закономерный интерес практических врачей к антибиотикам группы макролидов, имеющих уникальную способность к внутриклеточному накоплению в инфицированной ткани. Однако результат лечения определяется и соблюдением длительности применения препарата, что для большинства антибиотиков составляет 7-10 дней. В амбулаторной педиатрической практике это требование выполняется не более чем у половины больных. Комплаентность в значительной мере определяется и кратностью приема препарата в течение суток. Она лучше в тех случаях, когда препарат может быть назначен 1 или 2 раза в сутки. В спектр антимикробного действия азитромицина входит воздействие на грамположительную и грамотрицательную микробную флору, в том числе на *H. influenzae*, включая β -лактамазопродуцирующие штаммы, а также внутриклеточно расположенные возбудители. Важной особенностью азитромицина является его способность накапливаться в инфицированных тканях, создавая высокие терапевтические концентрации в очаге воспаления (ткань миндалин, слизистая гайморовой полости, экссудат среднего уха), и сохраняться в нем в течение 5-7 дней после приема последней дозы. Данные уникальные фармакокинетические свойства азитромицина послужили основанием для разработки коротких 3-дневных курсов лечения с однократным приемом препарата в течение суток.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности и безопасности применения 3-дневного курса лечения азитромицином инфекций верхних дыхательных путей у детей.

Клинические наблюдения и методы. Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 4 до 14 лет с инфекциями верхних дыхательных путей: 10 - с тонзиллофарингитом, 11 - со средним **отитом**, 15 - с **риносинуситом**. Диагноз устанавливался на основании анализа анамнестических данных, объективного осмотра с констатацией общих симптомов текущего инфекционного процесса (лихорадка, проявления интоксикации, сонливость, головная боль, рвота), а также учета симптомов локального статуса в зависимости от уровня поражения верхних дыхательных путей. Амбулаторно обследовано 13 пациентов и 23 ребенка. У всех детей проводили клинический анализ крови и мочи, по показаниям рентгенографию органов грудной клетки, придаточных полостей носа и носоглотки, а также биохимическое исследование крови. При наличии патологического материала, пригодного для бактериологического исследования (отделяемое из уха, пунктат гайморовой полости), последнее проводили с целью выявления этиологически значимого возбудителя (всего 13 наблюдений). Методика бактериологического исследования включала в себя следующие элементы: проведение микроскопии мазков; посев материала на плотные селективные питательные среды; определение чувствительности микроорганизмов к азитромицину. Азитромицин назначался перорально в виде таблеток или суспензии из расчета 10 мг на 1 кг массы тела в сутки. Расчетная доза принималась однократно через 2 ч после еды на протяжении 3 сут. Результаты терапии оценивали на 3-4-й и 10-11-й дни от начала лечения. Клиническая оценка эффективности основывалась на динамике основных местных и общих симптомов заболевания, динамике воспалительных проявлений в клиническом анализе крови (лейкоцитоз,

палочкоядерный сдвиг формулы крови влево, увеличение СОЭ). Результат расценивали как клиническое выздоровление, если купировались все исходные патологические симптомы и нормализовались показатели клинического анализа крови. Отсутствие патологических выделений из уха или гайморовой полости трактовали как эрадикацию возбудителя. Улучшение - при частичной положительной динамике клинико-лабораторных показателей и отсутствие эффекта - если симптомы сохранялись или усиливались. Критериями исключения из исследования являлись повышенная чувствительность к антибиотикам пенициллинового ряда и макролидам, предшествующая в течение ближайших 7 дней антибиотикотерапия, тяжелые заболевания желудочно-кишечного тракта с нарушением процессов всасывания.

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности короткого 3-дневного курса лечения азитромицином проведена у 36 детей с различной патологией верхних дыхательных путей. Азитромицин был применен в лечении 10 пациентов с острым тонзиллофарингитом. Показанием для антибиотикотерапии являлись следующие симптомы: лихорадка с нарушением общего самочувствия и признаками интоксикации (у 8 больных), высокий субфебрилитет (у 2). У всех больных имели место выраженные изменения в локальном статусе в виде болей в горле, гиперемии и отечности небных миндалин, у 3 больных отмечались нагноившиеся фолликулы, у 8 - реакция и болезненность регионарных лимфатических узлов. Мы не проводили бактериологического исследования у больных данной группы, так как согласны с мнением авторов о малой достоверности результатов поиска этиологического фактора при частоте обострений менее 5 раз в году. При назначении азитромицина мы ориентировались на данные о преимущественно стрептококковой этиологии этого заболевания и высокой активности азитромицина против стрептококков. Во всех случаях нами была отмечена быстрая положительная динамика в течении заболевания на фоне применения азитромицина, особенно это касалось быстрой, в течение первых суток, нормализации температуры тела, исчезновения болей в горле и значительного улучшения общего самочувствия. Таким образом, к 3-4-му дню лечения основные симптомы заболевания были купированы, и при контрольном обследовании на 9-11-й день лечения патологических отклонений в статусе больных и лабораторных данных не было выявлено. В лечении среднего отита азитромицин использован у 11 больных, у 5 из них имели место выделения из уха, которые при внешнем осмотре оценивались как гнойные у 3 и слизисто-гнойные у 2.

При диагностике по данным нативной микроскопии во всех 5 случаях была установлена пневмококковая этиология заболевания. Мы отметили высокую эффективность азитромицина у подавляющего большинства больных средним отитом. К 3-4-му дню от начала лечения клинические проявления исчезли у 9 больных, у 1 пациента отмечалась частичная регрессия местных проявлений заболевания и у 1 - симптоматика сохранялась без существенных изменений. К 9-10-му дню лечения у 10 больных была получена полная нормализация клинико-лабораторных признаков воспаления и лишь у 1 пациента сохранялись местные проявления заболевания, что позволяет предположить возможное участие микрофлоры, устойчивой к азитромицину или ассоциации микробных возбудителей. Трехдневный курс лечения азитромицином был проведен 15 больным риносинуситом. В настоящем исследовании мы располагали данными микробиологического исследования содержимого гайморовых пазух у 8 больных; результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Данные бактериологического исследования пунктатов гайморовой полости		
Нативная микроскопия	Патогенный микроорганизм	Чувствительность к азитромицину
Грам + диплококки с капсулой 25 в 10 полях зрения	Str. pneumoniae	+
Грам + диплококки с капсулой > 20 в поле зрения	Str. pneumoniae	+
Полинуклеары > 20 в поле зрения	H. influenzae биотип II	-
Грам + диплококки с капсулой > 25 в поле зрения	-	
Полинуклеары сплошь в поле зрения	H. influenzae биотип III	-

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании пневмококка и гемофильной палочки в качестве этиологических возбудителей и указывают на высокую диагностическую значимость метода нативной микроскопии. Эффективность применения 3-дневного курса лечения азитромицином у больных с синуситами была достаточно высокой: хороший результат лечения был получен у 13 больных, удовлетворительный - у 2.

Общие результаты лечения инфекций верхних дыхательных путей у детей коротким курсом азитромицина:

Хорошие результаты: 3-4-й день - 86,2%; 10-11-й день - 91,8%. Удовлетворительные результаты: 3-4-й день - 8,3%; 10-11-й день - 5,5%. Без эффекта: 3-4-й день - 5,5%; 10-11-й день - 2,7%. Клиническая оценка больных с инфекциями верхних дыхательных путей на 3-4-й день лечения азитромицином показала, что у 31 (86,2%)

ребенка результаты лечения оценивались как хорошие, у 3 (8,3%) - как удовлетворительные, у 2 (5,5%) положительных сдвигов в течении заболевания получено не было (1 больной с перфоративным отитом и 1 больной риносинуситом). К 10-11-му дню лечения у подавляющего большинства (97,3%) больных были получены положительные результаты терапии. Переносимость препарата была хорошей, ни в одном случае не было зафиксировано каких-либо побочных проявлений антибиотикотерапии. Не было отмечено и отклонений в функции печени и почек по данным биохимического исследования крови.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности короткого 3-дневного курса лечения азитромицином инфекций верхних дыхательных путей у детей. Подтверждена хорошая переносимость и безопасность применения данного антибиотика. Прием препарата однократно в течение дня коротким курсом оказался простым и легко выполнимым требованием и ни в одном случае режим антибиотикотерапии не нарушался. Полученные данные позволяют рекомендовать короткие курсы азитромицина для первоочередного выбора в лечении инфекций верхних дыхательных путей в педиатрической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пневмонии у детей. Под ред. С.Ю. Каганова, Ю.Е. Вельтищева М 1995; 233-237.
2. Dutau G. Рецидивирующие респираторные инфекции детского возраста: клинические аспекты и профилактика. В кн. Сборник научных трудов под редакцией проф. Н.А. Коровиной. М: БЭСТ-В 1996; 26-30.
3. Ginsburg Charles M. Aerobic microbiology of upper respiratory infections in infants and children. *Pediatr Infect Disease J* 1987; 6: 9: 843-847.
4. Penttila M., Savolainen S., Kiukaanniemi H. et al. Bacterial findings in acute maxillary sinusitis. European study. *Acta Otolaryngol* 1997; 529: 165-168.
5. Treadway G. Comparison of the efficacy, safety and toleration of azitromycin and erythromycin in the treatment of pediatric patients with acute streptococcal pharyngitis. *Zithromax Icmask Poster Book*. Barcelona, Spain 1998; 56-57.

УДК 616.233-002-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБРОТАРДА 75 мг У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

Б.М. Байдуллаев, Х.Т. Қорғанбаева, Р.Б. Ибрагімова, Ж.М. Абдукаримова, Г.А. Умирәлиева, А.А. Сейдахметова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен (ӨСОА) ауыратын науқастарды амбротард 75 мг препаратын қолданғанда, амбулаториялық жағдайда емделіп жатқан науқастардың жағдайы жақсарғанын және аталған препараттың қауіпсіз, қолдануға ыңғайлы екені анықталды.

SUMMARY

This article is described patients with chronic obstructive pulmonary disease were taking medication ambrotard 75 mg, in patient treatment with mood improves, when the applicaxion was comfortable and safe.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) заметно увеличивается во всем мире. Распространенность ХОБЛ в 1990-1998 гг., по официальным статистическим данным, достигала в среднем 16 на 1000 населения (М.М. Илькович). Смертность от ХОБЛ за те же годы составила от 11,0 до 20,1 на 100 000 населения. По некоторым данным ХОБЛ сокращает естественную продолжительность жизни в среднем на 8 лет. ХОБЛ приводит к сравнительно ранней потере трудоспособности больных, причем у большинства из них иивалидизация наступает примерно через 10 лет после установления диагноза ХОБЛ. Среди взрослого населения она достигает 41,3% [1]. Для лечения ХОБЛ согласно международной концепции используется в основном три направления: противовоспалительная (нестероидные и стероидные противовоспалительные средства, мембраностабилизирующие препараты), муколитическая и секретолитическая, иммуномодулирующая. В последние годы выпускаются препараты, воздействующие на гель - фазу бронхиального секрета путем активации гидролизующих ферментов, увеличения содержания сурфактанта в легких, уменьшения вязкости мокроты, улучшения ее реологических свойств и восстановления дренажной функции легких, сочетающие в себе все три направления терапии ХОБЛ. Первым представителем стал препарат амбротард 75мг, содержащий амброксола гидрохлорид.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата амбротард 75 мг у амбулаторных больных с ХОБЛ.

Материалы и методы исследования: Обследовали 50 больных с ХОБЛ средней степени тяжести. Среди них было 27 мужчин и 23 женщин в возрасте $37,3 \pm 1,2$ (17-56 лет) лет. В зависимости от проводимого лечения были сформированы две группы больных. Первая группа в количестве 25 больных получала амбробене 75 мг по 1 капсуле 2 раза в день; вторая группа в количестве 25 больных получала амбротард 75мг по 1 капсуле

в день. Больные в течение наблюдения (14 дней) вели дневник, в котором регистрировали динамику одышки, кашля, выделения мокроты.

Результаты и их обсуждение. При проведении оценки эффективности препаратов амбротард 75 мг и амбробене 75 мг нами отмечалось, что у больных принимавших амбротард 75мг при значительной физической нагрузке одышка сохранялась в 73,3%, кашель - 6,7% , мокрота исчезла у 60% больных. Больные, принимавшие амбробене 75мг при значительной физической нагрузке сохраняется одышка в 83% , кашель -10%, мокрота исчезла у 33,3% больных. Аускультативные данные – рассеянные сухие, влажные хрипы.

Таким образом, следует отметить, что наблюдалась положительная динамика аускультативных признаков, уменьшение клинических проявлений больше у больных, принимавших амбротард 75мг. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата. Побочных действий амбротарда 75мг не отмечено.

Выводы: Препарат амбротард 75мг является удобным и безопасным препаратом. Лечение больных с амбротардом 75мг приводит к улучшению клинических показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин Б. Г. «Астма и аллергия» 2003г. Москва «Медицина» 263 с.
2. И. Клячкина. «Врач». 2004г. Медиа. С 87-88.

УДК 616.341.342-056.52:615.283

«ЛИМФОСАН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Б.М. Байдуллаев, Ж.А. Оразбаева, Г.Е. Пиржанова, М.Ш. Латыева., А.С. Шерғалиев,
Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Асқазан ішек трактісінің ауруы бар, семіздікті емдеуде «ЛИМФОСАН» биологиялық активті қоспаны ұзақ курспен қолданғанда, науқастардың гипокалориялық диетаны ұстау арқылы дене салмағын азайты, оны коррекциялауға және «ЛИМФОСАН» препаратының эффективтілігінің жоғары екені анықталды.

SUMMARY

This article is described «Lymphosan» is treatment of adiposis at patients with gastrointestinal diseases.

Ожирение является одной из важных проблем современной медицины. Его частота увеличивается и в развитых странах приобретает масштабы социально значимой патологии, так как становится пусковым фактором развития многих неинфекционных заболеваний, которые укорачивают продолжительность жизни людей. Основным механизмом ожирения является энергетический дисбаланс, при избыточной энергетической ценности питания снижена двигательная активность человека, что характерно для современного образа жизни человека. Эпидемиологические исследования показывают, что избыточная масса тела отмечается у 50 % взрослого населения, а истинным ожирением страдает 26 %. Целью настоящей работы явилось комплексными мероприятиями корректировать вес у больных с ожирением.

Материалы и метод исследования. Обследовано 20 больных с ожирением I – III степени, имеющих гастроэнтерологическую патологию, в возрасте 32-59 лет, мужчин – 9, женщин – 11. Всем больным рекомендовалось соблюдать гипокалорийную диету, замена животных жиров в пище растительными ненасыщенными маслами. В качестве биологически активных добавок (БАД), использовался «Лимфосан» корпорации «Сибирское здоровье», Россия, г. Новосибирск, где основным действующим началом являются пшеничные отруби и другие фитосорбционные травы в виде порошка, употребляемого больными 1 раз утром натощак, 1 столовая ложка в 100 мл кипяченой воды. Продолжительность приема составляет курсом от 2-х до 3-х недель с перерывами.

Результаты исследования. За период 3 месячного наблюдения у всех больных улучшилось самочувствие, у 3 больных снизили вес до 10 кг, 10 больных – до 6 кг, 7 больных – до 3 кг. В группе больных, принимавших 3 курса приема «Лимфосана», отмечены значительные результаты по гастроэнтерологической патологии.

Выводы: Для корректировки веса у больных ожирением использование гипокалорийной диеты дает положительные результаты. Для увеличения энергетической отдачи необходимо использовать постоянную дозированную ходьбу. Использование в качестве БАД «Лимфосана» продолжительным курсом дает значительный эффект в снижении веса у больных с ожирением.

УДК 615.03

О ПРИМЕНЕНИИ «ЭФАВИРЕНЗА» У ДЕТЕЙ ПРИ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ И СПИДА

Г.А.Алиева

ГУ ОРЦ «Мать и дитя» г. Шымкент

ТҮЙІН

АКТК/ЖҚТБ жұқпасыно шалдыққан ауру балаларға Эфавиренз дәрісін 2НИОТ+ 1ННИОТ жүйесі бойынша қабылдағанда клиникалық, вирусологиялық, иммунологиялық толық жақсы әсер береді.

SUMMARY

This article is oliscribed about using EFV of children by HTV infectious and AIDS.

Антиретровирусная терапия направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и является этиотропной терапией ВИЧ-инфекции. В настоящее время АРВ-терапия не способна обеспечить полное излечение ВИЧ-инфекции. Основной целью АРВ-терапии является максимально долгое сохранение качества жизни и максимальное увеличение ее продолжительности. Залогом успеха АРВ-терапии является: максимальная приверженность пациентов лечению, т.е. строгое соблюдение предписаний врача по приему лекарственных средств; рациональный выбор схемы лекарственной терапии с учетом особенностей образа жизни пациента, анамнестических данных; выбор первоначального режима высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) с учетом возможности использования в последующем (при неудаче лечения) максимального числа АРВ препаратов (отсутствие перекрестной резистентности);

В жизненном цикле ВИЧ имеется несколько ключевых моментов, воздействия на которое позволяет прервать размножение вируса: присоединение вирусной частицы к лимфоциту человека посредством соединения гликопротеидов 41 и 120 вирусf к клеточному рецептору CD4 и хемокиновым ко-рецепторам (CCR5 и CXCR4); синтез вирусной ДНК на матрице РНК в результате действия фермента ВИЧ – обратной транскриптазы; встраивание провирусной ДНК в ДНК человека с помощью фермента ВИЧ – интегразы; формирование белков вируса под действием протеазы ВИЧ. В настоящее время разработаны и внедрены в лечебную практику АРВ лекарственные препараты, способные воздействовать на ферменты ВИЧ – обратную транскриптазу и протеазу, а также блокирующие проникновение вируса в клетки человека. Первую группу составляют нуклеозидные ингибиторы фермента обратной транскриптазы (НИОТ) ВИЧ и нуклеотидные ингибиторы этого фермента (монофосфонаты нуклеозидов). Являясь дефектным аналогом того или иного нуклеозида, эти препараты встраиваются в строящуюся цепочку вирусной ДНК, обратная транскриптаза ВИЧ не может пристроить к ним слудющий нуклеозид, и дальнейшее построение цепочки нарушается.(AZT, D4t, 3ТС,DDI, ABC). Вторую группу составляют ненуклеозидные ингибиторы фермента обратной транскриптазы (ННИОТ) ВИЧ. Эти препараты встраиваются в активный центр фермента вируса и таким образом блокируют дальнейшее построение РНК ВИЧ. (EFV: стокрин, сувива; NVP). Третью группу составляют ингибиторы протеазы (ИП) ВИЧ, которые блокируют активный центр протеазы вируса и нарушают формирование вирусных белков.(LPV/r). К четвертой группе относится ингибитор фузии (процесс подтягивания вирусной частицы к лимфоциту) энфувиртид, фузеон. Одновременное назначение 2 НИОТ и либо ИП оказывает действие на разные участки жизненного цикла вируса и в значительной степени снижает его жизнеспособность. Абсолютным показанием к проведению ВААРТ является наличие клинических симптомов, свидетельствующих об иммунодефиците, или снижение количества CD4 лимфоцитов менее 200 в 1мкл. При отсутствии клинической симптоматики и количестве CD4 лимфоцитов более 200, но менее 350 в 1мкл пациенту следует предложить лечение. У пациентов с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции, у которых количество CD4 лимфоцитов превышает 350 в 1мкл для решения вопроса о начале лечения нужно ориентироваться на уровень РНК ВИЧ. Пациентам, у которых количество CD4 лимфоцитов более 350 и уровень РНК ВИЧ менее 100000 копий/мл, лечение не показано. При 4 клинической стадий независимо от CD4 начинают АРВ терапию. Для 1;2;3 клинической стадий критерий для начало АРТ основаны на показателях CD4; до 1 года < 25% ; с 1 до 3 лет < 20% ; с 3 до 5 лет <15%; старше 5лет < 200мкл

Схема ВААРТ включает: 3 препарата из группы НИОТ, 2 из группы НИОТ + 1 или 2 препарата из группы ИП, 2 НИОТ + 1 ННИОТ, НИОТ + ННИОТ + ИП. Стартовым является 2 НИОТ+1ННИОТ (1 ИП). Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы вируса иммунодефицита человека тип 1 (ВИЧ-1). Показания. комбинированная противовирусная терапия взрослых, подростков и детей, инфицированных ВИЧ-Режим дозирования .Стокрин следует назначать в комбинации с другими антиретровирусными препаратами. Подросткам и детям (от 3 до 17 лет) дозы препарата устанавливают в зависимости от возраста и массы тела. С массы тела 13-15 кг-200 мг; с 15-20кг-250мг; с 20-25кг – 300 мг; с 25-32,5кг-350 мг; с 32,5-40кг -400 мг. Рекомендуемая доза для детей с массой тела более 40 кг составляет 600 мг/сут. Стокрин следует назначать только детям, которые способны легко глотать капсулы. Кратность приема 1 раз/сут. Препарат можно принимать независимо от приеMAT пищи. Для улучшения переносимости побочных эффектов со стороны

нервной системы в течение первых 2-4 недель лечения, а также больным, которые продолжают испытывать эти симптомы, рекомендуется принимать препарат перед сном.

Побочные действие. В контролируемых клинических испытаниях в подгруппе из 413 больных, получавших ежедневно по 600 мг Стокрин в сочетании с ингибиторами протеаз и/или НИОТ, наиболее часто отмечавшимися нежелательными явлениями, связанными с лечением, по меньшей мере средней тяжести были: сыпь (13.1%), тошнота (10.4%), головокружение (9.2%), диарея (6.8%), головная боль (6.3%), бессонница (6.1%), утомляемость (5.6%), снижение концентрации внимания (5.3%). В контрольной группе тошнота наблюдалась чаще, а диарея примерно с равной частотой. В клинических испытаниях на 57 больных детях тип и частота побочных реакций были в целом аналогичными таковым у взрослых больных, за исключением того, что у детей чаще наблюдалось появление новой сыпи (35%). Стокрин изучался более, чем на 2000 больных и обычно в ходе клинических испытаний хорошо переносился. Отмечались следующие побочные эффекты: Дерматологические реакции: легкие или умеренные макуло-папулезные кожные высыпания (появлялись в течение первых двух недель и у большинства больных проходили в течение месяца без прекращения лечения). В клинических испытаниях сыпь отмечена у 28% больных, получавших препарат по 600 мг/сут, по сравнению с 18% среди больных, получавших препараты в контрольной группе. Кожная сыпь была сочтена вызванной лечением у 18% больных, получавших Стокрин. Тяжелая сыпь, сопровождавшаяся волдырями, мокнущим шелушением и язвами, развилась у 0.7% больных, получавших Стокрин. У 1.7% в связи с этим лечением пришлось отменить. Среди более, чем 2000 больных, получавших Стокрин, частота мультиформной эритемы или синдрома Стивенса-Джонсона составляла 0.14%. Со стороны ЦНС и периферической нервной системы: у больных, получавших Стокрин по 600 мг/сут в ходе клинических испытаний отмечались: головокружение (9.2%), головная боль (6.3%), бессонница (6.1%), утомляемость (5.6%), снижение концентрации внимания (5.3%), нарушения сна. В контролируемых клинических испытаниях, в которых Стокрин в дозе 600 мг назначался вместе с другими антиретровирусными препаратами, неврологические симптомы средней и сильной интенсивности отмечались у 22% больных по сравнению с 10.1% среди больных, получавших контрольную схему лечения. Эти симптомы были тяжелыми у 2.9% больных, получавших Стокрин по 600 мг/сут, и у 1.3% больных, получавших контрольное лечение. В клинических испытаниях у 2.7% больных, получавших по 600 мг Стокрин, в связи с неврологическими симптомами лечение было отменено. Эти симптомы возникали в течение 1-2-го дня лечения и, как правило, проходили через 2-4 недели. В исследовании на неинфицированных добровольцах репрезентативный симптом со стороны нервной системы возникал в среднем через 1 ч после приема дозы и длился в среднем 3 ч. Побочные действия взяты по данным литературы. (Россия).

Противопоказания. Гиперчувствительность, беременность, период кормления грудью, с осторожностью – печеночная и/или почечная недостаточность, алкоголизм, наркомания, энцефалопатия, детский возраст (до 3 лет), масса тела менее 13 кг. В экспериментальных исследованиях установлено, что ифавиренз вызывает тератогенный и эмбриотоксический эффект, поэтому не применять у беременных. Исследования на крысах показали, что ифавиренз экскретируется с молоком. Выделяется ли Стокрин с молоком у человека, не известно.

Особое показание. Стокрин нельзя применять в качестве единственного препарата для лечения ВИЧ или добавлять в качестве единственного препарата к безуспешному лечению; препарат всегда назначают в комбинации с одним или несколькими новыми антиретровирусными препаратами, которых данный больной ранее не получал. При выборе новых антиретровирусных препаратов для применения их в сочетании со Стокрином следует учитывать возможность перекрестной устойчивости вируса. При отмене лечения Стокрином следует также рассмотреть возможность отмены лечения другими антиретровирусными препаратами, чтобы избежать появления резистентных вирусов. Если какой-либо антиретровирусный препарат в составе комбинированной терапии отменяется в связи с подозрением на непереносимость, следует серьезно рассмотреть возможность одновременной отмены всех антиретровирусных лекарств. После исчезновения симптомов непереносимости начинать вновь прием этих антиретровирусных препаратов следует одновременно. Периодическая монотерапия и последовательное повторное назначение антиретровирусных препаратов не рекомендуются в связи с увеличением вероятности мутантных вирусов, устойчивых к этим препаратам. В клинических испытаниях Стокрин сообщалось о случаях легкой или умеренной сыпи, которая обычно проходила при непрерывном лечении. Соответствующие антигистаминные препараты и/или ГКС могут улучшить переносимость терапии и ускорить исчезновение сыпи. У больных с тяжелой сыпью, сопровождающейся образованием волдырей, десквамацией, вовлечением слизистых оболочек или лихорадкой, Стокрин нужно отменить.

Рекомендуется постоянно контролировать активность печеночных трансаминаз у больных с гепатитом В или С или подозрением на эти инфекции в анамнезе и у больных, получающих другие лекарства, которые могут оказывать гепатотоксическое действие. В случае острого стойкого повышения активности трансаминаз до уровня, более чем в 5 раз превышающего верхнюю границу нормы, следует сопоставить преимущества продолжения лечения Стокрином с неизвестным риском значительного гепатотоксического действия, в клинических случаях не отмечалось. У больных, получающих Стокрин, следует вести постоянное наблюдение за уровнем холестерина. Опыт применения в ГУ «Мать и дитя». В ГУ по поводу В20 состоит на Д учете 207 детей. Из них 152 детей получают АРВ-терапию (73%). Из 152 детей по первой схеме получают 138 детей

(90%), и по второй схеме 14 детей (9%). В трех компонентной терапии с ифавиренцом получает из 138 детей 33 детей (24%). Из 33 детей у 6 (18%) детей наблюдалось токсикодермическое реакция виде кожных проявления легкой и средней тяжелой тяжести. На фоне антигистаминных препаратов: супрастин в/м, и перорально зодак по возрастной дозировки также гормональная терапия: преднизолон в/м 1-3 мг/кг в течений 5 дней токсикодермическая реакция купирована. Опыт применения Стокрин у больных, которым отменили другие антиретровирусные препараты класса НИОТ, ограничен. Лечение Стокрином получало 34 больных, у которых в связи с сыпью был отменен абакавир и стокрин. У 45 получающих невирапин в связи с сыпью, невирапин заменен на стокрин у 4.

Сообщалось о появлении сыпи у 6 из 33 детей (18%), получавших Стокрин, причем у 1 больного (3%) она была тяжелой. У детей перед началом лечения Стокрином можно рассмотреть возможность профилактики соответствующими антигистаминными препаратами. Из 33 детей получающие эфавиренз сопутствующими заболеваниями у 6% отмечался паротит, опоясывающий лишай, ХВГ «С»; у 3%- гемофилия, кандидоз полости рта, токсический гепатит, ДЦП, образования в правом предсердии; у 12% -туберкулез. После начало лечения эфавиренза в тритерапии через 3 месяца отмечалась вирусологическая эффективность ВН менее 400к/мл -97% у 32 больных. Только у 1 больного ВН снизилась до 43000 от 1670000. Результаты СД4 через 3 месяца у 8детей(24%) из тяжелой иммуносупрессий переведен на выраженное, а остальные 10детей (30%) –умеренной степени иммуносупрессий, 14детей (42%) –незначительной степени иммуносупрессий.

Передозировка. Лечение: общие мероприятия, включая мониторингирование показателей жизненно важных функций и наблюдение за клиническим состоянием больного. Для ускорения удаления неабсорбированного препарата можно применить активированный уголь. Специфического антидота нет. Поскольку ифавиренц активно связывается с белками, мало вероятно, что диализ может удалить из крови существенное количество препарата. Клинически значимые взаимодействия: алкоголь, психоактивные вещества – усиление влияния на ЦНС; астемизол, цизаприд – повышение риска развития аритмии; кларитромицин – увеличение концентрации, следует найти альтернативу; гормональные контрацептивы – изменение их концентрации, клиническое значение взаимодействие не выяснено; индиновир – снижение его концентрации, при одновременном использовании доза – 1000мг каждые 8ч; ритоновир – увеличение частной побочных эффектов и гепатотоксичности; саквинавир – снижение его концентрации, одновременно не принимает ; мидазолам, триазолам – удлинение седативного эффекта; фенобарбитал – значительное снижение концентрации эфавиренза; рифабутин, рифампин – снижают концентрацию эфавиренза, одновременное назначение не рекомендуется.

Условия и сроки хранения. Препарат следует хранить при температуре от 15° до 30°С. Схема, включающая 2 НИОТ и ННИОТ.

Выводы: Преимущества: Эффективность терапии (вирусологическая и иммунологическая) хорошо документирована; По сравнению с ИП легче для применения пациентам и поэтому выше приверженность лечению; Возможность избежать развития нежелательных явлений, связанных с применением препаратов из группы ИП; Более низкая стоимость по сравнению с ИП; Недостатки: Развитие резистентности вследствие возникновения единичной или нескольких мутаций; Взаимодействия с другим лекарственными средствами; Меньше лекарственных взаимодействий по сравнению с ИП; Возможности для использования последующих режимов ВААРТ: В случае неудачи терапии можно использовать в последующих режимах лечения препараты из группы ИП; Развитие резистентности к одному препарату, как правило, приводит к перекрестной резистентности с другим препаратами и группы ННИОТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ МЗ РК № 150 от 12.02.2004, новый проект май 2008г.
2. В.В Покровский ВИЧ инфекция и СПИД 2007.С.1-9 С.111.
3. Ю.В. Лобзин. Справочник по терапий ВИЧ- СПИД 2005 С.54-70.
4. Стивен Зайхнер, Дженнифер Рид. Руководство по оказанию помощи ВИЧ инфицированным детям. Том 2 С.22-41.

УДК 615.065

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ

Ш.А. Байдуллаева

РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения Республики Казахстан», Алматы

ТҮЙІН

Дәрілік препараттардың қолданылуын анықтайтын негізгі сипаттамасы үш құрамдас бөліктен тұрады: қауіпсіздік, пәрменділік және сапа. Бұл препараттардың осы қасиеттеріне қазіргі кездегі қосалқы заттардың қосатын рөлі зор, себебі оларды қолдану биоқолайлылығы әр түрлі сатыда берілген дәрілік заттардың ассортиментін едәуір кеңейтуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

This article consists a brief review concerning safety pharmaceuticals excipients. It is very important to know excipients undesirable effects which are included in pharmaceuticals. That's why the drug medical applications should be have an information about possible side effects of excipients.

Основная характеристика лекарственного препарата, определяющая его применение в медицинской практике, складывается из трех составляющих: безопасность, эффективность и качество (ICH). Роль вспомогательных веществ в обеспечении этих свойств препаратов в настоящее время велика, поскольку их применение позволяет существенно расширить ассортимент лекарственных средств с различной заданной степенью биодоступности. Долгое время вспомогательные вещества считались безопасными. Однако появившиеся в последние годы в научной печати публикации заставили пересмотреть их роль в обеспечении безопасности и эффективности лекарственного средства (Golightly L.K., 1988г.; Weiner M, 1989г.; Wong Y.I., 1993г.; Osterberg R.E, 2003г.; Pifferi G., Restani P., 2003г. и др.). В настоящее время в мире при производстве лекарственных препаратов используется более 500 наименований вспомогательных веществ и еще больше их смесей. Большая часть из них включена в национальные и межнациональные фармакопеи (Eur.Ph., Br.Ph., USP, JP) или национальные справочники (Physician's Desk Reference, Vidal, Rote Liste, Fiedler Encyclopedia of Excipients, Japanese Pharmaceutical Excipients, Handbook of Pharmaceutical Excipients, Inactive Ingredients Guide's of the FDA и другие).

Согласно международным требованиям (ICH, IPEC, FDA) вспомогательные вещества относятся, наряду с фармацевтическими субстанциями, к особой градации веществ «для фармацевтического применения» и контроль их качества осуществляется по соответствующим фармакопейным статьям. К вспомогательным веществам относятся различные классы веществ, общим для которых является обеспечение определенных технологических функций при изготовлении лекарственного препарата. Одним из требований к составу лекарственного препарата является функциональная обоснованность применения вспомогательных веществ (ICH, EC, FDA). Эмпирический подход, используемый для характеристики технологических функций вспомогательных веществ, привел к тому, что в разных странах используются разные термины для обозначения одной и той же функции и наоборот, один термин применяется для обозначения разных механизмов действия веществ. Отсутствие систематизации вышеуказанных функций является существенным препятствием в обосновании применения вспомогательных веществ в составе лекарственного средства. Вспомогательные вещества влияют не только на технологические и фармацевтические свойства лекарственной формы препарата, но могут значительно изменить фармакокинетические и фармакодинамические свойства активного вещества в результате взаимодействия. Поэтому важно не только контролировать качество вспомогательных веществ, но и необходимо знать их токсико-фармакологический профиль, который является связанным с химической формулой и оценивается в результате доклинических исследований на животных.

Токсичность вспомогательных веществ в лекарственных препаратах условно можно разделить на следующие группы: нежелательные побочные/токсические эффекты, развивающиеся во всех возрастных группах населения; нежелательные побочные/токсические эффекты, развивающиеся в отдельных возрастных группах населения. В первой группе токсических эффектов относятся все нежелательные действия присущие химическим, природным или синтетическим веществам, при превышении определенной рекомендуемой их дозы. Вторая группа токсических эффектов представляют собой нежелательные действия вспомогательных веществ, которые развиваются не зависимо от дозы или лишь незначительно связаны с дозой. То есть, эти нежелательные действия вспомогательных веществ связаны с индивидуальными особенностями организма. Например, генетически обусловленная ферментопатия (метаболические заболевания, среди которых фенилкетонурия и непереносимость лактозы) или генетическая предрасположенность (диабет и аллергическая патология). Согласно международным принципам, вспомогательные вещества, как и активные вещества, в лекарственных препаратах, должны быть изучены на токсичность для того, чтобы защитить население от нежелательных побочных действий. Неблагоприятные побочные действия, связанные с вспомогательными веществами в лекарственных препаратах, к счастью, редкие, потому что, как правило, отбираются низкотоксичные вспомогательные вещества. Нежелательные побочные действия вспомогательных веществ могут проявляться в виде токсических действий, иммунотоксичности, аллергической реакции и непереносимости. В последние 5 лет Министерство здравоохранения и РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» поднимают вопросы регулирования безопасности вспомогательных веществ в лекарственных средствах в Республике Казахстан. Допустимые пределы содержания вспомогательных веществ в лекарственных препаратах и информация, которая должна отражаться в инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, регламентируются Техническим регламентом «Требования к безопасности лекарственных средств» (Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 июля 2010 года № 712 Об утверждении Технического регламента «Требования к безопасности лекарственных средств»). Согласно данному документу в нашей стране запрещены производство, применение лекарственных препаратов для детей, содержащих в своем составе следующие вспомогательные вещества: Е 102 Тартразин, Е 110 Желтый закат (FCF), Е 122 Азорубин в связи с аллергическими реакциями, Эритрозин (E127) – влияет на функцию щитовидной железы.

Наличие в составе лекарственных препаратов некоторых вспомогательных веществ должно обязательно указываться в инструкции по медицинскому применению, так как это поможет врачу правильно назначать лекарство и избежать развития нежелательных побочных действий. Так, препараты, имеющие в своем составе кислоту бензойную или бензоаты (E210 кислота бензойная, E211 натрия бензоат, E212 калия бензоат) не должны применяться у новорожденных в связи с высоким риском развития желтухи, а наличие бензилового спирта уже обуславливает абсолютное противопоказание лекарственных препаратов детям до трех лет, так как оказывает нейротоксическое действие у малышей.

Таким образом, в безопасном применении лекарственных препаратов важную роль играют не только знание фармакологических свойств активных веществ, но информированность о токсико-фармакологическом профиле вспомогательных веществ.

УДК 616.72-002.775-053.9-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АППАРАТА ФИЗИОТЕРМ – С при ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Э.К. Бекмурзаева., Б.М. Байдуллаев, Х.Т. Қорғанбаева, Р.Б. Ибрагимова, А.К. Қонырбасов, Л.Л. Сарыпбекова, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

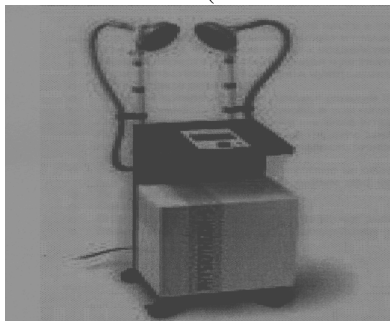
ТҮЙІН

Деформациялық остеоартроз ауруымен (ДОА) ауыратын науқастарға ФИЗИОТЕРМ – С құралын қолданғанда, амбулаториялық және стационарлық жағдайда емделіп жатқан науқастардың жағдайы жақсарғанын және аталған құралдың қауіпсіз, қолдануға ыңғайлы екені анықталды.

SUMMARY

In applying the apparatus PHYSIOTHERM-S with patients with deformiroid osteoarthritis there is a high efficient.

Деформирующий остеоартроз (ДОА) в настоящее время является наиболее распространенным дегенеративно-дистрофическим заболеванием суставов, которым страдают не менее 20% населения земного шара. Заболевание обычно начинается в возрасте 40 лет и у людей старше 60 лет, которая встречается в 97% случаев. Деформирующий остеоартроз - заболевание преимущественно встречается у лиц пожилого и старческого возраста, когда имеются сопутствующие заболевания. Это определяет полиморбидность клинической картины, трудностью диагностики конкретных нозологических форм и осложняет терапию деформирующего остеоартроза. Переносимость лекарственных препаратов и лечебных физических факторов снижена в связи с возрастными изменениями жизненно важных органов. Помимо того, что деформирующий остеоартроз сам по себе снижает качество жизни, он затрудняет наблюдение и лечение сопутствующих заболеваний в амбулаторных условиях у больных. [1]. Немедикаментозные методы лечения в реабилитации больных ДОА все больше значение имеет физиотерапевтическое лечение. В значительной степени все нестероидные противовоспалительное средство (НПВС) дают побочные эффекты. Исследований, посвященных данной проблеме, недостаточно. В связи с этим нами была поставлена цель - изучить влияние электромагнитных полей различной интенсивности при воздействии на область коленных суставов. Клинический опыт показывает, что применение аппарата для коротковолновой терапии ФИЗИОТЕРМ – С на раннем этапе систематического лечения у 2/3 больных остаются трудоспособным в течении многих лет. Аппарат для коротковолновой терапии ФИЗИОТЕРМ-С (PHYSIOTHERM-S)



PHYSIOTHERM-S - высококачественный и современный аппарат для коротковолновой терапии (УВЧ-терапии и УВЧ-индуктотермии). Описание аппарата. ФИЗИОТЕРМ-С (произ-во Германия) аппарат для непрерывной и импульсной коротковолновой (УВЧ) терапии последнего поколения, с программами по заболеваниям и наглядным графическим дисплеем. Аппарат PHYSIOTHERM-S может использоваться для диэлектрического нагревания электрическим или электромагнитным полем различной интенсивности практически любой части тела и, соответственно, использоваться для широкого круга показаний. Лечение может производиться с использованием либо емкостного (диэлектрического поля), либо индукционного

(индуктотермии) методов. При использовании индукционного поля, когда часть тела находится в магнитном поле, особенно нагреваются ткани содержащие жидкость и расположенные близко к поверхности мышцы. Данный аппарат для коротковолновой терапии можно использовать как в стационарах, так и в амбулаторных условиях. Во время лечения используются классические методы воздействия магнитным или электрическим полем в непрерывном или импульсном режимах. Эндогенное нагревание инициирует серию физиологических процессов, что оказывает спазмолитический эффект на мышцы, сухожилия и другие структуры, содержащие гладкую мускулатуру, способствует ускорению клеточного метаболизма и активации ферментов, а также стимуляции перфузии в зоне воздействия. Применение высокочастотной энергии в виде коротких, интенсивных импульсов (импульсный режим) может оказывать более глубокий эффект, особенно что касается стимуляции перфузии, так как кожа особенно чувствительна к нагреванию. Точки приложения высокочастотной терапии разнообразны. Данный вид воздействия особенно эффективен при лечении деформирующих поражении суставов и мышц. ФИЗИОТЕРМ-С применили у больных с диагнозом ДОА (санатория «Денсаулық»).

Материалы и методы исследования: Обследовали 70 больных с ДОА недостаточностью функции суставов (НФС) 2-3 степени. В зависимости от проводимого лечения были сформированы 2 группы больных. Первая группа в количестве 35 больных получали НПВС и физиолечение аппаратом ФИЗИОТЕРМ-С; вторая группа в количестве 35 больных получали НПВС. Больные в течение наблюдения (10 дней) вели дневник, в котором регистрировали динамику изменения клинических проявлений.

Результаты и их обсуждение. В первой группе после проведенного лечения с НПВС и аппаратом ФИЗИОТЕРМ-С наблюдалось улучшение клинического течения, при значительной физической нагрузке болевой синдром сохранялся у 33,8% больных, ограничение движения суставов у – 41,2%. У больных второй группы не принимавших физиолечение аппаратом ФИЗИОТЕРМ – С при значительной физической нагрузке болевой синдром сохранялся у 56,2%, ограничение движения суставов у – 64,8%. Таким образом, следует отметить, что наблюдалось уменьшение клинических проявлений больше больных первой группы принимавших НПВС и физиолечение аппаратом ФИЗИОТЕРМ-С, где больные отмечали хорошую переносимость.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о существенной эффективности комплексного применения электромагнитных полей ФИЗИОТЕРМ –С в сочетании с НПВС . У больных после проведенного лечения ФИЗИОТЕРМ–С в сочетании НПВС трудоспособность сохраняется в течении многих лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.И.Чазов, Терапевтический архив. «Инновационные методы лечение ДОА». Москва «Медицина» С. 42-43. 3 том.2008 г.
2. Новый терапевтический справочник, под,ред, И.Н.Денисова:Медия 2005 г., 680 с.
3. Клинические классификации и основные синдромы болезни суставов, под,ред. Т.З.Сейсембекова: Астана 2001 г., 192 с.

