РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ — OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

УДК 618.10-009.689.7

С. Ш. ИСЕНОВА, А.Б. АДАМЗАТОВА, Ш.М. АМИРТАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекологии №2, Республика Казахстан, г. Алматы

МОНИТОРИНГ ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК (ДРПО)

Проведен анализ состояния плода по данным кардиотокографии (КТГ) при дородовом разрыве плодных оболочек (ДРПО) в 2 группах: 1) у рожениц при спонтанном начале родовой деятельности; 2) при отсутствии спонтанной родовой деятельности и родовозбуждении. Изучена оценка состояния новорожденных по шкале Апгар. Выявлена закономерность изменения состояния новорожденного при спонтанном начале родовой деятельности и родовозбуждении.
Ключевые слова: *дородовый разрыв плодных оболочек, кардиотокография, акцелерации, децелерации, шкала Апгар.*

Актуальность темы: В настоящее время необходимость периодического мониторинга состояния ребенка во время беременности и в родах является общепризнанной, учитывая, что основная задача акушерской службы заключается в снижении перинатальной заболеваемости и смертности. Решению этой задачи способствует ряд факторов, один из которых - ранняя диагностика нарушений состояния плода во время беременности и в родах.

Мониторное наблюдение за сердечной деятельностью плода расширило диагностические возможности, позволило своевременно выявлять показания к лечению (на этапе беременности) и к экстренному родоразрешению при ухудшении состояния плода[1,2].

По данным литературы дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО) встречается от 2,7 до 17% случаев и не имеет тенденции к снижению. Частота ДРПО при доношенной беременности составляет около 10%, при преждевременных родах 40%[2, 3]. Кардиотокография (КТГ) в родах является ведущим методом оценки состояния плода. Достоверность 90%, что указывает на высокую способность метода в диагностике внутриутробного состояния плода [4].

Цель исследования: Оценить внутриутробное состояние плода по данным кардиотокографии при дородовом разрыве плодных оболочек.

Задачи исследования:

1) Определить особенности состояния плода по данным КТГ при ДРПО в 2 группах:
- при спонтанном начале родовой деятельности
- при отсутствии спонтанной родовой деятельности и родовозбуждении.

2) Определить особенности состояния плода по данным КТГ при ДРПО в 2 группах:
- при спонтанном начале родовой деятельности
- при отсутствии спонтанной родовой деятельности и родовозбуждении.

Материал и методы исследования:

1.КТГ мониторинг проводился в 2 группах:
- у 30 рожениц при ДРПО и спонтанном начале родовой деятельности
- у 30 рожениц при ДРПО, отсутствии спонтанной родовой деятельности и родовозбуждении.

2. Оценивалось состояние детей при рождении по шкале Апгар от 30 женщин с ДРПО при спонтанном начале родовой деятельности и родовозбуждении.

Результаты исследования и их обсуждение.

Оценены 4 параметра данных кардиотокографии: базальный ритм, вариабельность сердечных сокращений, акцелерации, децелерации.

Под базальным ритмом понимают среднюю частоту сердечных сокращений плода, сохраняющуюся неизменной за период, равный 10 мин и более. Средняя частота сердечного ритма (базального ритма)120-160 уд/мин, но при шевелении плода может возрастать на 20 уд/мин, что является также нормой. Ниже 110 уд/мин - брадикардия, выше 180 уд/мин - тахикардия [5].Частота базального ритма была в норме у 30 (100%) беременных в 1 группе (при спонтанном начале родовой деятельности). Во 2 группе (при родовозбуждении) у 24 (80%) беременных КТГ была в норме, у 3(10%) она была атипичной, у 3 (10%) аномальной.

Вариабельность сердечного ритма – это его регулярность по амплитуде и частоте. Наличие вариабельности сердечного ритма является хорошим диагностическим признаком. Снижение вариабельности возможно как в норме (во время периодов сна ребенка), так и при хронической гипоксии. При гипоксии нарушаются тонкие регулирующие связи нервной системы и сердца. Вариабельность сердечного ритма была в норме у 30 (100%) беременных в 1 группе (при спонтанном начале родовой деятельности). Во 2 группе (при родовозбуждении) у 24 (80%) беременных КТГ была в норме, у 5 (16%) она была атипичной, у 1 (4%) аномальной.

Акцелерации - эпизоды увеличения ЧСС плода на 15 ударов/минуту и более, продолжительностью > 15 сек., связанные с сокращениями матки или движениями плода. Наличие акцелераций расценивалось как хороший прогностический признак, отсутствие акцелераций во время родов не являлось убедительным признаком патологии [6,7]. В исследуемой группе акцелерации были у 30 (100%) беременных в 1 группе (при спонтанном начале родовой деятельности) и у 24 (80%) беременных во 2 группе (при родовозбуждении) (рисунок 1).

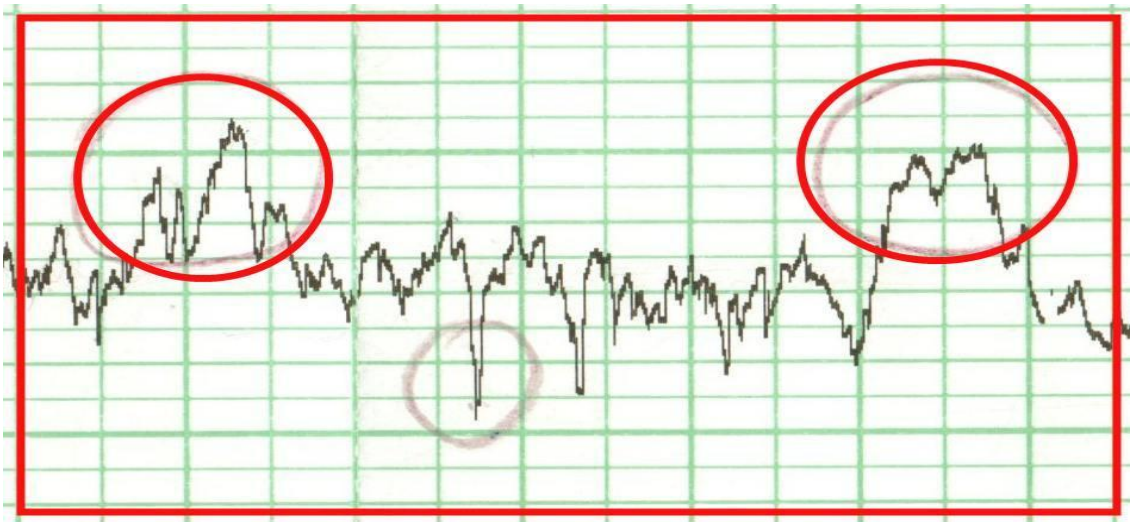


Рисунок 1 - Акцелерации при кардиомониторном наблюдении

Децелерации - преходящие эпизоды урежения частоты сердцебиения плода на 15 ударов и более, продолжительностью 15 сек. и более. Различают три основных типа децелераций: ранние, поздние и вариабельные. Показание к экстренному родоразрешению во втором периоде родов - наличие децелераций с амплитудой более 60 уд/мин [6,7]. Децелерации были у 2 (6%) беременных в 1 группе (при спонтанном начале родовой деятельности). Во 2 группе (при родовозбуждении) у 15 (50%) беременных (рисунок 2).При этом ранние децелерации наблюдались в 82% случаев и лишь в 18% случаев отмечены поздние децелерации, которые послужили показанием для проведения непрерывной КТГ и при ухудшении состояния плода проведения экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

