

Вестник АГИУВ

Ежеквартальный научно-практический журнал



Разделы журнала

- Организация здравоохранения
- Вопросы диагностики
- Кардиология
- Терапия
- Педиатрия
- Клиническая фармакология
- Акушерство, гинекология
- Офтальмология
- Хирургия
- Травматология
- Урология
- Стоматология

№ 2 (18) 2012

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Вестник

Алматинского государственного института усовершенствования врачей

Главный редактор

В.И. Ахметов

Заместители главного редактора

А.К. Джусипов

Ответственный секретарь

К.Б. Кабдрахманов

Редакционный совет

*А.А. Аканов, М.Ш. Абдуллаев, Т.Ш. Абилдаев, У.А. Абдуразаков,
В.Ш. Атарбаева, Ж.А. Арзыкулов, Е. Аязбеков, Ж.Е. Баттакова,
С.Ф. Беркинбаев, С.Ш. Байжанов, Р.Б. Базарбекова, А.Т. Джумабеков,
С.Т. Доскожаева, М.А. Жанузаков, М.М. Лепесова, К.Х. Мухамеджанов,
Г.Т. Мырзабекова, К.Ш. Нургазиев, Б.А. Салханов, Б.О. Сулеева,
К.Д. Рахимов, А.В. Чемерис, Б.У. Шалекенов*

№2 (18), 2012 г.

Адрес редакции

г. Алматы, 050000, ул. Манаса, 34

Алматинский институт усовершенствования врачей

Тел. (327) 274 96 89, 274 96 06, факс 275 49 48

Собственник - РГКП "Алматинский институт усовершенствования врачей"

Свидетельство о регистрации - № 7373-ж от 18.07.2006

Тип. "Идан". г. Алматы, ул. Коммунальная, 39

Тираж 500 экз.

Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Организация здравоохранения

Профилактика психологического профессионального выгорания у медицинских работников. *Надирбекова А.О., Кременцов В.А., Рыскулова Г.К., Коржова С.И.* (4)

Формирование индикаторов эффективности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. *Кисикова С.Д., Чен А.Н., Умралиева Д.Д., Малдыбаева Н.Х.* (5)

Первоочередная цель - повышение информированности заключенных в исправительных учреждениях. *Мухаметалина У.М., Ертаев А.* (6)

Результаты анкетирования, проведенного в организациях ПМСП в регионах Казахстана по некоторым аспектам инвалидности. *Темербеков Ф.О., Азанова Б.А., Мергентай А., Мусина Г.А.* (7)

Факторы, влияющие на организацию медико-санитарной помощи населению южных регионов Кыргызской республики (по материалам социологического опроса). *Шамшиев А.А.* (8)

Медико-демографическая оценка общественного здоровья населения южных регионов Кыргызстана. *Шамшиев А.А.* (11)

Вопросы диагностики

Эхокардиографические изменения у пожилых пациентов с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией. *Истекова А.А., Пархатова С.Я., Нуфтиева А.И., Нурмуханова С.Н., Фатхудинова О.А.* (15)

Методы определения внеклеточной ДНК крови. *Орадова А.Ш.* (16)

Клиническое значение эхографии в диагностике острого панкреатита. *Нурмуханова С.Н.* (17)

Диагностическая значимость анализа лихорадочного синдрома у стационарных больных. *Полимбетов Д.С., Танбаева Г.З., Аймаханова Г.Т., Дабылова Г.М., Майдыров Е.С., Смаилова Ф.К., Ахментаева Д.А., Нургаалиева Г.К., Хван Г.В.* (19)

Совершенствование диагностики инфекций, передаваемых половым путем. *Сейдуалиева Б.С., Аульбекова Ф.А., Салихова Л.М.* (20)

Определение бактериального вагиноза с применением аминотеста. *Джакельбаева Г.Р., Жарихина Т.А.* (21)

Показатели клеточного иммунитета у больных хронической хламидийной инфекции уrogenитального тракта. *Сейдуалиева Б.С., Салихова Л.М., Ягофаров Ф.Ф., Жаксылыкова З.О., Коляко Н.В.* (22)

Кардиология

Приверженность больных артериальной гипертензией к лечению по данным анкетирования посетителей поликлиники. *Смаилова Ф.К., Полимбетов Д.С., Ахментаева Д.А., Аймаханова Г.Т., Дабылова Г.М., Нургаалиева Г.К., Редько Л.А.* (23)

Миокардиты в практике судебной медицины. Статистическое исследование. Сообщение первое. *Молчанова А.А., Ким А.В., Лигузов Д.П.* (24)

Профилактика гипертонического криза у больных артериальной гипертензией. *Алдешова Ф.А., Нурпеисова Г.К.* (27)

Терапия

Комплексная терапия ишемического инсульта. *Дюсембаев Б.К.* (28)

К вопросу об остром нарушении мозгового кровообращения. (обзор литературы) *Беккалиев А.Т., Черепкова Н.В., Гринберг В.Б.* (29)

Остеоартроз как одна из основных проблем терапевтического стационара. *Жанузаков М.А., Селедцов В.П., Мукатова А.М., Касенова Г.К., Цой Е.А., Шурина А.Ж., Ахметова К.С.* (31)

Компетентностный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане. *Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Есенгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С.* (32)

Генерализованные тревожные расстройства: клиника и терапия. *Ускенбаева Ж.С.* (35)

Проблема избыточного веса по результатам анкетирования. *Азанова Б.А., Мергентай А., Темербеков Ф.О.* (37)

Состояние здоровья лиц проживавших во время ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне. *Шишкаева Д.С., Аширбеков Г.К.* (38)

Педиатрия

Клиническое значение функциональных шумов у детей. *Ушурова А.И., Аппахова Г.М.* (40)

Течение неревматических кардитов у детей раннего возраста на фоне малых аномалий развития сердца. *Куанышбекова Р.Т., Мырзабекова Г.Т., Ушурова А.И.* (41)

Математическое прогнозирование тяжести течения неревматических кардитов у детей раннего возраста. *Мырзабекова Г.Т., Ушурова А.И., Нургаалиева С.З.* (43)

Влияние препаратов селена на иммунитет и гемокоагуляцию при лечении пневмонии у детей. *Дадамбаев Е.Т., Мусабекова Р.К., Наурызбаева Г.Б., Жасыбай Т.Т., Алибекова Б.А.* (46)

Функциональные гастроинтестинальные нарушения у детей: подходы к терапии. *Мырзабекова Г.Т.* (47)

Инфекционные болезни

Вирусные гепатиты - категория наиболее опасных и распространенных инфекционных заболеваний; гепатит В. *Бердиярова Н.А., Мухаметалина У.М., Имангалеева Э.К.* (50)

Клиническая фармакология

Эффективность применения Пульмикорта у больных бронхиальной астмой. *Старцева Э.К., Давлетова Б.М.* (51)

Эффективность электрофореза с Нейромидином в лечении больных с цереброваскулярными нарушениями в пожилом возрасте. *Одарченко Н.А., Аужанов Р.К., Бегалина Р.Т.* (51)

Роль пептидных биорегуляторов в повышении эффективности лечения больных в пожилом возрасте. *Шиллер С.А., Мартынова А.В.* (53)

Лечение артериальной гипертонии Алотендином (фиксированной комбинацией β -адреноблокатора (БАБ) бисопролола и антагониста кальция (АК) амлодипин) (Обзор литературы). *Исаханова А.Б.* (54)

Акушерство, гинекология

Акушерские кровотечения как фактор риска развития Rh-иммунизации. *Кочеткова Т.А.* (56)

Современные принципы профилактики гнойно-воспалительных осложнений у родильниц группы высокого риска. *Кочеткова Т.А.* (57)

Ультразвуковая диагностика несостоятельности послеоперационного рубца на матке. *Пархатова С.Я., Нурмуханова С.Н., Истекова А.А., Сагитова Р.К.* (58)

Офтальмология

Васкулит диска зрительного нерва при вич инфекции. *Телеуова Т.С., Токтабекова Г.Е.* (60)

Применение Офтаквикса в лечении бактериальной офтальмии новорождённых. *Телеуова Т.С., Шарипова А.У.* (61)

Хирургия

Лютембахе синдромы: клиникасы, диагностикасы және оталау емі. *Сағатов І.Е., Тайманұлы О.* (62)

Травматология

Особенности лечения остеопоротических переломов дистального эпиметафиза лучевой кости. *Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У., Хасанов Е.Е.* (65)

Урология

Лазерное лечение вирусных папиллом половых органов у мужчин. *Куандыков Е.А., Шалекенов С.Б.* (66)

Эпидемиология доброкачественной гиперплазии предстательной железы в популяции мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан. *Досхожаев Б.К.* (67)

Стоматология

Применение иммунокорректоров в комплексном лечении заболеваний пародонта в подростковом периоде. *Виноградова И.И., Абжаканова А.А., Исабеков Ж.Т.* (70)

Профилактика стоматологических заболеваний у детей. *Кабулбеков А.А.* (71)

Изменение слизистой оболочки полости рта при кардио-васкулярной патологии. *Бердникова Д. А.* (73)

Применение ДиаДэнс кардио в комплексном лечении заболеваний пародонта. *Бердникова Д. А.* (74)

Ортопедическое лечение заболеваний пародонта, с использованием системы Гласпан. *Бердникова Д. А.* (75)

Перспективы развития стоматологической помощи детям в Казахстане. *Кабулбеков А.А.* (77)

Профилактика кариеса зубов у детей при гипоплазии эмали. *Кабулбеков А.А.* (79)

Профилактика психологического профессионального выгорания у медицинских работников

Надирбекова А.О., Кременцов В.А., Рыскулова Г.К., Коржова С.И.
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

В условиях многопрофильной больницы очень важно обеспечение здоровой психологической обстановки в трудовом коллективе, в связи с этим, актуальным становится системный подход в психологической работе с медицинскими кадрами. Важной ее составляющей является профилактика психологического профессионального выгорания у медицинских работников.

Медицинские работники, оказывая помощь в условиях постоянного повышенного эмоционального напряжения, подвержены различным психологическим проблемам. Важное место среди них занимает эмоциональное выгорание [1,2].

Цель

- разработка, внедрение и оценка эффективности психолого-профилактической модели по профилактике психологического профессионального выгорания у медицинских работников.

Материалы и методы

На основании результатов изучения внешних и внутренних факторов, предшествующих синдрому психологического профессионального выгорания у медицинских работников, была разработана психолого-профилактическая модель, снижающая и корректирующая негативные проявления данного синдрома [3,4].

Данная модель включала в себя различные методы:

-теоретический анализ научной литературы по проблеме;

-процедура тестирования (диагностика уровня эмоционального выгорания Осухова Н., 2006; теппинг тест; методика измерения мотивации достижения успеха и избегание неудач, Немов Р.С., 1998; проективная методика "Человек под дождем", Романова Е., 2003);

-изучение творческих продуктов деятельности медицинских работников;

-индивидуальные беседы и групповые семинары-тренинги.

Ведущим фактором предупреждения профессионального выгорания медицинского работника является индивидуальная выносливость, включающая в себя 3 составляющие: умение держать ситуацию под контролем, умение сдерживаться и умение воспринимать происходящие изменения, как требующую решения сложную задачу и возможность приобретения нового опыта.

Выносливость защищает от напряжения путем изменения восприятия стрессовой ситуации и путем использования эффективных копинг-механизмов (англ. *Cope* – справиться, совладать).

С целью уменьшения эмоциональных и физических эффектов стресса применялись различные адаптивные копинг-механизмы: контроль чувств и эмоций; чувство ответственности за все ваши действия; самоуважение и уважение других, чувство собственного достоинства; обсуждение своих чувств с коллегами и участие в тренинг-семинарах [5,6].

Для осуществления внедрения психолого-профилактической модели с медицинскими работниками больницы были проведены индивидуальные и групповые методы психологической работы. Индивидуальная работа включала в себя диагностику и консультирование. Групповые тренинг-семинары проводились в количестве 40 часов по следующим темам: «Общие принципы эффективного общения с пациентами», «Виды коммуникации», «Вербальные и невербальные средства общения», «Конфликты», «Внутриличностный конфликт», «Синдром хронической усталости», «Синдром профессионального выгорания у медицинского работника».

Результаты

Психолого-профилактическая модель была апробирована в 457 случаях (136 врачей и 321 медицинская сестра) в условиях стационара и в 218 – поликлиники (101 врач и 117 медицинских сестер). Диагностическая часть данной модели продемонстрировала высокую степень подверженности медицинских работников больницы к развитию отдельных признаков синдрома психологического профессионального выгорания. Коррекционно-профилактические мероприятия в большинстве случаев позволили значительно снизить негативные проявления синдрома.

Таким образом, данный метод способствовал эффективному освоению медицинскими работниками установленных стандартов работы, развитию адаптивных индивидуально-психологических свойств и качеств личности, формированию коммуникативной компетентности, что способствовало преодолению и корректированию стрессов, снижению негативных проявлений синдрома психологического профессионального выгорания.

Список литературы:

1. Бондаренко А.Ф. *Психологическая помощь: теория и практика*. - М.: «Изд-во институт психотерапии», 2000. - 353 с.
2. Барабанова М.В. *Изучение психологического содержания синдрома выгорания*/М.В. Барабанова//Вестник Московского университета. Серия 14. «Психология». - М.: Издательство МГУ, 1995. - 1. - С. 54.
3. Бойко В.В. *Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении*/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
4. Бубнова С.С. *Система профессионально важных качеств и индивидуальные способы деятельности. Психологическая наука и общественная практика*. Ч.1. М.: Наука, 1983. - 250 с.
5. Косарев В.В., Васюкова Г.Ф. *Профессиональная заболеваемость медицинских работников Самарской области*/В.В. Косарев, Г.Ф. Васюкова //Гигиена и санитария. - М.: Медицина, 2004. - 3. - С. 27-38.
6. Захаров С. *Синдром выгорания у врачей стигма профессионализма или расплата за сочувствие?*/С. Захаров// Интернет: <http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=8748>.

Формирование индикаторов эффективности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи

Кисикова С.Д., Чен А.Н., Умралиева Д.Д., Малдыбаева Н.Х.
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Как известно, организационно-аналитический мониторинг за реализацией цели и задач современной больницы является основой больничного менеджмента и обеспечивает эффективность использования финансовых, кадровых и медико-технологических ресурсов [1].

Исходя из этой посылки, в больнице разработана и функционирует система организационно-аналитического мониторинга за основной деятельностью и вспомогательными процессами.

Базовой основой этой модели является перспективный план развития больницы, в котором отражены основные его направления, механизмы реализации, ресурсное наполнение и ожидаемые результаты [2].

При этом разработанная система мониторинга состоит из следующих организационно-функциональных модулей (Рис. 1).

Причем основными принципами использования этой системы являются:

1. Достоверность и полнота используемой

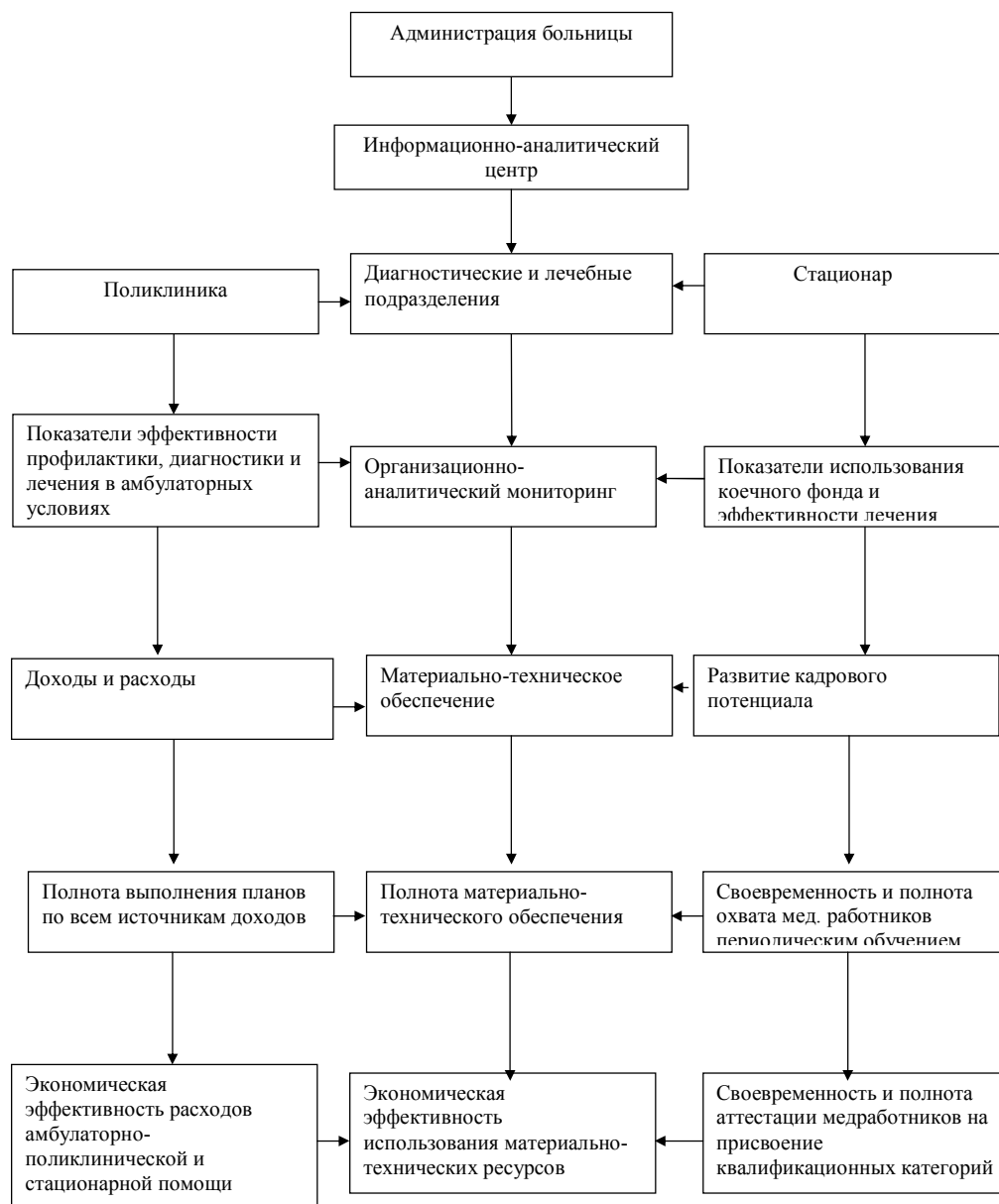


Рис.1 Система мониторинга за основными и вспомогательными процессами в больнице

медико-статистической информации.

2. Систематичность и периодичность, открытость и доступность результатов мониторинга.

3. Использование результатов мониторинга для принятия дополнительных управленческих решений.

4. Контроль за результативностью принятых решений.

Важно отметить, что для обеспечения качества мониторинга используются современные приемы медико-статистического анализа и оценки: проводится изучение динамики уровней, структурных и объемных изменений; используются показатели соответствия долевого распределения, интенсивности и непрерывности тех или иных процессов, характеризующих основную деятельность больницы [3].

В блоке материально-технического обеспечения приоритетное внимание уделено количественным и качественным индикаторам, отражающим соответствие санитарно-технического состояния служебных помещений, палат и рекреационных зон действующим стандартам; обеспеченности рабочих мест мягким, твердым инвентарем, средствами коммуникаций и компьютерной техникой, информационным сопровождением пациентов и посетителей больницы.

В модуле «развитие кадрового потенциала» используются количественные и структурные индикаторы, позволяющие мониторить полноту охвата медицинских работников периодическим обучением, аттестацией медработников на присвоение квалификационной категории, а

также динамику освоения организационных и клинических инновационных технологий.

В разделе «доходы и расходы» применяются индикаторы, позволяющие отслеживать динамику выполнения плановых заданий по всем источникам бюджетного и внебюджетного финансирования, составлять рейтинг передовых и отстающих подразделений, а также оценивать целесообразность и эффективность произведенных расходов.

Отдельно, в этом же разделе мониторируется взаимосвязь дифференцированной оплаты с конечными результатами труда всех категорий работников больницы.

Для оценки экономической эффективности затрат используются индикаторы, позволяющие мониторировать позитивные и негативные изменения в удельных затратах на посещения к врачам поликлиники, диагностические исследования, а также лечение больных в стационаре.

Однако, наиболее важным разделом повседневного индикаторного мониторинга является основная деятельность врачей и результаты работы поликлиники, стационара и диагностических подразделений.

Здесь используются индикаторы, которые позволяют осуществлять систематическое наблюдение за уровнями, структурными и динамическими изменениями в клинической работе отдельных врачей и подразделений в целом, а также мониторировать эффективность их взаимосвязей, преемственности и обратной связи при оказании замкнутого цикла медицинской помощи.

При этом обязательным условием такого мониторинга является повседневное отслеживание своевременности, полноты и качества выполнения целевых показателей, установленных уполномоченным органом, а также использование «рабочих» индикаторов, позволяющих оценивать изменения в отдельных звеньях организации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи прикрепленному контингенту, а также медицинских услуг населению, оказываемых на рыночной основе.

В целом, использование разработанных индикаторов и системы мониторинга, позволяет в режиме реального времени управлять текущей деятельностью и вносить своевременные коррективы в планирование и развитие больницы.

Список литературы:

1. Дудник В.Ю., Чен А.Н., Куватова Г.Ж., Бекмамбетова Л.А. Методические подходы к мониторингу текущей деятельности больницы // *Материалы научно-практической конференции «Метаболический синдром: состояние, проблемы, пути решения»*. - Алматы. - 2010. - С. 33-35.
2. Дудник В.Ю., Чен А.Н., Куватова Г.Ж., Бекмамбетова Л.А. К методике формирования дифференцированной оплаты медицинских работников // *Вестник МЦ УДП РК*. - 2011. - № 2(40) - С. 18-21.
3. Дудник В.Ю., Чен А.Н., Куватова Г.Ж. и др. Разработка методики количественной и структурной оценки платных медицинских услуг // *Здоровье и болезнь*. - 2011. - № 6 (101) - С. 74-76.

Первоочередная цель - повышение информированности заключенных в исправительных учреждениях

Мухаметалина У.М., Ертаев А.

Южно-Казахстанский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Шымкент
УДК 614; 614.2; 616.98:578-828.6

В ЮКО зарегистрировано на 01.01.2012г. всего 2024 случая ВИЧ-инфекции, из них выявлено в пенитенциарных учреждениях области - 450. В ЮКО первые случаи обнаружены среди следственно-арестованных, находящихся в следственном изоляторе г.Шымкента, у которых стаж употребления наркотических веществ исчислялся несколькими годами. В результате проведения эпидемиологического расследования выяснилось, что они практиковали употребление наркотических веществ одним шприцом или с общей емкости. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях нашей области и по республике в целом постепенно усложнялась за счет выявленных и содержащихся в учреждениях ВИЧ-инфицированных. В первые годы выявления применялась мера изоляционная, то есть все выявленные в пенитенциарных учреждениях республики ВИЧ-инфицированные отправлялись в специализированное исправительное учреждение Карагандинской области. В дальнейшем изоляционная мера была отменена и ВИЧ-позитивные осужденные стали содержаться на общих основаниях в зависимости от режима содержания, вследствие чего возникла необходимость в проведении разъяснительных бесед по изменению взглядов и недопущению стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных осужденных и следственно-арестованных.

Каждый год составляется совместный план действия Областного СПИД центра, ДУИС по ЮКО (Департамент уголовно-исполнительной системы) и представителями НПО (неправительственная организация), целью которого является противодействие распространению

ВИЧ-инфекции в учреждениях КУИС области. С 2005 года начата и по сегодняшний день продолжается работа с Неправительственными организациями по образовательной программе среди заключенных по принципу «равный-равному». В 2011 году на основании пункта 64 Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан на 2011-2015годы на реализацию «Программы профилактики ВИЧ-инфекции в местах заключения и внедрение программы социального сопровождения для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы. Развитие потенциала НПО для борьбы с ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы». выделены средства из республиканского бюджета. Главной целью профилактических программ является снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе и повышение уровня информированности среди заключенных. То есть если человек будет знать и будет применять меры профилактики ВИЧ-инфекции, то уровень распространения ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) в ИУ (исправительное учреждение) будет постепенно снижаться. В результате проведенных совместных работ КУИС по ЮКО, областным СПИД центром и неправительственными организациями области с 2010 года эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции постепенно стабилизируется.

Так, например в 2009 году в пенитенциарных учреждениях области содержалось всего 153 ВИЧ-инфицированных, то на начало 2012 года содержится всего -95.

С целью мониторинга слежения за динамикой распространения ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и

сифилиса, согласно приказа Министра Здравоохранения Республики Казахстан «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» № 634 от 23.01.2005 года на территории Республики Казахстан проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), который предусматривает серологическое слежение за ВИЧ инфекцией, в до-

зорных группах в т.ч. и среди заключенных. Лабораторный этап является одним из основных составляющих дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ инфекцией, позволяющий получить объективную информацию о распространенности этой инфекции. Результаты проведения ДЭН подтверждают показатели снижения распространения ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях области.

Результаты анкетирования, проведенного в организациях ПМСП в регионах Казахстана по некоторым аспектам инвалидности

Темербеков Ф.О., Азанова Б.А., Мергентай А., Мусина Г.А.

Республиканский центр развития здравоохранения, Республика Казахстан, г.Астана

Инвалиды в Казахстане являются самой уязвимой группой населения, риск бедности среди инвалидов наиболее высок, во-первых, в силу ограничения их жизнедеятельности из-за нарушения здоровья, а значит, ограничения возможностей удовлетворить свои базовые потребности. Во-вторых, инвалиды в Казахстане более ограничены по сравнению с другими группами населения в доступе к участию в общественной и политической жизни, к услугам образования, к удовлетворению социально-культурных потребностей [1]. Важнейшая характеристика здоровья - инвалидность, т.е. заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности, имеет значительные медицинские, социальные и экономические последствия [2].

Приведенное исследование направлено на изучение потребности инвалидов в профилактических мероприятиях на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи.

Исследование проводилось по специально разработанным анкетам среди населения, прикрепленного к организациям ПМСП по изучению потребности в профилактической и медико-социальной помощи. В анкету включено 33 вопроса среди которых, приводились вопросы о наличии, группе и возрастных показателей инвалидности, отдельно взятых медицинских учреждений (поликлиник) городов Алматы, Караганда и Атырау. Для объективности исследования был применен анонимный способ опроса.

В опросе участвовали 2200 респондентов поликлиники №12 г. Алматы, 2316 респондентов поликлиники №3 г. Караганда и 2011 из поликлиники №2 г.Атырау.

Результаты проведенного анкетирования выявили что, наибольший удельный вес респондентов, имеющих инвалидность составляют жители г.Алматы (16,2%), наименьшую в г.Атырау (9,55%). Ситуация с инвалидностью в Атырау, в сравнении с другими городами более благопри-

ятна, что связано с лучшими социально-экономическими условиями жизни. По групповой градации выявились существенные различия по наличию 2 группы инвалидности: наибольший удельный вес составили респонденты г. Атырау по сравнению с г. Алматы и г. Карагандой.

Анализ выявил, что среди указавших на инвалидность по возрасту наибольший удельный вес отмечался у респондентов 19-29 лет - 21,5%г. Атырау, тогда как в Алматы –(18,5%)преобладает количество людей имеющих инвалидность в возрасте 60-69 лет. В возрастной категории от 50 до 59 лет наблюдается равномерное количество инвалидов среди опрошенных (Алматы 17,6%, Караганда и Атырау 17,7 и 17,3 соответственно).

Данные об инвалидности могут служить для оценки санитарного благополучия как населения в целом, так и отдельных его контингентов.

Проведенный анализ показал, что на отсутствие инвалидности указали 80% респондентов, что свидетельствует о том, что подавляющее большинство респондентов имеют хорошие показатели здоровья. В дальнейшем, эти показатели могут способствовать удлинению ожидаемой продолжительности жизни. Удлинение ожидаемой продолжительности жизни, а также улучшение качества жизни населения является одной из задач Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

Список литературы:

1. Лейла Музапарова, КИСИ Положение инвалидов в Казахстане: проблемы и пути социальной реабилитации, 12.04.2006г. Стр 1
2. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2007. Стат. сб. М.: Росстат, 2007.

Факторы, влияющие на организацию медико-санитарной помощи населению южных регионов Кыргызской республики (по материалам социологического опроса)

Шамшиев А.А.

Джалал- Абадская областная клиническая больница, Кыргызская республика

УДК 614; 614.2; 614.33

Материалы и методы

Материалы получены в процессе социологического исследования 2511 больных и анализа статистических, финансово- экономических ресурсов здравоохранения и собственных данных по общественному здоровью населения южных регионов КР, которые по медико-демографическим и социальным характеристикам несколько отличаются от остальных территорий страны. Анкета отражала такие показатели, как медицинская активность населения, летальность, длительность госпитализации, число повторных госпитализаций, уровень диспансерного охвата, доступность основных медицинских услуг, уровень финансирования системы. В работе использованы методы клинической эпидемиологии, социально-демографические, биостатистические методы исследования.

Результаты и обсуждение

Доступ к медицинскому обслуживанию для бедных слоев населения в периоде реформ в системе здравоохранения стал серьезной проблемой. В доступности основных медицинских услуг важным компонентом становится вопрос о компенсации стоимости медицинских услуг. Новый механизм финансирования в республике, система «Единого плательщика», предложила формирование единого пула средств медицинского страхования, бюджета и части средств населения (сооплаты), с целью рационального финансирования затрат лечебно-профилактических учреждений, придавал новый стимул в заинтересованности лечебно-профилактических учреждений зарабатывать дополнительные средства(5,6).

В то же время уровень медуслуг обусловлены не столько физической недоступностью медицинских учреждений, сколько экономическими факторами. Характерно сокращение доступа к медицинским услугам для бедных слоев населения, при достаточно развитой инфраструктуре здравоохранения. В условиях переходного периода характерно сокращение государственных расходов на здравоохранение. Последние годы, хотя отмечается повышение уровня расходов на здравоохранения (Таблица 1), но медуслуги остаются дефицитными, не доступными основной части населения.

Таблица 1. Ресурсы здравоохранения КР(2000-2009)

	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Как доля ВВП							
Бюджет	1,9%	1,9%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,4%
ФОМС	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%
Частные	2,3%	3,3%	3,5%	3,5%	3,1%	2,6%	2,7%
Внешнее совместное фин-е				0,2%	0,4%	0,2%	0,5%
Внешнее параллельное фин-е	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	0,4%	0,4%	0,3%

Настоящее медико-социальное исследование проводили по специально разработанной программе среди населения обратившихся за медицинской помощью, в частности, в учреждения первичной медико-санитарной помощи(ПМСП). Проведена выборка 2511 пациентов, из которых исследовано 95,1% респондентов. Основной проблемой доступа к медицинским услугам, в особенности для бедного населения на уровне ПМСП, является их стоимость, включая стоимость лекарств, отдельная плата медсестрам и врачам. Недостаток финансовых ресурсов является барьером в отношении доступа к медицинским услугам для значительной части населения.

The present physician- social study held at specially made program among populations applied for medical help, in particular, in institutions primary physician-sanitary help.

The organized sample 2511 patients, from which explored 95.1% respondents. Main problem of the access to medical service, in especially for poor population at a rate of PMSP, is their cost, including cost medicine, separate board nurse and doctors. Defect financial resource is a barrier in respect of access to medical service for much population

Всего	4,4%	5,6%	5,9%	6,2%	6,5%	5,6%	6,4%
-------	------	------	------	------	------	------	------

Для изучения вопроса доступности медицинских услуг населением проведено исследование расходов средств 2511 больными обратившихся за медицинской помощью. Выборка проведена в абсолютных значениях, больные распределялись по месту жительства, по типам госпитализации и типу использованного лечебно-профилактического учреждения. Опрос удовлетворенности населения полученной медицинской помощью проводился по специальному методу разработанному автором, информация вносилась в картотеку, затем данные обрабатывались с использованием рекомендации Буренкова, В.И(1998).. Была поставлена цель, исследовать структуру расходов населения на стационарные услуги и услуги ПМСП. Социологическим исследованием проведена выборка 2511 пациентов обратившихся в различные учреждения здравоохранения, из которых исследовано 95,1% респондентов (таблица 2).

Таблица 2. Распределение выборки в абсолютных значениях по регионам исследование

Регионы	Выборка представ. для исследования	Имеющ. адреса респондентов	Процент респондентов подлежа. исследованию
Баткенская обл.	495	493	99,5
Джала-Абадская	1218	1210	99,3
Ошская	798	769	96,3

После группировки респондентов по месту жительства,

размер выборки изменился (табл3.).

Таблица 3. Распределение выборки по месту жительства

Регион	Имеющие адреса респонд.	Выборка распр. по месту жительства	Процент респондентов подлежащих обследованию
Баткенская обл.	493	450	91,2
Джала-Абадская	1210	1201	99,2
Ошская	769	761	98,9

Результаты опроса респондентов в социологическом исследовании показали, что в обследовании приняли участие 95,0% респондентов из числа подлежащих обследованию (табл. 4).

Таблица 4. Уровень участия респондентов в обследовании

Баткенская обл.	493	452	91,6
Джала-Абадская	1210	1159	95,7
Ошская	769	752	97,8

Причина не участия части респондентов оказались различными – поменяли адрес, адреса оказались не точными, отказ от участия в обследовании и др.причины. Больные были распределены по типам учреждений (табл. 5).

Таблица 5. Распределение пациентов по типам учреждений

Регион	педиатрические			терапевтические			инфекционные			ЦСМ		
	Выборка по плану	факт. обслед.	%	Выборка по плану	факт. обслед.	%	Выборка по плану	факт. обслед.	%	Выборка по плану	факт. обслед.	%
Баткенская обл.	123	121	98,3	115	110	95,6	98	96	97,9	157	152	96,8
Джала-Абад. обл	254	251	98,8	246	230	93,4	302	295	97,6	408	396	97,05
Ошская обл	115	112	97,4	125	123	98,9	120	111	91,6	409	391	95,5
Всего	492	489	99,3	486	463	96,4	520	502	96,5	979	939	95,9

По видам лечения пациенты распределились, из фактически обследованных, следующим образом :педиатрические 20,6%–терапевтические – 19,5%, инфекционные – 21,2% и амбулаторные - 39,7%

Результаты исследований взвешивались в соответствии с использованием стационаров застрахованных и незастрахованных пациентов (табл. 6).

Таблица 6. Тип пациентов использованных учреждения

Тип пациентов	педиатр.	терапев.	инфекц.	ЦСМ (амбулат.)
Застрахованные	73,0%	55,3%	80,7%	66,2%
незастрахованные	27,0%	44,7%	19,3%	33,8%
всего	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

О предполагаемой суммы расходов на лекарства знали 16 % больных, совпали почти у двух третьих пациентов. Среди исследованных, оказалось застрахованными пациенты терапевтического профиля 55,3%, инфекционного 80,3 % и амбулаторные 66,2%

Средняя сумма выплаченная пациентами за госпитализацию, взвешенная с фактической структурой использования стационарной службы и составила 967,5 сомов, в т.ч. на городском уровне – 1137,5 сомов и сельском – 751 сомов. Медианный уровень общих расходов для застрахованных составил 1115 сомов. Медианный уровень расходов для незастрахованных случаев составил 1297 сомов, что существенно выше уровня застрахованных, хотя средний

уровень для застрахованных случаев был выше, чем для незастрахованных.

Городские и районные учреждения представляют смежную модель расходов пациентов, где расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения составляют около 70% денежных расходов(5,6). Большая часть этих затрат составляют расходы на покупку предметов вне медучреждений. Большую долю, около 28%, составляют выплаты персоналу. Удельный вес затрат на медицинские услуги в сельской местности на лекарственные средства и изделия медицинского назначения (натурой) составили 63%, другие расходные материалы -9%, выплаты персоналу -21%. Для того чтобы, получить представления о полных затратах населения в случае стационарного лечения нами также были исследованы затраты на питание и транспортные услуги. При этом 40,38±2,2% пациентов питались едой приносимой из дома, 48,07±1,2% - частично принимали больничную еду два или менее приемов пищи в день, 11,5±2,4% - принимали исключительно больничную пищу. Средняя сумма транспортных расходов на одного пациента до стационара и обратно составила 155 сомов. Средняя затрата на еду приносимую из дома составили 70 –100 сомов в день.

Самыми непросвещенными в вопросах оплаты были лица старше 55 лет, среди которых только 7 %больных знали о предполагаемых расходах. Основными источ-

никами информации о предполагаемых расценках служили раннее госпитализированные лица 33-54%, предыдущий опыт госпитализации 19-39% и работники больницы -20-21%. В учреждениях первичной медико- санитарной помощи о расценках за услуги и стоимости медикаментов получили информации 25 % пациентов. По сравнению с предыдущими годами медицинское обслуживание подорожало на 11%, при этом по-

купка лекарств возросла на 21,7 %, оплата медицинских услуг на 32,4%.Основным источником средств на лечение были сбережения- 43,9%, помощь родственников – 30,8% и заем денег – 20,7%. Больные в 82,3% случаях считают, что закончили лечение в предполагаемые сроки и 18% высказали недовольство из-за ранней выписки. Из-за отсутствия средств не могли продолжать лечения 6,7% больных, 3,6% лиц не удовлетворены полученным лечением. По мнению 14,3% больных врачи иногда или совсем не задавали вопросов о состоянии здоровья, не представляли больным необходимой информации по диагнозу и лечению. Среди лиц удовлетворившихся лечением 39% оценили затраты как слишком большие, 6% посчитали сумму чрезмерной, и 61% лица испытывали трудности при внесении оплаты. По социальному статусу больные представлены 65,32% взрослые и подростки и 34,68% дети. Основная часть опрошенных – лица трудоспособного возраста как среди женщин - 31%, так и среди мужчин - 41,1%, временно неработающие или ведут свое хозяйство среди исследованных оказалось 34,7%.

По составу семьи распределялись следующим образом: одинокие 3,5%, 1-4 члена семьи – 44,9% и более членов семьи - 34,8%, вдовы – 9,4%, из неполных семей – 7%. Количество семей в которых нет самостоятельно зарабатывающих членов – 36,8%. семей работающих лишь один член семьи – 23,1%, ведут индивидуальные хозяйства – 15,4%. В подавляющем большинстве семей значительная доля доходов складывали за счет пенсий и пособий – 11%.

Выявлена обратная зависимость численности семей и величины их среднедушевого расхода ($p < 0,01$).

Затраты больных в определенной степени зависели от наличия направления ГСВ, госпитализации скорой помощи, или по экстренным медицинским показаниям родственниками. Среди обследованных больных по направлению ГСВ среди госпитализированных оказалось 40%, амбулаторно - диагностическим отделением 30%, по экстренным медицинским показаниям 18% и 2% госпитализированы службами скорой медицинской помощи.

Значительные расходы больных были связаны с проведением диагностических и физиотерапевтических процедур. 26,8% - больным были назначены рентгенологические обследования, 51,5% ультразвуковые исследования, 4,8% эндоскопия, 18,7% флюорография, на каждого больного было назначено по 6,3 единиц физиотерапевтических процедур и 16 единиц лабораторных исследований.

Несмотря на существенные затраты большинство пациентов традиционно предпочитает лечение в стационарных условиях - 71,2%. Среди респондентов уровень бедности (по шкале абсолютная черта бедности) встречались: бедные - 47,6%, очень бедные - 13,5

Абсолютно количество населения относится к категории бедных, которые неспособны нести такие расходы на получение медицинских услуг, и это имеет большие последствия для их здоровья.

Отмечено, что «среди тех, кто отметил, что они нуждались в медицинской помощи, но не обратились за ней, большинство респондентов (52%) занимались самолечением используя традиционные и нетрадиционные способы лечения. Однако, значительная часть оставшихся в меньшинстве (33%) отметили, что главная причина этому была недоступность по цене.

Данные таблицы 7 также показывают о низкой обрабатываемости за медуслугами в учреждения ПМСП, хотя финансирование программы государственных гарантий, направляемых на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) увеличилась с 23,2% в 2006 г. до 38,7% в 2010г.

Выводы

Таким образом, основной проблемой доступа медицинских услуг, в особенности для бедного населения даже на уровне ПМСП, является их стоимость, включая стоимость лекарств и наличные расходы. Недостаток финансовых ресурсов уже является барьером в отношении доступа

Таблица 7. Число посещений на одного жителя к врачам ГСВ 2000-2011гг

Регионы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2011
Республика	3,6	3,5	3,7	3,2	3,3	3,1	2,8
Баткенская область	2,8	3,1	3,2	2,6	2,4	2,5	2,2
Жалалабад. область	2,9	3,1	3,5	2,8	2,7	2,6	2,3
Ошская обл.	2,7	2,4	2,3	2,0	2,1	2,1	1,9

к медицинскому обслуживанию для значительной части населения.

Вероятно, опасение непредвиденных требований дополнительной неофициальной платы также удерживают бедных семей от использования государственных медицинских услуг, в связи с чем они реже прибегают к медицинской помощи, нежели состоятельные семьи, в связи с тем, что не могут оплатить медицинские услуги и приобрести лекарственные и иные лечебные средства.

Литература

1. Барсукова Н.К., Лоранский Д.Н. и соавт. Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях // Здр. Рос. Фед., -1996. - № 1. - С. 30-33.
2. Ногоева Л.Ш., Адылова Г.К., Денисламова И.К., Токтоматова Б.Т. О медико-социальных проблемах состояния здоровья населения Кыргызской Республики // Сб науч трудов «Окружающая среда и здоровье человека.», Кыргызский НИИ профилактики и медицинской экологии: Бишкек. -2010, Том VI. - С. 126 -129
3. Медик В.А. Токмачев М.С. Моделирование интегральных показателей оценки здоровья населения //Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - №3. С. 17-20
4. Методические рекомендации по оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений./ Тюков Ю.А., Блохин А.Б., Чернова ТВ-М., 2001.
5. Программы реформ здравоохранения «Манас-Таалими», «Ден соолук», Бишкек., КР.
6. Постановления Правительства КР № 431 от 04.07.2009 г. «О реализации Стратегии развития страны на 2009-2011 гг.», 9-й пункт по блоку 6.3.2. «Доступное и качественное здравоохранение».
7. Буренков, В.И. Методические подходы к изучению состояния здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга на основе данных смертности: Дисс. в виде научн. доклада... канд. мед. наук. —М., 1998. - 52 с.

Медико-демографическая оценка общественного здоровья населения южных регионов Кыргызстана

Шамшиев А.А

Джалал- Абадская областная клиническая больница, Кыргызская республика

УДК 614; 614.2; 614.33

Материалы и методы

Социально-экономический анализ как составная часть клинической эпидемиологии, призванная с помощью комплекса клинко-эпидемиологических, статистических и экономических методов исследования количественно оценить общественное здоровье, значимость болезней и эффективность профилактики. Такой подход позволяет научно обосновывать стратегические программы и определять приоритеты здравоохранения. Материалы для анализа получены в процессе собственных социологических исследований, а также статистические многолетние данные Национального статистического управления и отчеты организации здравоохранения.

Результаты и обсуждение

Юго-Западные регионы страны характеризуется компактностью и высокой плотностью проживания населения, а также интенсивными, не только внутренними, но и внешними миграционными процессами, связанные с социально-экономическими факторами. Правительство КР предусматривает значительные вложения ресурсов на повышения уровня медицинской помощи населению. (2,4,5). Однако, в реальных масштабах, связанные с уровнем бедности граждан страны, сохраняются не решенные глубокие проблемы общественного здоровья населения. За последние годы произошли определенные изменения в социальной среде, которые повлияли на демографические процессы. Темпы прироста численности населения особенно заметны по Джалал-Абадской и Ошской областей (1,1-2,3 %) в сравнении с республиканскими показателями, показатели общей смертности выросли незначительно, при относительно стабильном росте рождаемости. (Таблица №1)

Таблица 1. Динамика демографических показателей (в среднем по южному региону Кыргызстана) за 2005-2010 гг.

Показатели	Республика		Джала-Абад. обл		Ошская обл		Баткенская	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Общая смертность	7,2	6,6	6,1	6,6	6,7	6,8	5,8	6,0
Младенческая смертность	35,2	22,8	30,3	18,8	36,2	19,3	42,1	27,1
Рождаемость	21,4	26,8	24,2	28,1	23,3	22,3	22,8	27,6
Естественный прирост	14,2	20,2	18,1	22,6	17,8	22,6	17,0	19,8

Показатели заболеваемости населения является результатом взаимодействия целого ряда факторов, в том числе она зависит от доступности и качества медицинской помощи, от медицинской активности населения, развития и практических возможностей медицины, от социально-экономических факторов. В структуре заболеваемости, на протяжении исследуемого периода, ведущую роль занимают болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы и заболеваемости органов кровообращения

В южных регионах существенно изменилась социально-демографическая ситуация, в структуре населения преобладают сельские жители, основная масса которых проживает в отдаленных поселках, с низким уровнем медицинских услуг. Основные показатели общественного здоровья населения существенно отстают от показателей с регионами социально-экономическим благополучием. Активные миграционные процессы, в совокупности с особенностями социально-экономического положения населения повлияли на доминирование и структуру заболеваемости, уровень и структуру показателей смертности.

In(To;At) south region greatly changed(varied) social- demographic situation, in(to;at) structure of the population dominate the rural inhabitants, which(who) the main(basic) mass lives in(to;at) remote village, with(since) low level of the medical services. The Leading indexes of public(communal;social) health of the population greatly lag behind from factors with(since) region social-economic благополучием. активные миграционные процессы, in the aggregate with(since) particularity social-economic position of the population have influenced upon(act on) доминирование and structure to diseases, level and structure of the factors смертности.

The Keywords: population, death-rate, birth rate, demography, индикаторный фактор, заболеваемость.

(Таблица №2,3,4)

Таблица 2. Структура заболеваемости населения (по южному региону Кыргызстана) за 2005-2010 гг. (%) 2005-2010 гг.

Всего/ годы (класс болезни)	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Болезни органов дыхания	24,1	23,7	23,8	23,9	26,2	22,6
Болезни мочеполовой системы	12,5	12,0	12,8	13,2	12,2	12,7
Болезни органов пищеварения	7,8	9,6	8,1	8,3	8,8	8,7
Травмы и отравления всего	7,2	6,8	7,4	8,1	7,7	7,8
Болезни крови, кроветворных органов	5,9	5,5	5,6	5,6	5,3	5,7
Болезни глаза и его придатков	5,8	5,1	4,5	4,4	4,5	5,1
Болезни нервной системы	3,9	4,1	4,9	4,8	4,7	5,5
Некоторые инфек. и паразитарные болезни	5,1	4,9	5,2	4,8	4,7	4,5
Болезни органов кровообращения	5,5	5,5	4,6	4,2	4,6	4,8
Болезни эндокринной системы	4,7	4,6	3,6	3,2	3,4	3,2

При одновременном росте показателей смертности позволяет думать о наличии невыявленной заболеваемости и болезненности.

Таблица 3. Стандартизованные показатели заболеваемости органов кровообращения (на 100 тыс населения, по южному

региону Кыргызстана) за 2001-2010 гг.)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Кыргызская Республика	606,1	496,9	428,4	353,8	430,5	433,8	436,5	480,1	452,9	477,9
Ошская обл	855,4	6660,0	451,3	346,7	390,7	367,0	338,4	304,8	280,1	474,4
Жалал-Абад обл	278,5	302,4	287,7	255,0	363,4	298,6	397,9	493,4	4722,7	405,9
Баткенская обл.								561,7	418,2	399,6

Таблица 4. Стандартизованные показатели заболеваемости органов дыхания (100 тыс населения) 2001-2010гг.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Республика	14013,0	13330,0	11957,0	12278,0	9430,1	8353,0	7442,5	8357,0	8044,5	7648,3
Ошская	10352,0	10065,0	5481,7	9680,8	6855,3	5318,0	5505,4	5944,9	5860,6	5766,5
Жалал-Абад	11205,0	9235,7	7466,1	6491,1	5557,7	5896,0	5379,3	6503,9	9017,1	5824,5
Баткенская							8755,4	9116,1	9501,1	9243,2

Напряженная социально-экономическая обстановка оказала негативное влияние на показатели физического развития, состояние соматического и репродуктивного здоровья детей и подростков.(5)За последние годы заболеваемость детей выросла. Число здоровых детей в разных регионах колеблется от 3,0 % до 8,0 %. Темпы роста хронической патологии среди детей и подростков в 1,5-2 раза выше по сравнению с другими возрастными группами. Уровень показателей общей заболеваемости почти на треть определялись болезнями, зарегистрированными у детей и подростков, которые формировались на три четверти (74,5%) новыми случаями заболеваний и только четвертая её часть - за счет известных ранее, т.е. хронических заболеваний (25,5%). . В структуре заболеваемости детей основное место занимали болезни органов дыхания (43,7%), инфекционные и паразитарные заболевания – 11,2%, болезни органов пищеварения (9,1%), крови и кроветворных органов (7,3%), кожи и подкожной клетчатки (5,1%) (Таблица №5)

Таблица 5. Структура заболеваемости детей (0-14 лет) по южному региону Кыргызстана за 2005-2010 гг.

Всего	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(класс болезни)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Болезни органов дыхания	46,1	46,0	44,6	42,9	47,9	46,0
Некоторые инфек. и паразитарные болезни	11,7	11,2	11	10,9	9,9	11,4
Болезни органов пищеварения	7,2	7,1	8,5	9,5	8,6	7,8
Болезни крови, кроветворных органов	8,3	7,7	7,8	8,9	7,0	7,4
Болезни эндокринной системы	8,3	6,7	5,2	5,0	4,2	4,1
Болезни кожи и под кожной клетчатки	4,3	4,7	4,9	4,7	4,5	5,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	4,0	3,9	4,1	4,5	4,3	4,0
Болезни глаза и его придатков	3,1	3,0	3,3	3,4	3,1	3,3
Травмы и отравления всего	3,5	3,4	3,5	2,8	3,5	3,8
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	2,8	2,6	2,7	2,7	2,5	2,5

Доля девочек страдающих гинекологическими заболеваниями колеблется от 4,3% до 26,4%, изменилась структура заболеваемости в сторону увеличения более тяжелых эндокринных нарушений, а также отмечается тенденции к хронизации гинекологической патологии(2,4). Профилактика и гинекологической помощи детям и под-

росткам в южных регионах КР, с учетом особенности патологии и условий проживания сельского и городского населения, за последние 20 лет проводилось на низком уровне. Многие авторы отмечают начавшейся процессы деселерации и ретардации сопровождающиеся снижением средних значений роста-весовых показателей, имеет место рост доли детей с макроскелетом, атлетическим телосложением. Процессы деселерации и ретардации коснулись и полового развития: возраст менархе снизился с 13 до 12,5 лет, рост эндокринной патологии, в частности заболеваний

щитовидной железы, особенно у девушек вызывает параллельный рост патологии репродуктивной системы.

Индикаторный показатель общественного здоровья - смертность, является важной проблемой здравоохранения.(таблицы №6,7) Главными причинами смертности населения остаются болезни системы кровообращения на которые, по удельному весу, приходится – 49,0%, на внешние причины смерти – 10,0%, болезни органов дыхания – 8,8%, новообразования – 8,2%, болезни органов пищеварения – 6,6%, инфекционные и паразитарные болезни – 2,6%. . Основной вклад, (более 90 %) в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) вносят острый инфаркт миокарда (ОИМ) и гипертоническая болезнь (ГБ). За последние годы произошел рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди возрастной группы 30-39 лет - на 31,2 %, и среди 40-49 лет – на 47,8 %. Структура смертности представлена на диаграмме 1 и таблице № 6, которая демонстрирует о важности борьбы с социально обусловленными заболеваниями как сердечно-сосудистой патологией, органов кровообращения, органов дыхания, инфекционными болезнями и внешними причинами смерти.

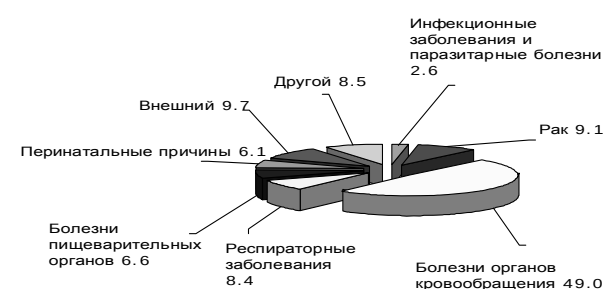


Диаграмма 1 Стандартизованная структура смертности населения в исследуемых регионах

Отмечается смещение структуры умерших в сторону более молодых возрастов, основная масса умерших - люди трудоспособного возраста.