УДК 615.015:546.621:611.08-006

ВОЗМОЖНОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЛИМЕРНЫХ НАНОЧАСТИЦ ИЗ ПОЛИ-Н-БУТИЛЦИАНОАКРИЛАТА

*Д.П. Атанбекова, О.К. Бекенов, Ж.О. Бекенова, А.О. Бекенова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясауи, г.Шымкент*

ТҮЙІН

Поли-н-бутилцианоакрилаттан жасалған полимерлі нанобөлшектердің фармакокинетикалық көрсеткіштерін өзгерту мүмкіндіктері. Тәжірибе жағдайында егеуқұйрықтарға поли-н-бутилцианоакрилаттан жасалған полимерлі нанобөлшектердің беткі жағын плюроник F 68 өндеп енгізген кезде, фармакокинетикалық көрсеткіштерін өзгерту мүмкіндіктері зерттелді. Модификацияланған нанобөлшектердің фармакокинетикасының өзгергені белгіленді.

SUMMARY

Opportunity of change pharmacokinetic parameters polymeric nanoparticles from poly-n-butylcyanoacrilate with the help surfactants. In conditions of experiment with rats the opportunity of change pharmacokinetics polymeric nanoparticles from poly-n-butylcyanoacrilate is investigated at processing a surface by the following substances: pluronic F 68 (P 68), polysorbat 80 (PS 80), poloxamer 407 (P 407) and poloxamin 908 (P 908). It is established, that there is an essential change pharmacokinetic modified nanoparticles.

Настоящая работа посвящена анализу явлений, возникающих в результате модификации поверхности наночастиц биосовместимым поверхностно-активным веществом (ПАВ) - модификатором поверхности

наночастиц – плуроника F 68, попытке сравнения фармакокинетики модифицированных наночастиц с фармакокинетикой немодифицированных наночастиц, в организме экспериментальных животных.

Материал и методы исследования. В качестве объектов исследования использовали: алюминиевый комплекс фталоцианина. В опыте использовали 54 белых беспородных крыс обоего пола массой 180- 220 г. Наночастицы получали методом эмульсионной полимеризации н-бутилцианоакрилата. Концентрацию свободного фотосенсибилизатора определяли спектрофлуориметрическим методом (Spectrofluorimeter FP-550 Jasco). Все варианты фотосенсибилизатора вводили однократно в хвостовую вену крыс в дозе 15 мг/кг. В опыте изучали фармакокинетику фотосенсибилизатора в крови, печени, легких, селезенке, почках, мышечной ткани, коже, сердце и головном мозге. Все фармакокинетические расчеты проводили, используя программу «FARM», разработанную Холодовым Л.Е и Дороховым В.В (1989).

Результаты и обсуждение. Модифицировали поверхность наночастиц разрешенными для клинического применения в Западной Европе и США следующим ПАВ: плуроником F 68 (П 68). Результатом нековалентного взаимодействия плуроника F 68 с поверхностью наночастиц явилось существенное изменение фармакокинетики их в организме здоровых крыс. Фармакокинетические константы рассчитывали после 48 часов наблюдений. Определено увеличение констант ($T_{1/2\beta}$) и (MRT) на 2,8 и 3,6 часа соответственно ($p < 0,05$). Константа скорости перехода (K1-2) из крови в органы снизилась в 3,1 раз, а объем распределения (V) увеличился примерно в 1,2 раза. Скорость очищения крови от исследуемого варианта фотосенсибилизатора, характеризовалась плазматическим клиренсом (Cl) и константой элиминации (Кэл), которые были несколько ниже аналогичных констант ФЦ-НЧ. Интегральный показатель (AUC) возрос на 23,3% по сравнению с аналогичным показателем варианта сравнения ($p < 0,05$). При условии модификации поверхности наночастиц ПАВ нами зафиксированы существенные изменения распределения фотосенсибилизатора в коже крыс.

Основные константы фармакокинетики исследуемого варианта фотосенсибилизатора хорошо согласуются с числовыми значениями концентраций и подтверждают более высокое содержание модифицированных наночастиц в коже здоровых крыс. Например, зафиксировано повышение параметров ($T_{1/2\beta}$) и (MRT) более чем в 2 раза ($p < 0,05$). Наблюдалось снижение общего клиренса (Cl), более чем в 2 раза у фотосенсибилизатора, введенного в составе модифицированных наночастиц ($p < 0,05$). Интегральный показатель (AUC), был в 2,4 раза выше аналогичного показателя варианта сравнения ($p < 0,05$). Самым невыразительным результатом модификации поверхности наночастиц ПАВ явилось накопление фотосенсибилизатора в головном мозге крыс. Столь низкие концентрации фотосенсибилизатора, определяемого нами в гомогенате головного мозга не позволяют с полной уверенностью утверждать, что препарат доставлялся в мозг с помощью наночастиц. Исследуемый вариант фотосенсибилизатора удалось определять в головном мозге крыс в течение 6 часов от момента введения. При этом на максимуме концентрация фотосенсибилизатора не превышала 0,5 мкг/г. Фармакокинетические константы свидетельствуют о снижении поступления фотосенсибилизатора, введенного в составе модифицированных наночастиц в головном мозге крыс. При этом снижались примерно в 1,5 раза показатели ($T_{1/2\beta}$) и (MRT) ($p < 0,05$). Объем распределения (V) практически не изменялся. Общий клиренс (Cl) у исследуемого варианта фотосенсибилизатора был выше на 22% что, по-видимому отразилось на параметре (AUC), который стал ниже в 1,8 раза по сравнению с аналогичным показателем ФЦ-НЧ ($p < 0,05$). Нами также рассчитывалась интенсивность перехода (F) фотосенсибилизатора, введенного в составе модифицированных наночастиц из крови в органы. Наблюдали снижение показателя (F) в 1,4 раза для печени, в 2,5 раза для селезенки, в 1,2 раза для легких, в 3 раза для мышечной ткани, в 1,3 раза для сердца и в 2,5 раза для головного мозга. Повышение показателя (F) определено на 7,5% для почек и на 95% для кожи.

Таким образом, изменение свойств поверхности наночастиц из поли-н-бутилцианоакрилата существенно отразилось на кинетике распределения фотосенсибилизатора в организме крыс. Результатом оптимизации фармакокинетики фотосенсибилизатора, вводимого в составе модифицированных наночастиц явилось следующее: повышалось время циркуляции наночастиц в кровотоке; заметно снижался выход наночастиц из крови в периферические органы и ткани, существенное снижение суммарного уровня препарата в печени, селезенке, сердце, мышцах и головном мозге; повышение уровня препарата в почках, легких и коже.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать существенное перераспределение фотосенсибилизатора, вводимого в составе модифицированных наночастиц в организме крыс что, разумеется, не является исключительной особенностью наших экспериментов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Торчилин В.П., Трубецкой В.С. Полимеры на поверхности наночастиц: регулирование свойств носителей и их биораспределение. // Высокомолекулярные соединения. 1994, Т. 36, № 11, С. 1880-1893.
2. Kreuter J. Evaluation of nanoparticles as drug - delivery systems // I. Preparation methods. Pharm. Acta Helv. 1994. v 58.- P. 196- 199.
3. Gulyaev A.E., Gelperina S.E., Skidan I.N., Antropov A.S., Kivman G.Ya. and Kreuter J. Significant transport of doxorubicin into the brain with polysorbate 80-coated nanoparticles // Pharmaceutical Research .1999. v. 16.P. 1564-1569.
4. Мануйлов К.К., Кашина Л.Б. Новый метод расчета коэффициента распределения ткань-кровь для физиологических моделей фармакокинетики // Антибиотики и химиотерапия.1990. № 5.- С.35-36/.

УДК 618.7-002:615.036.8

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Ж.К. Нурумбетова

Ленгерская городская больница. г. Ленгер. ЮКО

ТҮЙІН

Эндометрит босанғаннан кейінгі мерзімнің жиі кездесетін ауруларының бірі болып табылады. Босанғаннан кейінгі пайда болған эндометриті бар 15 әйел қаралып, «Клаваммен» емделді. Қолданылған емнің 80% жағдайда жоғары клиникалық тиімділігі анықталды. Препарат емделуші әйелдермен жақсы қабылданды.

SUMMARY

Endometritis is one of the most common diseases of postpartum. We were treated 15 women with postpartum endometritis. Clavam was effective in 80% women with postpartum endometritis. Clavam well tolerated by patients.

Одной из наиболее распространенных форм гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде является эндометрит, частота которого после самопроизвольных родов составляет 2-5%, после кесарева сечения — 10-20% [1,2,3]. Из 100 послеродовых эндометритов (ПЭ) 80 связаны с операцией кесарева сечения. Особенностью эндометрита является частый переход восходящей инфекции на маточные трубы. Частота тяжелых осложнений эндометрита, к числу которых относятся перитонит, тазовые абсцессы, сепсис, составляет менее 2%, но именно на их долю приходится значительное количество случаев материнской смертности [2,3]. Ведущая роль в этиологии послеродового эндометрита в настоящее время принадлежит условно-патогенным микроорганизмам, составляющим нормальную флору половых путей женщин [4,5]. В подавляющем большинстве случаев (85-90%) речь идет об ассоциациях факультативных анаэробов и облигатной неклостридиальной анаэробной микрофлоры [4,5]. Именно это обстоятельство в свое время обосновало целесообразность использования в терапии ПЭ комбинаций антибиотиков, эффективных в отношении как аэробной, так и анаэробной инфекции. Классическими комбинациями стали: гентамицин с клиндамицином и цефалоспорины с метронидазолом [6,7,8]. Амоксициллин-клавулановая кислота также рекомендуется для лечения послеродовых эндометритов в дозе (1,2 г 3–4 раза в день внутривенно 2–3 сут с переходом на пероральное применение 625 мг 3 раза в день – всего 5–8 дней [6]. Препарат оказался эффективнее, чем схема цефалоспоринов (цефтриаксон, или цефазолин, или цефтазидим 2–4 г в сутки внутримышечно) с метронидазолом (1,5 г в сутки) или схема гентамицина 160–240 мг в сутки внутримышечно с линкомицином или клиндамицином. Эффективность была удовлетворительной в 89% случаев, низкой – в 11%, по другим схемам – 76 и 24%, а также 80 и 20% соответственно [6,8].

Цель работы – изучение эффективности препарата Клавам (амоксициллин/клавуланат) Алкем Лабораториз (Индия) в комплексном лечении послеродового эндометрита.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано и пролечено 15 женщин в возрасте 21–38 лет, средний возраст 34 года, с послеродовым эндометритом (9 после самопроизвольных родов и 6 после операции кесарева сечения). Симптомы ПЭ у пациенток появились через 3–4 дня после родов. Больные жаловались на повышение температуры тела, боль внизу живота и в паховой области, слизисто-гнойные выделения. При влагалищном исследовании определялась слегка увеличенная болезненная матка мягкой консистенции. Диагноз ПЭ ставили на основании клинических критериев. Для верификации диагноза и оценки степени его тяжести всем пациенткам проводилось общее клиническое обследование. В исследование не включали женщин с ПЭ с аллергией на пенициллины в анамнезе. Препарат Клавам в дозе 1,2 г (амоксициллина/клавуланата 1000/200 мг) вводили внутривенно три раза в день первые 2–3 дня лечения, затем пациенток переводили на прием препарата внутрь. Клавам 625 мг назначали перорально по 1 таблетке (амоксициллина/клавуланата 500/125 мг) три раза в день во время еды. Общий курс лечения 10–14 дней. Определение эффективности применения препарата Клавам проводилось по динамике клинического течения ПЭ и лабораторных показателей.

Результаты. Удаление из полости матки субстратов, поддерживающих воспаление (остатки плодного яйца, децидуальной ткани), проводили после 2–3 дней активной антибактериальной терапии и нормализации температуры тела. Нормализация температуры и исчезновение болей у большинства больных отмечены через 3–4 дня от начала лечения. По клиническим данным и результатам лабораторных анализов лечение было эффективным у 12 женщин (80%), значительное улучшение отмечено у 3 пациенток (20%). Отмечена хорошая переносимость препарата Клавам, серьезных побочных эффектов требующих отмены препарата не было. У одной пациентки в процессе лечения развилась транзиторная диспепсия.

Выводы. Клавам был эффективен у 80% женщин с послеродовым эндометритом. Препарат Клавам хорошо переносился пациентками, побочных явлений требующих отмены препарата не зарегистрировано. По результатам проведенного исследования, препарат Клавам (амоксициллин/клавуланат) может быть рекомендован для лечения послеродового эндометрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лихачев В.К. Практическая гинекология.-2007. – С.98-118.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии/Под ред. проф.В.К.Чайки.- Донецк. -2006. – С.347 – 357.
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. Под ред. Г.М.Савельевой М. 2006. С.487 - 501.
4. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство по диагностике и антимикробной химиотерапии.//Инфекции и антимикробная терапия. 2004. №3. С.42 – 51
5. Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н и др. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2004.-№ 2. С.201–203.
6. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Амоксициллин/клавуланат – адекватный подход к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов.//Гинекология. 2006. №1.С.23-34.
7. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. М. 2005. 1152 с.
8. Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. М. 2006. 384с.

УДК 618.12-002:615.036

АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*Ж. К. Нурумбетова**Ленгерская городская больница. г. Ленгер. ЮКО*

ТҮЙІН

Гинекологтың жұмыс тәжірибесінде әйелдердің жыныс ағзаларының қабынуы ең кең таралған ауру түрі болып есептеледі. Жыныс ағзасының қабынуымен ауыратын 17 әйел клаваммен емделді. Қолданылған ем жоғары клиникалық және бактериологиялық тиімділік көрсетті.

SUMMARY

Pelvic inflammatory diseases (PID) are the most frequent pathologies in the practice gynecologist. Clavam was treated 17 women with PID. Clavam demonstrated high clinical and bacteriological efficiency, and good tolerability.

Воспалительные заболевания половых органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин объединяют весь спектр воспалительных процессов в верхних отделах репродуктивного тракта. Они могут встречаться как отдельные нозологические формы, так и в любой комбинации: сальпингит, оофорит, эндометрит, параметрит, тазовый перитонит, пельвиоперитонит [1]. Наиболее частой формой ВЗОМТ является сальпингоофорит (аднексит), который возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами и абортами, острым инфицированием при половом акте, а также нисходящим – из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка) или гематогенным путем [2,3]. За последние 10–15 лет, заболеваемость аднекситами возросла вдвое и составляет 10–13 наблюдений на 1000 женщин в год [2,3]. Среди всех больных сальпингоофоритом 70 % женщин моложе 25 лет, 75% – нерожавшие [1]. Высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин репродуктивного возраста является серьезной проблемой гинекологии, так как приводит к бесплодию вследствие трубной непроходимости у 40% женщин, а в 15–18% случаев, даже после однократного заболевания [1]. По рекомендациям Центра по контролю и профилактике заболеваемости (США) при наличии минимальных критериев ВЗОМТ (болезненность при пальпации в нижней части живота, болезненность в области придатков и при смещении положения шейки матки) у молодых сексуально активных женщин и у других, подверженных риску ИППП, следует начинать эмпирическое лечение антибактериальными препаратами широкого спектра действия, наблюдая за пациентками в течение 3 дней, а при отсутствии положительной динамики, уточнять диагноз или проводить хирургическое вмешательство[4].

Антибиотики для лечения ВЗОМТ должны эмпирически обеспечивать элиминацию широкого спектра возможных возбудителей, включая *N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, энтеробактерии, грамположительные кокки, неспорообразующие облигатные анаэробы и т.д.[5,6,7]. За рубежом для лечения ВЗОМТ широкое распространение получили цефалоспорины II поколения с улучшенной антианаэробной активностью – цефотетан и цефокситин [8]. Однако в Казахстане эти препараты не применяются, к тому же по антианаэробной активности они уступают защищенным пенициллинам и нитроимидазолам [9]. В странах СНГ для лечения ВЗОМТ гинекологии используют амоксициллин/клавуланат, метронидазол в сочетании цефалоспорины III поколения, фторхинолоны II поколения [10,11,12]. Препарат Клавам представляет собой комбинацию полусинтетического пенициллина амоксициллина и клавуланата калия, являющегося необратимым ингибитором β -лактамаз. Присутствие клавуланата калия предотвращает разрушение амоксициллина β -лактамазами, продуцируемыми многими грамположительными и грамотрицательными микроорганизмами. Это позволяет сохранить антибактериальную активность препарата и расширить спектр

действия амоксициллина на микроорганизмы, которые обычно резистентны к препарату по причине выработки ферментов разрушающих его.

Цель исследования – изучение эффективности препарата Клавам (амоксициллин/клавуланат) Алкем Лабораториз (Индия) в эмпирическом лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано и пролечено 17 женщин в возрасте 21 -38 лет, средний возраст 26 лет с воспалительными заболеваниями органов малого таза: 5 пациенток с хроническим эндометритом и 12 с сальпингоофоритом (аднекситом). Диагноз ВЗОМТ ставили на основании клинических критериев: 1.Болезненность при пальпации в нижних отделах живота. 2.Болезненность в области придатков 3. Болезненные тракции шейки матки. Для верификации диагноза и оценки степени его тяжести всем пациенткам проводилось общее клиническое обследование, УЗИ органов малого таза на 5-6 день менструального цикла, обследование на заболевания, передающиеся половым путем. В исследование не включали женщин с ВЗОМТ требующие госпитализации и/или хирургического лечения, пациенток с сопутствующими тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (сахарный диабет, иммунодефицит, гипотрофия, ожирение), женщин, у которых выявлены инфекции, передаваемые половым путем или аллергия на пенициллины в анамнезе. Препарат Клавам 625 мг назначали перорально по 1 таблетке (амоксициллина/клавуланата 500/125 мг) три раза в день во время еды. Курс лечения 10-14 дней. При необходимости, Клавам в дозе 1,2 г (амоксициллина/клавуланата 1000/2000 мг) вводили внутривенно три раза в день, первые 1-2 дня лечения, затем пациенток переводили на прием препарата внутрь. Половые партнеры пациенток с ВЗОМТ (бывшие в контакте в течение 60 дней до появления симптомов) так же были обследованы и, при необходимости, получили лечение.

Результаты. Нормализация температуры и исчезновение болей отмечены через 3-4 дня от начала лечения. Из 17 пациенток 14 получали препарат Клавам только внутрь, 3 женщинам потребовалось внутривенное введение Клавама в первые дни лечения. Всем пациенткам после окончания лечения проводили ультразвуковое исследование. По клиническим данным и результатам УЗИ лечение было эффективным у 14 женщин (82%),значительное улучшение отмечено у 3 пациенток (18%). Отмечена хорошая переносимость препарата Клавам, серьезных нежелательных явлений требующих отмены препарата не отмечено. У одной пациентки на второй день лечения развилась транзиторная диарея.

Выводы. Клиническая эффективность препарата Клавам в лечении заболеваний органов малого таза составила 82%. Препарат Клавам хорошо переносился пациентками, транзиторные побочные явления отмечены у одной пациентки. По результатам исследования и данным литературы, препарат Клавам (амоксициллин/клавуланат) может быть рекомендован как средство первого выбора в лечении ВЗОМТ у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. Под ред. Г.М.Савельевой М.2006. С.487 - 501.
2. Инфекции в акушерстве и гинекологии/Под ред. проф.В.К.Чайки.Донецк. 2006. -640 с.
3. Яглов В.В., Прилепская В.Н.Воспалительные заболевания органов малого таза в практике врача-гинеколога.//Гинекология. 2008. - №3.С.18 -21.
4. Стратегия в области репродуктивного здоровья. Материалы ВОЗ. Женева. 2006.
5. Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н и др. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2004.-№ 2. С.201–203.
6. Кузьмин В.Н. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин.//Медицинский совет.2007. №4. С.12-15.
7. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. М. 2005. 1152 с.
8. Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства применяемые в акушерстве и гинекологии. М. 2006. 384с.
9. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Современные принципы профилактики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов в оперативной и неоперативной гинекологии. Методическое пособие, М.: 2005. С.52.
10. Нестеров И.М., Тотолян А.А. Иммунокорректирующая терапия инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы. – Санкт-Петербург. 2007. С.36.
11. Серов В.Н., Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов, Методическое пособие. М., 2002.
12. Сидорова И.С., Шемуква Н.А. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов//Акушерство и гинекология. 2007.- №4. С.65 - 68.

УДК 06-089.168.1:615.211

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОПРОФЕНА И КЕТОРОЛАКА В ОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д.Ш.Байтен

Областной онкологический диспансер, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл жұмыста салыстырмалы түрде онкологиялық сырқатты 74 науқасқа операция жасалғаннан кейінгі кезде қолданылған кетопрофен және кеторлак препараттарының әсерлілігін және қауіпсіздігі зерттелген. Үш топқа жіктелген. 1-ші топ гинекологиялық (28), 2-ші топ- абдоминалды (26), 3-ші топ – торакальды (20 науқас) операциядан кейін қолданылған. Әр топта бірдей етіп кетопрофенді 100 мг-нан 300 мг дейін, кеторлакты 30 мг-нан 90 мг дейін тәулігіне 3 рет бұлшық етке енгізілген. Кетопрофенің гинекологиялық науқастарда кеторлакқа қарағанда әсерлілігі байқалған. 2-ші және 3-ші топтарда қосымша трамадол және промедол қолдану керектігі анықалған. Кеторлакты промедолмен қоса енгізгенде анальгезиялық әсер тек қана 1 баллды - 22%, 2 баллды- 62% және 3 баллды 16% болса, кетопрофенмен промедолдың әсерлілігі 1баллды- 42%, 2 баллды - 56%, ал төменгі баллды тек 2% құраған.

SUMMARY

The paper presents the comparative effectiveness and safety of ketoprofen and ketorolac 74 patients operated on for cancer. The three groups depending on the volume and nature of the operation. Group 1-gynecologic (26 patients), group 2 - abdominal (28 patients), and the third group - thoracic (20 patients). Ketoprofen and ketorolac was administered in a single dose of 100 mg by intramuscular injection, 300 mg and 30 mg to 90 mg / day, respectively, 3 times daily is equivalent in each group. Revealed the effectiveness of ketoprofen compared with ketorolac. During the second and third group also received tramadol and promedol respectively. Appointment of ketorolac and promedola provide effective analgesia by 1 point in 22%, 2 points at 62% and 3 points - 16% of cases. The use of ketoprofen and promedola ensure effective analgesia in a score of 42% for 2 points to 56% of cases. Lower scores were 2%.

Общеизвестно, что у прооперированных больных послеоперационная анальгезия является адекватной лишь у половины [1]. Вместе с тем, среди них жалуется до 75% больных на сильную или средней выраженности боль, вытекающие отсюда последствиями (дыхательные, сердечно-сосудистые нарушения). Поэтому на сегодня все еще остается актуальной проблемой профилактика развития патологического послеоперационного симптомокомплекса и адекватное послеоперационное обезбоживание. олноценное послеоперационное обезбоживание является важным моментом в обеспечении стабильности гомеостаза, профилактики инфекционных осложнений, обострении сопутствующих заболеваний [2]. Обычное назначение наркотических анальгетиков - опиоидов, нередко в виде монотерапии или на высоте болевого синдрома не влияет на воспалительные процессы в месте операционной травмы, а также чревато серьезными побочными эффектами, особенно в больших дозах. Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) по сравнению с опиоидами лишенных побочных нежелательных эффектов считается патогенетически обоснованным, так как, являясь анальгетиком периферического действия, обеспечивают путем торможение синтеза простагландинов, участвующих в патогенезе воспаления и боли, устранении ноцицептивных импульсов [2]. Наше внимание привлекло являющейся одним из эффективных НПВС для купирования послеоперационной боли - кетопрофен, хорошо зарекомендовавшие себя в профилактике и купировании боли после операций на толстой кишке и у онкологических больных [2]. А так же, кеторолак, часто используемые для борьбы с болью в послеоперационном периоде [3].

Целью исследования была сравнить степень эффективности использования препаратов НПВС - кетопрофена и кеторолака в послеоперационном периоде у онкологических больных.

Материалы и методы. Исследовалась сравнительная эффективность и безопасность использования кетопрофена и кеторолака у 74 - х прооперированных больных по поводу онкологических заболеваний в областном онкологическом диспансере г.Шымкента. Средний возраст больных составил $49,6 \pm 14$ лет. Мужчины составили 61% и женщины 39%. В зависимости от объема и характера операции больные были разделены на три группы, в каждой группе равнозначно были назначены оба препарата. 1 группу составили 26 больных, перенесшие кратковременные или средние по продолжительности оперативные вмешательства гинекологического профиля в условиях одномоментной регионарной анестезии. Во 2 группу вошли 28 больных, прооперированные на органах брюшной полости в условиях тотальной внутривенной анестезии с искусственной вентиляцией легких. В 3 группе – 20 больных, перенесшие оперативное вмешательство на органах грудной полости в условиях многокомпонентной эндотрахеальной анестезии. Состояния больных оценены II-III класса по риску, предложенной Американской ассоциацией анестезиологов (ASA). Достоверных различий по критериям ASA среди больных, получавших кетопрофен и кеторолак, не было.

Среди сопутствующих заболеваний преобладали ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь (41% 1-й группе, у 54% - 2-й группе и 49% больных 3 группе). Кетопрофен и кеторолак назначался в разовой дозе 100 мг внутримышечно (в/м), до 300 мг и 30 мг в/м, до 90 мг в сутки соответственно, 3 раза в сутки. Дополнительно в 1 и 2 группах в случае сохранения интенсивности боли больные получали трамадол (если боль не купировалась максимальной суточной дозы ненаркотических анальгетиков). В 3-й группе использовался промедол (разовая доза 20 мг, повторно - по требованию). Больные оценивали болевые ощущения по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) - от 0 до 100 максимально. Качество обезбоживания оценивалось по 5-балльной системе отдельно больным и врачом: 1 - боли нет; 2 - слабая боль; 3 - умеренная боль; 4 - сильная боль; 5 - нестерпимая боль. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием MS Excel.

Результаты и обсуждение. Суммарные результаты оценки интенсивности боли по ВАШ через 24 часа показала, что наименьшие болевые ощущения были у больных, получавших кетопрофен после гинекологических операций, причем это различие было статистически достоверным по сравнению с интенсивностью болевых ощущений у больных, получавших кеторолак. При этом оценка врачей и больных совпали. Подобное явление наблюдалось и при оценке обезболивания при торакальных операциях (необходимо отметить, более низкие оценки связаны с большей травматичностью операции), при этом кетопрофен в обоих случаях был эффективнее, чем кеторолак.

Таблица 1 Оценка интенсивности болевых ощущений больным по ВАШ

Группы больных	Кетопрофен	Кеторолак
Гинекологические операции	13,63 ±1,61*	24,81 ±1,78
Абдоминальные операции	22,5 ±1,4	24,83 ±1,61
Торакальные операции	31,7 ±1,03	34,2 ± 1,74

* P < 0,05 между исследуемым препаратами

Следует, заметить, степень болевых импульсации после торакальных операций изначально были довольно высоким, которые всегда требовало сочетанного применения ненаркотического анальгетика промедола. Наиболее эффективно было применение кетопрофена после гинекологических операций - у больных этой группы не потребовалось дополнительного назначения наркотического анальгетика. Выраженность боли на фоне использования кеторолака была на 37% выше, чем больных, получавших кетопрофен. Хорошие результаты отмечены и при использовании кетопрофена после абдоминальных операций, когда применяли первой дозы кетопрофена через 30 мин после окончания операции и в комбинации с трамадолом. Такой подход обеспечивал у 57% больных (1 балл) эффективное обезболивание и хорошо переносился больными высокого риска после травматичных и длительных операций. А больным, получавшим кеторолак, потребовалось увеличение дозы трамадола в среднем на 22% по сравнению с больными, получавшими кетопрофен. При этом общая доза кеторолака была 90 мг, а дополнительное включение наркотического анальгетика «по требованию» приводила к более высокой оценке качества обезболивания. Вместе с тем, стоит отметить, что такие явление были статистически недостоверными, несмотря на существенные (20-30%) отличия. При проведении анальгетической терапии онкологическим больным была использована допустимая суточная доза кетопрофена (300 мг). Кеторолак использован в дозе 60-120 мг, в зависимости от объема и травматичности операции. Однако во всех клинических случаях применялся дополнительно промедол при использовании кетопрофена и кеторолака, в суточной дозе, в среднем 36 мг и 44 мг соответственно. Если не использовался НПВС, тогда у данной категории больных в послеоперационном периоде, обычная суточная доза промедола колебалась от 60 до 120 мг, составляя в среднем 78 мг. Следовательно, применение как кетопрофена, так и кеторолака позволило существенно снизить суточную дозу наркотического анальгетика. Больные при оценке качества обезболивания отметили низкую эффективность кеторолака, чем при применении кетопрофена. Назначение кеторолака и промедола обеспечило эффективную анальгезию на 1 балл только у 22%, на 2 балла оценена эффективность у 62% и на 3 балла - в 16% случаев. Применение кетопрофена и промедола обеспечило эффективное обезболивание в 1 баллов у 42% больных, на 2 балла в 56% случаях. Более низкой оценки были у 2%. Во всех случаях в послеоперационном периоде, кроме болевых симптомов, регистрировались любые жалобы больных (слабость, сонливость, боязнь и др.). Отмечены на 23-25% меньше общих количеств разных жалоб в послеоперационном периоде после применения кетопрофена, чем при использовании кеторолака. Снижение количества общих жалоб может быть косвенным свидетельством уменьшения патологической ноцицептивной импульсации и, в целом, более адекватного обезболивания. Аллергических проявлений на эти препараты нами не были замечены. В проведенных нами исследованиях был подтвержден принцип мультимодальной защиты от боли и обезболивания «по требованию». Таким образом, полученные данные свидетельствуют о более высокой эффективности кетопрофена при использовании его в послеоперационном периоде у больных с онкологической патологией, чем кеторолак.

Выводы: 1. Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать использование кетопрофена в качестве препаратом выбора после гинекологических операций. Адекватную послеоперационную анальгезию у больных после абдоминальных операции, можно достигнут, назначив кетопрофена в комбинации с трамадолом. После торакальных операций можно рекомендовать комбинацию кетопрофена с промедолом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малиновский Н.Н., Лебедева Р.Н., Никола В.В.. Проблема острой боли в послеоперационном периоде. Хирургия 1996; №5, с. 30-35.
2. Осипова Н.А., Берсенов В.А., Петрова В.В.. Мультимодальная системная фармакотерапия послеоперационного болевого синдрома. Consilium medicum, 2001; т.3, №9.
3. Хачатурова Э.А., Астахов В.А, Астахова И.А., Вересов К.В, Блинова О.В.. Применение кетопрофена (Кетонал® Lek) в послеоперационном периоде у больных, оперированных на толстой кишке. Вестник интенсивной терапии 2004; №4, с. 65-68.

УДК 006-089.168.1:615.211

АНТИГИПОКСАНТЫ В ОПТИМИЗАЦИИ РАННЕГО НАРКОЗНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ОНКОХИРУРГИИ*Б.Б.Абетаев**Областной онкологический диспансер, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Бұл жұмыста 27-68 жас аралығындағы онкогинекологиялық сырқатты 45 науқасқа жасалған операция және анестезия соңында егілген антигипоксанта цитофлавиннің әсері сипатталған. Екі топта біреуіне цитофлавин қолданылып екіншісіне қолданылмаған. Наркоздың кезінде, соңында науқастың ес-түсінің, қалыпты тыныс алу әрекетінің, бұлшық ет қызметтік қабілеттіліктерінің жағдайы бағаланған. Клиникалық-зертханалық сараптама барысында цитофлавиннің өте жоғарғы деңгейдегі және қауіпсіз метаболкалық реттегіш ретінде, наркоздан кейінгі кезеңде науқастың ерте адаптациялық мүмкіншілігін арттыруға ықпал жасайтыны анықталған. Сонымен қатар науқастың наркоздан кейін ерте есін жыйуына, бұлшық ет тонусының, тыныс алуының қалыптасуына және ерте экстубация жасалуына септігін тигізетін препарат екендігі көрсетілген.

SUMMARY

The paper presents the study in 45 patients aged from 27 to 68 years of surgery for gynecological diseases. Group 1 - using cytoflavin - 21 patients, group 2 - without cytoflavin - 24 patients. Assesses the functional status of patients during and after anesthesia, namely the level of recovery of consciousness, respiration and motor activity. Analysis of clinical and laboratory data as a whole showed that cytoflavin is highly effective and safe metabolic corrector, a positive effect on the period of early post anesthetic adaptation in patients undergoing gynecological surgery pathology. Determine the feasibility of cytoflavin for accelerating the recovery of active consciousness, muscle tone, respiration and extubation time.

Проблема раннего постнаркозного восстановления и осложнений, связанных с этим периодом (депрессия сознания, дыхания, синдром озноба мышечной дрожи, тошнота, рвота), является одной из актуальных в современной анестезиологии [1]. На сегодня имеющие в арсенале анестезиологов средства, позволяющих успешно предупреждать осложнения периода постнаркозного восстановления, не лишены недостатков. Так, антагонист опиатов, налоксон, эффективно восстанавливая дыхание и сознание после общей анестезии на основе опиатов, способен ликвидировать их обезболивающее действие, провоцировать артериальную гипертензию, опасные нарушения сердечного ритма. Описаны даже случаи возникновения фибрилляции желудочков, отека лёгких, что ограничивает применение этого препарата [2]. Для нейтрализации действия бензодиазепинов применяется флумазенил, однако, по времени полувыведения реланиума (25-30ч) и флумазенила (50-60 мин), сохраняется опасность реседации [3]. В последнее время с целью ранней активизации сознания, устранения последствия наркотических анальгетиков, нейролептиков, производных бензодиазепина используют программируемое регулирование энергетике нейронов головного мозга за счет восстановления баланса между прооксидантными и антиоксидантными системами [4,5,6]. С этой целью, особенно в условиях возможной послеоперационной гипоксии, предлагаются препараты обладающие антиоксидантными, антигипоксантами и цитопротекторными свойствами. Одним из наиболее перспективных препаратов является цитофлавин состоящий из янтарной кислоты (500 мг), рибоксина (100 мг), никотинамида (50 мг), рибофлавина (10 мг) [4,5]. Цитофлавин нормализует содержание гистамина и серотонина, повышает микроциркуляцию в тканях головного мозга и успешно применяют при нарушении метаболизма головного мозга обусловленной ишемией и гипоксией [5,6]

Цель исследования - оценить возможности влияние цитофлавина на уровень постнаркозного восстановления у онкологических больных.

Материалы и методы. Работа базировалась на данных исследования у 45 больных в возрасте от 27 до 68 лет прооперированных по поводу онкогинекологической патологии в онкологическом диспансере г. Шымкента. Больные разделены на 2 группы: 1 группа - с использованием цитофлавина - 21 больных, 2 группа - без применения цитофлавина - 24 больных. Препарат вводили в конце операции внутривенно (в/в) в дозе 10,0 мл в смеси с равным объемом 0,9% раствором хлорида натрия. Премедикация за 30-40 мин до оперативного вмешательства по стандартной методике. Вводный наркоз тиопенталом натрия. Для интубации трахеи - миорелаксант - листенон. Поддержания релаксации мышц - ардуаном. Искусственная вентиляция легких аппаратом «Fabius» Дрегер Германия в режиме умеренной гипервентиляции. В обеих группах была проведена тотальная внутривенная анестезия (ТВА) с использованием препаратов нейролептоанальгезии и атаралгезии и кетамина. Оценка функционального состояния больных во время и после наркоза осуществлялась лабораторные, и инструментальные методы исследования. Определяли содержание гемоглобина, глюкозы, натрия, калия, кальция. О влияние препарата в ранний постнаркозный период была использована система оценки уровня восстановления сознания, дыхания и двигательной активности по шкале, предложенной Aldret и Kroulik (1970), и психологическое тестирование по тесту Bidway. Мониторинг сатурации кислорода в крови,

гемодинамики (UTAS-300, Украина) проводился после операции в течение 2 часов каждые 5 минут и регистрировались проявления тошноты, рвоты, озноба, мышечной дрожи и болевого синдрома, а также время анестезии, время с момента окончания операции до экстубации трахеи. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием Microsoft Excel.

Результаты исследований и их обсуждение. Полученные результаты показали положительных сдвигов в показателях постнаркозного восстановления у больных получивших цитофлавин. Сознание как указано в таблице №1, восстановилось в первой группе за время менее 20 минут у 79,9% больных. Запоздалого восстановления сознания не наблюдалось.

таблица 1. Частота сроков восстановления сознания (в %)

Группа /время	менее 20 мин	20-40 мин	более 40 мин
1	79,9%	22,1%	0
2	17,7%	48,0%	34,3%

Во второй группе наиболее часто (48% больных) восстановление сознания происходило в пределах 20-40 мин после окончания общей анестезии. Более 40 мин потребовалось для восстановления сознания у 34,3% больных этой группы, причем в 28,4% случаев депрессия сознания сохранялась в пределах 60 минут и более. Мышечный тонус в первой группе восстановился в пределах менее 20 минут после окончания общей анестезии у 67,2% пациентов. Продленное восстановление мышечного тонуса (более 40 мин) наблюдался достоверно реже (22% наблюдений), чем во второй группе.

таблица 2 Частота сроков восстановления мышечного тонуса (в %)

Группа /время	менее 20 мин	20-40 мин	более 40 мин
1	67,2%	10,8%	22,0%
2	11,8%	35,5%	52,7%

Во второй группе наиболее часто (54,7% больных) восстановление мышечного тонуса происходило в течение более 40 мин после окончания общей анестезии, причем у 45% больных экстубацию трахеи провели лишь через 60 мин и более. Восстановление мышечного тонуса в пределах 20-40 мин имело место у 33,3% больных. Восстановление самостоятельного дыхания в сравниваемых группах различалась не достоверно, хотя случай раннего восстановления (в пределах 20 мин после окончания общей анестезии) в первой группе были чаще (76,9% наблюдений), а более позднего восстановления (более 40 мин) отмечены чаще в контрольной группе (23,5% больных).

таблица 3 Частота сроков восстановления самостоятельного дыхания (в %)

Группа /время	менее 20 мин	20-40 мин	более 40 мин
1	76,9%	8,1%	15,4%
2	59,0%	17,5%	23,5%

Необходимо отметить, что при использовании атаралгезии были отмечены наиболее высокий темп восстановления: сознания, мышечного тонуса, дыхания, причем, сознание восстанавливалось быстрее, чем дыхание и мышечный тонус. Показатель теста Bidway в первой группе в среднем составил 1,1 балл. Это соответствовало тому, что больные отвечали на все формы стимуляции, хорошо ориентировались в пространстве и во времени с сохранением незначительной сонливости. Во второй средняя оценка составила 1,5 балла: больные слабо ориентировались в пространстве, сохранялась значительная сонливость. В связи с возможным проявлением побочных действия препарата в виде гипогликемии были контролированы уровень глюкозы в крови в обеих группах, однако не имелась изменения уровня гликемии. Осложнений, случаев непереносимости и иных патологических реакций в ответ на введение цитофлавина не отмечено. Анализируя клинко-лабораторные данные в целом показано, что цитофлавин является высокоэффективным и безопасным метаболическим корректором, благоприятно влияющим на период ранней постнаркозной адаптации у больных, перенесшие операции с онкогинекологической патологией. Таким образом, установлена, что использования цитофлавина повышая антиоксидантные свойства крови, метаболизм головного мозга, способствуют ускорению ликвидации депрессии сознания, дыхания, снижение частоты и возникновения различные соматические осложнения.

Вывод: Цитофлавин является эффективным средством для ускоренного восстановления активного сознания, мышечного тонуса, дыхания и времени экстубации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Салтанов А.И., Давыдов М.И., Кадырова Э.Г. Бошкеев Ж.Б. Раннее постнаркозное восстановление. М: ВИТАР-М; 2000.
2. Салтанов А.И., Горобец Е.С., Алиев У.А. Применение морфола для оптимизации выхода из нейролептанестезии. Анестезиология и реаниматология 1991; 1:34-36.
3. Вабищевич А.В., Бунятян А.А., Стамов В.И. и др. Опыт использования антагонистов бензодиазепинов-флюмазенила. Анестезиология и реаниматология 1997; 5: 95-98.

4. Багненко С.Ф., Батоцыренов Б.В., Горбачев Н.Б., с соавт., Применение цитофлавина в коррекции метаболических нарушений у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде. //Вестн. инт.тер., 2006. №3. с. 44-45.
5. Ключева Е.Г., Александров М.В., Фомина Е.Б. Применение цитофлавина у больных с гипоксическим состоянием головного мозга ишемического генеза // Вестник СПбГМА им. Мечникова, №1-2, 2002. с. 30-32.
6. Ливанов Г.А., Калмансон М.Л., Батоцыренов Б.В. и др. Фармакологическая коррекция последствий гипоксии у больных в токсической коме вследствие острых отравлений ядами нейротропного действия. Анестезиология и реаниматология №2. -2002, с.14-17

УДК 615.457:617.735

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЛЮТЕИН-КОМПЛЕКС» В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ

Ю.С.Сагитова
ОКДМЦ, г. Тараз

ТҮЙІН

Жасқа байланысты көз торының макулярлық азғындауын емдеуе «лютеин-комплекс» препаратын қолдану. Жасқа байланысты макулярлық көз торының әртүрлі азғындауының кешенді терапиясында, «Лютеин-комплекс» препараты патогенетикалық бағытталған және жоғары әсерлі екендігін зерттеулердің нәтижелері куәландырады. Монотерапия ретінде оны аурудың бастапқы сатыларында қолдану лайықты. Оның қауіпсіздігі және жоғары терапевтикалық нәтижелілігі клиникалық тәжірибеде емдеу мақсатымен (көру қызыметін жақсарту және тұрақтау), сонымен қатар 40 жастан үлкен адамдардың көз торында патологиялық процестердің дамуын алдын алу үшін кең қолдануға ұсынады.