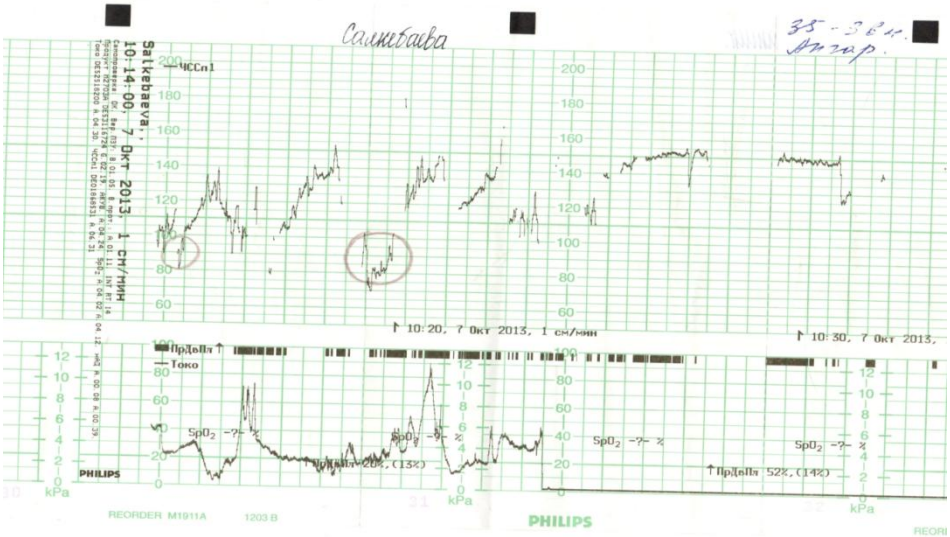


Рисунок 2 - Децелерации при кардиомониторном наблюдении

Таким образом, при дородовом разрыве плодных оболочек кардиотокограмма плода была в норме в 1 группе у 28 (93%) беременных(при спонтанном начале родовой деятельности), атипичной у 2 (7%) беременных. Во 2-й группе (при родовозбуждении) кардиотокограмма была в норме у 12 (40%), атипичной она была у 13 (43%) и аномальной у 5 (17%) (рисунок 3).

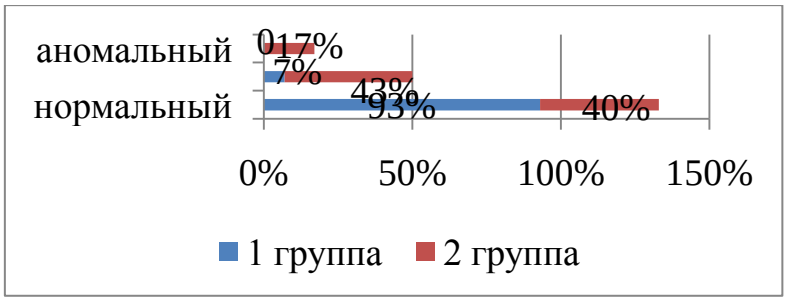


Рисунок 3 - Состояние плода по данным кардиотокографии при дородовом разрыве плодных оболочек (ДРПО)

Состояние новорожденных в исследуемых группах по шкале Апгар Состояние новорожденных по шкале Апгар было следующим: в 1 группе 29 (97%) детей, рожденных от женщин со спонтанным началом родовой деятельности имели оценку по шкале Апгар выше 7 баллов, 1 новорожденный (3%) – менее 7 баллов. Во 2 группе 22 (77%) детей, рожденные при проведения родовозбуждения имели оценку по шкале Апгар выше 7 баллов, 8 детей (23%) – менее 7 баллов (рисунок 4).

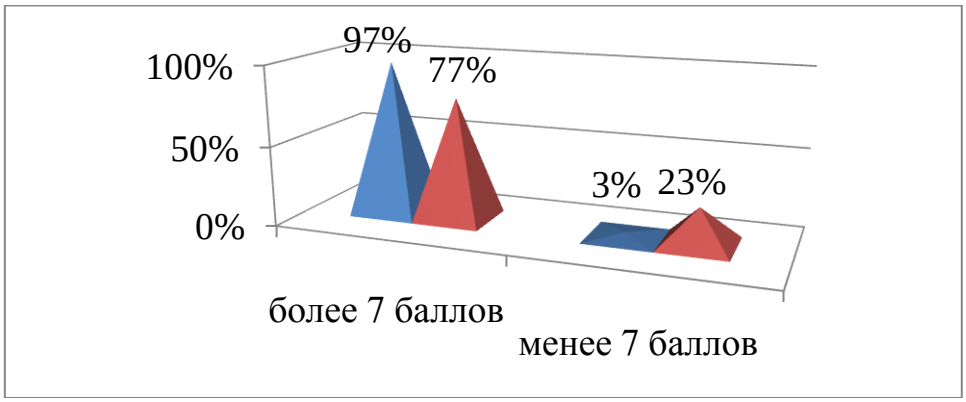


Рисунок 4 - Состояние новорожденных в исследуемых группах по шкале Апгар.

Заключение: Впервые в сравнительном аспекте определены особенности состояния плода по данным КТГ при ДРПО (спонтанном начале родовой деятельности и родовозбуждении) установлено, что при родовозбуждении достоверно чаще регистрируется атипичный НСТ (43%); аномальный (17%) и отмечено снижение количества нормального НСТ (40%) более чем в 2 раза. Выявлена закономерность изменения состояния новорожденного при спонтанном начале родовой деятельности и родовозбуждении, которая выражалась в увеличении рождения детей оцениваемое по шкале Апгар менее 7 баллов. При родовозбуждении в 1,7 раза чаще новорожденные нуждались в наблюдении и лечении в палатах интенсивной терапии (ПИТ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Айламазян А. К. Акушерство: специальная литература. - М.: 2002. - 528 с.
2 Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль. - ISBN 985-428-754-8 изд. - Минск: Книжный дом, 2004. – 304 с.
3 Сигизбаева И. Н. Возможности автоматизированной антенатальной кардиотокографии в оценке состояния плода. Ультразвуковая диагностика. - М.: 1999. – 256 с.
4 Демидов В.Н., Сигизбаева И.К.,Югай О.Ю., Цедвинцева Л.Н. Антенатальная кардиотокография // Здравоохранение и медицина. - 2005. - №9. – С. 52-55.
5 Сидоров И.С. Физиология и патология родовой деятельности. – М.: МИА, 2006. – 319 с.
6 Протокол РК "Наблюдение за состоянием плода во время беременности и в родах" от 7 апреля 2010 год № № 239.

С.Ш. ИСЕНОВА, А.Б. АДАМЗАТОВА, Ш.М. АМИРТАЕВА

ҚАҒАНАҚ ҚАБЫНЫҢ БОСАНУҒА ДЕЙІНГІ ЖАРЫЛУЫ КЕЗІНДЕГІ ҰРЫҚТЫҢ МОНИТОРИНГІ

Түйін: Мақалада қағанақ қабының босануға дейінгі жарылу кезіндегі ұрық жағдайын кардиотокография (КТГ)мәліметі бойынша 2 топқа бөліп анализ жасалынды:
1)босану әрекетінің спонтанды басталатын босанушыларда 2)спонтанды босану әрекетінің болмауы немесе босану әрекетін қоздыру.
Тексерілуші топтардан нәрестелерге Апгар шкаласы бойынша бағалау жасалынды. Босану әрекетінің спонтанды басталуы және босану әрекетінің қоздыру сезімі ненәресте жағдайының өзгерісінің заңдылығы байқалды.
Түйінді сөздер: Қағанақ қабының босануға дейінгі жарылуы, кардиотокография, акцелерация ,децелерация, Апгар шкалласы.

S. SH. ISENOVA, A.B. ADAMZATOVA, S.M. AMIRTAYEVA

MONITORING OF FETAL CONDITION DURING PRENATAL RUPTURE OF MEMBRANES

Resume: The article analyzes the condition of the fetus according cardiotocography as prenatal rupture of membranes in 2 groups: 1) in pregnant women with spontaneous onset of labor , 2) in the absence of spontaneous labor and induction of labor . Assessed neonatal Apgar scores in the groups studied . The regularity of the newborn state changes during the spontaneous onset of labor and induction of labor .