Таблица №7. Смертности от ССЗ населения среди трудоспособного возраста 2010 год

Возраст/Годы	2006	2007	2008	2009	2010
30-39 лет	50,0	55,8	55,8	60,3	54,2
40-59 лет	307,0	312,2	333,7	346,4	329,3

Особую тревогу вызывает рост внешних причин смерти, которые в течение последних лет занимают третье место в структуре причин смерти (9,6%). При этом, следует отметить, что, по сравнению с 2000г., смертность от транспортных травм в настоящее время почти удвоилась,

Таблица №6. Структура причин смертности населения (2001-2010гг) по южному региону Кыргызстана.

ранг	Градации/ Нозология	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Болезни системы кровообращения	46,7	47,6	47,1	46,2	47,3	47,5	48,3	48,4	43,9	48,8
2	Болезни органов дыхания	11,4	11,8	12,7	11,1	10,4	10,4	9,4	8,7	8,4	7,9
3	Внешние причины смерти	10,0	9,6	10,2	10,3	10,0	9,9	9,8	8,9	9,0	10,9
4	Новообразования	9,0	8,7	8,7	8,9	8,4	8,1	7,9	8,2	9,1	9,0
5	Болезни органов пищеварения	5,7	6,0	5,9	6,3	5,6	6,7	9,6	8,9	8,7	6,8
6	Инфекционные и паразитарные	5,1	4,0	3,6	3,3	3,1	3,3	3,1	2,6	2,7	2,5
7	Состояния, возник. в перинат. периоде	2,5	2,8	2,7	4,7	5,4	5,6	5,8	5,9	6,1	5,8
8	Болезни мочепол. системы	1,9	2,1	1,9	2,0	1,9	2,2	1,9	2,0	2,5	2,0
9	Болезни нервной системы	1,5	1,7	1,7	1,6	1,6	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4
10	Врожденные аномалии	1,0	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4

Таблица 9. Общая смертность по административным территориям по южному региону Кыргызстана за 1991-2010 гг.

Регион	1991	1995	2000	2005	2010
КР	6,9	7,6	6,6	7,2	6,6
Баткенская обл	5,9	5,8	6,0	5,9	5,8
Баткенский р-он	4,8	6,0	6,1	6,8	5,9
Кадамжайский	5,6	6,0	5,4	6,0	5,0
Ляйлякский	5,2	5,8	6,2	5,5	5,5
Г.Кызыл_Кия	7,2	9,5	8,0	7,5	7,6
Г.Сулюкта	5,7	6,9	7,2	6,6	6,8
Джалал-Абадская	5,9	6,0	6,2	6,0	5,7
Аксайский р-он	5,9	6,3	6,6	5,5	5,8
Ала –Букинский	6,2	5,5	5,1	5,9	5,1
Базар_Коргонский	5,6	5,1	6,3	5,8	5,1
Ноокенский	5,2	6,1	6,1	5,9	5,3
Сузакский	5,8	5,8	6,0	5,5	5,3
Тогуз -Тороуский	5,5	6,5	6,0	5,3	5,5
Токтогульский	6,4	6,6	6,0	6,1	6,3
Чаткальский	4,9	6,1	5,3	5,9	5,1
гДжалал-Абад	6,8	6,3	6,6	7,1	6,6
Г Кара-Куль	4,4	4,8	4,4	5,8	5,6
Г.Кок-Жангак	7,0	6,3	7,1	9,4	7,8
Г.Майли-Суу	7,7	8,5	8,4	8,3	9,0
гТаш -Кумыр	6,3	6,6	5,5	4,6	4,9
Ошская обл	5,6	6,3	6,4	5,5	5,4
Алайский р-он	6,2	6,3	6,0	5,7	5,2
Араванский	5,6	5,5	5,4	5,6	5,2
Кара-Кульдзинский	6,3	6,9	6,5	5,9	5,6
Кара-Суйский	5,6	6,5	6,6	5,3	5,3
Ноокатский	5,0	6,3	6,6	4,8	4,3
Узгенский	6,4	5,5	6,6	7,2	6,2
Чон-Алайский	5,6	5,5	6,0	5,7	4,8
Г.Ош	4,6	6,5	5,9	5,9	5,8

продолжает сохраняться тенденция к росту удельного веса тяжелых множественных и сочетанных повреждений в результате ДТП, который достигла 25,2%.

Наметилась положительная тенденция показателя младенческой смертности, данная тенденция связана со снижением перинатальной смертности, которая занимает 70% в структуре младенческой смертности.(диаграмма 2, таблица8) Среди основных причин заболеваемости и смертности детей до 5 лет являются респираторные за-

болевания, диарея.

По – прежнему, на высоком уровне остается доля умерших на дому детей первого года жизни, составив 9,9% (2008 г. – 9,0%;) преимущественно за счет Ошской (2008 г. – 13,0%; 2009 г. – 19,8%), Баткенской (2008 г. – 13,4%; 2009 г. – 13,5%) Настораживает высокая доля умерших на дому детей второго года жизни в Ошской области, которая составляет 53,9% (2008 г. – 59,2%), что свидетельствует об отсутствии должного внимания медицинского персонала ПСМП детям первого и второго года жизни

Многие причины смертности детей(около 68,1%), предотвратимы о чем свидетельствуют данные таблицы №8.

Показатели материнской и младенческой смертности в регионе исследования значительно выше показателей СНГ и Европейских стран.. Уровень материнской смертности в 2005 г. составил 61,0 на 100 тыс. родившихся живыми и имел резкий

Таблица 8. Смертность вследствие предотвратимых заболеваний у детей (ВОЗ 2005)

Заболевание	Количество смертельных исходов в год, тыс.	Доля предотвратимых случаев, %	Количество предотвратимых случаев, тыс.
Диарея	2900	90	2610
Пневмония	3100	70	2170
Корь	1100	85	935
Коклюш	400	80	320
Столбняк новорожденных	600	90	540
Туберкулез	300	65	195
Малярия	800	70	560
Прочие перинатальные заболевания	2470	25	618
Всего	11670	68,1	7948

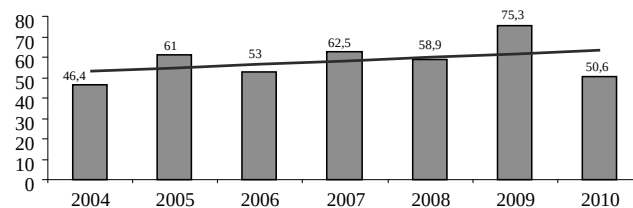


Диаграмма3 Показатели материнской смертности за период 2004-2010 гг.

скачок до 75,3 в 2009 году, в 2010 году показатель снизился до 50,6 на 100 тыс. родившихся живыми (Диаграмма 3).

Показатели общей смертности по административным территориям выражены (Таблица №9), значительно выше в городах Кызыл -Кия, Сулюкта, Кок-Жангак, Майли-Суу, где население наиболее бедствует от социальных причин, где единственные градообразующие предприятия перестали функционировать, которые были единственными источниками средств населения. В городах уровень бедности увеличивался более опережающими темпами (на 13,6%).

Выводы

Таким образом, анализ позволил выявить негативную тенденцию в изменении основных медико-



Диаграмма 2 Стандартизованные показатели младенческой перинатальной смертности и коэффициент детской смертности (за 2004-2010 гг.).

демографических показателей. За последние 10 лет в южных регионах существенно изменилась социально-демографическая ситуация, в частности, увеличилась численность сельского населения, произошла перегрузка инфраструктур городских поселений, основная масса сельских жителей проживает в отдаленных поселках, обделенных вниманием медиков. Основные показатели здоровья населения существенно отстают от показателей

других регионов страны... На прирост и динамику численности населения в значительной мере оказывают влияние факторы социально-экономического характера. Они же в основном определили тенденции в миграционных процессах, рождаемости и смертности.. и в формировании показателей общественного здоровья населения.

Литература

1. Толстова Ю.Н. Анализ социологических данных Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками. М., Научный мир. 2000г
2. Здоровье населения и здравоохранение Кыргызской Республики в 1991-2000 гг. - Бишкек., 2001.- 48 с.)
3. Ионцев В.А. Миграция населения // Современная демография / Под ред. А.Я. Кваши и В.А. Ионцева, М., 1995. С. 101 и след.
4. Программы реформ здравоохранения Кыргызской Республике «Манас –Таалими» и «Ден соолук» , Бишкек, 2000, 2005, 2011..
5. Постановления Правительства КР № 431 от 04.07.2009 г. “О реализации Стратегии развития страны на 2009-2011 гг.”, 9-и пункт по блоку 6.3.2. “Доступное и качественное здравоохранение».

Эхокардиографические изменения у пожилых пациентов с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией

Истекова А.А., Пархатова С.Я., Нуфтиева А.И., Нурмуханова С.Н., Фатхудинова О.А

Кафедра ультразвуковой диагностики АГИУВ

УДК 616.12 – 008.331.1 – 073.7-053.9

В настоящее время количество пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне ХОБЛ неуклонно растет. Это приводит к снижению качества жизни и высокой смертности среди данного контингента больных. Одна из основных причин связана со структурной перестройкой миокарда. Характер ремоделирования сердца у данного контингента больных рассматривается как самостоятельный фактор, играющий независимую роль в прогнозе больных (3). Приоритетным становится диагностика ранних признаков сердечной недостаточности у данной категории лиц, осложняющих течение АГ, особенно на фоне (4,5).

Материалы и методы

В исследуемую группу вошло 29 пациентов пожилого возраста: 20 женщин и 9 мужчин с АГ (6 пациентов с АГ I степени, 8 пациентов II и 15 - III, соответственно). Среди них у 18 пациентов АГ сочеталось с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести (в 11 случаях - в фазе обострения, в 2-х - в фазе неполной ремиссии, в 5 - в фазе ремиссии).

Подгруппы были сопоставимы между собой по возрасту и длительности заболевания.

Показатели морфофункциональной структуры миокарда левого и правого желудочка определяли на УЗсканере по стандартным методикам в М- и В-режимах. Наряду с показателями систолической функции сердца изучали диастолическую функцию левого желудочка по показателям трансмитрального потока, регистрируемым при помощи импульсно-волнового доплера. Рассчитывали следующие показатели: максимальную скорость раннего и позднего наполнения левого желудочка (пики Е и А соответственно), соотношение этих скоростей (Е/А).

Результаты и их обсуждение

Практически у всех пациентов сократительная способность миокарда левого желудочка оставалась в пределах нормы. Диастолическая дисфункция левого желудочка была отмечена у 5 больных с изолированным течением АГ и 4 пациентов с АГ в сочетании с ХОБЛ, при этом существенно преобладал ее нерестриктивный тип (4 пациента в группе АГ и 3 - в группе АГ в сочетании с ХОБЛ). Рестриктивный тип наблюдался по 1 пациенту в каждой группе. Диастолическая дисфункция левого желудочка была выявлена у лиц с АГ III степени.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что при АГ в сочетании с ХОБЛ на фоне сохраненной систолической функции левого желудочка имеется его диастолическая дисфункция.

Выводы

Распределение спектров трансмитрального кровотока у пациентов с АГ в сочетании ХОБЛ характеризуется пре-

Осы мақалада егде емделушілердің эхокардиографиялық зерттеулері мен ХОБЛ артериалдық гипертензия байланысы. Осы дәреженің ауруларды ара-арасындағыларының сол жақ қарыншасында сақталған систола функциясының фонында оның диастолалық дисфункциясы байқалатыны айқындалған. Бұл митралдық қан ағудың спектрлерінің АГ пен емделушілерінде ХОБЛ тіркесіндегі үлестірілу сол жақ қарыншасының бұзылған босаңсуымен спектрлі басымдылықпен бейнеленетіні туралы қорытынды жасауға мүмкіндік берді.

Данная статья посвящена эхокардиографическому исследованию пожилых пациентов с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией. Выявлено, что среди больных данной категории на фоне сохраненной систологической функции левого желудочка наблюдается его диастолическая дисфункция. Это позволило сделать вывод о том, что распределение спектров трансмитрального кровотока у пациентов с АГ в сочетании ХОБЛ характеризуется преобладанием спектра с нарушенным расслаблением левого желудочка

This article reflects one of the urgent problems of gynecological services - ultrasound diagnosis of postoperative complications of uterine scar. Given the definition and criteria for ultrasonic solvency and insolvency postoperative scar on the uterus. The complications that develop in the early period after caesarean section, are the causes of failure of postoperative scar on the uterus. Therefore, a timely diagnosis as early and late postoperative complications

обладанием спектра с нарушенным расслаблением левого желудочка.

Литература:

1. Строгий В.В. Достижения и перспективы исследования фазовой структуры сердечного цикла с помощью доплерографии. Медицинские новости. 2001, №5, с. 1-11
2. Барсуков А.В., Казанцев В.А. Таланцева М.С., Николаев А.В., Курганова Т.А. Артериальная гипертензия у пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. В фокусе проблемы сердце как орган-мишень. Российский Медицинский журнал, 2005, том 11, №3, с.15-22
3. Чжао Шуфэн. Чазова И.Е., Агеев Ф.Т., Резванова Е.Н., Бакланова Н.А., Беленков Ю.Н. Состояние диастолической функции правого и левого желудочка у больных первичной легочной гипертензией. Терапевтический архив. 1995, №3 с. 56-59
4. Носов В.П., Боровков Н.Н. Сальцева М.Т. Аминова Н.В., Королева Л.Ю. Взаимосвязь вариабельности АД синусового ритма и структурно-функциональных характеристик миокарда ЛЖ у больных АГ пожилого и старческого возраста. Клиническая медицина, 2004г, №9, с.20-24.
5. Абрамович С.Г. Особенности регуляции АД у здоровых людей и больных гипертензивной болезнью в пожилом возрасте. Клиническая медицина, 2001. №3, с.30-33.
6. Геоэдрик М. Хроническое легочное сердце взгляд кардиологов. Здоровье Украины, 2006, №24/1

Методы определения внеклеточной ДНК крови

Орадова А.Ш.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.
УДК: 616.24-002-022-07

Установлено, что небольшие количества ДНК обнаруживаются вне клеток, прежде всего в плазме крови животных и человека. Интерес к внеклеточным ДНК неизмеримо возрос после того, как выяснилось, что количество ее может существенно возрастать при ряде заболеваний, что возможно учитывать как ранний признак соответствующих патологий. Циркулирующая ДНК может появляться в кровотоке в результате гибели ядродержащих клеточных элементов, созревания эритроцитов и тромбоцитов, а также активной секреции нуклеиновых кислот во внеклеточное пространство. При беременности уже на первом месяце в кровотоке матери появляется фетальная ДНК, обнаружение которой открывает новые возможности для неинвазивной пренатальной диагностики.

Одним из простых объяснений появления внеклеточных нуклеиновых кислот в крови могут быть постоянно идущие в организме процессы отмирания клеток и деградации их хроматина. Таким образом, в первую очередь источником внеклеточной ДНК крови может быть некроз или апоптоз ядродержащих клеточных элементов крови или эндотелиальных клеток. Апоптоз — наиболее широко представленная форма программируемой клеточной смерти, которая приводит к ежедневной гибели части клеток. Примерный подсчет показывает, что в организме человека в результате апоптоза деградирует 1-10 г ДНК в сутки. Апоптотические клетки и апоптотические тельца поглощаются и перевариваются макрофагами, дендритными или эндотелиальными клетками.

В норме некроз распространен значительно меньше, чем апоптоз. Некроз характеризуется конденсацией хроматина, увеличением размера клетки с ее последующим лизисом. Поскольку в норме некротические клетки в основном не обнаруживаются, этот тип клеточной гибели не может обеспечивать появление значительной части ДНК в плазме, хотя он часто наблюдается при развитии опухолей, вероятно, как результат недостаточной васкуляризации. Для определения концентрации внеклеточной ДНК в плазме/сыворотке крови использовали наиболее достоверный метод количественной ПЦР. Литературные данные позволяют сделать вывод, что в норме концентрация циркулирующей ДНК не должна превышать 50-60 нг/мл плазмы/сыворотки, а увеличение концентрации до 100 нг/мл и выше может указывать на возможное развитие патологии [1].

Выявлено значительное увеличение концентрации вДНК у недоношенных новорожденных и у новорожденных с перинатальной патологией, описано влияние вДНК на изменения иммунного статуса новорожденных при перинатальных поражениях.

В 1997 году впервые было продемонстрировано присут-

Қанның жасушадан тыс ДНК ұйғарымінің әдістері

А.Ш. Орадова.

Әдебиеттің шолуы қанда днк анықтауға жасушадан тыс арналған. Олардың прогностиялық және диагностикалық маңыздылығы әр түрлі патологиялық күйлерде көрсетілген. Ерекше мән перинатал патологиясында днк анықтау жасушадан тыс алады.

Методы определения внеклеточной ДНК крови

А.Ш. Орадова.

Обзор литературы посвящен определению внеклеточных ДНК в крови. Показана их прогностическая и диагностическая значимость при различных патологических состояниях. Особое значение имеет определение внеклеточных ДНК в перинатальной патологии.

Methods Of Determination Of Extracellular DNA Of Blood

A.Sh. Oradova.

The literature review it is denoted the definition of extracellular DNA in the blood. It is shown their predictive and diagnostic value in various pathological conditions. Particular importance is the definition of extracellular DNA in perinatal pathology.

ствие фетальной внеклеточной ДНК в плазме и сыворотке беременных женщин. Данное открытие способствовало интенсивному изучению плодной ДНК в качестве потенциального маркера для неинвазивной пренатальной диагностики. Метод измерения концентрации вДНК плода в крови матери основывался на обнаружении последовательности Y-хромосомы (SRY) методом количественной ПЦР в реальном времени. Повышение концентрации внеклеточной фетальной ДНК в материнской циркуляции происходит вследствие возможной редукции выведения ДНК из организма матери, причиной чего могут быть различные физиологические изменения функций органов выделения женщины в течение беременности. Было показано, что чувствительность определения локусов Y-хромосомы до 7-й недели беременности методом обычной ПЦР составляет 95%, а при использовании ПЦР в реальном времени пол эмбриона со 100% точностью можно определить уже на 5-й неделе развития [2].

Список литературы

1. Hacker H J., Zhang W., Tokus M., Bock T., Schroder C.H. Patterns of circulating hepatitis B virus serum nucleic acids during lamivudine therapy. Ann. N. Y. Acad. 2004. Sci. 1022, 271-281.
2. Федченко В.И., Гурьев С.О., Семенова Н.В. Неинвазивная пренатальная ПЦР диагностика пола. Биомед. химия 2005; 51: 527-535.

Клиническое значение эхографии в диагностике острого панкреатита

Нурмуханова С.Н.

Республиканская поликлиника КНБ, г. Астана
УДК 616.37-002-071-073(048)

Острый панкреатит – полиэтиологическое заболевание, возникающее при патологии желчевыводящей системы, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка, желудка, при алкоголизме, нарушении обмена веществ, дефиците питания, травмах, нарушениях кровоснабжения поджелудочной железы, неврогенных, аллергических, инфекционно-токсических и прочих факторах.

За последние годы отмечена тенденция к увеличению количества больных острым панкреатитом, частота которого достигает 2,5-8,4% среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По данным М.В. Гринева(8), из всех больных острым панкреатитом деструктивные формы отмечены у 16,2%, которые при прогрессировании приводят к летальности почти в 50% случаев(4)

На сегодняшний день эхография является одним из основных методов диагностики, так, как позволяет распознавать увеличение и отек ткани поджелудочной железы уже в первые часы болезни. Ультразвуковая диагностика представляет особый интерес для широкой практики - это неинвазивный, неионизирующий метод, который можно применять многократно, не причиняя вреда больному. С помощью эхографии стало возможным эффективно проводить не только диагностические, но и лечебные малоинвазивные вмешательства на поджелудочной железе – биопсию, дренирование патологических образований и т.д. Также ультразвуковое исследование используют для динамического наблюдения за ходом лечения, поскольку относительно легко и быстро врач может получить данные об основных параметрах органа судить о динамике течения заболевания.

При ультразвуковом исследовании оценивают форму, контуры, размеры, эхогенность, внутреннюю структуру, протоковую систему, дополнительные признаки (сдавливании сосудов, органов желудочно-кишечного тракта, реакция лимфатической системы, изменения со стороны забрюшинной клетчатки, наличие жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке и т.п.), динамику процесса, корреляцию с клинико-лабораторными изменениями, наличие осложнений течения острого панкреатита. Ведущими ультразвуковыми признаками острого панкреатита являются: увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, неоднородность ее эхоструктуры и неровность контуров, визуализация жидкостных образований различных размеров в брюшной полости. Привлечение методики измерения параметров гемодинамики в висцеральных сосудах, плотности поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки позволяет повысить специфичность, чувствительность и точность ультразвуковой диагностики при панкреонекрозе.

Диагностическая ценность этого метода в верификации форм панкреонекроза выше при формировании объемных жидкостных образований забрюшинной локализации, абсцессов и псевдокист. Диагностическая значимость ультразвуковой диагностики в дифференцировании интерстициального панкреатита и панкреонекроза существенно ниже, чем компьютерной томографии. Точность ультразвуковой диагностики в подтверждении диагноза панкреонекроза возрастает при визуализации большого

Соңғы жылдары жіті панкреатит аурулары санының өсу тенденциясы атап өтілді, науқастар жіті хирургиялық ішперде қуысы ауруларының жиілігі 2,5-8,4 пайызға жеткен. М.В. Гринева (8) мәліметтері бойынша деструкциялы формалардың өткір ұйқы безінің қабынуы аурулары барлық науқастарда 16.2% атап өтілген, кей жағдайларда (4) 50 пайызы өліммен аяқталудың үдеуіне алып келеді, жіті панкреатит бастаушы ұлшытрадыбыс белгілерімен: бас, дене және ұйқы безі құйрықтық өлшемдерінің үлкеюі, нобайларының оның жаңғырық құрылымының біртекті еместігі және тегіс еместігі, құрсақ қуысындағы әртүрлі өлшемдегі сұйықтықтың құрылуы болып табылады.

За последние годы отмечена тенденция к увеличению количества больных острым панкреатитом, частота которого достигает 2,5-8,4% среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. По данным М.В. Гринева(8), из всех больных острым панкреатитом деструктивные формы отмечены у 16,2%, которые при прогрессировании приводят к летальности почти в 50% случаев(4) Ведущими ультразвуковыми признаками острого панкреатита являются: увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, неоднородность ее эхоструктуры и неровность контуров, визуализация жидкостных образований различных размеров в брюшной полости. Диагностическая значимость ультразвуковой диагностики в дифференцировании интерстициального панкреатита и панкреонекроза существенно ниже, чем компьютерной томографии

In recent years, there was a trend to an increase in the number of patients with acute pancreatitis, the frequency reaches 2,5-8,4% of patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity. According to M. Grineva (8) of all patients with acute pancreatitis destructive forms were observed in 16.2%, which lead to the progression of mortality in almost 50% of cases (4) The leading ultrasound signs of acute pancreatitis are: to increase the size of the head, body and tail of the pancreas, the heterogeneity of its echostructure and uneven contours, visualization of fluid structures of various sizes in the abdominal cavity. Diagnostic value of ultrasound in the differentiation of pancreatitis and pancreatic international significantly lower than computed tomography.

количества жидкости в брюшной полости, плевральной полостях. Значение метода трудно переоценить в случаях дифференциальной диагностики острого панкреатита с острым холециститом, осложненной аневризмой аорты и заболеваниями мочевыводящих путей.

В последние годы в клиническую практику внедрен метод эндоультразвукового исследования, когда ультразвуковой датчик находится в просвете определенного сегмента желудочно-кишечного тракта. Качество исследования поджелудочной железы и холедоха возрастает, что позволяет выявить микролитиаз и патологию периампулярной зоны при билиарном характере заболевания.

Данные литературы и проведенные исследования показывают, что ультразвуковая диагностика должна быть обязательным элементом диагностического алгоритма у больных острым панкреатитом. Для повышения диагно-

стической ценности эхографии необходима определенная последовательность в выполнении ультразвукового исследования: детальный осмотр парапанкреатических тканей и самой железы; осмотр всех отделов брюшной полости на предмет свободной жидкости и инфильтратов; осмотр плевральных полостей и полости перикарда на наличие выпота; детальный осмотр внутри- и внепеченочных желчных протоков; прицельный осмотр сосудов системы воротной вены; исследование забрюшинного пространства; динамическое наблюдение.



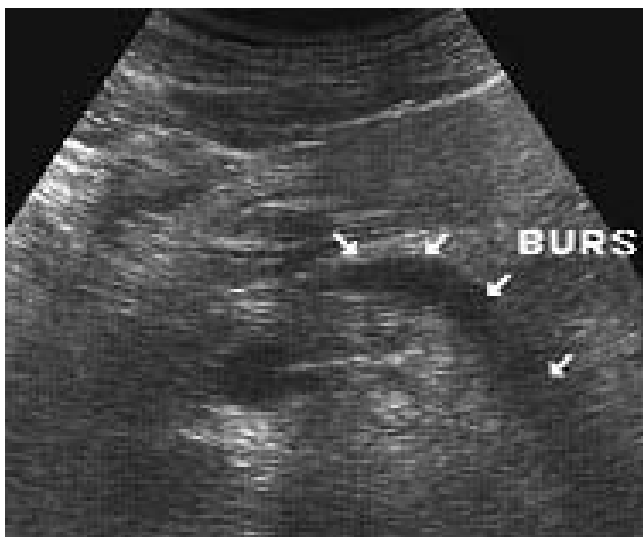
Эхографическая картина диффузной формы острого панкреатита. Контур железы неровные, четкие. Общая эхогенность ткани снижена за счет выраженного отека. Размеры железы диффузно увеличены. Проток расширен до 2-3мм (отмечен стрелкой).



Эхографическая картина острого очагового панкреатита с локализацией наибольших изменений (отек) в области головки железы



Эхографическая картина острого панкреатита (диффузное поражение) в фазе отека железы с распространением отека на околопанкреатическую клетчатку. Контур железы неотчетливые, «размытые».



Умеренное количество жидкости в сальниковой сумке кпереди от поджелудочной железы при остром панкреатите.

Литература:

1. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике/ под редакцией В.В.Митькова. Видар, 2003г.
2. Ультразвуковая диагностика. Практическое руководство/ Г. Шмидт перевод с английского под общей редакцией А.В.Зубарева. Москва, 2009г.
3. Клиническая ультразвуковая диагностика/ под редакцией А.Н.Щупаковой, А.М.Литвякова, Минск 2004г.

Диагностическая значимость анализа лихорадочного синдрома у стационарных больных

Полиббетов Д.С.¹, Танбаева Г.З.², Аймаханова Г.Т.¹, Дабылова Г.М.¹, Майдыров Е.С.¹, Смаилова Ф.К.¹, Ахментаева Д.А.¹, Нургаалиева Г.К.¹, Хван Г.В.²

Кафедра постдипломной подготовки по терапии КазНМУ¹, ЦКБ МЦ УДП РК²

Повышение температуры тела - неспецифическая защитно-приспособительная реакция организма на воздействие патогенных раздражителей (инфекционной и неинфекционной природы), часто встречается в практике врача-клинициста любого профиля и причину которой не всегда удается выявить, для определения тактики дальнейшего диагностического поиска.

Условно, причины вызывающие гипертермию можно разделить на инфекционные и неинфекционные. Инфекционные причины наиболее частые, многочисленные и разнообразные, к неинфекционным могут быть отнесены опухоли, системные заболевания крови и болезни соединительной ткани (коллагенозы), механическая травма.

Целью

проведенного исследования явилось изучение характера патогенных факторов, вызывающих гипертермическую реакцию у стационарных больных в различных возрастных группах и половому составу.

Материал, методы и обсуждение результатов исследования

Проведен анализ и статистическая обработка 184 историй болезни температурящих больных многопрофильного стационара за год. Критерием включения было наличие у больных субфебрилитета (37,5- 38 °С) и умеренной лихорадки (38-39°С) свыше 3 дней. Всем больным был проведен полный спектр исследований для выявления причины гипертермии: клиническо- лабораторное, бактериологическое исследования; инструментальные методы диагностики (рентгенография, компьютерная диагностика, магнитно-ядерное исследование, УЗИ, ЭХОКГ); консультации специалистов.

В соответствии с поставленной целью было определено 4 основных группы факторов, вызывающих гипертермию у больных: терапевтические (системные воспалительные, инфекционные хронические воспалительные процессы), оперативные вмешательства (общехирургические, травматологические, урологические, гинекологические, ЛОР органов), наличие злокачественных новообразований и ОНМК.

Определение данных причинных категорий позволило выявить некоторые особенности у больных в зависимости от возраста и пола. Характеристика обследуемых по полу и возрасту описана в таблице.

	всего		Мужчины		Женщины	
	п (%)	лет	п (%)	лет	п (%)	лет
Общее кол-во	184	57,5	80 (43,5)	58,3	104 (56,5)	59,9
Терапевт. патология	54 (29,8)	61,2	15(18,8)	70	39 (37,5)	57,8
ОНМК	4 (2,17)	70	3 (3,75)	67,3	1 (0,96)	78
Опухолев. процесс	35(19)	62,7	16 (20)	67,2	19(18,2)	59

Оперативн. вмеш-во	91(49,4)	53,3	45(56,3)	50,8	46 (44,2)	54,8
--------------------	----------	------	----------	------	-----------	------

Гипертермия зарегистрирована у лиц старшей возрастной группы (57,5±0,8 лет), в послеоперационном периоде (49,45%) и при обострении терапевтических заболеваний (29,8%). Больные с онкопатологией составили пятую часть больных с гипертермией - 19% (средний возраст 62,7 ± 1,8 года), что превысило подобные результаты, описанные в литературе [1]. Повышение температуры у лиц среднего возраста (47, 5±3,5 лет) в 4% случаев от общего числа явилось проявлением системного воспалительного процесса. Необходимо отметить, что температурная реакция отмечена у больных с ОНМК - это немногочисленная группа больных - 2, 17%, была представлена преимущественно мужчинами пожилого возраста (70 ± 2,7) лет. У больных этой группы не было выявлено обострения хронической патологии на момент гипертермии, что позволяет предполагать о центральном характере температурной реакции [2].

При гендерном анализе выявлено, что среди женщин, наблюдавшихся с повышением температуры в раннем послеоперационном периоде, преобладали перенесшие вмешательства на опорно- двигательном аппарате (17,3% - средний возраст 61,2 года), что вероятно свидетельствует о большей частоте и более раннем развитии остеопороза среди женщин, тогда как у мужчин преобладали перенесшие общехирургические вмешательства (27, 5% -средний возраст 51,6 лет). У лиц среднего возраста лихорадка возникает преимущественно в послеоперационном периоде, у мужчин после общехирургических операций, а у женщин после вмешательств на опорно-двигательном аппарате. Обострение терапевтических заболеваний вызывает лихорадку одинаково часто независимо от пола и возраста.

Злокачественные новообразования отмечались одинаково часто в обеих категориях у 20% мужчин и 18,2 % женщин, но у женщин раньше, чем у мужчин (средний возраст соответственно 59 и 67,2 года). В нозологическом спектре у первых преобладала онкопатология кишечника, у вторых – матки и яичников.

Таким образом, в результате исследования установлено, что гипертермия в каждом пятом случае присутствует у лиц с онкопатологией, что должно нацелить врача на осуществление активного скрининга опухолевых заболеваний у больных пожилого возраста с лихорадкой неясного генеза.

Наличие температурной реакции у больных в послеоперационный период заслуживает дальнейшего изучения и активного внимания участковой службы в плане тщательной санации очагов инфекции при плановых операциях.

Список литературы:

1. Gold PJ, Fefer A, Thompson JA. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma. *Semin Urol Oncol.* 1996 Nov;14(4):216-22.
2. Никонов В.В. Лихорадочные состояния в клинической практике (Диагностические подходы) //Медицина неотложных состояний.- 2009.- №6(25).- С.35-41.

Совершенствование диагностики инфекций, передаваемых половым путем

Сейдуалиева Б.С., Аульбекова Ф.А., Салихова Л.М.
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Весьма распространенным заболеванием, передающимся половым путем является хламидиоз, вызываемый *Chlamydia trachomatis*. Высокое социальное значение хламидийной инфекции в первую очередь связано с риском развития осложнений, вызываемых этим возбудителем, приводящих к нарушению репродуктивной функции. На этом основании возбудителя хламидиоза рассматривают как безусловного патогена. Коварство этого микроорганизма заключается в часто малосимптомном или бессимптомном течении инфекционного процесса. Но даже при наличии клинических признаков инфекции их характер не позволяет с уверенностью поставить этиологический диагноз [1,2].

Диагностика инфекции культуральным методом, который на сегодняшний день является «золотым стандартом» чрезвычайно трудоемкий и длительный. Требуется 4-7 и более суток инкубации микроорганизма, а также специальных сред и расходного материала [3].

Цель

– совершенствование диагностики хламидиоза методом ПЦР NASBA (Nucleic Acid Sequence-Based Amplification).

Материалы и методы

На базе нашей клиники было проведено обследование 17 пациентам (из них 6 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 22 до 51 лет с целью диагностики хламидиоза методом ПЦР Real-Time – NASBA. Для проведения анализа использовался следующий материал: соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала и уретры у женщин, соскобы из уретры и первая порция утренней мочи у мужчин. Материал забирался одноразовыми урогенитальными зондами в одноразовую пробирку с транспортной средой. Исследования осуществлялись методом ПЦР в режиме реального времени на приборе «Rotor Gene - 6000» (Corbett Research, Австралия) с использованием тест-системы «Ампли-Сенс *Chlamydia trachomatis*-РИБОТЕСТ» производства «Интерлабсервис» (Москва).

Главным объектом исследования являются молекулы РНК. Она содержится в рибосомах вирусов, различных бактерий и других возбудителей. РНК рибосом является маркером жизнеспособности микроорганизмов.

Результаты исследования

Анализ на возбудитель хламидиоза проводился в течение дня. Параллельно проводилась ПЦР-диагностика в режиме Real-Time. Использование данной тест-системы позволило выявлять очень низкие концентрации возбудителя хламидиоза, подтверждать диагноз в сомнительных случаях и более надежно оценивать результаты проводимого лечения.

Из 17 пациентов четверо обследовались впервые для исключения возбудителя хламидиоза. Результаты проведенного исследования были отрицательными в обоих форматах. 13 пациентов проходили контрольное обследование после проведенного лечения через 2 недели. Во всех пробах методом ПЦР-NASBA результат был отрицательным. В двух случаях при проведении ПЦР Real-Time результат был положительным. Это объясняется тем, что даже короткие участки ДНК погибшей клетки могут давать положительный результат ПЦР-анализа. Напротив, метод NASBA определяет рибосомальную РНК – маркер жизнеспособности микроорганизма. Поэтому обычный ПЦР-анализ рекомендуется проводить не менее чем через 3 недели после завершения этиотропной терапии.

Таким образом, проведенные исследования показали, что диагностика урогенитального хламидиоза методом ПЦР Real-Time – NASBA является более чувствительным и точным и свидетельствуют о необходимости более активного использования в лабораторной диагностике хламидийной инфекции. Метод NASBA может быть предложен в качестве арбитражного подтверждающего теста, а также для проведения контроля излеченности.

Список литературы:

1. Савичева А.М. Микробиологическая диагностика инфекций, передаваемых половым путем // *Consilium Medicum*. - 2007. - Том 9, №6. - С.11-14
2. Герасимова Н.А., Чигвинцева Е.А., Евстигнеева Н.П. и др. Сравнительная оценка информативности методов генодиагностики урогенитального хламидиоза у мужчин // *Сборник трудов VII Всероссийской научно-практической конференции*. - 2010. - Том 3. - С.200-202.
3. Якубович А.И., Корепанов А.Р. Урогенитальный хламидиоз // *Метод. рекомендации*. - Иркутск. - 2006. - 125с.

Определение бактериального вагиноза с применением аминотеста

Джакельбаева Г.Р., Жарихина Т.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, Региональный диагностический центр

В середине 1980-х годов в отечественной и зарубежной литературе появился новый термин - «бактериальный вагиноз» (БВ) [1]. БВ – это инфекционное, но вместе с тем невоспалительное заболевание (нет отека и покраснения слизистой влагалища). При БВ резко снижается или полностью исчезает лактофлора, а размножаются болезнетворные микроорганизмы и, прежде всего, гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*). БВ (гарднереллез) провоцирует развитие хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы, осложняет течение беременности и родов, нередко является причиной женского бесплодия. Женщины, длительно страдающие БВ, относятся к группе риска по развитию предраковых заболеваний шейки матки [1,2]. При присоединении к гарднереллам большого количества бактериоидов часто наблюдается выраженная воспалительная реакция с большим количеством нейтрофилов. В этом случае заключение формулируется как анаэробный кольпит (АнК) [3].

Лабораторная диагностика БВ основана, во-первых - на обнаружении «ключевых» клеток в мазках из влагалища, которые представляют собой зрелые клетки влагалищного эпителия с адгезированными на них в большом количестве микроорганизмами, и во-вторых – на положительном аминотесте – появлении «рыбного запаха» после обработки мазков 10% раствором КОН.

Цель работы

- оценить значение аминотеста в уточнении диагноза БВ [4].

Материал и методы

Проведено цитологическое исследование мазков 2658 женщин, возраст которых был от 19 до 70 лет. Мазки окрашивались по методике Паппенгейма. 30 мазков были обработаны 10% раствором КОН.

Результаты

У 170 женщин (6,39%) при микроскопическом исследовании в отделяемом из влагалища обнаруживались «ключевые» клетки. Возраст этих женщин был от 25 до 60 лет.

Результаты ЦИ представлены в таблице.

Клинический диагноз	Число обследованных	В том числе с БВ
Обследование	176 (6,6%)	25 (14,7%)
Эрозия шейки матки	895 (33,7%)	69 (7,7%)

Миома матки	567 (21,3%)	46 (8,1%)
Сенильный кольпит	360 (13,5%)	13 (3,6%)
Кольпит, эндоцервицит	250 (9,4%)	13 (5,2%)
Беременность	23 (0,9%)	4 (17,4%)
Другая патология	387 (14,6%)	-
Всего	2658	170 (6,4%)

Как видно из таблицы, наибольший процент выявления БВ был среди беременных – 17,4%. В группе пациенток, которым гинеколог не ставил определенного диагноза, ограничиваясь определением «Обследование», БВ обнаружен у 14,7%. Вероятно, у них БВ протекает бессимптомно, и такие пациенты ошибочно считают себя здоровыми. Наименьший процент – среди женщин 45-60 лет с диагнозом атрофический кольпит - 3,6%, у которых в результате снижения концентрации эстрогенов плоский эпителий не созревает до поверхностного слоя, на поверхности клеток которого адгезируются микроорганизмы.

Учитывая, что применение аминотеста дает дополнительную информацию для диагностики БВ, мы решили использовать эту реакцию. Однако обычно мы имеем уже подсушенные и окрашенные мазки, в которых обнаруживаем «ключевые» клетки, поэтому решили нанести 10% раствор КОН на уже окрашенные мазки 30 женщин с различными заболеваниями, рыбный запах не появлялся, что согласуется с литературными данными.

Таким образом, цитологическое исследование может выявить наличие анаэробной инфекции и помочь гинекологу назначить рациональное лечение. Нами анаэробная инфекция выявлялась при разных заболеваниях от 3,6% до 17,4%, в среднем - у 6,4% женщин. Исследование показало: аминотест является дополнительным методом выявления гарднерелл; при БВ применение аминотеста на окрашенных препаратах оказалось невозможным; при наличии БВ и АнК, когда в анаэробной микрофлоре преобладают другие микроорганизмы, кроме гарднерелл, аминотест был отрицательным.

Список литературы:

1. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Чилова Р.А., Ищенко А.И. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия. // Пособие для врачей. - М. - 2006. - 347с.
2. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М. и др. Бактериальный вагиноз. // Пособие для врачей. - М. – 2002. - С. 58-61.
3. Липова Е.В. Урогенитальные инфекции женщин: методологические, клинико-лабораторные подходы к диагностике и терапии // Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М. – 2004. - 48 с.
4. Лопатина Т.В., Муслимова С.З. Современные возможности диагностики бактериального вагиноза // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Т. XIV. № 3. - С. 75-76.

Показатели клеточного иммунитета у больных хронической хламидийной инфекции уrogenитального тракта

Сейдуалиева Б.С., Салихова Л.М., Ягофаров Ф.Ф., Жаксылыкова З.О., Коляко Н.В.
Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Одной из распространенных инфекций уrogenитального тракта является хламидиоз, который вызывается внутриклеточными паразитами - хламидиями. Неэффективная терапия хламидийной инфекции часто приводит к хронизации процесса. Это в свою очередь может быть причиной как мужского, так и женского бесплодия, внутриутробного поражения и невынашивания плода. Иммунной системе принадлежит важная роль в элиминации хламидий и прежде всего клеточному звену, запуск которого осуществляет Т-хелпер 1. Наличие иммунодефицита Т-клеточного и макрофагальных звеньев иммунитета обычно приводит к хронизации инфекции, возникновению рецидивов, а в некоторых случаях и генерализации процесса [1]. Выявление нарушений иммунного ответа при хроническом хламидиозе, будет способствовать разработке соответствующей патогенетической иммунокоррекции в лечение этой инфекции.

Цель исследования

- изучить иммунологические показатели у больных хроническим уrogenитальным хламидиозом.

Материалы и методы

Всего было обследовано 29 больных хронической хламидийной уrogenитальной инфекцией, из них 16 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет и 13 женщин от 20 до 55 лет. Этиологический диагноз был подтвержден методом полимеразной цепной реакции и иммуноферментным анализом. Иммунологические исследования включали подсчет лейкоцитарной формулы, Т-лимфоцитов общих (CD 3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), соотношения CD4/CD8, натуральных киллеров (НК CD 16), восстановление нитросинего тетразолия (НСТ-тест спонтанный и индуцированный зимозаном). Определение CD маркеров лимфоцитов проводили с использованием набора моноклональных антител фирмы Becton, на проточном цитометре BD-Facs Calibur, показателей в НСТ-тесте по общепринятой методике [2]. Расчет степени иммунологической недостаточности проводили по методу Земскова [3].

Результаты: Проведенные исследования иммунного статуса больных с хронической хламидийной уrogenитальной инфекцией показали снижение To(CD 3) у 41,4%, Tx (CD 4) у 82,7 (%), Tc(CD 8) у 6,9 %, НК (CD 16) у 20,6% обследованных. Изменения в НСТ спонтанном тесте выявлены у 62,0%, в НСТ индуцированном - у 58,6% больных (табл.1) .

Таблица 1. Показатели клеточного иммунитета у больных хроническим уrogenитальным хламидиозом

Показатель	контрольная	больные	Кол-во больных с изменен. ИС	
			Абс.	%
Т общие (CD3) x 10/л	1.73 +0.09	1.25+0.08	12	41.4
Т хелперы (CD4) x 10/л	1.12+0.03	0.65+0.06	24	82.7

Т супрессоры (CD8) x 10/л	0.61+0.02	0.5 +0.03	2	6.9
НК (CD16) %	13.0+0.9	3.9 +0.8	6	20.6
НСТ спон %	7.5+0.7	10.5 + 0.5	18	62.0
НСТ индуц.(индекс стимуляции)	27.3+1.3	39.2 +2.0	17	58.6

Расчет иммунологической недостаточности позволил установить 1 степень недостаточности по показателям To (CD 3) у 31,0 %, Tx (CD 4) у 17,2 % , Tc (CD8) у 6,9%, НК (CD 16) у 20,6%. Анализ иммунограмм показал, что 2 степень недостаточности по показателям To(CD3) выявлялась у 10,3% , Tx (CD 4) у 65,5 %. Количество Т супрессоров (CD 8) существенно не менялось, а регуляторный показатель CD 4/CD8 был снижен за счет уменьшения содержания CD 4.

Таблица 2 Распределение больных хроническим уrogenитальным хламидиозом по степени иммунологической недостаточности

Показатель	Недостаточность 1 степени *		Недостаточность 2 степени*	
	Абс.	%	Абс	%
CD3	9	31,0	3	10,3
CD4	5	17,2	19	65,5
CD8	2	6,9	-	-
CD16	6	20,6	-	-

*Количество больных выявленных с иммунологической недостаточностью той или иной степени

Из таблицы видно, что иммунологическая недостаточность 3 степени не выявлена ни в одном случае. Результаты исследования спонтанного и индуцированного НСТ позволили выявить значительную активацию метаболических процессов внутри фагоцитирующих клеток.

Таким образом, нами установлены наиболее значимые параметры иммунологической недостаточности 2 степени в показателях Tx(CD4), и увеличение метаболической активности в спонтанном и индуцированном НСТ тесте, что может служить показанием для проведения иммунокоррекции больным хроническим уrogenитальным хламидиозом.

Список литературы

1. Якубович А.И., Корепанов А.Р. Уrogenитальный хламидиоз.- Иркутск.- 2012.- 150с.
2. Караулов А.В., Земсков А.М., Земсков В.М. Клиническая иммунология и аллергология.- М.- 2002.- 175с.
3. Земсков А.М., Земсков В.М., Черешнев В.А.и др. Руководство по клинической иммунологии для практических врачей.-М.- 2011.- 210с.

Приверженность больных артериальной гипертонией к лечению по данным анкетирования посетителей поликлиники

Смаилова Ф.К., Полимбетов Д.С., Ахментаева Д.А., Аймаханова Г.Т.,
Дабылова Г.М., Нурғалиева Г.К., Редько Л.А.

Кафедра постдипломной подготовки по терапии, КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова,
ЦКБ МЦ УДП РК, г.Алматы

Артериальная гипертония (АГ) одна из актуальных проблем клинической медицины во всем мире. В развитых странах ею страдают до 25% населения, при этом установлено, что с возрастом ее частота нарастает, достигая у лиц старше 60 лет 50%. АГ-основной фактор риска развития болезней системы кровообращения (БСК), сосудистых осложнений мозга, поражения почек с развитием ХПН [1].

В Республике Казахстан распространенность АГ среди взрослого населения составляет в среднем 24,3%, занимая в структуре БСК 2 место (37%) после ишемической болезни сердца (39%). По данным НИИК и ВБ от 2007г, смертность от них за период 1975-2007 гг. возросла в 2 раза, превысив вдвое показатели смертности стран Европейского региона (867,9 против 448,0 на 100 тыс. населения соответственно) [2].

Согласно рекомендациям по артериальной гипертензии РМОАГ/ВНОК 2010 г целевой уровень АД не должен превышать 140/90 мм рт. ст., а у больных с осложненным течением гипертензии контроль должен быть жестче. Например, при наличии сахарного диабета АД не должно превышать 130/85 мм рт.ст., а у пациентов с протеинурией – 125/75 мм. рт. ст. [3]. Достижение такого оптимального уровня – важнейшая задача, которую должен ставить перед собой врач, наблюдающий за больным [3].

Известно, что наиболее эффективным условием достижения целевого уровня АД является точное и регулярное соблюдение пациентами рекомендаций, или высокая приверженность к терапии-compliance.

Методов оценки комплаентности достаточно много. Одним из них является определение соотношения принятых таблеток к назначенным, ведение пациентом дневника. Прием 100-90% назначенных таблеток соответствует оптимальной приверженности, 90-70% -удовлетворительной, 70-40% - частичной и <40% - плохой.

Врачами определено, что эффективное снижение давления достигается лишь в 5-10%, поскольку комплаентность составляет 50-60%. Это означает, что больной принимает только половину назначенных антигипертензивных препаратов (АГП). Часть из них, особенно с впервые выявленной гипертонией, в течение года вообще прекращает прием АГП (16-60%)! В этом не последнюю роль играют сложный режим приема препаратов, ухудшение качества жизни при появлении побочных эффектов терапии, стоимость и, конечно же, личность врача, его убежденность и настойчивость в достижении целевых цифр.

Низкая приверженность к лечению и частичный гипотензивный эффект приводят к ослаблению защитного действия АГП на органы-мишени и сохранению высокого риска осложнений: инсультов, ИБС и др.

Как увеличить приверженность больных к лечению, какие факторы влияют на этот показатель – пытаются выяснить практически во всех странах, т.к. заболеваемость АГ высокая, а разрыв между терапией и достижением целевых уровней АД остается все еще очень большим. Целью проведенной работы явилась оценка осведомленности населения о заболевании, ее осложнениях, привержен-

ности больных к лечению.

Материалы и методы

Разработана анкета, содержащая 25 вопросов: характеристика анкетироваемых - возраст, пол, место проживания, рост, вес, образование, профессия; осведомленность о заболевании сердечно-сосудистой системы (ССС), наличии факторов риска, АГ, осложнений и терапии. Анкетирование проводилось анонимно на двух языках среди посетителей городских поликлиник методом случайной выборки.

В анкетирование вовлечены 128 человек 20-70 лет. Из них мужчин 60-47%. Опрос выявил, что осведомлены об уровне своего АД 82,9%, что показывает довольно высокую информированность населения. Из всех опрошенных АГ наблюдалась у 54-42,2%. Возраст больных составил 30-70 лет (в среднем 54 года), мужчин -28-51,8 %. Среди больных с АГ высшее образование имели 35,3%, среднее специальное 41,2%, среднее 23,5%. На момент опроса 41% составили работающие, 11,7% пенсионеры, 35,3% неработающие и инвалиды II и III групп.

Результаты

При анализе факторов риска установлено, что 35% имели наследственную предрасположенность по ССЗ и сахарному диабету, 18,5% - курят. У 47% выявлена избыточная масса тела, диету соблюдают только 35,5%, 47% стараются вести активный образ жизни. Информированы об уровне холестерина 65% опрошенных, из числа больных - только 40%. Назначенную врачом гипотензивную терапию принимают только 48% (!), причем стараются делать это регулярно лишь - 29,4%, остальные 53% принимали препараты только при повышении АД!

Из лекарственных средств, принимаемых с гипотензивной целью 32,8% указали капотен, энам, моноприл, престариум, 14,2% - конкор, эгилор. О комбинированном приеме препаратов не указал ни один из опрошенных. Самостоятельно контроль АД осуществляют только 67%, у 47% из них частота измерения АД колебалась от 2 до 8 раз в месяц, у 20% - эпизодически (реже 1 раза в месяц). Ежедневного домашнего определения, а тем более мониторингирования артериального давления несколько раз в сутки опрошенные не проводили.

Информированы об осложнениях АГ 68,8% больных, большая часть опрошенных назвала инфаркт миокарда, стенокардию, нарушения мозгового кровообращения, реже - нарушения ритма. О формировании почечной недостаточности указаний нет.

Таким образом, в большинстве случаев больные:

- не имели приверженности к лечению;
- информированы о принципах здорового образа жизни, необходимости терапии, но не соблюдают их, имея смутные представления о сердечно – сосудистом континуме и управлении болезнью;
- пол, уровень образования и социально-экономический фактор, не являются предикторами при-

верженности к лечению;

- многие из них считают процесс антигипертензивной терапии ограниченным - 2-3 месяца.

В заключение следует заметить, что большая распространенность АГ и недостаточная информированность о ее опасности снижает эффективность терапии, ведет к экономическим потерям в результате смертности и инвалидизации трудоспособного населения. Большая роль в достижении успеха отводится личности врача, его настойчивости, тесного сотрудничества с пациентом и его близкими в плане разъяснения цели лечения, преодоления стереотипов поведения, пищевых привычек, выработки у

больных приверженности к терапии, что, в итоге, ведет к увеличению продолжительности жизни.

Список литературы:

1. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. // Артериальная гипертензия. - 2004. - №3. - С.27-31.
2. Тезисы I Евразийского конгресса кардиологов и III Национального конгресса кардиологов Казахстана. — Астана. - 2009.
3. Бритов А.Н. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии: учет других факторов риска и ассоциированных заболеваний //Трудный пациент. - 2006. - №8. - С.12-14.

Миокардиты в практике судебной медицины. Статистическое исследование. Сообщение первое

Молчанова А.А., Ким А.В., Лигузов Д.П.