SUMMARY

Use «Lutein-complex» at treatment of age related macular degeneration. The research findings have demonstrated that «Lutein-complex is highly effective component in complex therapy of age-related macular degeneration. It can be used for monotherapy in cases of early stages of AMD. The preparation lets to expand the opportunities of the medication. The safety and therapy efficiency of the preparation lets us to recommend it to wide application in clinical practice not only for stabilization and improvement of visual function but also for preventing the serious macular disease development of people after 40 years old.

Дистрофические заболевания сетчатки в последние годы стали одними из основных причин слабовидения и слепоты у лиц трудоспособного возраста. По прогнозам американских ученых, число больных ВМД (возрастная макулярная дистрофия) в США к 2020 году увеличится в двое и составит почти три млн. Этиология ВМД до конца не выяснена. Наряду с такими факторами риска, как возраст, генетическая наследственность, артериальная гипертензия, атеро-склероз, курение, несбалансированное питание, определенную роль в возникновении ВМД играет фотодинамическое действие солнечного света, запускающее механизм перекисного окисления липидов фоторецепторов. Согласно современным представлениям, развитие дистрофических процессов в центральной зоне сетчатки обусловлено снижением с возрастом плотности макулярного пигмента (на 0,3% ежегодно). Дефицит основных пигментов макулы, лютеина и Зеаксантина, находящихся в наружных сегментах фоторецепторов и участвующих в метаболизме жирных кислот и фосфолипидов клеточной мембраны, приводит к снижению защиты клеток пигментного эпителия и фоторецепторов от фотоповреждения ультрафиолетовой части спектра света, активации свободно радикального окисления (окси-дацивного стресса). Под действием активных форм кислорода на мембраны наружных сегментов фоторецепторов формируются друзы, нерасщепляемые полимерные структуры, состоящие из обломков клеточных мембран-липофусцина, что является первым признаком дистрофических изменений в макулярной области. Для нормализации свободно радикального процесса в комплексном лечении ВМД применяются антиоксиданты, как эмоксипин, аскорутин, витамины Е, цинк, медь и др. Однако они связывают свободные радикалы или оказывают стимулирующее действие на антиоксидантную систему организма, но непосредственно не влияют на собственные механизмы защиты сетчатки от повреждающего действия коротковолновой части спектра света.

Единственным на сегодняшний день средством для повышения плотности макулярного пигмента, соответственно, возможности предупредить развитие патологических явлений в центральной зоне сетчатки является прием лютеиносодержащих препаратов. Исследования показали, что прием лютеина, в частности, продуктов, содержащих его в высокой концентрации (шпинат, брокколи), позволяет снизить риск развития ВМД до 40%. Обладая способностью аккумулироваться в макуле, где уровень окислительно-восстановительных процессов наиболее высок, лютеин осуществляет антиоксидантную защиту, выполняет функцию светофильтра, поглощая до 40% высокоэнергетического синего света, предохраняя пигментный эпителий от повреждения. Первым препаратом, содержащим лютеин, стал препарат «Лютеин –комплекс (производство

компании» Экомир). В состав одной таблетки «Лютеин-Комплекса» входят 2 мг лютеина из натурального растительного источника, а также экстракт черники, витамины С, Е, А, бета-каротин, цинк, медь и селен. Все основные компоненты препарата вместе усиливают общий антиоксидантный эффект, некоторые из них улучшают регенеративные процессы в повреждённых тканях.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 35 пациентов в возрасте 45-75 лет 25 женщин, 10 мужчин. У 20 больных с сухой формой ВМД при офтальмоскопии диагностировалась начальная стадия ВМД: при отсутствии субъективных симптомов и остроте зрения 0.8-1.0 в центральной зоне сетчатки определялись единичные мелкие и твёрдые друзы диспигментация, единичные участки деструкции пигментного эпителия. У 15 пациентов дистрофические изменения сетчатки были характерны для развития «сухой» ВМД: наличие крупных друз, грубое перераспределение пигмента на фоне одного или нескольких атрофических очагов сетчатки. 17 пациентов принимали препарат «Лютеин-комплекс» по одной таблетке три раза в день до еды в течение трех месяцев в комплексе с традиционной консервативной терапией, включающей сосудорасширяющие (трентал, кавинтон), антиоксиданты (эмоксипин), комплексы витаминов (аевит) и микро-элементов (селен-актив). 18 пациентов принимали препарат «Лютеин-комплекс» по одной таблетке три раза в день до еды в течение трех месяцев в виде монотерапии.

Критериями клинической эффективности препарата являлись: повышение остроты зрения, частичное уменьшение относительной или абсолютной центральной скотомы на фоне лечения. Всем больным проводились следующие офтальмологические исследования: визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроофтальмо-скопию, макулярные тесты (сетка Амслера). Кроме того проводили контроль общих и биохимических показателей крови: глюкозы, общего холестерина, общего билирубина, ферментов АЛТ, АСТ. Зрительные функции и клиническое состояние глаза оценивались до лечения, через три месяца лечения.

Результаты. 90% пациентов, получивших курс моно-терапии «Лютеин –комплексом», после проведенного лечения отмечали субъективное улучшение остроты зрения, повышение устойчивости к зрительным нагрузкам, улучшение общего состояния. У пациентов с начальной стадией «сухой» ВМД на фоне приёма препарата «Лютеина» острота зрения увеличилась в среднем на 0,04. При развитой стадии ВМД видимой динамики офтальмоскопический не обнаружено, что связано выраженностью процессов в сетчатке и хориоиде. У 80% случаев наблюдалась стабилизация патологического процесса, преимущественно с начальной стадией, при офтальмоскопии была отмечена положительная динамика со стороны микроциркуляторного русла: увеличение калибра ранее суженных артерий.

При проведении комплексной терапии с «Лютеин-комплексом» в 85% случаев отмечалась более значительная положительная динамика течения патологического процесса по сравнению с результатами лечения при монотерапии Лютеин-комплексом. Острота зрения повысилась в среднем на 0,1-0,15. Отмечалось уменьшение отека в зоне патологического очага, у 2 больных с влажной формой ВМД наблюдалось полное исчезновение точечных геморрагий. У всех больных с экссудативной формой ВМД отмечено уменьшение центральной скотомы на 1.0-1.5°, при этом у шести пациентов абсо-лютная скотома частично перешла в относительную.

Обсуждение. Выше указанные данные показывают что приём лютеиносодержащих препаратов оказывает благоприятное воздействие на течение дистрофического процесса в сетчатке. Лютеин, способствуя повышению плотности макулярного пигмента, вероятно, выполняет роль антиоксиданта и защищает фоторецепторы от повреждающего действия света. Наряду с лютеином, входящие в состав «Лютеин – комплекса» экстракт черники, витамины А, Е, С, бета каротин, цинк, медь и селен оказывают антиоксидантное, ангио протекторное, регенеративное действие, улучшают обменные процессы в нервной ткани. Полученные положительные результаты лечения ВМД при применении Лютеин-комплекса в качестве монотерапии позволяет рекомендовать его как самостоятельный метод лечения, в случаях начальной стадии сухой ВМД сетчатки, также целесообразно назначение препарата при проявлении признаков деструкции пигментного эпителия макулярной области, несмотря на высокую остроту зрения, для предупреждения развития тяжёлых дегенеративных процессов в центральной зоне сетчатки у лиц старше 40 лет. При этом наилучшие результаты получены у пациентов, получавших комбинированную терапию традиционную консервативную терапию (трентал, кавинтон, эмоксипин, витамины А, Е, С, микроэлементы) в комплексе с лютеином. Таким образом, «Лютеин-комплекс» является высоко-эффективным и необходимым патогенетически ориентированным компонентом в комплексной терапии ВМД с целью стабилизации и улучшения зрительных функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Островский М.А., Донцов А.Е. Способность липо-фусциновых гранул из ретинального пигментного эпителия глаза человека фотосинтезировать окисление липидов при действии видимого света. 1992 год.
2. Трофимова Н.Н., Зах П.П., Островский М.А. Функциональная роль каротиноидов жёлтого пятна сетчатки глаза. 2002 год.

УДК: 339.13 + 64.048

О ТЕХНОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПО МЕТОДУ РАССТАНОВКИ ПРИОРИТЕТОВ

А.Е. Бухарбаева

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

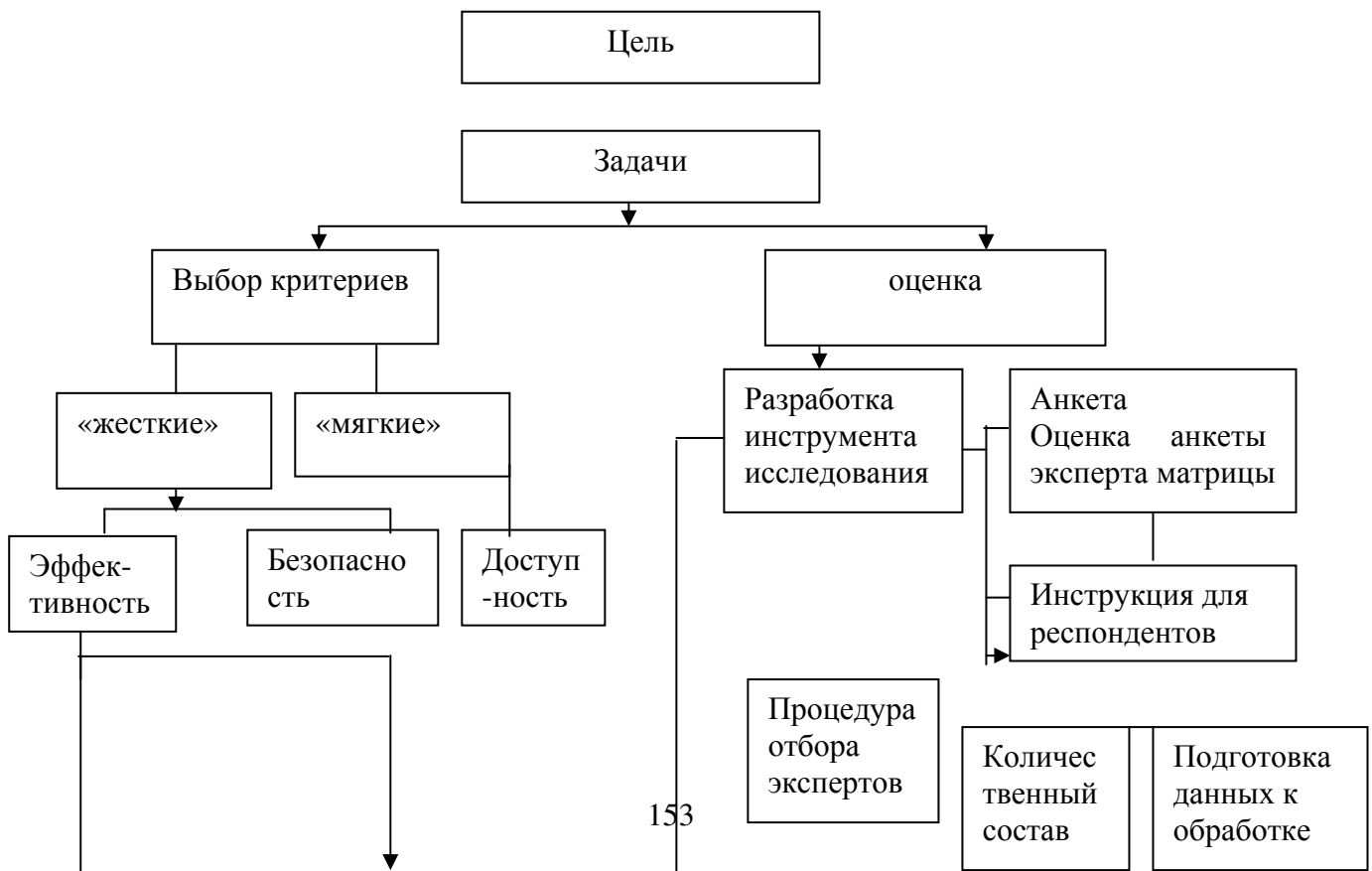
ТҮЙІН

Қалқанша безінің қабынуын емдеу үшін қолданылатын дәрі-дәрмектерді бағалау үшін эксперттерге 2 «қатал» өлшем эффектілігі, залалсыздығы, 1 «жұмсақ» тиімділігі. Сұраныс бойынша дәрілік препараттар үшін бір қатар технологиялық әдістерді орындау қажет.

SUMMARY

As criteria of comparison at an estimation of medicinal preparations used for treatment a pathology of a thyroid gland we for the experts chose 2 "rigid" parameters (efficiency on a main effect; safety) and one "soft" - availability (presence in assortment). For an estimation of the consumer characteristics of medicinal preparations it is necessary to execute a number(line) of technological procedures.

Используемые до настоящего времени в фармации методы экспертных оценок проводятся в основном с применением балльных оценок и метода ранга [1]. Однако, эти методы имеют ряд существенных недостатков, как в психологическом механизме оценивания, так и по качеству оценивания, что снижает объективность получаемых данных. Метод расстановки приоритетов (МРП-метод предпочтений). Может быть с успехом применен для маркетинговых исследований продукта (в частности лекарственных препаратов), так как он лишен недостатков, присущих экспертным методам на основе балльных оценок и рангов. Метод расстановки приоритетов основан на качественном сравнении двух объектов по одному или нескольким критериями последующей обработкой в количественном виде. Сравнение может проводиться как по одному да и по нескольким критериям. Критерий по значимости также можно сравнить между собой. В отличие от других методов экспертной оценки МРП менее трудоёмок, не требует дополнительных консультаций экспертов, согласованность результатов достигается в процессе количественной обработки. Метод расстановки приоритетов может применяться для решения разных задач, поэтому для того, чтобы получить нужный результат нами предложена модифицированная технология экспертной оценки на основе МРП (представленная на рисунке), которая включает в себя: определение цели и задач исследования; разработку инструмента исследования; процедуру отбора экспертов и формирования экспертной группы; проведение опроса; получение экспертных оценок; обработку результатов.



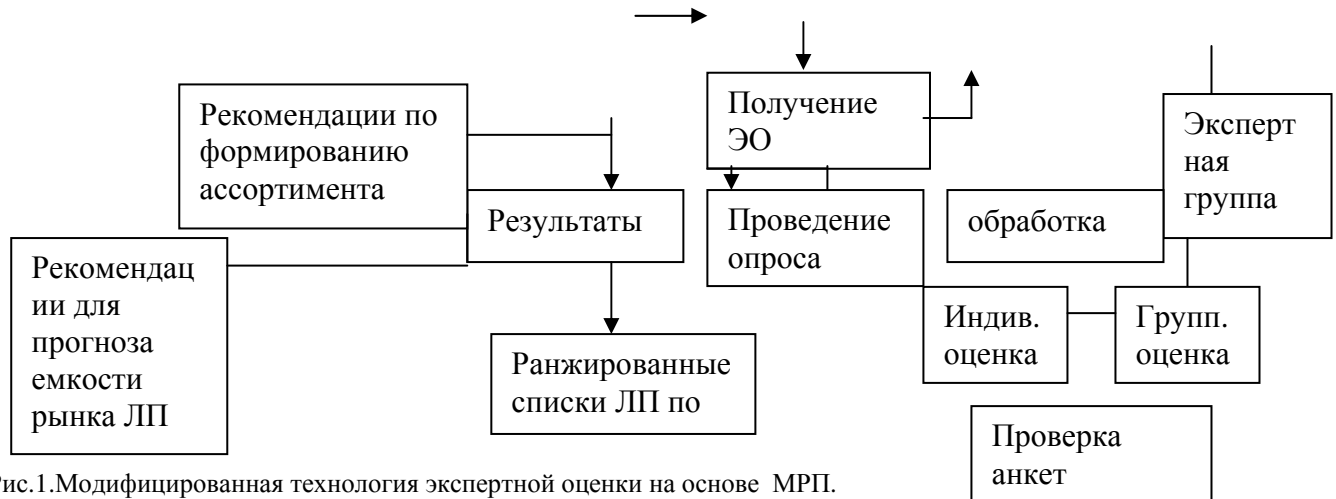


Рис.1. Модифицированная технология экспертной оценки на основе МРП.

В соответствии с предложенной схемой нами установлено следующее. Целью нашего исследования было выявление предпочтений врачей при использовании ими арсенала препаратов для лечения больных с патологией щитовидной железы. Для реализации данной цели необходимо решить следующие задачи: выбрать критерии сравнения лекарственных препаратов; оценить потребительские характеристики лекарственных препаратов по выбранным критериям.

Товар — это сложное многоаспектное понятие, однако, главный при проведении маркетинговых исследований является его потребительские свойства, то есть способность выполнять функцию удовлетворения потребности. Важнейшие свойства лекарственного препарата как товара и связанные с ними основные характеристики (эффективность, безопасность и др.) описывают «жесткие» потребительские параметры. «Мягкие» параметры характеризуют эргономические особенности (удобство использования, доступность-наличие в ассортименте), эстетические свойства (дизайн, упаковка). В качестве критериев сравнения при оценке лекарственных препаратов применяемых для лечения патологией щитовидной железы нами для экспертов были выбраны 2 «жестких» параметра (эффективность - по основному эффекту; безопасность) и один «мягкий» - доступность (наличие в ассортименте). Для оценки потребительских характеристик лекарственных препаратов необходимо выполнить ряд технологических процедур [2,3]. Разработка инструмента экспертной оценки включает создание анкеты и инструкции для респондента. В исследовании методом расстановки приоритетов нами разработана и использована анкета, состоящая из двух разделов (Приложение 1): Раздел 1- данные об эксперте, используемые для определения его компетентности; Раздел 2-анкета-матрица, заполняемая экспертом при парных сравнениях объектов на качественном уровне по одному из критериев.

Формирование экспертной группы является важнейшей процедурой, в значительной степени определяющей качество экспертных оценок. Группа экспертов должна иметь определенный количественный и качественный состав. Количественный состав нами рассчитан на основе экспериментальных данных, с использованием формулы:

$$N = \frac{ap - v}{ap - x(1-C)}, \text{ где (1.)}$$

$$ap - x(1-C)$$

p - количество экспертов;

ap - среднеарифметическая оценок экспертов;

v - оценка дополнительного ($p + 1$)-го эксперта (часто принимается как оценка более всего отклоняющаяся от средней);

C - мера влияния суждений одного эксперта на групповую оценку, определяемая по формуле: $ap - +1$

$$C = \frac{ap - +1}{ap - +1}, \text{ где (2.)}$$

$ap - +1$ - среднеарифметическая оценка группы из ($p+1$)-го эксперта.

Нами установлено, что экспертная группа должна включать от 5 (при полной согласованности мнений экспертов) до 9-10 человек при различии в точках зрения. Например, в случае полной согласованности (как при оценке) $ap = 1,440$, $v = 1,5$; $C = 1,45: 1,44 = 1,007$. Полученные данные по количественному составу близко к результатам К.И. Журавлевой (1981 г.), считающей, что для научных медицинских исследований характерна экспертная группа в составе 9-15 человек. В таблице 2, в заштрихованном квадрате предоставлены 10 наиболее часто встречающихся вариантов числа, экспертов, рекомендованные В.С. Вентцелем.

Таблица.

Доверительная вероятность (надежность)	Задаваемая до начала опроса предельно допустимая ошибка						
	3	2	1	0,5	0,3	0,2	0,1
99	1	2	7	26	74	165	663
95	1	1	4	15	43	96	384
90	1	1	3			67	270
85	1	1	2	11	31	51	207
80	1	1	2			41	164
75	1	1	2	8	23	33	132
70	1	1		4	12	27	109

Качественный состав определялся по уровню компетентности, включающему качественные характеристика эксперта (стаж работы по специальности, наличие ученой степени или звания и др.) и расчетный показатель (коэффициент аргументации). Уровень компетентности в количественном виде рассчитывался по формуле:

$$K = 0,5 \times Ka, \text{ где } (3)$$

K - уровень компетентности;

Ka - коэффициент аргументации.

Суждение о качественном составе экспертной группы выносится по результатам обработки раздела 1 анкеты. Численное значение коэффициента аргументации определяется по эталонной таблице 3.

Качественный состав хороший, если уровень компетентности находится в пределах от 0,25 до 0,5.

Таблица.3

п/п	Источники ориентации	Степень влияния источника на ваше мнение		
		Высокая В	Средняя С	Низкая Н
1	Проведенный вами теоретический анализ	0,3	0,2	0,1
2	Ваш опыт	0,5	0,4	0,2
3	Обобщение работ зарубежных авторов	од	0,1	од
4	Обобщение работ зарубежных авторов	0,05	0,05	0,05
5	Ваша интуиция	0,05	0,05	0,05

*Коэффициент аргументации может находиться в пределах от «0» до «+1». Лекарственные препараты выдаются на рынок не непосредственному конечному потребителю - пациенту, а промежуточному потребителю - врачу. Поэтому, одним из основных объектов маркетинговых исследований являются врачи, оказывающие помощь больным с патологией щитовидной железы на различных ступенях: стационарной, полустационарной, внебольничной.

Другим важным объектом маркетинга рецептурных лекарств являются аптечные учреждения (аптеки, склады и т.д.) и провизоры, работающие в них. Поскольку все более возрастает их роль как лиц, принимающих решения по вопросам закупки тех или иных лекарственных препаратов, которые далее распространяются пациентам. При этом, для провизоров важно мнение о лекарственных препаратах специалистов-врачей [4,5]. В наших исследованиях принимали участие врачи-эндокринологи областной эндокринологической больницы г.Шымкента. Таким образом, учитывая тот факт что методическая база исследования основана на традиционных, математических и современных методах маркетингового анализа, считаем что результаты проведенного исследования на основе МРП могут являться репрезентативными и отвечают целям и задачам исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.Д. Шертаева, А.Д. Ахимова, О.В.Блинова, А.Е. Бухарбаева, Р.Е. Ботабаева. Автоматизированная и адаптированная программа по управлению фармацевтическими товарами г. Шымкент//методические рекомендации. 2009, 45с.
2. К.Д. Шертаева, О.В. Блинова, Н.Е. Тогаева, А.Д. Ахимова, А.Е. Бухарбаева, Р.Е.Ботабаева. О моделировании процесса обеспечения лекарственными средствами больных бронхиальной астмой на региональном уровне г.Ташкент//Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы образования, науки и производства в фармации». 2008. –С 231-232.
3. Дремова Н.Б. Маркетинг в аптеке: шаг за шагом. М.: МЦФЭР, 2008. –С 198. Статистические данные областного эндокринологического диспансера г. Шымкента (2007-2009).
4. Шертаева К.Д., Ахимова А.Д., Блинова О.В., Бухарбаева А.Е., Ботабаева Р.Е Методические основы разработки «Социальных пакетов» - гарантированных наборов лекарственных препаратов для определяемой категории больных (на примере детей до 5 лет) Шымкент // Методические рекомендации. 2009, 19 с.

УДК 616.12-009.7:616.12-008.331.1:615.47

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛОТОПА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОКАРДИИ, ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

*М.А.Тоимбетова
ЦГКБ, г. Кентау ЮКО*

ТҮЙІН

Амлоптоптың фармако-экономикалық көрсеткіші сапалы генеретикалық препарат ретінде аурулар мен медициналық мекемелер үшін де үнемді әрі тиімділігі жөнінен үлкен роль атқарады.

SUMMARY

The most important pharmaceutic-economical indicator of Amlotopa is a quality of generic drugs and the economic benefits to patients and for health state institutions.

Исследование посвящено анализу показаний переносимости, эффективности Амлоптопа («МАКИЗ-ФАРМА» г.Москва) для лечения артериальной гипертонии (АГ) на фоне сопутствующих заболеваний. Учитывая уникальные свойства Амлоптопа, который имеет полную биологическую и терапевтическую эквивалентность оригинальной молекуле амлодипина - представителя 3 поколения антагонистов кальция [2], в группу наблюдения были включены больные АГ и ИБС с сопутствующими заболеваниями: 20 больных с АГ 1-2 степени, средний возраст составил 58,4 года. Как сопутствующая патология встречались: стабильная стенокардия, сахарный диабет 2 типа, атеросклероз сосудов головного мозга (цереброваскулярное заболевание), ХОБЛ, бронхиальная астма, сердечная недостаточность.

Больные получали Амлоптоп в дозе 5,0 мг до 10 мг в сутки, коррекцию дозы проводили через 2 недели. В качестве монотерапии Амлоптоп получали 12 больных (60%), у остальных в сочетании с ингибиторами АПФ, тиазидовыми диуретиками, нитратами. Эффективность проводимой медикаментозной терапии оценивали на основании динамики АД, ЭКГ и ЭхоКГ. Безопасность проводимой терапии оценивалась на основании течения сопутствующей патологии, что определялось клиническими методами (жалобы больного, ЧДД, ЧСС, толерантность к физическим нагрузкам и т.д), лабораторными (уровень сахара в крови), инструментальными методами исследования. В результате наблюдения улучшение и хорошая переносимость препарата отмечена у 14 (70 %) больных из 20. Коррекция дозы и назначение комбинированной терапии потребовалось у 5 больных (25%). Лишь в одном случае (5%) препарат был отменен ввиду развившейся аллергической реакции. Наблюдение подтверждает, что Амлоптоп отличается сочетанием благоприятных фармакологических и фармакокинетических свойств в том числе высокой избирательностью в отношении сосудов головного мозга и почек, что обуславливает снижение общего периферического сосудистого сопротивления без уменьшения сердечного выброса, длительным периодом полувыведения (35-50 часов), большой продолжительностью действия (72 час.), что позволяет принимать препарат 1 раз в сутки [1]. В результате проведенных исследований (PREVENT, INSIGHT, ELSA, CAMELOT) эксперты Европейского общества АГ и Европейского общества кардиологов внесли новое показание для первоочередного назначения амлодипина (Амлоптопа) - наличие атеросклероза сонных и коронарных артерий у больных с артериальной гипертонией. По данным исследования ALLHAT в группе Амлодипинов риск развития сердечно-сосудистых осложнений был на 19% ниже чем в контрольных группах. Многочисленные экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют о положительном влиянии на почечную гемодинамику. Амлоптоп увеличивает скорость клубочковой фильтрации на 13%, почечный кровоток на 19% и снижает сопротивляемость сосудов на 25% [2]. Наличие препарата в двух дозировках (5 мг, 10 мг) дает возможность врачу более безопасно дозировать его [3].

В наблюдаемой группе у больных с АГ отмечалось постепенное снижение АД в течение первых 3-4 дней в среднем на 7%. При наличии сахарного диабета не отмечено изменение уровня глюкозы в крови. У больных с сопутствующей ХОБЛ, бронхиальной астмой уменьшились признаки внутрилегочной гипертензии (одышка, кашель), у пациентов с сопутствующей патологией мозговых сосудов уменьшились головные боли, шум в голове, повысилась работоспособность. У больных со стабильной стенокардией на фоне лечения Амлоптопом на 80% уменьшились приступы стенокардии. Амлоптоп в качестве моно- и комбинированной терапии АГ с такой сопутствующей патологией, как стабильная стенокардия, сахарный диабет 2 типа, атеросклероз сосудов головного мозга, ХОБЛ, бронхиальная астма [3], эффективен и хорошо переносится у 70% больных. Амлоптоп хорошо сочетается с другими сердечно-сосудистыми препаратами. Большое значение имеет также фармако-экономический показатель Амлоптопа, как качественного генерического препарата, экономически выгоден как для больных, так и для медицинских государственных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Котковская Ю.В. Преимущества комбинации антагониста кальция с ингибитором ангиотензин-превращающего фермента периндоприлом по сравнению со стандартной терапией артериальной гипертонии высокого риска // Артериальная гипертония, 2006. - Том 8 №5. стр.21-27.

2. Карпов Ю.А. Применение антагонистов кальция у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: современное состояние вопроса // Кардиология, 2000. - № 10. стр. 52-55.
3. Леонов М.В., Белоусов Ю.Б. Сравнительная эффективность основных групп гипотензивных средств у больных АГ. // Кардиология. - 1999. №9. стр.23-30.
4. Чазова Е.Е., Бойцова С.А., Нерабидзе Д.В. Основные положения проекта второго пересмотра рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2004. № 4 стр. 90-98.

УДК 616.89-008.441.13:615.212.7

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АКТОВЕГИНА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ

*Ж. И. Маденова, И. Н. Ермакбаев, К. К. Тагаева, Б. Б. Таутаева, Н.Н. Калыбек.
Областной наркологический центр. г. Шымкент.*

ТҮЙІН

Осылайша АлД терапиясының схемасына актовегинді қолданғанда өте жағымды әсер көрсетті.

SUMMARY

This article is about the use of actovegin in the therapy of Delirium tremens allows to effectively and quickly achieve positive results.

Алкогольный делирий(АлД) (delirium tremens, или белая горячка) – одно из наиболее тяжелых urgentных состояний, связанных с приемом алкоголя. АлД-острое психотическое состояние, характерное для поздних стадий алкоголизма. Известно, что АлД составляет, по различным данным, от 1/2 до 3/4 всех случаев алкогольных психозов (они в свою очередь, развиваются у 10% лиц, систематически злоупотребляющих алкоголем). Тяжелый АлД чаще обычно возникает в тех случаях, когда длительность злоупотребления алкоголем превышает 10-15 лет. Однако в последние годы отмечается тенденция к значительному сокращению этого срока. Патогенез до конца не изучен, но выявлены некоторые факторы способствующие развитию АлД (2): алиментарный дефицит биологически активных веществ; эксайтотоксические эффекты возбуждающих аминокислот (глутамата и аспартата); сниженное содержание ГАМК в ЦНС; поражение печени и снижение ее функции; прямое нейротоксическое действие этанола и его метаболитов; изменение активности ацетилхолина и моноаминов. Клиническая картина. Симптоматика делириозного синдрома обычно представлена состоянием помрачения сознания с нарушением способности ориентироваться по месту и времени, преобладанием зрительных обманов (галлюцинаций, иллюзий, парейдолий), сочетающихся с образным бредом (наплывом разрозненных, непоследовательных, нестойких, отрывочных представлений), двигательным возбуждением.

При АлД выделяют три основных синдрома [1]: органического поражения мозга, психотический, вегетативный. Синдром органического поражения мозга проявляется дезориентацией, изменением уровня сознания, аффективной лабильностью (эйфория, депрессия или страхи), психомоторной возбудимостью, сенсорной сверх-чувствительностью, нарушением сна, эпилептическими припадками. Психотический синдром обусловлен гиперреактивностью допаминовой системы и проявляется иллюзиями, зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями, повышенной внушаемостью. Вегетативный дисбаланс развивается вследствие гиперреактивности симпатoadреналовой системы и недостаточностью парасимпатической вегетативной нервной системы. Характерны: гипертермия до 38-38.5 градусов (более высокая температура свидетельствует о воспалительном процессе); артериальная гипертензия до 180/110 мм.рт.ст. (более выраженная гипертензия заставляет искать самостоятельную причину); тахикардия, тремор, потливость, усиление сухожильных рефлексов.

В течении АлД выделяют три стадии [1]. Стадия или угрожающий делирий. На первое место выступают симптомы отмены алкоголя в виде гиперреактивности симпатической системы и \ или психотические симптомы с проходящими галлюцинациями. Чаще всего в вечернее время нарастают беспокойство, тремор, тревога и другие проявления адренергического синдрома. Также нарушается способность ориентироваться во времени и пространстве, больные теребят свою одежду, постельные принадлежности, с кем-то разговаривают при чем речь не разборчива, могут быть эпизоды зрительных галлюцинаций. Возможны субфебрильная температура тела, тахипноэ, выраженный гипергидроз. Эта стадия чаще всего обратима, делирий заканчивается так же неожиданно, как и начался. Стадия, или совершившийся делирий. На этой стадии ярко выражены все синдромы, характерные для АлД. Появляются и нарастают галлюцинаторные (зрительные, слуховые, тактильные) и бредовые переживания. Усиливается психомоторное возбуждение и аффективные расстройства. Температура тела повышается до субфебрильных цифр, тахипное. Самопроизвольное излечение на этой стадии не возможно. Необходима интенсивная терапия. Отсутствие лечения приводит к угнетению сознания, самопроизвольному снижению артериального давления. Протяженность этой фазы зависит от оперативности лечебных мероприятий и сопутствующей патологии, так

как уже через несколько часов АлД может переходить в следующую завершающую фазу. Стадия - или угрожающий жизни делирий. Все симптомы АлД с тяжелыми вегетативными проявлениями, вместо возбуждения появляется заторможенность, речь становится непонятной, замедляется реакция на внешние команды. Развивается отек мозга, нарастает угнетение сознания, мидриаз, гипотензия, тахикардия, одышка. Это фаза декомпенсации, часто с необратимыми расстройствами внутренних органов и функциональных систем, за которыми может наступить смерть больного. Осложнения АлД: Тяжесть состояния больного с АлД определяется чаще всего сопутствующей соматической патологией, так как больной длительно употребляющий алкоголь имеет поражения внутренних органов. Делирий является пусковым механизмом для декомпенсации любого из этих заболеваний. Также по наблюдениям нашего стационара чем моложе больной, то есть чем раньше он стал злоупотреблять алкоголем тем быстрее у него наступает АлД и если он выйдет из этого состояния, то деменция более выражена, чем у пациентов более зрелого возраста.

Это связано по-видимому с тем что молодой не окрепший организм более раним к воздействию каких либо токсических веществ, чем человек в зрелом возрасте. Наиболее часто АлД сопровождают и могут стать причиной смерти больного следующие заболевания. Пневмония, алкогольная кардиомиопатия, острый панкреатит, печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, отек головного мозга, нарушения водно-электролитного баланса, нарушения кислотно-щелочного состояния, нарушение обмена витаминов, рабдомиолиз.

Лечение. При лечении тяжелого АлД методом выбора является комбинированная терапия бензодиазепинами и галоперидолом, подобное лечение должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии, а также лечение сопутствующей соматической патологии. Согласно данным мировой литературы прямое токсическое влияние алкоголя на метаболические процессы и опосредованное влияние на церебральные функции через грубое нарушение баланса нейромедиаторов в мозге, позволяет оценить роль этих факторов в реализации процесса поражения мозга алкоголем и определить правильную тактику лечения на этапах реабилитации. Л.М.Попова (1994) доказала, что снижение церебрального перфузионного давления (ЦПД) до 50 мм.рт.ст. сопровождается уменьшением мозгового кровотока в 2 раза, при снижении ЦПД до 25 мм рт.ст. и ниже наступает смерть мозга.

Цель исследования. оценить эффективность современного антигипоксанта и антиоксиданта актовегина. Исследование проводилось в палате интенсивной терапии в Областном наркологическом центре ЮКО. Актовегин назначали 30 больным с АлД для снижения цитотоксического отека мозга и для уменьшения токсических эффектов нейротропных веществ. Эффективность актовегина оценивали по динамике мозгового кровотока с помощью малоинвазивных способов, то есть одновременно измерением системного артериального давления (САД- среднее артериальное давление, АДС-артериальное давление систолическое, АДД-артериальное давление диастолическое) и центрального перфузионного давления (ЦПД), оценкой разницы между АД и внутричерепным давлением (ВЧД). Оценку проводили по формуле Пожарского: $САД=АДС-2АДД$; 3, $ЦПД=САД-ВЧД$ (ЦПД в норме 75-80 мм рт. ст., но не ниже 60 мм рт. ст.) Наряду с традиционными методами применяли актовегин в дозе 1000мг 1раз в сутки на изотоническом растворе натрия хлорида (250мл) только при ЦПД 50-60 мм рт.ст. Таким образом, при применении актовегина наряду с традиционными методами про АлД улучшилось ЦПД, уменьшилось время бессознательного состояния, быстрее устранилась гипоксия мозга, улучшилось дыхание.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Лечащий врач». Журнал для профессионалов в медицине. Москва 2005г.
2. «Болезни нервной системы». Руководство для врачей. Н. Н. Яхно, Д.Р.Штульман.

ПЕДАГОГИКА

ӘДК 811.512.122+342.725

ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ МЕМЛЕКЕТТІК ТІЛ РЕТІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ТИІМДІ ӘДІСТЕРІ

*Ж.С. Сарымсакова**Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы*

РЕЗЮМЕ

В данной статье говорится о повышении качества обучения казахскому языку.

SUMMARY

This article is about improving teaching Kazakh language.

Қазақ тіл білімі тілді оқу пәні ретінде оқытудан, оған қажетті оқулықтар мен оқу құралдарын жазудан басталады. А. Байтұрсыновтың «Тіл құрал» деп аталатын оқулығы 1914 жылы Орынборда басылып шықты. Осыдан кейін А. Байтұрсынов тұңғыш рет қазақ тілінде оқулықтар жазып, лингвистикалық терминдер қалыптастырды. Қазақ тілі пәнін оқытудың сапасын одан әрі жетілдіру де бүгінгі күннің талабы. Оқушыларға білім беру мен тәрбиелеудің нәтижелі болуы үшін оқушының сөйлеу қабілетінің дамуына тікелей әсер ететін тіл мәдениетін оқытуға баса назар аударған жөн. Адамның жеке басы мәдениетінің алғы шарты – дұрыс сөйлей білу. Адам ойы әрқашан тіл арқылы жарыққа шығады. Сол қызметі үшін тіл қарым-қатынас құралына айналады. Тіл үйренудегі ізеттілік – сауаттылық қана емес, тілдік тәсілдерді, фонетикалық, орфографиялық, синтаксистік заңдылықтар мен нормаларды стилдік құбылыстарды, уақытты дұрыс қолдану дағдысы.

Еліміздің егемендік алуымен байланысты әлеуметтік – экономикалық және рухани салаларда көптеген өзгерістер болып жатқандығы баршаға аян. Солардың бірі – білім беру жүйесіндегі жаңа технологиямен оқыту. Қазіргі таңда оқытудың елуден астам технологиясы бар екенін ғалымдарымыз айтуда, осылардың кейбіреуі біздің білім беру, жүйемізге еніп, оқытушылар тәжірибесінен өзіндік орын алуда. А. Байтұрсыновтың жоғарыдағы ойын әрі қарай сабақтар болсақ, қазақтың ұлттық тілін сақтап, дамыту үшін менталитетімізге жақын төл технология қажет. Сатылай комплексті талдау дегеніміз – оқыту мақсаты, міндеттері, әдіс-тәсілдері, өзіндік ерекшелігі бар және оқушыларға білімді ғылыми негізде сатылай, жүйелі, комплексті меңгертіп, оларға ұлттық құндылықтарды бағалай, қолдана білуге машықтандыратын оқыту. Сатылай комплексті талдау оқушыларға қазақ тілі ғылымының мазмұны мен жүйесін, оның сөздік құрамы мен грамматикалық құрылысын, сөйлеу тілінің нормасын үйретіп, дұрыс сөйлеу, сауатты жазу дағдысын қалыптастырады. Сондай-ақ сатылай комплексті талдау технологиясында – білімді тек белгілі бір көлемде беріп, қажетті шеберлік пен дағдыны қалыптастырумен ғана шектелмейді, сонымен қатар баланың жалпы тұлғалық дамуына, ойлау, есте сақтау, қиялдау, елестеу сияқты басқа да танымдық, психологиялық қасиеттерінің жақсы үйлесімді дамуына бағытталған оқытудың түрі. Тіліміз тұңғышына қанған бүгінгі таңдағы термин жасаудағы жаңа үрдіс ХХ ғасыр басында болған құбылысқа өте ұқсас. Айырмасы, онда қазақ жұрты ғылым әлемінде енді-аяқ басқан болса, қазір ғылыми-технологиялық прогрестің бел ортасында жүрміз. Тіл ұстарту – ауызша, жазбаша тілдің заңдылықтары кезінде оқушыны мәдениетті сөйлеуге, әдеби тіл нормаларын меңгеріп, сауаттылығын арттыруға ауызша және жазбаша тіл стильдерінің ерекшеліктерін танытуға арналған амал-тәсілдер жинағы. Қазақ тілі сабағында әдебиет пәнін тіл ұстарту мақсатында пайдалану өте тиімді. Әсіресе, соңғы кездегі жаңа сабақ – интегралдық сабақ түрімен оқыту арқылы тілді әдебиетпен, тарихпен, бейнелеу өнерімен, т.б. байланыстыра жүргізу тіл ұстарту саласына көп мүмкіндіктер ашады. Қазіргі таңда оқытудың тиімді түрлері ретінде оқытуды интеграциялауды атап жүрміз. Интегралдық сабақтар барлық оқытушының іс-тәжірибесінде кездеседі.

Қазіргі тілін нәтижелі үйрету үшін оның оқыту әдістемесін жетілдіре түсу – бүгінгі күннің кезек күттірмейтін маңызды мәселесі. Міне, заманымыздың тілек-талабы білім мазмұнын жаңартумен бірге оны өмір мұқтажына сай дамытып, оқытудың жаңаша әдіс-тәсілдерін қолданудың мүмкіндіктерін арттыруды күн тәртібінде қосып отыр. Бағдарламаны жүзеге асыру барысында төмендегідей міндеттер туындайды: оқушының жан-жақты, жүйелі кешенді дүниеге өзіндік көзқарасын зерделету; оқушының пәнге деген қызығушылығын оятып, білім сапасын көтеру; ізгілендіру тұрғысында жеке тұлғаның жоғары адамгершілік қасиеттерін дамыта тәрбиелеу; бағдарламаның мақсаты мен міндеттерін жүзеге асыру барысында оқушы бойында төмендегідей дағдылар қалыптасады: өз ойын, пікірін еркін жеткізе алу; байқампаздығының дамуы; «өз сөзін айту» мүмкіндігін қалыптасуы; тіл дамыту сабақтары оқушылардың таным процесі мен шығармашылық қабілетін дамытуға жағдай туғызатын сабақтар, өйткені іздену, зерттеу дағдылары шығармашылық жазба жұмыстарын орындау үстінде қалыптасады және бұл жұмыстар олардың тіл байлығын, білім деңгейін, сана-сезімін, сауаттылығын танытады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Егеменді Қазақстан «Мемлекеттік тілді үйренудің жаңа әдісі» №2 4.02.09 ж.
2. А.Қ. Кариева «Тіл – ұлттық рух» 02.03.2009 ж.
3. Ұлағат – 4/2007 ж. 46 бет.
4. Егемен Қазақстан - 20 қыркүйек. 2007

ОӘК 811.512.122+81'25

ҒЫЛЫМИ АУДАРМА МӘСЕЛЕСІНІҢ ҚИЫНДЫҚ ТУДЫРАТЫН ТҮСТАРЫ*Г.Т. Тастанбекова**Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы***РЕЗЮМЕ**

В этой статье рассматривается проблема перевода и вопросы эквивалентности научного текста.

SUMMARY

The problem of translation and questions of equivalence of the scientific text is considered in this article .