Keywords: prenatal rupture of membranes, CTG ,akcelerations , decelerations , Apgar score

УДК: 613.84 — 055.26(571.56)

С.Ш. ИСЕНОВА, Ш.М. АМИРТАЕВА, А.Б. АДАМЗАТОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра акушерства и гинекологии №2,
Республика Казахстан, г. Алматы

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА САТУРАЦИЮ БЕРЕМЕННЫХ И СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ РОЖДЕНИИ

В статье отражены результаты исследования сатурации у курящих беременных и состояние плода при рождении. Использовали неинвазивный способ контроля сатурации и контроль массы тела новорожденных. Выявлены показатели сатурации у 30 курящих беременных, частота ЗВРП новорожденных от курящих беременных, определена масса тела у 30 новорожденных при рождении, особенности раннего неонатального периода новорожденных от курящих беременных.

Ключевые слова: *сатурация у курящих беременных, пульсоксиметрия, ЗВРП, патологическая потеря массы тела.*

Актуальность темы: Курение табака одна из самых распространенных вредных привычек человека. Статистика свидетельствует о количестве курящих беременных за последние 10 лет несколько снизилось, однако около 15% беременность продолжают постоянно или периодически курить. Табачный дым содержит сотни токсичных компонентов, некоторые из которых могут влиять на исходы беременности. Хорошо известно, что никотин влияет на циркуляцию крови и снижает интенсивность кровообращения в системе мать-плацента-плод. Другие компоненты табачного дыма – кадмий и свинец, обнаруживается в фолликулярной жидкости и ткани плаценты курильщиков. Свинец является известным нейротоксином; а некоторые полициклические ароматические гидроуглероды обладают мутагенной активностью [1,2].

По данным литературы риск рождения детей с ЗВУР у курящих беременных составляет от 2,27 до 27% [2]. Имеются данные, что курение в период гестации способствует увеличению частоты таких осложнений беременности как кровотечение на 25-30%, плацентарные осложнения - на 25 - 85%. Уровень перинатальной смертности у курящих может возрастать до 25%. У курящих матерей на 22% чаще, чем у некурящих, встречается синдром внезапной детской смертности (табачный синдром плода). Компоненты табачного дыма обладают способностью депонироваться в тканях плода в более значительной степени, чем в тканях материнского организма. Степень этого риска возрастает при увеличении количества выкуренных сигарет [3]. Таким образом, курение беременных женщин наносит непоправимый вред их здоровью и влечет за собой разнообразные нарушения в организме детей [4].

Цель исследования: определить влияние курения на сатурацию беременных и состояния плода при рождении

Задачи исследования:

1. Определить частоту курящих беременных по данным анкетирования
2. Изучить уровень сатурации у курящих беременных
3. Изучить состояние новорожденных при рождении от курящих беременных

Материал и методы исследования:

1. Определить частоту курящих женщин по данным анкетирования 500 беременных
2. Изучить уровень сатурации у 30 курящих беременных
3. Определить состояние новорожденных при рождении у 30 детей от курящих беременных

Для выявления вредной привычки табакокурения у 500 беременных была разработана анонимная анкета, которая содержала 23 вопроса.

Пульсоксиметрия – оперативный неинвазивный способ контроля сатурации (SpO_2 или насыщенности гемоглобина крови кислородом). Пульсоксиметр включает в себя вычислительный (компьютерный) блок, на котором отображается сатурация и пульс, и специализированный датчик, фиксирующийся на пальце. В данном случае мы использовали - Infinity Gamma XL[5, 6]. Во время работы компьютерный блок обновляет свои показатели, чтобы выдавать текущие данные кислородной сатурации и частоты сердечных сокращений. Индикатор пульса постоянно отображается, давая информацию о состоянии кровообращения. Высота звукового сигнала изменяется в зависимости от уровня сатурации, являясь важным аспектом безопасности. Высота звука падает, когда падает сатурация и поднимается, когда она восстанавливается. Это позволяет сразу услышать изменения уровня сатурации.

Датчик состоит из 2-х частей: светоизлучающих диодов и детектора света. Световые лучи проходят через ткани одной части датчика к другой. Кровь и ткани, поглощают определенное количество света, излученного датчиком, которое зависит от степени насыщения гемоглобина крови кислородом. Фотодетектор улавливает свет, прошедший через ткани, а вычислительный блок рассчитывает уровень сатурации (SpO_2). Для работы пульсоксиметра необходимо, чтобы датчик располагался там, где пульс легко определяется. В данном случае использовали пальцевые датчики, которые располагались на ногтевом фаланге одной руки. Чтобы давать верные показания датчик должен светиться красным светом, и быть правильно надет для определения пульсации тока крови. Сигналом тревоги служил низкий уровень сатурации (гипоксии) $SpO_2 < 95\%$. У Здоровых людей любого возраста уровень сатурации должен быть не менее 95%

Результаты исследования:
Частота курящих беременных по данным анкетирования беременных одного из родильных домов г. Алматы составила 20 % (таблица 1). По данным литературных источников частота курящих беременных в США – 55%, Англия – 43%, Австралия – 40%, Москва – 25% [7].

Таблица 1 - Частота курящих беременных по данным анкетирования и литературных источников

Частота курящих беременных (данные анкетирования)				
США	**Англия**	**Австралия**	**Москва**	**Роддом г. Алматы**
55%	**43%**	**40%**	**25%**	**20%**

Результаты проведения пульсоксиметрии показали, что лишь у 3,4% курящих беременных показатели сатурации были в пределах нормы. Уровень сатурации в исследуемой группе: 93% - 20%; 94% - 23,3%; 95% -30%, 96% - 10%; 97% - 16,6% беременных. Данные сатурации в исследуемой группе представлены на рисунке 1.

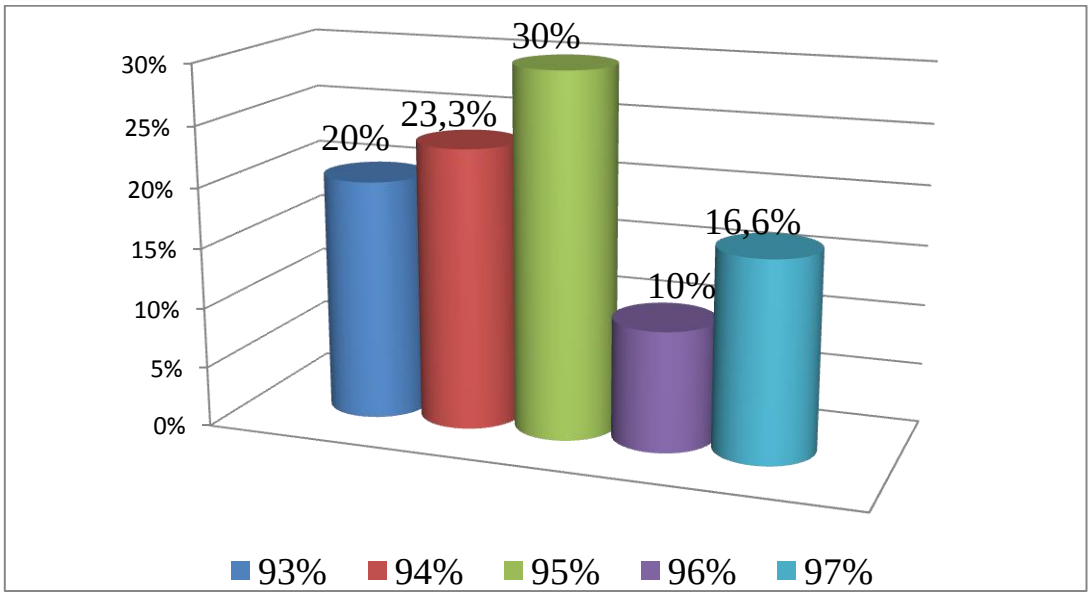


Рисунок 1 - Уровень сатурации в исследуемой группе

Доказано, что гравидограмма – простой и дешевый способ наглядного представления информации об основных показателях развития беременности в виде графика, получаемых при измерении высоты стояния дна матки в см. Этот метод позволяет своевременно диагностировать задержку роста плода [4]. Анализ гравидограмм курящих беременных позволил в 20% случаев диагностировать СЗРП. Наличие СЗРП было верифицировано после рождения новорожденных при проведении антропометрических измерений (рисунок 2).