Кафедра патологической анатомии АГИУВ МЗ РК

Центр военной медицины МО РК

УДК 616-091:616.127-002

Воспалительный процесс в мышце сердца может быть вызван прямым действием инфекционного агента или опосредованно по механизму предварительной аллергии или аутоиммунизации сердечной мышцы. Истинная распространенность патологии неизвестна, поскольку заболевание чаще протекает субклинически, заканчиваясь полным выздоровлением. По литературным данным при морфологическом анализе сердца людей умерших внезапно, миокардит был выявлен в 8.6%, случаев, при этом прижизненно никто из них не наблюдался у врача. По определению Н.Р. Палеева, «миокардит – это поражение сердечной мышцы преимущественно воспалительного характера, обусловленное непосредственным или опосредованным через иммунный механизм воздействием инфекции паразитарной или протозойной инвазией, химических или физических факторов, а так же поражения, возникающие при аллергических и аутоиммунных заболеваниях».

Среди заболевших имеется некоторое превалирование мужчин по сравнению с женщинами (1,5:1). Острый миокардит достоверно чаще поражает молодых лиц – до 40 лет. С начала XXI века ведущими этиологическими причинами миокардитов считают:

- вирусную инвазию;
- бактериальное прямое или опосредованное воздействие;
- прямое токсическое или опосредованное через аллергические реакции воздействие медикаментов;
- аутоиммунные реакции у лиц, страдающих коллагенозами, неспецифическим язвенным колитом, при травмах, ожогах, воздействии ионизирующей радиации.

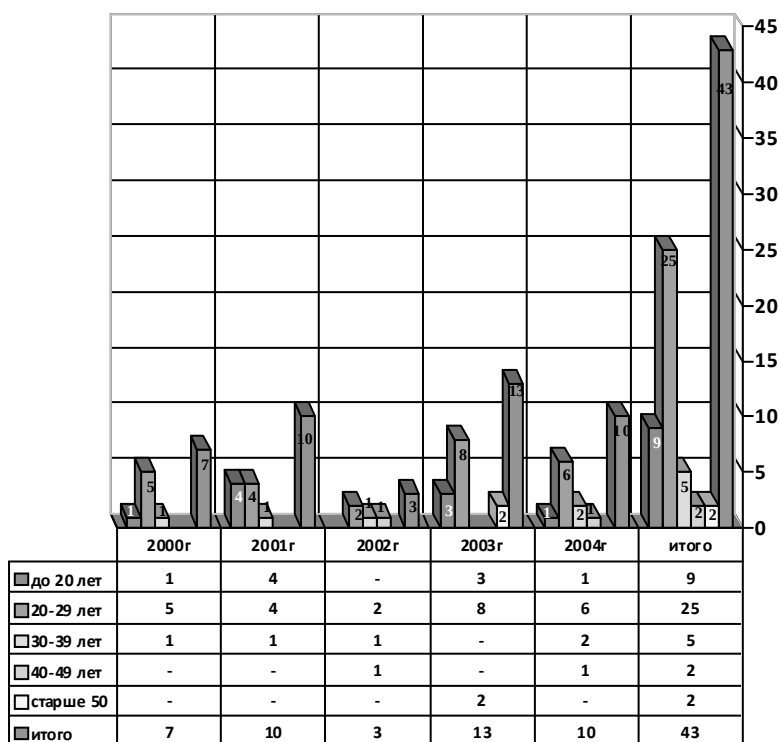
Таким образом, миокардиты могут быть первичными (или изолированными) и вторичными (проявлением другого заболевания). Миокардит может возникнуть при любом инфекционном заболевании, но в настоящее время чаще наблюдаются при вирусных инфекциях. При рациональном использовании антибиотиков бактериальная инфекция редко осложняется миокардитом.

Поражение ткани сердца может принять очаговый или диффузный характер. В патологический процесс вовлекается преимущественно паренхима или

Нақты зерттеу барысында «Миокардит» диагнозы әртүрлі этиологияның өліммен аяқталған жағдайдағы талдауы жүргізілді. Мерзімге және динамикадағы морфологиялық мінездемеге байланысты 5 жыл (2000-2004 жылдар) ішінде әртүрлі жастағы топтарда ауру сырқаулар салыстырылды.

В данном исследовании проведен анализ случаев летальных исходов с диагнозом «Миокардит» различной этиологии. Сопоставлена заболеваемость в различных возрастных группах в зависимости от сезона и морфологической характеристики в динамике за 5 лет (за 2000-2004годы).

In this research the fatal cases caused by myocarditis of various etiologies have been analyzed. The morbidity rate of different age groups depending on season and morphological characteristics has been compared in dynamics for 5 years (2000-2004).



Встречаемость миокардитов с летальными исходами в зависимости от возраста больных в динамике.

интерстиций, возможно их сочетание. Степень выраженности изменений варьирует от незначительных и восстановимых нарушений до значительных дистрофических или некротических с вовлечением в процесс обширных участков ткани, сосудов, эндокарда и эпикарда.

Повреждение миокарда, гибель кардиомиоцитов, усиление апоптоза, развитие какого-либо процесса в миокарде, сопровождающегося отеком миокарда неизбежно приводит к резкому снижению сократительной способности миокарда, развитию недостаточности кровообращения, развитию нарушений проводимости и ритма, которое в ряде случаев может иметь летальный исход.

Нами проведен ретроспективный анализ случаев с летальным исходом, по данным ЦВМ МО РК при которых в патологоанатомическом диагнозе фигурирует диагноз «Миокардит». Все военнослужащие находились на лечении в госпиталях г. Алматы в 2000 -2004 годах. Среди пострадавших были выделены 5 возрастных групп. Данные представлены в таблице №1 (диаграмма №1), из которой следует, что подавляющее большинство заболеваний пришлось на возраст до 40 лет. Из них большую долю (до 58,1%) составил контингент в возрасте 20-29 лет. Сравнивая уровень заболеваемости в различные возрастные периоды в динамике за разные годы, можно отметить, что во всех возрастных группах наименьшая заболеваемость отмечалась в 2000 и 2002 годах.

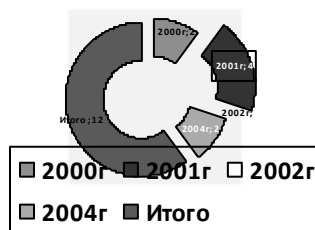
Далее, сопоставляя частоту миокардитов с летальным исходом в зависимости от сезонности (таблица №2, диаграмма №2), установлено следующее. Наименьшим показателем был осенью – 7 случаев (16,2%). В период зимы, весны и лета показатель возрастал в 1,5-2 раза и находился примерно на одном уровне (от 25,5% до 30,2%. Различия недостоверны). Изучая показатели в динамике, видно, что недостоверно чаще показатель достигал максимума весной в 2000г., зимой 2001г., зимой и весной в 2003г., летом в 2004г. Равномерно низким показателем был для всех сезонов в 2002г.

Не вдаваясь в подробности этиологии миокардитов за изучаемый период, мы их разделили условно на две группы: миокардиты, возникшие после травмы (ДТП с тупой травмой груди, падение с высоты) и миокардиты, возникшие у больных вирусными и бактериальными инфекциями. В результате можно отметить следующее (таблица №3, диаграмма №3). Миокардиты инфекционной этиологии встречались почти в 2 раза чаще «травматических». Анализируя показатель в динамике, мы видим, что в 2001

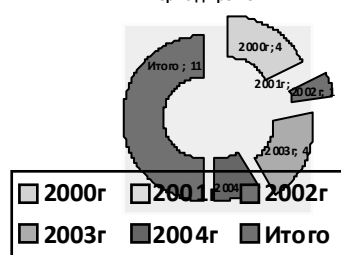
и 2003годах, несомненно, была высокая заболеваемость инфекционными болезнями с тяжелым течением, осложнившаяся миокардитами. Из общего количества с летальными исходами 2/3 случаев приходится на эти два года. Миокардиты с летальными исходами, развившиеся вследствие травмы, чаще отмечались в 2004 году (почти половина всей группы). В целом же самым благополучным был 2002 год, когда отмечалось самая низкая встречаемость миокардитов обеих этиологий.

По локализации воспалительного процесса, как из-

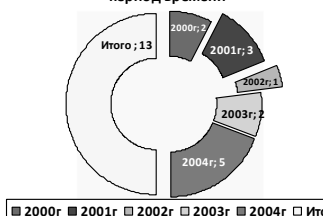
частота летального исхода от миокардита в зимний период времени



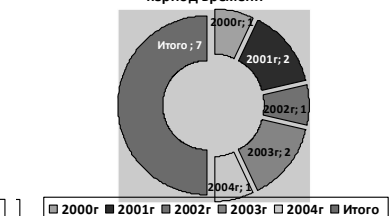
частота летального исхода от миокардита в весенний период времени



частота летального исхода от миокардита в летний период времени

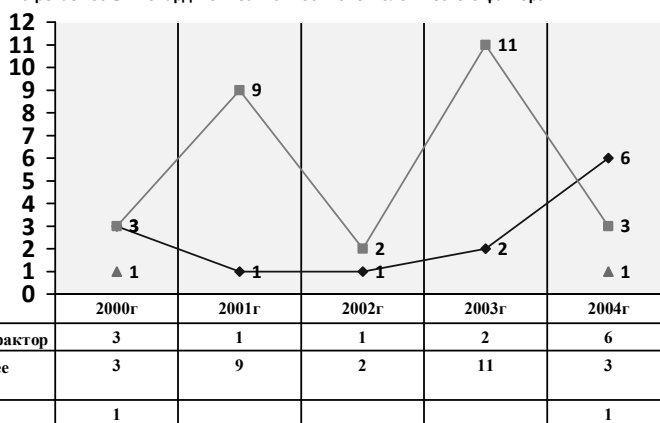


частота летального исхода от миокардита в осенний период времени

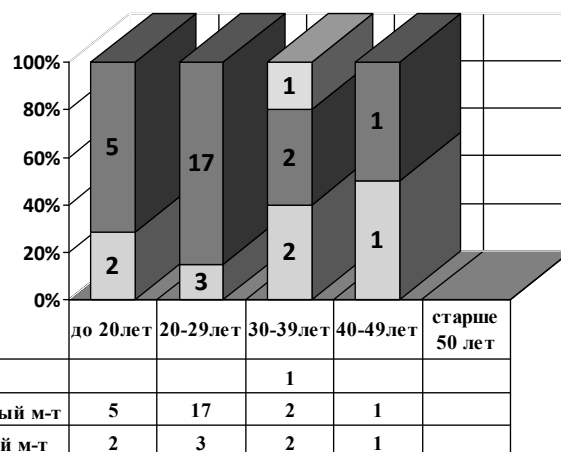


Частота летального исхода от миокардита в зависимости от сезонности заболевания

Встречаемость миокардитов в зависимости от этиологического фактора



Встречаемость миокардитов в зависимости от этиологического фактора



Встречаемость миокардитов в зависимости от локализации воспалительного процесса

вестно, в паренхиматозном органе сердце воспалительный процесс может локализоваться в интерстиции органа, в кардиомиоцитах, носить смешанный характер. Из таблицы №4 (диаграмма №4) следует, что при разделении всей возрастной выборки по указанному признаку почти всегда встречалось воспаление в интерстициальной ткани сердца (26 случаев или 89,7%) За редким исключением, в двух случаях, имелся паренхиматозный характер воспаления, и в одном случае - смешанный. Кроме того, по вышеуказанному признаку вновь самой уязвимой оказалось возраст-

ная группа 20-29 лет (в случае паренхиматозного и интерстициального миокардита составил 65,5%) и основная доля случаев интерстициального миокардита с летальным исходом пришлась на эту же группу. Изучая распространенность миокардитов в разных возрастных группах (таблица №5, диаграмма №5) с учетом характера воспаления, установлено, что возрастная группа 20-29 лет оказалась единственной, в которой встречалось и серозное (80%), и гнойное (15%) и смешанное – серозно-гнойное (5%) воспаление. В сделанной нами выборке несомненно, преобладал серозный характер воспаления, что полностью соответствует литературным данным. Распространенность воспалительного процесса в гистологических препаратах ткани миокарда оценивали как мелкоочаговую, очаговую и диффузную. Все три варианта (таблица №6, диаграмма №6) встретились только в возрастном периоде 20-29 лет и составили 64,5% от всего числа летальных случаев. Несомненно, во всех возрастных группах преобладал очаговый характер воспаления и составил 24 случая или 77,4%.

На основании результатов проведенного анализа мы пришли к следующим выводам.

Выводы

1. Сравнивая распространенность миокардита в различной этиологии динамике видно, что наибольшая заболеваемость отмечалась в 2001, 2003, 2004 годах.
2. Подавляющее число заболевших, действительно, находилось в возрасте до 40 лет. Из них наиболее уязвимым оказался возраст 20-29 лет.
3. Выраженной достоверной сезонной связи за указанный период нами не выявлено. Показатель

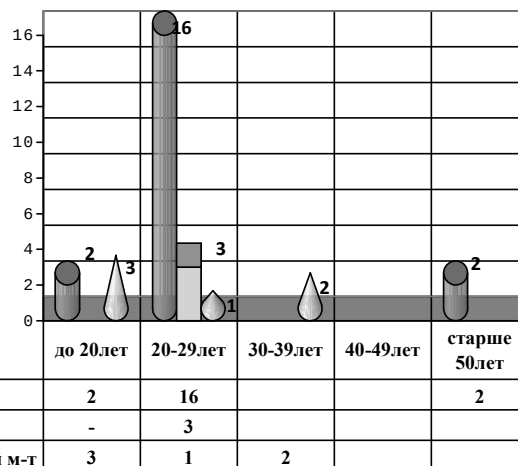
был несколько ниже осенью, и в 1,5-2 раза возрастал в другое время года.

4. Хотя выборкой являются случаи аутопсий, проведенных по постановлению органов следствия, миокардиты, развившиеся после травм, встречались в два раза реже (32%) миокардитов, которые были проявлением или осложнением инфекционных, в том числе вирусных, заболеваний.

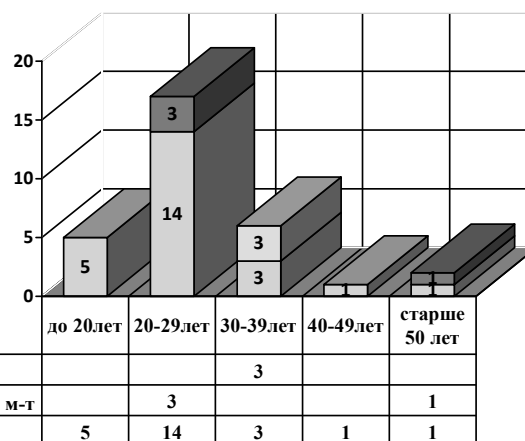
5. Изучая характер и распространенность воспаления в сердце, можно отметить, что чаще всего воспаление было очаговым, интерстициальным, серозным и встречалось примерно во второй возрастной группе (20-29 лет).

Использованная литература

1. Внутренние болезни / Под. ред. проф. Г. И. Бурчинского. - 4-е изд., перераб. и доп. - К.Вицашк. Головное изд-во, 2000 г. - 656 с.



Встречаемость миокардитов в зависимости от вида воспалительного инфильтрата



Встречаемость миокардитов в зависимости от распространенности воспалительного процесса

2. Рекомендации РНМОТ и ОССН по диагностике и лечению миокардитов Рабочая группа по подготовке рекомендаций Проф. Г.П. Арутюнов, академик РАМН. А.И. Мартынов, проф. Г.Е. Гендлин, д.м.н. О.М. Моисеева, проф. С.Р. Гиляревский., А.И. Чесникова, Н. А. Козиолова. Экспертный совет по подготовке рекомендаций Руководитель экспертного Совета : член-корр. РАМН, д.м.н., профессор Е.В. Шляхто Члены экспертного Совета: Академик РАМН Н.Р. Палеев, акад РАМН Г.И. Сторожаков, акад. РАМН В.С. Моисеев, проф. А.В. Туев, проф. С.А. Бойцов, проф. Ю.А. Карпов, проф В.Ю. Мареев, проф. В.П. Терентьев проф. Г.К. Киякбаев, проф. Н.А. Шостак / информация заимствована с интернета 14 с.

3. Востокова А.А., Королева Е.Б., Петелина И.С. Миокардиты и кардиомиопатии (учебное пособие). - Гриф УМО по мед. Образованию, 2004. - 78 с.

4. Дербин М.В., Бойцов С.А. Хронические миокардиты. - СПб, «ЭЛБИ-СПб» - 2005. - 287 с.

Моисеев В.С., Киякбаев Г.К. Кардиопатии и миокардиты. - ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - 352с.

Профилактика гипертонического криза у больных артериальной гипертонией

Алдешова Ф.А., Нурпеисова Г.К.

Катон-Карагайское МО-2, Восточно-Казахстанская область

Гипертонический криз (ГК) чаще всего возникает как осложнение артериальной гипертонии (АГ) различной этиологии – как первичной (эссенциальной), так и симптоматической.

Основные факторы, провоцирующие развитие ГК, условно можно разделить на эндо- и экзогенные. К экзогенным факторам следует отнести: психоэмоциональные стрессы, физическую нагрузку, метеорологические факторы, избыточное потребление поваренной соли и жидкости, избыточное потребление алкоголя, внезапную отмену антигипертензивных препаратов (синдром «отмены»), применение контрацептивов, реанимационные мероприятия во время и после операций [1].

Особо выделим «синдром отмены», возникающий при резком прекращении приема некоторых антигипертензивных препаратов (бета-адреноблокаторы, клофелин и др.). При этом у больных АГ развивается тяжелый ГК, купировать который нередко весьма сложно, о чем следует предупредить пациентов, получающих эти препараты. Отмену препаратов следует проводить постепенно, уменьшая дозу в течение 2-3 недель с одновременной заменой на другое эффективное антигипертензивное средство. В последние годы отмечено и развитие ГК у женщин, принимающих гормональные контрацептивные лекарственные средства [2].

Эндогенные провоцирующие факторы весьма разнообразны и включают в себя: климакс у женщин, острую ишемию миокарда (приступ стенокардии, инфаркт миокарда, сердечная астма) и мозга (в том числе «рикошетные» гипертонические кризы), резкое нарушение почечной гемодинамики (включая гиперпродукцию ренина, вторичный альдостеронизм), рефлекторные влияния со стороны внутренних органов (при аденоме простаты, нефроптозе, холецистите, панкреатите), гипогликемия, серповидноклеточный криз, атеросклероз экстракраниальных артерий с «повреждением» барорецепторного аппарата, психогенную гипервентиляцию, синдром апноэ во сне [1].

Известно, что при климаксе у женщин обостряются многие дисциркуляторные заболевания, в т.ч. и АГ, течение которой может значительно ухудшаться. Нарушения кровотока в органах-мишенях (сердце, мозг, почки), происходящие при развитии АГ сами по себе могут также являться и самостоятельной причиной, провоцирующей развитие ГК. Особо остановимся на так называемых «рикошетных» ГК, которые обычно развиваются при быстром купировании кризов высокими дозами диуретиков, когда в ответ на массивный диурез происходит резкая активация симпатoadреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем. Через 10-12 часов это приводит к развитию повторного тяжелого ГК и выраженному нарушению кровообращения в органах-мишенях, с задержкой натрия и жидкости в организме. За последние годы показано, что резкая дегидратация стимулирует синтез и высвобождение из гипоталамической области мощного вазоактивного

эндогенного гликозида оубаина. Последний способствует накоплению внутриклеточного кальция в сосудистой стенке, приводя к сужению просвета артерий и повышению АД. К эндогенным факторам относятся также рефлекторные влияния с внутренних органов при внезапном обострении в них патологического процесса (приступ почечной колики, обострение холецистита или панкреатита и т.д.). В этой связи у больных АГ с указанными сопутствующими заболеваниями необходимо строго контролировать их клиническое течение и предупредить пациентов о возможном развитии ГК. Известно, что гипогликемия может явиться причиной ГК, что особенно опасно у больных АГ с сопутствующим сахарным диабетом, принимающих бета-адреноблокаторы. Требуется четкое обоснование назначения этих препаратов у больных сахарным диабетом. Особое внимание уделяется синдрому апноэ во сне, клиническими проявлениями которого являются головные боли, появляющиеся ранним утром, сонливость днем, громкий и прерывистый храп во сне. Развивающаяся при этом состоянии гипоксия приводит к активации симпатoadреналовой системы, повышению внутричерепного давления, что может явиться причиной развития тяжелого ГК в ранние утренние часы, наиболее опасные в плане развития сердечно-сосудистых осложнений [2].

Таким образом, ликвидация или снижение влияния как экзогенных, так и эндогенных факторов лежит в основе профилактики ГК. Это в первую очередь достигается правильным выбором тактики антигипертензивной терапии (медикаментозное воздействие), а также немедикаментозным воздействием. Этим воздействием является повышение информированности больных о грозных последствиях ГК и мотивации их к правильному и регулярному лечению. Для того, чтобы эффективнее проводить, так называемую, коррекцию модифицированных факторов риска заболевания целесообразно организовывать Школу артериальной гипертонии в поликлинике. При ее отсутствии участковому врачу необходимо проводить регулярные беседы на приеме и при посещении пациентов на дому. Только с учетом вышеперечисленного можно рассчитывать на эффективность проводимого лечения и профилактики ГК [3,4].

Список литературы:

1. Парфенов В.А. Транзиторная ишемическая атака и гипертонический криз // Клиническая геронтология. - 2009. - № 10-11. - С. 3-12.
2. Гиларевский С.Р., Кузьмина И.М. Современные подходы к лечению больных с острым выраженным повышением АД и гипертоническими кризами // Кардиология. - 2010. - № 9. - С. 71-90.
3. Хромцова О.М. Информационное обучение и качество жизни больных гипертонической болезнью // Вестник Уральской медицинской академической науки. - 2010. - № 28. - С. 36-39.
4. Наумова М.А., Меньшикова Л.И., Потехина Н.Н. Опыт работы школы артериальной гипертонии в поликлинике // Экология человека. - 2006. - № 2. - С. 58-60.

Комплексная терапия ишемического инсульта

Дюсембаев Б.К.

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

УДК: 616.831-005.1-056:616.12-008.331.1

Острое нарушение мозгового кровообращения — важная проблема современной медицины. Цереброваскулярная патология продолжает занимать ведущие позиции в структуре общей заболеваемости и смертности. Социальная значимость требует решения целого ряда вопросов профилактики, лечения и реабилитации.

Цель

Анализ современных возможностей комплексной консервативной терапии инсульта, разработка основных терапевтических мишеней, с учетом патофизиологических реакций.

Задачи:

- анализ развития клинических проявлений ишемического инсульта,
- изучение фоновых заболеваний,
- оценка возможности и перспективы ключевых направлений интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования

Проанализировано 200 случаев госпитализации пациентов с диагнозом ишемический инсульт, в период с 2007 по 2010 гг в ГКБ №7 (г.Алматы). Возраст пациентов от 24 до 70 лет.

Оценка клинических симптомов и их выраженность до и после лечения производилась по баллам: нет — 0 баллов, легкая степень нарушений — 1 балл, умеренная степень нарушений 2 балла, сильная степень нарушений — 3 балла [1,2].

Результаты исследования и их обсуждение

Время поступления в стационар, от момента заболевания, составило у 65% больных до 6 часов, у 15% — более 6 часов, 20% больных поступили на 2-4 сутки заболевания. Скрининговым методом верификации диагноза являлась компьютерная томография головного мозга (КТ). В 145 случаях (72,5%) исследование проведено в течение 30 минут с момента поступления, у остальных — в течение 6-12 часов. В качестве дополнительных методов использовались: клинический и биохимический анализы крови, исследование показателей гемостаза, люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости, ЭКГ, рентгенография черепа, легких, УЗИ по показаниям. Во всех случаях пациенты осмотрены нейрохирургом.

Анализ фоновых заболеваний выявил у 198 (99%) больных гипертоническую болезнь, у 34 (17%) больных — сахарный диабет, 6 (3%) больных ранее перенесли хирургические вмешательства по поводу онкологической патологии с последующей химио- и лучевой терапией, 10 (5%) пациентов страдали различными заболеваниями печени, 1 (0,5%) — с заболеванием крови. Наличие атеросклеротического поражения магистральных и церебральных сосудов отмечено в 154 (77 %) случаях, без признаков стенозирования. При последующем обследовании МРТ с ангиографической программой аневризма церебральных сосудов была выявлена лишь у 10 (5%) пациентов. При поступлении проводилась оценка по выраженности клинических симптомов: без клинических проявлений — 0 паци-

Ишемиялық инсульттің кешінде емдеу

Б.К. Дюсембаев.

Ауруларда инсульттың клиникалық көріністерінің өтуінің және аяқталуының дамуын зерттеуі жүргізілді. Ауруларды ертерек ауруханаға стационарлық госпитализация және құрастырылып біріктірілген кесте бойынша консервативтік емдеу әсері көрсетілген.

Комплексная терапия ишемического инсульта

Б.К. Дюсембаев.

Проведен анализ развития клинических проявлений, течения и исходов у больных инсультом. Показана целесообразность ранней госпитализации в специализированный стационар и эффективность разработанной комбинированной схемы консервативного лечения.

Complex Therapy Of Ischemic Stroke

B.K.Dyyssembayev.

Analysis of clinical manifestations, course and outcome in patients with stroke. The expediency of early hospitalization in specialized inpatient and efficacy of the combined circuit of conservative treatment.

ентов; с легкой степенью нарушений — 8 (4 %) пациентов, с умеренной степенью нарушений — 50 (25%) пациента, сильная степень нарушений — 136 (68%). У всех пациентов при поступлении отмечено повышение артериального давления до 180-240/100-120мм.рт.ст. Снижение уровня бодрствования при поступлении: оглушенность — 42% пациентов, сопора — 38% , кома 1ст. — 20%. Психомоторное возбуждение различной степени выраженности имело место во всех случаях. При поступлении на интенсивную головную боль жаловались около 60% больных. Остальные начинали жаловаться на боль по мере улучшения состояния и возможности его адекватной оценки, в основном, на 2 — 5 сутки заболевания. Интенсивная терапия имела направленность на решение таких задач как купирование прогрессирования кровотечения, предупреждение ишемического повреждения мозга, нейрональная защита, обезбоживание, поддержание адекватной перфузии, оптимизация реологического состояния, борьба с отеком мозга.

Комбинированная терапия включала:

Нимодипин — купирование рефлекторной вазоконстрикции сосудов мозга с целью уменьшения и предупреждения нарастания ишемического повреждения.

Викасол, Дицинон — гемостатические средства, направленные на ингибирование кровотечения.

Левокарнитин, Этилметилгидроксипиридина сукцинат — антиоксиданты, направленные на ингибирование патобиохимического каскада, запускаемого ишемией, нейрональных расстройств, астроцитоза, микроглиальной активации, а так же сочетанными с ними изменениями нейтрофилов, макрофагов и эндотелиальных клеток .

Глицин — препарат нейропротекторного действия, ко-агонист НМДА рецепторов, назначается с первых минут заболевания, уменьшает выраженность НМДА индуцированного «эксайтотоксического» повреждения клеток мозга. Глицин назначается как средство, обеспечивающее защитное действие в ЦНС и в связи с его способностью связывать низкомолекулярные токсические продукты, об-

разнующиеся в больших количествах в процессе ишемии [3].

Инфузионная терапия в стандартном объеме и препараты, направленные на лечение и профилактику дыхательных, сердечно-сосудистых расстройств.

Лечебная программа, в обязательном порядке с момента поступления пациента, включала ненаркотические анальгетики периферического и центрального действия. В 93% случаев назначались наркотические средства. Введение препаратов должно было обеспечить постоянное, пролонгированное обезболивание в течение первых и последующих 7-10 суток заболевания, вплоть до возможности пациента купировать их самостоятельно на физиологическом уровне.

Последовательная комбинация обезболивающих препаратов в течение суток включала — Метамизол натрия 50% 2,0 мл (в/в) каждые 6 часов 3-4 раза в день, Трамадол гидрохлорид 2,0 в/м 2 раза — утром и вечером, в отдельных случаях Промедол 2% 1,0. Эта программа была обязательной в течение 5-9 дней, в дальнейшем же подход к необходимости обезболивания был индивидуальным.

Важной составляющей при оценке необходимости применения обезболивающих препаратов (в случаях отсутствия жалоб) была оценка выраженности вторичных вегетативных реакций — подъемы артериального давления до 200 и выше мм.рт.ст., психомоторное возбуждение, тахикардия.

Необходимость купирования болевого синдрома, базируется на патофизиологических данных. Развитие на боль вторичных изменений гомеостаза (повышение реактивности тромбоцитов, ингибирование фибринолиза), метаболических, вегетативных сдвигов в виде длительной гиперактивации симпатoadренальной системы, может привести к фатальным осложнениям, при которых все лечебные мероприятия станут безуспешными. Летальность в группе пациентов с ишемическим инсультом в специализированном отделении снизилась в общем до 29%.

Заключение: Проведенный анализ исходов ишемического инсульта показал целесообразность ранней госпитализации в специализированный стационар, и эффективность разработанной комбинированной схемы консервативного лечения, основными направлениями которой является пролонгированное обезболивание, купирование вазоконстрикторной церебральной реакции, нейропротекторная терапия.

Список литературы

1. Хлуновский А.Н., Старченко А.А. Поврежденный мозг. Санкт-Петербург., изд. «Лань», 2000, 253с.
2. Мельникова Е.В. «Многофакторная нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения(клинико-экспериментальное исследование)». Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Санкт-Петербург, 2007, - 40.

К вопросу об остром нарушении мозгового кровообращения (обзор литературы)

Беккалиев А.Т., Черепкова Н.В., Гринберг В.Б.

Центр военной медицины МО РК. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

УДК 616-091.83:616-831-005

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) определяются клинически как быстро возникающие очаговые и диффузные (общемозговые) нарушения функции головного мозга сосудистого генеза и являются наиболее распространенными заболеваниями головного мозга в зрелом и пожилом возрасте. Среди ОНМК выделяют ишемические и геморрагические инсульты, транзиторные ишемические атаки (преходящие нарушения мозгового кровообращения), а также острую гипертоническую энцефалопатию. Инсульты проявляются стойкими нарушениями функций головного мозга или приводят к быстрому летальному исходу. По данным международных исследований, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет 5,0-5,5:1, т.е. 80-85 и 15-20%. Большая медико-социальная значимость ОНМК определяется их широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации при инсульте. В экономически развитых странах смертность от инсульта занимает 2-3 место в структуре общей смертности.

Ишемические нарушения мозгового кровообращения примерно в 90-95% случаев вызваны атеросклерозом церебральных и прецеребральных артерий, поражением мелких церебральных артерий вследствие артериальной гипертонии, сахарного диабета или кардиогенной эмболии (Яхно Н.Н. с соавт.). Независимо от причины, вызвавшей локальную ишемию мозга, развивается каскад патобиохимических изменений, приводящих к необратимому повреждению нервной ткани по механизмам некроза и апоптоза.

Әдеби қозқараста, қан айналымының откір бұзылуын талқылаушы авторлар негізгі екпінді ишемиялық инфарктың морфологиясына қойып, оны апоптоз процессімен байланыстырады.

В литературном обзоре, освещающем проблему острого нарушения кровообращения, авторы основной акцент поставили на морфологию ишемического инфаркта мозга и связали ее с процессом апоптоза.

Табл. 1. Микроциркуляторно-клеточный каскад (Гусев Е.И., Скворцова В.И.)

Фаза	Время	Реактивные изменения
I	Первые минуты	Реактивная гиперемия Постишемическая гипоперфузия Начало высвобождения медиаторов воспаления и проагрегантов
II	3-6 часов	Синдром «низкой перфузионной гиперемии» Венозная дилатация и дистонические нарушения микрососудов Феномен «пространственной и временной динамики микроциркуляции» Начало острой воспалительной реакции Начало миграции полиморфно-ядерных лейкоцитов в ткань мозга Вторичное усиление оксидантного стресса Реперфузионное повреждение мозга

III	6-72 часа	Активное формирование цитотоксического отека Максимум активации микроглии и миграции полиморфно-ядерных лейкоцитов Нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера Усугубление нарушений реологии крови
IV	3-7-е сутки	Необратимые гемореологические нарушения Синдром «роскошной префузии» Миграция макрофагов в ткань мозга Астроглиальная пролиферация Окончание формирования инфаркта мозга
V	Недели, месяцы	Формирование кисты и астроглиоза в ткани мозга

В нормальных условиях состояние микроциркуляции определяется потребностями тканевого метаболизма. Однако при ишемическом инсульте такая согласованность нарушается и микроциркуляторные изменения начинают участвовать в ишемических каскадных реакциях. Хронологическое «развертывание» микрососудистых нарушений дни и недели после развития инсульта и сопровождается продолжающейся перестройкой метаболизма и морфологии ишемизированной области мозга.

Белый инфаркт (белое или серое размягчение головного мозга) при давности процесса менее 1 суток макроскопически определить трудно. На более поздних сроках погибшая ткань имеет дряблую консистенцию, выглядит набухшей, может прилипнуть к лезвию ножа. Нередко развиваются внутренняя и наружная гидроцефалия. Граница между серым и белым веществом в зоне такого поражения, как правило, отсутствует. Микроскопически определяются ишемический некроз нейронов, бледность окраски миелина и иногда скопления лейкоцитов вокруг погибших сосудов. Если повреждение обширное, то набухание погибшей ткани и отек окружающего ее мозгового вещества могут привести к повышению внутричерепного давления. В течение нескольких суток ткань в зоне инфаркта становится еще более влажной и подвергается распаду. На этой стадии под микроскопом можно увидеть множество макрофагов («зернистых шаров»), заполненных гранулами жира и другими включениями, которые представляют собой продукты распада миелина и прочих компонентов ткани мозга. Вокруг зоны инфаркта определяются увеличенные астроциты и пролиферация капилляров.

В течение последующих недель погибшая ткань (вернее, продукты ее распада) удаляется и развивается глиоз. В конце концов на месте инфаркта происходит сморщивание ткани по границам инфаркта и формируется киста. Иногда такая киста пересечена мелкими кровеносными сосудами и глиальными волокнами. Если инфаркт был красным (геморрагическим), то многие макрофаги поглощают гемосидерин, массы которого, лежащие внутри и вне клеток, придают стенкам формирующейся кисты бурый цвет. Сморщивание ткани по границам инфаркта, как правило, сопровождается расширением бокового желудочка на стороне поражения. Кроме сморщивания ткани мозга и образования кисты, к последствиям инфаркта мозга относится валлеровское перерождение тех нервных волокон, которые были разрушены в зоне повреждения. Если инфаркт затрагивает внутреннюю капсулу, то отмечаются прогрессирующее перерождение и сморщивание ткани соответствующего пирамидного пути в стволочной части мозга и в спинном мозге.

В результате морфологических и молекулярно-биологических исследований установлено участие процессов генетически детерминированной программы смерти клеток в формировании инфаркта мозга. Как известно, программа апоптоза состоит из 3 последовательных этапов:

1) принятие решения о смерти или выживании;

2) осуществление механизмов уничтожения;

3) элиминация погибших клеток (деградация клеточных компонентов и их фагоцитоз). Механизмы апоптоза позволяющие клеткам погибать без признаков выраженного воспаления и высвобождения генетического материала, включаются позже быстрых реакций некротических каскадов – как минимум спустя 1-2 часа после начала ишемии, начинают проявлять себя в полной мере через 12 часов, достигая максимума активности на 2-3 сутки инсульта.

Таким образом, апоптоз наряду с другими отдаленными последствиями ишемии принимает участие в «деформировании» очага инфаркта.

Табл. 2. Признаки различия процессов некроза и апоптоза

Критерии	Некроз	Апоптоз
Характеристика процесса	пассивный	активный
Затраты энергии	нет	есть
Потребность в РНК	нет	есть
Необходимость белкового синтеза	нет	есть
Дегградация ДНК	неспецифическая	специфическая фрагментация
Морфологические черты:		
Распространенность	обширные клеточные поля	селективные клеточные потери
Мембраны	разрушение	сохранение целостности
Органеллы	набухание и фрагментация	сохранение целостности
Конденсация хроматина	в беспорядочные массы	в гомогенную плотную массу
Цитоплазматические мембран-связанные выпячивания	нет	есть
Конечный результат	отек и лизис клетки	сморщивание клетки и образование апоптозных телец
Выход внутриклеточного содержимого в окружающую ткань	есть	нет
Воспалительная реакция	есть	нет
Фагоцитоз	активный	умеренно выраженный
Значимость	всегда патологическая	физиологическая (процессы роста, развития, поддерж. гомеостаза); возможно патологическая
Интенсивность триггерного воздействия	выраженная	умеренная

Таким образом, острое нарушение мозгового кровообращения является мультифакторным процессом, в котором задействованы гемодинамические, клеточные, биохимические и молекулярные механизмы.

Использованная литература:

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
2. Дамулин И. В., Парфенов В. А., Скоромец А. А., Яхно Н. Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // *Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н. Н. Яхно.* — М.: Медицина, 2005. — Т. 1. — С. 231–302.
3. Инсульт: Диагностика, лечение и профилактика / Под ред. А. Суслиной, М. А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
4. Парфенов В. А., Воронцов М. М., Хатькова С. Е. Факторы

риска, течение и вторичная профилактика при патогенетических подтипах ишемического инсульта. *Неврологический журнал*, № 6, 2010

5. Скеорцова В.И. Участие апоптоза в формировании инфаркта мозга. *Инсульт. Приложение к Журн. Неврол. и психиатр.* № 2, 2001.

6. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная

энцефалопатия. М.: 2000.

7. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. *Когнитивные нарушения. Неврологический журнал*, № 3. 2001.

8. Яхно Н.Н., Парфенов В.А. Ишемические острые нарушения мозгового кровообращения. *Consilium Medicum* Том 2. № 12, 2000

Остеоартроз как одна из основных проблем терапевтического стационара

Жанузаков М.А., Селедцов В.П., Мукатова А.М., Касенова Г.К., Цой Е.А., Шурина А.Ж., Ахметова К.С.
Алматинский институт усовершенствования врачей МЗ РК, г. Алматы
Центральная городская клиническая больница, г. Алматы
Городская поликлиника № 4, г. Алматы

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предъявляет новые требования к профессиональным знаниям и практическим навыкам современного врача. Эти требования высоки и в клинике внутренних болезней, поскольку планирование тактики ведения пациента определяется не только традиционной последовательностью «диагноз – лечение», но и сложной задачей выбора определенной группы лекарственных препаратов из арсенала патогенетических средств, так как опыт показывает, что у лиц пожилого и старческого возраста при обследовании обнаруживается от трех до пяти различных заболеваний, в том числе остеоартроз (ОА), остеопороз, сахарный диабет (СД), ИБС, артериальная гипертензия (АГ). Важность таких требований обусловлена изменениями демографической ситуации во многих странах мира. В настоящее время в Казахстане лица пожилого возраста составляют свыше 7,7% от количества всего населения и по прогнозам экспертов ООН, в ближайшие годы в Казахстане ожидается увеличение числа лиц пожилого возраста на 11%.

Одной из частых клинических ситуаций у людей в возрасте старше 50 лет является болевой синдром в суставах, обусловленный ОА, манифестация которого у больных в возрасте старше 60 лет проявляется в 80-90% случаев, при этом ОА является второй по частоте причиной инвалидизации после сердечнососудистых заболеваний [1,2]. Традиционно ОА рассматривают как простое механическое заболевание, при котором постоянная нагрузка на сустав приводит к повреждению и утрате суставного хряща. Старение и постменопаузальные изменения костного ремоделирования также важны в развитии заболевания. На развитие и прогрессирование ОА влияет ряд внешних и внутренних факторов. Ожирение – наиболее хорошо изученный модифицируемый фактор окружающей среды, так как оно повышает риск ОА и без нагрузки на сустав. Установлено этиологическое значение механической нагрузки, падающей на суставную поверхность хряща, predisposing к повреждению сустава. В других случаях нагрузка может оставаться нормальной, но могут меняться физико-химические свойства хряща. Это возможно при травме, контузии, нарушении субхондрального кровообращения, при различных воспалительных изменениях в суставах – артритах, при метаболических и гормональных нарушениях (низкое содержание эстрогенов в крови у женщин и андрогенов у мужчин) или наследственных особенностях.

Генетическая предрасположенность к ОА впервые признана в 40-е годы прошлого столетия, когда было отмечено, что среди родственников первой линии у пациентов с ОА узелки Гебердена выявляются в три раза чаще.

Генетические факторы составляют около 50% вариантов предрасположенности к ОА [2]. Особое значение проблема ОА приобретает у лиц пожилого и старческого возраста. В 2005 году P. Sarogali с соавт. при исследовании больных с ОА выявили у 52% из них наличие АГ, у 21% – остеопороз, у 15% – СД 2 типа, у 12% – хроническую обструктивную болезнь легких, у 6% – ИБС, а у 5% – наличие пептической язвы. Wang P. с соавт. (2005) при обследовании 13577 больных ОА выяснили, что 80% обследованных принимают антигипертензивные препараты.

Цель исследования: определение частоты ОА коленного сустава у больных пожилого возраста в терапевтическом стационаре. Материал и методы. Для выполнения цели было обследовано 1200 больных с различными соматическими заболеваниями (326 мужчин, средний возраст которых составил $62,4 \pm 7,3$ года, и 874 женщины, средний возраст – $63,6 \pm 8,7$ года). Жалобы на боли в одном из крупных суставов (тазобедренном – 123 (10,3%) или коленном – 826 (68,8%)) предъявляли 75,1% (901 пациент), 63,1% из них отмечали утреннюю скованность, длящуюся не более 1 часа. Ограничение подвижности пораженного сустава и боль при ходьбе испытывали 54,3% больных. Средний бал болевого синдрома по индексу WOMAC составил $351,6 \pm 48,4$ мм, средний бал функциональной недостаточности – $946,7 \pm 37,8$ мм. Из 901 обследованного пациента, рентгенологические признаки ОА (сужение суставной щели, остеофиты и/или субхондральный склероз и/или субхондральные кисты) были обнаружены у 710 (59,2%) пациентов, причем у женщин несколько чаще, чем у мужчин [143 (43,9%) мужчины и 567 (64,9%) женщины]. На основании клинических и рентгенологических признаков ОА был диагностирован в 783 (65,3%) случаях. Таким образом, наше исследование демонстрирует, что почти каждый второй больной с патологией внутренних органов в терапевтическом стационаре имеет ОА коленного сустава, поэтому основной проблемой фармакотерапии ОА, несомненно, является рациональность и безопасность. Однако применение лекарственных препаратов не единственный метод лечения ОА. Важное значение имеют немедикаментозные методы лечения, которые следует рассматривать до начала лекарственной терапии. Наиболее важные из них – снижение массы тела, с целью уменьшения нагрузки на суставы, диета с повышенным содержанием витамина С и двух основных жирных кислот (линолевой и α -линоленовой), физические упражнения.

Литература

1. Клинические рекомендации. Ревматология /под ред. Е.Л.Насонова. - М. ГЭОТАР - Мед, 2006. - 288 с.
2. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход /Кевин Пайл, Ли Кеннеди. – М.: ГЭОТАР - Мед, 2011. - 368 с.

Компетентностный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане

*Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Есенгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С.
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*

Реформа управления и финансирования здравоохранения в Казахстане включает мероприятия поэтапного перехода к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики и развитием социально-ориентированной ПМСП. Согласно плану реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» к 2015 году будет проведена определенная работа по достижению качества подготовки кадров здравоохранения в системе первично-медико-санитарной помощи [1].

В последние годы во многих странах Европы приступили к проведению реформ систем здравоохранения. Эти реформы направлены на усовершенствование служб здравоохранения, включая реорганизацию существующих систем общей практики (и их внедрение в случае отсутствия таковых).

Под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ за последние годы были разработаны несколько документов, посвященных проблемам общей практики, в которых освещались роль ОП в общенациональной интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний, вклад семейных и общепрактикующих врачей, развитие ОП в странах центральной и Восточной Европы, реформы в области семейной медицины и ОП, стратегия развития семейной практики и т. д. В 1995 г. была издана «Хартия по общей практике/семейной медицине в странах Европы». В 1998 г. ВОЗ издано «Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/семейной медицины в странах Европы». В 2001 г. был проведен обзор, посвященный профилю деятельности и задачам врачей ОП, ставший источником обширной информации о том, чем занимаются общепрактикующие врачи в отдельных странах Европы и как организована общая практика. [2].

Считается, что врач, работающий в системе общей практики, является клиницистом широкого профиля. Он должен иметь такой же уровень клинической компетенции, как и все прочие категории врачей. Врач общей практики оказывает персональную первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях – в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, связанной со здоровьем, с которой пациент обращается к нему, у него должны быть навыки работы с представителями всех возрастных групп, при необходимости консультируясь со специалистами.

Эта особенность была известна в течение многих лет. 200-летняя история общей практики в Эдинбургской медицинской школе – с учетом опыта Лейденского университета, бывшего пионером в деле медицинской подготовки, основанной на демонстрации пациентов (в противовес прежней, базирующейся на традиционных лекциях и докладах), – приобрела главенствующее значение в области медицинского образования, особенно в непрерывном профессиональном образовании. Здесь следует упомянуть, что первая академическая кафедра по общей практике была создана лишь в 1963 г.[3].

Признание высокой значимости первичной медико-санитарной помощи подчеркивает необходимость над-

лежащей подготовки специалистов в области общей практики. Так во исполнение послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева 27 января 2012 года необходимо внедрять в процесс обучения современные методики и технологии на основе международных стандартов, распространять международный опыт на всю систему казахстанского образования, подтягивать к высокому уровню все образовательные учреждения, требования к повышению квалификации преподавателей школ и вузов[4]. Так приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения предусмотрено первоочередное реформирование первичного звена здравоохранения, наиболее доступного и наименее затратного этапа медицинской помощи, от которого зависят эффективность профилактики, ранней диагностики заболеваний, тактика их лечения, что в конечном итоге определяет показатели заболеваемости, смертности, состояние здоровья казахстанцев. Создана нормативная база медицинского и фармацевтического образования, с 2007 года реализуются новые образовательные программы высшего медицинского образования, основанные на профессиональном подходе и с учетом лучшего мирового опыта.

Несмотря на предпринятые меры, основными проблемами образовательной деятельности в области здравоохранения Казахстана остаются следующие проблемы:

- качество подготовки кадров;
- уровень квалификации работающих специалистов;
- дефицит персонала, оказывающего ПМСП;
- чрезмерная концентрация медицинских работников в крупных городах;
- дисбаланс численности медицинских работников, получивших высшее и среднее профессиональное медицинское образование;
- отсутствие мотивационных стимулов к работе;
- недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения;
- низкая конкурентоспособность научных исследований;
- отсутствие инновационных достижений.

Для решения указанных проблем планируется совершенствование системы бакалавриата, последиplomного образования и непрерывного профессионального развития кадров здравоохранения, а также дальнейшее развитие науки и внедрение инновационных технологий в здравоохранении.

По мнению экспертов Европейского бюро ВОЗ: подготовка и обучение по вопросам общей практики может рассматриваться по трем направлениям или категориям: додипломное обучение, последиplomное профессиональное обучение и непрерывное медицинское образование, включающие следующие требования:

1. первое требование заключается в обеспечении надлежащего базового медицинского обучения. Общая практика должна быть неотъемлемой составной частью программ додипломного обучения. Все студенты-медики должны проходить общую практику, с тем чтобы приобрести конкретные знания по своей специальности и надлежащее понимание необходимости сотрудничества между всеми секторами системы здравоохранения;

2. профессиональное последиplomное обучение должно

быть обязательным требованием и условием подготовки семейного врача. Такое профессиональное обучение должно быть эквивалентным обучению по другим основным клиническим специальностям, ориентированным на первичную медико-санитарную помощь основывающимся в значительной степени на общей практике. Практика, организуемая, по возможности, при/на академических факультетах и отделениях, должна играть ведущую роль в процессе обучения. Обучаемому должна предоставляться достаточная возможность для приобретения более широких умений и навыков, например, по вопросам общения с пациентами, консультирования и надлежащего регулирования практики. Для составления основной содержательной части общей практики может быть весьма полезным разработать основную, «стержневую» программу надлежащего профессионального обучения;

3. для обновления навыков и умений, поддержания и улучшения качества оказываемой помощи очень важно непрерывное медицинское образование (НМО) и постоянное повышение профессиональной квалификации. Программы НМО должны быть ориентированы на общую практику и основываться на исследованиях, в частности в области первичной медико-санитарной помощи. Основную ответственность за НМО несут сами врачи-практики, которым необходимо будет использовать различные способы и возможности, позволяющие достичь и поддерживать надлежащий уровень своей компетентности. Методы заочного обучения могут явиться большим подспорьем и обеспечить доступность обучения для врачей, особенно для работающих на периферии[2].

В казахстанской образовательной системе все выше указанные уровни подготовки врачей ОП присутствуют, но в последнее время прочно укоренился термин «компетентностный подход» в процессе обучения. Компетентностный подход рассматривается как своего рода инструмент усиления социального диалога высшей школы с миром труда, средство углубления их сотрудничества и восстановления в новых условиях взаимного доверия[5]. В 2003 году Берлинским коммюнике было признано необходимым выработать структуру сравнимых и совместимых квалификаций для национальных систем высшего образования, что позволило бы описать квалификации с точки зрения рабочей нагрузки, уровня, результатов обучения, компетенций и профиля (для удовлетворения многообразных личных и академических потребностей, а также запросов рынка труда)[6].

Компетенции интерпретируются как единый (согласованный) язык для описания академических и профессиональных профилей и уровней высшего образования. Иногда говорят, что язык компетенций является наиболее адекватным для описания результатов образования. Ориентация стандартов, учебных планов (образовательных программ) на результаты образования делают квалификации сравнимыми и прозрачными, чего нельзя сказать о содержании образования, которое разительно отличается даже при подготовке по одной и той же специальности (предметной области) [7].

Компетентностный подход требует переориентации на студенто-центрированный характер образовательного процесса, использования ЕСТ8 (или совместимой с ней системы) и модульных технологий организации образовательного процесса. Компетенции можно разделить на две группы: те, которые относятся к общим (универсальным, ключевым, над профессиональным), и те, которые можно назвать предметно-специализированными (профессиональными). При этом надо различать:

- классификации навыков, компетенций, способностей ожидаемых от выпускников, и их ранжирование;
- описание деятельности и/или задач, которые необхо-

димо выполнять с точки зрения сегодняшнего и завтрашнего состояния деятельности[8].

Многие авторы анализируют понятие «компетенция» во взаимосвязи с другим понятием – «квалификация». Они считают, что быстрые изменения многих профессиональных задач, связанных, в частности, с введением новых технологий, требуют новых квалификаций. Умений, обычно характеризующих выполнение какой-либо профессии, уже недостаточно. Нужно еще уметь предвидеть трудности, принимать решения, сотрудничать и координировать свою деятельность, что звучит как скрытое ожидание некоторых общих компетенций[9].

Современные требования, предъявляемые к программам подготовки врачей первичного звена предусматривают их построение по модульному принципу на основе интегрального, пациент- и проблемно-ориентированного подхода. Им в полной мере соответствует образовательный стандарт профессиональной подготовки врача общей практики (ВОП), призванный решать задачи формирования профессиональной компетентности, критического мышления. Инновационный принцип его построения отражен, прежде всего, в целях обучения, предусматривающих овладение шестью компетентностями, базирующимися на основных знаниях и умениях, приобретаемых в процессе подготовки. Компетентность проявляется в ходе выполнения деятельности и характеризует способность врача решать проблемы, возникающие в реальных жизненных ситуациях. (Таблица 1) .