Ғылыми-техникалық ақпаратқа толы біздің заманымызда әлемдік озық жетістіктер мен жаңалықтарды еркін меңгеру үшін ғылыми мәтінді дұрыс және сауатты аудару, ұлттық сана-сезімге лайықтап жеткізу мәселесінің өзектілігі артып отыр. Аударманы мәдениеттер мен өркениеттер арасындағы диалог ретінде қарастыруға болады. Тілдік интеграция да осы тұстан келіп туындайды. Мәтінді қарап отырып біз оны, ең алдымен, ол қай тілде тіпті өз тілімізде жазылса да, өз ұғымдарымыз жүйесіне бейімдеудің жолын іздейміз. Ал тіларалық қарым-қатынас жағдайында алынған ақпаратты бейімдеу үдерісі бір тіл ішіндегі коммуникацияға тән өлшемдерге ие. Өйткені бастапқыда жазылған түпнұсқа бар және соны қабылдау және тасымалдау түрі бар. Қабылдау әрі тасымалдау барысында бастапқы мәтін ешқандай өзгерістерді басынан кешірмейді деп ешкім кепілдік бере алмайды. Осы тұрғыдан алғанда адами, ғылыми мән-мағына, қоғамдық құнды мазмұнды жеткізу тәсілі ретінде аударманың мәдениеттің коммуникация құралдарының түр өзгерістеріне тікелей бағынышты екені анықталады. Оған қоса, аударма ісінің өзі мәдениетаралық байланысты, мәдениеттер мен ғылыми тілдердің бір-бірін түсіне әрекеттесуін білдіретін әр түрлі тілдер мен мәдениеттер сұхбатының еншісі.

Ғылыми терминнің ұтымдылығы оның бірмағыналылығы, бірізділігінде болса, онда, ең алдымен, аударма сөзінің ондай талапқа сай еместігін, яғни көпмағыналы екендігін айта кеткен жөн. Ол, ең аз дегенде, екі ұғымға қатысты: аударма – мәдени-интеллектуалды әрекет, яғни белгілі бір үдеріс ретінде алынған аударма жұмысы – сол әрекеттің, сол үдерістің нәтижесі, әрекет өнімі ретінде алынған аударма. Аударматану ғылымындағы беделді авторлардың бірі А.В.Федоров: «Аудару дегеніміз – бір тілдің көмегімен осыдан бұрын басқа тілде жазылған шығарманы анық және толық жеткізу», - деп анықтаса [1;416], Я.И.Рецкер: «Аудармашының мақсаты – түпнұсқаның стилистикалық және экспрессивтілік ерекшеліктерін сақтай отырып, басқа тілдің көмегімен оның мазмұнын біртұтас және нақты жеткізу» деп біледі [2;214], ал Ж.Мунэн: «Аударма – тілдер байланысы, билингвизм құбылысы» [3;238] деп анықтайды. Осы пікірлерді қорытындылай келе айтатынымыз: аударма – белгілі бір түпнұсқаны түгелдей басқа тілге түсінікті етіп жеткізу үдерісін алғышарт етіп алатын әрекет түрі. Аудармаға коммуникациялық теория тұрғысынан берілген келесі анықтама белгілі аударматанушы Р.К.Миньяр-Белоручевке тиесілі: «Аударма туралы ғылымның нысанасы – екі тілді қолдану арқылы жүзеге асатын жай ғана коммуникация емес, түпнұсқаның аудармашы мен қабылдаушының өзара әрекеттесуін реттейтін қызметтен құралатын коммуникация. Бұл коммуникацияның аралық буыны аудармашының қызметіне барып тіреледі немесе сөзге негізделген әрекеттің ең күрделі түрлерінің бірі болып табылатын аударма өзінің толық мағынасында алынған аударма болып есептеледі» -деп тұжырымдаған.

Аударма сөз туындысы ретінде, яғни мәтін ретінде салыстырмалы, ықтималды шама екендігімен қызықты құбылыс. Алайда, аударма мәтінінің салыстырмалылық сипаты оның түпнұсқаға қатысты қарастырылуында ғана жатқан жоқ. Әрине, аударма мәтіні – бастапқы сөз туындысымен салыстыра отырып аудармашылық қызметтің құпиясын ашатын, оның механизмдерін анықтап модельдеуге мүмкіндік беретін жалғыз материя. Кез келген аударма о бастан қандай да бір түпнұсқаның бар екендігін білдіреді, яғни түпнұсқа-аударма қатынасы – объективті қажеттілік. Сонымен қатар аударма мәдениетте басқа да сөз туындыларымен қатар тұратын, үнемі жаңарып қайта пайда болу мүмкіндігі бар ерекше шығармашылық болып табылады. Аударма әрқашан да қалған сөз туындыларымен сәйкестендіріліп, көп жағдайда солармен салыстыру арқылы бағасын алып отырады. Алайда қазіргі таңда аударма саласында, әсіресе ғылыми аудармада шешімін табуы қажет ететін күрделі мәселелер баршылық. Ғылыми мәтінді тиімді аударудың негізі ғылыми терминдерді ұлттық тілдің сөзжасам заңдылықтарын ескере отырып аудару, бірізді қолдану болса керек. Бүгінгі күні ғылым тілі кемеліне жетті деп айта алмаймыз. Сондықтан көп жағдайда жекелеген ұғымдарды жеткізуде аудармаға жүгінеміз. Ал сасалық терминологиялық сөздіктерде қажетті терминдердің барлығы табыла бермейді. Сонымен қатар әлі баламасы табыла қоймаған орысша терминдер де жеткілікті. Оларды әр автор өздігінше қазақшалауға тырысып, бір сала мамандарының өзі бірін-бірі түсінуі қиын болып жатады. Осы аталған және басқа да көптеген себептер ғылыми мәтіндерді қазақ тіліне аударғанда көптеген қиындықтар туғызады. Біріншіден, әсіресе медицина саласының терминдерін қолдануда ең алдымен жүйелілік пен бірізділік қажет. Қазақ тілінде жазылған кейбір оқулықтардың мазмұнын түсіну қиын, көп жағдайда калькалау әдісінің барлық түрі қолданылады, сөзбе-сөз аударудың нәтижесінде оқырманның қабылдауына қиын соғатын күрделі сөз оралымдары мен сөйлемдер пайда болады. Сонымен бірге қазақ тілінің сөзжасам заңдылықтарын, қосымшалардың жалғану ерекшеліктері де ескеріле бермейді. Мысалы, өнімді қосымшалар қатарына жататын –

лық, -лік, -дық, -дік, -тық, -тік жұрнақтарының сын есім жасайтынын білеміз де. Барлық сөздерге жаппай жалғай береміз. Анатомиялық номенклатурадағы ротовая часть, носовая часть деген күрделі атауларды ауыздық бөлім, мұрындық бөлім деп қолданып жүрген авторлар да бар. Глазное яблоко – көздік алма емес – көз алмасы, затылочная линия – шүйделік сызық емес, шүйде сызығы болуы керек.

Екіншіден, сөздіктерімізде «ғылым тілі нақтылықты қалайды, онда синонимдердің болмауы керек» [6;57] деген талап орындала бермейді. 2009 жылы «Дайк-Пресс» баспасынан шыққан Медициналық терминдер сөздігінде (орысша-қазақша-ағылшынша) канал деген бір атаудың өзіне канал, түтік, жол, арна деген баламалар берілген. Зрительный канал дегенді көру каналы немесе тесігі деп аударған. Ал осы күнге дейін анатомия пәнінің оқулықтарында қолданылып келген көру өзегі қайда кетті? Капсула сөзі қаптама, қабы, капсула деп берілген. Капсула лимфатического узла – лимфатүйін қаптамасы болса, неге капсула миндаликовая – бадамшабез капсуласы болады. Осындай әрқилылықтан арылу үшін, атаулардың біреуін ғана бекітсек, жұмысымыз әлдеқайда жеңілдер еді. Үшіншіден, жоғарыда айтылғандай, тілімізде нақты баламасы табыла қоймаған сөздер өте көп. Мысалы, эффект, влияние, воздействие - бәрі де әсер деген сөзбен беріледі; доля, вклад сөздерінің екеуі де үлес болып аударылып жүр. Функция да – қызмет, деятельность те – қызмет, услуга да – қызмет. Положение мен правило – екеуін де ереже деп аударамыз. Сонда «Положение о правилах ведения деятельности» дегенді аудару қажет болғанда тығырыққа тірелеміз. Осы секілді және басқа да көптеген мәселелер аударма жұмысының өзектілігін арттырса керек. Дегенмен де қазіргі таңда жекелеген сала мамандары мен тілші ғалымдардың бірлескен жұмыстарының нәтижесінде ұлттық тілдің ерекшелігін ескере отырып жасалған тиімді атаулар мен терминдер дүниеге келіп жатыр. Өлі де үлкен ізденіс пен ыждағаттылықтың арқасында терминжүйені біріздендіріп, ғылым тілін «қазақшалау» - алдағы күннің міндеті.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Федоров А.В. Основы общей теории перевода. – Филологический факультет СПбГУ; М.: ООО «Издательский дом «Филология Три», 2002.
2. Рецкер Я.К. Теория перевода и переводческая практика. – М.: Международные отношения, 1974.
3. Бархударов Л.С. Язык и перевод. – М.: Международные отношения, 1975.
4. Якобсон Р. Избранные работы. – М.: Прогресс, 1985.
5. Игісін Ж. Термин баламалау: іркілістер мен ізденістер. //Терминологиялық хабаршы, №2. 2007ж.
6. Құрманбайұлы Ш. Терминтану. – А., 2006ж.

УДК 811.111'36

ОТЛИЧИЯ МЕЖДУ БРИТАНСКИМ И АМЕРИКАНСКИМ АНГЛИЙСКИМ

Ж.Б.Орманова, А.С.Ким

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада британдық және американдық ағылшын тілінің айырмашылығы туралы жазылған. Сонымен қатар мысалдар келтірілген және орфографияда, лексикада, грамматикада, фонетикадағы айырмашалықтары көрсетілген.

SUMMARY

This article is about differences between British and American English. Differences in orthography, lexis, grammar, and phonetics are shown as well.

В XVII –XVIII веках в Америку хлынула толпа переселенцев в лице французов, испанцев, немцев, голландцев, норвежцев и даже русских. Но большинство из них были из Англии (Британских островов в целом, а это и Шотландия, и Уэльс), где говорили на английском языке. Уже тогда английский язык не был единым для всех слоёв населения: в речи аристократов, буржуазии и крестьян было очень много отличий. Новому населению Америки просто необходимо было общаться между собой, выбор пал на тот язык, на котором говорили большинство - английский. Хотя между американским и британским английским много общего, но всё же между ними есть ряд различий, главное из них - простота у американского варианта[1]. Есть сотни слов, которые в британском и американском вариантах пишутся по разному : -or вместо -our : «color» (амер.) и «colour» (брит.) ег вместо ge: «meter» (амер.) и «metre» (брит.); se вместо ce: «practise» (амер.) и «practice» (брит.); z вместо s : «organization» (амер.) и «organisation» (брит.); l вместо ll : «traveled» (амер.) и «travelled» (брит.); me и -ue на конце слов отсутствует; me - «kilogram» (амер.) и «kilogramme» (брит.) Американский английский создал тысячи слов и фраз, которые вошли как в обще-английский (hitchhike, landslide) так и в мировой лексикон (окей, тинейджер). Особую группу составляют слова, которыми пользуются как в Англии, так и в США и в которых специфически американским является лишь одно из присущих им значений (market — «продовольственный магазин», career — «профессиональный»). Слово faculty в Англии употребляется в значении «факультет», а в Америке «профессорско-преподавательский состав». Существительное pavement для

англичанина означает «тротуар», а для американца «мостовая». К разряду американизмов относятся также слова, которые в Англии превратились в архаизмы или диалектизмы, но по-прежнему широко распространены в США: fall — «осень» вместо франко-норманского autumn, apartment — «квартира» вместо flat, underground (амер) – subway (брит). Ниже приводится таблица слов, часто употребляемых в разговорной речи[2].

Британский	Американский
lat	apartment
lawyer	attorney
luggage	baggage
million	billion
cab	taxi
company	corporation
city/town centre	downtown
chemist's	drugstore
lift	elevator
autumn	fall
petrol	gas
motorway	highway

Склонность американцев всё упрощать сильно сказалась на грамматике. Вот некоторые грамматические отличия американского от британского английского: чаще образуются отглагольные существительные (to research – исследовать, а research - исследование); никогда не используется форма shall, чаще всего её заменяет will или gonna (сокр. от going to); want to – wanna.; практически не используются слова slowly и really – их заменяют slow и real; от неправильных глаголов только лишние проблемы, - уверены американцы. Поэтому многие глаголы, которые в британском английском неправильные, в американском стали правильными (например: burn - burned, dream - dreamed, lean - leaned, learn - learned, smell - smelled, spell - spelled, spill - spilled, spoil - spoiled). Одна из главных причин, почему англичане считают американцев небрежными по отношению к языку, это то, что американцы в разговорной речи Perfect практически не употребляют, а используют взамен время группы Simple.

Британский	Американский
Have you heard the news?	Did you hear the news?
He's just gone out.	He just went out.
I've got a sister.	I have a sister.
She hasn't got a car.	She doesn't have a car.
I suggest he should see the doctor.	I suggest (that) he see a doctor.
He did not eat at all.	He did not eat any.

Между американским и британским английским существуют различия в произношении звуков, некоторых слов и целых предложений. Некоторые слова британцы и американцы произносят с ударением на разные слоги, например address (брит.) и address (амер.), safe (брит.) и safe (амер.). Существуют слова, в которых произношение американцев и англичан отличается одним-двумя звуками: ask читается [a:sk] в Британии и [æsk] – в Америке, dance произносят как [da:ns] в Англии и как [dæns] в США. Звук [t] произносится как слабо артикулируемый [d], а расположенное в середине слова буквосочетание tt у американцев очень похоже на [d]. Они не «глотают» звук [r], как англичане, поэтому речь кажется более грубой, рыкающей. Лингвисты разработали списки буквосочетаний и ситуаций, в которых произношение англичанина и американца будет различаться. Англичане используют множество интонационных моделей, а в распоряжении американцев всего две – ровная и нисходящая[3]. Какой же английский нужно учить – американский или британский? Ответ на этот вопрос зависит от того, зачем вам вообще нужен язык. Если вы собираетесь ехать учиться или работать в Америку, то было бы очень полезно познакомиться с особенностями American English. Идеально – если корпоративное обучение английскому языку будет проходить с профессиональным преподавателем-американцем. Только носитель языка может прочувствовать все нюансы и тонкости, а отличия, как вы уже, наверное, обратили внимание, именно в них. Нет никаких глобальных различий между американским и британским английским.

ЛИТЕРАТУРА

1. Differences between American and British English languages. <http://www.native-english.ru>
2. Большой англо-русский словарь. Москва, 2004 В.Мюллер, Издательский дом Ринол Классик Цитадель – Трейд. Разница между Британским и Американским английским языком <http://www.english.language.ru>

УДК 811.111+378.147

СЛОВО О СЛОВАХ, ИЛИ КАК РАСШИРИТЬ СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС

Ж.Б. Орманова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада өз сөздік қорын қалай байыту туралы жазылған. Және сөздерді жаттау әдістері туралы. Сөздерді қалай жақсы жаттауға болатын түрлі кеңестер көрсетілген.

SUMMARY

Enriching vocabulary, words remembering methods and actives for studying English are given in the article.

Кто-то однажды справедливо заметил, что конечно «мало что можно сказать без грамматики, а БЕЗ СЛОВ нельзя сказать НИЧЕГО». Всё просто, одна грамматическая структура способна на потенциально бесконечное воспроизведение новых предложений, а вот каждое слово приходится учить отдельно. Если не знаешь, как будет по-английски «дрель», например, то придётся тебе долго и упорно объяснять, что это такая штука с помощью которой делают дырки. (Уметь объяснить своими словами – это безусловно очень важное качество для изучающих языки, но всё-таки, объяснив это слово раз пять, поймёшь, что легче его выучить).

К тому же, нужно заметить, что с проблемой заучивания слов сталкиваются ученики всех уровней от beginner до advanced. На начальных уровнях сложно, что называется «tune in», «настроиться на волну» изучаемого языка, услышать различие между такими похожими для привыкшего к своему языку звуками и научиться произносить доселе невиданный звук, а из-за этого и учить новые слова. На уровнях выше, особенно Intermediate, Upper-Intermediate возникает так называемый «эффект плато», когда ты уже вроде многое знаешь и умеешь, и для качественного рывка нужно выучить критическую массу вокабуляра, при этом не потеряв ко всей этой истории изучения языка интереса. Первое. Слово – это не только «ценный мех»... но ещё и много чего ещё. Прежде всего, нужно разобраться, что же это значит «знать слово»? Помню, когда училась в университете, то мы ставили методические сказки, и был у нас там такой стишок: Знать слово – это знать его форму, значение, употребление. Итак, по порядку. Каждое слово – это такой маленькая волшебная коробочка, в которой, когда её открываешь, оказывается огромное количество чудес. Знать слово – это знать...

1) как оно произносится (И даже то, что кажется, совершенно очевидным, на проверку оказывается совсем произносится по-другому. «Почему англичане пишут Ливерпуль, а читают Манчестер?» – вопрос риторический.); 2) как оно пишется; 3) что оно значит (и здесь вспомним, что гораздо больше тех слов, у которых больше одного значения); 4) какие коннотации имеет (коннотация – это дополнительное, часто оценочное значение) вот, например, «notorious» это вроде знаменитый, но оказывается, что знаменитый какими-то плохими поступками, поэтому что-то вроде «a singer notorious for his outstanding contribution to the development of opera» будет звучать очень странно.; 5) в каком стиле употребляется (есть общеупотребительная лексика, подходящая для всех сфер, есть сленг, бизнес язык, академический); 6) как часто используется и насколько будет для вас полезным; 7) с какими другими словами дружить, то есть словосочетания (так выучив слово «mistake», грех не запомнить, что «делать ошибку» будет «make a mistake»); 8) полезно и знать все семейства слов, однокоренные слова (например, «excite, excitement, exciting, excited») Итак, в идеале вы должны знать о слове если не всё, то многое, на мой взгляд, первые пять пунктов обязательны.

Второе. Как же их запоминать? Во-вторых, хочу дать несколько практических советов: Повторение – мать учения; Поговорка старая, но уж больно верная. Повторяйте, повторяйте, повторяйте. Причём механическое повторение-перевод – это не единственный способ. Читайте, как приятно встретить слово, которое недавно выучил. Выбирайте свой стиль. Каждому человеку нужно разное. Может, вам нужно слово услышать один раз и вы его запомните, а может, написать двадцать раз; Используйте слово. Как говориться «Use it or lose it!» Составляйте про себя примеры, используя слова. Старайтесь использовать новые слова во всём, что вы делаете с языком. Изучайте слово. Существительное, правильный или неправильный глагол, читайте много различных книг. Визуализируйте. Используйте мнемонику. Создавайте для себя ассоциации, завязывайте узелочки. Это может быть просто похожее слово. Например, моя одна ученица запоминала слово «clever» как «умная Клава». Но лучше всего придумывать это самим, тогда запоминается лучше. Постоянно сохраняйте мотивацию. Помните, зачем вам это нужно.[1]. У каждого человека есть свой метод расширения словарного запаса, каждый человек индивидуален. Кому-то легко выучить слова, написав их в столбик, некоторые хорошо запоминают, ассоциируя их. Живое общение с носителем языка тоже очень эффективен. Что касается меня, я больше запоминаю слова при чтении книг на английском языке или при переводе текста разных типов с английского на русский или наоборот. Люди по разному расширяют свой словарный запас. Если мы не используем язык, то мы можем потерять его.

ЛИТЕРАТУРА

1. Слово о словах, или как расширить свой словарный запас. <http://englishtips.org>.

УДК 811.111(038)

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА: КОММУНИКАТИВНЫЙ ПОДХОД

Ж.Б. Орманова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада ағылшын тілінен сабақ беру әдістері туралы, оның түрлері және соның ішінде коммуникативті әдіс туралы, сонымен қатар бұл әдістің жақсы жақтары жазылған.

SUMMARY

The communicative method in teaching English and its usefulness are given in the article.

Любой дом, как известно, начинается с архитектурного плана. Сейчас нас все меньше пугает огромная крепость под названием «Иностранный язык», на вершине которой гордо реет флаг (чаще всего британский). И в данном случае, этим необходимым планом послужит знание современных методик изучения. В последнее время, когда рынок образовательных технологий изобилует предложениями по самым разнообразным приемам изучения английского языка, вопрос «По какой методике вы преподаете?» становится все более актуальным, что свидетельствует о повышении культуры потребления интеллектуальной продукции. Можно ли доверять современным технологиям? Или отдать предпочтение хорошо зарекомендовавшим себя «брендам» – таким, как «Бонк», «Eckersley» или «Headway», постепенно переходящим в разряд методической классики? Раньше все приоритеты без остатка отдавались грамматике, почти механическому овладению вокабуляром, чтению и литературному переводу. Это принципы «старой школы», которая все же приносила плоды, но какой ценой? Овладение языком осуществлялось посредством долгого рутинного труда. Задания предлагались достаточно однообразные: чтение текста, перевод, запоминание новых слов, пересказ, упражнения по тексту. Иногда, ради необходимой смены деятельности, – сочинение или диктант, плюс фонетическая муштровка в качестве отдыха. Когда приоритеты отдавались чтению и работе над «топиками», реализовывалась только одна функция языка – информативная. Неудивительно, что язык хорошо знали единицы: только очень целеустремленные и трудолюбивые люди могли овладеть им на высоком уровне. Зато по степени владения грамматикой они могли смело тягаться с выпускниками Кембриджа! Правда, за труды получали хорошую компенсацию: профессия преподавателя иностранного языка или переводчика считалась у нас весьма престижной. Сейчас для достижения такого по-прежнему высокого социального положения тоже требуется немало усердия, упорства и каждодневного труда. Известный специалист в области лингвистики и методики преподавания иностранного языка С.Г. Тер-Минасова справедливо отмечает, что с недавнего времени изучение языка стало более функциональным: «Небывалый спрос потребовал небывалого предложения.[1] Неожиданно для себя преподаватели иностранных языков оказались в центре общественного внимания: легионы нетерпеливых специалистов в разных областях науки, культуры, бизнеса, техники и всех других областей человеческой деятельности потребовали немедленного обучения иностранным языкам как орудию производства. Их не интересует ни теория, ни история языка - иностранные языки, в первую очередь английский, требуются им исключительно функционально, для использования в разных сферах жизни общества в качестве средства реального общения с людьми из других стран». Сейчас английский язык стал международным языком, повсюду требуется английский за счет глобализации.

Преподавание языка приобрело прикладной характер, в то время как раньше оно было сравнительно отвлеченным и теоретизированным. Еще Аристотель вывел знаменитую триаду преподавательской этики, которая как нельзя лучше соотносится с современными требованиями: логос - качество изложения, пафос - контакт с аудиторией, этос - отношение к окружающим. Это правило справедливо и для оратора, и для актера, и для преподавателя иностранного языка, роль которого предполагает и две первые ипостаси. Функции педагога в образовательном процессе значительно изменились. Учитель-ментор, учитель-диктатор не способен предоставить учащимся свободу выбора и обеспечить необходимую в постижении столь тонкой материи, как язык, «свободу учения». Поэтому такой негативный педагогический образ постепенно становится достоянием истории. На смену ему пришел учитель-наблюдатель, учитель-посредник, учитель-«умиротворитель» и руководитель. Хотя личность преподавателя в данном случае отходит на второй план, влияние ее на аудиторию, которая, в свою очередь, становится более камерной, не уменьшается, а, наоборот, возрастает.

Прогресс и принципиальные изменения методов изучения языка, несомненно, связаны с новациями в области психологии личности и группы. Сейчас ощущаются заметные изменения в сознании людей и развитие нового мышления. Психологический фактор изучения иностранных языков выдвигается на лидирующие позиции. Аутентичность общения, взвешенные требования и претензии, взаимовыгодность, уважение свободы

других людей – вот набор неписанных правил построения конструктивных отношений в системе «учитель-ученик». Пятый, но отнюдь не меньший по значению элемент этой системы – выбор. Он появился у студента, который может посещать курс, максимально отвечающий его потребностям. На занятиях учащийся больше не ограничен в избрании речевых средств и собственном речевом поведении. Учитель тоже не стеснен в выборе: методов и приемов обучения – от игр и тренингов до синхронного перевода; в организации занятий; в выборе учебников и учебных пособий – от широкого спектра отечественных изданий до продукции Оксфорда, Кембриджа, Лондона, Нью-Йорка и Сиднея. Учитель теперь может подбирать, творить, комбинировать, видоизменять[2].

Коммуникативный подход. Первую строчку в рейтинге популярности методик активно удерживает коммуникативный подход, который, как следует из его названия, направлен на практику общения. Эта методика отлично «работает» в Европе и США. Коммуникативная методика, как следует уже из ее названия, направлена именно на возможность общения. Из 4-х «китов», на которых держится любой языковой тренинг (чтение, письмо, говорение и восприятие речи на слух) повышенное внимание уделяется именно двум последним. Вы не услышите на занятиях особенно сложных синтаксических конструкций или серьезной лексики. Устная речь любого грамотного человека достаточно сильно отличается от письменной. Попробуйте последить за собой в течение дня: много ли вы употребили длинных предложений? Конструкций в сослагательном наклонении? Однако ошибкой было бы думать, что коммуникативный метод предназначен только для легкой светской беседы. Те, кто хочет быть профессионалом в конкретной области, регулярно читают публикации по своей тематике в иностранных изданиях. Обладая большим словарным запасом, они легко ориентируются в тексте, но поддержать беседу с иностранным коллегой на ту же тему им стоит колоссальных усилий. Коммуникативный метод призван, в первую очередь, снять страх перед общением. Человек, вооруженный стандартным набором грамматических конструкций и словарным запасом в 600–1000 слов, легко найдет общий язык в незнакомой стране[3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Тер-Минасова С.Г. Т35 Язык и межкультурная коммуникация: (учеб.пособие)–М:Слово/Slovo,2000. Методика преподавания английского языка.<http://www.english.language.ru>
2. Коммуникативный метод преподавания www.native-english.ru/articles/prepod

УДК 811.111

USING GAMES IN ENGLISH LANGUAGE TEACHING PRACTICE

Zh.A. Beisenbayeva, A.S.Daulbayeva
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

ТҮЙІН

Бұл мақалада ойын түрлерін қолдану арқылы грамматикалық және лексикалық дағдыларды қолдану арқылы шет тілін оқыту қарастырылған.

РЕЗЮМЕ

В этой статье рассматривается использование игр в обучении иностранному языку, как один из средств для развития грамматических и лексических навыков.

Using games in the language class is one of the most essential and effective tools to teach language. Play games it is possible to learn and teach a language as well as enjoy oneself at the same time. One of the best ways to do this is through games. Games are highly motivating because they are amusing and interesting. They can be used to give practice in all language skills and be used to practice many types of communication. There is a common perception that all learning should be serious and solemn in nature, and that if one is having fun and there is hilarity and laughter, then it is not really learning. There are many advantages of using games in the classroom: 1. Games are a welcome break from the usual routine of the language class. 2. They are motivating and challenging. 3. Learning a language requires a great deal of effort. Games help students to make and sustain the effort of learning. 4. Games provide language practice in the various skills- speaking, writing, listening and reading. 5. They encourage students to interact and communicate. 6. They create a meaningful context for language use.

Language learning is a hard task which can sometimes be frustrating. Constant effort is required to understand, produce and manipulate the target language. Well-chosen games are invaluable as they give students a break and at the same time allow students to practice language skills. Games are highly motivating since they are amusing and at the same time challenging. Furthermore, they employ meaningful and useful language in real contexts. Games are highly motivating because they are amusing and interesting. They can be used to give practice in all language skills and be used to practice many types of communication. Language learning is really a difficult task, effort is required at every moment and must be maintained over a long period of time. Games help and encourage many learners to sustain their interest and work. Games also help the teacher to create contexts in which the language is useful and meaningful. The

learners want to take part and in order to do so must understand what others are saying or have written and they must speak or write in order to express their own point of view or give information. [1]. They are highly motivating and entertaining, and they can give shy students more opportunity to express their opinions and feelings. They normally don't want to express themselves. But through games their hidden potential can be discovered and they feel encouraged and secure to tell their opinions. Games also enable learners to acquire new experiences within a foreign language which are not always possible during a typical lesson. In an easy, relaxed atmosphere which is created by using games, students think faster and better. So, using games seems to be a good medicine teaches a language in a friendly atmosphere. Games ought to be at the heart of teaching foreign languages. Games have been shown to have advantages and effectiveness in learning vocabulary in various ways. First, games bring in relaxation and fun for students, thus help them learn and retain new words more easily. Second, games usually involve friendly competition and they keep learners interested. These create the motivation for learners of English to get involved and participate actively in the learning activities. Third, games bring real world context into the classroom and enhance students' use of English in a flexible, communicative ways.

Therefore, the role of games in teaching and learning vocabulary cannot be denied. However, in order to achieve the most from vocabulary games, it is essential that suitable games are chosen. Whenever, a game is to be conducted, the number of students, proficiency level, cultural context, timing, learning topic, and the classroom settings are factors that should be taken into account. Through playing games, students can learn English without being aware they are studying, thus without stress, they can learn a lot. Even shy students can participate positively. But a game must be more than just fun, a game should involve friendly competition, it should keep all of the students involved and interested. A game should encourage students to focus on the use of language rather than on the language itself. [2]. A game should give students a chance to learn, practice or review specific language materials. In an effort to supplement lesson plans in the English as Second Language classroom, teachers often turn to games. The justification for using games in the classroom has been well demonstrated as benefiting students in a variety of ways. These benefits range from cognitive aspects of language learning to more cooperative group dynamics.

General Benefits of Games
Affective: lowers affective filter; encourages creative and spontaneous use of language; promotes communicative competence; motivates; fun; cognitive: reinforces; reviews and extends; focuses on grammar communicatively; **Class Dynamics:** student centered; teacher acts only as facilitator; builds class cohesion; fosters whole class participation; promotes healthy competition; **Adaptability:** easily adjusted for age, level, and interests; utilizes all four skills; requires minimum preparation after development. Games also lend themselves well to revision exercises helping learners recall material in a pleasant, entertaining way. In an effort to supplement lesson plans in the ESL classroom, teachers often turn to games. The justification for using games in the classroom has been well demonstrated as benefiting students in a variety of ways. These benefits range from cognitive aspects of language learning to more co-operative group dynamics.

Teaching English can be hard going – for the teacher and the students. It doesn't have to be difficult or painful, however. You can teach English using fun learning games and before you know it your students will be more than willing. Well, there has been a movement away from the traditional methods of teaching English through writing, rewriting and worksheets to using a more active approach through games. Three reasons to teach with games: a) games and problem-solving activities, which are task-based and have a purpose beyond the production of correct speech, are the examples of the most preferable communicative activities. b) additionally, games have the advantage of allowing the students to “practice and internalize vocabulary, grammar and structures extensively”. They can do this because students are often more motivated to play games than they are to do desk work. Plus, during the game, the students are focused on the activity and end up absorbing the language subconsciously. One can also add that fun learning games usually contain repetition, which allows the language to stick. c) while games are motivating for the students, probably the best reason, to use games is that “the use of such activities both increases the cooperation and competition in the classroom.” One can use games to add excitement through competition or games which create bonding among students and teacher. Students are more motivated to learn grammar with games. The theory of intrinsic motivation also gives some insight as to why teaching grammar through games actually works. Intrinsic motivation refers to the internal factors that encourage us to do something. Most young learners will not internally decide that they want to learn grammar. They don't yet understand the concepts of why it's important to know proper grammar, so these external factors won't affect them much either. Instead, intrinsic motivation can lead encourage them to play games. If these games are good then they be learning while they are playing. Using some movement is crucial because movement helps activate the students' mental capacities and stimulate neural networks, thus promoting learning and retention. If you have a large class with no space you still have options. Student can stand up, sit down, move various body parts and pass things around to each other. Movement does not only mean student tearing around the playground. [3].

What Kinds of Games Work Best? When you are looking for games to use in your classroom, don't just pick something to be a “time filler” which does not have a definite linguistic outcome. These games may entertain the students, but when you don't have much time with them each day as it is, you want your game to do double duty to get the most out of the time you spend playing games. There are degrees of difficulty with speaking games from basic repetition in a fun context to more creative sentence creation for revision or more advanced practice once the basics have been mastered. [4] The teacher should lead the children through this progression so that the game at hand is always well within the grasp of the students. This makes games fun rather than laborious. It is a mistake to play a

speaking game immediately after the new grammar has been absorbed and the students can use in orally. Another thing to watch out for with grammar games is that a maximum of students are involved simultaneously.

In conclusion, teaching through games is an effective and interesting way that can be applied in any classrooms. The results of this research suggest that games are used not only for mere fun, but more importantly, for the useful practice and review of language lessons, thus leading toward the goal of improving learners' communicative competence. Games are fun and students like to play them. Through games students experiment, discover and interact with their environment. Teaching English lessons is always challenging – whether you are teaching people for whom English is the first language, or for those for who English is a foreign language. English lessons always take a lot of preparations and forethought – you might have to plan lessons according to the levels of the students, and make sure that your lessons will become interactive so that all students will feel free to participate.

BIBLIOGRAPHY

1. “The use of games For Vocabulary Presentation and Revision” by Agnieszka Uberman, “Forum” Vol. 36 No 1, January – March 1998 Page 20.
2. Creative Games for the Language Class by Lee Su Kim. “Forum” Vol. 33 No 1, January March 1995 Page 35.
3. Six Games for the EFL/ESL Classroom by Aydan Ersoz, June 2000.
4. “Forum” Vol. 35 No 4, October - December 1997 Page 42. by M. Martha Lengeling and Casey Malarcher

УДК 811.111

SOME PACULIARITIES OF TEACHING MEDICAL ENGLISH

S.A Belenkova

South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

ТҮЙІН

Бұл мақалада тілдік емес жоғары оқу орындарында медициналық шет тілін оқытудың ерекшеліктері қамтылған.

РЕЗЮМЕ

В данной статье рассматривается ряд особенностей преподавания медицинского английского языка в неязыковых вузах.

Nowadays the education system in Kazakhstan is getting transformed by implementing the credit system of education. All the spheres of education have been involved in this process. In this article I am going to raise and consider a set of questions concerning the teaching of Medical English in order to determine the role and responsibilities of an English teacher in the classroom, what good learning assignments should be included, and ways of teaching Medical English more effectively, taking into account all the requirements of the current changes in education. As a result of consideration of the following questions: 1) Who can teach medical English? 2) What good learning tasks should be included? 3) How to teach medical English? the linguists who teach medical English or any foreign language for specific purposes at non-linguistic universities will be able to make correct decisions and choices in the developing of syllabuses and lesson plans as well as to change their attitudes and approaches to the teaching in order to achieve more progress. Knowledge of medicine and medical skills may seem to be somehow outside the work of some teachers of English in medical universities — after all, one might argue that English teachers should teach English, and leave other subjects to other teachers, or that only thoroughly medically-trained professionals should be teaching in the medical professions. There are no obvious reasons not to play a useful role in teaching medical topics, except perhaps a non-medically-trained teacher's awareness of his or her limited competence in medical matters; this, however, can be compensated by three methods: Honesty with the learners, who may be very supportive and cooperative if the teacher's role is that of facilitator rather than knowledge-provider; Liaison and coordination with medical teachers, in planning the curriculum; Learning.

There are also some very positive reasons for English teachers to address medical topics: Foremost is the matter of timing: medical students usually get a basic exposure to the English language at school. The earlier the core concepts are introduced into the course, the better, and English classes may be best suited in the first-year subjects for these fundamental concepts. There is a potential role for teachers, including Medical English teachers, even for first-year medical students: this is to provide a simple, systematic approach to organizing information about patients and diseases, and the orientation and the tools presented in this paper may be helpful. Many teachers value the methodologies of teaching English (or any other language) not as a language per se, but rather as something which is learned in the process of learning something else directly meaningful to the learner — in this case, medicine.

The teaching experience proves the fact that the medical students show more interest in a medical topic such as ‘the main organs of the human body’, ‘the body systems’, ‘disorders or dysfunctions of the inner organs’, ‘health issues’ rather than in the topics of general character like ‘family’, ‘traveling’, ‘movies’ with which they became acquainted at school. Concerning the second question “What good learning assignments / tasks should be included?”, it would be reasonable to focus on good materials, as with good materials students will work independently and will persist at their

work and in addition with good materials your teaching task is manageable. Students who lack commitment to independent work find many ways to avoid it. The committed student, on the other hand, accesses more and more knowledge. Basic to the success of independent work is a student's commitment to it. When students are not naturally motivated, there are things that a teacher can do to obtain student commitment: give work that is appropriate and not too difficult; make a positive recognition of a student's work; evaluate progress; and make decisions about appropriate learning materials. In other words, the material has to be chosen and adapted if necessary to get students encouraged and motivated to work with it. To meet the needs of our students we (co-authors Samofalova O.A and Colin Whitehead (England)) are currently creating a special self-study workbook to the textbook "Human Body". In this workbook some original assignment and exercises will be included. However, it is not enough to rely on only the material. The main task of a teacher is to create and work out good learning task to the material they introduce at the lessons. Good learning tasks should: allow learners to rehearse, in class, communicative skills they will need beyond the classroom; be testable; enable learners to manipulate specific features of the target language; be suitable for mixed ability groups; be cognitively challenging by introducing the learner to new ideas, concepts or skills; be based on authentic or naturalistic source material; create situations in which students are required to interact and share information; integrate several skill areas (i.e. reading, writing, listening and speaking); address learning strategies (i.e. learning how to learn); have clear objectives stated about what learners will be able to do as a result of taking part in the task; give learners opportunities to explore course content and make it their own; require learners to publicly demonstrate their knowledge or mastery of skills; have learners evaluate their own efforts and the efforts of their peers; promote a cooperative as opposed to a competitive classroom climate. The following task analyses enable the English teacher to estimate if their composed tasks include / cover all the aspects for effective learning English. Task Analysis: Was this task... Successful in encouraging users to use language in a communicative manner? Testable? Focused on particular language features? Suitable for mixed ability groups? Cognitively challenging? Based on authentic materials? Successful in getting learners to interact and share information in meaningful ways?

ask Analysis II: Did this task... Integrate different language skills? Help learners develop successful learning strategies? Have clear objectives? Give learners opportunities to explore new content? Require learners to demonstrate their language skills? Include peer and self-assessment? Encourage collaborative learning? The third question covers the main points of teaching. It is not a rhetorical question, but the success of teaching and learning depends on the correct answer to it. Currently, language learning and language teaching is a combination of behaviorism and cognitivism. These comprise the audio-lingual method of language acquisition. Teaching based on behavioural psychology focuses on stimulus-response-reinforcement as the method for promoting learning. The student is presented with a great deal of material over the duration of a course, and frequently drilled or given oral/written feedback to reinforce accuracy and skill. There is a strong focus on repetition with the belief that this will create a habit of using language in certain ways: in response to certain cues. Many universities around the world are using this method for teaching Medical English. Their focus is on the presentation of reams of medical terminology with very little application to the real world of medical practice.

Cognitivism is another theory base for the audio-lingual method of language acquisition. Also based in psychology, this theory asserts that people acquire language by learning and internalizing the rules of that language's structure. The assumption is that if a student is given sufficient vocabulary they will be able to create their own sentences, convey messages, and make meaning. In this method, rules become paramount and it is possible to teach language lessons based solely on rules and formulas. Indeed, this is a very popular practice today. Lessons are created with a focus on the rule or structure for the day, i.e. the subjunctive clause. Any new vocabulary or exercises are designed around identifying and using the rule correctly. The old-fashioned methods of teaching emphasizing on memorization, reading and answering some pattern questions have to give place to innovative and interactive approaches. In other words, the goal of Medical English should be acquisition and application of language, not rote memorization or direct focus on vocabulary, grammar and structure.

So, in conclusion the teaching of Medical English needs to shift from traditional audio-lingual methods to being contextually-based and experiential. The provision of this type of teaching will improve the student's motivation to learn and to participate in learning activities. The teacher has a not insignificant role because any inability on his or her part in introducing and reinforcing good source material will have an adverse affect on the student's grasp and absorption of knowledge. An English teacher who attempts to teach Medical English without consulting medical practitioners or without doing adequate preliminary preparation will never achieve a good result. So a teacher needs to use learning materials more creatively and purposefully, supplementing them by composing analytical tasks. He or she should also pay attention to the context of lessons, making sure that it is relevant and valuable to the work health professionals are doing now and in the future.

BIBLIOGRAPHY

1. Piers Vigers "Why Should English Teachers Be Involved in Teaching Medicine" Some Suggestions for a Core Syllabus for Teaching Medical English. Jul. 2005, Volume 2, No.7 .Sino-US English Teaching, ISSN1539-8072,USA, [http:// Task-Based Learning and Teaching](http://Task-Based Learning and Teaching). Craig L. Dicker, Ph.D.U.S. Embassy, AnkaraDicker
2. Lorenzo Fiorito "Teaching English for Specific Purposes (ESP)".
3. UsingEnglish_com.htm
4. Melodie Hull "Changing The Paradigm For Medical English Language Teaching".
5. UsingEnglish_com.htm

УДК 811.111

IMPORTANCE OF GAMES IN FOREIGN LANGUAGE TEACHING*Zh.K Adilova , U.A.Khasanova**South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy Foreign languages department, Shymkent city***ТҮЙІН**

ұл мақалада әр түрлі ойындар арқылы ағылшын тілін оқыту қарастырылған. Сабақ барысында өткізілетін ойындар студенттердің ағылшын тіліне деген қызығын арттыруға көмектеседі.

РЕЗЮМЕ

В этой статье рассматривается использование различных типов игр для эффективного обучения иностранному языку. Игры на занятии позволяют интенсифицировать общение, повысить мотивацию к изучению языка.