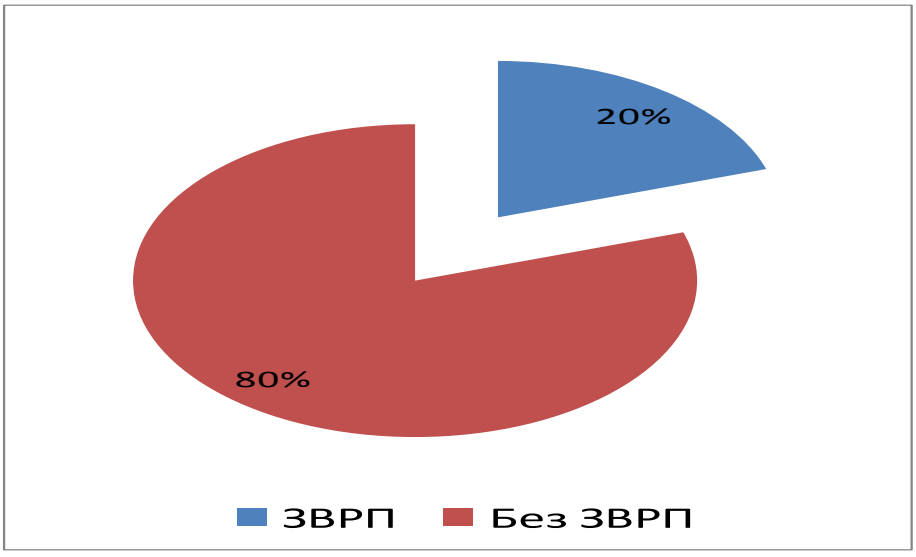


Рисунок 2 - Частота задержки внутриутробного плода в исследуемой группе

Нами изучено состояние детей при рождении. Из 30 новорожденных 28 родились при доношенной беременности (37-41 недель) и 2 (6,6%) при преждевременных родах (33-37 недель). Родились через естественные родовые пути 27 детей и 3 извлечены при операции кесарева сечения в связи с угрожающим состоянии плода в первом периоде родов.
Оценка состояния новорожденного проводилась на основании осмотра, оценки по шкале Апгар, анализа течения периода ранней неонатальной адаптации.

Анализ исследований плодов по весовой категории показал, что до 2000 грамм - у 3%, 2000-2500 грамм - у 10%, 2500 – 3000 грамм - у 13%, 3000 грамм, и более - у 74% (рисунок 3).

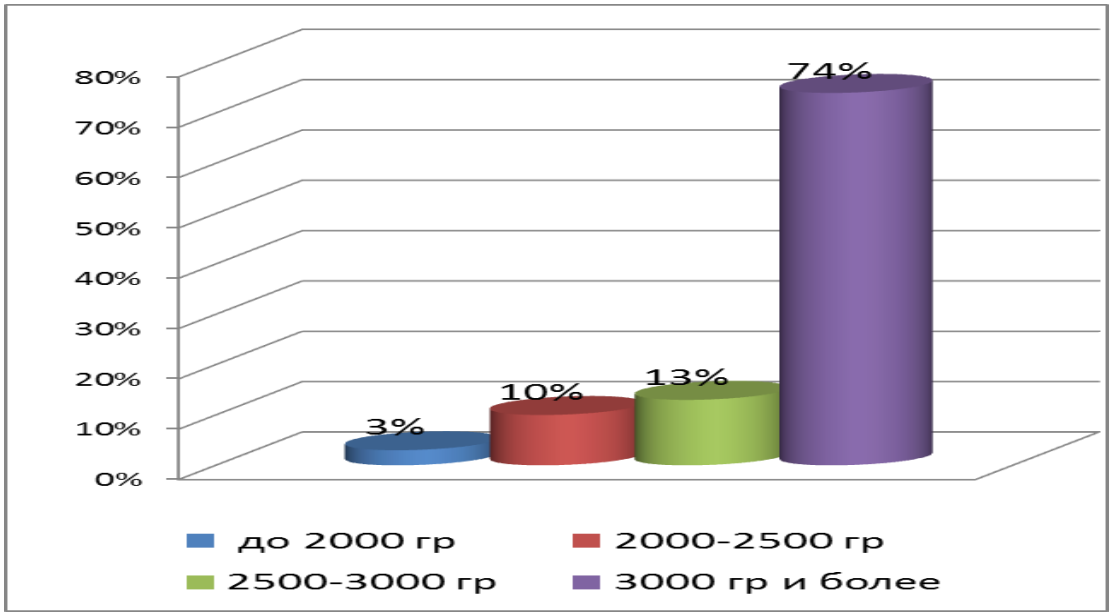


Рисунок 3 - Масса тела новорожденных при рождении от курящих беременных

Ранний неонатальный период – с момента рождения по 7-е сутки жизни. Происходит основная адаптация организма к жизни в новых условиях. Скорость адаптивных процессов в организме в этот период самая высокая и никогда больше в жизни не бывает такой. Начинает функционировать дыхательная система, перестраивается система кровообращения, включается пищеварение. В этом периоде у ребёнка могут быть обнаружены дефекты развития, гемолитическая болезнь, синдром дыхательных расстройств, патологическая потеря веса, т.е. более 10% от исходной массы. Кроме патологии у новорожденного проявляются различные физиологические состояния, отражающие процессы адаптации. К ним относятся: физиологический катар кожи, физиологическая желтуха, половой криз.

Ранний неонатальный период новорожденных от курящих беременных в большинстве случаев характеризовался желтухой новорожденных в 10% и патологической потерей массы тела у 13%.

Заключение:

1. Впервые определена частота курящих беременных по данным анкетирования, которая составила 20%
2. Установлено, что уровень сатурации у курящих беременных в период гестации варьирует от 93 до 97%. При этом, наиболее часто встречаемый уровень сатурации 94-95% определялся у 53,3% курящих беременных
3. Определена частота ЗВРП у новорожденных от курящих беременных – 20%; патологическая потеря массы тела у 13% новорожденных; желтуха новорожденных у 10%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития/ Н.П. Шабалов //Неонатология. Т. 1. – М.: МЕДпресс-инфо. – 2006. – С.88 – 109.
2 Мирошниченко М.С. Современные представления о синдроме задержки внутриутробного развития плода // Новости медицины и фармации. - Харьков: Харьковский государственный медицинский университет, 2007. - С. 208 -212.
3 Бычкова А.Б., Радзинский В.Е. Интранатальное состояние плода с задержкой внутриутробного развития // Трудный пациент. - 2006. - №2. – С. 45-49.
4 Айламазян Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е. Акушерство. - М.: Национальное руководство, 2008. - 512 с.
5 Гавалов С.М., Соболева М.К. Критерии «табачного синдрома» у новорожденных. // Вопросы охраны материнства и детства. — 2003. — № 10. — С. 30-33.
6 Макагонов И.А. Острое влияние табакокурения матери на плод: автореф. дис. ...канд. мед. — Львов, 2001. — 25 с.
7 Ananth C.V., Savitz D.A., Luther E.R. Maternal cigarette smoking as risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy // Am. J. Epidemiol. — 2002. — Vol. 9. — P. 543-547.