Таблица 1 .Классификация компетенций врача общей практики

№ компетенции	Компетенция врача общей практики
Первая компетенция	Организация и управление процессом оказания медицинской помощи на уровне ПМСП. Организация и проведение школ здоровья для населения
Вторая компетенция	Развивать социально-ориентированную модель ПМСП. Использовать пациенто-ориентированные методики при работе
Третья компетенция	Применять личностно-ориентированные подходы к каждому пациенту, в целях обеспечения непрерывного наблюдения
Четвертая компетенция	Использовать комплексный подход при оказании первичной медицинской помощи и преемственности в работе врача ВОП
Пятая компетенция	Проводить внутренний аудит своей организации и аналитическую работу на своем участке обслуживания, учитывая эпидемиологические, экономические и экологические особенности региона, соблюдая территориальный принцип обеспечения населения первичной медицинской помощью в соответствии с региональными ресурсами.
Шестая компетенция	Применять интегральный подход к оценке состояния здоровья пациента с изучением медицинских, психологических и социальных аспектов и его семьи, разработка паспортов здоровья семьи, проведение, конференций, посвященных психосоматическим и медико-социальным проблемам населения региона

Основная компетенция ВОП - это управление процессом оказания первичной медицинской помощи. Оно включает умения управлять процессом установления первого контакта с пациентом, разделять и классифицировать его проблемы, оказывать первичную медицинскую помощь по всем заболеваниям, независимо от тяжести состояния, пола, возраста и другим особенностям пациента, уметь управлять эффективностью и адекватностью медицинской помощи с рациональным использованием имеющихся

ресурсов здравоохранения, координировать медицинскую помощь с другими специалистами, обеспечить защиту интересов пациента и доступность необходимой медицинской помощи.

Необходимо помнить врачу общей практики основные цели развития и реформирования здравоохранения Казахстана, приоритетным направлением, которого является развитие социально-ориентированной ПМСП, знать семью своих пациентов и населения в целом своего региона (участка обслуживания), привлекать волонтеров на общественные программы по профилактике заболеваний, организация и проведение школ здоровья для населения.

Крайне важно, научить будущих врачей общей практики личностно-ориентированному подходу с формированием умения определять предпочтения пациента, консультировать его без ущемления права на независимость и самостоятельность, обеспечить длительное и непрерывное наблюдение. Способность решать определенные проблемы пациента через отбор и оценку информации при сборе анамнеза, обследовании, умение принимать решения в неотложных ситуациях, проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях заболевания, рационально назначать диагностические и лечебные вмешательства составляют одно из главных компетентностных требований, предъявляемых к ВОП.

Для развития компетентности в области личностно-ориентированного взаимодействия используются подходы, позволяющие обучающиеся освоить определенный стиль общения при назначении обследования, методов лечения пациента, направленный на достижение партнерства. Этой цели служат занятия по анализу различных видов консультирования, используемых в общей врачебной практике, наблюдение либо анализ видеозаписи реального врачебного приема, коммуникативные тренинги, решение ситуационных задач, врачебные конференции по проблемам и стилям общения в медицинской практике, особенностям врачевания и межврачебного взаимодействия, работа в команде, в том числе и междисциплинарной. В результате освоения данного раздела обучающийся должен продемонстрировать способность решать проблему пациента в соответствии с личностно-ориентированным подходом, устанавливать партнерские отношения с пациентом, умение оказывать длительную медицинскую помощь с анализом личности пациента и его семьи.

Четвертая основная компетенция врача общей практики - осуществление комплексного подхода при оказании первичной медицинской помощи: умение координировать и проводить мероприятия по профилактике, лечению, включая паллиативную и медико-социальную помощь, реабилитацию. Развитие указанной компетенции происходит постепенно в ходе работы в отделении общей врачебной практики, моделирования клинических ситуаций, практических занятий, обмена опытом с коллегами, организации и проведении школ здоровья для населения.

Пятая компетенция врача общей практики предусматривает способность использования территориального принципа для обеспечения населения первичной медицинской помощью в соответствии с региональными ресурсами. Приобретению соответствующих навыков способствуют занятия и лекции, посещение учреждений здравоохранения и социальной помощи, разработка исследовательских проектов по эпидемиологии, экономическим и экологическим особенностям территорий, анализ этих данных, проведение аудита.

Формирование шестой компетенции осуществляется через освоение интегрального подхода к оценке состояния здоровья пациента и его семьи с изучением медицинских, психологических и социальных аспектов его состояния,

паспортов здоровья, паспортов семьи, амбулаторных карт, проведение симпозиумов, конференций, посвященных психосоматическим и медико-социальным проблемам населения.

Предпосылки повышения уровня приобретенных навыков, поддержания и улучшения качества медицинской помощи связаны с непрерывным профессиональным образованием. При этом главная ответственность за повышение профессионализма лежит на медицинских работниках. Современные учебные технологии, и в частности дистанционное обучение, могут облегчить доступ врачей к последипломному образованию.

Общая практика – это врачебная специальность. Необходимо ее признание как академической дисциплины. Для этого следует развивать кафедры ВОП под руководством практикующих врачей или лиц с солидной базой по ВОП. Академические кафедры должны не только готовить кадры, но и проводить научные исследования. Последипломная подготовка должна ориентировать будущих семейных врачей на исследование проблем, с которыми семейные врачи встречаются в ежедневной практике. Последипломное обучение ВОП не должно ограничиваться только специализацией и циклами общего усовершенствования [10]. Поскольку общая врачебная практика – специальность междисциплинарная, целесообразно регулярно проводить краткосрочные циклы тематического усовершенствования по узким специальностям и направлениям, постоянно действующие семинары, издавать учебно-методические пособия для ВОП по различным разделам медицины.

Системы клинического аудита, организованные врачами и осуществляемые при рассмотрении случаев коллегам, – эффективный подход в повышении профессионального уровня. В некоторых странах Европы разработаны руководства, которые являются важными инструментами профессионального развития, поскольку адаптированы к национальным, местным условиям.

Подготовка врачей общей практики, как при непрерывном академическом образовании так и последипломной подготовки, включает в себя лекции, клинические демонстрации и конференции по разбору случаев, дистанционное обучение, анализ деятельности практики. Одним из инновационных подходов, направленных на повышение качества организации подготовки врача общей практики относится создание ими портфолио-блока документов, отражающих основные результаты обучения, заверенное преподавателем. Оно включает:

- записи слушателей о клинических случаях в практике;
- об освоенных клинических и деловых навыках, числе их повторений;
- о посещении дополнительных образовательных мероприятий различного уровня (семинаров, симпозиумов, конференций, школ и др.) с указанием их названия, места проведения и собственного мнения о его ценности;
- результаты клинического аудита приема, консультации, проведенной слушателем курса;
- отзыв преподавателя о курсанте.

Переход от эпизодического повышения квалификации врача (1 раз в 5 лет) к непрерывному последипломному образованию и кредитной системе его оценок предъявляет требования к индивидуальной мотивации совершенствования профессионального квалификационного уровня врача, способности самооценки, самоанализа, самосознания.

Хочется отметить, что самообучение - самый эффективный подход в непрерывном медицинском образовании. Его основным элементом становится инициатива обучающегося. Он самостоятельно определяет пробелы и потребности, формулирование цели, осуществление действий,

имеющихся ресурсов обучения, оценивает его результаты. Посещение симпозиумов, коллоквиумов, дней специалиста, виртуальные и реальные консультации преподавателей по неясным вопросам являются неотъемлемой частью системы самообразования. При самообучении главное значение имеют такие методы, как чтение, разбор случаев из практики, разработка проектов, составление отчетов и другие. Время, потраченное на самообразование (часы в месяц), варьирует от 10 до 37 ч. В Бельгии, Нидерландах, Ирландии, Великобритании и Швейцарии затрачивают на непрерывное профессиональное образование не менее 15 ч в месяц; в среднем 25 часов тратят на него в Болгарии, Венгрии, Греции, Испании и Румынии, больше времени (37 ч) было затрачено в Турции, хотя эти результаты объясняются в значительной мере подготовкой молодых выпускников, готовящихся к вступительному экзамену по специализации[11].

Особую роль в процессе образования призваны сыграть модели и технологии дистанционного образования, широкое использование современных средств коммуникации. Внедрение дистанционных технологий позволяет интенсифицировать и развить творческие и интеллектуальные способности врача посредством открытого доступа ко всем информационным модулям программы. Альтернативным традиционному образованию «по необходимости» может служить самообразование «по требованию», т.е. использование его в случае информационной потребности, вызванной, например диагностически неясной клинической картиной заболевания у пациента. В этой ситуации заказчиком необходимых знаний выступает сам врач.

Крайне важно, чтобы подготовку врача общей практики признали особой академической дисциплиной, в связи с этим необходимо, по крайней мере пройти несколько этапов:

- 1) признание того, что врачи общей практики располагают отдельной областью знаний и им необходима академическая структура для ее развития;
- 2) формирование и признание такой академической структуры;
- 3) создание программы непрерывной подготовки врачей общей практики;
- 4) создание программ последипломной подготовки врачей общей практики
- 5) создание специальной литературы, где описываются результаты использования этой дисциплины на практике;
- 6) Создание ассоциаций, защищающие интересы врачей общей практики.

В заключение следует отметить, что не во всех странах роль и значение врачей общей практики воспринимаются однозначно. В ряде стран успешно используют поликлиническую модель первичной медико-санитарной помощи, считая ее, и не без оснований, наиболее рациональной при оказании медицинской помощи на первичном уровне.

Алма-Атинская конференция ВОЗ (1978 г.) подтвердила эффективность отечественной системы первичной медико-санитарной помощи, признав ее наиболее рациональной, предоставляющей равный доступ населения к медицин-

ской помощи на уровне первичного звена. В настоящее время ВОЗ возвращается к решениям Алма-Атинской конференции, и ее принципы являются приоритетным направлением деятельности этой международной организации. Необходимость повышения эффективности деятельности первичного звена послужила импульсом к созданию национального приоритетного проекта развития отечественного здравоохранения на современном этапе.

Таким образом, становление системы образования врачей общей практики в современных условиях должно широко опираться на использование новейших и инновационных технологий обучения, позволяющих достичь высокого уровня их профессиональной компетентности.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015гг.
2. «Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/семейной медицины в странах Европы»// Подготовлено в 1998 г. Всемирной организацией здравоохранения (Европейское региональное бюро) и определившее Задачу 28 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ
3. Ф.Е. Вартамян, С.В. Рожецкая. Особенности подготовки врачей общей практики в европейских странах.// «Здравоохранение», 5-2008, Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
4. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана 27 января 2012 года
5. Байденов В.И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (методологические и методические вопросы) // - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. - 114 с.
6. Байденов В.И. Болонский процесс: Бергенский этап / Под научной редакцией доктора педагогических наук, профессора В.И. Байденова. / - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, Российский Новый Университет, 2005. - 174 с.
7. Галямина И.Г. Проектирование государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования нового поколения с использованием компетентностного подхода. // Материалы к шестому заседанию методологического семинара 29 марта 2005г. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. - 106
8. Уткина Т.Б., Сидорова Л.В., Ягубянец Э.А., Подчерняева Н.С. Компетентностный подход и его роль в современном высшем медицинском образовании — Публикации сотрудников об ИОП. Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова. Факультет дополнительного профессионального образования преподавателей.
9. Шишов С.Е., Кальней В.А. Мониторинг качества образования в ВУЗе/ Издание второе. М.: Педагогическое общество России, 1999
10. Ф.Е. Вартамян, С.В. Рожецкая. Особенности подготовки врачей общей практики в европейских странах.// «Здравоохранение», 5-2008, Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
11. В.В. Шкарин, Н.И. Жулина. Врач общей практики в современном здравоохранении. Нижегородская государственная медицинская академия. УДК 614.23:616.1/9./здравоохранение. 2004
12. Декларация Алма-Атинской конференции ВОЗ (1978 г.)

Генерализованные тревожные расстройства: клиника и терапия

Ускенбаева Ж.С.

РГКП «Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии» МЗ РК, г. Алматы

УДК 616.89;615.832.9

По данным литературы [1], ГТР встречается у 5.9-9.0% населения, в общемедицинской практике - 5 - 10% [2,3,4]. Являясь одним из наиболее распространенных

В данной статье представлены аспекты генерализованного тревожного расстройства: клиника и терапия.

расстройств спектра тревоги, ГТР остается наименее выявляемым из них. Однако наибольшие трудности выявления ГТР возникают в общемедицинской практике, куда обращаются многие больные с ГТР. У таких больных симптомы патологической тревоги включают массивные вегетативные проявления, маскируя собственно психопатологическую симптоматику. Научные исследования в области повышения эффективности фармакотерапии тревожных расстройств в последние годы представляют особый интерес.

Ипохондричность, присущая многим пациентам, побуждает их к многократным повторным обследованиям у интернистов, надолго (иногда на годы) откладывая диагностику и начало лечения ГТР. Хотя заболевание обычно не приводит к выраженному снижению трудоспособности, но сопровождается существенным ухудшением качества жизни, и в этом отношении вполне сопоставимо с депрессией /4/. Большинство авторов отмечает склонность ГТР к затяжному волнообразному течению. Замечено, что ГТР часто выступает не в изолированном виде, а в сочетании с симптомами других психопатологических расстройств (чаще всего тревожно-фобического и аффективного круга) /2,3/. Обычно это указывает на относительно большую тяжесть ГТР и затрудняет его терапию.

Необходимо отметить, что ГТР часто сочетается не только с другими расстройствами психики, но и с соматическими заболеваниями, такими как язва двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит, бронхиальная астма. По данным эпидемиологических исследований, у больных ГТР указанные соматические заболевания выявляются значительно чаще, чем в общей популяции. Установлено, что несвоевременное выявление и лечения ГТР приводит к утяжелению сопутствующей соматической патологии /5/.

По мнению многих авторов, средний возраст начала ГТР равен 21 году, но возрастное распределение на момент начала заболевания имеет «двугорбый» тип: первичное ГТР может начинаться уже в подростковом возрасте, а вторичное по отношению к другим тревожным расстройствам – как правило, после 30 лет. Состояние может развиваться как в связи с острой или хронической психической травмой, так и при отсутствии психотравмирующих обстоятельств.

Согласно определению МКБ-10, «основной чертой ГТР является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т.е. она является нефиксированной)».

При оценке выраженности симптомов по шкале тревоги Гамильтона преобладают аффективные, идеаторные и моторные симптомы: страхи, тревожное настроение, когнитивные нарушения, напряжение, соматические мышечные, соматические сенсорные симптомы). В то же время, вегетативные симптомы (сердечно-сосудистые, респираторные, гастроинтестинальные, мочеполовые, вегетативные) выражены незначительно. 2 тип ГТР - сомато-вегетативный – характеризуется преимущественно соматизированными проявлениями тревоги с выраженной вегетативной гиперактивностью при незначительной выраженности моторного компонента. Стойкого тревожного аффекта, как при аффективном типе, не наблюдается. Уровень тревоги подвергается значительным колебаниям в течение дня в связи с незначительными внешними поводами. Такая реактивная лабильность в динамике тревожного расстройства проявляется в виде кратковременных, сменяющих друг друга соматизированных тревожных реакций. У некоторых больных (особенно в случаях затяжного течения) тревога утрачивает черты реактивности, персистируя большую часть времени. Тревога

This article presents aspects of generalized anxiety disorder: clinical and therapy.

Айтылмыш мақалада генерализованного үрейлі бұзылудың аспектері: клиника және терапия ұсын.

носит эго-синтонный характер, соответствуя «системе личностных координат». Больные воспринимают свое беспокойство как естественный отклик на сложившуюся ситуацию. При этом больные противятся чрезмерному характеру своих переживаний. Понимая преувеличенность опасений, они стремятся избавиться от них сознательным волевым усилием. Сомато-вегетативные проявления тревоги часто провоцируют опасения ипохондрического содержания. Поэтому тематика переживаний больных включает не столько бытовые повседневные ситуации, сколько здоровья, причем как своего собственного, так и значимых близких. При этом больные стремятся установить для себя и окружающих особые правила поведения, чтобы свести риски несчастных случаев к минимуму. Повышенное внимание к своему здоровью в части случаев постепенно формирует ипохондрический стиль жизни.

При оценке выраженности симптомов по шкале тревоги Гамильтона доминируют симптомы соматической тревоги (сердечно-сосудистые, респираторные, гастроинтестинальные и вегетативные), высокий уровень страхов и идеаторных нарушений, Наиболее слабо проявляются аффективные (тревожное настроение, депрессивное настроение) и моторные симптомы (напряжение, соматические мышечные симптомы). Клинически завершённое ГТР характеризуется стойкой симптоматикой с полным набором признаков одного из вышеописанных клинических вариантов ГТР и соответствует тяжелой/среднетяжелой формам расстройства. При субсиндромальном ГТР (легкая форма) проявления расстройства относительно менее выражены и устойчивы, не сопровождаются существенным снижением качества жизни. В соответствии с международными рекомендациями при лечении ГТР применяется фармакотерапия и психотерапия. При субсиндромальных формах ГТР предпочтение отдается психотерапии; при этом особенно эффективной зарекомендовала себя когнитивно-бихевиоральная психотерапия, а из фармакологических средств предпочтение отдается транквилизаторам. При среднетяжелых и тяжелых формах ГТР основным методом лечения является фармакотерапия, проводимая с помощью антидепрессантов и транквилизаторов. Их эффективность при ГТР установлена в двойных слепых контролируемых исследованиях.

Эффективность терапии ГТР бензодиазепиновыми анксиолитиками (БДТ) составляет 50-70% (4,5). В проведенных исследованиях, была доказана эффективность препаратов бензодиазепинового ряда как в отношении идеаторного компонента тревоги, так и соматических проявлений /6/. Однако в этих же исследованиях было показано, что бензодиазепины в отличие от антидепрессантов не приводят к стойкому эффекту, и при их отмене часто возникает рецидив. Кроме того, многие авторы указывают на целый ряд недостатков при применении транквилизаторов – производных бензодиазепа. Так, отмечается, что хотя бензодиазепины быстро купируют нарушения сна и многие соматические симптомы тревоги, на психические симптомы ГТР, такие как тревога ожидания, беспокойство, снижение концентрации внимания, они влияют меньше. Применение бензодиазепинов сопряжено с риском привыкания и формирования лекарственной зависимости, что ограничивает срок их применения 2-4 неделями, и, соответственно, делает их малоприменимыми для длительной терапии ГТР.

Помимо риска появления явлений зависимости, при

приеме бензодиазепинов возможны и другие существенные побочные эффекты: депрессогенное действие, нарушение когнитивных (познавательных) функций, в частности, концентрации внимания, памяти; повышение риска падений (особенно у лиц пожилого и старческого возраста); атаксия; парадоксальные реакции - возбуждение, эйфория и другие признаки «поведенческой токсичности»; синдром отмены в виде дисфории, резкого усиления тревоги, повышения симпатического тонуса и, в тяжелых случаях, судорог и делирия. Из небензодиазепиновых анксиолитиков наибольшее распространение в нашей стране получил гидроксизин – препарат с антигистаминным механизмом действия. В амбулаторной практике назначаются также растительные препараты на основе валерианы, пустырника. Однако применение как гидроксизина, так и седативных лекарственных сборов ограничивается случаями относительно легких субсиндромальных форм ГТР.

Предположение о единстве патогенетических механизмах генерализованной тревоги и депрессии предопределило разработку методик лечения ГТР антидепрессантами. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о высокой эффективности применения антидепрессантов как при краткосрочной, так и длительной терапии ГТР (19,20,21). Эпидемиологические данные свидетельствуют, что у значительной части больных ГТР в последующем развиваются депрессивные состояния. Поэтому терапия ГТР с помощью антидепрессантов позволяет не только купировать симптоматику ГТР, но и оказывает профилактическое действие в отношении вероятного развития депрессии.

Большинство современных исследователей считают, что ведущая роль в патогенезе тревожных расстройств принадлежит серотонинергической системе, а антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата

серотонина (СИОЗС) – одни из наиболее эффективных психофармакологических средств лечения ТР. В ряду СИОЗС особое место занимает Эсциталопрам (Э). Э представляет собой S-энантиомер циталопрама и является более сильнодействующим препаратом по сравнению с циталопрамом. Избирательность аффинитета к серотониновым рецепторам у Э выше, чем и у всех других препаратов группы СИОЗС.

В заключение необходимо отметить, что появление на казахстанском рынке Селектры – эсциталопрама производства исландской фирмы «Актавис» существенно расширяет возможности для фармакотерапии ГТР, в особенности в случаях тяжелого, средне-тяжелого течения, а также при наличии коморбидной депрессивной симптоматики.

Список литературы:

1. Аведисова А.С.: Сложности и противоречия в диагностике генерализованного тревожного расстройства; психиатрия и психофармакотерапия, №2, т. 10, 2008, с. 28-33.
2. Богдан М.Н. Генерализованное тревожное расстройство: клиника, диагностика и лечение. Социальная и клин. психиатрия. 2003; 13 (3): 89–96.
3. Ю.Э. Лесс. Генерализованное тревожное расстройство: типология и коморбидные состояния //Российский психиатрический журнал. - 2008. - N 2. - С. 40-45.
4. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб. 1995. 565 с.
5. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург. 2005.
6. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общепедиатрической практике // Рос. мед. журн. 2004. Т.12 №22 С. 2
7. Чахава В.О., Лесс Ю.Э., Малыгин Я.В.: Русский Медицинский журнал, том 15, № 24, 2007.

Проблема избыточного веса по результатам анкетирования

Азанова Б.А., Мергентай А., Темербеков Ф.О.

Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

Различные исследования и статистические выкладки доказывают, что нормальный вес позволяет сохранить хорошее здоровье и снизить риск развития различных заболеваний и преждевременной смерти до минимума. Эксперты давно бьют в набат: сегодня на планете насчитывается уже более 1 млрд. людей с ожирением, а к 2025 году, по прогнозам ВОЗ, избыточный вес и ожирение достигнут 40% мужчин и 50% женщин [4]. Известно, что продолжительность жизни людей с ожирением сокращается в среднем на 8–10 лет [4].

Настоящее исследование проводилось в Республиканском Центре развития здравоохранения. С целью изучения потребности населения в профилактической и медико-социальной помощи была разработана специальная анкета, содержащая 33 вопроса. Анкетирование проводили социальные работники, психологи, врачи ВОП, педиатры, терапевты. Всего было заполнено 6527 анкет.

Установлено, что среди населения, прикрепленного к организациям ПМСП, преобладали женщины, на долю которых приходилось 53,44%, соответственно удельный вес мужчин составлял 48,87%.

В возрастной структуре прикрепленного населения большой удельный вес имели лица в возрасте от 19 до 49 лет. Среди всех лиц, прикрепленных к организациям ПМСП, имеющих высшее образование наибольший удельный вес составляли в г. Караганда -34,5%, в г. Алматы – 42,5%, а в г. Атырау -34,9%. По результатам нашего исследования установлено, что в настоящее время лица с высшим образованием уделяют больше внимания своему

здоровью, они более информированы о проводимых акциях по охране здоровья.

От уровня образования зависит в первую очередь характер труда и его условия. Очевидно, что люди с низким образовательным уровнем заняты преимущественно монотонным или тяжелым физическим трудом, разрушающим здоровье. От образования, полученного человеком, в большой степени зависит его экономическое положение, уровень доходов, и связанные с этим возможности. Исследовательские данные об экономических факторах свидетельствуют, что более высокий уровень доходов положительно влияет на продолжительность жизни человека [1]. Большая информированность и стремление к информированности, склонность к анализу окружающей обстановки также свойственны людям имеющим более высокий уровень образования. И как следствие более образованные люди ведут более здоровый образ жизни [1]. Таким образом, уровень образования является интегрирующей характеристикой, затрагивающей основные сферы жизнедеятельности человека, влияющие на его здоровье и продолжительность жизни [1].

Анализ социального положения опрошенных респондентов показал, что большую часть из них составляют работающие лица; в г.Алматы-50,3%, в г.Караганде -55,4%, и в г. Атырау -53%.

В г. Алматы количество состоящих в браке (в т.ч. в повторном) из опрошенных респондентов составило 68,0%, в Караганде - 61,6%, а в г.Атырау- 74,5%. Статистика показывает, что продолжительность жизни одиноких людей

у нас меньше, чем семейных. Смертность среди мужчин-холостяков в 2,5 раза выше, чем среди женатых. Одинокие женщины умирают в 1,7 раза чаще, чем замужние [2].

Более 1/5 анкетированных отметили у себя наличие лишнего веса. Среди всех респондентов, прикрепленных к организациям ПМСП, имеющих лишний вес наибольший удельный вес составляли в г. Караганда - 38,6%, в г. Алматы - 45,0%, а в г. Атырау - 32,8%. Среди опрошенных респондентов наиболее характерна избыточная масса до 10%: в г. Алматы - 19,7%, в г. Караганда - 25,6%, а в г. Атырау - 28,8%. Лишний вес является одним из 10 факторов риска для здоровья, связанных с поведением, определенных ВОЗ.

Как известно, среди факторов, влияющих на состояние здоровья, образ жизни занимает ведущее место - до 50%, доля других факторов составляет по 20% и 10% - здравоохранение [3]. Поэтому главной задачей в улучшении здоровья населения является формирование здорового образа жизни и новое отношение человека к своему здоровью.

Быть здоровым должно быть внутренней потребностью каждого человека. Здоровье - ценнейшее капиталовложение всего общества. В последние годы концепция «образ жизни» обрела особое значение [3].

Список использованной литературы

1. Балбеко А. «Методология построения национальной системы высшего образования в 21 веке». <http://www.institut.ru>.
2. Антонов А.И. Семья, брак, удовлетворенность жизнью в России и Европе, Источник: «Демографические исследования», №8-9.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
4. Бирюкова Е.В., Маркина Н.В., Гарбузова М.А. Эффективная и гибкая фармакотерапия ожирения сегодня – залог успешной профилактики сахарного диабета типа 2 в будущем. «Сахарный диабет», 4/2007, с. 24-29.

Состояние здоровья лиц проживавших во время ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне

Шишкаева Д.С., Аширбеков Г.К.

Республиканский клинический госпиталь инвалидов отечественной войны, г. Алматы; Алматинский государственный институт усовершенствования врачей.

УДК 616/618-001.28

За последние годы в радиобиологии и радиационной медицине достигнуты успехи, позволившие фундаментально изменить бытующее представление о действии радиации на биологические объекты и организм человека, значительно изменившие наши знания по формированию стохастических и нестохастических эффектов ионизирующих излучений. Результаты исследований последних лет также обозначили немаловажную проблему расчета радиационных рисков эффектов ионизирующего излучения. При этом принято коллективное мнение ученых о возможности расчетов ретроспективных и проспективных рисков не только по генетическим и онкологическим эффектам, но так же и по соматическим, среди которых особое место занимают болезни системы кровообращения, а также заболевания щитовидной железы.

Как и во всем мире, на территориях Казахстана за последние десятилетия сформированы экологически неблагоприятные зоны обитания человека, оказывающие влияние на состояние здоровья больших по численности групп населения. Особенно опасными в этом плане представляются ситуации, когда происходит сочетанное действие техногенных и общесредовых факторов риска. Для территорий Казахстана это имеет наиболее важное значение, с учетом длительного функционирования полигонов для испытаний ядерного оружия и необходимости долгосрочных оценок влияния различных доз радиации на декретированное население и их потомков.

С момента открытия явления радиоактивности, интерес к эффектам воздействия ионизирующего излучения на организм человека не иссякает, поскольку перед исследователями открываются все новые грани проблемы, имеющих в настоящее время уже не только фундаментально-медицинскую, но и социальную направленность.

Изучение последствий атомной бомбардировки г. Хиросима и г. Нагасаки, аварии на ПО «Маяк», радиоактивного загрязнения прибрежных территорий р. Теча и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, позволило сформировать основные представления о детерминистских эффектах радиационного воздействия и сформулировать

Ауру-сауы барысында ядролық атылыстардың баста Семипалатинском полигоне мекендеген бет.

Шишкаева Д.С., Аширбек Г.К.

Бұлақты сөздер: халықтар семипалатинского полигона, ортаның возраста, жүрек және асқорытқыш жүйенің ауруға шалдығуының бетінің ауданында бұрын мекендедім.

Ша нәтижелер зертте- белгілен-, не арада негізгі жүрек және желудочно-кишечным ауруға шалдығуларға деген пред-расположены семипалатинского полигона ауданында бұрын мекендеген ортаның возраста халықтары.

The health status of persons who lived during the nuclear explosions at the Semipalatinsk test site.

Shishkaeva D.S., Ashirbekov G.K.

Key words: people previously living in the area of the Semipalatinsk test site, a person of middle age, diseases of the heart and digestive system.

According to the survey indicated that residents of middle-aged, previously lived in the area of the Semipalatinsk test site in the most prone to heart and gastro-intestinal diseases.

главные постулаты радиационной медицины в отношении средних и высоких уровней облучения.

Вместе с тем работы, проводимые в плоскости оценки стохастических эффектов, реализующихся под действием «малых» доз радиации, не позволили однозначно ответить на вопросы как о дозовых границах воздействия, индуцирующего развитие эффекта, так и о спектре регистрируемых патологических процессов или заболеваний. Вполне объяснимо внимание исследователей к изучению радиационных эффектов с позиции онкологии, поскольку именно эти заболевания представляют непосредственную угрозу жизни, что подтверждает их ранговое место в общей структуре смертности. Однако это далеко не все проявления радиационного воздействия низкой интенсивности. Американскими и европейскими исследователями за последние пять лет опубликовано большое количество работ, подтверждающих наличие индуцированного малыми дозами радиации, увеличения уровня болезней системы

кровообращения, эндокринной системы, болезней крови, пороков развития (уродств). Эти результаты были приняты мировым научным сообществом при расчете радиационных рисков и прогнозировании ущерба здоровью экспонированного населения.

Материалами и целью исследования послужило изучить население южных районов Восточно-Казахстанской области, в период с 1971 по 1981 гг. подвергавшееся острому и хроническому воздействию продуктов деления урана с эффективной дозой 330 мЗв.

Результаты изучения динамики распространенности заболеваний среди экспонированного населения в течение 24 лет после формирования доз позволили констатировать наличие более чем 1,5-кратного превышения их уровней по сравнению с исходным периодом и показателями контроля.

Результаты, полученные многими авторами, связаны не только с наличием общесоматических эффектов ионизирующего излучения среди изучаемых контингентов, которые после необходимых расчетов радиационных рисков давало большое количество онкологических заболеваний. Но особую озабоченность, на наш взгляд, в этой связи вызывают достоверно зарегистрированные избытки таких социально значимых заболеваний, как болезни сердечно-сосудистой системы. Возможно, к особенностям неонкологических эффектов при конкретной дозе облучения групп исследования можно отнести четко зафиксированные геронтологические последствия, проявившиеся в снижении возраста исследуемого экспонированного населения при формировании выраженной органической патологии стенок артериальных сосудов по сравнению с контролем. Результатами, подтверждающими такое положение, были наличие латентного периода для мужчин и женщин (10-12 лет), после которого не только регистрировались совокупные избытки заболеваний системы кровообращения, но и их существенное преобладание среди возрастной группы 30-39 лет. Клинические исследования на базе госпиталя инвалидов отечественной войны, при оценке модифицирующих факторов геронтологических эффектов, позволили констатировать увеличение уровня распространенности артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца среди экспонированных лиц более молодого возраста, чем в контроле. Показано, что среди этих групп исследования осложнения гипертонической болезни достоверно чаще фиксировались среди экспонированных групп с более частыми рецидивами и инвалидизацией. А онкологические и общесоматические эффекты ионизирующего излучения при установленной эффективной дозе облучения населения южных районов Восточно-Казахстанской области в течение 24 лет после облучения привели к геронтологическим эффектам, реализовавшимся в виде сокращения продолжительности предстоящей жизни.

Так, житель ЮКО, Сары-Агашского района, участник Семипалатинского полигона, больной А., 1950 года рождения, № истории болезни 236 от 2010 года, при поступлении предъявлял жалобы на боли в области сердца, за грудиной давящего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, в покое, ночью, длительностью до 2-3 минут, снимающиеся нитратами, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, одышку, головные боли, шум в ушах, головокружение, снижение памяти и слуха, боли в эпигастрии и правом подреберье, связанные с погрешностью в диете, боли в коленных суставах, утреннюю скованность. Во время нахождения в стационаре на ЭКГ отмечался синусовый, правильный ритм, ЧСС 68 в минуту,

горизонтальное положение электрической оси сердца, нарушение внутрижелудочковой проводимости, рубцовые изменения по задней стенке левого желудочка с признаками снижения коронарного кровотока, диффузные изменения в миокарде желудочков. В динамике на ЭКГ желудочковая экстрасистолия типа аллоритмии. На УЗИ органов брюшной полости отмечались диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, деформация ЧЛС обеих почек, мочекаменный диатез. По биохимическим исследованиям крови имело - АлАТ – 35,5 ед/л, АсАТ – 21,3 ед/л, креатинкиназа – 30,2 ед/л, мочевины – 14,4 ммоль/л, билирубин – 15,1 мкмоль/л, кальций общий – 2,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза – ед/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, креатинин – 85,4 мкмоль/л, общий белок – 79,7 г/л, холестерин – 4,84 ммоль/л. Электролиты крови: Na⁺ – 145,8 ммоль/л, K⁺ – 3,47 ммоль/л. Со стороны ОАК – Эр. – 5,24×10¹²/л, Hb – 167 г/л, Ц.П. – 0,9, лейкоц. – 10,5×10⁹/л, пал. – 1%, сег/яд – 63%, лимф. – 25%, мон. – 9%, эоз. – 2%, СОЭ – 2 мм/ч, микрореакция – отр. В ОАМ – количество – 250,0, цвет – с/ж, реакция – кислая, уд.вес – 1,005, прозрачный, белок и сахар – abs, эп.плоский – 0-1 в п/з, лейкоц. – 2-3 в п/з, эритроц. – ед. в п/з.

Больная Ш., 1962 года рождения, жительница Алматинской области, участница Семипалатинского полигона, № истории болезни 3189 от 2010 года, предъявляла жалобы на головные боли, шум в ушах, головокружение, снижение памяти, временами давящие за грудиной боли, связанные с физическим усилием, снимающиеся нитратами, быструю утомляемость, боли в костях и суставах, утреннюю скованность в них.

ЭКГ на момент обследования – ритм синусовый, правильный с ЧСС 72 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, снижение процессов реполяризации в миокарде желудочков диффузного характера, больше выраженное по верхушечной области. На ЭхоКГ: данных за порок сердца не выявлено, дополнительная хорда левого желудочка, нарушение диастолической функции левого желудочка по I типу, сократительная функция миокарда сохранена. На ЭхоЭГ отклонений от нормы не отмечено. УЗИ щитовидной железы: признаки тиреоидита. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы, ЖКБ, хронический калькулезный (1,2; 0,1; 0,6 см) холецистит, деформация ЧЛС обеих почек. Со стороны ОАК – Эр. – 4,2×10¹²/л, Hb – 138 г/л, Ц.П. – 0,9, лейкоц. – 7,5×10⁹/л, сег/яд – 50%, лимф. – 40%, мон. – 7%, эоз. – 35, СОЭ – 17 мм/ч, микрореакция – отр. Биохимия – креатинин – 71,9 мкмоль/л, глюкоза – 4,02 ммоль/л, АлАТ – 72,0 ед/л, АсАТ – 29,7 ед/л, билирубин – 15,1 мкмоль/л, тимоловая проба – 7,4 ед, холестерин – 7,33 ммоль/л, триглицериды – 1,14 ммоль/л. В динамике: АлАТ – 33,7 ед/л, АсАТ – 42,2 ед/л. В ОАМ количество – 70,0, цвет – с/ж, удельный вес – 1,025, прозрачный, эпителий плоский – 5-7 в п/з, эпителий полиморфный – 5-7 в п/з, лейкоц. – 6-8 в п/з, эритроцитов ед. в п/з, слизи +++, оксалаты +.

Таким образом, отмечаем, что у обследованных лиц, проживающих в данное время в других регионах республики и не контактирующие с факторами последствий ядерных взрывов, преобладающей болезнью являются нарушения со стороны сердечной и пищеварительной системы, при этом, у них имеются все данные к предрасположенности онкологическим заболеваниям. Делая заключения по нашим клиническим обследованиям, можем сказать, что у лиц пережившее ядерные взрывы на первом месте стоит заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы.

Клиническое значение функциональных шумов у детей

Ушурова А.И., Аппахова Г.М.
АГИУВ

В последние годы широкое распространение функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей привлекает внимание педиатров, обуславливая актуальность прогнозирования и первичной профилактики патологии с формированием групп повышенного риска заболевания. Интерес к проблеме также связан с тесной взаимосвязью заболеваний органов кровообращения у детей и взрослых [1].

Происхождение функциональных шумов сердца гетерогенно и может быть обусловлено снижением или наоборот повышением тонуса папиллярных мышц или всего миокарда, нарушением трофики и обмена сердечной мышцы вследствие вегетативной дисфункции, отклонений гормонального гомеостаза в период пубертата, что в свою очередь приводит к развитию неполного смыкания створок клапанов и регургитации крови. Это, как правило, «шумы мышечного происхождения» [7,9]. Выделяют также «шумы формирования сердца», возникающие вследствие неравномерности роста различных отделов сердца, створок клапанов, хорд [7]. В последнее время по мере развития ультразвуковой диагностики уточняются причины функциональных шумов в сердце у детей. В значительном проценте случаев формированию шумов способствуют так называемые «малые аномалии развития сердца» (МАРС) [1, 2, 3], которые могут являться морфологической основой функциональной сердечно-сосудистой патологии [3]. Аномально расположенные хорды (АРХ), как одна из часто встречаемых МАРС, могут быть наследственно детерминированы и иметь контролируемый одним геном аутосомнодоминантный тип наследования [5], кроме того, одним из клинических проявлений аномально расположенной хорды часто являются нарушения ритма желудочковые экстрасистолы, синусовая аритмия и др. При поперечно расположенных и множественных АРХ возможно нарушение внутрисердечной гемодинамики, геометрии левого желудочка и снижение его диастолической функции, нарушение толерантности к физическим нагрузкам [4, 5].

Материал и методы исследования

В рамках программы по раннему выявлению врожденного порока сердца у детей, во ДГКБ №2 г. Алматы проведено эхокардиографическое исследование 400 детей и подростков в возрасте от 1 мес до 15 лет, направленных на обследование по поводу шумов сердца.

Согласно анализу форм №112, обследуемые относились к 1 и 2 группам здоровья. Эхокардиографическое исследование проведено на аппарате Profocus (Дания) с проведением эхо-и доплеркардиометрии и расчетом объемов регургитации, площадей клапанов, оценкой систолической и диастолической функции миокарда левого желудочка.

Результаты и обсуждение

Структурные и гемодинамические отклонения (малые аномалии, митральные и трикуспидальные регургитации I и II степеней и др.) в сердце были выявлены у 40 % обследованных детей и подростков с «функциональными» шумами; малые аномалии сердца встречались в 99% случаев.

Пролабирование митрального клапана 1 степени (от 3 до 6 мм) отмечалось у 53% обследованных, причем в подавляющем большинстве случаев отмечался пролапс передней створки. ПМК сочетался с митральной регурги-

Структурной и гемодинамической основой «функциональных» шумов сердца у детей и подростков являются малые аномалии, регургитации на митральном и трикуспидальном клапане I и II степени. Дети, имеющие малые аномалии сердца, должны находиться под наблюдением специалистов, в группе повышенного риска развития органических заболеваний сердца.

Балалар мен жасөспірімдерде жүректің «функционалды» шуларының құрылымдық және гемодинамикалық негізі болып кіші аномалиялар, I, II дәрежелі митральді және трикуспидальді қақпақшалар регургитациялары жатады. Кіші аномалиялары бар балалар, жүректің органикалық ауруларының даму қаупі жоғары топтарда, мамандардың бақылауында болуы тиіс.

Minor cardiac abnormalities, mitral, tricuspid regurgitations of I and II degrees are structural and haemodynamic base of «functional» noises in children and youths. Children with minor cardiac abnormalities must be found under observation of specialists in group of high risk of organic diseases of heart.

тацией 1 степени в 22,1% случаев.

Пролабирование трикуспидального клапана 1 степени отмечалось у 5,6% обследованных и во всех случаях сочеталось с ПМК.

Аномально расположенные хорды, трабекулы (АРТ) или тяжи левого желудочка были выявлены у 23 % обследованных по поводу функциональных шумов; превалировали диагональные АРХ и АРТ. Поперечно-расположенные АРХ и АРТ составили 3,4%. Аномально расположенная хорда в изолированном виде отмечалась в 1,1% наблюдений, в остальных случаях она сочеталась с другими малыми аномалиями.

У 2,2% детей пролапс митрального клапана сочетался с пролапсом трикуспидального клапана и аномально расположенной хордой левого желудочка. Сочетание ПМК и аномально расположенной хорды левого желудочка отмечено в 20,2% случаев. Аномально расположенная хорда левого желудочка сочеталась с изолированной митральной регургитацией 1 степени у 6,8% обследованных лиц.

У 23% обследованных было выявлено открытое овальное окно с непостоянным гемодинамически незначимым сбросом без нарушений, характерных для дефекта межпредсердной перегородки, с нормальными показателями давления и кровотока в правом желудочке и легочной артерии. Открытое овальное окна в единичных случаях сочеталось с аномально расположенной хордой левого желудочка, в остальных наблюдениях с изолированной митральной регургитацией 1 степени.

При исследовании внутрисердечной гемодинамики наиболее частой находкой была митральная регургитация, частота регистрации которой составила 60%. Приклапанная митральная регургитация отмечалась у 13 % детей и подростков; митральная регургитация 0-1 степени – у 9,9 %. Во многих наблюдениях митральная регургитация носила непостоянный характер и изменялась по площади в пределах 1 степени в последовательных сердечных циклах.

В норме митральная регургитация 1 или 2 степени регистрируется у 40-60% здоровых людей и может формироваться вследствие разницы давления между левым желудочком и левым предсердием в систолу, недостаточности нижнемедиальной комиссуры митрального клапана и

рассматривается как функциональная при условии, если не является гемодинамически значимой. При ее регистрации не должны определяться признаки объемной перегрузки и повышения градиентов давления в полостях сердца [4, 8].

Трикуспидальная регургитация 1 степени отмечалась у 100% обследованных

Трикуспидальная регургитация незначительной степени выраженности (1 или 2 степени), по данным литературы, имеет место у 80 % здоровых людей. В этом случае не должны регистрироваться признаки объемной перегрузки правых отделов сердца, систолическая пульсация нижней полой вены, уменьшение раскрытия клапана легочной вены [4, 6].

В протоколе эхокардиографического исследования должны отражаться наличие трикуспидальной и митральной регургитации, их степени и трансклапанные градиенты давления для объяснения причины шума в сердце. Сочетание их с малыми аномалиями сердца требует наблюдения ребенка для выявления в динамике неблагоприятных форм МАРС, признаков прогрессирования и развития их осложнений.

Регургитация на клапане легочной артерии имела место у 100% обследованных и подавляющем большинстве наблюдений была не более 1 степени, среднее давление в легочной артерии составило 15 мм рт. ст.

Приклапанная аортальная регургитация была зарегистрирована у 7,2% обследованных и отмечалась на фоне незначительного пролабирования некоронарной створки аортального клапана (до 2-2,5 мм). Во всех случаях она сочеталась с ПМК 1 степени, митральной регургитацией 1 степени и аномальнорасположенной хордой.

Таким образом у обследованных детей с функциональными шумами обнаружена одна малая аномалия в сердце у 62% , сочетание двух малых аномалий имели 30 % и у 8 % были зарегистрированы 3 малые аномалии.

Превышение порога 3 малых аномалий в сердце является индикатором неблагополучия в отношении факторов, как влияющих на формирование здоровья, так и характеризующих его [3]. Некоторые малые аномалии, к примеру, пролапс митрального клапана, ассиметрия клапана аорты, требуют пристального внимания педиатров и кардиологов в силу того, что они являются факторами риска развития органической патологии сердца у взрослых.

Изложенные литературные данные и собственные наблюдения свидетельствуют о том, что шумы, выслушиваемые практически у каждого обследованного с малыми аномалиями, не могут, вероятно, рассматриваться как функциональные. Разнообразие анатомических и гемодинамических причин, вызывающих шумы, указывает на полиморфизм «функциональных» шумов в детском возрасте и вызывает необходимость проведения дифференциальных диагностических мероприятий по уточнению диагноза.

Наличие «кардиального анамнеза» по материнской ли-

нии, отягощенного антенатального анамнеза, отягощенность наследственности по раннему атеросклерозу по отцовской линии, проживание в условиях влияния неблагоприятных экологических факторов, регистрация трансклапанных ретроградных потоков крови различной степени выраженности и их динамическое прогрессирование, присутствие сочетанных фенотипических маркеров дисплазии кожи, скелета, висцеральных стигм дисэмбриогенеза требует индивидуального подхода к детям, имеющим малые аномалии сердца даже в единичном числе.

Выводы

1. МАРС требуют индивидуального подхода при прогнозировании своего течения с учетом «диагностического веса» каждого фенотипического маркера висцеральных проявлений дисплазии соединительной ткани и возможных осложнений

2. Структурной и гемодинамической основой «функциональных» шумов у обследованных детей и подростков являются малые аномалии (40%), имеющие широкое распространение (99%) и множественный характер (30% детей имели две и более малые аномалии), а также регургитации на митральном (60%) и трикуспидальном клапане (100%) I и II степеней.

3. Дети, имеющие малые аномалии сердца, должны находиться под наблюдением специалистов, в группе повышенного риска развития органических заболеваний сердца.

Литература

1. Беляева, Л.М., Хрусталева, Е.К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. - Минск.: Амалфея, 2000. - 208 с.
2. Гнусаев, С.Ф. Белозеров Ю.М. Эхокардиографические критерии диагностики и классификация малых аномалий сердца у детей. - Ультразвуковая диагностика. -1997. -3. -С. 21-27.
3. Гнусаев, С.Ф., Белозеров, Ю.М., Виноградов, А.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей. -Российский вестник перинатологии и педиатрии. -Том 51, 4, 2006. -с. 20-25.
4. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Под редакцией Митькова В.В., Садриковой В.А., М., Т.5., 1999.
5. Кобелева, Е.А. Клинико-функциональные и эхокардиографические особенности малых аномалий развития сердца у детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости: Автореф+к.м.н. - 14.00.09-Красноярск, 2004. -23 с.
6. Кожарская, Л.Г., Качан, Г.Л. Малые аномалии сердца у детей. - Медицинская панорама. -2006, 2. -с. 5-8.
7. Мазурин, А.В., Воронцов, И.М. Пропедевтика детских болезней.-М.: Медицина, 1985.-432 с.
8. Шиллер, Н., Осипов, М.А. Клиническая эхокардиография, второе издание. -М., Практика, 2005. -344 с.
9. Кожанов В.В., Имамбетова А.С., Утельбаева С.А. и др. ЭхоКГ показатели здоровых детей города Алматы. Методические рекомендации г. Алматы. 1996г. С. 14.

Течение неревматических кардитов у детей раннего возраста на фоне малых аномалий развития сердца

Куанышбекова Р.Т., Мырзабекова Г.Т., Ушурова А.И.

Кафедра педиатрии АГИУВ г. Алматы

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) это врожденная аномалия соединительно-тканной структуры различных органов и систем, в основе которой лежит снижение содержания отдельных видов коллагена и/или нарушение их соотношения, приводящее к снижению прочности соединительной ткани [1,2].

При синдроме ДСТ сердца в патологический процесс во-

влекается его соединительно-тканый каркас — сердечные клапаны (атриовентрикулярные, полулунные, евстахиев клапан), подклапанный аппарат, перегородки сердца и магистральные сосуды.

В клинической практике, когда речь идет о морфологической основе изменений сердечно-сосудистой системы без гемодинамических нарушений, Ю. М. Белозеровым (1993) и

С. Ф. Гнусаевым (1995) вместо термина «ДСТ сердца» был предложен другой — «малые аномалии развития сердца» (МАРС) [1,2,3]. Согласно определению этих авторов, МАРС считаются анатомические изменения архитектуры сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функций сердечно-сосудистой системы [1].

Нередко МАРС сопровождают такие патологические состояния, как нарушения сердечного ритма и проводимости, в том числе синдром ранней реполяризации, синдром слабости синусового узла, синдром Вольф–Паркинсон–Уайта, повышение электрической активности левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, экстрасистолия и пароксизмальная тахикардия [4]. По данным Л. А. Балыковой и соавт. (2002), у 90% больных с нарушениями сердечного ритма с помощью эхографии были выявлены МАРС (преимущественно ПМК) [2]. Однако не все МАРС сопровождаются нарушениями сердечного ритма и (или) могут являться их причиной. Открытое овальное окно который является вариантом межпредсердной коммуникации, не относится к дефектам МПП, встречается в 25–30% случаев. ПМК у детей обнаруживается в 5–14% случаев и дополнительная хорда левого желудочка в 34,1% [5,7].

Неревматические поражения сердца занимают значительное место в детской кардиологии. В последнее время отмечается рост числа детей с неревматическими кардитами, которые характеризуется тяжелым течением.

Наиболее частой причиной в развитии миокардитов в 88,7% случаях у детей являются инфекционные заболевания, из них 59,6–95% это вирусные инфекции (3). Большое значение в происхождении миокардитов, особенно у детей, придают цитомегаловирусам, которые могут персистировать после первичной инфекции в различных органах многие месяцы и даже годы и активироваться при ослаблении иммунной системы организма [6]. По данным Мутафьян у детей до 3-х лет миокардит протекает тяжелее, чем у детей старшего возраста, а мальчики болеют в несколько раз чаще девочек [3].

Данное клиническое исследование посвящено выявлению факторов риска, изучению клинко-инструментальных особенностей при неревматических миокардитах у детей раннего возраста.

Нами обследовано 80 детей в возрасте от 3-х месяцев до 5-и лет поступивших в кардиоревматологическое отделение ДГКБ №2 (гл. врач к.м.н. Брежнева И.В.) города Алматы с диагнозом: неревматический кардит. Возрастнополовой анализ показал, что 44 (55%) были мальчики и 36 (45%) девочки, средний возраст их составил 1,5 года. У детей при углубленном клинко-лабораторном исследовании были выявлены такие внутриутробные инфекции (ВУИ) как: цитомегаловирус у 16,25%, герпес у 10%, листериоз у 5%, хламидиоз, краснуха, лямблии и вирус коксаки у 1,25% пациентов. При ЭхоКГ исследовании детей с неревматическими кардитами у 32,5% больных выявлены дополнительная хорда левого желудочка, открытое овальное окно у 23% больных и у 7% пролапс митального клапана. У 11,25% пациентов имело место сочетание ВУИ и МАРС. У 14% детей диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС).

При анализе антенатального анамнеза выявлены что, у 25% матерей обнаружены внутриутробные инфекции, а у 50% токсокозы и угрозы прерывания беременности. Еще у каждой четвертой мамы были указания на перенесенный ревматизм, хронический пиелонефрит и артериальную гипертензию.

При поступлении в стационар у всех детей отмечалось тяжелое состояние, обусловленное симптомами сердечной недостаточности IIA и IIB степени. Клинически при объективном исследовании у всех детей выявлялась кардиомегалия,

Таблица 1. Среднее значение показателей ЭКГ и ЭхоКГ и количество пациентов с отклонениями от нормы

возраст	P	PQ	QRS	ЧСС	КТИ	ФВ	СМЛЖ
до года	0,040	0,110	0,059	160,571	0,588	57,429	27,893
1-2 лет лет	0,046	0,130	0,063	144,333	0,571	58,810	28,095
2-5 лет лет	0,044	0,116	0,061	130,581	0,551	56,774	27,129
Кол-во пациентов с отклонениями от нормы в %	88,1%	33,3%	11,7%	35%	95%	67,5%	98,7%

миокардитический синдром в виде тахикардии или брадикардии, ослабленного и разлитого верхушечного толчка, расширении границ сердца чаще влево, ослаблении и глухости сердечного тона на верхушке. У всех обследованных пациентов выявлено патологическое усиление 2 тона над легочной артерией, которое обусловлено венозным застоем и повышением давления в малом круге кровообращения.

У детей с неревматическим кардитом были использованы данные ЭКГ (частота сердечного сокращения, P, PQ, QRS), рентгенография органов грудной клетки (кардиоторакальный индекс), ЭхоКГ-ие исследования (фракция выброса, сократимость миокарда левого желудочка с расчетом среднего показателя). Все дети были разделены на три возрастные группы: до 1 года (I группа), с 1 года до двух лет (II группа) и с двух до пяти лет (III группа). Среднее значение показателей указаны в таблице 1.