Language learning is hard work. One must make an effort to understand, to repeat accurately, to manipulate newly understood language and to use the whole range of known language in conversation or written composition. Many foreign and home pedagogists and methodologists paid attention to effective using of games in the process of training. Games are often used as short warm-up activities or when there is some time left at the end of a lesson. Games also lend themselves well to revision exercises helping learners recall material in a pleasant, entertaining way. All authors referred to in our research, agree that even if games resulted only in noise and entertained students, they are still worth paying attention to and implementing in the classroom since they motivate learners, promote communicative competence, and generate fluency. When collecting games it is important to note what language need only be understood by the players and what language must be used by them. Indeed, in some games the learners are only expected to listen, understand and for example, point to a picture or carry out an action. Thus, the language level is determined by the type of use, not just the structures and vocabulary items themselves. The role of fun and games activities in teaching students. We want to show you some activity with games. There are many principles and many practical ideas for using play for the first or seconds year students. One of this games is "Fun and Games". It means all those activities that they loosely think of as involving play and enjoyment. Singing, clapping hands, chanting rhymes, solving puzzles, drawing, coloring, mode — making games. It will be the only loose thing about this paper-it is easy to be analytic about such a seductive subject as a fun. It is a common place that students learn better through play or at least can be induced to go along with teaching that is tempered by "fun" activities. We would not want to take issue with that basic proposition, but it can be dangerous one if acted upon by teachers or course designers with insufficient thought and rigor. They are all apt to be so delighted by the fact that students do get absorbed in a play or fun in a language classroom that they tend to assume something worthwhile must be going on. They might all take care about exactly what the students are absorbed in. Fun should have a role in, rather than just be a feature of, student's education. Here we offer some of the pitfalls:

They provide an activity which is absorbing in itself but is of negligible pay off in terms of language acquisition or else takes too long for too little return. Fun, but a waste of the limited time usually available for language learning. An example of this would be a board game whose rules are so complicated that the students are more absorbed in its mechanics than in the language comprehension or production work that it was originally designed to stimulate. Little English and a lot of native language will be heard in this case. "Color the picture" without any linguistic challenge is a good activity for calming students down, but if it goes on too long, time is doing wasted. That their best endeavors to provide a game or fun activity that is good for English are being distorted by the ingenuity of the students themselves. Very often they can create a "better" game in their own terms. Where is better both for them and for the main objective of their being in that class-getting to grips with a bit more English-this is clearly a case where we should steal the idea and use it. Some students are too snooty about humble-seeming activities and deny them a place in language lessons. Many everyday puzzle activities can play their part in language development, if they are used at the right moment and contain the right clues or challenges. In all three cases there are two messages to the teacher. First, they need to monitor what is actually, rather than seemingly, going on in class. Second, they need to develop a clear understanding of the mechanics and effects of different activity types. We attempt to categorize types of fun activity, and give suggestions within each category. What kind pay-off types they might expect for the students.

Class individual, pair and group work in gaming. In class work it is easy to demonstrate that learners say only one or two sentences in a lesson or, indeed, in a week. The greatest "mistake" (if oral ability is an aim) is for the learner not to speak at all! Thus, although some mistakes of grammar or pronunciation or idiom may be made in pair or group work, the price is worth paying. If the learners are clear about what they have to do and the language is not beyond them, there need be few mistakes. Pair work: it provides opportunities for intensive listening and speaking practice. Pair work is better than group work if there are discipline problems. Indeed, for all these reasons they often prefer to organize games in pair or general class work, rather than in group work. And so, they suggest to organize group work. Group work: some games require four to six players; in their opinion in these cases group work is essential. Membership of groups should be constant for the sake of goodwill and efficiency. If there is to be challenge between

groups, they should be of mixed ability. If there is to be no such challenge, the teacher might choose groups according to ability: this is very much a personal choice. Many teachers consider it advisable to have a group leader. However, once more, it is their experience that groups can operate perfectly well without a group leader. The leader would normally be one of the more able learners. However, there is much to be said for encouraging a reticent learner by giving the responsibility to him/her. The leader's role is to ensure that the game or activity is properly organized and to act an intermediary between learners and teacher.

The teacher's role, once the groups are in action, is to go from group to group listening in, contributing and, if necessary, correcting. The authors advise that if we have not organized group work before, then it is advisable to work slowly towards it. First of all, we should make the learners familiar with work in pairs. We should add to this games in which rows of learners if that is how they are seated play against us or between themselves. Finally, after perhaps several weeks, we can ask the rows of learners to group themselves together to play a game between themselves. It is absolutely essential that the learners are totally familiar with the games they are asked to play and it is very helpful if they are familiar with the game in their own language. When learners are familiar with group work; new games are normally introduced in the following way; explanation by the teacher to the class; demonstration of parts of the game by the teacher and one or two learners; trial by a group in front of the class; any key language and instructions written on the board; first try by groups; key language, etc. removed from the board;

The teacher should never interrupt a game which is following successfully in order to correct a mistake in language use. In this case it is obvious that the teacher is more concerned with form than with the exchange of ideas. In general, it is better for the teacher to note the error and to comment on it late. Having a training experience we understand that games help students to relax, entertain and encourage them, and help to develop their communicative competence, and role playing is a very serious work demanding an amount of concentration and develop speaking abilities during learning a foreign language.

BIBLIOGRAPHY

1. W.R.Lee. Language teaching games and contests.
2. Oxford: Oxford University Press 1979.
3. S.Rixon. How to use games in Language Teaching. London: Macmillan Publishers Ltd.
4. Teaching English to Children. From practice to principle. Edited by Christopher Brumfit. Jayne Moon and Tongue. First published by Collins FLT. 1991. unan D. Designing Tasks fir the Communicative Classroom

УДК 811.161.1+372.881.161.1

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

Ш.С Абдулдаева, М.Б.Кыркинбаева

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

«Интерактивные формы обучения русскому языку» мақаласында білім беру жүйесінің даму мәселерінің өзекті сұраныстарын ескере отырып, орыс тілін үйретудегі интербелсенді әдістері көрсетілген: аудиторияда білім атмосферасын зерттеу процессін ұйымдастыру, стандарттық емес оқу және тұлғааралық жағдайлар мәселесін шешу, студенттердің өз ойын айтуына жағдай тудыру.

SUMMARY

This article is devoted to the methods of using interactive forms in the studying Russian. Such actual problems of educational system development as: making of educational climat in a class, organization of research work, decision of unconventional intrapersonal situations and, respect of students opinions are given in the article.

Интерактивное обучение – актуально и в новом тысячелетии. И на наш взгляд, в связи с внедрением информационных технологий и сетевых сообществ в образовательный процесс, дистанционного метода обучения, оно позволяет студентам не только знать, но и помогает приобрести навыки в изучаемом вопросе. Известно, что индивид становится личностью только в процессе взаимодействия, взаимоотношений с другими людьми. Мы не можем сказать о человеке, каков он – добрый или злой, целеустремленный или безалаберный и т.д. до тех пор, пока не увидим его во взаимодействиях с окружающими людьми. Только процесс общения, взаимных действий способен стать индикатором успешной социализации личности. Различия между «дать знания» и «достичь понимания» огромно. Установка на механическое запоминание знаний приводит к скорому забыванию этих сведений студентами. Только осмысленные и всесторонне проверенные на практике знания становятся подлинным достоянием человека – наш ум не растает с теми истинами, которые для себя считает доказанными. В настоящее время цель обучения несколько изменилась и состоит не только в накоплении суммы знаний, умений и навыков, но и в подготовке студента как субъекта своей образовательной траектории. Задачи же остаются неизменными многие десятилетия: это все то же воспитание и развитие личности, основным средством решения которого продолжает оставаться познавательная активность. Каким же образом

нужно построить обучение, чтобы процесс познания стал интересным, значимым и для преподавателя и для студента? Я предлагаю интерактивное обучение. Мне оно помогает поддерживать хороших результатов у студентов в учебной и внеурочной деятельности, личностное развитие за счет уменьшения доли репродуктивной деятельности, обеспечивая снижение нагрузки студенту и повышения качества знания.

Интерактивное обучение – это обучение, погруженное в общение, оно сохраняет конечную цель и основное содержание предмета, но видоизменяет формы и приемы ведения занятия. Интерактивный метод обучения решает одновременно три основные задачи: познавательную, коммуникативно-развивающую, социально-ориентационную. Этот метод позволяет реализовать субъект - субъектный подход в организации учебной деятельности, формировать активно-познавательную и мыслительную деятельность студентов, усилить мотивацию к изучению предмета, создать благоприятную атмосферу на занятиях, исключить монологическое преподнесение учебного материала и дублирование информации, которая может быть получена из доступных источников, самопроизвольно запоминать специальные термины и сведения, отрабатывать в различных формах коммуникативные компетенции студентов.

Что же позволяет достигать активизации познавательной деятельности студентов при интерактивном обучении? Конечно же, научно-методические основы, на которых базируется интерактив. Это: обучение через опыт и сотрудничество; учет различий в стилях познания, поисковые и исследовательские методы, игровые методы. В группе интерактивного обучения должны осуществляться две основные функции, необходимые для успешной деятельности: решение поставленных задач (учебных, поведенческих и пр.), оказание поддержки членам группы в ходе совместной работы. Этапы проведения интерактивных форм: Разминка; Объединение в группы; Организация учебной деятельности учащихся в группе; Подведение итогов; Презентация групповых решений; Рефлексия. Формирование групповой общности можно начать со своеобразной разминки – эмоциональной, интеллектуальной, коммуникативной и т.д. Затем формирование микроклимата занятия продолжаются на этапе объединения в группы. Как правило, здесь есть три пути. Первый путь предлагает студентам объединяться в группы «по желанию». Плюсы такого подхода заключаются в учете межличностных связей студентов. Но существуют и минусы: формируются группы, неравные по силе, поэтому результаты совместной деятельности могут сильно различаться. И еще важный момент: упускается возможность общения с разными студентами искать компромиссы при неприятии их по каким-либо причинам, учиться строить отношения с разными людьми.

Второй путь заключается в формировании групп самим преподавателем, принимая во внимание конкретные задачи занятия преподаватель предусматривает состав группы. Третий путь – формирование малых групп путем случайного подбора. Здесь в качестве способов используются специальные приемы. Следующий этап интерактивного обучения – организация учебной деятельности студентов в группе. Он включает несколько ступеней: усвоение учебной задачи, стоящей перед группой; процесс поиска (обсуждения) лучшего решения; умиротворение мнений и подведение итогов групповой работы; презентацию группового решения поставленной задачи в рамках, определенных педагогом. Функции в группе могут быть четко распределены на основе самоорганизации участников: преподаватель предлагает роли, а студенты определяют, кто какую будет исполнять. Важно, что роль лидера отсутствует, а обязанности распределены так, что ни один участник в группе не доминирует. Организация групповой деятельности

Компоненты деятельности	Функции группы, ведущие к успешной деятельности	
	Решение задач	Оказание поддержки
Роли членов группы	Инициатор, разработчик, координатор, контролер, оценщик, интерпретатор, секретарь, «гонимый», докладчик, хранитель времени и др.	Вдохновитель, гармонизатор, организатор общения, доброжелательный слушатель.
Содержание деятельности	Внесение, принятие предложений, сведений, мнений, их обработка.	Поддержка начинаний, побуждение к высказываниям, принятие чужих идей.
Результат	Мобилизации всех членов на поиск и достижение поставленной перед группой цели.	Укрепление взаимной приязни членов группы и их сплоченности, что облегчает достижение групповой цели.

В процессе поиска решения задачи при интерактивном обучении происходит столкновение различных точек зрения учащихся. Поэтому преподаватель в зависимости от ситуации может: изначально обозначить допустимые и недопустимые формы взаимодействия, дождаться конфликтной ситуации и уже постфактум познакомить учащихся с нормами поведения в группе, совмещать первый путь со вторым. Процесс поведения итогов показывает, насколько удалось группе выполнить поставленную задачу. Существует несколько «подводных камней» к которым должен быть готов преподаватель. Например, на представлении решении группы вдруг выясняется, что «рупор группы» («спикер», «ритор», «говорун» и пр.) высказывает свое мнение, а

не мнение группы. Или, наоборот, в процессе защиты оказывается, что далеко не каждый член группы в состоянии объяснить и доказать решение.

Следующий этап интерактивного обучения – рефлексия прошедшего занятия. Эффективность этого этапа зависит от многих факторов: Учебное взаимодействие должно выполнять не только функцию решения учебной задачи, но и оказания поддержки членам группы. Преподавателю надо заранее подобрать вопросы, помогающие студентам понять и адекватным образом выразить отношение к происходящему. Например: Легко ли работать в группе? Кто ощущал себя не комфортно и почему? Что испытывает человек, которому не дают высказаться? Преподаватель заинтересован в том, чтобы студенты учились понимать и конструктивно оценивать происходящее, поэтому он должен быть готов принять различные точки зрения учащихся, даже если они негативные. Эффективность рефлексивного этапа зависит также от готовности студентов к самоанализу. Важно чтобы рефлексия присутствовала на каждом занятии, чтобы в нее на первых порах включались без исключения все студенты. Таким образом, основные методики организации интерактивного обучения включает следующие положения: нахождение проблемной формулировки темы занятия; организация учебного пространства, располагающего к диалогу; мотивационная готовность студентов и преподавателя к совместным усилиям в процессе познания; создание социальных ситуаций, побуждающих студентов к интеграции усилий для решения поставленной задачи; выработка и принятие правил учебного сотрудничества для студентов и преподавателя; использование «поддерживающих» приемов общения: доброжелательные интонации, умение задавать конструктивные вопросы и т.д.; развитие общегрупповых и межличностных навыков анализа и самоанализа. В таком понимании интерактивное обучение как форма образовательного процесса действительно способно стать тем фактором, который оптимизирует сущность и структуру педагогических взаимодействий.

Из опыта работы можно точно сказать: не верьте, если Вам скажут, что играть легко. Игра – трудная и непредсказуемая форма проведения занятия. Во время учебной игры преподавателю приходится быть и взрослым и ребенком, незаметным и мудрым, всегда готовым к импровизации, творчеству и ... ошибке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенталь Д.Э., Голуб И. Б., Теленкова М. А. Современный русский язык. М: Айрис-Пресс, 2002.
2. В. Ф. Греков. Пособие для занятия по русскому языку. М., 2005.
3. Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов в условиях кредитной системы обучения. Алматы, 2004.

УДК 372.8:811.161.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ

Б.Ж. Тапелова

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Бұл мақалада жоғарғы оқу орындарында орыс тілін диалог тәсілімен оқытудың жаңа технологиялары қарастырылған.

SUMMARY

This article is about new ways of the dialogue speech teaching at the initial level of EFL study.

Одной из разновидностью литературного языка является «разговорная речь», которая представляет собой пример коммуникативного взаимодействия людей, и следовательно, показывает все нюансы целенаправленного поведения. Неофициальность обстановки общения, ситуативная обусловленность речи, ее спонтанность, мгновенность и одновременность процессов речи – мысли затушевывают сложный характер этого феноменального человеческого поведения, которое во многом обусловлено социальными ролями участников, их психологическими особенностями, эмоциональным состоянием. Начиная с древности исследователи разговорной речи различают такие ее формы, как диалог, полилог и монолог, признавая диалог «естественной» формой существования языка, а монолог – «искусственной». Строение диалога определяется не столько правилами языкового поведения людей, сколько канонами человеческого общения и индивидуальными особенностями мировосприятия говорящих. «Ключевым в концепции обучения русскому языку студентов нефилологических специальностей с целью формирования функциональной грамотности является следующее определение языковой личности: компетентный носитель языка (языков), способный, в силу лингвистического мышления и соответствующего ему сознания, развитого чувства языка и способности к использованию языка во всем многообразии его функций, оперативно и эффективно ориентироваться в многоязычном информационном пространстве, продуктивно в отношении себя и партнеров по речевой коммуникации участвовать в разножанровых диалоге и полилоге, гибко и системно использовать потенциал лингвистического образования для саморазвития и самореализации в речевом творчестве, продуктом которого выступает текст высокой культурологической и этнокультурологической маркированности» (1). Эффективным путем в

развитии коммуникативной компетенции студентов является применение на занятиях русского языка – диалогичности, так как это наиболее развитая форма непосредственного общения. Диалогическая форма общения – это наиболее характерная форма для проявления коммуникативной функции языка. Диалог – это процесс общения двух или более собеседников – партнеров, поэтому в рамках одного речевого акта каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего. Диалогическую речь нельзя спланировать, речь одного из партнеров зависит от речевого поведения другого партнера.

Для обучения диалогической речи чаще всего применяются диалог – односторонний расспрос, двусторонний расспрос, а также преподаватели используют как образцы обучения диалогической речи диалоги этикетного характера, диалоги «ролевые» и диалоги «равноправные». Основной целью обучения говорению является развитие у студентов способности осуществлять устное речевое общение в разнообразных социально детерминированных ситуациях. Высказывание каждого собеседника должно содержать не менее 3-4 реплик, правильно оформленных в языковом отношении. При этом студенты должны овладеть запасом диалогических единств типа «вопрос-ответ»; «предложение (просьба) – ответная реакция», варьировать лексическое и грамматическое наполнение этих единств. Студенты должны научиться отвечать на вопросы различных видов (без вопросительного слова и с ним); самостоятельно задавать вопросы; реагировать на реплику, выражая согласие, удивление, сомнение, радость или опровергая услышанное; инициативно задавать вопросы; составлять диалог с опорой на диалог – образец.

Развитию умений и навыков диалогической речи способствуют другие упражнения, направленные на овладение диалогом – образцом; чтение диалога с заменой реплик (вопросник, интервью, анкета) и ответы (рассказ, отчет), которые могут составлять целое высказывание. Если соединить в единое целое ответы студентов, то получится связное высказывание обобщающего характера. Из диалогов мы можем получить коллективный монолог, построение которого зависит от точности ответов его партнера. Диалогическое общение представляет собой не один какой-то вид речевой деятельности его участников, а речевой акт (обмен информацией), в котором говорение и слушание – неразрывно связанные виды речевой деятельности. В качестве основных, обучающих диалогических форм общения фигурируют упражнения, развивающие умение быстро и разнообразно реагировать на сказанное собеседником, умение быстро и разнообразно реагировать на сказанное собеседником, умение поддержать беседу («Как бы вы реагировали, если бы вам сказали...»). Упражнения такого типа развивают умение самостоятельно решать, что из имеющегося запаса подходит для данного случая. Одним из средств обучения тактике общения служат функциональные опоры. Они представляют собой названия речевых задач, расположенных для каждого из собеседников в продолжительно необходимой последовательности. Вот пример: А) оба партнера получают общую задачу «Докажите, что книгу... стоит прочесть?». Б) задачи партнеров разные: 1. «Объясни почему ты занимаешься зимним спортом». 2. «Убеди своего товарища в том, что зимним спортом заниматься стоит».

Когда функциональные опоры применяются впервые, нужно проделать следующую работу: А) прочесть диалог (лучше прослушать фонограмму с опорой на текст); Б) выяснить путем вопросов, какую функцию выполняет каждая реплика; В) составить по функциям модель диалога; Г) воспроизвести по модели диалог; Д) изменить ситуацию и показать, как изменится тактика говорящего; Е) высказаться по измененной модели. Такой комплекс достаточно провести несколько раз, чтобы студенты поняли суть того, чему необходимо научиться. Система по обучению диалогической речи включает в себя: подготовительные упражнения (лексические, грамматические, фонетические упражнения). Условно-коммуникативные, где поддерживается двусторонняя активность. Таким образом, при построении диалогической речи мы должны учитывать адекватность реплик, смысловую и функциональную завершенность диалога, экспрессивность речи, грамматическую, фонетическую чистоту речи, разнообразие реплик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ба Люньюн. О вопросе приучения интереса учащихся к русскому языку.// Вопросы гуманитарных наук.// №3, 2004г.
2. Мурзашева А. //Концептуальные и методические основы формирования функционально грамотной языковой личности.// Высшая школа Казахстана, №1, 2003г.

УДК 811.111

TEACHING ENGLISH MAY BE FUN

Y.V Svichkar, S.S.Azimbayeva

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy Foreign Languages Department, Shymkent

ТҮЙІН

Бұл мақалада ағылшын тілін оқытуда ойынды пайдалануды шешуші кездері көрсетілген. Сонымен қатар оқытушы оқу үрдісі кезінде қолдануға болатын кейбір ойын мысалдары қарастырылған.

РЕЗЮМЕ

В статье отражены ключевые моменты использования игр в методике обучения английского языка. Рассмотрены некоторые примеры игр, которые преподаватель может ввести в процесс обучения.

Language learning is hard work ... Effort is required at every moment and must be maintained over a long period of time. Games help and encourage many learners to sustain their interest and work. There is a common perception that all learning should be serious and solemn in nature and that if one is having fun and there is hilarity and laughter, then it is not really learning. This is a misconception. It is possible to learn a language as well as enjoy oneself at the same time. One of the best ways of doing this is through games. [2]. Students may wish to play games purely for fun. Teachers, however, need more convincing reasons. Teachers need to consider which games to use, when to use them, how to link them up with the syllabus, textbook or program and how, more specifically, different games will benefit students in different ways. The key to a successful language game is that the rules are clear, the ultimate goal is well defined and the game must be fun. Games also help us, teachers, to create contexts in which the language is useful and meaningful. The learners want to take part and in order to do so must understand what others are saying or have written, and they must speak or write in order to express their own point of view or give information. The need for meaningfulness in language learning has been accepted for some years. A useful interpretation of "meaningfulness" is that the students respond to the content in a definite way. If they are amused, angered, intrigued or surprised the content is clearly meaningful to them. If it is accepted that games can provide intense and meaningful practice of language, then they must be regarded as central to a teacher's repertoire. They are thus not for use solely on wet days and at the end of term [1]. Language learning is a hard task which can sometimes be frustrating. Constant effort is required to understand, produce and manipulate the target language. Well-chosen games are invaluable as they give students a break and at the same time allow students to practice language skills. Games are highly motivating since they are amusing and at the same time challenging. Furthermore, they employ meaningful and useful language in real contexts. They also encourage and increase cooperation.

Games are highly motivating because they are amusing and interesting. They can be used to give practice in all language skills and be used to practice many types of communication. Games are often used as short warm-up activities or when there is some time left at the end of a lesson. Then, a game should not be regarded as a marginal activity filling in odd moments when we, teachers, and class have nothing better to do. Games ought to be at the heart of teaching foreign languages. Games also lend themselves well to revision exercises helping learners recall material in a pleasant, entertaining way. All authors we referred to [1,2,3] in this article agree that even if games resulted only in noise and entertained students, they are still worth paying attention to and implementing in the classroom since they motivate learners, promote communicative competence, and generate fluency. Games have been shown to have advantages and effectiveness in learning vocabulary in various ways. First, games bring in relaxation and fun for students, thus help them learn and retain new words more easily. Second, games usually involve friendly competition and they keep learners interested. These create the motivation for learners of English to get involved and participate actively in the learning activities. Third, vocabulary games bring real world context into the classroom, and enhance students' use of English in a flexible, communicative way. Therefore, the role of games in teaching and learning vocabulary cannot be denied. However, in order to achieve the most from vocabulary games, it is essential that suitable games are chosen. Whenever a game is to be conducted, the number of students, proficiency level, cultural context, timing, learning topic, and the classroom settings are factors that should be taken into account.

So, there are many advantages of using games in the classroom: 1. Games are a welcome break from the usual routine of the language class. 2. They are motivating and challenging. 3. Learning a language requires a great deal of effort. 4. Games provide language practice in the various skills- speaking, writing, listening and reading. 5. They encourage students to interact and communicate. 6. They create a meaningful context for language use [2]. How to choose games: a game should be more than just a fun. a game should involve "friendly" competition. a game should keep all of the students involved and interested. a game should encourage students to focus on the use of language rather than on the language itself. a game should give students a chance to learn, practice or review specific language material [3]. Here are some examples of games that we may use with our students. The level and game objectives are different.

1. The "Magic Matchbox" game. This is a guessing game played by teams to practice numbers. The teacher challenges the students to count 11 toothpicks in his/her hand. To model the game, the teacher then puts some into the matchbox, shakes it and asks the students to guess how many are inside. The teacher explains how to play the game in the students' native language if necessary. The teacher divides the class into two teams, giving each team English name. Then the teacher writes team names on the board for scoring during the game. The first player stands up, shakes the matchbox in his/her hand. His/her team members shout together: "How many?" Then give the answer by replying: "There are ..." If it is correct, the team wins a point. If not, another one gets the point. Then switch roles. The game continues until all of the players get a turn. The team with the most points wins.

Word Association. The instructor needs to gather the students in a wide circle. A noun will be given and a person will be called who would then tell the group if it is a common, proper, mass, count or collective noun. If a person gets it right, he or she would then give another noun and call another person to state what type of noun it is and so on

and so forth. The instructor needs to encourage that the faster the pace, the better since it will demonstrate the students' mastery of nouns. This is ideal for beginners.

Dictionary Bingo. This game is ideal to enhance students' vocabulary. Each of them will be provided a card that has 20 squares containing definitions. The instructor will give a term and the students need to find the definition in their cards. Just like the real bingo, the participants can win only by drawing a line vertically, horizontally or diagonally. The challenge, however, is that they need to be able to identify the correct definition. This game is for students of intermediate level.

Storytelling. The instructor needs to set up 3 boxes at the front of the room. The first box will contain slips of papers, each with a proper noun referring to a person. For example, a policeman. The next box should contain slips referring to places, like a swimming pool. The third box will be about verbs. For example, to eat. The students will be asked to draw a slip from each of the box. Then they have to create a one – page story using three words. This game is for advanced learners. In conclusion, teaching English through games is effective and interesting way that can be applied in classrooms. The result of this research shows that games may be used not only for fun, but also for useful practice and thus leads towards the goal of improving learners' communicative competence.

BIBLIOGRAPHY

1. Andrew Wright, David Betteridge, Michael Buckby. Cambridge University Press, 1984.
2. Lee Su Kim. "Forum" Vol.33 № 1, January-March 1995.
3. Jin Yong Mei and Jang Yu-jing, Daejin University ELT Research Paper, 2000.

УДК 001.4

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ РАЗВИТИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ

А. Н. Касымбекова

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада терминтану дамуының кейбір аспектілері қарастырылған.

SUMMARY

Some aspects of terminology of development are shown in this article.

Терминология, как известно, самая подвижная часть лексики современного языка, имеющего научную традицию. Терминология как научная дисциплина – детище XX века. Термины как разряд специальной лексики выполняют важнейшую коммуникативную функцию – обеспечивают взаимопонимание между представителями различных областей знаний и научных дисциплин. Количественная значимость терминологии в общем словарном фонде подчеркивается в работе чешского лингвиста К. Сохора, по наблюдениям которого 90% новых слов языка относится к научной и технической терминологии [1,3]. В терминологической лексике справедливо видят наиболее яркого «языкового представителя» той или иной области знания, неизменно растет интерес к терминологии и при решении самых различных прикладных задач лингвистики: при формализации смысловой обработки текста, создании информационно-поисковых языков, разработке компьютерных диалоговых систем и т.п.

Центральное место в терминологической деятельности занимает разработка терминологий отдельных отраслей науки. Каждая терминологическая разработка исходит из системы понятий. В любом случае ее результаты закрепляются в словах. Отсюда важность языкового аспекта терминологической работы. Сочетание языкового и профессионально-предметного аспектов необходимо в межъязыковых терминологических работах, которые ведутся в связи с переводом специальных текстов на другие языки и составлением двуязычных и многоязычных словарей [2,170].

Состояние современной терминологической науки является результатом научных изысканий в зарубежном (Н.Febber, E.Wüster и др.), русском языкознании (А. А. Реформатский, Д. С. Лотте и др.). Большой вклад в дело формирования и развития казахской научной терминологии внесли труды Х. Жубанова, А. А. Абдрахманова, С. К. Кенесбаева, А. Т. Кайдарова, О. Айтбаева, Ш. Курманбайулы и др. В. М. Лейчик выделяет два этапа развития терминологической науки, третий этап, по мнению автора, находится в стадии зарождения. Первый этап, связанный с именами Д. С. Лотте, Э. Вюстера, автор относит к 30-60 гг. XX века. На этом этапе терминоведение признавалось самостоятельной наукой, разрабатывались научные основы унификации совокупностей терминов и прикладных аспектов их использования. В этот период продолжалась работа по изучению многих отраслевых терминологий, началось исследование функционирования терминов в связных текстах, началось формирование нового понимания терминологических единиц.

Эти подходы, по мнению В. М. Лейчика могут рассматриваться в качестве первых шагов третьего этапа развития терминологической науки [3,145]. Произошедший в терминоведении в 70-х годах XX века переход от

структурной парадигмы к структурно-функциональной позволил рассматривать термин не только как лингвистический объект, но и как средство изучения функциональной природы языка [3,46]. Одной из общих закономерностей развития специальной лексики является пополнение ее из различных источников, к которым, как известно, относят: лексику своего языка, заимствование иноязычного термина, словообразование на базе лексики своего языка, формирование терминов из международных терминологических элементов.

В деле создания и совершенствования научной терминологии центральным вопросом является выбор наиболее разумного (для каждого данного языка) пути терминоведения. Трудности такого выбора обусловлены необходимостью гибкого сочетания определенных национальных традиций в создании и употреблении терминов с тенденцией к интернационализации терминологии данной отрасли знания, а самый естественный, проверенный историей науки путь к интернационализации терминологии лежит через использование греко-латинских элементов как наиболее нейтрального и универсального материала для создания термина [3,47].

По поводу способов образования национальной терминологии, однако, нет единого мнения, так же как нет устоявшегося принципа терминоведения [4,341]. Отсутствует единство и в определении объема, рамок, продуктивности и непродуктивности способов терминоведения. На наш взгляд, актуальными являются терминологизация (использование слова общеупотребительного языка в терминологическом значении, сюда же относим семантическое калькирование); ретерминологизация (использование терминов других отраслей знаний); терминоведение (создание терминов по определенным моделям с привлечением также греко-латинских элементов); заимствование терминов.

О. Айтбаев отмечает, что в тюркских языках, в казахском в частности, установились определенные модели образования новых терминов, которые представлены семантическим, морфологическим, синтаксическим способами и калькированием. Калькирование – богатый материал для пополнения терминологической лексики языка. Как известно, терминология казахского языка, помимо арабо-персидских заимствований, располагает русскими заимствованиями. Одним из основных источников новых русских терминов является англоязычная литература, например, в медицинской области знаний более 75% медицинской информации публикуется на английском языке. Глобализация во многом обеспечила англоязычной терминосфере роль терминологической матрицы науки XXI века.

Познавая в процессе когнитивной деятельности новые объекты действительности, открывая новые грани, признаки и свойства ранее познанных, человек стремится фиксировать результаты познания в новом термине. Терминологические неологизмы возникают в процессе реализации коммуникативно-прагматической установки человека, общества, преобразующих окружающий мир.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шелов С. Д. Термин. Терминологичность. Терминологические определения. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ, 2003. – 280 с.
2. Суперанская А. В. И др. Общая терминология. Терминологическая деятельность. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – 288 с.
3. Азаматова А. Х. Метаязык лингвистики. – Алматы: Қазақ университеті, 2008. – 308 с.
4. Айтбаев Ө. Қазақ тіл білімінің мәселері. – Алматы: «Арыс» баспасы, 2007. – 624 б.

ӘОЖ 130.2

ИМАНДЫЛЫҚ ҚҰНДЫЛЫҚТАР

Қ.Б. Кемелбеков

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қаласы

Иман – адамның рухани өсуінің бастауы, жүрек – ділдің қазынасы, жоғары хақиқатты тануының басты шарты. Иман мен рухтың өсуі өзара тығыз байланысты қажетті шарттар. Иман рухтың негізі. Рухтың өсуімен иман бекіп ұлғаяды. Иманды – бәйтеректің тамырына, рухты дараққа балауға болады. Нәпсінің рухтың өсуіне бөгет болып қана қоймай, иманды ұрлауды көздейтін қорқаулығын айту арқылы Шал ақын оның аса қауіпті дұшпандығын айқындай түседі.

Жарлығы екі болмас хақ Құдайым,
Жанында серігі жоқ дақ Құдайым.
Жанымды алсаң, Құдай, иманмен ал,
Шайтанның қазасынан қақ Құдайым, -
деп мінажатпен жырын аяқтаған ақын иман қазынасы мен рух байлығын сақтаушы бір Алла ғана деп біледі.

Жігіттер, жалған дүние бізден қалар,

бір күні ажал келіп жаныңды алар,
Жан шығып дүниеден көшкеннен соң,
Мал-мүлкің, қатын-балаң бәрі қалар.

Жігіттер, ғибадат қыл маған нансаң,
Намаз оқы Алланы ойыңа алсаң,
Қырық жыл қашқан ажалдан Қорқыт та өлген,
Түбінде сөз сенікі өлмей қалсаң.
Кәрі өлсе соққан дауыл тынғандай-ақ,
Жас өлсе бәйтерегін сынғандай-ақ.
Жігіттер, жас кезінде тәубаға кел,
Ажал деген көзді ашып-жұмғандай-ақ, -

деп жыр-шумақтарында тағат ғибадатқа шақырады. Осы жолдардан аңғаратынымыз, иманды нәпсінің дұшпандығынан қорғайтын да, иман арқылы хақтан нәр алып, өсетін рухтың азығын жеткеретін де тағат-ғибадат деп біледі. Діннің тірегі иман, сондықтан халықты иман жолынан ауытқымауға шақырады. Себебі «иман өзгерсе – дінің өзгереді. Дінің өзгерсе – дүниетанымың өзгереді. Таныммен қоса сенім де, сенімге орай дәстүр де, дәстүрге сай тәрбие де өзгереді. Ғылым мен өнер де басқаша мұрат-мақсатты нысана етіп, жат арнаға түседі. Солардың ықпалымен адамдардың арасындағы қарым-қатынас, бауырмалдық сезім, тектік қасиет, сыйласым мен сыйластық та өзгеріске ұшырайды» [1]. Дін адамның ұятында, арында яғни оның иманында. Ұят жоқ жерде иман жоқ. Сол сияқты арсыз адамда да иман болмақ емес. Ұят пен ар иманның негіздері. Ұяты, ары бар жан Жаратушысын танып, иман келтірмек.

Абыл жырау толғауларында адамның жас күнінде иман жинап, Құдайдың бірлігін тануға бар күш-жігерін салуы қажеттігі айтылады:

«Лә иләһә иллалла» – иманымыз,
Бір имандай болмады жиғанымыз.
«Кун» деген бір әмірге жолыққасын,
«Фаякун» енді міне, болғанымыз! [2]

Қазақ халқының дәстүрлі қара өлең үлгілерінде де «Оралыңның барында иман ізде, Шамаң келмес базарың тарқаған соң» деген сияқты діни дүниетанымның түйінді, тұжырымды тұстары барынша орын алған, ол халық аузында айтыла-айтыла бүгінгі күнге дейін жеткен. Жоғарыдағы Абыл жырау сөзіндегі «Кун фаякун» فکون Құдай тағаланың «Бол!» деген әмірімен барлық ғалам пайда болғандығын көрсетеді. Исламдағы он сегіз мың ғаламның жаратылысы себебі осыдан басталады.

Иманы берік халықтың рухы да мықты болатынын, имансыздық, ұятсыздық дінсіздікке апаратынын Ғұмар баса айтады. Сондықтан қай қоғамда болмасын дінге мықтылық, иманға беріктік керек. Ғұмар жан мәселесіне де көңіл аударған. Ислам діні бойынша адам жаны о дүниеге барғанда жауапқа тартылады. Оның жер бетінде жасаған жақсы, жаман істері таразыға салынады. Себебі жердегі тіршіліктің иесі адам болғандықтан, оның жаны, рухы өзге тіршілік иелерінен жоғары тұр. Ал иманның жолдасы – ұят. Ғұмар ол ойын былай білдіреді:

Тұрады ұят тұрған жерде иман,
Әдебі пайғамбардың бұған илан.
Өртүрлі бұзықтықтан адамзатты
Тек жалғыз бұ дүниеде ұят тиған [1].

Ғұмар екі дүниеде де адамға иманы жолдас деп түсінген. Иманды адам жан азығы арқылы жетілдіріп, шыңдап отыруы абзал. «Алла тағала рух арқылы адамның тәніне жан салғаннан кейін ғана адам өзінің өмірлік мақсаттарына келе алады немесе адам мақсатты – тіршіліктік жаратылысы қалпына ене алады. Адам материалдық өмірді жандандырады, іске қосады, оған рухани жылулық беріп, махаббат сәулесін шаша алады және өзі жасаған заттар мен құбылыстарға әдемілік бере алады. Олай болса, жан адамға берілген басқа қасиеттерге қарағанда маңыздырақ құбылыс болып тұр. Өйткені адам тек жанның қуаты арқылы ғана тіршілік етеді, өмір сүре алады. Жан арқылы ғана адам тәні шынайы тіршілікке ие болады. Ал жан тән арқылы ғана өзін көрсете алады, дами алады. Тән жанның даму құралы. Тән тозғанда жан өз тіршілігін тоқтатады. Жан адамның жердегі тіршілігі үшін жаратылған» [1].

Шәкәрім «ұждан» мәселесін жанның азығы ретінде қарастырған. Бұл көзқарас Ғұмар дүниетанымынан да орын алған. Сол сияқты кешегі ХХ ғасырдың ортасына дейін өмір сүрген, атеистік заманда да имандылық қасиеттен әсте ауытқымаған Сәттіұл жырау Жанғабылұлы:

Дүние-фәни бұл жалған,
Түбіне соның жетем деп
Кызықтап кімдер қумаған?
Тірлікте жиған абырой

Ақырда иман болмаса

Туғаннан жақсы тумаған [2], - деген.

«Имандылық қасиеттің сырына тереңірек үңілетін болсақ, қазақ халқы имандылықтың үш негізін өздеріне тірек еткен. Ол, біріншіден, дін, яғни, ерте ғасырлардың өзінде ұлан – ғайыр қазақ сахарасына кең тарап, жергілікті ұлттардың (оның ішінде түркі тектес тайпалардың) арасына сіңіп, олардың өмір – тіршілігімен қабысып кеткен ақиқат дін – Ислам діні. Пайғамбарымыз Мұхаммед жайған діннің ең тазасын қаймағын бұзбай, сол қалпында елдің санасына жеткізген әулие аталарымыз. Халқымыз имандылық нұрының бастауларын сондай жүрек көзі ашылған перзенттерінен алды деп толық сеніммен айта аламыз. Екінші тірегі – салт-дәстүр. Қазақ тұрмысында «тал бесіктен жер бесікке» дейін қайталанып жататын далалық өркениеттің жарқын көрінісі. Салтынан, әдет-ғұрпынан қол үзбеген жұрттың кезінде талай өзге елдің өкілдерін, ғалым – зерттеушілерді тамсандырғанын білеміз. Имандылықтың үшінші тірегі – ана тілі. Ананың бал әлдиімен бойға дарып, жүрекке сіңген ана тілдің құдіреті байтақ даламызға береке дарытты, ұлттың ұлан – ғайыр жерде бытырап жоғалмай, бір шаңырақ астына бірігуіне күшті құрал болды» [3].

Осындай басты-басты үш қасиетті берік ұстаған ата – бабалар біздерге, кейінгі ұрпақтарына «адастырмас айқын жолды» көрсетіп кетті. Данышпан Абай бір қара сөзінде: «ата – бабаларымыздың бұл замандағылардан артық екі мінезі бар екен. Ол екі мінезі қайсы десен, әуелі, ол заманда ел басы, топ басы деген кісілер болады екен... Екіншісі намысқор келеді екен,»- деп қапаланып жазады. Біз де Абай дана өкінішінің артын құшып жүрмейік. Иманымызды ту етіп, соған жету үшін бар күш – жігерімізді салып, аянбай еңбек етейік.

Қазақта имандылық адамгершілік, ізгілік қасиеттерді білдіреді. Имандылықтың мұндай мағынаны білдіруі қазақтың мұсылман болуынан туындаған. Имандылық сөзі иманнан шыққан. Иман – жүректегі нұр, имандылық соның сыртқы пішіні. Имандылық – Алла Тағалаға иман еткен адамнан туған көркем мінез. Имандылық көркем мінезі әрбір мұсылманның бойынан табыла бермейді, әрбір мұсылманның сипаты имандылық пен көркем мінезді болуы шарт емес. Атам қазақтың адамгершілік ұғымын имандылық сөзімен беруінде ерекше мән бар. Өйткені, адамгершілік пен имандылық арасында үлкен айырмашылық бар. Адамгершілік – барлық адамның бойында бола алатын адамның адамдық болмысынан туған қасиет.

Имандылық – әлемнің Жаратушысы, Ұлы Досына деген иман атты сүйіспеншілігінен туған аса ізгі қасиет. Яғни, әрбір имандылықта адамгершілік бар болса да әрбір адамгершілікте имандылық болмауы мүмкін. Сондықтан қазақта имандылық – ауқымы аса кең ой-толғамға ие, ерекше мәнді ұғым. «Қазақ иманын – өз болмысының тірегі мен ар-ожданның асыл тас ақиқаты деп ұққан. Сол себепті жүректен иман шыққаннан кеудеден жан шығуды артық санаған» [4]. Оған мына сөз куә: «Малым жанымның садағасы, жаным арымның садағасы». Бұл жерде «арым», деп отырғаны – иман. Қазақ иман мен имандылықты Пайғамбарымыздан (с.ғ.с) үйренген. Пайғамбарымыз (с.ғ.с): «Мен адамдарға көркем мінезді толықтыру үшін жіберілдім» деу арқылы әлемдегі имандылықтың қаншалықты маңызды екенін көрсеткен. Сондықтан да Пайғамбарымыз (с.ғ.с) имандылықты жаю жолында өзі бірінші үлгі болған. Ол имандылық пен көркем мінезділікте алдына жан салмайтын теңдессіз жан болатын. Ол бірде: «Мені Раббым тәрбиеледі. Әрі аса көркем түрде тәрбиеледі», – деген болатын. Ақылдың шын мәніндегі қызметі нәпсі қамымен қулық-сұмдықтың шытырмансына бойлап, айла табу емес, керісінше, күмәнді ойларға дәлелді жауап тауып, иманды күзету дейді.

«Өттің бір дүние өттің-ай», - деп аһ ұрған ақын бұл дүниенің өткіншілігін тілге тиек ете отырып, оның жалғандық сырын ашады. Дүниенің жалғандығы сол – ол шапқан жүйрік аттай, жылжи басқан жорға тайдай сусып өте шығады. Ақын бір көрмеге өзін жүйрік пен жорғаға теңеп ақындық ұшқырлығы мен алғырлығын жыр жолына айналдырғандай, тереңдей үңіле түссек, жыр шумағының тереңдігі мен тұтастығы «өттің бір дүние, өттің-ай теңселе басып кеттің-ай» деген жолдарға шоғырланған, олай дейтініміз бұл өмірді жалғандайтын шешуші сәт ақиқат өкім – шын өлім. Иманға төнер қауіпті нәпсіні бөріге, иманды бағлан қозыға теңеу арқылы айқындай түседі. Озбырлығы мен қомағайлығы қасқырдай нәпсінің қауіпін ертерек ескеріп, тиюға шақырады. Адамның таңдау еркіндігі тәңірден берілген сый екендігі жыраулардың жақсы мен жаманды жұптай алып жырлауынан да көрінеді. Адамның ақылға жүгінбей істеген қателігі бір кездегі нәпсі жетегінде кетуімен байланысты, соның зардабын кейін де тартуы мүмкін. Сондықтан адал мен харамды ажыратып, ерте бастан сақтанудың маңызы зор екендігін ескертеді.