С.Ш. ИСЕНОВА, Ш.М. АМИРТАЕВА, А.Б. АДАМЗАТОВА

ШЫЛЫМ ШЕГУШІ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ САТУРАЦИЯСЫНА ЖӘНЕ НӘРІСТЕНІҢ ТУУ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕР ЕТУІ

Түйін: Мақалада сатурацияның шылым шегушілер жүкті әйелдерден және нәрістенің туу жағдайына зертеу нәтижелер бейнелеп көрсетілген. Инвазивтік емес бақылау тәсілі және нәрістелердің дене салмағын бақылауы пайдаланды. Отыз шылым шегушілер жүкті әйелдерден сатурация көрсеткіштері аңықталды, Жатырішілік дамуы артта калған нәрестелердің жиілігі шылым шегу жүкті әйелдерден, 30 туылған нәрістелердің дене салмағы аңықталды, нәрестелердің ерте неонатальдық ерекшелік кезеңі шылым шегушілер жүкті әйелдерден көрсетілді.

Түйінді сөздер: шылым шегуші жүкті әйелдердің сатурациясы, пульсоксиметрі, жатырішілік дамуы артта калған, паталогиялық дене салмақтан айрылу.

S.SH. ISENOVA, SH.M. AMIRTAYEVA, A.B. ADAMZATOVA
SATURATION EFFECT OF SMOKING ON PREGNANT WOMEN AND FETAL STATUS AT BIRT

Resume: In the article presents the results are reflected for saturation of smoking pregnant and status of the fetus at birth. Used a non-invasive method of monitoring oxygen saturation and body weight control infants. Figures revealed saturation in 30 pregnant smokers, the frequency of IUGR newborns of pregnant smokers, defined body weight in 30 infants at birth, especially early neonatal infants from pregnant.
Keywords: saturation of smoking pregnant, pulse oximetry, IUGR, pathological loss of body weight.

УДК 618.145-007.415-053.5/.81-036.1-07-085

Ш.М. САДУАКАСОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.М. НЕСИПБАЕВА
Кафедра акушерства и гинекологии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У ДЕВОЧЕК ЮВЕНИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Статья посвящена оценке эффективности применения низкодозированного комбинированного орального эстроген-гестагенного препарата, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена (препарат "Линдинет") в терапии генитального эндометриоза у девочек ювенильного возраста в течение 6 месяцев. Проведено комплексное обследование 82 девочек ювенильного возраста 16–19 лет с генитальным эндометриозом. I группу составили 36 девочки ювенильного возраста, прооперированные лапароскопически по поводу генитального эндометриоза, II группу составили 46 девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом. После лечения уменьшение выраженности дисменореи отмечалось в 90,0% (50), причем в 48,0% (24) случаев в I группе, в 52,0% (26) – во II группе. При наличии дисменореи в сочетании с меноррагиями уменьшение симптомов после лечения отмечалось в 77,0% (20) случаев, причем у 10 девочек I группы (50,0%) и у 10 (50,0%) девочек II группы. По результатам МРТ после лечения при сочетании очагового аденомиоза с эндометриоидной кистой и диффузной форме аденомиоза наблюдалась нормализация структуры эндометрия и миометрия. При эндометриоидных кистах яичников (36-46,4%) после лечения во всех случаях отмечалось уменьшение размеров яичников, причем 26 из них были прооперированы. У 58 (70,7%) пациенток, имевших жалобы до лечения, после терапии наблюдалось уменьшение сальности кожи и волос.
Ключевые слова: *генитальный эндометриоз, препарат, ювенильный возраст*

Введение.
Согласно общепринятому определению, эндометриоз – патологический процесс, характеризующийся разрастанием ткани, подобной по структуре и функциям эндометрию за пределами эндометрия на фоне нарушения гормонального и иммунного гомеостаза [1, 2]. Эндометриоз является одним из распространенных гинекологических заболеваний, приводящих к снижению качества жизни пациенток. При этом проблемы подходов к терапии заболевания остаются дискутабельными, особенно у пациенток ювенильного возраста [1, 2, 3, 4, 5]. Целью лечения эндометриоза является достижение максимального эффекта от комбинированной или медикаментозной терапии и отсутствие рецидивов заболевания [6, 7, 8, 9, 10]. Наряду с традиционными методами терапии эндометриоза, такими как хирургический, применение прогестинов, агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, антиэстрогенов применяются комбинированные оральные гормональные препараты. Основным фармакологическим эффектом комбинированных оральных эстроген-гестагенных препаратов является подавление гонадотропной функции гипофиза с последующим торможением синтеза стероидов в яичниках и пролиферативных процессов в эндометрии и эндометриоидных гетеротопиях [11]. Терапия генитального эндометриоза микродозированным комбинированным оральным эстроген-гестагенным препаратом, содержащим 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена проводится с учетом воздействия на патогенетические механизмы заболевания и направлено на купирование дисменореи, нормализацию менструального цикла.Прогестаген гестоден норстероидного ряда в комбинации с этинилэстрадиолом оказывает антиандрогенное действие за счет антигонадотропного эффекта и индукции синтеза глобулинов, связывающих половые стероиды [12]. Кроме того гестоден обладает и антиминералокортикоидными свойствами, что препятствует эстрогензависимой задержке жидкости в организме и приводит к уменьшению частоты побочных эффектов (отечность, нагрубание молочных желез) [13]. Производные 19–нортестостерона обладают коротким периодом полувыведения и высокой биодоступностью [14].

Цель исследования: Оценка эффективности применения низкодозированного комбинированного орального эстроген-гестагенного препарата, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена (препарат "Линдинет") в терапии генитального эндометриоза у девочек ювенильного возраста.

Материалы и методы исследования.
Нами проведено комплексное обследование 82 девочек ювенильного возраста 16–19 лет с генитальным эндометриозом, включающее магнитно-резонансную томографию, лапароскопию, определение уровня гормонов ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона в сыворотке крови. Средний возраст обследованных девочек составил 17,3±0,6 лет. I группу составили 36 девочки ювенильного возраста, прооперированные лапароскопически по поводу генитального эндометриоза, II группу составили 46 девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом.

Всем 82 девочкам назначался микродозированный комбинированный оральный эстроген–гестагенный препарат, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена (препарат "Линдинет") с 1–го по 21-ый день менструального цикла в течение 6 месяцев.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) проведена дважды до лечения и после лечения всем 82 обследованным девочкам на томографе «HITACHI AIRIS II» мощностью 0,3 Т (Japan).

Лапароскопия проведена 36 девочкам в первую фазу менструального цикла с использованием лапароскопического оборудования фирмы «Storz» (German).

Гормональные методы исследования проведены методом иммуноферментного анализа на аппарате «Пикон» (Россия) всем 82 девочкам с эндометриозом. Проводилось

определение концентраций ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона в сыворотке крови на 5–7 день менструального цикла. *Результаты статистического обсчета* экспортировались в таблицы Excel пакета Microsoft office.

Результаты исследования и обсуждение.

У обследованных девочек выявлены следующие нарушения менструальной функции. Дисменорея наблюдалась у 56 девочек (68,3%±5,1), дисменорея в сочетании с меноррагиями – у 26 (31,7%±5,1) девочек. У 58 (70,7%±5,0) девочек отмечались жалобы на сальность кожи и волос.

По результатам МРТ в 41,5% (34) случаев выявлен аденомиоз, в 46,4% (38) – эндометриоидная киста, причем в 12 случаях диаметром до 3,0 см, в 26 случаях диаметром до 5,0 см, в 12,2% (10) случаев – сочетание аденомиоза с эндометриоидной кистой диаметром до 5,0 см. Из 44 (53,6%) случаев аденомиоза в 28 наблюдениях определялся участок с пониженной интенсивностью МР-сигнала в миометрии задней стенки в диаметре до 1,0 см; в 10 наблюдениях в области задней стенки матки определялось очаговое утолщение базального слоя эндометрия размером около 0,8х1,0 см; в 6 наблюдениях выявлена диффузная форма аденомиоза, характеризовавшаяся неравномерным утолщением базального слоя эндометрия и увеличением размеров матки.