Изменения QRS комплекса выявлены лишь у 11,7% пациентов, тогда как для таких показателей как ФВ, P, КТИ, СМЛЖ изменения составили от 67,5% до 98%. Для упрощения поиска статистически достоверной разницы между нормой и патологией все показания были разделены на три группы - норма, граница нормы и патология. В таблице 2 представлена частота встречаемости и критерий χ^2 для пациентов имеющих ВУИ и без нее.

Таблица 2. Частоты встречаемости нормы и патологии и критерий χ^2 для пациентов имеющих ВУИ и без ВУИ

показатель	пациенты	патология	граница нормы	норма	χ^2 и p
P	с ВУИ	0,789	0,000	0,211	0,243781
	без ВУИ	0,912	0,000	0,088	1
PQ	с ВУИ	0,550	0,000	0,450	5,681897
	без ВУИ	0,259	0,000	0,741	0,017140831
QRS	с ВУИ	0,000	0,000	1,000	0,000000
	без ВУИ	0,000	0,000	1,000	1
ЧСС	с ВУИ	0,409	0,455	0,136	0,805439
	без ВУИ	0,328	0,586	0,086	0,369472137
КТИ	с ВУИ	0,947	0,053	0,000	0,000012
	без ВУИ	0,948	0,034	0,017	1
ФВ	с ВУИ	0,591	0,000	0,409	0,978128
	без ВУИ	0,707	0,000	0,293	0,322661442
СМЛЖ	с ВУИ	1,000	0,000	0,000	0,004801
	без ВУИ	0,983	0,000	0,017	1

Исходя из фактического распределения, для проверки распределения Хайди-Вайнберга, нами было просчитано ожидаемое распределение. В данном случае значимые различия были обнаружены для критерия PQ. Это подтверждает значение $\chi^2 = 5,681897$ при $p = 0,017$. По остальным показателям статистически достоверной разницы выявлено не было. Значение χ^2 не превышало у них порогового уровня в 5%. Помимо этого статистически достоверные различия были обнаружены между группой имеющей МАРС и без них по показателям фракции выброса. В данном случае $\chi^2 = 5,134004$ при $p = 0,042$. Также для каждого из показателей ЭКГ и ЭхоКГ было рассчитано стандартное отклонение для

всей выборки и отдельно для каждой возрастной группы. Данные стандартного отклонения представлены в таблице 3.

Таблица 3. Частота встречаемости нормы и патологии и критерий χ^2 для пациентов имеющих МАРС и без МАРС

показатель	пациенты	вне нормы	граница нормы	норма	χ^2 и p
P	МАРС	0,875	0,000	0,125	0,006397
	без МАРС	0,893	0,000	0,107	1
PQ	МАРС	0,360	0,000	0,640	0,445714
	без МАРС	0,286	0,000	0,714	0,50437723
QRS	МАРС	0,102	0,000	0,898	0,033613
	без МАРС	0,143	0,000	0,857	1
ЧСС	МАРС	0,392	0,510	0,098	1,127684
	без МАРС	0,276	0,621	0,103	0,288270155
КТИ	МАРС	0,923	0,058	0,019	0,102564
	без МАРС	1,000	0,000	0,000	1
ФВ	МАРС	0,569	0,000	0,431	5,134004
	без МАРС	0,862	0,000	0,138	0,042029808
СМЛЖ	МАРС	0,980	0,000	0,020	0,007198
	без МАРС	1,000	0,000	0,000	1

Удлинение P зубца выявлено у 87- 89% больных, PQ интервал у 64- 71 % больных и интервал QRS у 89 – 85 % больных оставался в норме. Изменения ЧСС в виде тахикардии и брадикардии были у 39 – 27% больных. Расширение КТИ в 100% случаях свидетельствовал пользу миокардита. У 56-86% пациентов отмечалось снижение ФВ, в 100% случаев снижение СМЛЖ.

Таблица 4. Показатели стандартного отклонения

показатель	во всей выборке	до года	1-2 лет лет	2-5 лет
P	0,006737	0,000	0,008701	0,007277
PQ	0,021513	0,02	0,024794	0,017083
QPS	0,01071	0,008327	0,013166	0,010565
ЧСС	35,95799	42,44685	28,08974	28,56662
КТИ	0,059188	0,0723	0,061855	0,039103
ФВ	4,594834	4,733087	4,976134	4,144954
СМЛЖ	4,185871	5,3978	3,128974	3,593902

По данной таблице, по всей выборке значительные изменения были для таких показателей как ЧСС, КТИ, ФВ

и СМЛЖ, в возрастном аспекте эти изменения больше характерны для детей от 3-х мес. и до 2-х лет.

Среди показателей ЭКГ и ЭхоКГ статистическая разница была обнаружена по PQ ($\chi^2 = 5,681897$ при $p=0,017$) также между группами с ВУИ и без и по показателю фракции выброса ($\chi^2 = 5,134004$ при $p=0,042$) между группами пациентов имеющих различные МАРС и без них.

Таким образом результаты наших исследований свидетельствуют, что неревматические миокардиты в возрасте от 3-х мес. до 3-х лет протекают на фоне неблагоприятного течения беременности, а при ЭхоКГ исследовании у 75% выявлены МАРС, которое предопределяло тяжелое течение миокардитов и проведение активной терапевтической тактики. В лечении все дети получали комплексную патогенетическую и симптоматическую терапию, включающую ГК из расчета 1-1,5 мг/кг в сутки, по показаниям антибактериальная терапия в течение 2-3 недель, НПВП(ортофен, ибупрофен), сердечные гликозиды в поддерживающей дозировке, мочегонные препараты, ингибиторы АПФ, метаболическую терапию (кудесан, актовегин, милдронат, элькар). Лечебные мероприятия требовали дифференцированного подхода в зависимости от характера кардиальных структурных аномалий, а также степени выраженности вегетативных дисфункций.

Список литературы

1. Н. А. Коровина, А. А. Тарасова, Т. М. Творогова, Л. П. Гаврюшова, М. С. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей. - *Мед. Научно-практический журнал «Лечащий врач»* 04/2005. с.45-47
2. Белозеров, Ю.М., Виноградов, А.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей. - *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* - Том 51, 4, 2006. - с.20-25
3. Мутафьян О.А., Кардиты у детей и подростков. - СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. С. 56- 68.
4. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 600с.
5. Нусипбекова С.С. Частота дисэмбриогенеза соединительной ткани у детей с ПМК. // Сборник научных трудов « Экология и здоровье детей», Усть- Каменогорск, 2003, С.90-91.
6. Куанышбекова Р.Т. Внутрютробные инфекционные заболевания детей. Руководство для врачей. Алматы 2007, С.15-19.
7. Кожанов В.В., Имамбетова А.С., Утельбаева С.А. и др. ЭхоКГ показатели здоровья детей города Алматы. Методические рекомендации г. Алматы. 1996г. С.14.

Математическое прогнозирование тяжести течения неревматических кардитов у детей раннего возраста

Мырзабекова Г.Т., Ушурова А.И., Нурғалиева С.З.

АГИУВ

УДК 616.12-002-053.3-02-036.1-07

Неревматические поражения сердца занимают значительное место в детской кардиологии. Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, клинических проявлений, принципов диагностики, терапии и профилактики, неревматические кардиты у детей продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной педиатрии. Возросшая частота и тяжесть заболевания, прогрессирующий характер течения с тенденцией к хронизации, возможность летального исхода привели к необходимости более ранней и точной диагностики и оптимизации лечения этого заболевания.

В последнее время отмечается рост числа детей с неревматическими кардитами (НК), которые характеризуется тяжелым течением [1].

При математической обработке клинических признаков тяжести неревматического кардита на фоне МАРС удельный вес внешних признаков дисплазии соединительной ткани оказался намного выше, чем клинико- лабораторные показатели. Неблагоприятными критериями течения неревматического кардита при математической обработке были: хроническое, тяжелое течение кардита с НК II А степени, хрипы в легких, тахикардия, гепатомегалия, частая респираторная патология, рахит, шкала по Ангар меньше 7 баллов, нарушение гемодинамики, недоношенность.

Клиническими симптомами благоприятного течения оказались – легкое течение с НК 0 степени, шкала Ангар 7 – 10 баллов, лимфоцитоз, возраст от года до 3-х лет, начало заболевания после ОРВИ.

Наиболее частой причиной в развитии миокардитов в 88, 7% случаях у детей являются инфекционные заболевания, из них 59,6- 95% это вирусные инфекции. [2]. Ведущая роль в возникновении миокардитов отводится энтеровирусам, которая обусловлена вазотропностью и кардиотропностью этих вирусов. Большое значение в происхождении миокардитов, особенно у детей, придают цитомегаловирусам, которые могут персистировать после первичной инфекции в различных органах многие месяцы и даже годы и активироваться при ослаблении иммунной системы организма. [3]. У детей до 3-х лет миокардит чаще связан с энтеровирусной или респираторно – вирусной инфекцией (83, 3%) и протекает гораздо тяжелее, чем у детей старшего возраста. Мальчики болеют миокардитом в несколько раз чаще девочек[4].

Вирусный миокардит может быть вызван вирусами краснухи, кори, герпеса или вирусно- вирусной ассоциацией [5]. Прогностические данные о течении и исходе миокардита очень разноречивы [6]. Даже при наличии признаков недостаточности кровообращения острый вирусный миокардит заканчивается клиническим выздоровлением без осложнений и последствий у 90% больных. [7]. По данным Ю.М. Белозерова (2004), полное выздоровление после перенесенного миокардита наступает у 50% больных детей и подростков, в 25- 35 % случаев у пациентов в дальнейшем может развиваться хроническая дилатационная кардиомиопатия, требующая трансплантации сердца.

Наличие у детей раннего возраста неревматического кардита обуславливает значительные трудности дифференциального характера, особенности клинического течения, выражающиеся в стертости, отсутствии специфической симптоматики, тяжести заболевания, прогрессирующем характере течения с тенденцией к хронизации процесса и неблагоприятным исходом, что диктует необходимость более объективной и оперативной диагностики, а также оптимизации лечения данной патологии у детей раннего возраста.

Цель исследования

Многофакторный анализ информативности анамнестических, клинико-лабораторных, инструментальных признаков неревматического кардита, а также характеристики сердечной недостаточности у детей раннего возраста для определения прогноза заболевания. Для повышения точности прогнозирования использована дифференциально- диагностическая оценка признаков неревматического кардита.

Материалы и методы исследования

В соответствии с целью и задачами работы обследовано 150 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет поступивших в кардиоревматологическое отделение ДГКБ № 2 г. Алматы (Республика Казахстан) с диагнозом: неревматический кардит. В зависимости от наличия у них внутриутробной инфекции и малых аномалий развития сердца дети разделены на три группы. Первую группу составили 45 (30%) детей с НК, вторую группу составили 60 (40%) детей с НК на фоне внутриутробных инфекций и малых аномалий развития сердца, третья группа представлена 45 (30%) детьми с НК и малыми аномалиями развития сердца. Диагноз НК основывался на классификации Н.А. Белоконов (1987), и использовались критерии ВОЗ и адаптация терминологии по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

У всех обследованных детей изучался антенатальный и постнатальный анамнез. Возрастно - половой анализ показал, что болеют чаще мальчики 55,33% (83) и 44,66% (67) девочки, средний возраст которых составил 1,5 года.

В работе были использованы клинические, лаборатор-

Mathematical predicting non-rheumatic carditis in young children.

In the mathematical analysis of clinical symptoms of severity of non-rheumatic carditis against Small anomalies of development of heart proportion of external signs of dysplasia of the connective tissue was much higher than clinical - laboratory tests. Adverse flow of non-rheumatic carditis criteria for mathematical treatment were: chronic, severe course of carditis with NC II A degree, wheezing in the lungs tahibradiaritmia , hepatomegaly, frequent respiratory pathology, rickets, the scale of Apgar scores below 7, the violation gemolikorodinamik, prematurity.

Clinical symptoms were favorable current - easy for a BSD of 0 degree, Apgar score 7 - 10 points, lymphocytosis, age from one year to 3 years after the onset of the disease ORP.

Математикалық талдауда ЖДКА фонындағы ревматикалық емес кардиттің ауырлық дәрежесінің клиникалық көріністері және кер тіннің дисплазиясының сыртқы көріністерімен салыстырғанда салмағы, клиникалық лабораторлы көрсеткіштерден әлде қайда көпке жоғары болып шықты. Математикалық талдау кезінде ревматикалық емес кардиттің ағымының жағымсыз критерийлеріне: созылмалы ҚЖ II А дәрежесімен кардиттің ауыр ағымы, өкпедегі сырылдар, тахикардия, гепатомегалия, жиі респираторлы патология, мешел, Аpgар шкаласы бойынша 7 баллдан төмен, гемолитикалық қан ағымының бұзылысы, шала туылу жатады.

Жағымды ағымымен өтетін клиникалық симптомдарға: ҚЖ 0 дәрежесімен жеңіл ағымы, Аpgар шкаласы бойынша 7-10 балл, лимфоцитоз, бірден 3 жасқа дейінгі жас аралығы, ЖРВИ дан кейінгі аурудың басталуы жатады.

ные и инструментальные методы исследования. На каждого ребенка заполнялась индивидуальная карта по 42 пунктам, жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, оценка при рождении, нервно-психическое, физическое развитие.

Исследования проводились методом анкетирования и непосредственного клинического осмотра детей. Обследование детей (0- 3 лет) проводилось с помощью специально разработанной карты, включающей паспортную часть, анте, пренатальный период, данные о жилищно- бытовых условиях детей, анамнезе жизни и заболевания, жалобы и результаты клинического осмотра.

Клинические методы исследования включали непосредственный врачебный осмотр госпитализированных детей, общепринятое лабораторное обследование. Биохимическое

исследование с определением кардиомаркеров (ЛДГ, КФК). ИФА на ЦМВИ. Всем детям проводилась комплексная оценка физического и нервно- психического развития. Диагностировалась сопутствующая патология. Клиническая оценка сердечной недостаточности проводилась по общепринятым признакам.

Деятельность сердечно-сосудистой системы оценивалась по результатам инструментальных данных: ЭКГ, ЭхоКГ, Доплер ЭхоКГ, рентгенографии органов грудной клетки.

ЭКГ исследование проводилось на аппарате Fucuda denshi (Япония) по 12 клиническим отведениям. Аппарат является интерпретирующим (расшифровывающим ЭКГ, который способен измерять и анализировать стандартные ЭКГ с 12 отведениями с использованием сложной микропроцессорной технологии. Программа анализа основана на клинических проверенных диагностических критериях, классифицированных в целях большей точности по возрастным группам и половому признаку. Результаты анализа включают в себя расшифровку коды «Минесота», варьированные измерения и доминантные волновые формы.

ЭхоКГ исследование выполняли на ультразвуковом сканере Profocus фирмы (Дания) по стандартной методике

в М и В режимах с использованием датчика с частотой 3 МГц. Исследования проводились по общепринятым методикам зарубежных и отечественных авторов, согласно рекомендациям ЭхоКГ общества. (Белозеров Ю.М., Потылико Г.Н. 1995г. 71 стр.) Анализ проводился с имеющимися нормативными документами, материалами ЭхоКГ показателей у детей г. Алматы. Использовались основные стандартные эхокардиографические позиции, позволяющие визуализировать различные структуры сердца. Определение размеров камер, стенок сердца и сосудов производили в проекции по длинной оси сердца из парастернального доступа, в положении ребенка лежа на боку, с валиком над головой. По результатам ЭхоКГ определялись основные показатели. Определялись следующие показатели морфофункционального состояния сердца: конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический размеры (КСР) левого желудочка, диаметр полости левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ), диаметр аорты (Ао), толщина миокарда задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), межжелудочковой (МЖП) и межпредсердной перегородок (МПП). С помощью стандартных формул вычисляли конечно-диастолический объем (КДО) и конечно-систолический объем (КСО), ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ) левого желудочка и СМЛЖ (сократимость миокарда левого желудочка). Применялось цветное доплеровское картирование для оценки клапанов сердца, выявления патологических внутрисердечных потоков, таких как регургитация и шунты.

Проводилась обзорная рентгенография грудной клетки, позволяющая уточнить контуры сердца, расположение, форму и величину краевых отделов сердечных камер, а также строение легких и сосудистую тень. Рентгенография выполнялась в вертикальном положении ребенка в прямой проекции в рентгенологическом отделении 2 ДГКБ на рентген-диагностическом аппарате «Медикс Р-А» (Россия). Определяли размеры сердца, кардио-торакальный индекс (КТИ).

С целью повышения точности прогнозирования использована дифференциально-диагностическая оценка признаков неревматического кардита. Важнейшим результатом всех исследований факторов риска является четкое выявление зависимости прогностической силы конкретных факторов, а главное их пороговых значений. Сравнивались группы пациентов:

- 1) анамнестические, клинико-лабораторные, инструментальные данные I группы детей имеющих кардит без ВУИ и МАРС, протекающих с благоприятным исходом и в 90% с исходом в выздоровление.

- 2) анамнестические, клинико-лабораторные, инструментальные данные III группы детей, у которых кардит протекал на фоне МАРС.

- 3) II группа детей, у которых неревматический кардит протекал в тяжелой форме с НК II А степени на фоне ВУИ и МАРС.

Для удобства работы с перечнем факторов риска, определения удельного веса и информативности каждого изученного признака был произведен математический подсчет значимости каждого фактора риска путем определения его прогностического коэффициента.

Из 96 клинико-лабораторных признаков, характеризующих неревматический кардит у детей раннего возраста, в результате обработки полученных результатов было оставлено 38 статистически достоверных признаков для II - III группы и 30 признаков для I - III группы, которые оказались наиболее информативными. Отбор признаков проводился после вычисления информативности по Кульбаку. Обработка материала проведена с использованием методики моделирования вероятностной алгоритмизации по типу Байеса. Определение прогностического коэффициента (ПК) осуществлялось методом «Вальда». В результате были

составлены дифференциально-диагностические таблицы. В представленных таблицах приведен перечень прогностических тест-признаков, причем каждый признак выражен числовым диагностическим коэффициентом с положительным или отрицательным значением. Выявлен удельный вес каждого признака. Как показала математическая обработка полученных результатов, определение прогностического коэффициента дает возможность выявить наборы прогностических признаков, характерных для неблагоприятного и благоприятного течения неревматического кардита у детей раннего возраста.

Работа с таблицами строится следующим образом: вначале определяют наличие или отсутствие тех или иных прогностических признаков у детей раннего возраста с неревматическим кардитом, затем производят суммирование их прогностических коэффициентов. В случае если сумма используемых коэффициентов достигает порогового значения (оно равно +13 или -13) это гарантирует высокую достоверность (до 95%) и выносится определенное решение. Так, достигнутое пороговое значение с положительным знаком (+13) говорит о том, что у обследуемого больного риск развития неблагоприятного течения заболевания высок. В тоже время указанная пороговая сумма с отрицательным знаком (-13) свидетельствует о наличии благоприятного течения заболевания.

Результаты исследования

При математической обработке анамнеза заболеваний матери во время беременности наиболее информативными признаками тяжелого течения кардита оказались: мертворождение (ПК+ 12,2), пиелонефрит (ПК+ 8,4), выкидыши (ПК+ 5,1), анемия + 4,6 (ВУИ+ 4,3. В оценке фонового состояния – поражение ЦНС (ПК+ 6,8), недоношенность (ПК+ 8,1), анемия (ПК+ 7,0). При оценке течения тяжести кардита наиболее весомыми оказались: хроническое течение, средне-тяжелое и тяжелое течение кардита, и НК II А, НК II Б степени. При оценке клинических признаков наиболее информативным для тяжелого течения кардита оказалась гепатомегалия (+ 8,1), кашель и хрипы в легких. При оценке лабораторных признаков наиболее информативными признаками были анемия II степени. В возрастном аспекте наиболее информативным для тяжести кардита был возраст от 3-х до 6 месяцев. При дифференциальной диагностике между I - III группой наиболее информативными признаками для тяжелого течения кардита были: острое, подострое, тяжелое течение кардита с НК II А степени, хрипы в легких, тахикардия. Из фоновой патологии наиболее информативными, которые влияют на тяжесть течения кардита были частая респираторная патология, рахит, внутриутробная гипотрофия, при оценке раннего неонатального периода оценка по шкале Апгар меньше 7 баллов и НГЛД.

При анализе внешних стигм дизэмбриогенеза и признаков дисплазии соединительной ткани наиболее информативными для тяжести течения кардита были: различный уровень расположения ушей (ПК+ 11,9), низкое стояние пупка (ПК+ 9,5), уплощенный затылок (ПК+ 8,5), низко расположенные уши (ПК+ 8,0).

Таким образом, благодаря математическому многофакторному анализу клинико-лабораторных признаков у детей раннего возраста с неревматическим кардитом, отработана схема прогнозирования течения заболевания, созданы решающие правила для индивидуального прогноза, который позволяет объективно, с достаточной точностью определить прогноз заболевания, для выбора терапевтического воздействия, с целью повышения эффективности лечения и достижения лучших результатов.

Список литературы

1. Бойцов С.А., Дерюгин М.В. Современные возможности диагностики неревматических миокардитов//*Consilium medicum*. - 2002. - №4. - С. 117-124.
2. Орлова Н.В., Парийская Т.В., Гакавий В.И. Кардиоревматология детского возраста. - Кишинэу: Центральная типография, 1998-262 с.
3. Мутафьян О.А., Кардиты у детей и подростков. - СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. С. 56- 68.
4. МакМуллан М.Р., О Коннел Дж.Б. Миокардит и другие специфические

- ческие мышцы сердца // *Клиническая кардиология* / Под ред. Р. Шланта, Р. Александера: Пер с англ. - М.: СПб.: невиский диалект, 2000. - С. 197-206.
5. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 600с.
 6. Мутафьян О.А., Егорова Л.И., Минченко С.И., Вишневецкая Т.В. Особенности течения неревматических у детей и подростков // *Сб. науч. Ст.к 135 – летию ДГБ № 19 им. К.А. Раухфуса*. - СПб., 2004. - С. 32-36.
 7. Куанышбекова Р.Т. Внутриторбные инфекционные заболевания детей. Руководство для врачей. Алматы 2007, С. 15-19.

Влияние препаратов селена на иммунитет и гемокоагуляцию при лечении пневмонии у детей

Дадамбаев Е.Т., Мусабекова Р.К., Наурызбаева Г.Б., Жасыбай Т.Т., Алибекова Б.А.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Кафедра амбулаторно-поликлинической педиатрии г.Алматы

УДК: 616.24-002-0532

Селен входит в состав многих гормонов и ферментов и связанный таким образом с деятельностью всех органов, тканей и систем. Их достаточное наличие в организме наряду с другими микроэлементами необходимо для поддержания нормального функционирования организма [1].

Несмотря на многочисленные исследования, проведенные за последние годы, роль селена в жизнедеятельности детского организма остается еще во многом не изученной. В структуре заболеваемости и смертности у детей заболевании органов дыхания занимает одно из ведущих мест [2]. Однако до сих пор не изучен обмен селена при заболеваниях органов дыхания.

Целью нашего исследования

явилось изучение обмена селена при острых и затяжных пневмониях у детей и определение влияния селеносодержащих препаратов (Триовит, Неоселен) на гемостаз и иммунитет больных детей.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 50 детей с различными формами острой пневмонии. Определение селена в биологических жидкостях (в крови и моче) проводили флюориметрическим методом с применением индикатора 2,3 — диаминонафталина. Состояние гемостаза организма оценивали по показателям коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного звеньев системы гемостаза.

Всем детям проводилось общеклинические (ОАК) и иммунологические исследования (определение фагоцитарной активности нейтрофилов, концентрации циркулирующих иммунных комплексов, количества Т-лимфоцитов в периферической крови, уровня регуляторных субпопуляций Т- лимфоцитов в периферической крови, концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, G)

Исследование проведено в динамике заболевания в остром периоде и периоде выздоровления.

Как видно из таблицы №1, Т-хелперов после лечения «Триовитом» оказалось достоверно выше, чем у детей, которые получали «Плацебо», а другие показатели достоверно мало изменились

Видимо, что количество Т-хелперов после «Триовита» увеличилось до контрольных значений в сравнении с

Таблица 1 – Изменение иммунологических показателей у больных детей с пневмонией после лечения селеносодержащим препаратом ($M \pm m$)

Показатели		«Плацебо» n=15					
		До приема	После приема	P	До приема	После приема	P
Т - лимфоциты	%	35,5± 1,4	34,9±1,4	0,1	30,3± 1,4	36,8±1,5	<0,05
	Абс.	0,7±0,04	0,59±0,06		0,7±0,05	0,8±0,05	<0,05
Т – хелперы	%	30,5±1,5	30,4± 1,6	0,1	31±0,7	43,4±0,9	<0,001
	Абс.	0,73±0,06	0,72±0,07		0,71±0,04	0,84±0,07	<0,001
Т – супрессоры	%	17,6±1,2	18,8± 1,2	0,1	16,7±1,2	17,0±1,2	>0,1
	Абс.	0,65±0,05	0,64±0,05		0,62±0,05	0,64±0,05	>0,1
Иммунорегуляторный индекс CD ₄ /CD ₈		1,25±0,03	1,3±0,05	0,1	1,5±0,03	1,8±0,05	<0,05
Фагоцитарная /а нейтрофилов		47,9±1,5	48±1,8	0,1	47,3±1,6	64,2±2,5	<0,001
Фагоцитарное число нейтрофилов		6,6±0,2	6,6±0,2	0,1	6,5±0,4	8,6±1,5	<0,001
В – лимфоциты	%	17,5±1,8	17,9±1,6	0,1	16,4±0,3	18,5±1,8	<0,05
	Абс.	0,03±0,01	0,04±0,06		0,33±0,01	0,4±0,05	
Ig A		1,2±0,2	1,15± 0,3	0,1	1,4± 0,2	1,9±0,5	<0,05
Ig M		0,9±0,3	0,8±0,1	0,1	1,1± 0,3	1,8±0,1	<0,001
IgG		7,5±0,4	8,5±0,5	0,1	8,1±0,4	11,9±0,5	<0,001

плацебо, из-за применения селеносодержащего препарата «Триовита», которое отразилось на содержании иммуноглобулинов классов А, М и G. При этом количество их достоверно увеличилось по сравнению с детьми, получавшими «Плацебо».

После лечения «Триовитом» количество иммуноглобулинов классов А, М, G достоверно повысилось.

Таким образом, применение селеносодержащего препарата «Триовита» у больных детей с пневмонией привело к уменьшению длительности заболевания, отсутствию хронизации процесса, и рецидива, что снижало потребность в антибактериальной терапии.

При изучении показателей коагулограммы и содержание микроэлемента селена у больных детей при внебольничной пневмонии, до и после лечения с применением селеносодержащего препарата выявлены следующие результаты: в остром периоде пневмонии показатели аутокоагуляционного теста снижались с активацией реакции фибриномерных комплексов (РФМК) до 8,5±1,1 г/л, при норме 3,7±0,45 г/л, что указывает на гиперкоагуляцию обусловленной активацией протромбинового комплекса. В то же время отмечено удлинение тромбинового времени

($16,5 \pm 0,6$ сек, при норме $11,6 \pm 0,34$), которые можно объяснить возрастанием активности противосвертывающей системы, в частности возрастанием факторов блокирующих ферментов свертывания крови.

Состояние сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у детей в остром периоде пневмонии характеризовалось определением агрегации тромбоцитов с условно индуцирующими антигенами. Реакция оценивает восприимчивость рецепторного аппарата тромбоцитов к основной тромбогенной субстанции субэндотелия кровяного сосуда. В остром периоде пневмонии индекс агрегации тромбоцитов был в пределах нормальных показателей, что свидетельствует о неглубоких повреждениях эндотелия сосудов. По видимому этот показатель больше зависит от площади и величины воспалительного процесса в легких.

Сравнительный анализ фибринолитической активности крови у детей с пневмонией в остром периоде заболевания выявил укорочение времени лизиса эуглобулинового сгустка ($203,7 \pm 4,0$ мин) по сравнению с контролем, что связано возрастанием содержания плазминогена в крови, как показатель возрастания фибринолитической активности крови.

Больным детям было проведено лечение с добавлением селеносодержащего препарата в возрастной дозировке. Основанием для назначения селеносодержащего препарата явилось обнаруженное нами содержание микроэлемента селена в крови больных детей, по сравнению с нормой. Наряду с базовой терапией пневмонии у детей, препаратов селена давали ежедневно в возрастной дозировке до окончания курса антибиотикотерапии.

При лечении пневмонии с добавлением селеносодержащего препарата выявлено достоверное ($P < 0,005$) снижение концентрации фибриногена - «Б», фибриномерных комплексов (РФМК), величины этанолового теста с удлинением тромбинового времени и гипофибриногенемией.

Достоверно укорачивалась фибринолиз эуглобулина

($P < 0,005$) в связи с возрастанием активности ферментов антисвертывающей системы.

Одновременно отмечено снижение времени агрегации тромбоцитов с индуцирующими агентами, что свидетельствует о положительном влиянии селеносодержащего препарата на тромбоцитарное звено гемостаза.

Содержание микроэлемента селена в крови возросло в периоде выздоровления по сравнению с исходными данными двукратно, по видимому связанное с дачи препарата селена с лечебной целью.

На основании полученных данных можно заключить, что лечение пневмонии с применением селеносодержащих препаратов способствует нормализации гемокоагуляции, которая нарушается в остром периоде воспалительного процесса в легких. По нашим данным препараты больше влияют на показатели фибринолиза ($P < 0,005$) обладая гипокоагуляционными и дезагрегантным эффектом.

Не исключено влияние препаратов селена на гемокоагуляционные показатели опосредовано еще через иммунную систему, иммуномодулирующий эффект микроэлемента селена доказана нами и другими исследователями в процессе лечения ряда заболеваний [3,4].

Литература

1. Л.А. Щеплягина, О.И. Маслова, Г.В. Румарчук и др. Витамины и минералы для роста и развития детей // *Consilium Medicum приложение «Педиатрия»*. -2005. -№2.-С. 68-71.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Пособие для врачей. -М., 2002.-70 с.
3. Байгалиев А.А., Байгалиев А.Б. Проблемы селена и коррекция селендефицитных состояний // *Астана мед. Журнал*. -2003. -№3. С.68-70.
4. Дадамбаев Е.Т, Нуркасымова А.Т, Алимбаева А.Р. и др. Показатели гемокоагуляции у больных детей внебольничной пневмонией. *ж. Центрально-азиатский медицинский журнал*. -2009. ., приложение 1.- С.-29.

Функциональные гастроинтестинальные нарушения у детей: подходы к терапии

Мырзабекова Г.Т.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
УДК 616.34-002-053.3(083.13)

Функциональные гастроинтестинальные нарушения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения у детей. Наиболее часто данные нарушения регистрируются в первый год жизни ребенка [1, 2].

Согласно современным представлениям, функциональные нарушения (ФН) — это разнообразная комбинация гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений [3]. По мнению большинства исследователей [2, 3, 4], возникновение функциональных нарушений обусловлено нарушением регуляции органа. При этом изменения, лежащие в основе функциональных нарушений, происходят вне пораженного органа и связаны с регуляцией (нервной или гуморальной) нарушенной функции. Высокая частота ФН обусловлена анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ребенка, незрелостью нервно-рефлекторного звена регуляции и ферментативных систем. Согласно современной классификации («Римские критерии диагностики III», 2006), у детей выделены две группы ФН ЖКТ — G и H. К группе G относят ФН ЖКТ у новорожденных и детей раннего возраста, а к группе H — ФН у детей и подростков. В группу G внесены: G1 — регургитация у младенцев, G2 — синдром руминации у младенцев, G3 — синдром

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта подразумевают наличие клинических симптомов при отсутствии органических и воспалительных изменений со стороны пищеварительного тракта. Функциональные запоры относятся к числу распространенных нарушений функции кишечника и выявляются у 20–35% детей первого года жизни.

Лечение функциональных заболеваний у детей включает в себя диетотерапию и при необходимости медикаментозное лечение.

Применение препарата Гастрокинд позволяет добиться выраженного стойкого клинического эффекта, что позволяет рекомендовать для широкого применения в комплексном лечении детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта начиная с грудного возраста.

Асқазан-ішек жолдарының функционалды бұзылыстары асқорыту жолдары жағынан органикалық және қабыну өзгерістерінің болмауымен сипатталатын клиникалық симптомдардың жиынтығы. Функционалды іш қатулар ішек қызметінің көптеп тараған бұзылыстарына жатады және бір жасқа дейінгі балалардың 20-35% анықталады.

Балалардағы функционалды ауруларды емдеуде диетотерапия және қажеттілігі бойынша медикаментозды ем орын алады.

циклической рвоты, G4 — младенческие кишечные колики, G5 — функциональная диарея, G6 — дисchezия младенцев, G7 — функциональный запор [2].

Диагноз функциональных нарушений выставляется на основании клинических данных (тщательного анамнеза) и результатов дополнительного лабораторного и инструментального обследования. Основная трудность диагностики функциональных нарушений заключается в необходимости исключить всю возможную органическую патологию. И только после этого можно думать о функциональном характере заболевания.

Используемые в педиатрии прокинетики препараты ограничены в связи с наличием отдельных побочных эффектов. Это диктует необходимость применения новых лекарственных средств с целью оптимизации лечения моторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей.

Цель работы

Оценка клинической эффективности комплексного гомеопатического препарата Гастрокинд в терапии детей с функциональными расстройствами пищеварительного тракта.

Материал и методы исследования

Проведено клиническое исследование с участием 35 детей в возрасте от 1 года до 6 лет, из них 20 (57,1%) девочек и 15 (42,9%) мальчика. В исследование были включены дети с функциональными нарушениями ЖКТ: 12 детей с функциональным запором и 23 ребенка с функциональной диспепсией. Верификация диагноза проводилась в соответствии с Римскими критериями III и на основании результатов клинко-параclinical обследования. Органическую патологию исключали на основе результатов лабораторных исследований: анализа крови и мочи, копроцитограммы, анализа кала на яйца гельминтов и на простейшие, микробиологического анализа фекалий с использованием селективных сред, а также инструментальных — ультразвукового исследования (УЗИ) органов ЖКТ и по показаниям — ФГДС. Одновременно с базисной терапией детям назначали Гастрокинд в возрастных дозировках, а также в зависимости от интенсивности клинических симптомов. Гастрокинд представляет собой комплексный гомеопатический препарат в состав которого входят активные компоненты: Arsenicum album D6 20 мг, Croton tiglium D6 20 мг, Okoubaka D4 20 мг, Veratrum album D12 20 мг; вспомогательные вещества: микрокристаллическая целлюлоза, тальк, магния стеарат. Длительность курса составила 10 дней. Согласно экспертному заключению его активные ингредиенты не ассоциируются с риском острой или хронической токсичности. В период наблюдения дети не получали каких-либо дополнительных препаратов прокинетики, а также других лекарственных средств, которые могли бы повлиять на результаты исследований. В качестве фоновой коррекции проводились беседы с родителями, разъясняющие причины возникновения функциональных расстройств. Рацион для детей с функциональными расстройствами составляли с учетом индивидуальной переносимости продуктов с использованием супов пюре, отварного мяса, паровых котлет, паровых омлетов, творога, кефира, молока, компотов из сладких ягод и фруктов, отварных овощей, бананов, печеных яблок и др. Из рациона исключали жирные продукты, концентрированные бульоны, ржаной хлеб, сдобу, блины, газированные напитки, шоколад и др. Дети принимали пищу 5 раз в сутки. Контрольную группу составили 25 детей с функциональными расстройствами, получавшие только базисную терапию.

Гастрокинд препараты қолдану кезінде айқын тұрақты клиникалық әсерге қол жеткізуге болады, оны асқазан-ішек жолдарының функционалды бұзылыстарының емшек жасындағы балалардан бастап кешенді ем ретінде пайдалануға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: балалар, функционалды бұзылыстар, емдеу, гастроккинд

Functional disorders of the gastrointestinal tract imply the presence of clinical symptoms in the absence of organic and inflammatory changes in the digestive tract. Functional constipation are among the common disorders of bowel function and detectable in 20-35% of children in the first year of life.

Treatment of functional disorders in children include diet therapy, and if necessary medication.

Use of the Gastrokind drug helps to achieve expressed persistent clinical benefit, that can be recommended for widespread use in treatment of children with functional disorders of the gastrointestinal tract starting from infancy

Контроль эффективности терапии проводили путем сравнения результатов обследования исходно, через 1 неделю и через 10 дней. Критериями эффективности являлась динамика основных клинических симптомов. Клиническую эффективность применения Гастрокинда характеризовали как низкую, умеренную и высокую.

Переносимость препарата оценивали как хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная.

Результаты исследований и их обсуждение

Согласно анамнезу, большинство обследованных детей родились с удовлетворительными масса-ростовыми показателями. В медицинской документации детей имелись указания на патологическое течение беременности у матери: осложненный акушерский анамнез в виде угрозы прерывания беременности, гестозов I и II половины беременности имел место у 24 (68,5%) матерей. Следует отметить, что особенностью обследованных детей были различные патологические изменения центральной нервной системы: у 2-х (5,7%) детей в раннем возрасте были диагностированы нетяжелые проявления перинатального поражения ЦНС (гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром двигательных нарушений). На грудном вскармливании находилось 27 (77,1%) детей, на искусственном и смешанном — 8 (22,9%). Рахит I степени был диагностирован у 11 (31,4%) детей, железодефицитная анемия — у 12 (34,2%).

Анализ исходной клинической симптоматики свидетельствовал, что у всех обследованных детей определялись симптомы функциональных нарушений различной степени выраженности в виде снижения аппетита (73,9%), метеоризма (43,4%), тошноты (21,7%) и рвоты (13,0%) детей (табл.1). Частота дефекации до 0–1 раза в сутки или ее отсутствия в течение 48 часов регистрировались у 6 (17,2%) больных, более 3–4 суток у 22 (62,8%), стул 1 раз в 5–6 дней у 7 (20%). У 22 детей (36,7%) наблюдались моносимптомы функциональных нарушений, у остальных 38 (63,3%) их сочетание.

Проведенные клинко-параclinical исследования выявили высокую степень выраженности болевого синдрома в основной группе у 8 (22,9%) детей, умеренную у 12 (34,2%) и слабую у 15 (42,8%) обследованных, в контрольной группе соответственно 24%, 36% и 40%. Анализ выраженности и частоты ведущих клинических синдромов в динамике лечения показал, что к концу первой недели высокая интенсивность болевого синдрома наблюдалась у 11,4%, умеренная у 17,1% и слабая у 71,4%.

В контрольной группе в 20% случаев сохранялась вы-

Динамика клинических проявлений у детей с функциональной диспепсией

Клинические проявления	Количество детей до лечения		Количество детей к концу 1 недели лечения	
	n=23	%	n=23	%
Снижение аппетита	17	73,9	9	39,1
Метеоризм	10	43,4	4	17,3
Тошнота	5	21,7	2	8,6
Рвота	3	13,0	1	4,3

сокая степень болевого синдрома, 32% - умеренная и 48% - слабая боль. К концу 10 дня лечения в группе детей, получавших Гастрокинд в комплексной терапии только 8,6% детей отмечали слабую боль. В контрольной группе у 8% детей сохранялась высокая степень болевого синдрома, у 72% - уменьшение болевого синдрома.

Таким образом, применение Гастрокинда у детей с функциональными нарушениями (функциональной диспепсией и функциональными запорами) способствовали уменьшению болевого синдрома, диспептических рас-

стройств с конца 1 недели, а нормализации стула с 10 дня коррекции. Гастрокинд хорошо переносился всеми наблюдаемыми детьми и может успешно применяться в дополнении базисной терапии функциональных нарушений пищеварительного тракта. Побочных эффектов не зарегистрировали. Использование препарата у детей позволяет добиться выраженного стойкого клинического эффекта, подтвержденного катамнестически, способствует более длительному и качественному сохранению ремиссии, что свидетельствует о высокой терапевтической эффективности и позволяет рекомендовать для широкого применения в комплексном лечении детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта начиная с грудного возраста.

Литература

1. Белоусов Ю. В. *Гастроэнтерология детского века*. : СПД: 2007; 440.
2. Самсыгина Г. А. *Кишечная колика у детей*. М.: 2000; 165.
3. Килгур Т. *Колики у детей грудного возраста. Доказательная медицина*. 2005; 4: 629—632.
4. Drossman D. A. *The Fuctional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Patophysiology and tritment. A Multinational Consensus*. 1994; 370.

Вирусные гепатиты - категория наиболее опасных и распространенных инфекционных заболеваний; гепатит В

Бердиярова Н.А., Мухаметалина У.М., Имангалеева Э.К.

Городская инфекционная больница;

Южно-Казахстанский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД г. УДК 616.9

Источник вируса гепатита В - кровь инфицированного человека. Распространяется во время введения инъекций нестерильными шприцами, медицинских манипуляций, через ссадины, реже при половых контактах и во время родов от матери к ребенку. Вирус обладает большой инфекционностью и внесен в список обязательных профилактических прививок для детей. Взрослым также рекомендуется прививка. Инкубационный период гепатита В составляет 5-16 недель.

Поверхностный антиген (HbsAg) - является наиболее ранним маркером острого вирусного гепатита В. Он появляется еще в инкубационном периоде и циркулирует в крови при остром течении заболевания до 5-6 месяцев. Обнаружение HbsAg в крови более 6 месяцев может указывать на начало развития хронического гепатита.

Отрицательный результат тестирования на HbsAg чаще всего свидетельствует об отсутствии у обследуемого гепатита В. Однако, полностью этот диагноз нельзя исключить по следующим причинам:

- в момент исследования у пациента может быть серонегативная стадия инкубационного периода заболевания (иногда серонегативность может длиться до 6 месяцев после заражения);
- инфекция может быть латентной.

Антитела к поверхностному антигену (anti-Hbs) - вырабатываются в ответ на HbsAg и могут обнаруживаться в крови в течение 10 лет и более. Выявление anti-Hbs указывает на развитие иммунитета, выздоровление.

Anti-Hbs - длительно обнаруживаются после вакцинации против вируса гепатита В. Таким образом, они являются показателем иммунитета к вирусу гепатита В или иммунного ответа на вакцинацию против гепатита В. Но необходимо учитывать, что anti-Hbs при остром гепатите В не развиваются у 15% реконвалесцентов.

Ядерный антиген (HbcAg) - выявляется в ядрах пораженных гепатоцитов гистохимическими методами при биопсии печени. В сыворотке и плазме крови HbcAg в свободном виде не определяется, однако являясь сильным иммуногеном, вызывает образование антител (anti-Hbc).

Антитела к ядерному антигену (anti-Hbc) - появляются в крови через 1,5-2 месяца с начала клинических проявлений заболевания и могут циркулировать годами. Часто они являются единственным маркером перенесенного гепатита В.

В начале заболевания они в основном представлены иммуноглобулинами класса М и выявляются в течение 2-18 месяцев. Наличие anti-Hbc IgM свидетельствует об острой инфекции, однако они могут обнаруживаться в крови у некоторых больных хроническим гепатитом В.

Диагностическое значение anti-Hbc IgM особенно велико в следующих случаях:

- когда специфическая диагностика гепатита В по каким-либо причинам производится поздно. В этом случае HbsAg в крови может уже отсутствовать;
- при остром гепатите у больного хроническим гепатитом В. Если такой гепатит связан с суперинфицированием другими гепатотропными вирусами, то характерным будет отсутствие или низкий титр anti-Hbc IgM.

Anti-Hbc IgG - выявляются в крови у больных на стадии реконвалесценции и сохраняются пожизненно. Значимость anti-Hbc IgG как маркера перенесенной инфекции выше, чем anti-Hbs.

Антиген инфекционности (HbeAg) - появляется в крови в преджелтушный период. Его обнаружение указывает на размножение вирусных частиц и свидетельствует об активном процессе. Этот антиген циркулирует только в присутствии HbsAg. Обнаружение HbeAg при отсутствии HbsAg является прогностически неблагоприятным признаком. В течение 1-ой недели желтушного периода HbeAg удается обнаружить одновременно или через неделю после выявления HbsAg у 85-95% больных. HbeAg исчезает из кровотока через 1,5-2 месяца с начала болезни при благоприятном ее течении. Выявление HbeAg через два и более месяцев после начала заболевания является признаком развития хронического гепатита.

Антитела к антигену инфекционности (anti-Hbe) - при остром гепатите В благоприятное прогностическое значение имеет выявляемая при динамическом наблюдении сероконверсия, т.е. исчезновение HbeAg и появление anti-Hbe (к концу 9-ой недели острого периода заболевания anti-Hbe имеют более 90% больных. Таким образом, обнаружение HbeAg свидетельствует о репликации вируса гепатита В в гепатоцитах и высокой активности процесса).

Выявление HbeAg и anti-Hbe позволяет проводить контроль за ходом заболевания и прогнозирование его исхода, а также при оценке эффективности противовирусной терапии.

Литература

1. Иммунологический ферментный анализ в клинико-диагностических лабораториях. В.В. Долгов, Н.Г. Ракова, В.Е. Колупаев
2. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун. М. Медицина 2007 год
3. Болезни печени у детей И.А.Московская, Тула. 2007 г
4. ВИЧ – инфекция и СПИД. Клинические рекомендации. В.В. Покровский, Москва. Издательская группа «Гэотар-Медиа», 2006

Эффективность применения Пульмикорта у больных бронхиальной астмой

Старцева Э.К., Давлетова Б.М.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, центр аллергологии

Бронхиальная астма (БА) является в настоящее время серьезной глобальной проблемой. В основе бронхиальной астмы лежит воспаление, вызывающее бронхиальную гиперреактивность, и, при длительно персистирующем течении, сопровождающееся структурными изменениями дыхательных путей [1,2]. Раннее лечение с применением противовоспалительных препаратов, включая глюкокортикостероиды (ГКС), способствует уменьшению тяжести заболевания и снижает риск развития тяжелых обострений [3,4].

Препараты для лечения БА можно вводить различными путями – ингаляционным, пероральным или парентеральным. В последние годы акцент в лечении БА перенесен на ингаляционные глюкокортикостероиды, обладающие высокой местной активностью и редко вызывающие системные побочные реакции [5].

Главным преимуществом ингаляционного способа введения является возможность доставки препарата прямо в дыхательные пути, что позволяет местно достигать более высоких концентраций лекарственного вещества, увеличивать скорость наступления терапевтического эффекта и уменьшать риск системных побочных действий. Повысить эффективность аэрозольной терапии можно благодаря применению небулайзера с компрессором, который обеспечивает распыление аэрозоля под давлением воздуха. Уникальность небулайзера состоит в том, что он позволяет создать идеальный размер лекарственного препарата 2-5 микрон и повышает его способность проникать в мелкие бронхи даже при бронхоспазме.

Целью настоящей работы

является оценка эффективности применения пульмикорта (будесонид) в качестве ингаляционного глюкокортикостероида для небулайзерной терапии у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы

Данный метод терапии применяется в клинической практике нашей больницы с июля 2011г. Ингаляции пульмикорта через небулайзер проводились у 17 пациентов с обострением бронхиальной астмы в возрасте от 23 до 45 лет и длительностью заболевания от 2 до 15 лет, из них 9 женщин и 8 мужчин. Больные предъявляли жалобы на приступы удушья, одышку и кашель по ночам. Всем паци-

ентам пульмикорт назначался в виде концентрированной суспензии, упакованный в пластиковые контейнеры – небулы по 2 мл. Ингаляции проводились по 1,0 мг 2 раза в сутки 5-10 мин курсом 4-6 недель.

Результаты

На фоне лечения пульмикортом (будесонид) у всех пациентов уменьшились дневные и ночные симптомы БА, у 9 пациентов удалось быстро снизить дозы парентеральных глюкокортикостероидов и добиться контроля над заболеванием. Высокая местная активность и селективность действия препарата обусловлены продолжительным связыванием с тканями и высокой инактивацией в печени. В легких пульмикорт действует на глюкокортикостероидные рецепторы в течение нескольких часов и сохраняется в тканях дыхательных путей дольше, чем бекламетазон дипропионат и флутиказон пропионат. Эти свойства обуславливают более длительный противовоспалительный эффект препарата.

На сегодняшний день пульмикорт – единственный препарат на фармакологическом рынке, который возможно использовать в небулайзерной терапии, что позволяет обеспечить нужные концентрации препарата даже при наличии выраженного бронхоспазма.

Таким образом, внедрение этого метода в широкую практику позволит улучшить результаты лечения пациентов с бронхиальной астмой, ускорит ликвидацию симптомов бронхиальной обструкции, позволит добиться более скорого контроля, чем другие ингаляционные ГКС и, соответственно, снизит тяжесть течения БА.

Список литературы:

1. *International Paediatric Asthma Consensus Group. Asthma: a follow-up statement from an international paediatric asthma consensus group. Arch. Dis. Child. 1992 67,240-248.*
2. *Asthma in children under five years of age. Thorax 1907,52 (Suppl. 1). 59-516.*
3. *Гелпе Н.А., Корпушкина А.В., Спесивцев В.В. Открытое многоцентровое исследование эффективности и безопасности недокромила натрия при лечении легкой и среднетяжелой бронхиальной астмы у детей. Русский педиатрический журнал, 1999, 4, 48-52.*
4. *Гелпе Н. А. Место будесонида (Пульмикорта) суспензии для небулайзера в терапии бронхиальной астмы у детей // Клиническая фармакология и терапия. – 1999, №1. – с. 40-43.*

Эффективность электрофореза с Нейромидином в лечении больных с цереброваскулярными нарушениями в пожилом возрасте

Одарченко Н.А., Аужанов Р.К., Бегалина Р.Т.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Цереброваскулярные болезни – группа заболеваний головного мозга, обусловленных патологическими изменениями церебральных сосудов с нарушением мозгового кровообращения. Наиболее распространенными причинами цереброваскулярных заболеваний являются

атеросклероз и артериальная гипертензия, приводящие к сужению просвета сосудов головного мозга и снижению мозгового кровотока.

Часто такие заболевания ассоциированы с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца. Различают

преходящие, острые и хронические прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения. Нарушения мозгового кровообращения являются второй по распространенности причиной смертности в группе заболеваний сердечно – сосудистой системы после ишемической болезни сердца у пожилых пациентов.

Применение различных препаратов в практике физиотерапии при цереброваскулярных нарушениях у лиц пожилого возраста имеет различный уровень эффективности.

Целью данного исследования

явилось изучение клинической эффективности электрофореза с новым холинергическим препаратом нейромидин (ипидакрин) по битемпоральной методике в лечении цереброваскулярных нарушений у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 127 пациентов в возрасте от 75 до 85 лет с цереброваскулярными нарушениями. Пациенты предъявляли жалобы, характерные для неврологического рефлекторного синдрома: головокружение, снижение памяти и слуха, эмоциональные нарушения, утомляемость, апатия, раздражительность, нарушение сна, тревога, когнитивные расстройства сосудистого генеза.

Клинический диагноз во всех случаях формулировался как «дисциркуляторная энцефалопатия 1 степени» и был подтвержден МРТ- или УЗДГ-исследованием сосудов вертебробазилярного бассейна, брахицефальной артерии (БЦА), сосудов головного мозга.

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям заболевания: основная – 67 больных, контрольная - 60. Обе группы больных получали стандартную терапию в виде сосудистых средств (кавинтон, трентал, никотиновую кислоту, лечебный массаж шейно-воротниковой области и ЛФК). Однако пациентам I группы (основной) дополнительно были назначены курсы электрофореза по битемпоральной методике с препаратом нейромидин (ипидакрин).

При этом на фильтрованную бумагу наносили 0,5% раствор нейромидина, а для лучшего его проведения добавлялось 2-3 капли раствора димексида (выполняющего роль проводника), и размещали на прокладку электрода со стороны положительного полюса. Электроды раздвоенные по битемпоральной методике. Электрод с отрицательным полюсом накладывался на шейно-воротниковую область. Температура прокладок 37-38°С, время проведения процедуры 10-15 минут. Сила тока 1-5мА. Пациентам назначалось 2-3 курса по 7-10 дней для достижения стойкого терапевтического эффекта и закрепления положительной клинической динамики. Нейромидин вводился в дозировке 2,0 мл на процедуру.

Применение физических методов в комплексном лечении цереброваскулярных расстройств у пациентов пожилого возраста является патогенетически обоснованной и действует избирательно, именно на патологический очаг.