«Құдайға құл болған адам ғана өзге құлдықтан азат» деген қағиданы бірінші орынға қойғандары белгілі болады. Яғни Рухтың тәуелсіздігі мен азаттығы нәпсі хауастың (бес сезім) өктемдігін жеңумен басталып, түп мақсаты – рухтың нәпсі тұтқынынан мүлдем азат болуымен іске асады. Қорыта айтқанда, қазақ ойшылдары Адамды ғалам жаратылысының телеологиялық (мақсатты) себебі ретінде таныған. Сондықтан гносеологиялық тұрғыдан адам мәселесі орталық мәселе болуымен қатар, адам ақиқатты өз тереңіне үңілумен ғана танытынына ден қойған. Аксиологиялық құндылықтар жүйесінде ислам имандылық ілімін шәк-шүбәсіз қабылдап, оны көркем сөзбен адамдардың эстетикалық талғамына сай жеткізді. Этика-дидактикалық, ғибраттық мағынадағы шығармалар тудыруымен қатар, өздері де ақиқат теңізіне бойлап, мағрифат ілімін игерді. Адамнан әлмисақтағы антына орай сұрау болатындықтан, ол сынақтың сынына мойынсұнуы немесе мойындамауы, лайық болу-болмауы өз таңдауында. Адамның таңдау еркіндігіне сай ерік-жігері бірінші орынға шықса, жан иесіне құл болу арқылы еркіндікке жетуі, алғашқы қалау еркіндігінің ақиқат нәтижесі. Таңдау еркіндігін түп мақсаттан адаспай жан қалауына бағындырса, шын мәніндегі рухани еркіндікке жетеді. Ал

таңдау еркіндігін тән құштарлығына жеңдірсе, нәпсі құлдық құрсауында қалады, ар-ұждан үніне құлақ аспау арқылы тапқан жалған еркіндігін малданады.

Ескерусіз қалған ожданнның шаң болып көмескіленуі мен әрекетсіздіктен қалғып-мұлгуіне сай жалған еркіндік табады. Жан қалауын іздеген ішкі еркіндікке жетіп, жүрегінде тыныштық орнаған адамда ар-ұждан үні, (әділет қауіп) өшіп қауіптен мүлдем қамсыз деген сөз емес. Қайта ар-ұждан үні басым болған сайын хақ әділінен қорқу басым, фазылынан үміт те үлкен. Бұл қорқыныш пен үміттің өзі махаббаттың қос қанаты секілді. Қорқыныш пен үміт адамды әрекетсіздікке итермелеп, құрсаулап алатындай көрінеді. Ал шындығында, осы қауіп – рижа нағыз еркіндік, хаққа махаббаты түлеп ұшқан құстай көкке самғатады. Әрекетке жетелейді. Дүние жалған дегенде оны жалған қылатын да, мағыналандыратын да адамның өзі. Себебі қоршаған ортаны жаратушының белгісі ретінде танып, сол жаратылыстың өзінен түп иесін тани білген адам дүниені мағыналандырады.

Ал егер адам жаратылыс иесіне зер салмай, жаратылыс дүниесіне ғана көзін байласа, табиғаттың – жаратылыстың өзі түп иесінің шапағат нұрымен мағынаға ие екенін ұмытса, мәнді дүниеден іздей бастаса адасқаны, яғни жалғанға айналдырғаны. Жаратылыс әлемі адамды көзін байлау емес, жаратушыға назарын аударып, бағыттау арқылы мағыналанады. Сондықтан жыраулардың дүние жалғандығын жария қылуы дүниеден түңілу емес. Ал олар әр құбылыстың астарлы сырын тануға меңзеп, бейнелі тілмен сөйлеу, себебі де осы, адамзатқа бас көзіне байланбай, тылсым сырға ақиқат ілімге назар салуға меңзейді. «Адам ақиқатты бас көзімен көрмейді, ақыл көзімен көреді». Жырау бейнелі тіл арқылы тыңдаушының ақыл көзіне, жүрек түйсігіне қозғау салады. Күнге тура қараудың мүмкінсіздігі сияқты ақиқатты тікелей тану қиын. Көз күн нұрының, ақ жарықтың түсін де ажырата алмайды. Сондықтан оның шағылған заттарындағы бояуға назар салады, түсін ажыратып, мағына береді.

Адамның халифалығының мәні оның таным қабілетіне байланысты, яғни ол қоршаған ортаны игеріп тану арқылы түп иеден шұғылаланған рахым шапағатын әлем арқылы қабылдап мағыналандырады. Бірақ рахымның түп иесі ештеңеге мұқтаж емес. Әлем мен адам өзара тәуелді бір-біріне мұқтаж. Бірі әлем арқылы түп иені тануға, екіншісі өз танылуы арқылы түп иенің мәнін ұғындыруға, сөйтіп мағынаға ие болуға мұқтаж. Ал барлығын мәнге ие қылған түп бастау ештеңеге мұқтаж емес. Ол танылуға мұқтаждай болып көрінуі мүмкін. Бірақ бұл мұқтаждық кемшіліктен туған емес, керісінше, кемел толықтықтан туған алуға емес, беруге «мұқтаждық». Мәнге толтыруға, нұрға, рахым шапағатқа бөлеуге «мұқтаждық». Бұл «мұқтаждық» саматтықпен, шексіз жомарттықпен тең. Адам да нәпсіге тәуелділіктен арылып, таза мәнге ұласа алады. Егер ол мәнге әлем арқылы емес, тікелей ішіндегі ақылдың нұрға айналуымен тікелей жалғаса алса, бұл рухани тазарумен жүзеге асады. Негізгі таным нысаны әлем емес, ол тек негізгі таным нысанының рахым нұры шұғыланатын шағылатын бағыт сілтеуіш қана. Күн нұрына тікелей қарай алмайтын сияқты ақиқатқа тіктеп қарай алмайды. Бірақ оттың күнге мәндестігіне ұқсас махаббат отында нәпсі хауасты өртегенде, бұл жағдай мүмкін, сондықтан көбелек пен от символы осыны ишаралайды.

Адамның өзін-өзі танудағы басты мақсаты рухани кемелдену болса, ол үшін өз бойындағы рух пен нәпсіні танып ажыратуы қажет. Рухты өсіру үшін оның мұқтажын біліп іздеп табу керек. Нәпсінің қажеттігін тежеп, алдауына, әуесіне ермеген жөн. Нәпсі адамның топырақтан жаратылуымен байланысты, оның бұл дүниелік өмірге байланысты табиғаты, оның асыл қасиеті рухқа қарамай-қайшы күш. Сондықтан адам нәпсісін оны жерге тартып, бұл дүниеге байлайтын хайуандық табиғатына балайды. Адамның мінез-құлқындағы үлкенді-кішілі кемшіліктері мен пенделік әлсіздіктері нәпсі жетегінде кетуімен байланысты деп біледі. Нәпсі қалауына құл болған адам хайуаннан да төмен құлдырап азғындауы мүмкін. Оның зұлымдығы мен жыртқыштығы хайуаннан да артып, маңайындағыларға зәбір-жападан басқа түк бере алмасы анық. Ал адамның адамдық мәні оның бойындағы асыл жауһар рухымен, ақиқатты тануға ұмтылатын періштелік сипатымен толығады. Адам рухтың қалауымен жоғары ақиқатқа ұмтылса, онда періштеден де жоғары дәрежені иеленіп, инсанияттың кемелеттігіне, адам жаратылысының түп мақсаты халифалыққа жетеді. Өлімнің қыр-сырын ашу үшін ақын бұл дүние мен о дүние ұғымы тұрғысынан келеді. Бұл дүниеде адамның соңында қалар белгі – қимас дос, жақын туыстың қолынан келері топырақ үйіп белгі қалдыру. Өлмектің артынан өлмек жоқ, елдің қызмет-құрметі атқарып салу салт-жоралғысымен ғана шектеледі. «Базар нарқын сарт білгені» сияқты, өткен мен кеткеннің, «бұл дүниенің парқын қарт біледі». Ал адам ажал сызығынан аттап, «бұл дүниеден өткесін, о дүниеге жеткесін», кімнің жақсы-жамандығы жайлы бұл дүниелік өлшемдер де осы дүниеде қалады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қараш Ғұмар. Замана. - Алматы: Ғылым, 1994. – 240 б.
2. Тіл таңбалы Адайдың ақындары. 2-кітап. (XIX ғасырдың алпысыншы жылдарынан XX ғасырдың кеңестік дәуіріне дейін дүниеге келген Маңғыстау ақын-жырауларының шығармалары). - Алматы: Жазушы, 2006. - 608 б.
3. Раев Д. Қазақтың шешендік өнері: философиялық пайымдау. – Алматы: Ценные бумаги. 2001. – 228 б.
4. Төлеген М. Имандылық – тәрбие негізі // Ана тілі. - 2009. - 9 шілде.

УДК: 811.161.1+004.415.53

**ТЕСТИРОВАНИЕ КАК ВИД КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ЗАНЯТИЯХ
РУССКОГО ЯЗЫКА***Р. М. Абдугаппарова**Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент***ТҮЙІН**

Мақалада студенттердің оқу жұмысында тестілеудің бақылау, тексеру және бағалау түрінің бірі екені жазылған.

SUMMARY

The article deals with the tests as one of the seven types of monitoring, inspection and evaluation of knowledge developed in the process of self-activity of students.

Переход образовательных процессов на новое содержание образования выдвинул ряд требований к учебному процессу в целом, и в частности, к уровню контроля знаний и навыков учащихся. Одним из необходимых видов контроля, проверки и оценки знаний, сформированных в процессе учебной деятельности студентов, является тестирование. Тестология как наука в нашей действительности сформировалась сравнительно недавно, но реалии жизни доказали обоснованность применения тестов, так как тестирование является количественным показателем результатов обучения, что очень важно. Наряду с этим, тестирование обеспечивает психологическую защиту личности, снимает внутренние барьеры, потому что ведется опосредованный контроль с испытуемым помогает прочнее и лучше усвоить материал, выявить силы и возможности, обнаружить пробелы в знаниях.

Проверка знания должна быть объективной и давать сведения об итогах процесса обучения. При объективном контроле знаний и умений учащихся часто обнаруживается расхождение с оценкой учителя. Эти расхождения зачастую могут быть следствием как в объективности учителя так и объективных изменениях в качестве знаний учащихся в конце года. Не секрет, что многократные упражнения-тренировки, в том числе с помощью тестов, позволяют учащемуся преодолеть чувство неуверенности в себе, чувство неизвестности, помогают прочнее и лучше усвоить материал, выявить свои силы и возможности, обнаружить пробелы в знаниях. Тестирование как способ проверки и контроля знаний является количественным показателем результатов обучения, что очень важно. Наряду с этим, тестирование обеспечивает психологическую защиту личности, снимает внутренние барьеры, так как ведется опосредованное общение.

А) Требования к составлению тестов.

1. Тесты должны быть составлены на основе учебных программ курса и включать вопросы по наиболее важным разделам и темам.
2. Объем теста зависит от контроля знаний, его целей в зависимости от формы задания (небольшие по объему тесты на выявление знаний по домашнему заданию или более крупные – по контролю знаний по разделу или модулю). Тесты на установление уровня знаний по предмету в целом должны опираться на обязательный минимальный объем материала, или «ядро» курса.
3. Необходимо разработать несколько вариантов тестов, но не менее 5, т.е. достаточно большое количество.

Обращение – это: слово, которое обозначает лицо, к которому обращаются это слова, служащие для уточнения; это слова, которые обозначают действие; слова, которые обозначают признак слова, которые водятся для обобщения.

4. Тест может включать несколько вопросов или заданий, каждый из которых должен оцениваться по системе 1 балл за правильный ответ и 0 баллов – за неправильный. Чем больше количество заданий в тесте, тем выше достоверность полученных результатов.

5. Тесты должны допускать возможность кратких, лаконичных ответов излишней детализации. Обстоятельство в предложении Медсестра работала, спустя рукава выражено: Фразеологизмов; Существительным; Прилагательным; Предлогом; Числительным.

6. Из тестов должны быть исключены материалы: а) устаревшие; б) сложные; в) простые или несущественные.

7. Вопросы тестов можно разделить на две группы: Лексика – это словарный состав; толковый словарь; справочник; стиль; особые справочные книги;

а) абстрактные, выявляющие основные положения курса и межпредметные связи;

б) конкретные, выявляющие знание фактического материала средней сложности.

Определите, в каком варианте слова профессиональные: Продувание легких, зажим, инъекция; Статья, доклад, доверенность; Молодежь, студенчество, детство; Шалфей, баярышник, чеснок; Родник, зеленый, чаша.

8. При оценке знаний на основе полученных ответов можно использовать систему определения качества, принятую экспертными комиссиями: а) правильных ответов более 75 % - хорошая успеваемость или высокая; б) правильных ответов от 50% до 75 % - удовлетворительная; в) правильных ответов меньше 50% - низкий уровень знаний.

9. Тесты должны быть составлены четко, лаконично и требовать однозначных ответов.

10. При формулировке задания необходимо использовать общепринятые названия и терминологию, которые могут быть поняты всеми учениками. Антонимы – это слова: одной и той же части речи с противоположными значениями; с переносным значением; с несколькими значениями; одной и той же части речи; фразеологизм.

1. Определить цели тестирования.
2. Установить объем контролируемых знаний, исходя из цели тестирования.
3. выбрать тип и форму теста.
4. Сформулировать содержания теста.
5. Рассчитать время, необходимое для выполнения задания теста.
6. Апробировать тесты на корректность формулировок и провести их дополнительную коррекцию.
7. Обработать результаты тестирования (подсчет ошибок в тесте, сумма ошибок, средняя ошибка, средняя ошибка варианта, индекс трудности и др. показатели.)
8. Интерпретация количественных показателей тестирования.

Не существует точной науки теста – «это требует такого же искусства, как изготовление хорошего пирога», однако существуют рекомендации, которые сложились в ходе апробации тестов Р.Торндайка и Е. Хагена (1950): Задания должны легко читаться. Если это тест успеваемости, то задания не должны воспроизводить формулировки и данные из учебника; Ответы на одни задания не должны зависеть от ответов на другие задания. Ответы на задания не должны являться подсказками других заданий. В тестах с выборочными ответами правильные ответы по заданиям должны распределяться в случайном порядке. Формулировки заданий не должны содержать двусмысленности и, тем более, ловушек. В тестах альтернативной формы следует избегать слов-подсказок. Задания, начинающиеся словами бывают неправильными, а начинающиеся словами «обычно», «иногда», «как правило», - бывают верными. В тестах, где требуется заполнение пропусков в заданиях, следует избегать большого количества пропусков в каждом отдельном задании. Для правильного понимания задания необходимо подбирать ключевые слова.

Проверка составленных наборов заданий на репрезентативность популяции (пол, возраст, уровень образования, социальный и культурный уровень, среда, жизненный опыт и т.д.) Опытная проверка дает возможность определить степень трудности по проценту испытуемых, правильно решивших его. Если задания решили все учащиеся, то тест очень легкий. Если задания не решили все, то он очень трудный (такие задания должны исключаться). Н.С. Бернштейн (1968) указывает, что правильно составленные тесты те, которые решили не более 80-95% и не менее 10-15% испытуемых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси А. Психологическое тестирование – М. : Педагогика, 1982.
2. Балыхина Т.М. Тестовый практикум по литературе, теории литературы, фонетике, морфологии. – 2001.
3. Жанпеисова М.М. Технология модульного обучения: - Актюбинск. 1998.
4. Тесты: теория и методика их разработки / Управление школы – 1999.
5. Салина Р.М. Методические рекомендации к составлению тестов. – Алматы, 1994.

УДК 811.161.1+81'373.613

ЗАИМСТВОВАННАЯ ЛЕКСИКА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Р.З. Сагиндыкова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

«Заимствованная лексика в русском языке» мақалада өмірдің барлық салаларында белсенді қолданылатын өзге тілдерден енген сөздердің ерекшеліктері, олармен жұмыс жүргізу ережелері және оларды ауызекі сөйлеу тілінде қолдану туралы баяндалады. Өзге тілдерден енген сөздерді жүйелі түрде пайдалану, семантиканы дұрыс түсінуге көмектеседі.

SUMMARY

The article «Заимствованная лексика в русском языке» is about aggressive forcing of borrowed words in all spheres of our life and even vocabularies are not able to follow after borrowings. A work with borrowed words on the lessons of Russian language should be always constantly, systematic a help students to avoid mistakes during their speech practice and will give possibility to the rigid understanding of their semantics.

Лексической работе на занятиях по русскому языку в вузе отводится главное место, поскольку обогащение словарного запаса является неукоснительным условием работы по развитию речи. На занятиях по русскому языку студенты узнают, что важнейшую часть лексического состава русского языка составляют слова, сохранившиеся в нем с древнейших времен, известные уже древнерусскому языку, а также родившиеся в русском языке в последующие века, т.е. пришедшие из чужих языков. Они составляют достаточно большой процент словарного состава русского языка.

Некоторые иноязычные слова настолько давно освоены русскими людьми, что они не ощущают их иностранного происхождения. Основные группы заимствований из греческого языка (алфавит, грамматика, фамилия); из немецкого языка (абзац, вахта, штаб); из английского языка (вокзал, митинг, футбол); из итальянского языка (галерея, концерт, опера) и т.д. Если слово начинается с гласной а или э (алмаз, эпоха, эхо), если в корне слова есть сочетание ке, че, ею, пю, мю, бю или кю (макет, пюре, бюст, герб), а также если в слове встречается две и более гласные (дуэт, театр), можно утверждать, что слово пришло в русский язык из других языков.

Многие лингвисты говорят об агрессивном засилье заимствованных слов во всех областях нашей жизни в последние два десятилетия. Действительно, за лавиной заимствований не успевают даже словари. Например: нет в них слов сутрет, ситком, пестрят нерусскими словами вывески: гриль-бар, бистро, мини-маркет, пост-шоп; авторы новых передач стремятся назвать не по-русски, не смущаясь тем, что зрителям не понятны названия: "Бомонд", "Ностальжи", "Брейн-ринг", "Апокриф" и т.д. В учебниках по изучению иноязычной лексики отводится скромное место, системе работы с заимствованными словами не отводится должного места в действующих учебных комплексах.

Студенты, молодые люди, вступающие в жизнь, конечно же, должны понимать и уместно употреблять в речи заимствованные слова, уметь самостоятельно находить сведения о лексическом значении того или иного выражения и его стилистической окраски. Работа с заимствованной лексикой должна вестись постоянно, систематически, какую бы тему студенты ни изучали на занятиях. Преподавателю желательно сделать работу с заимствованной лексикой целенаправленной, призванной помочь студентам справиться с речевыми ошибками. Самое большое количество речевых ошибок при использовании заимствованной лексики объясняется незнанием точного лексического значения слова, неумением подобрать синоним - слово более понятное и привычное. Нередко заимствованное слово гораздо точнее, чем русское, обозначает какое-то понятие, например: снайпер - это не просто стрелок, но меткий стрелок, профессионал, владеющий искусством стрельбы, маскировки и наблюдения; киллер - это не просто убийца, но убийца тайный; гламурный - это не просто шикарный, но и излишне красивый, фальшивый. Следует сделать так, чтобы студенты стремились узнавать заимствованные слова, правильно понимали их семантику и дружили с толковыми словарями, не боясь употреблять новую лексику в собственной речи.

Часто одно иноязычное слово заменяет длинное описательное словосочетание. Вместо официальное вступление в должность президента употребляют инаугурация, одно слово импичмент заменяет словосочетание отречение президента государства от должности. Действует также известный закон экономии средств (ср. маршрутное такси ~ маршрутка, мобильный телефон -мобильник и т.д.). Студенты должны понять необходимость обращения к толковым словарям. В них о заимствованном слове сообщается много разной информации: о наличии у слова переносного значения, о происхождении слова, о стилистической окраске, о родственных словах, об ударении и произношении. Систематизации теоретических знаний и формированию практических умений способствуют упражнения такого плана.

Задание 1. Познакомьтесь с перечнем международных словообразовательных элементов, их происхождение указано в скобках. Дополните каждую строчку своими примерами;

А (греч.: отрицание) - аморальный ...
 Аван (фр.: впереди) - авансцена ...
 Анти (греч.: против) - антипатия ...
 Ауди (лат.: слышу) - аудиенция ...б
 Баро (греч.: тяжесть) - барокамера...
 Био (греч.: жизнь) - биолог ...
 Гипо (греч.: под, возле) - гипотомия, гипертония ...
 Де, Дез (лат.: не, без, вниз) - депрессия, дезинфекция ...
 Диз, Дис (лат.: отрицание, не, без) - дисгармония ...
 Кардио (греч.: сердце) - кардиолог...
 Поли (греч.: много) - полиглот, поликлиника...
 Сан (лат.: лечить) - санация, санаторий...
 Транс (лат.: сквозь, через) - трансляция ...
 Фито (греч.: растение) - фитотерапия ...

Задание 2. Корень - фил - входит в состав сложных слов со значением "любящий что-то, расположенный к чему-то, друг чего-либо". Что обозначают следующие слова: библиофил, филармония, филология, философия.

Задание 3. Пользуясь знанием словообразовательных элементов, ответьте на вопрос: что изучают эти науки? Биология, психология, фразеология, гинекология, кардиология.

Задание 4. Отметьте слова, значение которых вам неизвестны. Обратитесь за помощью к словарю заимствований: байкер, кит, папарацци, ноу-хау, нон-стоп, покер, шоу, шансон, стресс, дисплей, гала-концерт, банкомат, аэробика, аутотренинг.

Задание 5. К следующим словам подберите слова-синонимы, начинающиеся с буквы э

1. Несдержанный в своих чувствах -
2. Исследование, проверка –
3. Система правил поведения-
4. Происхождение чего-либо -
5. Равнозначный -

Задание 6. Подберите слова-антонимы, начинающиеся с буквы а, к данным словам

1. Отвращение к еде - (аппетит).....
2. Пассивность - (активность)....
3. Симпатия - (антипатия)....
4. Неряшливость - (аккуратность)....
5. Эгоизм-.....

Задание 7. Придумайте словосочетания со словами

Брифинг - краткая пресс-конференция с информацией по актуальным вопросам текущей политики.

Коррупция - подкуп взятками, продажность должностных лиц, политических деятелей.

Манускрипт — написанное рукой (лат.) - рукопись, преимущественно древняя.

Прайм-тайм - время, когда телепередачи смотрят максимальное число зрителей.

На смену аналитическим упражнениям должны прийти упражнения с репродуктивными заданиями, которые далее трансформируются в упражнения конструктивного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенталь Д.Э., Голуб И.Б., Теленкова М.А. Современный русский язык. М.: Айрис-Пресс, 2002.
2. Русский язык. Энциклопедия. - М., 1979.
3. Шанский Н.М., Тихонов А.Н. Современный русский язык: В 3-х ч. - М., 1981.
4. Большой справочник. Русский язык. изд «Дрофа» 2005 г.

УДК 821.512.122

БАУЫРЖАН МОМЫШҰЛЫНЫҢ АРТЫНДА ҚАЛҒАН ӨСИЕТ, НАҚЫЛ, ҚАНАТТЫ СӨЗДЕР

Ж.С. Сарымсақова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы

РЕЗЮМЕ

Б. Момышұлы был не только символом героизма и мужества, но также оставил для своего народа бессмертные мудрые слова

SUMMARY

B. Momyshuly was not only the symbol of heroism, but he reserved the immortal wise words for his people.

Дәмді, дәстүрді сыйламай
өскен балалардың қолына
қылыш берсе, кімді де
болса шауып тастауға даяр.

Бауыржан Момышұлы

Қазақ халқының ұлы перзенті, қаһарман жауынгер, даңқты қолбасшы, Кеңес Одағының Батыры, әйгілі жазушы Бауыржан Момышұлы-XX ғасыр биігінде тұрған дара тұлға. Өзінің бітім болмысымен ерекшеленген Халық Қаһарманы Бауыржан Момышұлы тек ел басына күн туғанда «етігімен су кешер» батыр ғана емес, кең тынысты суреткер де болды. Оның қаламынан туған түрлі тақырптағы поэзиялық туындылармен, өкінішке орай, қалың оқырман әлі күнге толық таныс емес. Ал Бауыржан Момышұлының аузынан шыққан нақыл, өсиет сөздер бүгінде ел аузында жатталып та қалды. Адамды алысқа апаратын, аспанға да шығаратын қай кезде де ақиқат. Соны мен бірге тағы бір ерекшелік, Көшпелі өркениет қолбасшыларына тән мынадай қасиет болды.

Олар соғыста қару-жарақпен қатар сөз өнерін де құрал ретінде қолдана білген. Яғни, ақындық өнер мен соғыс өнерін қатар алып жүрген. Мысалы, ол жазған шығармаларын, өлеңдерін, мақал-мәтелдерін, қанатты сөздерін солдаттарына айтып, ол сонысымен де күрес жүргізді.

«Әкенің атағы балаға қырық жыл азық» дегендей оның Атағы баласына ғана емес, бүкіл халқына рухани азық болатын ұлы Адамдар, бір-туар Тұлғалардың бірі де бірегейі – Бауыржан Момышұлы».

Б. Момышұлы өзінің қолжазбаларындағы «Жігітті жауынгерлік қасиеттерге тәрбиелейтін игі дәстүрлер» деп аталатын еңбегінде мұны былайша таратады: Бұл тақырыпта автор жастарды тәрбиелеуде қазақтың мақал-мәтелдерінің құндылық ерекшеліктеріне тоқталып, талдайды. Мақалдардың түбірі мен мән-мағынасын баяндайды.

Мысалы: «Жауынгерлік борышты өтеу – жеңіспен бірдей», «Ұяда не көрсе, ұшқанда соны алады», «Тексізден тезек артық», «Жаным арымның садағасы», «Өлімнен ұят күшті», «Өзін аяған – дұшпанға дос», «Тәртіп – тән үшін, ынтымақ – жан үшін керек», «Қашу – жаудан құтылудың жолы емес, өлімнен де жаман, ауыр опасыздық». «Елін сүйген жауынгер ер болады», «Отанға дген сүйіспеншілік қана соғыс кезіндегі өлімді моральдық тұрғыдан ақтап, соғыс ісінің адамгершілік негізі бола алады», «Қаталдық әділ болсын, ешуақытта адамның бойындағы адамгершілік сезіміне, намысына тиіп, қорламайтындай болсын». Үлкенді құрметтеу, адамды ардақтау, қоғамдық тәртіпті сақтау, адамгершілік, Отанға, елге, халыққа, үй ішіне, өмірге деген сүйіспеншілік сияқты жақсы қасиеттерді үйренуге шақырады. «Өнегелі тәрбие алған адам Отанға берілгендік, әділдік, тәртіптілік сияқты жауынгерлік қасиеттердің негізін бойына сіңіреді» – деп автор қазақ жастарын, жігіттерін жауынгерлік қасиеттерге ұлттық игі дәстүрдің негізінде тәрбиелеуге үндейді.

Б. Момышұлының отбасы, бала тәрбиесіне де көп көңіл бөліп, оның ішінде қыз баланың сырт көзден таса күтімін қадай айтқан. Бұл дәстүрді қазақи тәрбиеде «Қыз бала өзін-өзі үкідей қызғануы керек. Үкі түскен түгін де қызғанып көміп тастайды», «Адам бойындағы басты сезім – парыз ұштап, тәрбиелеу», «Өтірік барып тұрған зиянды у», «Біздің жерімізде еркек – дінгек, әйел-гүл. Дінгек – жапырақсыз, гүлсіз, қазақша айтқанда «қу бас» деген сөз. Әйел – құнарлы топырақ, онда адамзат дәні өсіп, жетіледі. Біз сол дәннің жемісіміз. Әйелсіз адамзат «жемісі» ешқашан да болмайды», «Кішпейілдік – адамгершілік көркі» деген ұғым түсінікпен үндеседі. Жақсы мінез, әдептілік, кішпейілдік, ең алдымен, адамның тәлім-тәрбиесіне байланысты деп түйеді. Сондықтан жас нәрестеге өмірге келісімен-ақ оны тиісінше тәрбиелі бастау - әке-шешенің қасиетті борышы екенін айтады. Автор, әсіресе, жастарды өркөкірек, тәкаппар, қуыс кеуде болудан көбірек сақтандырады. Кішпейілділік үлкенге де, кішіге де бірдей жарасатын қымбат қасиет екендігін ескертеді.

Өскелең ұрпаққа туған анасын сыйлау, туған жерін құрметтеу, ана тілін қастерлеу рухындағы толғаулар қашан да өрелі де өзекті болады.

Мысалы, батырдың :

«Ана үшін аянба – ант ұрады,
Бала үшін аянба – бетің күйеді.
Ел үшін аянба – ерлігіне сын,

Жұрт үшін аянба – жігіттігіңе сын», - деп жас адамның санасына жасынның жарқылындай әсер етер, ақыл-ойында жатталып қалар, жүрегінде қатталып қалар жолдардың құдіреті қаншама. «Тіл байлығы, тіл тазалығы – ұлт қасиетінің, салт-санасының негізгі өнеге, нағыз басты белгісі», «Анамыздың ақ сүтімен бойымызға дарыған тілімізді ұмыту – бүкіл ата-бабамызды, тарихымызды ұмыту», «Ана тілін сүймегендік, білмегендік, ұлт сезімін жоя отырып, ұлт безерлік тудырады» дегендей Батыр Бауыржан ана тілінің болашағы – халықтың болашағында екенін жақсы түсінген.

Қазақ тілі еш уақытта өзімен көршілес халықтың тілдерінен сорлы болып, қатардан қалып өмір сүрмегендігі, өз сыбағасын ешкімге жегізбегендігі мыңдаған жыл тарихында айқындалған емес пе, - деп толғанады батыр азамат. Ұлы Отан соғысының қаһармандары арасында тағдырдың өзі сыйға тартқан әрі азамат, әрі батыр Бауыржанды елімізде ғана емес, өзге елдерде де қастерлеп, ұлыға балайды. Бауыржан бейнесіне қазақ халқы өзінің бұрынғы ерлік бітімін, жарқын ойын, қайталанбас жарқылдаған жігер-қайратын, батырлық, батылдық, жақсылық атаулыға құштарлығын таниды. Бауыржан соғыс қаһарманы емес, халық үшін қайта тумас жарқын да жалқы азамат тұлғасы.

Бауыржан Момышұлы тек батырлықтың, ерліктің ғана символы болып қоймастан, халқының патриоты болды. Ұлтының тағдыры үшін жақсылықты жайып салып, жамандықты жасырмаған алып азамат болды. Бауыржан өнегесі жастар үшін бітпейтін байлық, сарқылмайтын бақыт, сөнбейтін жарық жұлдыз болып қала береді.

Даңқтың сыны – қауіпті сын. Ондай сынға ердің ері ғана төзеді. Бауыржан Момышұлы пешенесіне бұйырған бақытты бағалай білген ерекше азамат. Қаһарман бейнесі, оның тәлім-тәрбиелік өнегесі қашан да халық жүрегінде сақтала бермек!

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Б. Момышұлы «Үшқан ұя» Атамұра, 2003ж.
2. Т. Әлімқұлов Нақылдар мен қанатт сөздер 1992ж.
3. Түркістан - 4.11.2010 ж.
4. Әбдешов С. «Ұлағат ұясының ұрпақтары» Айқын – 2008ж.
5. Мәмбетов Қ. «Б. Момышұлы және ұлттық тәрбие» Мәдениет – 2007ж.
6. Құсайынұлы Н. «Бауыржанның батасы» Ана-тілі –2002 ж.

ОБЗОРЫ

УДК 614.2:615739.15-099

СУЩНОСТЬ И ЗНАЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

*А.В. Казакова**Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы*

ТҮЙІН

Отандық тәжірибеде өмір сүру сапасы мен деңгейіне аса көңіл қоймаған. Ұзақ уақыт бойы тұрғындардың өмір сүру деңгейі ғылыми зерттеулерде есепке алынбаған. Оның сапасы тек қана тұрғындардың қаржылай табысы мен тауарларды сатып алуға қабілеті бойынша бағаланды. Ал, шет елдік ғалымдардың және жеке отандық ізденушілердің еңбегінде тұрғындардың жұмысқа қабілеттілігінің олардың өмір сүру сапасына тікелей байланысты екендігі баса көрсетілген. Қазіргі таңда еңбек ету мен өмір сүру сапасы арасындағы байланыс тығыздығы еш күмән туғыза қоймайды. Осы әлеуметтік-гигиеналық мәселенің өзектілігін жете тексеріп, зерттеп, оның қорытындысын тұрғындардың сана сезіміне кіргізбей, олардың салауатты тұрмыс құруға бет бұруын қамтамасыз ету мүмкін емес. Сонымен бірге дәрігерлердің осы бағыттағы санитарлық-ағарту жұмысын белсендіру де қажет.

SUMMARY

In domestic practice, problems and quality of life and their statistical characterization has been given insufficient attention. For a long time the standard of living of people considered superficial and formal, mainly on the basis of income and their purchasing power, although several studies of domestic and foreign authors sharply put social issues, focused on the human factor on production efficiency. In the new main argument motivation to work is profit, not improving the man himself, the level and quality of life. Only study and understand what really is this new indicator for our country – «the quality of life», can not only target population of the country to conduct an active and healthy lifestyles, but refocus the doctors on a new level of assessment of treatment outcomes.

Концепция качества жизни многими воспринимается как гуманистическое направление в медицине. Повышенный интерес к этому направлению во многом связан с неудовлетворением населения уровнем оказываемых ему медицинских услуг. Ведь главная цель врача не только лечить болезнь, но и улучшать качество жизни больного [1-5]. К сожалению, в Казахстане только начинает развиваться такое понятие, как «качество жизни». Обращение к этому новому индикатору свидетельствует об усилении внимания к «человеческому фактору», поскольку в категорию «качество жизни» помимо экономических показателей включается и комплекс показателей социологических, в том числе, субъективных - суждения самих людей о степени комфортности их существования. Собственно, сегодня уже недостаточно оценивать социально-экономическую систему по одним только объективным материально-экономическим показателям (размера ВВП, уровню заработной платы, безработицы (занятости), инфляции и т.д.), наиболее важным становится комплексный показатель степени комфортности человеческого существования, экологической и социальной, физической и психологической безопасности человека, его благополучия. В Казахстане, как и в других странах СНГ, при характеристике качества жизни необходимо принимать во внимание экологическую ситуацию, оказывающую все большее влияние не только на условия жизни населения, но также и на саму жизнь, ее продолжительность, здоровье населения и его потомство [1,6,7].

К сожалению, в отечественной практике проблемам уровня и качества жизни и их статистической характеристике уделялось недостаточно внимания. Долгое время жизненный уровень людей рассматривался поверхностно и формально, преимущественно на основе доходов и их покупательской способности, хотя ряд исследований отечественных и зарубежных авторов остро ставили социальные вопросы, акцентировали внимание на влиянии человеческого фактора на эффективность производства. В новых условиях главным аргументом мотивации к труду является получение прибыли, а не совершенствование самого человека, уровня и качества жизни [7]. Качество жизни, связанное со здоровьем, является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих дать глубокий многоплановый анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ, то есть физиологических, психологических и социальных проблем больного человека [2,8,9]. Рост интереса к проблеме качества жизни в течение последних двух десятилетий связан с осознанием обществом глобальных проблем современности, вызванных расширением угрозы экономического кризиса, кризиса здоровья населения [9-12]. Гуманизация медицины, интеграционные процессы в науке о человеке, выдвигающие на первый план необходимость комплексного подхода и разработки принципов практической его реализации, стали основополагающими для появления понятия «качество жизни» в исследованиях здоровья населения. Концепция качества жизни в последние десятилетия существенно изменила исследовательскую и практическую ориентацию всей работы, проводимой в области охраны здоровья населения. Она позволила вернуться на новом витке эволюции к важнейшему принципу клинической практики: «лечить не болезнь, а больного». В соответствии с новой парадигмой качество жизни больного является одной из главных целей лечения [13,14]. Исследования качества жизни населения достаточно популярны, как в научном сообществе, так и среди российских политиков и общественных деятелей. Начиная с 60-х годов

прошлого столетия понятие «качество жизни» претерпело значительное изменение. Если вначале его содержание наполнялось в основном экономическим содержанием, то сегодня все больше приобретают значение социальные факторы. Понятие «качество жизни» эволюционировало от характеристики материальной стороны жизни человека к понятию, учитывающему и духовную комфортность существования людей. Качество жизни рассматривается как социологическое и экономическое понятие [15-17]. Одна из особенностей научной жизни международного медицинского сообщества в последние десятилетия — это стремительное возрастание количества работ, посвященных созданию измерителей качества жизни и изучению их работоспособности. С одной стороны, эта активность ученых свидетельствует о возрастающей важности проблемы качества жизни в современном мире, а с другой — о значительных методологических трудностях, с которыми сталкиваются исследователи, когда результаты усилий отдельных научных коллективов не удовлетворяют остальных ученых и побуждают их создавать свои измерительные инструменты.

С целью разработки универсальных инструментов измерения качества жизни, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) выдвигает требования к созданию шкал-вопросников [18-24]. За прошедшие годы создана обширная научная библиотека литературы по проблематике качества жизни, которая показывает, что исследования качества жизни проводятся в двух направлениях: на базе объективных условий жизни и на основе изучения степени удовлетворенности жизнью самими субъектами [25,26]. Исследование качества жизни в современной медицине приобретает важное самостоятельное значение и позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии. Вопросы использования показателей качества жизни разрабатываются в следующих направлениях: оценка степени тяжести состояния больного; оценка эффективности лечения; использование в качестве дополнительного критерия при подборе индивидуальной терапии; проведение всесторонней клинической оценки новых лекарственных препаратов [2-5]. Показатели качества жизни могут быть особенно полезны, когда сравниваются различные подходы к лечению и отрабатываются оптимальные варианты терапии того или иного заболевания [27-30]. Понятие качества жизни больного появилось в Index medicus в 1977 году и в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран. В Европе под качеством жизни подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, тогда как американские исследователи определяют качество жизни как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека [31,32].

К настоящему времени имеется более 10 тысяч публикаций, посвященных оценке качества жизни пациентов в различных разделах клинической медицины. Для оценки качества жизни используют общие или специальные опросники, состоящие из нескольких шкал. Количество шкал варьирует от вида инструмента. В настоящий момент не существует специфического стандартизированного опросника, адаптированного для Казахстана [33-36]. Несмотря на то, что концепция качества жизни в медицине является достаточно новой областью исследований, существует огромное количество публикаций зарубежных и российских авторов, как по вопросам концепции качества жизни, так и по методам ее изучения и измерения. Особый вклад в гармонизацию понятия качества жизни в медицине и выработку единого методологического подхода к изучению качества жизни внесли исследовательские группы ВОЗ, а также международного исследовательского института по изучению качества жизни МАPI [37].

Отмечается, что качество жизни ниже у пессимистов, чем у оптимистов, у пессимистов же выше риск развития инфаркта миокарда и смерти. Депрессия значительно снижает качество жизни и жизненный прогноз у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при аорто-коронарном шунтировании (АКШ) и пересадке сердца. Положительные эмоции поддерживают высокое качество жизни. Установлено, что чем выше трудовая активность, тем выше качество жизни больного [38-40]. При ряде хронических заболеваний, болезнях, склонных к прогрессированию и протекающих с обострениями, значительно ограничивается нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь. Хроническая болезнь накладывает на психику больного сильный отпечаток, обостряя невротические черты. Качество жизни в этом случае отражает способность больного адаптироваться к проявлениям своей болезни. Так, несмотря на то, что 80% больных после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) избавляются от симптомов стенокардии, лишь небольшое число из них возвращается к активной трудовой деятельности. При изучении влияния заболевания на качество жизни больного выявлено, что при стабильной стенокардии напряжения и ишемической болезни сердца качество жизни значительно снижено, зависит от трудоспособности больных и их социальной адаптации [38-40,41]. Однако, медицинское понятие качества жизни включает в себя прежде всего те показатели, которые связаны с состоянием здоровья человека. То есть, под медицинскими аспектами качества жизни следует понимать влияние проявлений самого заболевания и ограничение функциональной способности, которые наступают в результате заболевания, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Измерение качества жизни основывается на субъективной оценке пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Все эти компоненты качества жизни могут быть измерены отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов [25,36]. В последнее десятилетие получило развитие учение о качестве жизни, связанного со здоровьем человека. Для его изучения были разработаны специальные инструменты - опросники, ставшие официально признанными для оценки качества жизни с согласованной системой интерпретации результатов

MOS-SF-36, EUROQOL и др. Всемирная организация здравоохранения предложила свой оригинальный опросник ВОЗ-КЖ 100 (WHOQOL-100), который был переведен на русский язык, выверен и утвержден в 1995 году к использованию. ВОЗ уделяет большое внимание развитию науки о качестве жизни, имеющей свои методы определения и критерии оценки и являющейся важнейшим показателем эффективности здравоохранения. Критерии качества жизни могут использоваться при сравнении достоинств различных методов ведения больных, при принятии решения о методах лечения и профилактики в зависимости от их эффективности и стоимости (The WHOQOL Group, 1995) [8,9,16,18,25,36]. Пренебрежение факторами, составляющими качество жизни, может быть причиной существенного снижения качества медицинской помощи, удовлетворенности ею пациентов, их социальной активности, снижения производительности труда, а также проблем, возникающих в личной жизни. Всё это в конечном итоге будет способствовать росту ущерба от болезни и психоэмоциональных издержек пациента. Интересен тот факт, что в последнее время понятие качества жизни относят и к здоровому индивидууму, как критерию сохранности его здоровья. Ведь в медицине важнее профилактика заболевания, чем борьба с имеющейся патологией [41,42,43].