Изучение показателей гормонального исследования позволило выявить, что средний показатель тестостерона был повышен и составил 4,2±0,16 нмоль/л. В 58 (70,7%±5,0) наблюдениях отмечалось повышение уровня тестостерона. Средние показатели ФСГ и ЛГ также были повышены и составили 8,4±0,24 мМЕ\мл и 6,3±0,31 мМЕ\мл соответственно. Средние показатели эстрадиола и прогестерона были повышены и составили 142,4±3,69 пг/мл и 18,4±0,25 нмоль/л соответственно. В 56 (68,4%±6,6) случаях отмечалось повышение уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона в сыворотке крови.

С диагностической и лечебной целью 36 (44,0%**±**5,5) пациенткам проведена лапароскопия. Показаниями для проведения лапароскопии явились наличие эндометриоидных кист диаметром 5,0 см в 26 случаях, сочетание аденомиоза с эндометриоидными кистами диаметром до 5,0 см в 10 случаях. По результатам лапароскопии в 26 случаях выявлены односторонние эндометриоидные кисты диаметром до 5,0 см в диаметре с утолщенной капсулой, в 10 случаях – эндометриоидные кисты диаметром до 5,0 см в сочетании с очаговым аденомиозом, локализованным на задней поверхности матки, в области дна матки и эндометриозом брюшины. В 86,1% (31) случаев отмечались признаки спаечного процесса. У всех оперированных пациенток диагноз генитального эндометриоза был подтвержден гистологически.

По результатам нашего исследования после терапии комбинированным оральным эстроген–гестагенным препаратом, содержащим 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена у всех 82 девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом отмечено уменьшение выраженности дисменореи, меноррагий.

По результатам МРТ, проведенной после лечения, наблюдалась нормализация структуры эндометрия и миометрия при аденомиозе, причем из 44 (53,6%) случаев аденомиоза в 28 наблюдениях отмечалось уменьшение участка с пониженной интенсивностью МР-сигнала в миометрии задней стенки в диаметре до 0,5 см; у 10 пациенток, прооперированных по поводу сочетания очагового аденомиоза с эндометриоидной кистой и в 6 случаях диффузной формы аденомиоза наблюдалась нормализация структуры эндометрия после лечения. Из 36 (46,4%) случаев при наличии эндометриоидных кист яичников во всех случаях отмечалось уменьшение размеров яичников, причем 26 из них были прооперированы.

Дисменорея до лечения отмечалась у 56 девочек (68,3%±5,1), причем у 26 девочек I группы (оперированных по поводу эндометриоза) и у 30 девочек II группы (неоперированных с эндометриозом), дисменорея в сочетании с меноррагиями – у 26 (31,7%±5,1) девочек, причем у 12 девочек I группы и у 14 девочек II группы. После лечения уменьшение выраженности дисменореи отмечалось в 50 (90,0%) из 56 случаев до начала лечения, причем в 48,0% (24) случаев в I группе, в 52,0% (26) – во II группе. При наличии дисменореи в сочетании с меноррагиями уменьшение симптомов после лечения отмечалось в 20 (77,0%) из 26 случаев до начала лечения, причем у 10 девочек I группы (50,0%) и у 10 (50,0%) девочек II группы.

У 58 (70,7%±5,0) пациенток, имевших жалобы до лечения, во всех случаях наблюдалось уменьшение сальности кожи и волос после проведенной терапии. Также после лечения отмечалось снижение уровня тестостерона в 32 (84,2%) из 38 наблюдений. Во всех 56 (68,4%±6,6) случаях повышения концентраций уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона до лечения отмечалось снижение концентраций этих гормонов в сыворотке крови после окончания терапии.

Побочным эффектом проводимой терапии явились тошнота (7–8,5%), изжога (5–6,1%). Применение микродозированного комбинированного орального эстроген-гестагенного препарата, содержащего гестоден оказалось достаточно эффективным при минимальном количестве побочных реакций, сопровождалось уменьшением клинических проявлений эндометриоза, нормализацией уровней гормонов в сыворотке крови.

Заключение.

Таким образом, в результате проведенного исследования отмечена высокая эффективность применения микродозированного комбинированного орального эстроген-гестагенного препарата, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена, в терапии генитального эндометриоза у девочек-подростков. Эффективность терапии характеризовалась уменьшением болевого синдрома, нормализацией менструального цикла, антиандрогенным действием препарата, что способствовало улучшению качества жизни пациенток при минимальной частоте побочных эффектов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. - М.: Медицина, 2006. - 416 с.
2 Линде В.А., Татарова Н.А. Эндометриозы. Патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. - 192 с.
3 Z. Harel Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management // Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. – 2006. - Vol. 19. - № 6. - P. 363–371.
4 A. Drosdzol and V. Skrzypulec Endometriosis in pediatric and adolescent gynecology // Ginekologia Polska. – 2008. - vol. 79. - №2.- P. 133–136.
5 Margherita Dessole, Gian Bendetto Melis and Stefano Angioni Endometriosis in Adolescence //Obstetrics and Gynecology International Volume. – 2012. - P. 4.
6 Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine Treatment of pelvic pain associated with endometriosis // Fertil. Steril. – 2008. - №90. – P. 260–269.
7 Jacobsom T.Z., Duffy J.M., Barlow D, Koninckx P.R., Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. - №4. – P. 45-49.

8 Hart R.J, Hickey M., Maouris P., Buckett W., Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometrioma // Cochrane Database Syst Rev. – 2008. -№2. – P. 212-216.
9 Angioni S., Mereu L., Maticosu G., Mencaglia L., Melis G.B. Single port access laparoscopy (SPAL) for endometrioma excision // Journal of Endometriosis. – 2010. - №2. - P. 95-98.
10 Fedele L., Beanchi S., Zanconato G., Bettoni G., Gotsch F. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2004. - №190. - P. 1020–1024.
11 М. А. Геворкян И. Б. Манухин и др. Профилактика рецидива наружного генитального эндометриоза // Проблемы репродукции. – 2008.- №1.- С.8-12
12 Потапов В.А., Ивах В.И., Пащенко С.А., Куликовская Е.В. Оценка влияния комбинированного орального контрацептива Линдинет-20 на механизмы регуляции пролиферативных процессов при эндометриоидной болезни //Украинский медицинский журнал online. – 2012. - №5(91): IX–X. – С. 102-108.
13 Кузнецова И.В., Ховрина Е.А., Кирпиков А.С. Генитальный эндометриоз и хроническая тазовая боль // Гинекология.- 2010.- №12. – С. 5-12.
14 Дубоссарская З.М. Гормональная контрацепция и некоторые лечебные эффекты // Здоровье Украины. – 2009. - №3. – С. 3-8.

ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДА ГЕНИТАЛДЫ ЭНДОМЕТРИОЗДЫ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Түйін: Жасөспірім қыздарда гениталды эндометриозды емдеуде құрамында 20 мкг этинилэстрадиол және 75 мкг гестоден бар қосарланған микродозалы эстроген-гестагенды препаратты қолдану жоғары нәтиже берді. Емдеу нәтижелілігі ауру сезімінің тежелуімен, етеккір циклының орнығуымен және препараттың антиандрогендық әсерімен сипатталды, жасөспірім қыздардың өмір сапасын жоғарлатуға әсерін тигізді, жанама әсерлері өте аз жағдайда кездесті.

SH. SADUAKASOVA, G.J. ZHATKANBAEVA, G.M. NESIPBAEVA
Department of Obstetrics and Gynaecology #1 of KazNMU

EFFECTIVE THERAPY OF ENDOMETRIOSIS IN GIRLS OF JUVENILE AGE

Resume: As a result of the study shows the high efficiency of combined oral microdoze estrogen- progestin drug, containing 20 mcg ethinyl estradiol and 75 mcg gestodene in the treatment of endometriosis in girls-teenagers. Characterized by a decrease of pain, normalization of menstrual cycle, the antiandrogenic effect of the drug, which helped to improve the quality of life with minimal side effects.