Лекарственный электрофорез считается одним из основных видов физиотерапевтического лечения, действующий непосредственно на очаг поражения в ЦНС. Под действием электрического тока в индивидуальных дозировках, в тканях изменяется поляризация клеточных мембран. В тканях интерполярной зоны повышается концентрация лекарственного вещества. В электрическом поле происходит ионизация лекарственного вещества и увеличивается его проникающая способность в клетки, а применение электродов аппарата «PHYSIOMED» (Германия) улучшает условия для передачи токов, обеспечивает более плотное

прилегание прокладок к коже и таким образом увеличивает проникновение лекарственного вещества до 98%.

Несмотря на большой арсенал холинергических препаратов, существующих на сегодняшний день, наш интерес к нейромидину связан с рядом особенностей оказываемых им эффектов. Нейромидин обладает сочетанием двух молекулярных эффектов – блокаде калиевой проницаемости мембраны и ингибирования холинэстеразы. Последнее свойство препарата дополнительно усиливает ацетилхолинергическую передачу, так как удлиняет период возбуждения в пресинаптическом волокне и, соответственно, время выброса ацетилхолина в синаптическую щель. Блокада калиевой проницаемости мембраны выгодно отличает нейромидин от классических антихолинэстеразных препаратов, делая его «универсальным стимулятором» проведения импульса в нервной системе.

Благодаря своим уникальным свойствам нейромидин специфически мягко стимулирует ЦНС, оказывает седативный и умеренный анальгетический эффект, улучшает память, устраняет вертебробазилярные нарушения. Еще одной из положительных сторон препарата является наличие как таблетированных, так и парентеральных форм, что позволяет широко применять его в физиотерапии.

Результаты

Комплексная терапия цереброваскулярных расстройств у пациентов пожилого возраста с включением электрофореза с нейромидином показала хорошие результаты. У 86% пациентов основной группы на 5 процедуре наблюдалось явное клиническое улучшение: нормализовался сон, купировалось головокружение, улучшилась память, уменьшились когнитивные расстройства сосудистого генеза, улучшился слух. В то время, как в контрольной группе положительная динамика отмечалась на 7-10 день лечения.

Ни у одного пациента, включенного в основную группу наблюдения, не отмечалось побочных эффектов при использовании препарата нейромидин, путем электрофореза по битемпоральной методике.

Пациентам рекомендовалось повторять курсы лечения электрофореза с нейромидином 2 раза в год с целью профилактики развития осложнений цереброваскулярных нарушений.

Таким образом, анализ динамики неврологических симптомов показал, что применение 0,5% раствора нейромидина (ипидокрина) в комплексном лечении цереброваскулярного расстройства у лиц пожилого возраста патогенетически обоснован. Как показывают наши клинические наблюдения максимального эффекта в минимальные сроки можно достичь используя 0,5% р-р Нейромидина введенного путем электрофореза по битемпоральной методике в комплексной терапии цереброваскулярных расстройств.

Нейромидин является препаратом с эффективным терапевтическим действием и отсутствием побочных эффектов. Кроме того, учитывая хорошую совместимость при одновременном назначении его с вазоактивными, антиоксидантными и другими препаратами, можно рекомендовать включение нейромидина в базисную терапию широкого круга заболеваний, сопровождающихся цереброваскулярными расстройствами у лиц пожилого возраста. А введение его путем электрофореза по битемпоральной методике дает быстрый и более длительный положительный клинический эффект.

Список литературы:

1. Дамулин И.В. Актуальные аспекты нейрогерииатрии в практи-

ке терапевта // Методические рекомендации для врачей общей практики. – М. – 2005. – 23 с.

2. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Синдром умеренных когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – №2. – С. 13-17.

3. Степанченко А.В., Нейматов Э.М., Шаров М.Н. и др. Применение нейромидина при цереброваскулярных заболеваниях с умеренными когнитивными расстройствами // Психиатрия и

психофармакотерапия. – 2009. – №4. – С. 17-19.

4. Доброхотова Т.А. соавт. Практические рекомендации по применению Нейромидина в лечении больных цереброваскулярными расстройствами. М. – 2009. – 117 с.

5. Головова М.С., Захаров В.В., Лифшиц М.Ю. и др. Применение нейромидина в терапии сосудистых когнитивных нарушений разной выраженности // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №9. – С. 20-26.

Роль пептидных биорегуляторов в повышении эффективности лечения больных в пожилом возрасте

Шиллер С.А., Мартынова А.В.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК

Использование нового класса геропротекторных препаратов - пептидных биорегуляторов - позволяет эффективно проводить профилактику преждевременного старения, а также лечить заболевания, ассоциированные с возрастом. Многие лекарственные препараты имеют множество побочных действий и противопоказаний в применении. Пептидные биорегуляторы являются естественными веществами, которые вырабатываются в организме человека, при их приеме отсутствуют побочные действия, возможно проведение до 4 курсов в год [1].

Пептидные биорегуляторы используются для омоложения клеток человеческого тела; осуществляют защитное воздействие; повышают устойчивость клеток к гипоксии, действию токсинов и иных повреждающих факторов; нормализуют обмен веществ в тканях, увеличивают эффективность процессов усвоения тканями питательных веществ и выведения продуктов метаболизма; положительно влияют на активность органов и тканей в нормальных и патологических условиях, поддерживают на физиологическом уровне численность зрелых, функционально активных клеток, а также обмен веществ в них; оптимизируют процессы восстановления органов и тканей [2].

Современная медицина ставит целью обеспечение высокого качества жизни, активного и творческого долголетия пожилого человека. Отношение к старым людям, заинтересованность в их судьбах, общественная и государственная забота о них служат критерием оценки нравственности и зрелости любой страны [3].

Целью настоящей работы

является оценка эффективности и безопасности комбинации стандартных схем лечения терапевтических заболеваний у пожилых пациентов с пептидными биорегуляторами.

Материал и методы

Нами было обследовано 32 пациента, средний возраст которых составил 76±6 лет, из них 20 мужчин и 12 женщин. У 22 пациентов среди всех обследованных диагностирована сердечно-сосудистая патология (ИБС, АГ, ХСН), у 10 - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

В зависимости от назначенного лечения пациенты были разделены на две группы: I группа (основная) – 17 пациентов, которые на фоне приема стандартных схем лечения получали пептидные биорегуляторы, из них 12 пациентов с сопутствующей ИБС, АГ и ХСН принимали препарат кардиоген и 5 пациентов с ХОБЛ - бронхоген по 1 капсуле

2 раза в день в течение 20 дней; II группа (контрольная) – 15 пациентов принимали лечение только по стандартным схемам без добавления пептидных биорегуляторов, из них 10 пациентов с ИБС, АГ и ХСН и 5 пациентов с ХОБЛ.

Эффективность лечения оценивалась по инструментальным и лабораторным данным (ЭКГ, показатели стабильности АД, спирография, биохимические показатели крови) в начале лечения и через 2 недели от начала курса лечения.

Результаты

Субъективное улучшение состояния пациенты из основной группы, которые принимали пептидные биорегуляторы, отмечали в 89% случаев уже после 1 недели лечения, а пациенты контрольной группы – в 67%. При контроле показателей лабораторных исследований, ЭКГ, АД и спирографии через 2 недели лечения у пациентов II группы, получавших терапию без добавления пептидных биорегуляторов, положительная динамика отмечалась в 73% случаев, тогда как в I группе в 95%.

Таким образом, в результате динамического наблюдения за пациентами, получавшими пептидные биорегуляторы кардиоген и бронхоген в составе комплексной терапии, отмечена выраженная эффективность лечения. Положительная динамика показателей состояния сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы исследуемых пациентов подтвердила влияние данной группы препаратов на повышение эффективности лечения.

Пептиды улучшают самочувствие, повышают активность и качество жизни пожилых пациентов, так как предназначены для профилактики возрастных инволюционных изменений, для замедления старения и увеличения продолжительности жизни. Наши наблюдения не выявили осложнений, что позволяет применять пептидные биорегуляторы у больных в пожилом возрасте.

Список литературы

1. Хавинсон В.Х., Анисимов В.Н. Пептидная регуляция старения: 35-летний опыт исследований // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – Т. 148. № 7. – С. 108-113.
2. Савченко С.В. Пептидные биорегуляторы цитаминны как эффективный способ вторичной профилактики психосоматических заболеваний у пенсионеров // Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2005. № 3-2. С. 114-114.
3. Малинин В.В., Хавинсон В.Х. Пептидная регуляция генетической стабильности при старении // Медицинский академический журнал. – 2006. – № 1. – С. 139-143

Лечение артериальной гипертензии Алотендином (фиксированной комбинацией β -адреноблокатора (БАБ) бисопролола и антагониста кальция (АК) амлодипин) (Обзор литературы)

Исаханова А.Б.

НИИ кардиологии и внутренних болезней.

По оценке экспертов ВОЗ, артериальная гипертензия (АГ) сохраняет свои позиции ведущего сердечно-сосудистого фактора риска во всем мире, а уровень АД >115 мм рт.ст. ответственен за 62% cerebrovasкулярных заболеваний и 49% случаев ИБС. Показатели контролируемой АГ не превышают 30% в странах с наиболее успешным контролем и воспроизводимы от популяции к популяции [1].

Низкие показатели контролируемой АГ являются одной из причин высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в России [2,3]. Высокая частота госпитализаций по поводу обострения АГ и гипертонических кризов, консультаций другими специалистами определяют экономические затраты на лечение АГ [4].

Современные международные и российские руководства по АГ подчеркивают первостепенную важность достижения целевого АД для улучшения прогноза, особенно в группах высокого риска. Особые трудности представляет собой достижение целевого АД у больных с изолированной систолической АГ, сахарным диабетом, нарушением функции почек, при этом у двух последних категорий польза от достижения более низкого уровня целевого АД наиболее убедительно доказана [5-8].

В ряде крупных международных исследований, в которых принимали участие десятки тысяч больных АГ, показано, что снижение АД приводит к уменьшению частоты сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. В исследовании HOT определен так называемый целевой уровень АД, т.е. такие цифры АД, при которых риск осложнений (инфарктов миокарда, инсультов и др.) сведен к минимальному. Эти результаты положены в основу и европейских и 2-й редакции отечественных рекомендаций по лечению АГ (ВНОК, 2004 г.). У больных с АГ и СД и/или нарушением функции почек АД следует снижать ниже уровня 130/80 мм рт.ст., у всех остальных больных АГ (независимо от возраста, пола, длительности заболевания, исходных цифр АД и др.) – ниже 140/90 мм рт.ст. Польза от снижения АД доказана не только в крупных многоцентровых исследованиях, но и реальным увеличением продолжительности жизни в Западной Европе и США [5-7].

В чем причина столь низкой частоты достижения целевого уровня АД? Причин, безусловно, несколько, но очевидно, что такие низкие целевые уровни АД диктуют особые требования к эффективности антигипертензивной терапии. Установлено, что монотерапия эффективна лишь у 30–50% пациентов даже с АГ I–II степени по классификации ВОЗ и ВНОК (140–159/90–99 и 160–179/100–109 мм рт.ст. соответственно). В крупных клинических исследованиях добиться целевого снижения АД у больных с АГ также удавалось лишь при использовании у большинства из них комбинации двух и более препаратов. Так, в исследовании SHEP число таких больных составило 45%, MAPHY – 48,5%, ALLHAT – 62%, STOP-Hypertension – 66%, INVEST – 80%, LIFE – 92%. Необходимость назначения нескольких препаратов для достижения целевого АД доказывает и «рутинная» клиническая практика. По результатам работы отдела системных гипертензий НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РК НПК МЗ РФ, лишь 33% лечившихся пациентов с АГ «отвечали» на монотерапию; у 22% больных для достижения целевого

уровня АД требовалось назначение 2, а у 25% – 3 лекарственных средств. В 10% случаев контроль АД достигался при назначении 4 препаратов, а в 2% случаев требовалась 5-компонентная антигипертензивная терапия.

Исходя из вышеизложенного, возрастает роль комбинированной антигипертензивной терапии, т.е. комбинаций низких и/или средних доз антигипертензивных препаратов из разных классов [5-8]. Предпочтение к применению комбинированной терапии заметно возросло в течение последних лет, что нашло отражение в рекомендациях экспертов ВНОК (2004 г.), так же, как и в последних европейских (ЕОГ–ЕОК) и американских (JNC VII) рекомендациях по лечению АГ.

Согласно рекомендациям ВНОК, комбинированную терапию уже на старте лечения, минуя стадию монотерапии, следует назначать больным с уровнем АД более 160/100 мм рт.ст., при наличии СД, протеинурии, ХПН, поражения органов-мишеней [9].

Данные мета-анализа эффективности применения фиксированных комбинаций свидетельствуют, что при любой исследованной патологии использование фиксированной комбинации препаратов приводило к увеличению степени соблюдения рекомендаций по сравнению с той же «свободной» комбинацией на 26% [10].

Кроме этого, применение комбинированных гипотензивных препаратов с фиксированными дозами имеет несколько патофизиологических обоснований. Например, при использовании такой терапии появляется возможность воздействия на разные звенья патогенеза АГ, один компонент комбинированного препарата может нейтрализовать контррегулирующие механизмы, активирующиеся действием другого и снизить побочные эффекты этого действующего вещества. В результате при использовании фиксированной комбинации возможно достижение более выраженного гипотензивного эффекта по сравнению с применением монотерапии. При этом снижается необходимость в использовании высоких доз препаратов, а значит и уменьшение вероятности развития побочных эффектов.

Появление новых фиксированных комбинаций всегда повышает возможности лечащего врача и увеличивает вероятность достижения желаемого результата. Тем более, если в состав новой фиксированной комбинации препарата Алотендин, входят два таких действующих вещества, как β -адреноблокатор (БАБ) бисопролол и антагонист кальция (АК) амлодипин. Эффективность сочетанного применения БАБ и АК при ИБС была продемонстрирована в исследовании CAPPE в 10 европейских странах у пациентов с наличием как минимум 4 эпизодов ишемии, по данным 48-часового мониторирования ЭКГ с общей длительностью ишемии более 20 мин. Добавление амлодипина к стандартной схеме терапии, которая в 65% случаев включала БАБ позволило повысить эффективность терапии на 26% достоверно значительно снизить частоту эпизодов депрессии сегмента ST и общее время ишемии (по данным ЭКГ), а также частоту болевых эпизодов ишемии и кратность дополнительного применения короткодействующих нитратов при отсутствии достоверных различий по частоте побочных явлений по сравнению с плацебо [11]. Современные

европейские и российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии рассматривают сочетанную терапию БАБ и АК как вариант лечения при недостаточной антиангинальной эффективности БАБ при их адекватной дозе и при наличии одновременно АГ и стабильной стенокардии.

И в случае АГ, и в случае ИБС препарат Алотендин, содержащий фиксированную комбинацию БАБ бисопролола и АК амлодипина, позволяет блокировать различные патогенетические механизмы, что приводит к улучшению результатов лечения. Так при АГ применение Алотендина обеспечивает снижение общего периферического сопротивления как за счёт прямой вазодилатации АК, так и опосредованно, снижая тонус симпатoadреналовой системы, а через неё и уменьшая активность РААС. При ИБС обеспечение антиангинального эффекта достигается прямым вазодилатирующим действием АК и опосредованно снижением преднагрузки на сердце. В то время, как БАБ при снижении активности симпатoadреналовой системы уменьшает потребность миокарда в кислороде. Имеются данные также о том, что добавление БАБ к дигидропиридиновому АК позволяет уменьшить частоту такого его побочного эффекта как претибиальные отёки [12]. С учётом необходимости обязательного учёта удобства препарата для больного, необходимо отметить возможность приёма Алотендина один раз в день, более того, длительность действия лекарственных средств, входящих в препарат позволяет не бояться синдрома отмены даже при нарушении режима с задержкой приёма препарата, что встречается достаточно часто. Ещё одним положительным моментом является наличие нескольких вариантов фиксированной комбинации (5 мг бисопролола и 5 мг амлодипина, а также 5 мг бисопролола и 10 мг амлодипина), что даёт возможность использовать препарат и в качестве стартовой терапии, и при необходимости усиления эффекта. Наконец, немаловажным фактором является более низкая стоимость нового препарата Алотендина европейского качества с фиксированной комбинацией по сравнению со стоимостью отдельных его компонентов в тех же дозах (ориентировочно затраты пациента могут уменьшиться в 1,5-2 раза), что также способствует повышению приверженности к терапии. Зарегистрированными показаниями к назначению препарата являются:

- артериальная гипертензия в виде монотерапии или, если необходимо, в составе комбинированной терапии с другими антигипертензивными средствами
- хроническая стабильная стенокардия в виде монотерапии или, если необходимо, в составе комбинированной терапии с другими антиангинальными средствами
- в качестве заместительной терапии у пациентов, артериальное давление и/или хроническая стабильная

стенокардия у которых может адекватно контролироваться одновременным применением амлодипина и бисопролола в тех же дозах

Таким образом, применение новой фиксированной комбинации Алотендин (бисопролол/амлодипин) в дозе 5мг/5мг № 30, 5мг/10мг №30 даёт новые возможности для повышения эффективности терапии АГ при обеспечении более высокого уровня приверженности к терапии.

Литература.

1. *World Health Report 2005: Reducing risks, promoting healthy life.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005. <http://www.who.int/whr/2005>
2. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2001; 2: 3-7.
3. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005;1:4-9
4. Кобалава Ж.Д., Склизова Л.А., Котовская Ю.В., Карпов Р.С., Некрутенко Л.А., Лопатин Ю.М., Филиппенко Н.Г., Асеева О.А. Представления об артериальной гипертензии у пожилых и реальная клиническая практика в России (результаты I этапа российской научно-практической программы АРГУС). Кардиология 2001;Том 41, № 11: 31-35
5. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика, приложение. 2004;с.20.
6. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003;42:1206–1252.
7. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003;21:1983–1992.
8. 2003 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003;21:1011–1053.
9. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2007, 25: 1105–1187.
10. Sripathi Bangalore; Gayathri Kamalakkannan; Sanobar Parkar; Franz H Messerli Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. The American journal of medicine 2007;120(8):713-9.
11. Deanfield JE, Detry JM, Lichtlen PR, Magnani B, Sellier P, Thaulow E. Amlodipine reduces transient myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: double-blind Circadian Anti-Ischemia Program in Europe (CAPE Trial). J Am Coll Cardiol. 1994 Nov 15;24(6):1460-7.
12. Современные пролонгированные антагонисты кальция в клинической практике, Желнов В.В., Петровская Н.В., Комарова И.С., Дворецкий Л.И. РМЖ, 2009.-N 18.-С.1164-1168.

Акушерские кровотечения как фактор риска развития Rh-иммунизации

Кочеткова Т.А.

ГККП «Родильный дом №2», г.Алматы

УДК 618.33

В акушерской практике проблема кровотечений, осложняющих процесс гестации, родов и послеродового периода, остается актуальной, что обусловлено высокой их частотой и неблагоприятными исходами для матери и новорожденного. Акушерские кровотечения занимают ведущее место в структуре материнской заболеваемости и смертности и оказывают существенное влияние на качественные показатели перинатального здоровья.

Особый интерес вызывают исследования патогенетических механизмов формирования гемолитической болезни новорожденного у пациенток с Rh-отрицательной принадлежностью крови, перенесших патологическую кровопотерю.

Достоверно установлено, что процесс сенсибилизации к Rh-фактору развивается как следствие перехода через плацентарный барьер в кровоток матери Rh-положительных эритроцитов плода. В процессе физиологической беременности между материнским и плодовым организмами существует динамическое равновесие, механизмы которого обеспечивают толерантность тканей системы мать-плод. При определенных условиях происходит срыв иммунобиологических механизмов беременности, что ведет к развитию Rh-иммунизации.

Выявлено, что фето-материнская трансфузия имеет место у 75% беременных. В процессе физиологической беременности эритроциты плода проникают через плацентарный барьер у 5% пациенток в I триместре, у 15% - во II триместре, у 30% - в конце III триместра гестации. Для развития первичного иммунного ответа в 50% случаев достаточно попадания 50-75 мл эритроцитов, а для вторичного - всего 0,1 мл.

На массивность трансплацентарной трансфузии влияет степень проницаемости плацентарного барьера и напряженность адаптационных механизмов материнского организма. Частота дородовой первичной изоиммунизации в течение первой Rh-несовместимой беременности составляет около 1%.

Преимущественно сенсибилизация материнского организма к плодовым эритроцитам происходит во время родового акта и составляет 10-15% среди всех рожениц с Rh-отрицательной принадлежностью крови. Формированию изоиммунизации способствует большой объем поступающих в материнский кровоток эритроцитов плода, скорость и массивность фето-материнской трансфузии, возрастающие при патологической кровопотере во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Установлено, что изоиммунизация к Rh-фактору после самопроизвольного прерывания беременности в сроках до 20 недель составляет 3-4%, в более поздние сроки повышается до 7,5-10%. Степень фето-материнской трансфузии возрастает до 30% при кровопотере в результате преждевременной отслойки или предлежания плаценты.

Оперативные вмешательства при беременности и в родах увеличивают объем трансплацентарного перехода эритроцитов плода в кровь матери. При родоразреше-

Providing research of pathogenetic mechanism foundation haemolytic disease of newborns at Rh-negative's women with pathologist haemorrhage. Fetomaternal transfusion's rate increase up to 30% at severe haemorrhage.

Патологиялық қан кетуді бастан өткізген қаны Rh-теріс әйелдердің жаңа туған нәрестелерінде гемолитикалық аурудың пайда болуының патогенетикалық механизмдеріне зерттеулер жүргізілуде. Көп мөлшерде акушерлік қан кету кезінде фето-аналық трансфузия деңгейі 30%-ға дейін көтеріледі.

нии посредством акушерских щипцов массивные фето-материнские кровотечения отмечены у 33,7% матерей, при операции кесарево сечение - у 52,5%, при ручном отделении и выделении последа - у 40,3%.

С другой стороны, изоиммунизация организма матери к эритроцитам плода оказывает влияние на течение гестационного процесса, так как приводит к значительному нарушению функционального состояния печени беременной. Биохимическим проявлением данного осложнения являются диспротеинемия, дисбаланс электролитов и микроэлементов крови, в том числе, ответственных за гемостатическую функцию материнского организма. Итогом каскада биохимических и иммунологических реакций в организме беременной в результате Rh-сенсибилизации к плодовым эритроцитам может стать осложнение процесса гестации, родового акта и послеродового периода патологической кровопотери.

Данные, приведенные выше, наглядно указывают на наличие своеобразного «порочного круга». С одной стороны акушерские кровотечения у пациенток с Rh-отрицательной принадлежностью крови увеличивают риск сенсибилизации к плодовым эритроцитам. С другой, выраженная Rh-изоиммунизация при беременности способствует развитию патологической кровопотери у данного контингента.

В связи с чем, в качестве профилактических мероприятий всем Rh-отрицательным неиммунизированным женщинам в первые 72 часа после проведения диагностических и терапевтических манипуляций, сопровождающихся опасностью фето-материнской трансфузии, необходимо назначение анти-Rho(D) иммуноглобулина в стандартной дозировке, что позволит снизить риск изоиммунизации при последующей беременности до 0,06%.

Литература:

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного».- Москва, Триада-Х, 2004 г., С.191
2. Хитров М.В., Охалкин М.Б., Ильяшенко И.Н. «Резус-иммунизация»././ Пособие для врачей и интернов.- Ярославль, 2001 г., С.22
3. Ариас Ф. «Беременность и роды высокого риска».- Москва, Медицина, 1989 г., с.137-163
4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. «Практическое акушерство: руководство для врачей»././ Москва, Медицина, 1989 г., с.266-287

Современные принципы профилактики гнойно-воспалительных осложнений у родильниц группы высокого риска

Кочеткова Т.А.

ГККП «Родильный дом №2», г.Алматы

УДК 618.002.2

Актуальность

Гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) в послеродовом периоде до настоящего времени остаются одной из наиболее актуальных проблем акушерской практики. По данным различных авторов частота различных форм данной патологии у родильниц колеблется от 1% до 40%. В результате внедрения современной оперативной техники кесарева сечения с использованием инертного шовного материала на данном этапе практически не наблюдается тяжелых форм ГВЗ у родильниц. Однако, частота локальных форм ГВЗ не имеет тенденции к снижению. Данный факт диктует необходимость разработки эффективных мер профилактики и терапии ГВЗ в послеродовом или послеоперационном периодах, особенно у контингента группы высокого риска [1,2,3].

Цель исследования

- провести клинико-статистический анализ частоты, структуры, особенностей течения, сравнительную оценку лечебной тактики ГВЗ в послеродовом/послеоперационном периодах у пациенток группы высокого риска.

Материалы и методы исследования

В рамках настоящего исследования нами проведен анализ динамических колебаний частоты, структура, особенности течения ГВЗ, лечебная тактика данной патологии в послеродовом/послеоперационном периодах у пациенток, родоразрешенных в нашей клинике за период 2005-2011 гг.

Результаты исследования и обсуждение

За период исследования 2005-2011 гг. в родильном доме было родоразрешено 911 пациенток группы высокого риска. Одним из факторов риска развития ГВЗ в послеродовом периоде является низкое качество соматического и гинекологического здоровья женщин репродуктивного возраста [4]. Нами было установлено, что показатели здоровья родоразрешенных в указанный временной отрезок пациенток прогрессивно ухудшаются. В 2005 г. индекс соматического здоровья пациенток составил 40,0%, гинекологического 72,8%, в 2011 г. отмечается ухудшение перечисленных показателей в 4,0 и 3,5 раз (9,8% и 20,7% соответственно).

В 2005 г. согласно результатам анализа на одну родильницу группы высокого риска приходилось 1,2 экстрагенитальной патологии (ЭГП), в 2011 г. - 2,2. Лидирующее место в структуре соматической заболеваемости занимает патология мочевыделительного тракта, которая выявлена у 27,8% пациенток в 2005 г. и у 38,7% в 2011 г. Воспалительный генез заболеваний данной группы установлен в 83,0% случаев. Заболевания дыхательных органов стабильно находятся на втором месте. Если в 2005 г. патология данной системы была диагностирована у каждой пятой беременной, то в 2011 г. – у каждой третьей. Причем, острый процесс имел место в 56,0% случаев.

В структуре гинекологической патологии лидируют хронические воспалительные заболевания органов малого таза, которые выявлены у 27,8% в 2005 г. и у 48,2% в 2011 г. В 3,3 раза увеличилась частота выявления перинатальных инфекций у беременных (в 2005 г. – 7,2%, в 2011 г. – 24,0%).

Для пациенток группы высокого риска, родоразрешенных в нашей клинике характерны высокие показатели заболеваемости различными видами соматической и гинекологической патологии в основном воспалительного генеза. Неблагоприятный исходный фон способствует патологическому течению беременности у пациенток данного контингента, часто требующих проведения различных медицинских вмешательств как с диагностической, так и с терапевтической целью.

Среди осложнений гестационного процесса следует отметить высокую распространенность патологии фетоплацентарного комплекса (40,7%) в сочетании с гипертензионными расстройствами, осложняющими беременность (29,1%), скорректированной истмико-цервикальной недостаточностью (2,7%). В структуре гипертензионных осложнений беременности на протяжении последних трех лет 42,3% лидируют их тяжелые формы, характерными особенностями которых являются безэффективность проводимой терапии на фоне тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологии, присоединение признаков дистресс-синдрома плода, что является показанием к их досрочному родоразрешению.

По сравнению с 2005 г. в 5,3 раза увеличилась частота проведения амниотомии, как с целью проведения индуцированных родов. Удалось значительно снизить частоту искусственного рассечения промежности в 2 раза (в 2005 г. - 31,6%, в 2011 г. - 16,9%), ручного обследования полости матки в 1,7 раз (в 2005 г. - 21,1%, в 2011 г. - 12,4%). Данные факты можно объяснить определением строгих показаний к проведению эпизиотомии, а также внедрением активной тактики ведения III периода.

Согласно данным литературных источников частота ГВЗ после самопроизвольных родов составляет 1,3-5,4% [3]. В период 2005-2009 гг. показатели данных осложнений составляли 4,5-4,6%. С внедрением в практику принципов «Безопасного материнства» повлекло за собой уменьшение заболеваемости ГВЗ после консервативного родоразрешения в 4 раза, в 2011 г. показатель составил 1,1%.

Анализ показывает, что к 2011 г. произошло четырехкратное (1,1%) уменьшение инфильтрации и расхождения швов на промежности (в 2005 г. частота данного осложнения составила 4,2%). Если в 2005 г. частота послеродовых эндометритов составила 2,3%, то в 2011 г. данной патологии не было.

За период 2005-2011 гг. в 1,6 раз увеличилась частота родоразрешения путем операции кесарева сечения, что связано с расширением показаний для его проведения в интересах матери и плода. Среди пациенток группы высокого риска частота родоразрешения путем операции кесарева сечения составила 33,7%. Если в 2005 г. оперативным путем была родоразрешена каждая четвертая пациентка (26,1%), то в 2011 г. – каждая третья (40,7%). В плановом порядке было разрешено 89,3% пациенток, в

экстренном – 10,7%. Согласно результатам проведенного анализа частота ГВЗ среди пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения (в плановом и экстренном порядке) в нашем исследовании составила в среднем 12,1%, что соответствует литературным данным.

Следует отметить, что заболеваемость ГВЗ после оперативного родоразрешения по экстренным показаниям в 7 раз превышает аналогичные показатели при родоразрешении в плановом порядке (25,6% и 3,3% соответственно).

Инфильтрация и расхождение швов на передней брюшной стенке после оперативного родоразрешения по экстренным показаниям регистрируется в 5,6 раз чаще, чем после операции, проведенной в плановом порядке (18,4% и 3,3% соответственно). Послеоперационный эндометрит зафиксирован в одном случае после экстренного родоразрешения (3,3%).

Отмечается тенденция к уменьшению частоты послеоперационных ГВЗ в 1,6 раз (в 2005 г. – 12,8%, в 2011 г. – 8,2%). В настоящее время имеет место уменьшение частоты инфильтрации и расхождения швов на передней брюшной стенке в 3,1 раз за период 2005-2011 гг. Частота развития эндометрита в послеоперационном периоде уменьшилась в 2,4 раза. За весь период исследования у рожениц не выявлено ни одной тяжелой формы ГВЗ.

В последние годы в практическую деятельность клиники широко внедрены эффективные методы профилактики и лечения ГВЗ в послеродовом периоде с учетом современного международного опыта. Условно, превентивные мероприятия в группе риска развития ГВЗ у рожениц можно разделить на 3 этапа.

I этап – дородовая профилактика ГВЗ, которая заключается в своевременном выделении беременных с высоким инфекционным индексом путем бактериологического исследования биологических жидкостей с последующим определением чувствительности выделенной флоры к

антибактериальным препаратам.

II этап – интраоперационная профилактика ГВЗ. В случаях родоразрешения пациенток с высоким инфекционным индексом оперативным путем в плановом порядке с превентивной целью интраоперационно однократно после пересечения пуповины внутривенно вводят 2 г. антибиотиков группы цефалоспоринов III поколения.

III этап – послеродовая профилактика ГВЗ. Ранняя активизация родильниц в послеоперационном периоде способствует профилактике таких осложнений, как эндометрит, парез кишечника. Пациенткам группы высокого риска развития ГВЗ в послеродовом/послеоперационном периодах показано проведение курса антибиотикотерапии в течение 3-5 суток с учетом чувствительности микрофлоры из цервикального канала.

Таким образом, внедрение методики профилактики ГВЗ согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, позволило снизить частоту ГВЗ с 6,7% в 2005 г. до 4,0% в 2011 г., что повлекло за собой оптимизацию использования коечного фонда клиники. Так, среднее пребывание роженицы на койке сократилось в 1,6 раз (в 2005 г. – 11,3 койко-дня, в 2011 г. – 6,9).

Литература:

1. Ахтамова З.М., Воропаева С.Д. Пути снижения инфекционных осложнений после кесарева сечения // Вопросы охраны материнства и детства. – 1988. - №12. - с.35-39
2. Каюпова Н.А., Джаманова К.Б. Проблемы инфекции в акушерстве и гинекологии // Проблемы инфекции в акушерстве, гинекологии, дерматовенерологии и урологии. - 1998. - с. 11-15
3. Гуртовой Б.Л. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1994. - №1. - с.16-20
- Чернуха Е.А., Стружачий В.М., Кочиева С.К. и др. Наш опыт ведения послеродового периода у женщин группы высокого риска // Акушерство и гинекология. - 2000. - №2. - с.47-50

Ультразвуковая диагностика несостоятельности послеоперационного рубца на матке

Пархатова С.Я., Нурмуханова С.Н., Истекова А.А., Сагитова Р.К.

Кафедра ультразвуковой диагностики АГИУВ

УДК 618.141 - 072

Одной из задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015годы является снижение как материнской смертности, так и послеродовых осложнений (1). Несмотря на улучшение и техническое совершенствование оперативных вмешательств, частота осложнений после кесарева сечения особенно в отдаленных периодах остается очень высокой. Этому способствует материальное неблагополучие рожениц, несоблюдение ими гигиенических и превентивных мер (контрацепция). В последнее время наблюдается тенденция к увеличению числа повторнорожающих с рубцом на матке, и поэтому одной из проблем является своевременная диагностика несостоятельности рубца на матке как во время беременности, особенно на ранних сроках беременности, так и при планировании беременности.

Несомненно, верификация диагноза «Несостоятельность послеоперационного рубца на матке» проводится на основании данных гидросонографии и гистероскопии, которые являются инвазивными и имеют лучевую нагрузку. При планировании беременности или при беременности в ранние сроки одной из задач ультразвуковой диагностики является выявление признаков несостоятельности рубца на матке. Ультразвуковая диагностика

Осы мақаладағы ең басты гинекологиялық қызметтің көкейтесті мәселесі, операциядан кейінгі жатырда тыртықты кедергілердің ультра-дыбысты диагностикасы. Жатырдағы шиеленісті анықтау және операциядан кейінгі тыртықтың шамсыз ультра-дыбыс белгілерін берді. Шиеленіс, ерте мерзімде кесерев кесуінен кейін дамиды, жатырда операциядан кейінгі тыртықтың дәріменсіздігі дамытулары себептерінен болып табылады. Сол үшін операциядан кейінгі мезгілді қазіргі диагностика ерте және кеш мезгілдері шиеленістіерін анықтау керек.

В данной статье отражена одна из актуальных проблем гинекологической службы – ультразвуковой диагностике осложнений послеоперационного рубца на матке. Даны определение и ультразвуковые критерии состоятельности и несостоятельности послеоперационного рубца на матке. Осложнения, которые развиваются в раннем периоде после кесарева сечения, являются причинами развития несостоятельности послеоперационного рубца на матке. Поэтому необходима своевременная диагностика как ранних, так и поздних осложнений послеоперационном периоде.

This article reflects one of the urgent problems of gynecological services - ultrasound diagnosis of postoperative complications of uterine scar. Given the definition and criteria for ultrasonic solvency

в данном случае является дополнительным методом, при этом ультразвуковые критерии несостоятельности рубца на матке являются патогномичными. Одной из причин несостоятельности рубца на матке является послеродовой эндометрит, повторные кесарева сечения.

Состоятельным считается послеоперационный рубец при почти полном восстановлении мышечной ткани. При гистологическом исследовании определяется неизмененный миометрий с мелкими очагами разрастания соединительной ткани, преимущественно вокруг сосудов. К несостоятельным относятся рубцы с преобладанием соединительной ткани. При гистологическом исследовании рубцовой ткани определяются прослойки волокнистой, нередко гиалинизированной ткани, а в миометрии – дистрофические и некробиотические изменения разной выраженности.

Критериями состоятельности рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде являются следующие признаки (3):

- типичность положения рубца (в нижнем маточном сегменте);
- отсутствие деформаций, «ниш», участков втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки;
- толщина миометрия в области нижнего маточного сегмента свыше 4мм;
- отсутствие гематом в структуре рубца, соединительнотканых включений, жидкостных структур;
- визуализацию лигатур в миометрии в зависимости от давности операции и использованного шовного материала;
- адекватный кровоток (равномерное распределение цветовых сигналов и наличие диастолической составляющей в конечной скорости кровотока обнаруженных сосудов);
- состояние пузырно-маточной складки, дугласова пространства, параметриев.

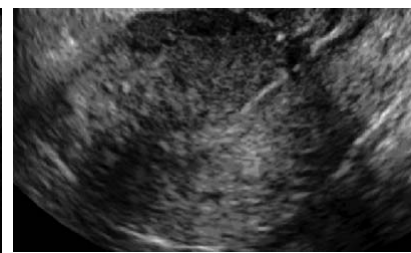
Наиболее благоприятным «типичным» расположением рубца является нижний сегмент матки, расположение рубца в других сегментах, атипичное расположение рубца. Признаки несостоятельности рубца вне беременности проявлялись в виде деформации наружного контура матки в нижнем сегменте и на уровне перешейка, втяжения серозной оболочки, резкого истончения миометрия, наличия «ниши» со стороны полости матки или деструктивных изменений зоны рубца с формированием множественных полостей в миометрии.

Таким образом, возрастающее число женщин с рубцом

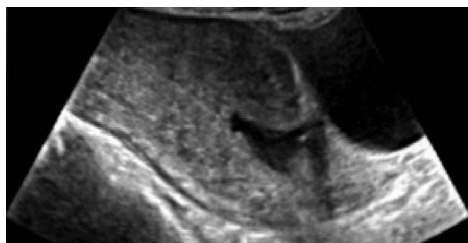
and insolvency postoperative scar on the uterus. The complications that develop in the early period after caesarean section, are the causes of failure of postoperative scar on the uterus. Therefore, a timely diagnosis as early and late postoperative complications.



Несостоятельный рубец



Частичная несостоятельность рубца



Несостоятельный рубец, глубокая ниша



Беременность 7 недель. Два рубца на матке.

на матке, планирующих впоследствии беременность, требует совершенствования методов диагностики состояния нижнего сегмента матки как во время, так и вне беременности.



Идеальный рубец

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.
2. Ведение беременности и родов при рубце на матке. Авторы: Г.М.Савельева, Р.И.Шалина, Л.Г.Сичинава, О.Б.Панина, М.А.Курцер
3. Ультразвуковая диагностика несостоятельности рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде. М.А.Чечнева, Л.И.Титченко, С.Н.Буянова, Н.В.Пучкова. Медицинский журнал «SonoAce-Ultrasound» №22, 2011г. Раздел: УЗИ в гинекологии. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва.

Васкулит диска зрительного нерва при вич инфекции

Телеуова Т.С., Токтабекова Г.Е.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

УДК:617.732-002

Васкулиты сосудов сетчатки и диска зрительного нерва среди патологии глазного дна встречаются довольно часто. Однако, частота их не установлена, так как они идут под различными названиями: ретиноваскулит, нейроваскулит, нейроретиноваскулит, папиллофлебит, васкулит ДЗН, ретинопатия венозного стаза у молодых, неполный тромбоз ЦВС, ретинальный васкулит и т.д.

Причины возникновения васкулита сетчатки и зрительно-го нерва многообразны. Они чаще развиваются вследствие инфекции, системных заболеваний, токсико-аллергических реакций, лекарственных препаратов и т.д. Развитию васкулита сетчатки способствует также генетическая предрасположенность, определённые природно-климатические условия, иммуно-опосредованный процесс и др. В настоящее время установлен антиген вируса опоясывающего лишая в сосудах сетчатки при остром её некрозе, нарушение циркулирующих иммунных комплексов и комплемента при системной красной волчанке, узелковом полиартериите, болезни Бехчета, идиопатическом васкулите сетчатки и др. (1).

В литературе широко представлена клиническая картина глазного дна при васкулитах сосудов сетчатки, а изменения со стороны диска зрительного нерва отдельно не выделяются и идут как составная часть васкулита сосудов сетчатки. Общими при этом являются: изменения хода и калибра сосудов сетчатки и зрительного нерва, паравазальная экссудация, микроаневризмы, геморрагия сетчатки, гемофтальм, тромбоз сосудов сетчатки, появляются неперфузируемые зоны и неоваскуляризация сетчатки и диска зрительного нерва, глиальная пролиферация. Воспалительный процесс поражает артерии и вены, но чаще вены, иногда воспаляются артерии и вены одновременно (1). Однако мы в литературе не нашли васкулита сосудов диска зрительного нерва при ВИЧ-инфицировании. В связи с этим мы решили представить картину глазного дна при васкулите диска зрительного нерва.

Больная Т., 31 год (1979 года рождения), 11. 08. 2011 года госпитализирована в глазное отделение Центральной городской клинической больницы г. Алматы с диагнозом ретиноваскулит обоих глаз (и/б № 15221).

Из анамнеза: 7 дней тому назад заметила ухудшение зрения левого глаза, через два дня – правого глаза после нервного расстройства. К врачам не обращалась, лечение не получала. Состоит на диспансерном учёте у терапевта по поводу дисциркуляторной дистонии. Других заболеваний больная исключает.

При поступлении в стационар. Острота зрения: правого глаза – 0,09 не корригирует, левого глаза – 0,04 не корригирует.

При осмотре: Правый глаз - спокоен. Передний отрезок глаза без изменений. В заднем отделе стекловидного тела плавающие мазки и элементы крови. На глазном дне диск зрительного нерва гиперемирован, отёчен, границы ступёваны из-за выраженного перипапиллярного отёка сетчатки. Около диска зрительного нерва имеется довольно крупное кровоизлияние, частично захватывающее и диск зрительного нерва в виде серпа с височной стороны. Вокруг диска зрительного нерва видны геморрагий различной формы и величины, распространяющиеся в макулярную область. По периферии глазного дна имеются редкие, штрихообразные

ВИЧ инфекциясында кездескен көру нерві дискінің васкулиті

Телеуова Т.С., Токтабекова Г.Е.

ВИЧ инфекциясынан болған көру нерві дискі васкулитінің клиникалық ағымы ауыр болды және қос көзде бірдей екі күннің арасында көру жітілігі күрт төмен түскен. Жүргізілген антибактериалдық, қабынуға қарсы және сорғызғыш терапияға қарамастан көру жітілігі сол қалпында қалды деуге болады (стационарға түскенде оң көздің көру жітілігі 0,09 ға теңелсе, одан шыққанда 0,1 болды, сол көзде 0,04 және 0,05 ға теңелді). Көз түбінде де айтарлықтай өзгеріс бола қойған жоқ. Көру қызметтерінің төмен болуы патологияның ауырлығы мен этиотропты емнің болмағандығынан екені көрініп тұр.

Көз түбі қан тамырларының васкулиті негізінде жас жетіншектердің арасында жиі кездестеніп ескере отырып, аурудың этиологиясын анықтау үшін жүргізілген зерттеулерге міндетті түрде ВИЧ инфекциясын да қосу керек.

и округлые кровоизлияний. Вены сетчатки извиты, тёмного цвета, расширены, полнокровны, на одной венозной веточке в нижневисочной аркаде видны экссудативные «муфты». Артерии сетчатки несколько сужены.

Левый глаз – спокоен. Передний отрезок глаза без изменений. В заднем отделе стекловидного тела плавающие мазки и элементы крови значительно больше, чем на правом глазу. На глазном дне область диска зрительного нерва и перипапиллярная зона занята массивным кровоизлиянием. Геморрагия имела тёмно бордовой окраски, края неровные, поверхность бугристая, проминирует в стекловидное тело (сгусток крови). В заднем полюсе много штрихообразных и округлых кровоизлияний, которые по мере удаления от диска зрительного нерва к периферии количество их уменьшается. Артерии сетчатки сужены. Вены сетчатки резко расширены, извитые, в нижневисочном квадранте вблизи диска зрительного нерва частично погружены в отёчную ткань сетчатки. По ходу вен видны экссудативные «муфты».

В макулярной области сетчатка отёчна, просматриваются твёрдые экссудаты светло-жёлтого цвета.

Больной назначено полное лабораторное обследование, согласно протоколам. Результаты исследования, кроме ВИЧ инфекции, отрицательны. Первый анализ на ВИЧ инфицированности был сомнительный, повторное обследование подтвердило наличие ВИЧ инфекции.

До получения результатов лабораторных исследований больной назначено противовоспалительное, антибактериальное и рассасывающее лечение. На фоне лечения зрение левого глаза периодически повышалась до 0,08. После установления причины васкулита больная выписана на лечение у инфекциониста по месту жительства.

По данным литературы, в зависимости от степени выраженности геморрагического синдрома делят васкулита диска зрительного нерва на две формы: геморрагическую и с минимальными геморрагическими проявлениями (2).

При геморрагической форме, кроме кровоизлияний, на диске зрительного нерва и вокруг него бывают обширные геморрагии, прикрывающие ДЗН и задний полюс глаза. Снижение при этом обуславливается наличием кровоизлияний в макулярной зоне. Чаще процесс односторонний, хотя имеются описание поражения обоих глаз с интервалом в 1-3

года. Заболевание начинается остро, иногда после респираторного процесса, или на фоне хронического тонзиллита. Обычно отсутствуют системные изменения, как артериальная гипертензия, атеросклероз, СД и др. Больные жалуются на кратковременные затуманивания зрения, повторяющиеся в течение дня несколько раз, беспокоит мелькание перед глазами. Острота зрения не снижается, или иногда отмечается небольшое снижение зрения – до 0,6-0,9 (2).

На основании данных картины глазного дна и клинического обследования мы поставили диагноз: Васкулит диска зрительного нерва обоих глаз, геморрагическая форма, ВИЧ инфекционной этиологии.

Наш случай интересен тем, что почти одновременно (с интервалом на два дня) и резко снизилась острота зрения обоих глаз (до 0,09 на правом глазу и до 0,04 на левом глазу). Течение заболевания тяжёлое. До выяснения этиологии заболевания проводилось антибактериальная, противовоспалительная и рассасывающая терапия. Однако изменения

на глазном дне и зрение практически оставались на том же уровне (острота зрения 0,09 при поступлении и 0,1 при выписке на правом глазу и 0,04 при поступлении и 0,05 при выписке на левом глазу). Очевидно, что низкая зрительная функция связана с тяжестью заболевания и отсутствием этиотропной терапии.

Учитывая, что васкулиты сосудов глазного дна встречаются, в основном среди лиц молодого возраста, при выяснении этиологии болезни следует обязательно провести обследование и на ВИЧ инфекции.

Литература

1. Воспалительные заболевания сетчатки. // В кн. Офтальмология. Национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, А.П. Нестерова. – Москва. – 2008. – 591-599;
2. А.В. Густов, К.И. Сигрианский, Ж.П. Столярова. Практическая нейроофтальмология. Нижний Новгород, 2003, 100-103

Применение Офтаквикса в лечении бактериальной офтальмии новорождённых

Телеуова Т.С., Шарипова А.У.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
АО «Казахский НИИ глазных болезней», г. Алматы

Воспаление слизистой оболочки глаза среди новорождённых детей встречается довольно часто. По данным ВОЗ, диагноз «Конъюнктивит новорождённых» следует поставить при покраснении, отёка слизистой оболочки глаза с гнойным, слизистым, серозным отделяемым или кровянистого характера. Симптомы заболевания должны возникать первые четыре недели жизни ребёнка, т.е. до 28 дней после рождения (1).

Лечение бактериального конъюнктивита заключается в назначении местно антибиотиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (2).

Цель

- изучение антибактериального действия офтаквикса при бактериальной офтальмии новорождённых детей.

Материал и методы

Под наблюдением находились 52 новорождённых детей, у которых развивалась на 5-7 сутки жизни картина конъюнктивита на одном, через два-три дня – на другом глазу. После обследования органа зрения и бактериологического посева мазка из конъюнктивального мешка всех детей распределили на 2 группы. Основную группу составили 28 новорождённых (56 глаз), контрольную – 24 детей (48 глаз). В основной группе лечение проводилось инстилляцией 0,5% р-ра офтаквикса по 1 кап. 4 раза, а в контрольной – инстилляцией 0,25% р-ра левомицетина 6-8 раз в сутки.

Результаты исследования

Причиной конъюнктивита являлись грамположительные и грамотрицательные кокки: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*. Другие микроорганизмы встречались в единичных случаях.

Клиническая картина патологии включала гиперемии и отек конъюнктивы, склеивание век в результате скопления экссудата, умеренное слизисто-гнойное отделяемое.

В основной группе продолжительность лечения зависела от степени выраженности воспалительного процесса и купирования его. У более половины детей картина конъюнктивита исчезала на 3 сутки от начала терапии, у остальных заканчивалась на 4-5 сутки. Лечение проходило без осложнений.

Во второй группе у девяти детей процесс начал купироваться с четвертого дня, у остальных новорождённых явления конъюнктивита в течение пяти дней не проходило, в связи с этим левомицетин был заменён на офтаквикс.

Офтаквикс – это противомикробный препарат, относится к фторхинолонам, международное название его – Левофлоксацин. Он эффективен в отношении всех грамотрицательных и грамположительных аэробов и хламидийной инфекции. Выпускается в виде 0,5% глазных капель в полиэтиленовом флаконе с наконечником-капельницей и завинчивающейся крышкой. Этот препарат – антибиотик широкого спектра действия, с высокой проникаемостью в ткани конъюнктивы. Обладает быстрым антибактериальным действием. Токсичность минимальная.

Таким образом, офтаквикс – это сильный антибактериальный препарат из группы фторхинолонов широкого спектра действия, который позволяет купировать явления конъюнктивита новорождённых при 4-х кратной инстилляцией в течение 3 - 4 дней. Его можно назначать при конъюнктивитах, развившимися грамположительными, грамотрицательными кокками, а также хламидийными инфекциями. В связи с этим можно рекомендовать использование 0,5% раствора Офтаквикса в родильных домах с целью профилактики офтальмии новорождённых.

Литература

1. Сайдашева Э.И., Сомов Е.Е., Фомина Н.В.. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии. Санкт-Петербург, 2006. С. 188-192;
2. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В.. Офтальмофармакология. Руководство для врачей. Москва. 2004. С.323 -348

Лютембаше синдромы: клиникасы, диагностикасы және оталау емі

Сағатов І.Е., Тайманұлы О.

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты
Жүрек-қан тамыр хирургия кафедрасы

Кіріспе

Лютембаше (R. Lutembacher) ауруы немесе кешені деп сол жақ жүрекше мен қарынша аралық тесіктің туа біткен тарылуы (митральды стеноз) және жүрекше аралық перденің ақауымен қосарласуын айтамыз [5,17,18,19].

Лютембаше синдромы жүрек ақауларының ішінде 0,3-0,5% (0,7%) жиілікте, ал жүрекше аралық перде ақауларының ішінде 4-6 % жиілікті алады, көбінесе әйел адамдарда кездеседі [1,5,17]. Митральды қақпақша ақауы көп жағдайда жүре пайда болады, сол себепті митральды стеноз оның жетіспеушілігімен бірге дамиды. Туа біткен митральды қақпақшаның стенозы өте сирек кездеседі. Е.Н. Мешалкин (1962) Лютембаше синдромын жүрекше аралық перде ақауы мен митральды немесе қолқа тесігінің тарылуымен бірге жүруін айтады. В. Йонаш (1962) жүрекше аралық перденің ақауы мен митральды стеноздың бірлесе туа пайда болуы деп есептейді. Жүрекше аралық перде ақауы сол жақ атриовентрикулярлы тесікпен бірлесуі сирек кездесетін ақаулар қатарына жатады. В.С. Сергиевскийдің (1978) мәліметі бойынша, жүрекше аралық перде ақауларының ішінде 0,4% қамтиды. Бұл ақау жайлы ең алғаш патологоанатомиялық байқау кезінде Корвизар (1811) мәлімдеген. Сосын бұл ақауды Martineau (1865) жазып кеткен. Г.Банклдің (1980) патологоанатомиялық мәліметі бойынша 1000 туа пайда болған жүрек ақаулары ішінде Лютембаше синдромы 7 жағдайда – 0,7% кездескен [17]. Лютембаше синдромының тұқымқуалаушығы жайлы сипатталатын мақалалар да бар. Лютембаше синдромының бір отбасында кездесу жағдайын баяндаған (анасы мен қызында) [21]. Ақау жайлы алғаш рет айтарлықтай толық клиникалық және мофологиялық мәлімдеме жасаған француз дәрігері Лютембаше, ақау осы автордың атымен аталады [7,13,14]. Алғаш рет КСРО-да гипотермия жағдайында жүрекке ашық жағдайда сәтті операцияны В.И. Бураковский (1961) жасаған.