Качество жизни, непосредственно связанное со здоровьем, - это интегральный показатель, содержащий три компонента: 1) функциональное состояние, включающее в себя такие характеристики, как работоспособность, толерантность к физической нагрузке, выполнение повседневной работы, независимость, общение, интеллектуальную деятельность, уверенность в принятии решений, эмоциональные проявления; 2) симптомы, связанные с основным или сопутствующим заболеванием или его лечением (боль, одышка, побочные эффекты лекарственных средств и т.д.); 3) восприятие и психическое состояние, включающее в себя депрессию или возбуждение, которые могут быть следствием, как самого заболевания, так и применения лекарственных веществ, а также социальную активность, половую функцию, удовлетворение медицинской помощью, контактом с врачом и т.д. Таким образом, только изучая и поняв, что действительно представляет из себя этот новый для нашей страны индикатор - «качество жизни», можно не только ориентировать население республики к ведению активного и здорового образа жизни, но и переориентировать врачей на новый уровень оценки результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобков В.Н., Масловский-Мстиславский П.С. Качество жизни: концепция и измерение. Москва: Всероссийский центр уровня жизни, 1993. 495с.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. Под ред. Шевченко Ю.Л. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004. 304с.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: Издательский Дом «Нева», 2002. 315с.
4. Новик А.А., Матвеев А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине Клиническая медицина, Москва, 2000. № 2. С.10-13.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт Петербург: ЭЛБИ, 1999. 139с.
6. Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Багметов Н.П. Качество медицинской помощи на современном этапе: мнение медиков и пациентов//Качество и экономическая эффективность медицинской помощи населению. Научные труды научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения». Москва: РИО ЦНИИОИЗ, 2002. С.46-48.
7. Абзалиева Ж.А. Методология статистической оценки и анализ уровня и качества жизни населения Казахстана: Диссертация кандидата экономических наук. Москва, 1998. 171с.
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization //Soc. Sci. Med. 1995. Vol. 41. P. 1403-1409.
9. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. 1996. Vol.1. 29p.
10. Albrecht GL, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health-related quality of life research. In: Advances in medical sociology, Vol. 5: quality of life in health care. Albrecht GL, Fitzpatrick R, eds. Greenwich, Connecticut: Jai Press Inc., 1994. P.1-24.
11. Jones P.W. Quality of life measurements; the value of standartization //Eur.Respir. Rev.1997.Vol. 7, № 42. P.46-49.
12. Реболи М., Оппе С., Оппе М., Рэбин Р., Шенде А., Клиимпут И., Ф.де Шаро, Вильямс А. Определение отличий в параметрах качества жизни, связанного со здоровьем, и их соотношений в различных странах./ Материалы Международной конференции «Исследование качества жизни в медицине». Санкт-Петербург: «Издательство Буковского», 2002. С. 238-240.
13. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград: «Издатель», 2001. 96 с.
14. Вассерман Л.И., Громов А., Михайлов В.А. и др. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в 121 современных подходах./Психосоциальная реабилитация и качество жизни. Санкт-Петербург, 2001. С.103-114.
15. Vimbacher D. Quality of life - evaluation or description? //Ethical Theory Moral Practice 1999. Vol.2, No1.P.25-36.
16. Давыдова Е.В., Давыдов А.А. Измерение качества жизни. Москва: Институт социологии РАН, 1993. - 52 с.
17. Сулаберидзе Е.В. Проблемы реабилитации и качество жизни в современной медицине //Российский медицинский журнал. Москва, 1996. С.9-11.

18. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни //Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. Санкт-Петербург, 1995. С.27-28.
19. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press, 1996. – 374 p.
20. Edlund M, Tancredi LR. Quality of life: an ideological critique. Perspectives in Biology and Medicine.1985. – P.591-607.
21. Elkinton J. Medicine and the quality of life // Annals Int. Med. 1966. Vol. 63. P.711-714.
22. Goodinson, S.M., and Singleton, J. Quality of life: a critical review of current concepts, measures, and their clinical implications, //bit. J. Nurs. Stud. - 1989. Vol. 6, No.4. P. 327-341.
23. Grabot D., Martin C, Auriacombe M., Tignol J. Assisted evaluation scale of quality of life //Encephale. 1996. Vol. 22, № 3. P.181-185.
24. Henrich G, Herschbach P. Questions on Life Satisfaction (FLZM) - a short questionnaire for assessing subjective quality of life. // Eur J Psychol Assess/ - 2000, №16 P. 150-159.
25. Hunt S.M. The problem of quality of life //Quality of Life Research.1997.Vol.6. P.205–210.
26. Jones P.W. Health status, quality of life and compliance. //Eur. Respir. Rev., 1998. Vol.8. № 56. P. 243–246.
27. Deyo R, Carter W. Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. Medical Care. 1992. Vol.30. P.76-86.
28. Donovan J, Frankel S, Eyles J. Assessing the need for health status measures. J Epidemiological Comm. Health. 1993. P.58-62.
29. Anderson J.P., Bush J.W., Berry C.C. Classifying function for health outcome and quality of life evaluation. //Medical Care -1986. Vol. 24, No. 5 P. 454-470.
30. Brooks, R.G. Health status and quality of life measurement: Issues and developments. /The Swedish Institute for Health Economics, IHE. Landskron, 1991. 127p.
31. Dupui H. The Psychological General Well-Being Index. In: Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. Wenger N. ed. NewYork: LeJacq, 1984. P.70-83.
32. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Quality and pharmacoconomics in clinical trials. Spilker B., ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996. P.23-33.
33. Henrich G, Herschbach P. Questions on Life Satisfaction (FLZM) - a short questionnaire for assessing subjective quality of life. // Eur J Psychol Assess/ -2000, №16 P. 150-159.
34. Anderson J.P., Bush J.W., Berry C.C. Classifying function for health outcome and quality of life evaluation. //Medical Care -1986. Vol. 24, No. 5 P. 454-470.
35. Kaplan, R.M., Anderson, J.P., Wu, A.W., Mathews, W.C, Kozin, F., and Orenstein, D. The Quality of Well-Being Scale. Medical Care, 1989. Vol.27, No.3. P.27-43.
36. Ware J., Sherbourne C. The MOS 36item short-form health survey (SF-36) //Medical Care.1992.Vol.30.P.473–483.
37. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Quality and pharmacoconomics in clinical trials. Spilker B., ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996. P.23-33.
38. Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Мандрыкин Ю.В., Папикян И.И. Качество жизни больных после аорто-коронарного шунтирования // Клин.мед. 1997. № 12. С.33–35.
39. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. № 5. С. 66–72.
40. Fletcher A., Bulpitt C.I. // Quality of life and cardiovascular care. 1985. P.140–150.
41. Орлов В.А., Гиляревский СР. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине М.: Медицина и здравоохранение. Москва, 1992. – 65 с.
42. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клиническая медицина. Москва, 1989, №9. С.3-8.
43. Булешов М.А., Дайрбеков О.Д., Самченко И.А. Анализ основных факторов влияющих на уровень заболеваемости работающего населения // Вестник ЮКГМА, Шымкент, 2002. №10-11. С.122-124

УДК 616 2-056.54

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ

М.С Тажобаева, А.Н Ахметова, М.А Югова, Ж.К Алиева, Р.Д.Мейрбекова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Медицинский Центр «Ультра», ТОО медицинский центр «Евромед», г. Шымкент
Областной перинатальный центр №1, г. Шымкент
Областной консультативно-диагностический медицинский центр, г. Шымкент.

ТҮЙІН

Бұл мақалада аналық бездердегі келесі патологиялық өзгерістердің негізгі ультрадыбысты белгілері сипатталады: доминантты фолликулдың жетілмеуі, фолликулдың овуляцияға жетпей сары денеге айналуы, лютеинді фазаның жетіспеушілігі, мультифолликулярлы бездер, анабез поликистозы, гиперстимуляция

синдромы, аналық бездердің резистенттілігі, анабездің әлсіреу синдромы, гипопиздегі гонадотропты функциясының тоқтауы, босанғаннан кейінгі кездегі гипопитуитаризм және гипертекоз. Бұл патология етеккір қызметінің бұзылуына, бедеулікке, аменорреяға әкеліп соқтырады. Гинекологиялық тәжірибеде аналық бездердің эхосонографиялық зерттеу әдісінің диагностикалық маңызы зор.

SUMMARY

In this article the pathologic changes in ovarian follicles, such as absence of dominant follicle, nonovulating luteinizing follicle, lutein deficiency, multicystic and polycystic ovaries, syndrome of ovarian hyperstimulation, syndrome of ovarian resistance and exhaustion, decreasing gonadotrophic function of pituitary body, postpartum hypopituitarism, hyperthecosis were described. These ovarian disorders lead to anovular menstruation, dysfunctional uterine bleedings, amenorrhea, infertility. The ultrasound sonography is the valuable diagnostic method for different types of endocrine ovarian pathology.

Современная эндокринологическая гинекология немыслима без применения ультразвукового исследования в связи с ее высокой информативностью, неинвазивностью, безболезненностью и безопасностью процедуры. Быстрое развитие современных ультразвуковых аппаратов с их качественной разрешающей способностью дает уникальную возможность проследить за физиологическими и патологическими изменениями, протекающими в фолликулярном аппарате яичников в течение всего менструального цикла у женщин репродуктивного возраста, что необходимо для диагностики и контроля до и после лечения различной эндокринной патологии. Отсутствие доминантного фолликула. У здоровых женщин имеется 2-3 ановуляторных менструальных цикла в год [1]. Это может быть после перенесенных инфекционных заболеваний, стрессовых ситуаций, длительной чрезмерной физической нагрузки и через некоторое время цикл самостоятельно восстанавливается. При хронической недостаточной выработке, нарушениях цикличности секреции или соотношения гормонов, стимулирующих фолликулогенез, не происходит формирования доминантного фолликула и, соответственно, овуляции [2].

В этом случае при динамической эхографии не регистрируется рост фолликулов, и диаметр их в течение всего менструального цикла не превышает 8-10 мм [3]. Лютеинизация неовулировавшего фолликула. Если произошло созревание доминантного фолликула, но отсутствовала овуляция, то во второй фазе менструального цикла он подвергается лютеинизации за счет гипертрофии тека- и гранулезных клеток, расположенных по наружной поверхности базальной мембраны [4]. Эхографическим признаком лютеинизации неовулировавшего фолликула является визуализация во второй фазе цикла преовуляторного фолликула с гиперэхогенными и неравномерно утолщенными стенками. В последние дни лютеинизирующийся доминантный фолликул постепенно уменьшается в размерах и чаще всего к началу менструации не визуализируется. Ультразвуковое исследование играет большую роль при выявлении недостаточности лютеиновой фазы, так как сохраняется цикличность выработки лютеинизирующего гормона и прогестерона, уровень которого снижен, что может привести к развитию гиперпластических процессов эндометрия или дисфункциональным маточным кровотечениям [3]. Недостаточность лютеиновой фазы. Гормональные нарушения лютеиновой фазы проявляются гипофункцией желтого тела и бесплодием, частота которого при этом достигает 25% [5]. Эхографические признаки недостаточности лютеиновой фазы: отмечают уменьшение толщины стенки желтого тела (менее 2 мм), более однородную внутреннюю структуру и пониженную эхогенность его содержимого [1,6]. Кроме того, имеется уменьшение толщины эндометрия по сравнению с нормативными значениями для секреторной фазы цикла. При цветовом картировании регистрируется гиповаскуляризация стенок желтого тела.

Фолликулярный аппарат яичников избыточный при: мультифолликулярных яичниках; поликистозных яичниках (ПКЯ); синдроме гиперстимуляции яичников. Мультифолликулярные яичники. Мультифолликулярные яичники, характеризующиеся большим количеством фолликулов, встречаются у 15% здоровых девушек и молодых женщин [7]. Чаще всего размеры яичников находятся в пределах нормы без нарушения их функции. Эхографические признаки мультифолликулярных яичников: фолликулы различного диаметра, вплоть до доминантного, расположены по периферии в виде четок или по всей толще стромы яичника; в одном срезе более 10 фолликулов; экзогенность стромы яичника соответствует экзогенности неизмененного эндометрия. При мультифолликулярных яичниках отсутствует увеличение овариального объема [7-9]. По мере роста девушки и становления ее менструальной и репродуктивной функций мультифолликулярные яичники спонтанно исчезают. Поликистозные яичники – ПКЯ. ПКЯ являются составной частью симптомокомплекса, при котором на фоне нейроэндокринных нарушений в яичниках происходит повышение образования андрогенов, что приводит к массовой атрезии фолликулов и хронической ановуляции. ПКЯ в структуре гинекологических заболеваний занимают до 11%, являются одной из причин ановуляции и аменореи, при эндокринном бесплодии частота их достигает 75% [10], а у больных с клиническими проявлениями гиперандрогении, бесплодием и нарушением менструального цикла – 85% [3]. Эхографические признаки ПКЯ: двустороннее увеличение яичников более 8 см [3]; определение в одном срезе более 10 фолликулов, расположенных как по периферии, так и в толще стромы [3,10]; диаметр фолликулов 3-10 мм, отсутствие доминантного фолликула и желтого тела [3,10]; гиперэхогенная и гиперплазированная строма

яичника [3,6,10]; утолщение белочной оболочки (первичные ПКЯ) [11-13]; сочетание с признаками гиперплазии эндометрия (первичные ПКЯ, гипоталамическая форма вторичных ПКЯ) [3,11]; гиперваскуляризация яичника [10]; монотонные значения индекса резистентности в течение менструального цикла (0,54-0,66) [12]. Синдром гиперстимуляции яичников. В отличие от физиологического фолликулогенеза, при котором созревает и овулирует один фолликул, в комплексе лечения бесплодия различного генеза применяется индукция овуляции, что может привести к синдрому гиперстимуляции яичников. Основным патогенетическим звеном является повышенная сосудистая проницаемость, в связи с чем происходит скопление трансудата в серозных полостях, потеря белка, гиповолемия и тромбоз эмболия, олигурия вплоть до острой почечной недостаточности [16]. Чаще синдром гиперстимуляции яичников возникает на фоне ПКЯ [14,15]. Синдром гиперстимуляции яичников возникает от 1 - 7% случаев [12] до 22,1% [3], имеет легкую, среднюю и тяжелую формы течения в зависимости от степени проявления клинических признаков [3,16]. Ультразвуковыми признаками легкой степени синдрома гиперстимуляции яичников являются двухстороннее увеличение яичников до 60 мм в диаметре, кистозные полости диаметром 20 мм, представляющие собой фолликулы и тека-лютеиновые кисты [5]. Тека-лютеиновые кисты имеют правильную округлую форму, анэхогенное внутреннее содержимое и тонкую стенку.

Средняя степень синдрома гиперстимуляции яичников характеризуется размерами яичников от 60 до 120 мм в диаметре. Кроме этого, появляется асцит [3,16]. При тяжелой степени синдрома гиперстимуляции яичников размеры яичников превышают 120 мм в диаметре, а размеры тека-лютеиновых кист -50-60 мм. Помимо асцита наблюдаются гидроторакс и/или гидроперикард вплоть до анасарки [3,16]. На фоне лечения происходит регресс тека-лютеиновых кист и уменьшение размеров яичников в течение 2-3 месяцев [1]. Уменьшение количества или полное исчезновение фолликулов встречается при: синдроме резистентных яичников; синдроме истощения яичников; синдроме гиперторможения гонадотропной функции гипофиза; послеродовом гипопитуитаризме; гипертекозе. Синдром резистентных яичников. Характеризуется резким снижением чувствительности рецепторного аппарата яичников к гонадотропинам при нормальном уровне выработки центральных половых гормонов, стимулирующих фолликулогенез. Частота данного синдрома составляет от 2 до 10% всех форм вторичной аменореи [3]. Кроме этого, женщины с синдромом резистентных яичников страдают бесплодием, а беременность у них возможна лишь методом вспомогательной репродукции с использованием донорской яйцеклетки [3]. При ультразвуковом исследовании матка и яичники имеют нормальные или несколько уменьшенные размеры, фолликулы определяются в 50% случаев, имеют малые размеры, отсутствует доминантный фолликул [1,17].

Синдром истощения яичников. Это мультифакторная патология, результатом которой являются дегенеративные изменения фолликулярного аппарата яичников со значительным повышением уровня гонадотропинов [3]. Имеется наследственная предрасположенность к данному синдрому, связанная с генетическими аномалиями, приводящими к снижению количества ооцитов еще во внутриутробном периоде, усугубляющаяся токсическими или радиационными воздействиями и инфекционными заболеваниями матери [3]. В отличие от синдрома резистентных яичников имеется возможность возобновления менструальных циклов и наступления беременности [17]. Эхографически органы малого таза соответствуют постменопаузе, т.е. уменьшены в размерах, матка с гипопластичным эндометрием и яичники с отсутствующим фолликулярным аппаратом. Синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза. Развивается у 0,7-0,8% женщин при отмене комбинированных оральных контрацептивов и проявляется аменореей и ановуляцией в течение 3-6 месяцев [18]. Данный синдром чаще возникает на фоне приема антидепрессантов, наркотиков, резерпина [3,11]. Восстановление менструальной функции у большинства пациенток происходит самопроизвольно, однако, примерно 30% больных нуждаются в корригирующей терапии [3].

При ультразвуковом исследовании имеется уменьшение размеров матки и яичников. Эндометрий гипопластичный, вплоть до атрофии и фиброза. Отмечается значительное обеднение фолликулярного аппарата, отсутствие доминантного фолликула. Послеродовый гипопитуитаризм. Послеродовый гипопитуитаризм, или синдром Шихана, возникает вследствие маточного кровотечения (как правило, послеродового) или бактериального шока с последующей выраженной гипоксией и некротическими изменениями передней доли гипофиза, вырабатывающей гонадотропные, тиреотропные и адренотропные гормоны [3,16]. В сочетании с нарушениями функции щитовидной железы и надпочечников яичниковая недостаточность проявляется олигоменореей, ановуляцией и вторичным бесплодием. При эхографии органов малого таза у больных с легкой или средней степенью тяжести синдрома выявляются матка и яичники нормальных или незначительно уменьшенных размеров с единичными фолликулами диаметром до 5 мм [13]. При тяжелой степени - матка и яичники значительно уменьшены в размерах, а фолликулы не визуализируются. Кроме органов малого таза необходимо исследовать щитовидную железу и надпочечники для выявления в них патологических изменений.

Гипертекоз. Гипертекоз характеризуется очаговой гиперплазией и лютеинизацией клеток стромы яичника, а также резко выраженными клиническими симптомами гиперандрогении [3]. Ультразвуковое исследование позволяет выявить увеличенные в размерах яичники за счет гиперплазии стромы, экзогенность которой выше, чем миометрия. Фолликулы в небольшом количестве малых размеров, доминантный фолликул отсутствует. Белочная оболочка может быть утолщена. При подозрении на гипертекоз, кроме обследования органов малого таза, необходимо проводить исследование надпочечников, так как у этих больных наблюдается гиперплазия надпочечников [19].

ЛИТЕРАТУРА

1. Медведев М.В., Зыкин Б.И., Хохолин В.Л., Стручкова Н.Ю. Дифференциальная ультразвуковая диагностика. М.: Видар, 1997.с.70-77.
2. Фанченко Н.Д., Шедрина Р.Н. Нейрогуморальная регуляция и состояние репродуктивной системы в период ее активного функционирования.// Руководство по эндокринной гинекологии Под ред. Вихляевой Е.М.: МИА,2002.с.150-175.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М.:МИА,2003.с.134-419.
4. Росс Г.Т., Шрейберг Д.Р. Яичники // Репродуктивная эндокринология. Т.1Под ред. Йена С.С.К. ,Джаффе Р.Б.М.:Медицина,1998.с.160-192.
5. Дуда Вл.И., Дуда В.И, Дуда В.И. Гинекология: Учебное пособие. Минск: Интерпресссервис,2002.с.245-308.
6. Кузьмина С.А. Эхографическая диагностика недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла Эхография. 2003.Т.4. №1.с.34-38.
7. Малявская С.И., Шевченко Т.В., Барболина О.В. Эхографическая динамика овариального объема в процессе полового развития у девочек с изолированным пубархе.Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2003. №2. С.35-45.
8. Adamsbaum С., Metsdagh P., Andre С. et al. Cystic ovarian pathology exepcting genital activity // J. Radiol.2000. V.81.№12.P.1789-1797/
9. Basot M., Robert Y., Metsdagh P. et al. Ovarian functional disorders.// J. Radiol. 2000.V.81,№12.P.1801-1818.
10. Кирющенко А.П., Совчи М.Г. Поликистозные яичники // Акушерство и гинекология.1994. №1.с.11-14.
11. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г, Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. М.:МИА,2001.с.132-151.
12. Купешич С., Курьяк А., Михайлов А. ЦДК при исследовании овариального фактора бесплодия Трансвагинальный цветовой доплер/Под ред. Курьяка А, Михайлова А., Купешич С. СПб.: Петрополис,2001.с.44-58.
13. Зыкин Б.И., Проскуракова О.Б., Буланов М.Н. Ультразвуковое исследование яичников Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т.3./ Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. М.: Видар,1997. С.132-174.
14. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М.: Медицина,1990.с.123-125.
15. Кузьмина С.А., Зудикова С.И. Возможности эхографической диагностики синдрома овариальной гиперандрогении // Ультразвуковая и функциональная диагностика.2001.№2.с.34-38.16.
16. Кулаков В.И., Калинина Е.А., Корнеева И.Е. и др.Синдром гиперстимуляции яичников в программе ЭКО и ПЭ // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В. М.: МИА.2000.с.410-469.
17. Озерская И.А., Агеева М.И. Ультразвуковая диагностика эндокринной патологии яичников // Ультразвуковая и функциональная диагностика.2004. №2.с.136-143.
18. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. СПб.: Сотис,1995.с.138-151.
19. Вихляева Е.М. Нейроэндокринные нарушения репродуктивной системы // Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Вихляевой Е.М. М.: МИА.2002.с.343-406.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616. 12-007-053.1:314.42(574.5)

СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ПРИ ВПС ПО ЮКО ЗА 2008-2009 ГОДЫ

Ю.С Купилова, Г.Б Опабекова, И.А Крючкова, С.Ш Балабекова, Б.Б Баймаханова, К.А.Мустафина
Областная детская больница, г. Шымкент

SUMMARY

This article is about the information about death the congenital heart disease of children in South Kazakhstan Oblast.

Врожденные пороки сердца (ВПС) - одна из наиболее частых и сложных проблем современной кардиологии. Актуальность ее определяется не только высокой частотой и ростом комбинированных, сложных пороков сердца и крупных сосудов, но и высокой смертностью, что составляет около 23%, причем 90% детей умирают на первом году жизни (Ю.М. Белозеров, 2004).

Цель работы: Анализ смертности детей при ВПС по ЮКО за 2008-2009 года.

Материалы и методы исследования: 1. Годовые отчеты районов и городов ЮКО за 2 года. 2. Анализ статистических и фактических материалов по данной проблеме.

Результаты и обсуждения. Всего умерших детей по ЮКО за 2008 год- 2083, из них 130 детей умерло от ВПС, что составило 6,2%. Всего умерших детей по ЮКО за 2009 год-1725, из них 112 детей умерло от ВПС, что составило 6,5%.

Таблица №1 Структура смертности детей от ВПС по ЮКО за 2008-2009 года

ВПС без уточнения		ДМПП		ДМПП+ДМЖП		Тетрада Фалло		3-х камерное сердце		Врожденный СЛА		Врожденный субаортальный стеноз	
2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
110	91	4	8		2	13	9	1	1	1	1	1	

В структуре смертности детей при ВПС (табл. №1), преобладающее большинство составили ВПС без уточнения топического диагноза, в 2008 г-110 детей (84,6%), в 2009 г -91 ребенок (81,3%), что возможно связано с несвоевременной ультразвуковой диагностикой ВПС в некоторых районах ЮКО. В ЮКО за 2008 г зарегистрировано 36 детей с тетрадой Фалло, в 2009 г -102 ребенка. Смертность детей по ЮКО от тетрады Фалло составило в 2008 г- 13 детей (10%), из них 1 ребенок умер в Областной детской больнице, в 2009 г – 9 детей (8%), из них 5 умерло в Областной детской больнице. По литературным данным ожидаемая летальность детей до 1 года при тетраде Фалло составляет 24-36%. При ВПС с относительно благоприятным исходом, такие как ДМПП, ДМЖП, стеноз легочной артерии естественная смертность на 1 году жизни составляет 8-11%, что соответствует данным ЮКО.

Таблица №2 Возрастная структура смертности детей от ВПС по ЮКО за 2008-2009 года

Диагноз	0-28 дней		28 дн-1 год		1-5 лет	
	2008 г	2009 г	2008 г	2009 г	2008 г	2009 г
ВПС без уточнения	56	36	37	47	18	8
ДМПП	2	1	2	7		
ДМПП+ДМЖП		1		1		
Тетрада Фалло	10	1	2	5	1	3
3-х камерное сердце		1	1			
Врожденный СЛА		1			1	
Врожденный субаортальный стеноз	1					
ВСЕГО	69	41	42	60	19	11
%	53,0%	36,6%	32,3%	53,5%	14,6%	9,8%

Из табл. №2 видно, что в 2009 г идет снижение неонатальной смертности (36,6%) по сравнению с 2008 г (53,0%), возможно это связано с совершенствованием неонатально-реанимационной помощи новорожденным В ЮКО. В 2009 г наблюдается рост младенческой смертности (53,5%) по сравнению с 2008 г (32,3%). Это связано с тем, что к 1 году дети с ВПС имеют многие осложнения, такие как гипертония МКК, легочная гипертензия, инфекционные эндокардиты, перикардиты, нарастающую сердечную недостаточность, что приводит при неоказании своевременной кардиохирургической помощи к летальности. В структуре детской смертности (

2008 г -14,6%, 2009 г-9,8%) идет снижение, которое отображает своевременное оказание кардиохирургической помощи детям этого возраста. Таким образом, учитывая что в структуре смертности детей при ВПС преобладающее большинство составили ВПС без уточнения топического диагноза, необходимо обеспечить все районы ЮКО штатом детских кардиологов, приобрести современное диагностическое оборудование (ЭКГ, кардиальные датчики, Эхо-КГ, рентген) в ряде районов ЮКО. Анализ смертности детей с врожденной аномалией сердца по ЮКО за 2008-2009 года показал, высокую смертность детей в возрасте от 1 месяца жизни (85,3-90,1%) до 1 года с выраженными нарушениями гемодинамики, требующими своевременную и незамедлительную кардиохирургическую помощь, непосредственно в г. Шымкент.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.В. Мурашко Врожденные пороки сердца. Практическое руководство по детским болезням под редакцией проф. Г.А. Самсыгиной и проф. М.Ю. Щербаковой , 3 том. МЕДПРАКТИКА-М Москва,2009.
2. Н.А. Белоконов, М.Б. Кубергер. Болезни сердца и сосудов у детей. Том 1, Москва , изд. «Медицина»,1987.
3. Т.В. Парийская, В.И. Гикавий. Врожденные пороки сердца у детей и их фармакотерапия.-Кишинев: Штиинца, 1989.
4. Ю.М. Белозеров Детская кардиология М: «МЕДпресс-информ» 2004, -стр 54-167.

УДК 616.12- 007- 053.1 (574.5)

ЧАСТОТА, СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЮКО ЗА 2008-2009 ГОДЫ

*Ю.С Купилова, Г.Б Опабекова, И.А Крючкова, С.Ш Балабекова, Б.Б.Баймаханова
Областная детская больница,г.Шымкент*

ТҮЙІН

Бұл мақалада Оңтүстік Қазақстан Облысында балалар арасындағы іште туылған жүрек ақауларының жиілігі мен структурасы көрсетілген.

SUMMARY

This article is about the information about the frequency and structure of congenital heart disease of children in South Kazakhstan Oblast.

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из наиболее частых аномалий развития. Рождаемость детей с ВПС во всех странах мира , включая Россию, составляет от 2,4 до 14,2 на 1000 новорожденных (Е. В. Мурашко, 2009 г).Удельный вес ВПС среди всех заболеваний у детей составляет 0,2-0,5%, а у детей первого года жизни 5-10% (Белоконов Н.А.,1987г). В последние годы наблюдается увеличение удельного веса тяжелых комбинированных форм, часто протекающих с развитием недостаточности кровообращения (З.М. Волосовец, 1999 г), что требует раннего выявления таких пороков для проведения своевременной консервативной или хирургической терапии. Такие пороки дают 29% летальности на первой недели жизни, к первому месяцу жизни летальность достигает 42%, к году 87% (Т.В. Парийская с соавт. 1999 г). Изучение частоты и структуры ВПС в регионе ЮКО представляет несомненный интерес, для снижения младенческой и детской смертности.

Цель работы: Изучение частоты, структуры ВПС у детей ЮКО за 2008-2009 г.

Материалы и методы исследования: 1.Годовые отчеты районов и городов ЮКО за 2 года. 2.Анализ статистических и фактических материалов по данной проблеме.

Результаты и обсуждения. Частота ВПС у детей ЮКО

Таблица №1

Районы	Численность детского населения		Всего детей			
			2008		2009	
	2008	2009	Абс.	%	Абс.	%
Арыс	22763	22963	55	2,42	70	3,04
Байдибек	18237	18162	25	1,37	53	2,91
Ордабасы	31111	31883	101	3,24	106	3,32
Отырар	18491	18324	20	1,08	37	2,01
Казыгурт	37207	37743	31	0,8	47	1,24
Толеди	37108	37967	70	1,88	155	4,08
Махтарал	101238	102507	138	1,36	222	2,16
Сайрам	98360	92811	100	1,11	123	1,32
Сарыагаш	91906	94913	138	1,5	182	1,79
Созак	18144	18614	17	0,33	51	2,73

Тюдькубас	29341	29852	51	1,73	88	2,94
Шардара	26991	27257	24	0,89	47	1,72
Кентау	23006	23312	116	5,04	110	4,7
Туркестан	71127	73385	10	0,14	258	3,51
Шымкент	145221	155783	444	2,97	906	5,53
ВСЕГО	765245	785476	1340	1,75	2455	3,12

При анализе годовых отчетов (таб.№1) установлено, что частота ВПС по ЮКО составила в 2008 г.- 1340 детей (1,75‰), в 2009 г. 2455 детей (3,12‰). Увеличение выявляемости детей с ВПС способствовало улучшению кардиологической помощи, что связано с нормализацией штатов детских кардиологов в городах и районах области. Большая частота ВПС зарегистрирована в городах Шымкент, Туркестан, Кентау, Ленгер, Арысь. Улучшился учет и диагностика ВПС в ряде районов области Консультация кардиохирургами

Таблица №2

Районы	Численность детского населения		Проконсультированные кардиохирургом			
			2008		2009	
	2008	2009	Абс.	‰	Абс.	‰
Арыс	55	70	8	15	34	47
Байдибек	25	53	1	4	26	43
Ордабасы	101	106	18	18	45	41
Отырар	20	37	3	15	16	
Казыгурт	31	47	5	16	12	24
Толеди	70	155	0	0	43	28
Махтарал	138	222	5	4		
Сайрам	100	123	20	20	24	17
Сарыагаш	138	182	60	43	97	57
Созак	17	51	7	41	14	26
Тюдькубас	51	88	16	31	55	62
Шардара	24	47	2	8	17	36
Кентау	116	110	6	5	47	43
Туркестан	10	258	10	100	9	3
Шымкент	444	906	75	17	205	23
ВСЕГО	1340	2455	236	17,6	644	26,2

Таблица №2 показывает рост участия в диагностическом процессе кардиохирургов. В 2008 г было проконсультировано 236 детей (17,6%), в 2009 г.- 644 детей (26,2%). Число прооперированных больных выросло в 3 раза, за 2008 г.- 67 детей, а за 2009г.-191 ребенок и за первый квартал 2010г. уже было прооперировано 50 детей, из них двое новорожденных с ТМС с благоприятным исходом в г. Астане. В структуре ВПС у детей ЮКО наиболее частым среди белых пороков в 2008 г. и в 2009 г.соответственно, явился ДМЖП 417 детей (31,1%) и 801 детей (32,6%). Среди всех ВПС на втором месте ДМПП - 256 детей (19,1%) и соответственно 764 детей (31,1%). Синие пороки- Тетрада Фалло 36 случаев -2,7% в 2008 г., 102 ребенка – 4,2%, в 2009 г. Сложные и критические ВПС такие как тетрада Фалло, пентада Фалло, ТМС, АВК, коарктация аорты, 3-х камерное сердце, сочетанные пороки составили за 2009 г. -14,9%, по сравнению с 2008 г.-6,7%, что говорит о более широком применении инструментальных методов исследования. Другие пороки сердца такие как (НАП, СЛА, САК, недостаточность клапанов) составляют от 5,4% до 8,8%. ВПС без уточнения топического диагноза зарегистрирован в 37% случаев в 2008 г. и в 15,4% в 2009 г.

Таким образом, анализ частоты ВПС за 2008-2009 года показал рост числа детей с ВПС с 1340 до 2455 детей, благодаря улучшению учета и диагностики ВПС, также увеличению штата кардиологов с 2-х до 17-ти специалистов, прошедших первичную подготовку на базе Санкт-Петербурга и Караганды, открытию кардиоревматологических кабинетов в городах и районах ЮКО. Но в целом, по отношению к мировым данным (0,7-1,7%) выявляемость детей с ВПС по ЮКО недостаточна (0,3%), что объясняется отсутствием оснащения современной диагностической техникой в большинстве районов ЮКО и к сожалению, недостатком штатных единиц детских кардиоревматологов в некоторых районах ЮКО. В структуре ВПС первое место занимают септальные дефекты (ДМЖП, ДМПП) от 50,2% - до 63,7% , что согласуется с литературными данными России (Т.В. Парийская 1999 г.). Нозологическая структура за 2008-2009 года показала, что улучшилась диагностика сложных и комбинированных ВПС на 8,2%. Другие пороки сердца такие как (НАП, СЛА, САК, недостаточность клапанов) составляют от 5,4% до 8,8%. Остается большое количество детей с неуточненным топическим диагнозом ВПС(801 ребенок в 2009 г.), что объясняется недостатком инструментальных методов обследования на местах, отдаленностью районов от областного центра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.В. Мурашко Врожденные пороки сердца. Практическое руководство по детским болезням под редакцией проф. Г.А. Самсыгиной и проф. М.Ю. Щербаковой , 3 том. МЕДПРАКТИКА-М Москва,2009.

2. Н.А. Белоконов, М.Б. Кубергер. Болезни сердца и сосудов у детей. Том 1, Москва, изд. «Медицина», 1987.
3. Т.В. Парийская, В.И. Гикавый. Врожденные пороки сердца у детей и их фармакотерапия.- Кишинев: Штиинца, 1989.
4. О.П. Волосовец. Природжені вади сердца у новонароджених: стратегія и тактика лікаря у ранньому постнатальному періоді//Перинатологія та педіатрія.-1999.-№2.

УДК 616.34-007.272-053.2

ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА С ОКИ НА ФОНЕ ЦЕЛИАКИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

М.М.Бердыкулова

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Мақалада целиакиясы бар балаларда жедел ішек инфекциясы жоғарғы ішектің тарылуы түрінде асқыну мүмкіндігі жайлы айтылған. Бұл асқыну өлімге әкелуі ықтимал.

SUMMARY

The acute intestinal infection has been flowen against a background of celiac disease may develop complications by high intestinal obstruction. It's drive to fatal outcome.

Целиакия – это хроническое полисиндромное заболевание, которое характеризуется неспецифическим повреждением слизистой оболочки тонкой кишки глютенем, белком, содержащимся в злаковых пшеницы, ячменя, ржи и овса, нарушающими пищевую абсорбцию на поврежденном участке. Целиакия, считавшаяся крайне редким заболеванием, на самом деле встречается достаточно часто: в среднем 1 случай на 100-200 человек(2) и относится к заболеваниям желудочно-кишечного тракта с наследственным предрасположением. Целиакия является одной из самых больших проблем медицины, остро стоящая в Европе и мире. Начало заболевания проявляется через 4-8 недель после введения в питание глютен содержащих продуктов, обычно это связывают с введением прикормов (каш, хлеба, мучных изделий и др.)(1,2). Нередко болезнь начинается под действием факторов, способствующих реализации генетических дефектов (кишечные инфекции или другие острые заболевания). У 4% детей с острыми кишечными инфекциями(ОКИ) выявляются целиакия (1). Неспособность тонкого отдела кишечника усваивать белок глютен у детей раннего возраста проявляется развитием снижения массы тела и аппетита, появлением раздражительности, рвотой поносом, мышечной гипотонией, задержкой психомоторного развития. Одним из характерных признаков целиакии является учащенный, жидкий, пенистый, обильный, зловонный, с блеском жира (стеаторея), светлый серо-желтой окраски стул. Отмечается вздутие живота вследствие вздутия петель кишечника и псевдоасцит. Одним из проявлений целиакии является нарушение Са-Р обмена, проявления белковой и витаминно-минеральной недостаточности. Дети неоднократно попадают в инфекционные стационары с жалобами на жидкий стул, рвоту, часто протекающую на фоне повышения температуры тела, так как срыв происходит при присоединении ОРВИ. Назначение ферментов, антибиотиков положительных результатов не приносит.

Основным методом лечения целиакии является пожизненная диета с полным исключением всех продуктов содержащих глютен ячменя, овса, пшеницы, ржи (1,2). Мною был проанализирован случай смерти у ребенка от высокой кишечной непроходимости с ОКИ, протекавшей на фоне целиакии. В приемный покой ГИБ города Шымкента скорой помощью был доставлен ребенок И.А. в возрасте 10 месяцев 12 дней с жалобами на температуру 38°, снижение аппетита, рвоту 3-4 раза в день, водянистый жидкий стул 4-5 раза в день. Болен 2 дня. Ребенка сразу госпитализируют в ОРИТ для оказания неотложной помощи в тяжелом состоянии с выраженными признаками обезвоживания. Вес 5.200 г., дефицит массы тела более 50%, глаза запавшие, кожная складка расправляется очень медленно. Кожные покровы с серо-землистым оттенком, губы сухие, хейлит.

Живот большой, увеличен, заметна венозная сеть. Подкожно-жировой слой отсутствует. В тот же день у ребенка отмечались клонико-тонические судороги и рвота кофейной гущей. Из анамнеза выяснилось, что ребенок состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом «Целиакия» и периодически получает лечение, диету не соблюдает. Обследован. В общем анализе крови эр. 5,15·10¹²/л, Нб 138г/л, L 11,7·10⁹/л, Нт 39%, тр. 697·106/л, п. 6, с. 67% лф 23%, м. 4. Общий белок 50г/л, калий 2,84ммоль/л, натрий 116,2 ммоль/л, кальций 1,04ммоль/л (гемоконцентрация, гипопротеинемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия). Кал на копрологию: цвет желтый, нейтральный жир +++ , мыла +, слизь +, L 2-0-5 в поле зрения. Кал на бак посев: выделен *Proteus vulgaris*. Через два дня ребенок переводится в отделение для дальнейшего лечения. На протяжении 7 дней пребывания в отделении у ребенка продолжала удерживаться рвота, жидкий стул 5-6 раз, температура 37,7-38,5°, гипопротеинемия (до 41 г/л), гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия. Живот оставался вздутым, шарообразным, с заметными петлями кишечника. Назначено лечебное питание Humana СЦТ(с 8-го дня госпитализации), инфузионная терапия, коррекция калия, натрия, кальция, коррекция белков,

переливание свежемороженой плазмы №3, альбумина №4. Все дни получал цефтриаксон, цебанекс, ферменты, хилак-форте. На 10-й день госпитализации состояние ребенка еще более ухудшилось. Ребенок с такой же симптоматикой как и при поступлении вновь переводится в ОРИТ. На 4-й день пребывания в ОРИТ на фоне пореза кишечника появляются симптомы кишечной непроходимости. Рентгенологически – выявлены чаши Клойбера. Хирург исключает «острый живот». На следующий день у ребенка, несмотря на проводимое лечение, констатируют смерть. На вскрытии: Острая высокая кишечная непроходимость, заворот тонкой кишки с порезом петель кишечника. Таким образом, недостаточная настороженность медицинского персонала, слабое знание клиники, лечения целиакии способствовало тому, что ОКИ, возникшая на фоне нелеченной целиакии, БЭН 3 степени, вызванная условно-патогенной флорой *Proteus vulgaris*, протекала очень тяжело и привело к тяжелому осложнению в виде высокой кишечной непроходимости. Это повлекло за собой летальный исход. В то же время одним из единственных методов лечения целиакии является соблюдение правильной диеты.

Выводы: При дифференциальной диагностике ОКИ с тяжелым нарушением питания необходимо исключать целиакию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Н.П.Шабалов «Детские болезни» - С.-П, 2000. - С. 387-392.
2. М.О.Ревна, И.В.Незговорова Материалы 10 Международного Симпоз. по целиакии. –Париж, 2002. –С. 130

УДК: 616.643.002-001.33-053.2-08

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА УРЕТРЫ У РЕБЕНКА 10-ТИ ЛЕТ

А.Т. Темиркулов, Н.С. Нарходжаев, К.М. Нарманов, Б.П. Хожашев, Б.Ж. Сулейменов
Областная детская клиническая больница, г.Шымкент

ТҮЙІН

Зәрағар жыртылуының хирургиялық емі туралы нәтижелі клиникалық жағдай көрсетілді.

SUMMARY

A case with a favorable clinical outcome of surgical treatment of urethral rupture.

Травматические разрывы уретры у детей в большинстве случаев изолированные: при непосредственном прямом воздействии на область промежности узким твердым предметом (перекладина турника, удар качелями, падение на кол и т.п.) или сочетанными, в результате перелома костей таза [1,2]. Проблема лечения повреждений уретры при тяжелых механических травмах интересует многих специалистов: урологов, хирургов, травматологов и др. Это объясняется как продолжающимся ростом травматизма, так и возможностями современной реаниматологии, позволяющей сохранить жизнь пострадавшим. Особенности же оказания хирургической помощи этому сложному контингенту пострадавших остаются недостаточно изученными, а исходы лечения оставляют желать лучшего, что связано с развитием в последующем рубцового сужения и облитерации уретры [3]. Приводим случай успешного лечения осложненного посттравматического разрыва задней части уретры. Данный случай интересен тем, что в доступной литературе нами не удалось найти подобного метода лечения.

Больной Б., 10 лет №4062 истории, поступил в клинику 02.05.2005г., с жалобами на колотую рану в области промежности, резкие боли и затруднение мочеиспускания. Из анамнеза: за 7 часов до поступления ребенок упал с велосипеда и получил травму в области правой ягодичной складки штырем велосипедной педали. Через 2 часа после травмы обратились в травмпункт по месту жительства, где врачом была предпринята попытка безуспешной катетеризации мочевого пузыря. После чего, на карете скорой помощи больной был доставлен в приемный покой областной детской больницы г. Шымкент. При поступлении состояние больного средней степени тяжести, за счет полученной травмы. При объективном исследовании со стороны ССС, органов дыхания и ЖКТ патологий не выявлено. При пальпации живота отмечается переполненный мочевой пузырь, а в области промежности ближе к правой ягодице имеется колото-резаная рана размером 0.5-0.8 см. из которой выделяется кровь.