УДК 615.282.03-085

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, Н.Ю. ПАК, С.Б. РАХИМОВА, А.Р. САТАНОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

В статье рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, распространенности, диагностики и особенности терапии бактериального вагиноза. Представлены убедительные данные о высокой частоте осложнений вне и во время беременности у женщин страдающих бактериальным вагинозом. Изложены результаты многоцентрового исследования по изучению факторов риска преждевременных родов при бактериальном вагинозе. Предложены критерии постановки диагноза, основные методы диагностики и принципы терапии БВ.
Ключевые слова: *бактериальный вагиноз, лактобактерии, биоценоз влагалища.*

Бактериальный вагиноз является довольно распространенным видом нарушения экосистемы влагалища, который вызывается усиленным ростом, в основном, облигатных бактерий. Согласно статистическим данным, каждая женщина хотя бы раз в жизни сталкивается с этим заболеванием [1, 2, 3].

Бактериальный вагиноз – это инфекционный не воспалительный синдром, связанный с дисбиозом влагалищного биотопа, характеризующийся чрезмерно высокой концентрацией облигатно-анаэробных микроорганизмов и резким снижением содержания лактобацилл или их отсутствием. [1]

Частота: По данным отечественных авторов [Н.Н. Володин, В.М. Коршунов. 2000], частота данной патологии зависит от контингентов обследованных женщин репродуктивного периода и составляет 17-19% в группах планирования семьи и среди студенток, наблюдающихся в студенческих поликлиниках, 24-37% среди лиц, находящихся на лечении в клиниках венерических заболеваний, 15-37% у беременных женщин и 61-87% у пациенток с патологическими белями.

По данным Е.Ф. Кира (2001), частота заболевания варьирует от 4% у женщин, не предъявляющих жалоб, до 86,8% у пациенток, обращающихся на прием в различные клиники. При беременности БВ обнаруживают у 15-37% женщин, причем в первом триместре БВ встречается в 2 раза чаще (24-37%), чем во втором и третьем триместрах (9-18%) [2].

Обзор отечественной литературы свидетельствует о проведённых немногочисленных кагорных исследованиях посвященные проблеме бактериального вагиноза. Установлено, что частота невынашивания беременности при бактериальном вагинозе составляет 21%, из них пациентки с привычным невынашиванием составили 52,3% [3].

Точные сведения о распространенности БВ в популяции отсутствуют, и варьирует в широких пределах, но по результатам исследования, выполненного в Финляндии, частота его выявления у здоровых ранее нерожавших

женщин составила 21,4%. В ходе исследования, проведенного в Италии, БВ выявлялся у 4,9% беременных при отсутствии какой–либо инфекционной симптоматики. По официальным данным медицинской статистики в странах Запада, симптомы БВ, главным образом выделения, ежегодно обнаруживают более чем у 10 млн. женщин [4].

Согласно результатам клинико-морфологических исследований, выполненных в последние годы, к особенностям нарушения репродуктивного здоровья, являющимся прямым следствием БВ, относятся наличие хронического эндометрита (в 100% случаев), хронического сальпингоофорита (до 52,3%), фоновых и предраковых заболеваний шейки матки (до 50,8%), синдрома потери плода (до 23,1%), бесплодия (до 33,8%) [5].

По данным Сидоровой И.С., Унанян А.Л. (2005) было обследовано 128 женщин репродуктивного возраста с жалобами на обильные выделения из половых путей. Впервые выявленный БВ отмечен у 59,4% женщин (1 группа), рецидивирующий БВ в течение 2-х и более лет выявлен у 40,6% женщин (2 группа). Анализ состояния шейки матки показал, что в 1-й группе пациенток с БВ нормальная зона трасформации (НЗТ) выявлена у 64,3%, тогда как во 2-й группе - у 29,3% женщин; эктопия шейки матки с НЗТ выявлена у 21,4% в 1-й группе и у 31,7% во 2-й группе; атипическая зона трасформации (АЗТ) - у 7,1% и 19,5% соответственно; лейкоплакия шейки матки - у 7,1%; цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN I-II) выявлена у 14,6% во 2-й группе пациенток. На основании проведенных исследований авторы предполагают, что длительно текущий и с частыми рецидивами БВ может приводить к развитию дистрофических и неопластических процессов шейки матки.

G. vaginalis передаётся половым путем и с высокой частотой выделяется из уретры и мочи мужчин–половых партнёров женщин с бактериальным вагинозом — это доказанный факт. Мексиканский исследователь Hilda Villegas в 1997 году при исследовании образцов спермы мужчин–половых партнёров женщин с бактериальным вагинозом доказали способность гарднерелл к колонизации нижних отделов половых путей мужчин, что может быть причиной реинфекции у женщин. В пользу полового пути передачи также свидетельствуют такие факты: *G. vaginalis* одновременно выделяют из секрета половых путей женщин, страдающих бактериальным вагинозом, и у их сексуальных партнёров. Реинфекции наиболее часты у излеченных женщин, чьи половые партнёры не лечились.

В то же время другие авторы [Саидова З.А., 2001;Thomasson J.L., 1991], основываясь на результатах наблюдений за супружескими парами и подростками, имеющими регулярные половые контакты, не обнаружили статистически достоверной передачи бактериального вагиноза половым путём. По данным Липовой Е.В., 2004, у 14% мужчин – постоянных половых партнёров женщин с бактериальным вагинозом в отделяемом уретры были обнаружены типичные ключевые клетки, в 79% случаев — III–IV степень бактериального обсеменения, а треть мужчин (33,3%) предъявляли жалобы на чувство дискомфорта в области наружных половых органов.

При обследовании 109 женщин с верифицированным диагнозом бактериальный вагиноз установлено бессимптомное течение у 67,9% женщин, многоочаговость поражений у 82,5% больных с вовлечением в инфекционный процесс уретры и/или ампулы прямой кишки. Выявлены наиболее характерные жалобы: выделения с неприятным запахом — у 68,8%, чувство дискомфорта в области гениталий — у 57,8%, в области ампулы прямой кишки — у 11,9%, нарушения мочеиспускания — у 19,3%, зуд и/или жжение — у 10,1% женщин.

Большое количество исследований посвящено взаимосвязи БВ и невынашивания беременности с преждевременными родами и преждевременным излитием околоплодных вод. Результаты многоцентрового исследования по изучению факторов риска преждевременных родов (2929 беременных) показали значимую связь между наличием у женщины БВ и преждевременными родами до 32 недель гестации (относительный риск [ОР] – 2,7; 95% ДИ – 1,6–4,6). Развитие БВ также является фактором риска спонтанного прерывания беременности (ОР – 1,3–2,03), амниотической инфекции (ОР – 1,5–1,7), преждевременного излития околоплодных вод (ОР – 2–7,3) и преждевременных родов (ОР – 2–2,6). Риск неблагоприятного исхода беременности у женщин с БВ отчетливо повышается при сопутствующей трихомонадной инфекции [6]. Частота данной патологии при наличии БВ повышается в 2-3 раза. Известно, что многие микроорганизмы при БВ вырабатывают различные протеазы, которые разрушают коллаген, составляющий основу соединительной ткани и определяющий эластичность плодных оболочек. Анаэробные бактерии вырабатывают ряд цитотоксических субстанций, таких как масляная и пропионовая жирные кислоты, которые являются ингибиторами фибробластов и вызывают повреждение и некроз участков амниона и хориона, прилегающих к шейке матки [7]. Ранняя неонатальная заболеваемость и смертность при внутриутробном инфицировании встречаются в 5,3-27,4%, а мертворождаемость — в 16,8% случаев. Заслуживает внимания и ранняя неонатальная заболеваемость, которая у детей, рожденных матерями с кольпитом и бактериальным вагинозом, составляет 13-46% и полностью отсутствует у детей, матери которых имеют нормальную микрофлору влагалища. Клинические проявления гнойно-септических заболеваний у детей, рожденных матерями с кольпитом и бактериальным вагинозом, различны: при кольпите в основном выявляется пневмония, при бактериальном вагинозе — омфалит и конъюнктивит [8].