Лютембаше синдромы және ауруының патогенезі мен гемодинамикалық өзгерістері айтарлықтай бірдей болып келеді. Нәресте туыла салысымен ақаудың екі түрінде де дереу гемодинамикаға жағымсыз әсері белгілі бола бастайды, ал жүре пайда болған митральды стеноз туылғаннан кейін кеш пайда болады, яғни туа пайда болған ақаудан дамыған гемодинамика өзгерістерінің үстіне қосылады. Жүрекше аралық перде ақауы көп жағдайда овалды терезе аймағында жиі кездеседі [5,19].

Гемодинамика бұзылыстары қанның артериявенозды ақау арқылы көп көлемде айдап шығарылуы, тарылған митральды клапанның есебінен қан көлемі жүрекшелерде пропорциональды түрде жоғарылайды. Ол өз кезегінде сол қарыншадан қанның минутты айдап шығарылу көлемінің азаюына алып келеді. Өкпе артериясында қан айналымының жоғарылауы, уақыт өте келе өкпе гипертензиясының гиперкинетикалық формасының дамуына алып келеді [5,17,23].

Митральды стеноз кезінде сол жүрекшеде қысым жоғарылайды, нәтижесінде жүрекше аралық перде тесігі арқылы сол жүрекшеден оң жүрекшеге қан ағымы айтарлықтай күшейеді. Сондай-ақ өкпе арқылы өтетін қан көлемі көбейеді, өз кезегінде сол жүрекшеде де

Lutembacher's syndrome: clinic, diagnostics and surgical treatment.

Sagatov I.Ye., Taimanuly O.

This article deals with the questions of clinic, diagnostics and surgical treatment of the syndrome of Lutembacher. Currently, treatment of the syndrome of Lutembacher used operative and endovascular methods.

Keywords: Lutembacher's syndrome, atrial septal defect, mitral stenosis, commissurotomy, prosthetics of the mitral valve, endovascular interventions.

Синдром Лютембаше: клиника, диагностика и хирургическое лечение.

Сағатов И.Е., Тайманулы О.

В данной статье рассматриваются вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения синдрома Лютембаше. В настоящее время для лечения синдрома Лютембаше используются оперативные и рентгеноэндоваскулярные методы.

Ключевые слова: синдром Лютембаше, дефект межпредсердной перегородки, митральный стеноз, комиссуротомия, протезирование митрального клапана, рентгеноэндоваскулярные интервенции.

қан көлемінің көлемі жоғарылауына алып келеді. Сол жүрекшеден оң жүрекшеге қан ағымы көбейгендіктен, оң жүрекше мен оң қарынша ұлғаяды, өкпе сабауы және оның тармақтары кеңейеді. Оң жүрекше дилатациясына байланысты жүрекше аралық пердедегі тесіктің кеңістігі үлкейіп жүрек жұмысының ұлғаюына алып келеді. Лютембаше синдромының маңызды белгісі өкпе артериясының айтарлықтай кеңеюі, бұл белгі әдетте митральды стенозсыз жүрекше аралық перде ақауында кездеспейді. Сондай-ақ жүректің ұлғаюы ревматизм процесінің әсерінен жүрек бұлшықеттерінің зақымдалуы нәтижесінде болуы мүмкін [5,13,14,19,23].

Митральды стеноздың жүрекше аралық перде ақауымен бірлесуі гемодинамикалық фактор үшін тиімді, яғни сол жүрекшеде қысымның шамадан тыс артуы мен кіші қан айналымда іркілістің туындамауы үшін жүрекше аралық перде арасындағы дефект қосымша сақтаушы клапан ретінде қызмет атқарады. Сол себепті Лютембаше синдромымен ауыратын науқастарда қан түкіру, жүрек астмасы немесе өкпе ісінуі байқалмайды. Жүрек ұлғаяды. Жүрек ұшы түрткісі күшейеді, сол жақ қолтық асты сызығына бағыттала жылжыйды. Сондай-ақ соңынан жыбыр аритмиясы қосылуы мүмкін [5,23].

Клиникасы

Лютембаше синдромының клиникасы бірінші кезекте көп көлемді қанды солдан оңға айдайтын жүрекше аралық перденің ірі дефекті клиникасына ұқсас (артерия-веналық шунт). Клиникалық көрінісі вариабельді және де ақаудың қайсы анатомиялық компоненті басым екендігіне тәуелді. Науқастарда пайда болатын шағымдары кей жағдайда жүрекше аралық перде ақауының ауруы басымдығымен, ал кей жағдайда митральды стеноздың басым дамуына сәйкес ерекшеленеді. Науқастар әдетте физикалық жүктеме

кезінде еңтігуге, тез шаршап қалуға, жоғарғы тыныс жолдарының ауруларына бейімділікке шағымданады [5].

Мұндай науқастардың дене бітімі, терісі бозғылт, жыныстық жетілуі кеш жүреді. Еріндерінде, тырнақтарында аздап цианоз кездесуі мүмкін. Саусақ бастары «барабан таяқшалары» тәрізді және тырнақтарының «сағат әйнегі» тәрізді қалыңдауы кездеспейді. Жүректі зерттеу кезінде оң жүрекше мен оң қарыншаның гипертрофиясы есебінен жүрек тұсының дүмпиіп тұруы байқалады. Ақаудың аускультациялық және фонокардиографиялық көрінісі спецификалық болып келеді. Сол жақ екінші қабырға аралықтан дәрекі систолалық шуыл естіледі. Шуыл жүректің барлық аймағына таралуы мүмкін. Өкпе артериясының айтарлықтай дәрежеде кеңеюі кезінде Грэхем-Стилл диастолалық шуылы және өкпе артериясы үстінде II тонның акценті естіледі. Бірінші және бесінші тыңдау нүктелерінде пресистолалық, ал төртінші тыңдау нүктесінде систолалық шуыл естіледі [5, 13, 14].

Митральды стенозбен кездесуі әдетте жүрек ұшында I тонның акценті және қысқа, терең, пырылдаған диастолалық шуыл пайда болады. Митральды қақпақшаның ашылу тоны өте сирек кездеседі. Кей жағдайларда митральды стеноз белгілері кездеспейді және ол бүкіл өмір бойы байқалмай кетуі мүмкін. Лютембаше синдромында жиі байқалатын жүрекше аралық перденің ірі ақауы кезінде диастолалық шуылды және «мысық пырылын» байқау мүмкін болмайтын сол жақты тарылған венозды ағым арқылы аз мөлшерде қан өтеді.

Диагностикасы

Рентгенологиялық зерттеу кезінде өкпе суретінің күшеюі, оң жүрекше мен оң қарыншаның кеңеюі есебінен жүрек көлеңкесінің ұлғаюы, өкпе артериясының кеңеюі (гиганттық өлшемге дейін жететін) және оның пульсациясы, қолқа, сол қарынша көлемінің кішіреюі анықталады. Сол жүрекше қалыпты немесе тіпті кішірейген. Митральды қақпақтада кальциноздың анықталуы ақаудың айқын белгісі болып табылады. Әдеттегідей, электрокардиограммада, жүректің электрлік өсі оңға ығысуы, Вильсон бойынша жүректің вертикальды электрлік позициясы, оң жүрекшенің және оң қарыншаның гипертрофия белгілері байқалады. Айтарлықтай барлық науқастарда жүрекше-қарыншалық өткізгіштік бұзылысы және Гисс будасының оң аяқшасының блокадасы кездеседі. Ал ересек адамдарда миокардтың жиырылу қызметінің нашарлауы және жүрек ырғағының әр-түрлі бұзылыстары кездеседі. Ақауды анықтауда эхокардиография әдісінің орны ерекше, яғни жүрекшеаралық перде және сол жақ жүрекше-қарынша тесігі жағдайын бағалап, мөлiмет алуға болады. Фонокардиограммада көбіне I тоны сақталған систолалық шуыл (ромбтәрізді немесе ұршықтәрізді), жүрек ұшында және Боткин нүктесінде диастолалық шуыл, өкпе артериясының үстінде II тонның акценті тіркеледі [5].

Лютембаше синдромы жүректі зондтау және контраст-тау арқылы зерттеу кезінде келесі белгілермен сипатталады: 1) зонд оң жүрекшеден сол жүрекшеге өтіп, жүрекше аралық перде дефекті бар екені анықталады; 2) контрасты зат бір жүрекшеден екінші бір жүрекшеге тез тарап, жүректің барлық қуыстарында (2-3 с ішінде) жылдам пайда болады; 3) жүрек қуыстарының кеңеюі (оң және сол жүрекше) және өкпе артериясы кеңеюі, тар қолқа анықталады; 4) жүректе және өкпе артериясы айналымында контрасты зат ұзақ уақыт кідіруі байқалады. Бұдан басқа, жоғарғы қуыс венамен салыстырғанда оң жүрекшеде, оң қарыншада және өкпе артериясында қанның оттегімен қанығуы жоғары екені анықталады [5, 14].

Бұл ақауды диагностикалау өте қиын емес. Спецификалық аускультациялық шуылдар, эхокардиогра-

фия, интервенциялық зерттеу мәліметтері және басқа зерттеу әдістері арқылы ақауды нақты анықтауға болады. Лютембаше синдромының асқынуы, қарынша аралық перде ақауындағы сияқты: жүректің ревматизмді зақымдануы, өткізгіштігі мен ырғағының бұзылысы, өкпенің және тыныс жолдарының жиі қайталайтын инфекциялары, өкпе артериясында және жүрек қуысында тромб түзілуі, өкпе артериясының тромбэмболиясы және өкпе инфаркты тәрізді асқынулар кездеседі [13, 21].

Ажырату диагностикасында митральды стеноздың физикалық белгілері болмаса, әдеттегідей жүрекше аралық перденің қосарланған ақауында мына аурулармен ажыратамыз: өкпе артериясының стенозы, митральды қақпақшаның жетіспеушілігі, созылмалы «өкпелі жүрек». Егер митральды стеноздың белгісі табылса, онда Лютембаше синдромын және жүрекше аралық перденің ақауысыз митральды стенозды ажырату керек. Сондай-ақ оң қарыншаның инфундибулярлы бөлімінің, өкпе артериясының сабауы және екі өкпе артериясының да айтарлықтай кеңеюі немесе өкпе артериясы қақпақшаларының салыстырмалы жетіспеушілігімен ажырату керек. Науқастың салыстырмалы қанағаттанарлық жағдайы, митральды стеноздың айқын көрініс бермеген аускультация мәліметтері және сол жүрекшенің ұлғаймауы немесе шамалы ғана ұлғаюы Лютембаше синдромын айқындап, қосарланған митральды ақауды жоққа шығарады. Бұл синдромда бастысы өкпе артериясы және өкпе түбіріндегі оның тармақтары кеңейеді. Митральды стеноз кезінде өкпе тамырларының кеңеюі, тіпті өкпе алаңына дейін тарап кеңейеді. Лютембаше синдромында өкпеде іркіліс болмайды, ал митральды стенозда ол айқын көрініс береді [5].

Оталау емі

Лютембаше синдромының емі оперативті немесе рентгенэндоваскулярлық: екі ақауды бір мезгілде коррекциялаумен жүргізіледі. Қарсы көрсеткіш ретінде жоғары дәрежелі өкпе гипертензиясы, миокард дистрофиясы және терминальды сатыдағы қанайналым бұзылысы бар науқастарға операция жүргізу қауіпті. Лютембаше синдромында операция эффективті болып табылады [5]. Бірақ бұл ақаудың сирек кездесуіне байланысты, оперативті емі мен летальды көрсеткіштер жайлы нәтижелердің статистикалық мәліметі жоқтың қасы [7].

Операция техникасы. Операция көз қарашығын бақылап, жүрекке жасанды қанайналым, кардиоплегия және гипотермия жағдайында жүргізіледі. Жүрекке енудің ең қолайлы әдісі – төсті бойлай ортаңғы стернотомия жүргізу. Оң жақ жүрекше және жүрекше аралық перде ақауы арқылы сол жақ жүрекше - қарынша тесігіне және қақпақшаларына енеді. Митральды қақпақшаға манипуляция жүргізу оның сипаты мен өзгеру дәрежесіне байланысты жүргізіледі. Қақпақшаларды жақсы экспозициялау – операцияның басты мақсаты. Әдетте митральды комиссуротомия жасалады. Митральды қақпақшадағы ірі деформациялар, жарғақшалардың кальцинозы немесе емізікше - хордалы аппаратының өзгерісі митральды қақпақшаны протездеуге тікелей көрсеткіш болып табылады. Сосын жүрекше аралық перденің пластикасы жасалады, оң жүрекше қабырғасындағы кескен жері тігіледі. Кеудені жауып, дренаж қалдырылады [5, 14, 17].

Қазіргі таңда интервенциялық кардиология мен рентгенэндоваскулярлық хирургияның қарқынды дамуы нәтижесінде транскатетр әдісін қолдана отырып, арнайы құрылғылар көмегімен мұндай ақауларға түрлі окклюдерлер орнату, транслюминалды коррекциялау (вальвулопластика) жолға қойылуда [10, 11, 15, 24]. Бұл әдістің дәстүрлі хирургиялық емнен артықшылығы, қан құю, жүрекке ашық әдіспен оталау жүргізілмейді, сондай-ақ науқастардың

төсек күнінің азаюы, оңалту және еңбекке қабілеттілігі тез қалыптасуымен тиімді [4,7,8,9,14,18,20,22,25,26]. Авторлардың мәліметтері бойынша, ұзақ уақыт зеттеу нәтижелері (55±29 ай), мұндай коррекция толық қанағаттанарлық нәтижені көрсетеді.

Оталау емінің нәтижесі

Көптеген авторлар операцияның эффективтілігін байқады. Жетістіктің басты факторы, митральды қақпақша ақауын коррекциялаудың адекваттылығы, миокардтың жағдайына қарап бағаланады [5]. Қазіргі таңдағы соңғы деректер бойынша жүрекше аралық перде ақауын коррекциялаудан кейінгі летальды көрсеткіш 0,5%-дан аспайды. Ұзақ уақыт зерттеу барысында коррекцияланған ақаудан кейінгі өмір сүру ұзақтығы 25 жылға дейін жеткен, ол адамның табиғи өмір сүруінен еш айырмашылығы жоқ [4]. Guo H. және басқа авторлардың мәліметі бойынша жоғары өкпе гипертензиясы және оң қарынша жетіспеушілігі бар науқастарда летальды көрсеткіш 42,8%-ға жетуі мүмкін [16]. Лютембаше синдромын ерте коррекциялау операциялық летальды көрсеткіштің төмендеуіне алып келеді [16]. Операциядан кейінгі спецификалық асқынуларына синустүйінінің әлсіздік синдромы, А-В блокада, митральды жетіспеушілік т.с.с. кездеседі.

Қорытынды

Қазіргі таңдағы заманауи құрылғылардың қарқынды дамуы арқасында Лютембаше синдромы ерте анықталып, жоғары дәрежелі хирургиялық немесе рентгенэндоваскулярлық ем көрсету нәтижесінде летальды көрсеткіш төмендеуде. Кей жағдайларда кеш дұрыс диагноз қою әсерінен көптеген науқастар кенет жүрек тоқтауы, аритмия, тромбоэмболия, қантамыр аурулары салдарынан қайтыс болады. Ауруды ерте анықтап, дер кезінде хирургиялық және рентгенэндоваскулярлық ем көрсетсе болжамы жақсы және науқастардың орташа өмір сүруі жоғарылайды.

Әдебиеттер

1. Белозеров Ю.М., «Детская кардиология», Москва, 2004, с. 91-92.
2. Йонаш В., «Клиническая кардиология», 1966, Прага.
3. Мешалкин Е.Н., «Ангиография у больных с врожденным пороками сердца» - Брюссель, 1953 - с.154-155№
4. Островский Ю.П., «Хирургия сердца» - Москва, 2007 - с.435-437
5. Сердечно-сосудистая хирургия. Рук-во п/р Бураковского В.И., Бокерия Л.А. - Москва, 1989. - с. 99-100.
6. Сергиевский В.С., Нугманов Е.К., Гренц В.Г., Садыков Х. «Отдаленные результаты и реабилитация больных с вторичными дефектами межпредсердной перегородки» - Кардиология, 1978 - № 7 - с. 32—37.
7. Ahmed W.H., Al-shaibo K.F., Chamsi-pasha H et. al: Non surgical correction of Lutembacher syndrome. Saudi Med J, 2003; 24 (3) :

307 – 308

8. Ali S.Y., Rahman M., Islam M., Barman R.C., Ali M.Y. MMSU Islam, «Lutembacher's Syndrome». 2011, p. 59-60.
9. Behjati M., Rafiei M., Nough H., Rafiei R. «Transcatheter Therapy of Lutembacher Syndrome». University of Medical Science, Yazd, Iran., 2007., p.1-13
10. Belghiti H., Kettani M., Chami L., Srairi N., Fekri N., Bennani R., Fellat N., El Haitem N., Mesbahi R., Benomar M. «Percutaneous mitral commissurotomy and Lutembacher syndrome». Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2006 Jun; 55(3): 153-156.
11. Bhambhani A., Somanath H.S. «Percutaneous treatment of Lutembacher syndrome in a case with difficult mitral valve crossing». J Invasive Cardiol. 2012 Mar; 24(3): 545-6.
12. Buchman Jos., Kahn Alfred., and Hara Masauki. «Lutembacher Syndrome Successfully Treated by Mitral Commissurotomy». p. 497-500.
13. Budhwani N., Anis A., Nichols K., Saric M., «Echocardiographic assessment of left and right heart hemodynamics in a patient with Lutembacher's syndrome». Heart Lung. 2004, 33:50-54.
14. Cheng T.O., Holmes D.R., Jr. «Percutaneous balloon mitral valvuloplasty by the Inoue balloon technique, the procedure of choice for treatment of mitral stenosis». Am J Cardiol, 1998., p. 624-628.
15. Contreras A.E., Brenna E.J., Peirone A.R. «Temporary occlusion of atrial septal defect in the Lutembacher syndrome». Medicina, 2011; 71(4): 366-368
16. Guo H., Zhang J., Wu R., Lu C., Zhuang J., Zheng S. «Lutembacher's syndrome». Zhonghua Wai Ke Za Zhi., 1999 Dec; 37(12): 747-748
17. Hans Bankl, «Congenital malformations of the heart and great vessels», Austria, Baltimor-Munich, 1977, перевод Е.А. Пузыревой - Москва, 1980. - с. 116-119.
18. Lutembacher R. «De la stenose mitrale avec communication interauriculaire. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux». Paris, 1916, p. 237-260.
19. Miller D., Martineau R., Hull K., Hill J. «Bolus administration of esmolol for controlling the hemodynamic response to laryngoscopy and intubation, efficacy and effects on myocardial performance». J Cardiothorac Anesth 1990., p. 31—36.
20. Omeish A., Hijazi Z.M. «Transcatheter closure of atrial septal defects in children and adults using the Amplatzer Septal Occluder». J Intervent Cardiol, 2001; p. 37-44.
21. Patil C.V., Vijaykumar M., Pande A.V., Shah L.S. «Familial Lutembacher's syndrome in mother and daughter». Indian Heart J. 1997 Jul-Aug; 49 (4): 415-417.
22. Sadaniantz A., Luttmann C., Shulman R.S., et al. «Acquired Lutembacher syndrome or mitral stenosis and acquired atrial septal defect after transseptal mitral valvuloplasty». Cathet Cardiovasc Diagn. 1990 Sep; 21(1):7-9.
23. Sambhi M.P., Zimmerman H.A. «Pathologic physiology of Lutembacher syndrome». Am. J. Cardiol., 1958., 2, p. 681.
24. Shabbir M., Ahmed W., Akhtar K. «Transcatheter of Lutembacher's syndrome». J Coll Physicians Surg Pak. 2008 Feb; 18(2): 105-6
25. Shen X.Q., Zhou S.H., Zhou T., Qi S.S., Fang Z.F., Lü X.L. «Transcatheter treatment of Lutembacher syndrome». Chin Med J., 2005; 118: 1843 - 1845.
26. Suzuki K., Ho S.Y., Anderson R.H., Selman D., Richard K., Macmaham D., et al. «Morphometric analysis of atrio-ventricular septal defect with common valve orifice». J Am Cardiol 1998;31:217.
27. Vasan R.S., Shrivastava S., Kumar M.V. «Value and limitations of Doppler echocardiographic determination of mitral valve area in Lutembacher syndrome». J Am Cardiol 1992; 20:1362-70.

Особенности лечения остеопоротических переломов дистального эпиметафиза лучевой кости

Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У., Хасанов Е.Е.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Актуальность

Среди всех заболеваний костно-мышечной системы остеопороз занимает особое место ввиду распространенности заболевания и высокого риска возникновения переломов различной локализации костей скелета. Из числа переломов происходящих на фоне остеопороза наиболее часто встречаются переломы дистального эпиметафиза лучевой кости.

Цель

Определить алгоритм оказания специализированной помощи пациентам с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости.

Материал

Ежегодно в травмпункты ЦГКБ, ГКБ №7 обращаются за медицинской помощью более 1200 пациентов с переломами данной локализации. Среди них в возрасте старше 50 лет составляло 77,8%, что определяет актуальность данной проблемы. До сих пор основным методом лечения этих переломов является закрытая репозиция костных отломков под местным обезболиванием с фиксацией гипсовой повязкой и последующее наблюдение в амбулаторных условиях. Однако при этом возникают проблемы лечения пациентов данной группы – это вторичное смещение костных отломков в гипсовой повязке, прогрессирование сопутствующего остеопороза, требующего адекватной коррекции, а также задержка применения своевременной полноценной реабилитации.

Изучение указанных последствий результатов консервативного лечения позволило выявить алгоритм оказания специализированной помощи данной группы пациентов:

1. Оказание медицинской помощи пациентам с оскольчатыми внутрисуставными остеопоротическими переломами дистального эпиметафиза лучевой кости целесообразно проводить в стационарных условиях с применением адекватных и надежных современных методов фиксации костных отломков.

Кәрі жіліктің дисталды метаэпифизінің остеопороздың әсерінен сынығын емдеу ерекшеліктері

Бұл мақалада кәрі жіліктің остеопороздың әсерінен дисталды метаэпифизінің сынықтарын емдеу алгоритмі берілген, олардың асқынуларының алдын алу үшін.

Особенности лечения остеопоротических переломов дистального эпиметафиза лучевой кости

В данной статье приводится алгоритм оказания специализированной медицинской помощи пациентам с учетом особенностей остеопоротических переломов дистального эпиметафиза лучевой кости, позволяющей предупредить их тяжелые последствия.

2. При тяжелых многооскольчатых внутрисуставных переломах дистального эпиметафиза лучевой кости со смещением костных отломков необходимо ранее оперативное лечение до развития различных осложнений.

3. При наличии сопутствующего остеопороза необходимо назначение адекватной медикаментозной терапии.

4. После сращения костных отломков своевременно проводить оптимальное восстановительное лечение в условиях реабилитационного центра под наблюдением опытного врача реабилитолога и травматолога-ортопеда.

У пациентов при раннем выявлении остеопороза и своевременно начатом его лечении можно значительно замедлить процесс естественной потери костной массы, улучшить регенерацию костной ткани и предупредить развитие осложнений ухудшающих качество жизни.

Заключение

На основании вышеизложенного можно отметить, что предлагаемый алгоритм специализированной медицинской помощи пациентам с остеопоротическими переломами дистального эпиметафиза лучевой кости позволяет своевременно принять правильную лечебную тактику и меры профилактики развития тяжелых осложнений, нарушающих функций конечности и трудоспособности пострадавших.

Лазерное лечение вирусных папиллом половых органов у мужчин

Куандыков Е.А., Шалекенов С.Б.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей.

Кафедра урологии, андрологии и сексопатологии

УДК 616.66-006.52-022.6-089:615.849.19

Введение

Наиболее часто встречающиеся образования наружных половых органов у мужчин и женщин является - вирусные папилломы (остроконечные кондиломы). [1, 2]. Проблема диагностики и лечения этой инфекции привлекает внимание врачей различных специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, патоморфологов, иммунологов, вирусологов. Объясняется это высокой контагиозностью и наблюдающейся тенденцией роста частоты данного заболевания, а также способностью некоторых типов вируса папилломы человека инициировать злокачественные процессы.

В настоящее время описано более 60 различных папилломатозов [1]. В литературе имеются сведения о том, что внедрение вируса папилломы человека (ВПЧ) происходит на уровне незрелых клеток эпителия кожи и слизистых оболочек (базальный слой) [3]. Большинство кондилом, спонтанно регрессирует, но при некоторых поражениях, особенно плоского эпителия, со временем развивается малигнизация [4, 5]. В настоящее время все попытки полного излечения вирусной инфекции генитальной области безуспешны, так как препаратов для системного применения и вакцин не существует [1, 6]. Однако ряд авторов придерживается точки зрения, что цель лечения вирусной инфекции заключается в удалении экзофитных кондилом, а не в элиминации возбудителя [1].

На сегодняшний день существующие методы лечения вирусных папиллом эффективны в 50-94% случаях, однако уровень рецидивирования остается достаточно высоким примерно 25% в течение 3-х месяцев наблюдения [1, 7, 8, 9]. Это и объясняет продолжающийся поиск новых методов лечения больных с вирусными папиллярными образованиями половых органов.

Учитывая выше сказанное, целью нашего исследования является изучение применения лазерного излучения в улучшение эффективности хирургического лечения ВПЧ.

Материалы и методы

Материалом данного исследования явились 50 мужчин находившихся под наблюдением на базе кафедры урологии и андрологии АГИУВ, урологического стационара ЦГКБ в период с 2008 по 2011 гг. Средний возраст пациентов колебался от 17 до 36 лет. Локализация кондилом представлена в таблице.

Таблица - Локализация кондилом перенесших лазерную абляцию.

Локализация	Кол-во больных абс.(%)
Головка полового члена	12 (24%)
Крайняя плоть головки полового члена	6 (12%)
Крайняя плоть и головки полового члена	9 (18%)
Головка полового члена и наружное отверстие уретры	16 (32%)
Висячий отдел уретры	7 (14%)
Всего	50 (100%)

Целью нашего исследования является изучить применение лазерного излучения в улучшение эффективности хирургического лечения вируса папилломы человека. Материалом данного исследования явились 50 мужчин находившихся под наблюдением на базе кафедры урологии и андрологии АГИУВ, урологического стационара ЦГКБ в период с 2008 по 2011 гг. Локализация кондилом: головка полового члена - 24%, крайняя плоть головки полового члена - 12%, крайняя плоть и головки полового члена - 18%, головка полового члена и наружное отверстие уретры - 32%, висячий отдел уретры - 14%. Лазерную абляцию проводили гольмиевым лазером под местной анестезией 1% раствором. У больных с локализацией кондилом на коже и головки полового члена рецидивов заболевания не наблюдалось. У больных с локализацией кондилом у наружного отверстия уретры и висячем отделе уретры рецидив отмечен в 14,3 % и 12,5% соответственно. Лазерная абляция гольмиевым лазером является одним из высокоэффективных хирургических методов в комплексном лечении больных с вирусными кондиломами полового члена и уретры.

The purpose of our research is to study application of laser radiation in improvement of efficiency of surgical treatment of a virus of a human papilloma. 50 men under observation on the base of urology faculty of ASIDI in urological hospital of Central city clinical hospital were as a material of the given research, during the period with 2008 to 2011. Localization of kondiloms: the head of penis - 24 %, extreme flesh of the head of a penis - 12 %, extreme flesh and the head of a penis - 18 %, the head of a penis and an external aperture of a urethra - 32 %, a trailing part of urethra - 14 %. Laser ablation was carried out with holmium laser under local anesthesia 1 % solution. Patients with localization of kondiloms on a skin and the head of penis had no recurrences of disease. Patients with localization of kondiloms at an external aperture of urethra and a trailing part of urethra had recurrences in 14,3 % and 12,5 % cases accordingly. Laser ablation with holmium laser is one of highly effective surgical methods in complex treatment of patients with virus kondiloms of a penis and urethra.

Біздің тексерудің мақсаты, адамның вирусын папилломалар хирургиялық емдеудегі шапшаңдықты күшейтудегі лазердік жақсы пайдалануды үйрету. 2008 жыл мен 2011 жыл арасығында АМДБЖ-ның урология кафедрасында, ОҚКА-ның урология бөлімшесінде 50 еркек бақылау астында тексеруден өтті. Кондилом локализациясы жыныс мүшесі. Лазерлік абляция 1% ерітінділік жерілікті анестезия бойынша гольмиевті лазермен жүргізілді. Аурулардың терісінде, жыныс мүшесінде кондиломалар локализациясының қайталануы байқалмайды. Аурулардың сыртқы уретрадан және уретрдың бөлемінде кандиломалар локализациясының қайталануы 14,3% және 12,5% -да белгіленді. Гольмиевті лазермен лазерлік абляция жыныс мүшесінің және уретрлардың вирусты кондиломын комплексті емдеуде хирургиялық жоғары шапшаңдылық әдістерінің бірі болып саналады.

Лазерную абляцию проводили гольмиевым лазером под местной анестезией 1% раствором лидокаина (подкожные инъекции или инстилляции уретры), лазерное волокно подводили к ножке кондиломы на расстоянии 0,5 см, по-

сле абляции обрабатывалось ложе удаленной ткани. При локализации кондилом в уретре использовался цистоскоп с ирригационной системой. Энергия излучения лазерного волокна 1,5 кДж, частота 5 м. На месте воздействия лазерного воздействия образуется белесоватый участок ткани, окружающие ткани не повреждаются, и гемостаз не требовался. При абляции кондилом в висячем отделе уретры катетеризацию не проводили, что в свою очередь является профилактикой воспалительных осложнений.

Результат и обсуждение. Результатом исследования явилось отсутствие рецидивов заболевания в периоде наблюдения до 6 месяцев. У больных с локализацией кондилом на коже и головки полового члена результат получен достоверно хороший, рецидивов заболевания не наблюдалось. У больных с локализацией кондилом у наружного отверстия уретры и висячем отделе уретры рецидив отмечен в 14,3 % и 12,5% соответственно. Это объясняется тем, что у данной категории больных ранее проводились неоднократные электродеструкции кондилом, и имело место обширное поражение уретры. Данным больным потребовалось проведение повторной лазерной абляции и проведение противовирусной терапии. Рецидив в дальнейшем не отмечался.

Необходимо отметить, что у пациентов улучшился и показатель качества жизни, появилась уверенность в себя, улучшился психосексуальный фон.

Заключение

Полученные данные позволяют сделать заключение, что лазерная абляция гольмиевым лазером является

одним из высокоэффективных хирургических методов в комплексном лечении больных с вирусными кондиломами полового члена и уретры. А использование данного метода в комплексе с противовирусными препаратами является на наш взгляд перспективным направлением в этой области урологии и онкологии.

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем. – 2 изд., испр. и доп. – Витебск: Изд-во Витебского мед. ин-та. – 1977. – с. 193-207;
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – Москва, «Медицина» - 1998. том 3. – с. 262-265.
3. Lur Hausen H. Viruses and Cancer. Cambridge 1985:83-90.
4. Gissman L, Gross G, Jkenberg H, et al. Papilloma virus infection of the anogenital region: correlation between histology, clinical picture and virus type. J Invest Dermatol 1985: 85:147-152.
5. Arrand JR, Toon PG. Human papilloma viruses infection of the uterine cervix of women without cytological sings of neoplasia. Br J Venerol Dis 1986: 293:721-730.
6. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К. и др. Дерматология. – М.: Практика. – 1999. – с.907-913
7. Margolis S. Therapy for condiloma acuminatum: a review. Rev Infect Dis 1982: 4:5829-5836.
8. Handley Y, Maw R, Dinsmore W, et al. A randomized double blind corporative study; self treatment of primary anogenital warts in men with podofilin 0,5% ethanol versus podophyllotoxin 0,5% (condylline). Venerology 1991:4(3):84-87.
9. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем. Методические материалы. Под ред. К.К. Борисенко. М.. 1998.

Эпидемиология доброкачественной гиперплазии предстательной железы в популяции мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан

Досхожаев Б.К.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей.

Кафедра урологии, андрологии и сексопатологии

УДК 616.71-006:616-002.18:616.656:616-055.1(574)

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у пожилых мужчин, клинические проявления которого встречаются уже в возрасте 40-50 лет [1]. Социально-экономическая значимость и актуальность этой проблемы подчеркивается демографическими исследованиями ВОЗ, свидетельствующими о значительном росте населения планеты в возрасте старше 60 лет, темпы которого существенно опережают рост населения планеты в целом. Так, по данным Brody J.A. (1985) в экономически развитых странах Европы и Америки к 2020 году прогнозируется рост числа людей в возрасте старше 60 лет на 60-200% [2]. По данным Holtgrewe H.L. (2000г.) прогнозируемый рост числа людей с ДГПЖ в США у мужчин старше 65 и 85 лет представлены в таблице 1 [3].

Таблица 1. Прогнозируемый рост населения с ДГПЖ старших возрастных групп в США (в млн.человек) по Holtgrewe H.L. (2000г.)

Год	Возраст > 65 лет	Возраст > 85 лет
1890	3	0.13
1930	6	0.27
1960	18	0.90

В статье приведены результаты исследования, проведенного в 9 регионах Республики Казахстан, которые свидетельствуют о том, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы является одним из самых частых заболеваний у мужчин и составляет 29,05% от общей обращаемости мужчин. Распространенность ДГПЖ по данным обращаемости прогрессивно растет с увеличением возраста: с 26% в возрасте от 40 до 29 лет, до 76,8% в возрасте 75 лет и старше.

Мақалада берілген Қазақстан Республикасының 9 өңірінде жүргізілген зерртеулер нәтижелері бойынша қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы еркектерде жиі кездесетін аурулардың бірі болып табылады және қаралған еркектердің 29,05% құрайды. Қаралған еркектердің көрсеткіштері бойынша ҚБҚГ таралу жас өскен сайын үдемелі өсуде: 40-49 жас аралығында – 26%, 75 жас және одан жоғары – 76,8%.

The result of a study conducted in 9 regions of the Republic of Kazakhstan, which suggests that benign prostatic hyperplasia is one of the most common diseases in men and 29,6% of the total uptake of men. The prevalence of BPH according to the uptake progressively increases which age: from 26% under the age of 40 years to 49 years, to 76,8% at age 75 and older.

1990	33	3
2000	37	4
2020*	65	6
2050*	80	18

*Прогнозируемый рост.

Указанная глобальная закономерность характерна и для нашей страны. В последние годы существенно возрос интерес к проведению эпидемиологических исследований ДГПЖ. В первую очередь это относится к т.н. «популяционным исследованиям», которые в отличие от программ, основанных на изучении мужчин самостоятельно обратившихся за медицинской помощью, дают возможность получить истинное представление о распространенности заболевания среди населения различных возрастных групп.

Статистические данные о частоте ДГПЖ основаны на клинических и патоморфологических исследованиях. Изучение аутопсийного материала продемонстрировало прямую зависимость морфологических проявлений заболевания от возраста. Так Мазо Е.Б. (1991) [5] отметил постепенное нарастание частоты случаев ДГПЖ, с 11,3% в возрасте 40-49 лет до 81,4% в возрасте 80 лет. После данного возрастного рубежа ДГПЖ встречается у 95,5% мужчин. Аналогичные данные представлены в известном исследовании аутопсийного материала Berry S.J., et al. (1984) [6]. Авторы установили, что морфологические признаки ДГПЖ наблюдаются приблизительно у 10% мужчин в возрасте 40 лет, достигая 90% к 80 годам. Последующее международное исследование, проведенное Isaacs J.T., Coffey D.S. (1989) [7] в ряде стран (США, Великобритания, Дания, Австрия, Индия, Япония), продемонстрировало увеличение морфологически выявленных случаев ДГПЖ с 25% у мужчин в возрасте 40 лет, до 80% в 70 лет. При этом отмечены незначительные различия в выявлении ДГПЖ в зависимости от расы и территории проживания.

По мнению Guess H.A. (1996) подобные исследования имеют очень важное значение, т.к. расширяют медицинские знания о проблеме ДГПЖ по крайней мере в трех областях [4].

Во первых, они позволяют определить возрастную границу между нормальными и патологическими показателями, а также чувствительность и специфичность различных клинических тестов, используемых для диагностики ДГПЖ.

Во вторых, дают возможность понять, как симптомы заболевания и другие факторы влияют на решение пациента обратиться за медицинской помощью и на выбор им метода лечения ДГПЖ.

В третьих, позволяют объективно оценить результативность различных мероприятий и программ по оказанию населению медицинской помощи.

Кроме того, помимо чисто медицинского, результаты популяционных исследований также имеют важное экономическое значение, так как позволяют в целом оценить затраты здравоохранения, необходимые для оказания медицинской помощи больным ДГПЖ.

В результате исследования симптомов заболевания, использования урофлоуметрии и трансректальной ультрасонографии, Garraway et al. (1991) [9] установили, что клинические признаки ДГПЖ наблюдаются у 14% мужчин в возрасте 40-49 лет, достигая 43% к 60-69 годам (таблица 2).

Таблица 2. Частота выявления ДГПЖ в Шотландии (по данным Garraway et al., 1991).

Возраст	Частота ДГПЖ
40 - 49	14%
50 - 59	24%
60 - 69	43%
70 - 79	40%

Анализ симптомов и показателя качества жизни в рамках данного исследования позволил Gorman C.J. et al. (1994) установить, что больные с умеренной и значительной выраженностью симптомов ДГПЖ в 4-6 раз в большей степени испытывают физическое беспокойство и в два раза сильнее чувство тревоги, чем пациенты с незначительной симптоматикой. Это позволило подтвердить высказанное ранее Barry M.J. et al. (1993) мнение о том, что показатель I-PSS равный 8 разграничивает больных, у которых выраженность симптомов существенно влияет на качество жизни от тех, кого симптомы практически не беспокоят.

Ориентировочное количество больных с умеренной и выраженной симптоматикой в популяции по данным исследования Olmsted County Study (OCS), USA, 1993 [10] представлено в таблице 3.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что проблема ранней диагностики ДГПЖ у мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан является актуальной в связи с отсутствием подобных исследований в доступной литературе.

Таблица 3. Количество больных с умеренной и выраженной симптоматикой*.

Возраст	Количество больных с I-PSS >7
40 - 49	26%
50 - 59	33%
60 - 69	41%
70 - 79	46%

*Данные исследования OCS.

Целью настоящего исследования

явилось выявление распространенности доброкачественной гиперплазии предстательной железы среди мужчин старше 40 лет в Республике Казахстан.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено на базе кафедры урологии и андрологии АГИУВ, продолжавшейся с октября 2010 по декабрь 2010 года, в котором приняли участие урологи из 9-ти регионов Казахстана (Алматы, Астана, Усть-Каменогорск, Караганда, Павлодар, Шымкент, Актобе, Костанай, Семипалатинск). За период исследования было осмотрено 2643 мужчин, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) городов, указанных выше.

Критерии включения в данное исследование: мужчины в возрасте от 40 лет, подписавшие информированное согласие.

Критерии исключения явились, сопутствующее заболевание нижнего отдела мочевыводящих путей, ранее перенесенная операция на предстательной железе, терапия препаратами, влияющими на мочеиспускание, верифицированный диагноз рака предстательной железы.

Период наблюдения составил два месяца с двумя визитами. Всем больным было произведено стандартное урологическое обследование, включавшее в себя пальцевое ректальное исследование, изменение гемодинамических показателей (пульс, систолическое и диастолическое артериальное давление, ультрасонографию (определение объема предстательной железы), а также анкетирование больных по шкале IPSS и определение качества жизни по шкале QoL.

Результаты и обсуждение

За период наблюдения в различных ЛПУ городов, которые принимали участие в исследовании, обратилось

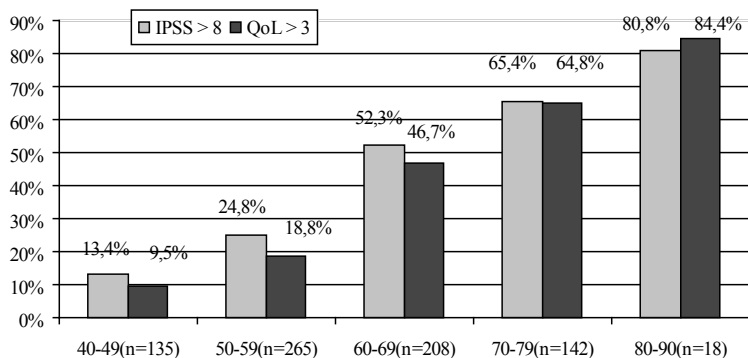


Рисунок 1. Распространенность симптомов по шкале IPSS и QoL в различных возрастных группах

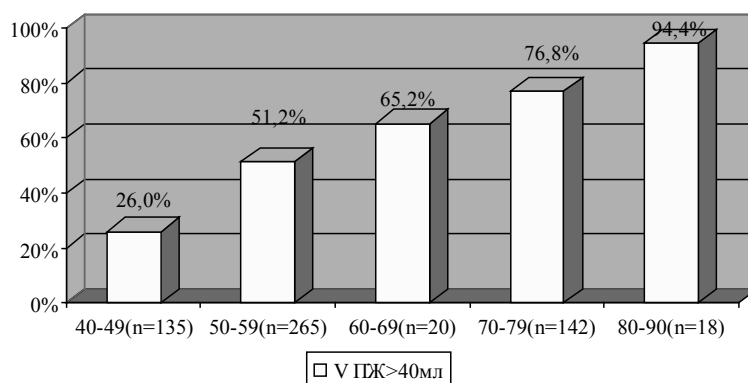


Рисунок 2. Распространенность обследованных мужчин по объему простаты в различных возрастных группах

2643 пациентов старше 40 лет, из которых у 768 мужчин диагноз ДГПЖ был подтвержден во время их участия в проекте. Средний возраст пациентов составил $68,1 \pm 0,72$ лет, длительность заболевания которых в среднем составило 2,9 года (колебалась в пределах от 2 месяцев до 20 лет).

Распределение обследованных мужчин с подтвержденным диагнозом ДГПЖ по возрастным группам представлено в таблице 4.

Таблица 4. Пациенты (n=768) включенных в исследование в разных возрастных группах.

Возрастные группы				
40-49 лет (n=135)17,6%	50-59 лет (n=265)34,5%	60-69 лет (n=208)27,1%	70-79 лет (n=142)18,5%	80-90 лет (n=18)2,3%

Как видно из таблицы 4. Основная группа мужчин с подтвержденным диагнозом ДГПЖ в рамках исследования приходилась на возрастную группу 50-59 лет (34,5%); 27,1% мужчин от 60 до 69 лет с диагнозом ДГПЖ; 18,5% составила группа пациентов в возрасте 70-79 лет. Значительный вес – 17,6% падал на возрастную группу обследованных от 40 до 49 лет.

В ходе проведенного исследования была определена распространенность симптомов по шкале IPSS (больше 8 баллов) и QoL (больше 3 баллов) в различных возрастных группах (рисунок 1). Как видно из представленных на рисунке 1 данных распространенность симптомов по шкале IPSS и QoL имеет тенденцию к увеличению. Так у больных в возрасте от 40 до 49 лет сумма баллов больше 8 по шкале IPSS регистрировалась у 13,4% из всех пациентов с подтвержденным диагнозом ДГПЖ в данной возрастной группе, а 9,5% мужчин показатель QoL составил больше 3 баллов. Далее количество мужчин (IPSS>8 баллов и QoL>3 баллов)

в каждой возрастной группе неуклонно растет, приближаясь в среднем к 50% в группе пациентов от 60 до 69 лет и составляя в среднем 82,6% мужчин в возрасте 80-90 лет.

Также в этих группах была определена распространенность по объему предстательной железы (рисунок 2).

В представленном рисунке 2 аналогично с показателями IPSS и QoL отмечается рост объема предстательной железы у мужчин различных возрастных групп. В группе пациентов в возрасте 40-49 лет объем предстательной железы в среднем составил $37,3 \pm 0,61 \text{ см}^3$ и регистрировался у 26% мужчин данной возрастной группы. Среди обследованных с возрастом 50-59 лет средний объем предстательной железы был равен $42,3 \pm 0,56 \text{ см}^3$ у 51,2% мужчин. Далее с возрастом данная железа имела массу $51,3 \pm 1,02 \text{ см}^3$ у 65,2% пациентов от 60 до 69 лет, достигая в среднем $68,2 \pm 1,78 \text{ см}^3$ у 94,4% мужчин в возрасте 80-90 лет.

Закключение. Таким образом, результаты исследования, проведенного в 9 регионах Республики Казахстан подтверждают факт о том, что доброкачественная гиперплазия предстательной железы является одним из самых частых заболеваний у мужчин, и составляет 29,05% от общей обращаемости мужчин. Распространенность ДГПЖ по данным обращаемости прогрессивно растет, с увеличением возраста: с 26% в возрасте от 40 лет до 49 лет, до 76,8% в возрасте 75 лет и старше.

У мужчин старше 40 лет с высокой частотой

ДГПЖ сочеталась с 1 или более числом сопутствующих заболеваний, так в 29,5% случаев с артериальной гипертензией, в 18,2% случаев с ишемической болезнью сердца, что необходимо учитывать при проведении как консервативного, так и оперативного лечения больных.

Список литературы

- Лоран О.Б., Пушкарь Д. Ю., Раснер П.И. «Сравнительная оценка эффективности и безопасности комбинированной медикаментозной терапии больных с доброкачественной гиперплазией простаты финастеридом и альфузозином» Урология, 2002, №1, стр. 1–4.
- Brody, J.A. (1985) Prospects of an ageing population. Nature 315: 463-466
- Holtgrewe, H. L., Mebust, W. K., Dowd, J. B., Cockett, A. T. K., Peters, P. C., and Proctor, C. Transurethral prostatectomies: practical aspects of the dominant operation in American urology. J Urol, 141: 248, 2000
- Guess H. A.: Population based studies of BPH. In: Textbook of BPH: //ISIS Medical Media, oxford, 1996. P. 117 -125
- Мазо Е.Б. «Финастерид при длительном лечении больных с доброкачественной гиперплазией простаты» Урология, 2001, №3, стр. 1–4
- Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J. Urol. 1984, 132: 474–479.
- Isaacs JT, Coffey DS, Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. Prostate 1989; 2 (Suppl): 33–50.
- Пытель Ю.А., Винаров А.З. «Этиология и патогенез гиперплазии предстательной железы» В книге «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы» М., 1999, стр. 21–37
- Garraway WM, Collins GN and Lee RJ (1991) High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. Lancet 338:469–471.
- Jacobsen SJ, Guess HA, Panzer L, Gorman CJ, Chute CG, Oesterling JE, Lieber MM. A population-based study of healthcare-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. Arch Fam Med 1993; 2:729-35.

Применение иммунокорректоров в комплексном лечении заболеваний пародонта в подростковом периоде

Виноградова И.И., Абжаканова А.А., Исабеков Ж.Т.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей
УДК 616.31:617.52-089

Заболевания пародонта представляют собой важную медико-социальную проблему, которая, несмотря на постоянное внедрение современных технологий диагностики и лечения в стоматологии, поиск нестандартных эффективных решений, не теряет своей актуальности. Следует обратить внимание, что в подростковом возрасте, по данным исследований, проведенных в нашей стране, распространенность заболеваний пародонта составляет 70 - 86%, с преобладанием процессов воспалительного характера.

Современная концепция развития воспалительно-деструктивных поражений пародонта включает три важнейших компонента: бактериальный патоген, чувствительный организм и дефекты нормальной микрофлоры. Бактериальная флора биоплёнки, несомненно, является важнейшим фактором, вызывающим воспалительную реакцию в тканях пародонта, но ее активизация происходит при наличии иммунодефицита и нарушения биоценоза полости рта. Поэтому, представляется целесообразным, включение в комплексное лечение заболеваний пародонта биологически активных микронутриентов - витаминов, макро-микроэлементов, экстрактов лекарственных растений, обладающих иммуномодулирующим действием.

Одним из витаминно-минеральных комплексов, разработанным специально для исследуемой возрастной категории и уже хорошо зарекомендовавшим себя на международном фармацевтическом рынке является «Vitrum Junior» / Unipharm Inc., USA /, обладающий иммуномодулирующим действием за счет комплекса витаминов – антиоксидантов: А, С, Е, а также, витаминов группы В и 11 микроэлементов, включая такие важнейшие компоненты, как йод, регулирующий функцию щитовидной железы, цинк – сильный антиоксидант, способствующий синтезу ДНК и РНК и усиливающий регенерацию тканей, железо, кальций и магний, особенно необходимые в период полового созревания, биотин – витамин Н, необходимый для нормального роста и развития организма и другие.

Целью исследования

является изучение эффективности терапевтического действия витаминно - минерального комплекса «Vitrum Junior» в лечении заболеваний пародонта в подростковом периоде.

Материалы и методы исследования

сего на лечении находилось 37 пациентов, в возрасте от 13 до 16 лет, с диагнозом: хронический катаральный гингивит (19), хронический гипертрофический гингивит (14), хронический пародонтит легкой степени тяжести (4).

В 50% случаев отмечалось наличие фоновой патологии, в основном заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В частности, у 11 пациентов констатированы хронический гастрит и гастродуоденит, у 2 - хронический холецистит, в 3 случаях - заболевания органов дыхания – хронический тонзиллит (2) и хронический бронхит (1), аллергия на предметы бытовой химии отмечалась у 2 подростков, находящихся на лечении.

Исследование витаминно-минерального комплекса «Vitrum Junior» при лечении заболеваний пародонта у подростков показало позитивные клинические и лабораторные результаты при включении препарата в комплексную терапию.

The investigation of vitamin-mineral complex «Vitrum Junior» for the treatment of periodontal pathology by teenagers demonstrated a positive clinical and laboratory results by inclusion of this medicine in a complex treatment.

Аталган жумыстын максаты минералды-витаминді жиынын «Vitrum Junior» тиімділігін анықтау, қасында жастарың пародонт аурулары. Зерттеу қорытындысында оң клиникалық эсері көрсетті.

Пациентам проводилось обследование по следующим критериям: индекс гигиены по Грин-Вермиллиону, РМА, проба Шиллера-Писарева, определение глубины пародонтальных карманов, проба Кулаженко, R-графия, общий анализ крови, иммунологический метод оценки неспецифической резистентности организма – реакция адсорбции микроорганизмов эпителиальными клетками (РАМ).

При обследовании отмечалось наличие воспалительно-го (33) и воспалительно-деструктивного процесса (4).

Всем пациентам было назначено традиционное базовое лечение, состоящее из антисептической обработки полости рта и пародонтальных карманов Sol. Chlorhexedini Bigluconati 0,06%, аппликации геля «Пародиум» на начальном этапе, с последующим включением облепихового масла и масляных растворов витаминов А и Е.

В программе комплексного лечения по показаниям проводили: удаление над-и-поддесневых зубных отложений, лечение кариеса и его осложнений, ортодонтическое лечение, а также гигиеническое обучение и воспитание, коррекцию диеты, консультации узких специалистов.

Опытная группа из 20 человек дополнительно к традиционному лечению получала витаминно - минеральный комплекс «Vitrum Junior» по 1 жевательной таблетке в день в утреннее время суток, в течение двух месяцев, с целью изучения его влияния на состояние тканей пародонта.

Результаты и их обсуждение

В динамике лечения в опытной группе наблюдались следующие результаты: на 2-3 день после начала терапии у пациентов уменьшились явления гиперемии и отёка дёсен, выраженных при первоначальном осмотре, сократилось образование зубного налёта и кровоточивость при зондировании, с последующей стабилизацией процесса, что проявилось в уплотнении десневых сосочков и маргинальной десны, постепенном исчезновении экссудации из пародонтальных карманов, тенденции к нормализации клинических, функциональных и лабораторных показателей.

В опытной группе лечебные мероприятия заняли 6-7 дней, в отличие от контрольной группы, где для достижения стойкого клинического результата потребовалось 8-9 дней. По окончании курса лечения всем пациентам были рекомендованы пробиолитические процедуры, повторный осмотр и клинико-лабораторное исследование

через 2 месяца.