Больной был госпитализирован в отделение детской хирургии с диагнозом: «Колотая рана ягодично-промежностной области». Дежурным врачом, в условиях перевязочной, произведена первичная хирургическая обработка раны и путем катетеризации выпущена моча. Через 8 часов с момента поступления больной был повторно осмотрен детским хирургом в связи с острой задержкой мочи. Состояние на момент осмотра было без улучшений, больной жаловался на затруднение мочеиспускания, что было обусловлено болями в области травмы. При ректальном обследовании была отмечена тестоватая болезненная припухлость в области предстательной железы. При надавливании которой из наружного отверстия уретры и раны выделялось капли крови и мочи. Провести катетер в мочевой пузырь не удалось. В связи с подозрением на разрыв уретры была произведена уретрограмма, на которой отмечается затек контрастной жидкости в парауретральную клетчатку, контуры затека неровные. Выставлен диагноз: «Колотая рана правой ягодицы с повреждением уретры».

Консилиумом, в составе доцента кафедры детской хирургии и дежурными хирургами, решено оперировать ребенка. После осмотра анестезиологом больной взят на операцию. Была выполнена операция: «Эпицистостомия, туннелизация уретры, дренирование околопузырного пространства и раны». В ходе операции, при ревизии был обнаружен разрыв задней части уретры и урогематома, которая была санирована и обработана фурациллином.

В связи с мочевого инфильтрацией окружающих тканей и невозможностью наложить первичный шов уретры, решено провести встречные катетеры, одну через наружное отверстие уретры, другую через мочевого пузырь концы катетеров соединены между собой при помощи катетера меньшего диаметра по типу «матрешки» и уретральный катетер выведен в мочевого пузырь. На конец катетера прикреплена нить, с целью непрерывного бужирования уретры в постоперационном периоде для профилактики раннего рубцового сужения и облитерации. На место разрыва уретры наложены наводящие швы. Околопузырное пространство дренировано через отдельный разрез. Раны послойно ушиты наглухо. Катетер удален на 7-е сутки, нить оставлена для дальнейшего бужирования уретры. Ребенок выписан из стационара на 10-е сутки после операции. Бужирование уретры проводилось амбулаторно 3 раза в неделю первый месяц, затем 1 раз в неделю 2-ой месяц, 1 раз в месяц до 6 мес. Осмотрен через 12-18 мес., состояние ребенка удовлетворительно мочеиспускание свободное, безболезненное. На контрольной уретрограмме через 24 мес., после операции, признаков рубцовых сужений не обнаружено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская урология. Руководство Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Москва 1986г.
2. Неотложные состояния в урологии детского возраста. Королькова И.А. Методические рекомендации. Москва 1985г.
3. Неотложная урология. Пытель Ю.А., Золотарев И.И., Москва 1985г.

УДК 616-002.5

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*С.Ж. Усивалиева, С.С.Култасова, А.М. Тулеев., Ж.У.Таханова
Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент*

Южно Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

ТҮЙІН

Өте сирек кездесетін туберкулезді перикардиттің клиникалық жағдайы және емі келтірілген. Диагноз анамнез, status localis және инструментальды тексерулер арқылы қойылған.

SUMMARY

Also, a clinical circumstance of rare found pathology, as tuberculosis pericarditis has been described. The diagnosis has been determined on the basis of anamnesis, statusa localis, and tehnicen investigations.

Проблема несвоевременности выявления туберкулезного перикардита на сегодняшний день является одной из актуальных. Это связано с множеством факторов. Ведущими являются такие, как отсутствие интеграции между общей лечебной сетью (ОЛС) и противотуберкулезной службой, низкая информированность врачей ОЛС и симптомах туберкулезного перикардита, неукомплектованность обученными специалистами по внелегочному туберкулезу на местах и т.д. По данным различных авторов почти 90% больных внелегочным туберкулезом поступают в противотуберкулезное учреждение после консервативного и хирургического лечения в ОЛС, куда они обращаются с различными жалобами (1,2,3). Из практики приводим следующее наблюдение: Больной П., 10 лет, поступил в детское отделение областного противотуберкулезного диспансера области (ОПТД) 30.10.2009г из гемотонфрولوجического отделения областной детской больницы 30.10.2009 года, где находился с 20.10.2009г. по 30.10.09 г. с диагнозом: Констриктивный перикардит выраженная форма. Плевроперикардиальной спаечный процесс. ДН II ст. НК III ст. Хронический гастродуоденит, гиперпластический гастрит, эрозивный дуоденит в стадии обострения. 30.10.09г после консультации фтизиопедиатра переведен по тяжести состояния в реанимационное отделение ОПТД, где находился с 30.10.09г. по 02.11.09г., 02.11.09г переведен в детское отделение ОПТД. При поступлении: жалобы на быструю утомляемость, увеличение размеров живота, одышку при легкой физической нагрузке, снижение аппетита, редкий кашель.

Из анамнеза: больной в ОПТД поступает повторно, первый раз с 05.05.08г. по 03.06.09г. находился на стационарном лечении с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. Туберкулезный перикардит, МБТ+, I категория ДОТС, новый случай с 05.05.2008 по 08.10.08 года, с 09.10.08 года был переведен во II категорию ДОТС с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких.

Туберкулезный плеврит. Туберкулезный перикардит. Полисерозит, асцит. МБТ отр. II кат. ДОТС, неудача лечения по схеме 3 HRZE(S2)/5HRE до 03.06.09г. с исходом «Лечение завершено». Ребенок из многодетной малообеспеченной семьи, отец находится в тюрьме с ноября 2006 года. Туб.контакт с отцом, который в 2006 году перенес инфильтративный туберкулез легких, получал лечение в исправительном учреждении. Ребенок родился доношенным в срок, с весом 3300. Привит по возрасту. БЦЖ рубец – 4мм. Состояние больного при поступлении тяжелое, за счет симптомов общей интоксикации, симптомов ЛСН, НК. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы чистые, отмечается акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, румянец на щеках, набухание шейных вен. Видимые слизистые синеватой окраски. Нормального телосложения.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферические отеки в области голени обеих нижних конечностей. Слабое развитие подкожно-жировой клетчатки. Грудная клетка привздутая, за счет эмфиземы, аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок в пятом межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости; верхняя-3 межреберье слева от грудины, левая - соответствует верхушечному толчку. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 95 уд.в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Аускультация крупных сосудов; без шумовой симптоматики. Ширина сосудистого пучка 4 см. Пульсация лучевых артерий и стоп удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот увеличен в объеме – 72 см, выражена венозная сеть на брюшной и грудной стенках. Печень ниже уровня пупка +10+15 см, плотной консистенции. Пупок сглажен, асцит, флюктуация выражена. В анализе крови от 23.10.09 г. Нв-114 г/л, Эр 3,9x10¹⁰ /л, Л-6,5 x 10⁹/л, тромбоциты-204,0, С-70, Лф-26, СОЭ-3 мм/ч. В биохимическом анализе крови от 20.10.09 г. билирубин общий 25,8, АЛТ-0,44, АСТ-26,3, тимоловая проба-2,7; общий белок-62; мочевины-4,3. Анализ плевральной жидкости на МБТ от 21.10.09 – отр., проба Ривальта –отр, нейтрофилы-66, лимфоциты -34. Анализ перикардальной жидкости от 28.10.09 МБТ – отр, белок 6,6%, проба Ривальта -отр. СРБ –отр, РФ – отр. Коагулограмма ПГВ 21, 75%, АЧТ-В39, фибриноген -3,9 гл, КФК- 40,4 ед/л, ЛДП-178,4 ед/л. Маркеры ВГ (В,С,Д) – отр. anti Hbs total – положительный.

К+3,19 ммоль/л, Са+1,0 ммоль/л, Na+140, 2АЛТ 17,5, АСТ 26,3 ед/л, билирубин общ. 24,8ед/л. Прямой 150 ед/л, мочевины 7,1, креатинин 37,8. ГДС от 29.10.09 поверхностный гипертрофический гастрит, эрозивный пилорит, острые эрозии луковицы 12 перстной кишки. УЗИ от 29.10.09г – свободная жидкость в брюшной полости 400-500 мл. Диффузные изменения в паренхиме печени. ЭХО признаки реактивных изменений со стороны желчного пузыря. Умеренный перипортальный фиброз. УЗИ от 04.03.10 брюшной полости: умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения в паренхиме печени. Большое количество жидкости брюшной полости. Деформация ЧЛС обеих почек, жидкость малом тазу. УЗИ брюшной полости от 20.04.10 : гепатоспленомегалия. Диффузные изменения в паренхиме печени по типу гепатита. Солевая инкрустация ЧЛС обеих почек. Большое количество жидкости брюшной полости. ЭХО кардиографическое обследование от 19.10.09г – выпот в полости перикарда (по задней стенке ЛЖ, верхушке, передней стенке, ПЖ толщина слоя до 1,67 см). Размеры камер сердца пределах возрастной нормы. ЭХО кардиографическое обследование от 10.02.10г – осмотр затруднен за счет эмфиземы. Застойное увеличение размеров предсердий за счет снижения скоростей кровотока по ЛА, восход АО, нарушение диастолической функции левого и правого желудочка. Признаки умеренной легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда (расслоение листков до 0,5 см). МРТ от 03.11.09г органов грудной полости: МР картина увеличенных лимфоузлов трахеобронхиальной и бронхопульмональных групп, жидкость в плевральных полостях, в полости перикарда. КТ ОГК от 19.02.10 закл: КТ- признаки милиарной диссеминации легких в фазе уплотнения. Перикардит. Двухсторонний плеврит. КТ брюшной полости от 19.02.2010г: закл: КТ-признаки жировой дегенерации печени. Гепатомегалия. Асцит. RW № 145 от 23.04.2010г – отр. ВИЧ № 4553 от 23.04.2010г-отр. Консультация кардиохирурга ОКЦ от 22.04.10г: Констриктивный перикардит, полисерозит туб.этиологии. ХСН, НК II-III ст. ЭКГ: ЧСС 100 в мин. АВ блокада I ст. Консультация гастроэнтеролога от 30.04.2010: Вторичный цирроз печени, асцит.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки от 26.10.09 года определяется усиление сосудистого рисунка, паракостальная плевра с обеих сторон утолщена на 0,5 см, тень сердца расширена в поперечнике, треугольной формы, рентгенпризнаки перикардита, двухстороннего осумкованного экссудативного плеврита. Левая боковая рентгенограмма 26.10.09 определяется плевральные наложения паракостально и в области междолевой плевры. Тень сердца расширена. Признаки перикардита, паракостальные наложения с обеих сторон. Застой МКК. На томограмме через бронхиальное дерево от 06.11.09 года определяются утолщение междолевых и паракостальных плевр, тень сердца расширена в поперечнике. Пройодимость бронхов не нарушена, корни легких четко не определяются, из-за расширения тени средостения. В бактериоскопии мокроты, в анализах плевральной жидкости и в бакпосевах мокроты на МБТ методами бактек и посева на среду Левенштейна –Йенсена, МБТ обнаружены не были. Ребенку после заочной консультации в НЦПТ РК был выставлен диагноз: Туберкулезный полисерозит. Констриктивный перикардит, выраженная форма. МБТ авс IV категория ДОТС. Двухсторонний осумкованный экссудативный плеврит. Диссеминированный туберкулез обеих легких в фазе уплотнения и рассасывания. НК III ст. ЛСН II-III ст. ХСН III ст. Вторичный цирроз печени.

Асцит. Гиперпластический гастрит в стадии ремиссии. Эрозивный дуоденит в стадии ремиссии. Также было рекомендовано лечение препаратами второго ряда.

Наличие констриктивного перикардита, прогрессирующее ухудшение состояние больного, явились показанием к проведению операции по жизненным показаниям. После многочисленных уговоров, мать дала согласие на операцию. 7.05.2010 г. в областном кардиоцентре была проведена операция - Субтотальная перикардэктомия. Интраоперационно больному эвакуировано с брюшной полости около 1,100 мл асцитической жидкости (серозная жидкость, мутного цвета). На контрольных исследованиях; ЭхоКГ от 12.05.2010 г. В перикарде жидкости нет. В плевральных полостях; справа 25 мм и слева 23 мм жидкости. КСО ЛЖ 43мм, УО 40 мл, КДО 84 мл, КСО 44 мл, ФВ 48%. ЭКГ от 12.05.2010г. Ритм синусовый с ЧСС 92 уд/мин. В динамике без изменений. Гистологически в операционном материале- казеозные массы, перикард утолщен за счет кальцинатов и казеозных масс. Больной получал диету № 1 с ограничением соли, лечение по 2 категории ДОТС с 30.10.09 г. по 6.11.09 г., по 4 категории с 6.11.09 г. по настоящее время по схеме: Офлоксацин, капреомицин в/м, протионамид, Паск, пиразинамид, циклосерин. Также больной получает патогенетическую, общеукрепляющую, симптоматическую, преднизолон по схеме, антиоксиданты, гепатопротекторы, ферменты.

В настоящее время состояние ребенка относительно удовлетворительное. Самочувствие не страдает. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые бледные, чистые. Цианоза нет. Нормального телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Над легкими аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости; верхняя-3 межреберье слева от грудины, левая - соответствует верхушечному толчку. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 95 уд. в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме – 68 см, выражена венозная сеть на брюшной и грудной стенках. Печень ниже уровня пупка +3 см, плотной консистенции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое исследование материала подтвердило наш диагноз. Ребенок получает поддерживающую фазу препаратами второго ряда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан – Алматы. 2008 - С. 1-2.
2. Статистический обзор по туберкулезу в Южно – Казахстанской области, 2004 – 2009гг.
3. Скребцов Б.А. и др. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулезу в ЮКО //Фтизиопульмонология. -2006 -№1(9), Алматы с. 13-15.
4. Скребцов Б.А. и др. Эпидемиология и клиника туберкулеза у детей//Фтизиопульмонология-2009-№1(15), Алматы –с.35-37.

УДК 616-053.31:616.15

СЛУЧАЙ СИНДРОМА КАЗАБАХА-МЕРРИТА (СОЛИТАРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ КОАГУЛЯЦИИ) С ИНТЕНСИВНО БУРНЫМ РОСТОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

*С.Ш. Балабекова, Б.Б. Баймаханова, Ю.С. Купилова, З.М. Орынбетова, А.Г. Мусаева, Г.А. Утебаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент
Областная клиническая детская больница г. Шымкент*

ТҮЙІН

Вазопатия, тромбоцитопения және коагулопатиямен бірлескен сирек, туа пайда болған нәтижесі қолайсыз жағдай ұсынылды.

SUMMARY

Exceptional innate case of combination of vesselopathy, thrombocytopenia and coagulopathy with unfavorable result is presented.

Синдром Казабаха-Меррита очень редкое и опасное заболевание наблюдается у новорожденных и детей раннего возраста. Различают три типа гемангиомы: капиллярный, кавернозный и капиллярно-кавернозный. Кавернозный тип сопровождается тромбоцитопенией и гемокоагуляционными нарушениями внутрисосудистого свертывания крови внутри гемангиомы. Возможна микроангиопатическая гемолитическая анемия. Клинически гемангиомы обнаруживаются в период новорожденности. При кавернозной форме характерен быстрый их рост, ДВС-синдром. Периодически они увеличиваются, становятся плотными, болезненными и сопровождаются кровотечениями. Из-за тромбоцитопении возможны петехии, экхимозы, кровотечения. Диагноз ставится на основании визуального осмотра больного и лабораторных данных: анемия, тромбоцитопения, снижение уровня фибриногена, увеличения тромбопластинового протромбинового времени, т.е. наблюдается развитая внутри сосудистая коагулопатия. В острый период основным в лечении является гормонотерапия от 4до 8мг/кг. Также рекомендуются лучевая терапия, эмболизация, криодеструкция.

Подобная гемангиома с выраженной тромбоцитопенией наблюдалась нами у новорожденного К... Ребенок от I беременности и I родов. Мать в первом триместре перенесла ОРВИ с явлениями трахиобронхита. У нее также диагностирован кандидомикоз половых органов. На УЗИ в антенатальном периоде заподозрен врожденный порок развития у плода. Роды в срок 39 недель, вес при рождении 2800г, рост 50 см. В момент рождения обнаружено багровое опухолевидное образование в подчелюстной области слева, размером 4х3см. В родильном доме отмечен быстрый рост опухоли с ухудшением общего состояния. Больной переведен в реанимационное отделение ОДБ. состояние ребенка при поступлении тяжелое, неустойчивое. В подчелюстной области слева определяется гемангиома размером 8х7см тестоватой консистенции с глубоким расположением. Кожа над пораженным участком темно-фиолетового цвета, блестящая. В области гемангиомы и по соседству с ним имеется кровоизлияния, петехии. Со стороны ротовой полости отмечается обширная отечность, бугристость, кровоточивость, багровый цвет слизистых оболочек. Гемангиома довольно быстро увеличивалась в размере, распространялась в область мягкого неба, глотки, гортани, языка соответственно прогрессивно ухудшалось общее состояние за счет нарастающего обструктивного синдрома, ДН, ДВС-синдрома. Ребенок переведен на ИВЛ. Проведено обследование больного.

В ОАК выявлена умеренная нормохромная анемия, выраженная тромбоцитопения, в коагулограмме АТВЗ>120" гипофибриногенемия, отрицательный эталонный тест. На УЗИ подчелюстной области слева определены эхо признаки гигантской гемангиомы. На основании клинических данных, быстрой динамики нарастания образования и клинико-биохимических анализов крови был поставлен диагноз: Синдром Казабаха-Меррита, капиллярно-кавернозная форма. ДВС - синдром. Ребенок проконсультирован гематологом, онкологом, сосудистым хирургом, диагноз подтвержден. Проведено лечение преднизолоном из расчета 6мг/кг, терапия ДВС-синдрома, коррекция микроэлементов в крови. Другие способы лечения, как лучевую терапию, криодеструкцию, эмболизацию провести не представлялось возможным из-за общего тяжелого состояния, повторных эпизодов коагулопатии потребления, быстрого роста сосудистой опухоли с обширной, глубокой и сложной анатомической локализацией. Несмотря на почти месячный курс гормонотерапии в адекватной дозе, общее состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, ребенок впал в кому. Гемангиома распространилась на лицо, шею, теменную затылочную область, стала плотной консистенции, фиолетового цвета с трофическими изменениями кожи. Развилась гемангиома языка. Быстро нарастала сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность, полиорганная патология, ДВС-синдром. Динамика местных изменений процесса отражены на рис.1 и 2.

Рис.1



Рис. 2



Ожидаемого эффекта от гормонотерапии не было получено. Ребенок умер. Паталого-анатомически расхождений диагноза нет. Таким образом: гигантская гемангиома помимо косметических, функциональных нарушений с локальной компрессией, геморрагиями, изъязвлениями привела к ДН, вторичной сердечной недостаточности вследствие развития артериовенозного шунтирования и ДВС-синдрому. По литературным данным наиболее эффективным лечением синдрома Казабаха-Меррита является гормонотерапия, которая у данного больного не дала ожидаемого эффекта.

УДК :616.36-008.5-053.31

ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.Н. Даниярова
СВА №1, г.Шымкент

ТҮЙІН

Сарғаюдың интенсивтілігі мен ұзақтығы антенатальды және интранатальды преморбидті түрінің сипатына байланысты (анасының созылмалы аурулары акушерлік анамнезінің ауырлығы, жүктілік пен туыдың қолайсыз ағымы)

SUMMARY

There is a dependence of the intensity and duration of jaundice on the nature of antenatal and intrapartum premorbid background (chronic maternal disease, compromised obstetric history, adverse pregnancy and childbirth).

Желтуха - одна из нередких симптомов, встречающихся у новорожденных. Гипербилирубинемия одна из частых проблем периода новорожденности. Участковому врачу- педиатру порой бывает трудно разграничить физиологическую и патологическую гипербилирубинемия.

Нами проведен анализ причины и клинико-лабораторных проявлений физиологической желтухи у 16 новорожденных детей. Из 16 детей: 8 мальчиков, 7- девочек. У матерей этих детей выявлены: гестоз, анемия в 57 % , урогенитальная патология в 41 %, отягощенный анамнез у 24 % (выкидыши, аборт, мертворождаемость). По паритету беременности и родов: от 1 беременности были 5 детей (28,4%), от II беременности- 4 детей (35,7%), от III беременности-3(22,4%), остальные IV, V, VI беременности по одному. Вес при рождении 1700-2000г составил 3 детей (22,4%), вес при рождении 2000-2500г составил 3 детей(22,4%), 3000-4000г. составил 9(66,2%).

По группе крови новорожденные распределены следующим образом :У 5 матерей В(III) гр крови, у 3 мам А(II), у 5 –О(I), у 3-АВ(IV)гр.крови . 3 детей имели В (III) гр. крови, 2-АВ(IV), 4 -А (II), 7-О (I) гр. крови.

Поражения ЦНС гипоксическо- ишемического характера выявлены у 28,5% новорожденных. Гипертензионно- гидроцефальный синдром выявлен у 21% детей. 18% детей родились с внутриутробной пневмонией.

Синдром желтухи клинически затягивался и тенденция к угасанию было после 14 дня, у 5 детей- к 25-29-дню. Лабораторные данные в пределах возрастной, физиологической нормы. Колебания билирубина 90 – 120 мкмоль/л, печень и селезенка не увеличены. Окраска мочи и кала обычная. Количество эритроцитов, гемоглобин и цветной показатель в пределах нормы.

Таким образом, имеется зависимость интенсивности и продолжительности желтухи от характера антенатального и интранатального преморбидного фона(хронические заболевания матери, отягощенный акушерский анамнез, неблагоприятное течение беременности и родов).

УДК

СЛУЧАЙ СМЕРТЕЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ ТОЛУОЛОМ*М.А. Абдиев**Южно-Казахстанский филиал РГКП «Центр судебной медицины», г. Шымкент.***ТҮЙІН**

Мақалада түс қағазға арналған желімнің құрамына кіретін толуолмен улану жағдайы және оны газды хроматографиялық әдіспен анықталуы сипатталады.

SUMMARY

In this article describe the case of poisoning by toluol which is in the component of glye for wall paper and its gas chromatography identification.

Доля острых смертельных отравлений в структуре смертности за последние годы остается весьма существенной. Основными этиологическими факторами являются этиловый алкоголь и его суррогаты, окись углерода, лекарственные, наркотические вещества, а также средства бытовой химии. Создание Таможенного союза, формирование единого экономического пространства, последующее вступление Казахстана в ВТО-все это создает не только возможность для формирования благоприятного инвестиционного климата, углубления интеграционных процессов, дальнейшего развития и расширения внешнеторговых отношений, но и приток хлынувшей продукции народного потребления, среди которых встречаются некачественные товары.

Наша цель предупредить население о мерах предосторожности при обращении со средствами бытовой химии, среди которых особенно хочется выделить лакокрасочные изделия, в состав которых входит такое высокотоксичное средство как толуол.

Толуол (метилбензол)- бесцветная жидкость со специфическим запахом, не растворяется в воде, но растворяется в винном спирте, эфире, бензоле. Толуол применяется для получения тротила, в анилино-красочной и фармацевтической промышленности, в качестве высоко-активного компонента в авиационных и автомобильных бензинах, в качестве растворителя в производстве пластмасс, смол, лаков, типографических красок и контактных клеев. Толуол обладает слабым наркотическим действием и в меньшей степени чем

бензол действует на нервную систему и на органы кроветворения. Предельно допустимая концентрация паров в воздухе 0,05 мг/л. Наивысшая переносимая в течение 8 часов концентрация 0,75 мг/л. При этой концентрации появляется раздражение слизистых оболочек глаз и дыхательных путей.

В нашей практике зафиксирован случай отравления толуолом со смертельным исходом. Труп был найден в комнате, в котором производилась наклейка обоев. С места происшествия был изъят флакон из-под клея импортного производства. При судебно-химическом исследовании внутренних органов (печени, почки) обнаружен толуол. Исследования проводились на приборе Кристалл-люкс 4000М методом газожидкостной хроматографии при следующих условиях: колонка 2 метра, диаметр – 3 мм, фаза 7% ПФМС -4, насадка- хроматон AW-DMCS 0,16-0,20 мм.

Температура колонки 60С, температура инжектора 150С, температура детектора 190С. Расход газоносителя - гелия 30 мл/мин. Детектор – катарометр, ток детектора- 90 мА. При этом на хроматограмме появился пик со временем удерживания 5 минут. Параллельно проводился контроль с чистыми веществами, как толуол, бензол, формалин, а также парами клея, обнаруженные на месте происшествия. Время удерживания – 5 минут, 7 минут, 2 минут 30 секунд, 5 минут соответственно.

В данном случае смерть наступила в результате вдыхания паров толуола, которые были обнаружены в составе клея, в качестве растворителя. Актуальность данной статьи в том, что толуол широко используется в различных сферах народного хозяйства. Идентифицируется толуол методом газовой хроматографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Р.В.Бережной. Судебно-медицинская экспертиза отравлений техническими жидкостями «Медицина» 1977г.
2. М.Д.Швайкова Судебная химия. «Медицина». 1965г.
3. З.В.Ф.Крамаренко Токсикологическая химия. Киев. 1975г.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ <i>В. М. Мадьяров</i>	3
ИССЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В СПОРТЕ <i>М.В. Никиторец</i>	4
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ <i>А.В. Казакова</i>	7
НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ <i>В.М. Мадьяров</i>	8
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ <i>В.М. Мадьяров</i>	10
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ КОЖИ <i>А.В. Казакова</i>	14
РОЛЬ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ <i>А.В. Казакова</i>	16
СИНДРОМ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У СПОРТСМЕНОВ, КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР РАЗИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА <i>М. В. Никиторец</i>	18
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОЗИЦИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ <i>Г.П.Касымова, М.Н.Юзай</i>	20
ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Ж.З. Мухамбетова</i>	21
ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Ж.З. Мухамбетова</i>	23
ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ ЕЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ <i>А.Б. Адимов</i>	25
К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПЛАНИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАЗРАБОТКЕ ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРСОНАЛА УРАНОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ <i>Д.Д. Абдирасилова, Б. Абдумалик, Н.Н.Мусабеков, К.М. Хасенова</i>	27
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ С АКТИВНОСТЬЮ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В МИКРОСОМАХ ОРГАНОВ ЖИВОТНЫХ ПРИ ПОСТОЯННОЙ НАГРУЗКЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ СВИНЦА <i>Г.Н. Асанова, А.А. Мустафаева, Р. Дильбарканова, И.А. Ишигов, К.С. Бабаева</i>	28
К ВОПРОСУ О ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМА ДЕТАМ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА <i>З.Ж. Баймурзаева</i>	31
УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ В СИСТЕМЕ СРЕДА ОБИТАНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ <i>С.М. Омирбаева</i>	35
АВТОКӨЛІК ЖҮРГІЗУШІНІҢ ЕҢБЕК ЕТУ ОРТАСЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ <i>Ж.Т. Жидебай, М.А. Искакова, А.К.Жиен, Ж.Б. Таикулова, Г.К. Асабаев, Т.М. Лаханов</i>	37
ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ <i>С.Б.Аккошкарова</i>	40
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОКСИМА ПИНОСТРОБИНА НА РАЗВИТИЕ ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА <i>Л.И. Арыстан, З.Т. Шульгау, Ж.С. Шайкенова, Ж.Ә. Қауызбай</i>	41
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА КАПЕРСА КОЛЮЧЕГО ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИАБЕТЕ <i>З.Т. Шульгау, Ж.С. Шайкенова, Л.И. Арыстан, Ж.Ә.Қауызбай</i>	44
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008 - 2009 ГОДЫ <i>Ж. У. Будесова</i>	46
РОЛЬ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГ.И НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ <i>В.О. Кенбаев, А.Б. Шукпаров</i>	47

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В СВЕТЕ «БЕЗОПАСНОГО МАТЕРИНСТВА» <i>С.Б.Аккошкарлова</i>	49
ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ <i>А.Ж.Даниярова, А.Б.Аринова, Т.Б.Кошанбаева, О.Ш.Бимбетова, Г.К.Саркулова, Т.З.Мамадиярова</i>	50
УПРАВЛЯЕМЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>А.К.Карабеков, К.А.Мустафина, С.Ш.Балабекова, Ю.С.Купилова, У.Р.Карсыбаева, Б.Н.Бабаева, Н.С.Нарходжаев, Ш.А.Курванбаев</i>	52
ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ- ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ <i>Ч.Ж.Қосыбаева, С.А.Сақыбаева, Л.Т.Касаева, Р.Е.Қосыбаев</i>	55
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРАВМАТИЗМА В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕРЫ ПО ИХ СНИЖЕНИЮ <i>М.М. Хидиров</i>	56
ТАМАҚТЫҚ АЗЫҚ-ТҮЛІКТЕРДІ ӨНДІРЕТІН КӨСПОРЫНДАРДА ЖҰМЫС ЖАСАЙТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ <i>Г.Н. Талиева</i>	57
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ <i>Ж.И. Маденова</i>	59
ОСОБЕННОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ <i>А. Карабеков, Б.Б. Баймаханов, С.Ш.Балабекова, А. Есетова, А.Н. Даниярова, З.М. Орынбаева, А.Н.Даниярова</i>	60
НУТРИЕНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЖДА У ДЕТЕЙ <i>А. Карабеков, С.Ш.Балабекова, Б.Б. Баймаханова, Ю.С. Купилова, Т.Б. Зобонова, А.Н.Даниярова</i>	62
ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПОЛУЧЕНИЯ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ИЗ ЦЕЛЛЮЛОЗА СОДЕРЖАЩИХ МАТЕРИАЛОВ <i>Б.Ш. Кедейбаев, Г.Р.Рахманбердиев, Р.А.Ташкараев, К.К.Абенова</i>	63
РОЛЬ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО РЕШЕНИЯ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>М.М.Рысбеков, Б.С. Малгаждарова, С.С. Тулебаева, К.Б. Мендыбаев</i>	66
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Р.К.Карсыбекова</i>	68
К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ СЕПСИСА У БОЛЬНОГО Т. <i>Ж.Г. Аймамбетова</i>	70
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ <i>Т.Ю. Пак</i>	71
ӘР ТҮРЛІ АНОМАЛИЯЛАРМЕН ДҮНИЕГЕ КЕЛГЕН НӘРЕСТЕЛЕРМЕН КЕЗДЕСУ ЖІЛІГІ <i>Ж. Сулейменова, З. Джантаева, С.А. Нурғалиева, К.М. Дүйсебаева, С.Ф. Зазулин</i>	73
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЕ РАЗВИТИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ <i>Б.Т.Балтабаева, Г.А.Есжанова, Н.Т. Нуранова, С.А. Ташимова, С.Т. Оразалиева</i>	75
ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>А.А. Сейдахметова</i>	77
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ <i>Б.А. Умаров, О.К.Кулакеев</i>	79
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В СОВРЕМЕННОМ УСЛОВИЯХ <i>Р.К. Карсыбекова</i>	81
КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ Г.ШЫМКЕНТА <i>Г.Н.Абуова, Г.К.Исабаева, Э.С.Шойынбай, Ж.Т.Жаикбаева, А.Ш.Бациева, А.А.Маймакова</i>	83
ЗНАЧЕНИЕ БИФИДОБАКТЕРИЙ И ВЛИЯНИЕ CANDIDA ALVICANS НА ИХ СОДЕРЖАНИЕ В ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОМ ТРАКТЕ <i>М.Н. Бурова</i>	85
ГРИПП И ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, РОЛЬ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА В СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ <i>Г.Ж. Манибаева</i>	86
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ИММУНОРИКС В ПЕДИАТРИИ <i>А.Ж. Олжатаева</i>	88
ПРИМЕНЕНИЕ АКТЕФЕРРИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>П.К. Маханова</i>	89
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОДРОСТКОВ <i>Б.Б. Шуленбаева</i>	90

ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ КОСЫХ И ПОПЕРЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ <i>С.В. Максименко</i>	92
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ <i>С.В. Максименко</i>	94
ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОВОЛЕМИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Д.Ш. Байтен</i>	96
ТОТАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ <i>Б.Б. Абетаев</i>	98
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ <i>М.С.Тажимаева, А.Н. Ахметова, М.А. Югова, А.Т. Саулембекова, Ш.Е. Ертаева</i>	101
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ <i>А.К. Карабеков, И.К. Харамов</i>	104
О ПРИМЕНЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ <i>А.Ш.Бациева</i>	106
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ <i>Г.Е. Булатова</i>	108
ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ <i>М.А.Оспанова, С.А.Оспанова</i>	109
ОКСИЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГЕМИСИНУСИТЕ <i>С.А.Оспанова, М.А.Оспанова</i>	112
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>А.И. Сыдыманова</i>	114
ПРИМЕНЕНИЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>С.М. Аббасов, И.Н. Курбанов, Ж.М. Алипбеков, М.Ш. Ильясов, М.А. Шолманова</i>	115
ПОЛИТРАВМА. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ТРАВМАТОЛОГИИ <i>М.М. Хидиров</i>	116
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДАГРЫ <i>М.А.Тоимбетова</i>	117
ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ <i>Ш.Н. Джуманов</i>	118
ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА <i>Ш.Н. Джуманов</i>	119
ВЛИЯНИЕ МАТЕРИНСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЛОДА <i>О.А. Данилова, Ш.Б-П. Даниярова, Т.М. Кочурова, Т.Б. Нурманов</i>	120
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ, РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК-ПИЕЛОНЕФРИТА <i>А.Ж. Даниярова, Г.А. Абдиханова, К.О. Абжапарова, М.М. Абдукаримова, Г.М. Елишбаева</i>	123
ФАРМАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
ПРИМЕНЕНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА ДЕВЯСИЛА ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСЛИПОПРОТЕИНИЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>А.К. Бердгалева</i>	126
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИФИТОВОГО МАСЛА ШУКУР МАЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>А.З.Кантуринова</i>	128
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАСЛЯНЫХ ФИТОЭКСТРАКТОВ НА ПРОЦЕССЫ ПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ <i>А.К. Бердгалева</i>	129
ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИМЕН АЛФАШ РЕТ АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ МИКОБАКТЕРИЯСЫНЫҢ ДӘРІГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫ <i>Т.Х. Серхожаева, Р.А. Шаймерденова, Г.А. Есжанова, Б.Т.Балтабаева, Ш.Е. Аимбекова, Г.Н. Пернебаева, А.М. Курмансеитова</i>	132
ПРИМЕНЕНИЕ ТРЕХДНЕВНОГО КУРСА АЗИТПРОМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ <i>А.Т. Кембилова</i>	134
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБРОТАРДА 75 мг У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ <i>Б.М. Байдуллаев, Х.Т. Қорғанбаева, Р.Б. Ибрагимова, Ж.М. Абдукаримова, Г.А. Умиралиева, А.А. Сейдахметов</i>	136
«ЛИМФОСАН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА <i>Б.М. Байдуллаев, Ж.А.Оразбаева, Г.Е.Пиржанова, М.Ш. Латыева, А.С. Шерғалиев</i>	137

О ПРИМЕНЕНИИ «ЭФАВИРЕНЗА» У ДЕТЕЙ ПРИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ И СПИДА <i>Г.А.Алиева</i>	138
К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ <i>Ш.А. Байдуллаева</i>	140
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АППАРАТА ФИЗИОТЕРМ – С при ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА <i>Э.К. Бекмурзаева., Б.М. Байдуллаев, Х.Т. Қорғанбаева, Р.Б. Ибрагимова, А.К. Қоңырбасов, Л.Л. Сарыбекова</i>	142
ВОЗМОЖНОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЛИМЕРНЫХ НАНОЧАСТИЦ ИЗ ПОЛИ-Н-БУТИЛЦИАНОАКРИЛАТА <i>Д.П. Атанбекова, О.К. Бекенов, Ж.О. Бекенова, А.О. Бекенова</i>	143
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА <i>Ж.К. Нурумбетова</i>	145
АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА <i>Ж. К. Нурумбетова</i>	146
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОПРОФЕНА И КЕТОРОЛАКА В ОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Д.Ш.Байтен</i>	147
АНТИГИПОКСАНТЫ В ОПТИМИЗАЦИИ РАННЕГО НАРКОЗНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ОНКОХИРУРГИИ <i>Б.Б.Абетаев</i>	150
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЛЮТЕИН-КОМПЛЕКС» В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ <i>Ю.С.Сагитова</i>	152
О ТЕХНОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПО МЕТОДУ РАССТАНОВКИ ПРИОРИТЕТОВ <i>А.Е. Бухарбаева</i>	154
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛЮТОПА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОКАРДИИ, ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ <i>М.А.Тоимбетова</i>	157
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АКТОВЕГИНА ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ <i>Ж. И. Маденова, И. Н. Ермекбаев, К. К. Тагаева, Б. Б. Таутаева, Н.Н. Калыбек</i>	158
ПЕДАГОГИКА	
ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ МЕМЛЕКЕТТІК ТІЛ РЕТІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ТИІМДІ ӘДІСТЕРІ <i>Ж.С. Сарымсақова</i>	160
ҒЫЛЫМИ АУДАРМА МӘСЕЛЕСІНІҢ ҚИЫНДЫҚ ТУДЫРАТЫН ТҮСТАРЫ <i>Г.Т.Тастанбекова</i>	161
ОТЛИЧИЯ МЕЖДУ БРИТАНСКИМ И АМЕРИКАНСКИМ АНГЛИЙСКИМ <i>Ж.Б.Орманова., А.С.Ким</i>	162
СЛОВО О СЛОВАХ, ИЛИ КАК РАСШИРИТЬ СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС <i>Ж.Б. Орманова</i>	164
МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА: КОММУНИКАТИВНЫЙ ПОДХОД <i>Ж.Б. Орманова</i>	165
USING GAMES IN ENGLISH LANGUAGE TEACHING PRACTICE <i>Zh.A. Beisenbayeva, A.S.Daulbayeva</i>	166
SOME PARTICULARITIES OF TEACHING MEDICAL ENGLISH <i>S.A Belenkova</i>	168
IMPORTANCE OF GAMES IN FOREIGN LANGUAGE TEACHING <i>Zh.K Adilova , U.A.Khasanova</i>	170
ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ <i>Ш.С Абдулдаева, М.Б.Қырқинбаева</i>	171
ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ <i>Б.Ж.Топелова</i>	173
TEACHING ENGLISH MAY BE FUN <i>Y.V Svichkar, S.S.Azimbayeva</i>	174
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ РАЗВИТИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ <i>А. Н. Касымбекова</i>	176
ИМАНДЫЛЫҚ КҮНДЫЛЫҚТАР <i>Қ.Б. Кемелбеков</i>	177
ТЕСТИРОВАНИЕ КАК ВИД КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА <i>Р. М. Абдугаппарова</i>	181
ЗАИМСТВОВАННАЯ ЛЕКСИКА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ <i>Р.З. Сагиндыкова</i>	182
БАУЫРЖАН МОМЫШҰЛЫНЫҢ АРТЫНДА ҚАЛҒАН ӨСИЕТ, НАҚЫЛ, ҚАНАТТЫ СӨЗДЕР <i>Ж.С. Сарымсақова</i>	184

ОБЗОРЫ	
СУЩНОСТЬ И ЗНАЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ <i>А.В. Казакова</i>	186
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ <i>М.С Тажыбаева, А.Н Ахметова, М.А Югова, Ж.К Алиева, Р.Д.Меірбекова</i>	189
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ПРИ ВПС ПО ЮКО ЗА 2008-2009 ГОДЫ <i>Ю.С Купилова, Г.Б Опабекова, И.А Крючкова, С.Ш Балабекова, Б.Б Баймаханова, К.А.Мустафина</i>	193
ЧАСТОТА, СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ЮКО ЗА 2008-2009 ГОДЫ <i>Ю.С Купилова, Г.Б Опабекова, И.А Крючкова, С.Ш Балабекова, Б.Б.Баймаханова</i>	194
ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА С ОКИ НА ФОНЕ ЦЕЛИАКИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) <i>М.М.Бердыкулова</i>	196
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВА УРЕТРЫ У РЕБЕНКА 10-ТИ ЛЕТ <i>А.Т. Темиркулов, Н.С. Нарходжаев, К.М. Нарманов, Б.П. Хожашев, Б.Ж. Сулейменов</i>	197
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ) <i>С.Ж. Усивалиева, С.С.Култасова, А.М. Тулеев., Ж.У.Таханова</i>	198
СЛУЧАЙ СИНДРОМА КАЗАБАХА-МЕРРИТА (СОЛИТАРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ И НАРУШЕНИЕМ КОАГУЛЯЦИИ) С ИНТЕНСИВНО БУРНЫМ РОСТОМ У НОВОРОЖДЕННОГО <i>С.Ш Балабекова, Б.Б.Баймаханова, Ю.С.Купилова, З.М.Орынбетова, А.Г.Мусаева, Г.А.Утебаева</i>	200
ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>А.Н. Даниярова</i>	201
СЛУЧАЙ СМЕРТЕЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ ТОЛУОЛОМ <i>М.А. Абдиев</i>	202

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Статья должна быть напечатана в 2-х экземплярах на одной стороне листа А-4, не более 30 строк на странице, с одним (1) интервалом между строками. Times New Roman Times New Roman KZ -12 кегль, поля сверху и снизу 2 см., слева 4 см., справа 2см.
2. Статья может содержать до 6 страниц машинописи, список использованной литературы (библиография), резюме на двух языках (на русском, английском, если статья на казахском языке; если статья на русском языке — резюме составляется на казахском, английском языках; если статья на английском языке - резюме, соответственно, на казахском, русском языках). Резюме должно быть составлено из нескольких предложений, отражающих суть проблемы, изложенной в статье. Обязательны инициалы и фамилии авторов, указанных в статье.
3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения на официальном бланке (или заверенное печатью).
4. Вверху первой страницы статьи пишутся: УДК, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием города. В конце статьи должна быть подпись каждого автора с указанием должности, ученой степени, ученого звания (фамилии, имени, отчества, адреса и телефона).
5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на новой дискете (без вирусов и повреждений).
6. Фотографии, диаграммы, рисунки, сканируются и вносятся в текст на дискете по ходу статьи.
7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых не допускается. Меры даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.
8. Список литературы составляется по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках.
9. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.
10. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или предоставленных в другие редакции для опубликования не допускаются.

За дополнительной информацией и по всем интересующим вопросам обращаться по телефону 40-22-08, 40-82-22 (внутр.113).

E-mail: UKGMA_Vestnic@mail.ru

E-.Mail: medacadem@rambler.ru
[http:// www. ukgma.kz](http://www.ukgma.kz)