Интересным представляется факт, что в группе, принимавшей витаминно-минеральный комплекс, было зафиксировано стабильное улучшение не только состояния тканей пародонта, но и общего состояния организма, психологического статуса, повышение внимания и настроения. В частности, гигиенический индекс OHI-S изменился от $2,5 \pm 0,23$ до $0,5 \pm 0,19$ в опытной и от $2,3 \pm 0,45$ до $0,65 \pm 0,06$, в контрольной группе, что соответствует по оценочным критериям нормализации гигиенического состояния полости рта до хорошего уровня. Индекс РМА показал первоначальные данные гингивита средней степени как в опытной – $34,25 \pm 2,11$, так и в контрольной – $32,0 \pm 1,28$ группе, с положительной динамикой к окончанию лечения до $4,4 \pm 0,38$ и $6,35 \pm 0,22$ соответственно.

Состояние стойкости капилляров отражает проба Кулаженко с увеличением времени образования гематомы от $23,5 \pm 1,2$ до $50,0 \pm 2,95$ в опытной и от $21,0 \pm 2,18$ до $43,65 \pm 2,7$ в контрольной группах.

Лабораторные анализы крови показали снижение уровня лимфоцитоза, до $27,0 \pm 2,35$ в опытной и $32,55 \pm 2,0$ в контрольной группе, что демонстрирует нормализацию иммунного статуса, стимуляцию защитных сил организма, в большей степени выраженных в первом случае. Реакция адсорбции микроорганизмов (РАМ) показала значительное улучшение уровня неспецифической резистентности до $71 \pm 1,28$ % в опытной, что соответствует хорошему функциональному состоянию организма и $49,7 \pm 0,45$ % в контрольной группе, характеризуя удовлетворительный уровень (Таблица №1).

В целом, в контрольной группе, не получавшей витаминно-минеральный комплекс, анализ клинических и лабораторных результатов, отмеченных в динамике проводимой терапии, потребовал проведения дополнительного амбулаторного лечения.

Таким образом, подводя итог проведенному исследованию, следует отметить, что «Vitrum Junior», благодаря своему сбалансированному составу, является высокоэффективным препаратом, оказывающим иммуностимулирующий эффект, поставляя организму важнейший

комплекс биологически активных микронутриентов, и рекомендуется для использования в современных схемах терапии, которые позволяют корректировать иммунную реактивность больных, поддерживать ремиссию в случае хронического процесса и успешно участвовать в профилактических мероприятиях, особенно актуальных в под-ростковом периоде.

Таблица №1. Состояние неспецифической резистентности организма у пациентов с патологией пародонта

Группа Больных	Количество больных	РАМ(+) РАМ(-) %
Опытная группа до лечения	20	РАМ >70% 25 РАМ 30-69% 45 РАМ < 30% 30
после лечения		РАМ >70% 90 РАМ 30-69% 10 РАМ <30% -
Контрольная группа до лечения	17	РАМ >70% 32 РАМ 30-69% 42 РАМ <30% 26
после лечения		РАМ >70% 45 РАМ 30-69% 50 РАМ <30% 5

Список использованной литературы:

1. Курякина Н.Ф., Кутепова Н.А. *Заболевания пародонта*, Н.Новгород, 2003 – 250 с.
2. Зазулевская Л.Я., «Практическая пародонтология» Алматы: Верена, 2006- 348с.
3. Тутельян В.А. *Питание и здоровье: биологически активные добавки к пище – ст. 2-го межд. симп. – М. 1996- с 164-166*
4. Гичев Ю.П., Гичев Ю.Ю. *Руководство по микронутриологии – Москва, 2006 – 260 стр.*
5. Окнин В.Ю., «Проблема утомления, стресса и хронической усталости» РМЖ Т12 №5, 2004.

Профилактика стоматологических заболеваний у детей

Кабулбеков А.А.

Алматинский государственный медицинский институт усовершенствования врачей

Курс стоматолога детского возраста

УДК378/0758:616:31

Международная программа профилактики является высшим уровнем планирования стоматологических заболеваний у детей. Поставленные цели ВОЗ к 2020 году по профилактике перед органами здравоохранения являются:

В 6 лет 80% детей должны быть здоровы от кариеса, КПУ+КП не выше 2,0

В 12 лет КПУ=1,5; здоровый пародонт – 5,5.

В 15 лет КПУ=2,3; здоровый пародонт – 5,0.

В 18 лет здоровый пародонт – 4,0; не будет удаленных зубов.

Региональная программа для Казахстана составляется на основе особенностей внешней среды с учетом социальных условий, уровня здоровья.

Требования ВОЗ к программе профилактики:

- Комплексность.
- Контролируемость
- Долгосрочность.
- Обоснованность.
- Конкретность.
- Доступная стоимость.

- Последовательность.
- Массовой.
- Место и кем проводится.
- Указать ответственных.

Основные разделы профилактики:

1. Эпидемиологический.
2. Медико-географический.
3. Социальный (питание, знание, уровень ГОВ и др.).
4. Медицинский (средства, методы и др.)

Основные этапы внедрения профилактики среди детей:

- Определение, где проводится.
- Составление договора между заказчиком и исполнителями.
- Подготовка кадров.
- Учет факторов риска.
- Проведение эпидемиологических обследований.
- Оснащение.
- Составление программы.
- Утверждение координационного совета.

- Утверждение программы.
- Проведение профилактики.
- Определение эффективности профилактики.

Имеются еще 2 проблемы реализации программ профилактики.

Первая проблема – финансирование проекта. Без финансирования любые начинания неизбежно превращаются в фикцию. Поэтому без решения проблем финансирования не следует начинать реализацию столь важного вопроса.

Вторая проблема – недопустимость превращения профилактики из государственной и социальной проблемы в медицинскую, пресекать любые попытки переложения ее на медицинских работников. Очевидно, что медицинские аспекты стоматологической профилактики занимают незначительное место в ее реализации – эпидемиологическое обследование, составление Программы и ее мониторинг. Медицинская часть в значительной мере должна выполняться специально обученным средним медицинским персоналом (гигиенисты), а роль врача и стоматолога предполагает его участие в их реализации путем рекомендации по индивидуализированной профилактике, его основная функция – лечение стоматологических заболеваний и надзор за медицинским аспектом профилактической работы среднего медицинского персонала (2,3,5).

Согласно комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний, принятой стране, внедрение ее в коллективах имеет свои особенности. Все профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний зубов и пародонта, как у самих беременных женщин, так и будущего ребенка проводятся на базе женских консультаций. Ответственный за данный раздел работы врач-стоматолог, прикрепленный к консультации, который работает в тесном контакте с акушером-гинекологом и терапевтом и осуществляет плановую профилактическую санацию полости рта и первичную профилактику. В соответствии с общепринятым планом диспансеризации беременных проводится:

- впервые 20 недель – один раз в месяц;
- после 20 недель беременности – два раза в месяц;
- после 32 недель – 3 – 4 раза в месяц.

Медицинский стоматологический персонал проводит индивидуальное гигиеническое воспитание и, после предварительного определения концентрации фтора и кальция в питьевой воде, дополнительно назначает фторсодержащие средства (при их дефиците) и фосфата кальция (2мг фторида натрия ежедневно и 0,5 глицерофосфата кальция 2 раза в день). В послеродовой период женщины наблюдаются в стоматологической поликлинике, где проводятся профилактические мероприятия соответственно их возрасту (1,2,3,7,8).

В детских дошкольных учреждениях (яслисадах) профилактику организует врач-стоматолог детской поликлиники, который прикреплен к данному участку. Составляется план гигиенического воспитания и обучения педагогов и родителей.

В конце первого года жизни формируются группы детей с «повышенным риском» возникновения кариеса, которым назначаются таблетки фторида и натрия в соответствующей дозировке. Детям, имеющим пороки развития зубов, 4 раза в год зубы покрывают фтор лаком. Здоровым детям препараты фтора не назначают. В двухлетнем возрасте – санация полости рта по показаниям и обучение гигиене. В трехлетнем – у детей с пороками развития зубов и кариесом – 2 раза в год и покрытие зубов фторлаком, глицерофосфат Са по согласованию с педиатром здоровые дети – таблетки фторида натрия. В возрасте 4, 5, 6 лет всем детям назначают таблетки фторида натрия. Детям, имеющим кариес зубов и отягощенным общесоматической патологией, – дополнительно обработка зубов фтор лаком 2 раза в год и санация полости рта 2 раза в год. Проводится

коррекция гигиены полости рта и питания (углеводы).

Анализируя научные работы, по профилактике проведенные в Казахстане, необходимо отметить, что они проведены, в основном, среди детей школьников. Поэтому упускается время для проведения качественной гигиены полости рта и случайность профилактических мер. При проведении нами профилактики с учетом факторов риска у детей в возрасте от 2 до 6 лет заболеваемость кариесом была ниже, чем в сравниваемой группе.

В средних общеобразовательных школах с 1 сентября текущего года стоматологом составляется график-календарь лечебно-профилактической работы с учетом ранее проведенного эпидемиологического обследования. Лечебные и профилактические мероприятия строятся в зависимости от активности кариеса зубов. Детям с компенсированной формой проводят санацию 1 раз в год и покрытие зубов фтор лаком 2 раза в год. При декомпенсированной форме – санация 3 раза в год и покрытие фтор лаком 6 раз в год. Детям двух последних групп дополнительно 4 раза в год проводят рем профилактику. В оборудованных классах гигиены и профилактики проводится весь комплекс гигиенического воспитания и обучения (3,5).

В сельской местности внедрение первичных стоматологических мероприятий имеет свои выраженные особенности, продиктованные различиями эпидемиологическим комплексом местных неблагоприятных факторов, обеспеченностью кадрами врачей-стоматологов, клиническими проявлениями стоматологической патологией. В сельской местности плотность населения мала, низкие штатные нормативы (2,5 – 2,7 на 10000 населения), хроническая недоукомплектованность кадрами. Ведущая роль в осуществлении всех лечебно-профилактических мероприятий принадлежит, поэтому не специалистам с высшим образованием, а фельдшерам и медицинским сестрам, работающим в амбулаториях и на фельдшерско-акушерских пунктах (2,3).

Важным моментом является разработка и применение на селе таких профилактических средств, которые были бы просты в изготовлении и применении и, к тому же, обладали высокой эффективностью. В этом плане перспективны активизированный реминерализующие растворы, а также гели. Заслуживает одобрения система создания методических центров (3).

Дополнительно к международной программе профилактики стоматологических заболеваний мы предлагаем все проводимые медицинские обследования в учреждениях, начинать с профилактических мер. Врач-профилактист изучает пациента, заполняет соответствующие документы, ставит на диспансерный учет и после этого по необходимости направляет к другим специалистам. Сам выполняет все гигиенические меры, направленные на санацию полости рта. Когда лечение закончено, проводится контрольный осмотр, ставится дата повторного осмотра.

На основании полученных нами данных можно отметить, что у детей школьного возраста не соблюдала. Калорийность не дифференцировалась по возрасту и расходу энергии. У детей, проживающих в зоне с загрязнением атмосферного воздуха, распространенность кариеса выше на 12%. Содержание минеральных элементов у 7-летних детей в связи с нарушением срока прорезывания уменьшалась. В стоматологическом просвещении, помимо врачей-стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты по обучению. Целесообразно начинать мотивацию к проведению профилактических мер с педагогов и медицинских работников детских учреждений. После этого следует организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность и важность предотвращения заболеваний зубов и десен, рассказывать о правилах и особенностях чистки зубов у детей. Комплексная профи-

лактика с учетом факторов риска снижала заболеваемость в 2 раза.

Важным этапом является мотивация детей. Занятия с детьми должны быть строго дифференцированы в зависимости от их возраста: если с маленькими детьми лучше проводить занятия в форме игры, то со старшими разговаривать надо так же, как с взрослыми. Назначение сбалансированного питания в комплексе фторидами снижало до 48%.

Таким образом, что для улучшения стоматологического здоровья на уровне популяции необходимы усилия не только специалистов, но и общества в целом. Должно сформироваться общественное мнение, что заботиться о здоровье полости рта так же необходимо, как и о красоте своей внешности.

Литература

1. Аболмасов Н.Н. Избирательная шлифовка зубов/ Смоленск, 2004, 80 с.
2. Безруков А.М. Справочник по стоматологии/1998, 656 с.
3. Боровский Е.В. и др. Справочник по стоматологии, М., 2002, 736 с.
4. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрация зубов/М., 2003., 544 с.
5. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога./ М., 1988, 254 с.
6. Кабулбеков А.А. Профилактика заболеваний у детей/А-ты, 2007, 112 с.
7. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста./М., 2004, 744 с.
8. Хоменко Л.И. и др. Герметизация фиссур как метод профилактики/Дент-Арт, 1997, 9 с.

Изменение слизистой оболочки полости рта при кардио-васкулярной патологии

Бердникова Д. А.

Стоматологический центр, ТОО «Алмагест» г. Алматы

В 2009 году к нам в клинику обратилась пациентка, которая нуждалась в протезировании. Был составлен план санации полости рта, который состоял из следующих пунктов:

- обучения гигиене полости рта;
- удалении зубных отложений;
- эндодонтического лечения и восстановления зубов с использованием штифтов;
- удаления зубов, не подлежащих санации;
- Протезирование полости рта мостовидными протезами с использованием металлокерамических коронок на 17-14; 13-15; 47-45; 42-32;

Через два месяца после проведенного лечения и протезирования пациентка вновь обратилась в клинику с жалобами на сильную кровоточивость десен, разрастание десны, неприятный запах изо рта.

При объективном обследовании было выявлено следующее: гиперплазия десны, которая наблюдалась и на здоровых зубах и на зубах под металлокерамическими мостовидными протезами. В области 47 ПЗК глубиной 7мм. Из кармана и из под участков гиперплазии обильное гемморрагическое отделяемое, из ПЗК гнойное отделяемое. Среди предполагаемых причин возникновения данной патологии была аллергическая реакция на металл и поэтому было принято решение снять один мостовидный протез с опорой на 17-14. После удаления мостовидного протеза пациентке была проведена щадящая гигиеническая обработка, назначены полоскания полости рта антисептическими препаратами, прием витамина «С» в дозе 1 гр. в сутки.

Через 2 месяца пациентка повторно явилась на прием с теми же жалобами. Очаги гиперплазии не уменьшились, а кровоточивость десны усилилась и возникала даже от воздушной струи, подаваемой из пистолета. Не изменились очаги гиперплазии и в области 17-14 зубов, где был снят мостовидный протез. Это ситуация заставила нас еще раз проанализировать общий статус пациентки, и именно состояние сердечно-сосудистой системы и связанный с этим прием гипотензивных препаратов. Из анамнеза было известно, что у пациентки гипертоническая болезнь, ИБС и она ежедневно принимает препарат нормодепин, который обладает гипотензивным действием.

При внимательном изучении аннотации на препарат нормодепин (№4) было выяснено, что одним из его побочных действий является гиперплазия десны. В связи с

В данной работе освещены проблемы изменения слизистой оболочки полости рта вызванные приемом гипотензивных средств.

Бул жумыста артериальді гипертензияға қолданылған шырышты қабыққа әсерін тигізу мәселелері қарастырылған.

This purpose of article analysis alteration of mucosa membrane caused by reception of hypertensive means.

этим был составлен следующий протокол обследования и лечения:

1. Посев содержимого ПЗК и из под участков гиперплазии
2. Определена чувствительность к антибиотикам.
3. Результаты анализа: был выявлен Staphylococcus Saprophyticus, который оказался чувствительным к линкомицину.
4. Проведен щадящий кюретаж из под участков гиперплазии и из под ПЗК, с последующим наложением повязки с бутадионовой мазью.
5. Инъекции линкомицина по 0,3 мл над участками гиперплазии ежедневно, в течение 10 дней.
6. Пациентка была направлена на консультацию к терапевту для корректировки лечения. Врач отменил прием нормодепина и кардиомагниту и был назначен другой гипотензивный препарат.

Пациентке было рекомендована дыхательная гимнастика на аппарате «Самоздрав»

Дыхательный тренажер Самоздрав предназначен для проведения тренировок организма человека путем создания в организме физиологического состояния, идентичного состоянию, возникающему в результате физических упражнений. Это становится возможным по ряду причин. Во-первых, «Самоздрав», нормализуя состояние кровеносных сосудов, тем самым способствует восстановлению естественного кровоснабжения всех органов и тканей организма, работа которых вследствие этого улучшается. Поэтому и происходит излечение таких заболеваний, как диабет I типа, пародонтит, артроз, остеохондроз, простатит, колит, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.

Восстанавливается кровоснабжение клеток мозга, от работы которых зависит деятельность всего организма.

Регуляция уровня артериального давления является одной из функций мозга. Следовательно, восстановление нормального кровоснабжения клеток головного мозга способствует устранению причин возникновения гипертонической болезни и защите мозга от инсульта, а также восстановлению естественной регуляции многих других процессов, протекающих в организме.

Во-вторых, применение аппарата «Самоздрав» способствует снятию спазмов всех гладких мышц в организме, из которых состоят артериолы и артерии, бронхи, стенки кишечника, протоки печени, желчные пути, мочевыводящие пути и мочеточники. При дефиците в организме углекислого газа спазмы происходят не только в микрососудах, но и в гладких мышцах других органов, что становится одной из причин многих хронических болезней.

Устранение спазма гладких мышц, вызванного нехваткой углекислого газа в крови, способствует излечению заболеваний сердечно-сосудистой системы, бронхиальной астмы, хронического обструктивного бронхита, колита, запора, холецистита, гастрита и других болезней.

Научно доказано, что человеку достаточно восстановить нормальный уровень содержания в организме углекислого газа, снять вызванный им постоянный спазм гладких мышц - и сама собой отпадет необходимость в спазмолитических препаратах.

Уже через неделю у пациентки наметилась положительная динамика. Очаги гиперплазии десны стали заметно уменьшаться, снизилась степень кровоточивости десен. Через две недели, когда пациентка закончила прием линкомицина очаги гиперплазии полностью исчезли, слизистая оболочка десны приобрела нормальное бледно-розовое окрашивание, стала плотная и безболезненная.

На повторном осмотре через три месяца: жалоб нет, состояние слизистой оболочки полости рта в удовлетворительном состоянии, психоэмоциональное состояние пациентки в норме.

Рекомендовано динамическое наблюдение, протезирование

Заключение

Как видим, чтобы обеспечить качество реставрации, т.е. конечного продукта стоматологической работы, недостаточно только выполнить ее. Необходимо еще и обеспечить длительное время ее функционирования (№3), а для этого надо учитывать очень многие факторы. Врач-стоматолог должен тщательно изучить общее состояние организма и уделить внимание на побочные факторы, применяемых фармацевтических препаратов, обладающих побочным действием. Все это указывает на то, что стоматология переходит на качественно новый виток, а для его полноценного развития необходимы обширные знания, воплощенные в практику. И этого ждут от нас наши пациенты.

Список используемой литературы:

1. Грудянов А.И., Григорян А.С., Фролова О.А., Диагностика в пародонтологии. Медицинское информационное агентство 2004 год.
2. Безрукова А.П. Пародонтология. Москва 1999 год
3. Улитовский С.Б. Принципы профилактики основных стоматологических заболеваний. Новое в стоматологии 2004 г., стр 29-30
4. Энциклопедия лекарственных средств и товаров аптечного ассортимента.

Применение ДиаДэнс кардио в комплексном лечении заболеваний пародонта

Бердникова Д. А.

Стоматологический центр, ТОО «Алмагест» г. Алматы

Актуальные вопросы в стоматологии - такие как: переносимость лекарственных препаратов, хронические воспалительные процессы, не поддающиеся антибактериальной терапии, осложнения после медикаментозной терапии-кандидозы, дисбактериозы, подтолкнули к поиску эффективных комплексных методов лечения (№1, №2)

В 2004 году к нам обратилась пациентка с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, нарушение функции жевания и эстетические проблемы. На момент обращения пациентке исполнилось 57 лет.

Из анамнеза выяснилось, что она периодически проходила курсы лечения пародонтита. Лечение данной патологии заключалось в следующем: ей удаляли зубные отложения, делали инъекции антибиотиков в переходную складку, накладывали повязки с лекарственными препаратами, а в последнее время все чаще предлагали удалить подвижные зубы. Перспектива удаления зубов ее не устраивала и она продолжала искать способы лечения и сохранения зубов.

В нашей клинике было проведено тщательное обследование, включавшее:

1. Осмотр полости рта, определение ГИ, глубины ПЗК.
2. ОПГ
3. Бактериальный посев из ПЗК.
4. Определение чувствительности микрофлоры ПЗК к антибиотикам.

Общее состояние пациентки было удовлетворитель-

В данной статье рассматривается комплексный подход к лечению заболеваний пародонта с использованием аппарата Диа-ДЭНС-кардио

Берілген мақалада пародонт емдеуі «Диа-Дэнс-кардио» аппаратпен және нәтижесі көрсетілген.

This purpose of article is to analyze team approach of periodontal disease treatment using Dia-Dens-cardio.

ным, изредка наблюдались подъёмы давления до 140-90.

Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. При обследовании полости рта: слизистая оболочка десны гиперемизированная, отечная, рыхлая, 2 степень кровоточивости, оголение корней зубов,

наличие большого количества налета на зубах, над и поддесневые зубные отложения, подвижность зубов 2-3 степени, патологические зубо-десневые карманы в области 17-16, 26-27, 33-43 6-8мм с гнойным отделяемым. На рентгенограмме: деструкция костной ткани в области корней 18-16; 26-27 на 3/4; в области 15-25 зубов на 1/2; в области 48-46, 35-37 на 2/3; в 24 на 3/4; 22-23, 44-43 на 1/2; 42-32 на 3/4. Вследствие развившейся патологии пародонта и осложнения после несовершенного эндодонтического лечения 47 и 45 зубы подлежали удалению. Исходя из объективных данных, а также рентгенологического обследования и желания пациентки, которая не хотела удалять

подвижные зубы, было проведено следующее лечение:

Местно:

1. Удалены 46-45 зубы.
2. Удалены зубные отложения со всех зубов;
3. Пролечены кариозные зубы.
4. Проведён закрытый кюретаж ПЗК в области 17,16,26,27,33-43;

Результат бак. посева - энтеробактерия в больших количествах.

От 43 до 33 зубов выполнено шинирование системой «Гласпан». Эта мера являлась временной, т. к. 33 зуб имел 100% степень резорбции, подвижность 2 степени. Но пациентка была готова на все, лишь бы не удалять зубы и годовая гарантия ее вполне устраивала.

5. Избирательная шлифовка зубов.

6. Одновременно были изготовлены мостовидные протезы на 47-44, и 35-37.

Общее лечение.

1. Сумамед по 1 таблетке в день – 3 дня (препарат выбран согласно лабораторному обследованию)

2. Витамин «С» по 500 мг 2 раза в день - 10 дней.

Так как пациентка имеет высшее медицинское образование (врач-педиатр) к основному лечению она дополнительно подключила прием БАДов, содержащих кальций, а также использовала для своего лечения аппарат Диа-ДЭНС-кардио. Его действие заключается в лечебном воздействии на рефлексогенные зоны и биологически активные точки короткими биполярными импульсами тока различной частоты, форма которых изменяется в зависимости от значений полного электрического сопротивления тканей в подэлектродном пространстве (№3). Во время ДиаДЭНС-терапии осуществляется локальное воздействие на ограниченный участок, биологически активную точку или обрабатываются обширные рефлексогенные зоны с помощью встроенных и выносных электродов. Аппараты динамической электронной стимуляции могут применяться для достижения обезболивающего, спазмолитического, противовоспалительного, иммуномодулирующего и общеукрепляющего эффектов при различных заболеваниях и синдромах (симптоматическое лечение). Пациентка пользовалась аппаратом Диа-ДЭНС-кардио для

восстановления работы сердечно-сосудистой системы. Было рекомендовано динамическое наблюдение каждые 3-4 месяца. Пациентке регулярно проводились профилактические курсы лечения. В течение года зашинуированные зубы изменили степень подвижности с 3 на 2, подвижность 33 - с 3 на 1, и шина после небольшой коррекции простояла 7 лет. Но еще большее удивление ожидало нас, когда мы увидели повторный рентгеновский снимок. У 33,32 зубов, резорбция костной ткани которых составляла 100%, произошла регенерация костной ткани на 50%, на зубах нижней челюсти произошла регенерация костной ткани на 30%. К сожалению моляры на верхней челюсти сохранить не удалось, т.к. множественные ретенционные пункты, которые образовались вследствие оголения корней, привели к образованию корневого кариеса. 16-17 и 26-27 зубы пришлось удалить, был изготовлен бюгельный протез на верхнюю челюсть.

Таким образом, при заболеваниях пародонта необходим комплексный подход, а именно: использование местного и общего лечения. Современный уровень медицины позволяет расширить арсенал применяемых методов диагностики и лечения заболеваний пародонта и получать надежные и стабильные результаты в течение продолжительного времени. Восстановительное лечение должно быть направлено на предупреждение обострения воспалительного процесса в пародонте и способствовать стадии ремиссии на длительный период. Прием БАДов привел к насыщению организма микроэлементами и витаминами. Шинирование и протезирование зубов способствовало улучшению функции жевания и эстетики, а применение аппарата Диа-ДЭНС-кардио, вследствие нормализации микроциркуляции кровотока и активации иммунной системы, частично восстановило структуру костной ткани.

Список используемой литературы:

1. Дмитриева Д.А. - «Современные аспекты клинической пародонтологии» - 2001
2. Безрукова Д.А. «Пародонтология». Москва 1999 г.
3. Чернышев В.В., Малахов В.В., Рякин А.Ю. Универсальный регистр ДЭНС-терапии. Екатеринбург, 2003г

Ортопедическое лечение заболеваний пародонта, с использованием системы Гласпан

Бердникова Д. А.

Стоматологический центр, ТОО «Алмагест» г. Алматы.

УДК 616.31;617.52-089 ГРНТИ 76.29.55

Восстановление равновесия в системе: «пародонт-челюстной сустав-жевательные мышцы-окклюзионная поверхность» возможно только на базе рациональных ортопедических вмешательств, имеющих целью изменить артикуляционные и силовые соотношения между отдельными зубами и зубными рядами.

Восстановления выносливости пораженного пародонта добиваются образованием блока из ряда зубов и применением различных видов их стабилизации. В основу такого лечения положен принцип с использованием резервных сил пародонта группы зубов или всего зубного ряда (№1; №2).

Практически это достигается наложением шинирующих конструкций. Они должны устранять патологическую подвижность, травматическую окклюзию и артикуляцию, не мешать нормальной окклюзии и артикуляции, не препятствовать движениям нижней челюсти, проведению гигиенических мероприятий в области пародонтальных карманов, не быть ретенционным пунктом для зубной бляшки.

В данной работе проводилась оценка эффективности стекловолоконных материалов для шинирования зубов при заболеваниях пародонта.

Бұл жұмыста шыныталшықты материалдармен тістін патологиялық қозғалыстығын нығайту нәтижесі көрсетілген.

This purpose of article is to define the effectiveness of the fiberglass material for splinting method of periodontal disease treatment.

Существует много различных вариантов съемных и несъемных шин. Шинирование проводят для иммобилизации зубов во время терапевтического и хирургического лечения. Оно также закрепляет результаты последнего. Временное шинирование позволяет более обоснованно решить вопрос об удалении подвижных зубов.

В качестве подвижных шин могут использоваться

шины Курляндского, Цешинского, Гликмана, полимерные материалы.

В последние годы, в связи с созданием новых адгезивных материалов, при шинировании (в том числе временных) зубов в качестве метода выбора стали использовать назубные шины, не требующие значительного препарирования опорных зубов. Такая шина состоит из арматуры и композиционного материала.

По химическому составу материалы для армирования шин можно разделить на две группы:

1. на основе органической матрицы - полиэтилена;
2. на основе неорганической матрицы- стекловолокна.

К первой группе относят Риббонд (фирма «Риббонд», США) и Коннект (фирма «Керр, США).

Ко второй группе относят Гласспан (фирма «Гласспан», США) и Фибер Сплит (фирма «Полидентия», Швейцария).

С 2001 года в нашей клинике применяется система «Гласспан»(№2).

Преимущества Glasspan перед другими системами:

1. Не требуют специальных ножей, перчаток для работы;
2. Физические свойства совершенно не меняются при высоких температурах, т.к. точка плавления очень высокая.
3. Не дает усадки и не растягивается.
4. Керамический материал поглощает мало влаги, что препятствует затеканию влаги в протез;
5. Glasspan тоньше других материалов и полностью совместим с биотоками;
6. Он не имеет цвета и во рту не заметен;
7. Выпускается модификация в виде полого жгутика, что расширяет сферу применения.

Для иллюстрации приводим пример успешного лечения пародонтита у пациентки, которая обратилась к нам в 2003 году.

Пациентка предъявляла жалобы на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, подвижность зубов, в результате чего не могла полноценно принимать пищу и страдала от недостатка общения с людьми, так как стеснялась улыбаться и разговаривать.

Из анамнеза выяснилось, что она неоднократно обращалась в стоматологические клиники, где ей предлагались стандартные методы лечения, а именно: удаление зубных отложений, избирательный юретаж, ротовые ванночки, десневые повязки, физиопроцедуры. В результате лечения наблюдалось кратковременное улучшение состояния, но через какое-то время проблемы возникали снова, и с более выраженными симптомами. При объективном обследовании было выявлено следующее:

слизистая оболочка десны гиперемированна, отёчна, легко кровоточит при дотрагивании инструментом, на всех зубах обильные над и поддесневые отложения, оголение корней зубов на 1\3, подвижность зубов 1-2 степени, неприятный запах изо рта. В области 42, 41, 31, 32 патологические зубо-десневые карманы с язычной стороны глубиной 2.5-3.0 мм.

На Rg-грамме: резорбция костной ткани, явления остеопороза.

Был выставлен диагноз: хронический пародонтит, средней степени тяжести.

Пациентке был составлен индивидуальный план лечения, который состоял из общего и местного лечения:

1. Был тщательно собран анамнез vitae, и анамнез morbi, на основании которых было установлено наличие симптомов патологии общего характера (авитаминоз, остеопороз) и назначены препараты кальция и аскорбиновой кислоты;

2. Большое внимание было уделено местному

лечению.

- пациентке был определен индекс гигиены, который оказался неудовлетворительным. В связи с этим был проведён урок гигиены полости рта;

- тщательно удалены зубные отложения и налёт;

- проведена избирательная шлифовка зубов (в несколько посещений);

- проведена санация полости рта (лечение кариозных зубов, протезирование);

- проведен курс гидромассажа десен.

После купирования острого процесса пациентке было проведено шинирование системой «Гласспан» нижних фронтальных зубов. 42, 41, 31, 32 зубы подвижность 2ой степени; состояние 43 и 33 нормальное. Было принято решение зашинуировать 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубы, так как основным требованием к данному виду шинирования является наличие устойчивых опорных зубов. Шинирование проводилось по правилам, приведённым ниже.

Техника шинирования предельно проста:

1. Отмерить нужную по длине полоску Гласспан, смочить его адгезивом.

2. Обработать поверхность зубов, подлежащих шинированию, ультразвуковым инструментом.

3. Отпрепарировать борозду с язычной стороны (если предполагается шинирование нижних фронтальных зубов), предварительно сделав анестезию, протравить и нанести адгезив.

4. Смочить адгезивом отрезанную полоску Гласспан, но не полимеризовать.

5. Ввести клинышки, слегка смазанные вазелином, между зубов, чтобы предотвратить затекание композита в область десневых амбразур.

6. Выдавить небольшое количество Aelitflo на поверхность связываемых зубов и наложить жгут, заполненный Aelitflo сверху, тщательно прижать его к поверхности зубов и межзубного пространства.

Используя тонкую рыболовную леску, ввести отрезки Гласспан между зубами, а кончик лески вывести вперед-в губном направлении. Натянуть все петли через полоску материала одновременно или поочередно, прижать жгут к зубам.

7. Светополимеризовать. Удалить клинышки, обработать излишки и отполировать.

После шинирования пациентка была приглашена на повторный осмотр, где ей были даны советы по уходу за полостью рта, с учетом наличия шины. Было предложено явиться на следующий осмотр через 3 месяца.

Осмотр через 3 месяца выявил улучшение состояния в полости рта. Пациентке была проведена гигиеническая чистка зубов и даны дополнительные рекомендации по уходу за полостью рта, так как это является важной составной на пути успешного лечения заболеваний пародонта.

В дальнейшем пациентка находилась на динамическом наблюдении и получала, в основном только профилактическое лечение. Через 5 лет пациентка явилась с целью осмотра. Жалоб у неё не было.

Осмотр полости рта выявил следующее: гигиена полости рта удовлетворительная, в области шинирования наблюдались незначительные изменения, в виде нарушения краевого прилегания шины. Хотя это и не беспокоило пациентку, нами было принято решение произвести повторное шинирование. После того, как убрали старую шину, обнаружили очень интересные вещи: подвижность ранее шинированных зубов уменьшилась со второй степени до первой. Наш прогнозируемый результат превзошёл все ожидания. Пациентка была очень довольна. Мы провели повторное шинирование и надеемся, что следующая встреча с пациенткой будет связана только с профилактическим осмотром.

Таким образом, использование современных композиционных материалов, армирующих конструкций, позволяет расширить возможности эстетической стоматологии как в области повышения качества работы, так и на пути расширения показаний к изготовлению конструкций в клинических условиях.

Использованная литература:

1. Сивовол С.И. «Клинические аспекты стоматологии». 2001
2. Иоффе Е. «Зубоврачебные заметки» 1999.
3. Безрукова А.П. «Пародонтология». 1999.
4. Журнал «Новое в стоматологии» 2006.

Перспективы развития стоматологической помощи детям в Казахстане

Кабулбеков А.А.

Курс стоматологии детского возраста АГИУВ

УДК 378/075.8/61.31

Детская стоматология изучает профилактику, клинику, диагностику и лечения заболеваний зубов, болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта, языка и губ с учетом возрастных особенностей ребенка и их влияния на растущий организм. Историю становления специальности условно можно разделить на четыре периода. Первый — период первичного накопления знаний по детской стоматологии (до XVIII в.) — характеризовался отдельными упоминаниями вопросов детской стоматологии в трудах ученых древнего Востока, античного средиземноморья, средневековья.

В сочинениях Гиппократ (460–372 гг. до н.э.) приведены сведения о состоянии грудных детей в период прорезывания зубов, описана клиническая картина болезней полости рта, даны рекомендации по их лечению, советы по гигиене полости рта. Обширные данные о прорезывании зубов, их росте и строении в различном возрасте, о симптомах заболеваний зубов и полости рта, методах лечения и ухода за зубами содержатся в известном «Каноне врачебной науки» Абу Али Ибн Сина (Авиценна, 980–1037 гг.).

В XIX в. большое внимание вопросам профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей уделялось при подготовке педиатров, а разделы основ детской стоматологии входили в учебные программы по детским болезням Н.В. Склифосовский (1836–1904 гг.) на VI съезде русских естествоиспытателей и врачей в 1879 году прочитал доклад «О порочности зубов у обитателей столицы», в котором доказал связь между поражаемостью зубов кариесом и внешней средой и предложил проводить профилактику кариеса путем воздействия на организм в целом.

Третий период развития детской стоматологии (конец XIX–XX вв.) характеризовался формированием специальности «детская стоматология», определением круга вопросов дисциплины и подготовки кадров, организацией специализированной стоматологической помощи детям. В 1896 году А.К. Лимбергом были разработаны основы плановой санации полости рта школьников.

Первая бесплатная благотворительная помощь школьникам была организована в 1903 году, при этом в лечении зубов нуждались 95,4% детей. В 1919 году в Москве работало восемь специализированных кабинетов по приему детей, а организованное детское население было взято на учет для проведения плановой санации полости рта.

В 1922 году в «Вестнике государственного зубоврачевания» был опубликован труд П.Г. Дауге по стоматологии детского возраста «Проект систематической борьбы с костоедой зубов в РСФСР», в котором ведущая роль отводилась детской стоматологии, и автор впервые обосновал необходимость санации полости рта организованного детского населения. Предметом работы и изучения детской стоматологии стали:

1. период первичного беззубее детей;

2. наличие периода сменного и временного прикуса;
3. постоянная динамика состояния зубочелюстной системы, связанная с ее ростом;
4. наличие периода естественного и искусственного вскармливания ребенка;
5. наличие процесса прорезывания и естественной смены зубов;
6. психические и психологические особенности стоматологического контакта с детьми и родителями;
7. врожденные и приобретенные уродства, аномалии развития и др.

Методами обследования, профилактики и лечения, присущими детской стоматологии стали:

1. лечение заболеваний временных и постоянных несформированных и сформированных зубов;
2. методы лечения и профилактики нарушения прикуса и развития челюстей;
3. методы профилактики кариеса зубов и болезней пародонта;
4. методы привития полезных навыков для развития зубочелюстной системы и гигиены полости рта.

Вопросы плановой профилактической санации обсуждались на одонтологических съездах [I Всероссийский одонтологический съезд (1923); II Всероссийский одонтологический съезд (1925)], где было предложено проводить плановую санацию полости рта не только у школьников, но и у детей раннего возраста — дошкольников. На III Всесоюзном одонтологическом съезде в 1928 году значительное внимание было уделено профилактике стоматологических заболеваний у школьников. По проекту П.Г. Дауге был издан циркуляр № 25 от 18 февраля 1931 года «Об обязательной санации полости рта детей школьного возраста», который предлагал всем краевым, областным, дорожным и водным здравоохранителям немедленно приступить к проведению плановой санации школьников, в первую очередь в крупных промышленных районах. Несмотря на трудности, в стране развивалась сеть школьных амбулаторий, и количество детей с санированной полостью рта увеличилось со 100 тыс. в 1924 году до почти 3 млн. в 1935 году. В 20–30-е годы Н.И. Агаповым был научно обоснован принципиально новый метод плановой профилактической санации полости рта у детей и доказано, что под санацией полости рта необходимо понимать оздоровление не только постоянных зубов, но и молочных.

В связи со сложностью военных и послевоенных лет стоматология находилась в трудных условиях, с 1950 по 1954 год произошло уменьшение количества выпускников врачей-стоматологов и зубных врачей из-за закрытия некоторых стоматологических факультетов и многих зубо-врачебных школ. Лишь в 1956 году коллегия Министерства здравоохранения СССР признала необходимым расширить подготовку стоматологических кадров и, начиная с 1957 года, стали открываться стоматологические факультеты. В

1953 году Н.И. Агапов выпустил монографию «Клиническая стоматология детского возраста», которая освещала все разделы детской стоматологии. Накопленный клинический и организационный опыт дифференцированного приема детей лег в основу Постановления Совета министров СССР «О мерах по улучшению стоматологической помощи населению» на IV Всесоюзном съезде стоматологов (1962). Согласно приказу МЗ СССР (№ 340 от 30 апреля 1968 года) впервые на обслуживание 10 000 детского населения в городе выделялось 4,5 врачебные должности, а на селе — 2,5.

На съездах стоматологов Казахстана было указано на необходимость введения в номенклатуру врачебных специальностей специальности «врач-стоматолог детский», так как особенности детского организма требуют полного отказа от схематического переноса накопленного опыта лечения взрослых на ребенка. Было утверждено «Положение о детском стоматологе», введена интернатура по детской стоматологии, а также инструкция о порядке аттестации детского стоматолога на соответствие занимаемой должности и на врачебную категорию (Мырзабеков О., и др.).

Стоматолог детский формировался как врач широкого профиля, работающий на смешанном приеме и сочетающий детского терапевта, детского поликлинического хирурга в пределах неотложной и первой помощи и специалиста, владеющего знаниями и навыками профилактической ортодонтии. Его профессиональная деятельность базируется на фундаментальных основах педиатрии, а создание профилактики стоматологических заболеваний было еще одним этапом совершенствования подготовки кадров. Проведенные эпидемиологические исследования позволили создать банк данных о стоматологической заболеваемости населения, планировании, внедрении и оценке эффективности профилактических стоматологических программ /Кабулбеков А. и др.).

Сеть лечебных учреждений, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь детям, сложилась к началу 90-х годов. В наибольшем количестве были представлены школьные стоматологические кабинеты. Они могли войти в структуру профилактических отделений детских стоматологических поликлиник (ДСП), т.е. функционально являлись подразделениями детской стоматологической службы. Школьные кабинеты относились и к «взрослой» стоматологической службе, и к общепедиатрической поликлинике (Негаметзянов Г.М. и др.).

Задачей школьных стоматологических кабинетов была плановая санация полости рта с постепенным введением в нее элементов профилактики стоматологических заболеваний и диспансеризации. Кроме этого существовали и передвижные стоматологические кабинеты. Самое мощное структурное подразделение — ДСП. Появление ДСП в Казахстане было революционным шагом в детской стоматологии, так как открыло возможность выделения различных видов специализированной помощи. Дифференцировка службы неизбежно потребовала подготовки кадров (Супиев Т., Супиева Э. и др.). Организационные формы детской стоматологии получали все большее распространение и к концу 80-х годов дали реальные результаты. В целом, потребность в лечении кариеса снизилась в лучших клиниках до 40–50%, охват санаций составил 80–85%, а число осложнений — менее 2%. Такие результаты были достигнуты благодаря широкой сети школьных стоматологических кабинетов и внедрению в них системы диспансеризации детей с дифференцированной степенью активности кариеса у стоматолога.

Четвертый период формирования специальности «стоматология детского возраста» — период современного развития детской стоматологии (с 1990 года по настоящее время) — характеризуется кризисным состоянием

службы детской стоматологии, связанным с изменением социально-экономического положения страны, и поиском пути выхода из этого положения. Переход на новые экономические условия поставил детскую стоматологию в худшее положение, чем другие отрасли стоматологии, так как ее организация была более тесно связана с государственной системой. Долгий поиск альтернативного пути выхода из кризиса поставил детских стоматологов в неравные условия с «взрослыми» стоматологами. В 90-е годы возросло число детских стоматологов. Усугубляло эту проблему нежелание молодых специалистов работать в детской стоматологии. ДСП имели слабую материально-техническую базу, которая обновлялась, как правило, только в наиболее крупных из них. Стали закрывать школьные кабинеты, резко уменьшилось число детских дошкольных учреждений. Это привело к перегруженности рабочих мест в поликлиниках. Соотношение между плановой профилактической помощью и лечением по обращаемости изменилось в пользу последнего. Все это немедленно сказалось на качестве стоматологической помощи детям и их здоровье. По данным на 1995 год, при сохранении практически прежней распространенности кариеса потребность в лечении выросла до 85%, а охват санаций снизился до 35% (Негаметзянов Г.М. и др.). Впечатляет резкий рост количества осложнений, например, число случаев осложненного кариеса в постоянных зубах выросло. Значительно увеличилось количество удаленных постоянных зубов и число детей, госпитализируемых по поводу одонтогенных воспалительных заболеваний. Однако детская стоматология пережила основной период кризиса.

Сегодня можно констатировать, что сеть детских стоматологических организаций (отделения, кабинеты) в принципе сохранились. В случае введения специальности «стоматолог общей практики», в должностные функции которого входит оказание, наряду со взрослыми, квалифицированной помощи и детям), а также специальности «гигиенист стоматологический», в обязанности которого входит только оказание профилактической помощи, в будущем следует ожидать постепенного перераспределения объема стоматологической помощи детям между детскими стоматологами и указанными выше специалистами, что в принципе, постепенно подвинет отечественную детскую стоматологию к позициям, характерным для других стран, где квалифицированную стоматологическую помощь детям оказывают стоматологи общей практики и, лишь сложные, осложненные и редкие формы стоматологических заболеваний у детей лечатся в специализированных клиниках. Учитывая вышеизложенные быстрые и серьезные меры должны быть приняты по восстановлению школьной стоматологии в Казахстане. Для этого должны быть выполнены следующие меры:

- должен быть узаконен статус школьных стоматологических кабинетов, их обеспечение кадрами, материалами и определена ответственность за их работу.

- в структуру школьной стоматологии должна быть введена должность «гигиениста стоматологического» для реального проведения профилактической работы в школах.

С переходом к рыночной экономике, который был связан и сопровождался резким уменьшением бюджетных ассигнований, стал неизбежным поиск новых источников финансирования. Он шел интуитивно, направляемый законами рынка, и привел к созданию государственной службы с разными источниками финансирования и впоследствии — службы, альтернативной государственной.

Первым дополнительным источником финансирования государственных учреждений стало обязательное медицинское страхование (ОМС). Опыт работы в системе ОМС показал, что и эта форма, в ее первоначальном виде, мало

изменила ситуацию. Широко стали практиковаться массовые осмотры детей в организованных коллективах, не завершающиеся лечением. Это стало способом повысить финансирование ДСП за счет числа посещений. В трудный период 90-х годов большую роль в осознании момента и поиска путей выхода из сложившейся ситуации сыграло стоматологическое общество Казахстана, которое уделяло большое внимание необходимости формирования службы альтернативной государственной, ломая психологические стереотипы отношения организаторов здравоохранения, специалистов и населения к возможности платной стоматологической помощи и в частности, стоматологической помощи детям. С другой стороны недостаточный уровень профессиональной подготовленности врачей в определенной степени сдерживал возможность внедрения мировых технологий в клиническую практику. Большой заслугой общества была и в обучении специалистов стоматологического профиля и популяризации передовых технологий путем огромной работы по организации выставок, съездов, конференций, семинаров, мастер-классов, расширения спектра профессиональных печатных изданий и т.д. (Мырзабеков О.М., Куракбаев К.К.).

Платная помощь, дополнительный источник финансирования ДСП, помогает ДСП улучшить материально-техническую базу, повысить качество помощи детям, способствует развитию специализированных служб. Дополнительное финансирование позволяет увеличить заработную плату врачам и обслуживающему персоналу, что уменьшает отток кадров. Поскольку на платную помощь есть спрос, постепенно формируется сектор службы альтернативной государственной. В эти годы появилась возможность разработки и внедрения профилактических программ, которые финансировались фирмами-производителями (спонсорами). Программы особенно важны в связи с тем, что в этот период, из-за роста потребности в лечении и закрытия многих школьных кабинетов, детские стоматологи не могли уделить должного должного внимания вопросам профилактики и, в частности, гигиене полости рта. В стране внедрилась практика аттестации и сертификации врачей. В детской стоматологии остро стояли вопросы среднего медицинского персонала и поэтому врач, в основном работающий в школьном кабинете, вынужден был зачастую выполнять и функции медицинской сестры. Это в значительной степени снижало объемы и качество выполняемой лечебной, и, особенно, профилактической работы. Важным событием в стоматологии стало появление в 2001 году специалиста «гигиенист стоматологический». В его обязанности входит проведение профилактической работы, что позволяет и расширить этот спектр деятельности, и разгрузить врача от несвойственных функций. Важным моментом является разработка и применение профилактических средств, которые были бы просты в из-

готовлении и применении и, к тому же, обладали высокой эффективностью. В этом плане перспективны активизированные реминерализующие растворы, а также гели. Заслуживает одобрения система создания методических центров. Дополнительно к международной программе профилактики стоматологических заболеваний мы предлагаем все проводимые медицинские обследования в учреждениях, начинать с профилактических мер. Врач-профилактист изучает пациента, заполняет соответствующие документы, ставит на диспансерный учет и после этого по необходимости направляет к другим специалистам. Сам выполняет меры, направленные на санацию полости рта. Когда лечение закончено, проводится контрольный осмотр, ставится дата повторного осмотра.

На основании полученных нами данных можно отметить, что у детей школьного возраста калорийность питания не дифференцировалась по возрасту и расходу энергии. У детей, проживающих в зоне с загрязнением атмосферного воздуха, распространенность кариеса выше на 12%. Содержание минеральных элементов у 7-летних детей в связи с нарушением срока прорезывания уменьшалась. В стоматологическом просвещении, помимо врачей-стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты. Целесообразно начинать мотивацию к проведению профилактических мер в дошкольных учреждениях. Следует организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность и важность предотвращения заболеваний зубов и десен, рассказывать о правилах и особенностях чистки зубов у детей. Комплексная профилактика с учетом факторов риска снижала заболеваемость в 2 раза. Занятия с детьми должны быть строго дифференцированы в зависимости от их возраста: если с маленькими детьми лучше проводить занятия в форме игры, то со старшими разговаривать надо так же, как с взрослыми. Назначение сбалансированного питания в комплексе с фторидами снижало до 48%. Должно сформироваться общественное мнение, что заботиться о здоровье полости рта так же необходимо, как и о красоте своей внешности.

Литература:

1. Безруков А.М. Справочник по стоматологии / 1988, 656с.
2. Боровский Е.В. и др. Справочник по стоматологии/2002, 736с.
3. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога/М.1988, 254с.
4. Кабулбеков А.А. и др. Профилактика стом.заболеваний у детей/А-ты, 2003, 108с
5. Куракина Н.В. Терапевтическая стоматология дет. возраста/М., 2004, 744с.
6. Мырзабеков О.М. и др. Профилактика стом.заболеваний/А-ты, 2009, 446с.

Профилактика кариеса зубов у детей при гипоплазии эмали

Кабулбеков А.А.

Курс стоматологии детского возраста АГИУВ
УДК/3780758.616.31.

Гипоплазия эмали — наиболее распространенное заболевание твердых тканей зубов некариозного происхождения, формирующиеся до их прорезывания. Проведенное в 1999 г. эпидемиологическое стоматологическое обследование населения России показало, что средняя распространенность некариозных поражений зубов у 12-летних детей составила 43,5%, из них системная гипоплазия эмали (СГЭ) — 36,7. Системная форма составляет 90,6% всех видов гипоплазии (5,6,7).

У детей кариес зубов с СГЭ составляет 91%, что говорит о преимущественном поражении кариесом порочно развитых зубов. При проведении профилактики СГЭ происходит ускорение процессов минерализации эмали зубов, повышение уровня минерализации эмали и профилактика кариеса в гипоплазированных зубах. Особенности созревания твердых тканей зубов в СГЭ служат основанием для использования средств профилактики с целью регуляции созревания неправильно развитых тканей и формирования

кариесрезистентных структур зубов(1,2,3,4,5).

В условиях Алматы когда дети получают достаточные количества фтора, представляют интерес найти эффективные средства профилактики и лечения. С этой целью представляет интерес применение пасты изготовленных на основе дигидромонофосфата кальция(монофосфат), без запаха и вкуса. Соотношение Са/Р в составе пасты равняется к 0,5; что является оптимальным для реминерализующих растворов. Нами опровержена паста при деминерализации эмали, при этом отмечено восстановление эмали у 40%. Пасту втирают шпателем на деминерализованный участок и при этом образуется трудноснимаемая повязка, курс применения 2 дня, до 4 раз в год. Под нашим наблюдением находились 2 ребенка в возрасте один год с жалобой на тусклый цвета и податливость эмали зуба. При объективном осмотре ребенок подвижен, кожные покровы чистые, заключение терапевта-здоров. Со слов родителей зубы прорезались в срок. Со стороны зубочелюстной системы патологии не отмечается. В рту при осмотре имеется 8 молочных зубов, из них эмали центральных верхних резцов тусклые, при зондировании зонд застревает. С диагнозом системная гипоплазия эмали проведено профилактическое

лечение. Назначены: гигиеническое обучение и воспитание родителей, чистка зубов ребенка фторидной пастой, у него сняты зубные налеты, проведено втирание пасты из дегидромонофосфата кальция на дентине, в домашних условиях назначения выполняли родители. Дети посетили стоматолога с интервалом месяц 3 раза, при последнем осмотре эмаль резцы имеет естественный блеск, зонд не застревает в эмали.

Литература:

- 1.Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба/М.,171 с.
- 2.Курякина Н.В. Терапевтическая стомат. детского возраста/М,2004,744 с.
- 3.Леонтьев В.К. и др. Руководство по тер.стоматологии/М.,2010,452-485.
- 4.Яковлева В.И., Трофимова Е.К. и др. Диагностика, лечение и профилактика стом. заболеваний/1994,122-137.
- 5.Справочник по стоматологии (ред. проф. Безрукова В.М.)/М,1998,657 с.
- 6.Справочник по дет. Стоматологии (ред.Камерона А., Р. Уидмера) /М.2003, 115-154.
7. Стоматология детского возраста (ред.Виноградова Т.Ф.)/М., 1987,127-180.