Этиология: Наиболее существенным этиопатологическим компонентом данного синдрома являются гарднерелла вагиналис (ГВ), бактероиды, пептококки и другие микробы. Поэтому бактериальный вагиноз иногда называют гарднереллезом, хотя это не совсем правильно: гарднереллы встречаются и у здоровых женщин.

Доказано, что влагалищная микробиота строго индивидуальна и даже в состоянии нормы подвержена серьезным изменениям в зависимости от возраста, физиологического состояния, фазы менструального цикла и др. Кроме того, понятие нормы может быть неодинаковым для различных возрастных, этнических и даже географических групп.

Влагалищная микрофлора здоровой женщины характеризуется и многими постоянными признаками. Во-первых, как заметил ещё Альберт Зигмунд Густав Додерляйн, нормобиота немыслима без лактобактерий (они присутствуют у 71–100% здоровых женщин). Обычно эти грамположительные представители рода *Lactobacillus* продуцируют перекись водорода и комфортно себя ощущают в присутствии небольших количеств кислорода (микроаэрофильны), но иногда (5–30%) лактобактерии к кислороду нетерпимы (т.е. анаэробны). Наиболее важно с клинической точки зрения, что лактобактерии на слизистой оболочке влагалища формируют экологический барьер и обеспечивают тем самым резистентность вагинального биотопа. Нормальным считается присутствие видов *Peptostreptococcus* (30–90% случаев), *Bifidobacterium* (12%), *Clostridium* (10–25%), *Propionibacterium* (25%), *Bacteroides* (9–13%). В редких случаях (0–5%) в вагинальном отделяемом обнаруживают виды *Mobiluncus*. Среди факультативных анаэробов часто выделяют каталазопозитивные, коагулазонегативные S.saprophyticus (62%), виды Streptococcus; непатогенные коринебактерии присутствуют у 30–40%, E. coli выявляют у 5–30% женщин. Другие энтеробактерии — виды Klebsiella, Citrobacter, Enterobacter встречаются менее чем у 10% здоровых женщин [9].

Микроэкология влагалища здоровой женщины определяется уровнем гликогена в эпителиальных клетках, который зависит от функции яичников, т.е. от эстрогенной насыщенности. Это определяет pH содержимого и концентрацию лактобацилл. Состояние местного

иммунитета определяет абсолютное доминирование лактофлоры и низкое значение pH (<4,5) в микроэкологии влагалища.

Лактобациллы преобладают не только во влагалище, но и в дистальном отделе уретры, что препятствует колонизации нижних отделов мочеполовой системы патогенными и условно патогенными микроорганизмами. В процессе жизнедеятельности лактобацилл образуется молочная кислота и другие органические кислоты, поддерживающие низкий уровень pH влагалища. Снижение pH влагалищного содержимого влечет за собой повышение его редокс-потенциала, что подавляет размножение анаэробных микроорганизмов, поддерживая высокий окислительно-восстановительный потенциал. Низкий pH влагалищного содержимого подавляет рост таких условно патогенных микроорганизмов, как Candida albicans, Esherichia coli, Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Peptostreptococcus spp., Bacterioides spp. и других бактерий, выделяющихся из влагалища женщин с дисбиотическими нарушениями [10].

Патогенез: Патогенез БВ проявляется в дисбиозе влагалищного биотопа, характеризующегося чрезмерно высокой концентрацией облигатно-анаэробных микроорганизмов и резким снижением содержания или отсутствием в вагинальном отделяемом лактобацилл. Последствием уменьшения или отсутствия физиологических лактобацилл, является недостаточное количество молочной кислоты и повышение pH влагалищной среды. Создавшаяся таким образом нейтральная среда, благоприятствует развитию различных патогенных микробов, некоторых анаэробов, в также трихомонад. Считается, что грамотрицательные кокки, появляющиеся при влагалищных инфекциях, влияют на развитие патогенных микробов, в частности, Gardnerella vaginalis.

В современных условиях рецидивы бактериального вагиноза связаны с ростом антибиотикорезистентности анаэробных микроорганизмов. Одним из ключевых факторов в патогенезе бактериального вагиноза является образование биопленок – устойчивых бактериальных ассоциаций, которые представляют собой универсальный механизм формирования резистентности бактерий к различным лечебным препаратам. Биопленки на слизистой оболочке влагалища блокируют воспалительный ответ, снижают активность иммуноцитов, что позволяет бактериям достигать высоких концентраций [11]. Ведущую роль в формировании биопленок играют *Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae*, а также *Staphylococcus aureus*, P*seudomonas aeruginosa*.

Бактерии G. vaginalis более патогенны по сравнению с другими бактериями именно вследствие повышенной их способности образовывать бактериальные пленки и выживают при концентрациях перекиси водорода и молочной кислоты в 4-8 раз более высоких, чем выдерживают отдельные бактерии вне пленок.

Клиника: По современным научным исследованиям не у всех женщин с БВ развиваются клинические симптомы заболевания и не у всех женщин с симптомным БВ развиваются инфекционные осложнения. Ответ на вопрос, почему у одних женщин БВ не приводит к очевидным неблагоприятным последствиям, а у других женщин является потенциально опасной для здоровья проблемой, в значительной степени не определен. Доказана связь между БВ и активной половой жизнью, спринцеваниями, хроническим стрессом. Кроме того, факторами риска, приводящими к развитию БВ, обсуждаются этнические особенности (у афроамериканок БВ встречается гораздо чаще), раннее начало половой жизни, несколько половых партнеров, курение, использование ВМС [12].

Клинические симптомы БВ характеризуются следующим образом: длительные, обильные, жидкие, молочного или серовато-белого цвета гомогенные выделения, преимущественно с неприятным "рыбным" запахом. Нередко больные отмечают указанные симптомы после смены полового партнера. Клиническая картина БВ может длиться годами, а при прогрессировании патологического процесса выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, тягучими и липкими, обладают свойством пениться, равномерно распределяются по стенкам влагалища.

Установлено, что скрупулезный расспрос, детальная осведомленность о начале и первых признаках заболевания, характере жалоб, предшествующего лечения определяют правильный диагноз. Зуд в области наружных гениталий отмечают 26% больных, жжение – 28%, диспареунию - 23%. Дизурические расстройства наблюдают лишь у 15% женщин, боли, боли в области влагалища или промежности у 21%. По поводу данных жалоб 97% женщин ранее уже неоднократно обращались к гинекологу или урологу, эндокринологу, невропатологу. При этом у 95% из них выставляли диагноз неспецифический вагинит, 75% женщин ранее неоднократно и безуспешно лечились по поводу предполагаемого вагинита, при этом часто использовались самые различные антибактериальные препараты как местно, так и перорально.

Необходимо отметить, что в более 50% случаев диагностированного БВ отсутствуют какие-либо субъективные жалобы и патологические выделения из половых путей.

Диагностика: До сих пор отсутствует единый подход к диагностике бактериального вагиноза, что требует пересмотра клинических и лабораторных критериев заболевания.

Основным методом клинической диагностики является метод Amsel, предложенный в 1983 году голландским исследователем и названный в литературе «золотым диагностическим стандартом»: [13].

– Обильные бели или серые прозрачные гомогенные выделения, часто с неприятным запахом, покрывающие всю слизистую оболочку влагалища и шейки матки, легко удаляемые тампоном;

– Увеличение pH отделяемого влагалища более 4,5;

– Обнаружение в мазках из отделяемого влагалища характерных «ключевых» клеток;

– Положительный аминовый тест (появление или усиление запаха «гнилой рыбы» при смешивании в равных пропорциях 10% раствора гидроокиси калия с влагалищным отделяемым). Диагноз БВ правомочен при наличии минимум трех из перечисленных четырех критериев [14].

В литературе также встречаются данные об использовании модифицированных критериев Amsel: индийские исследователи упростили клиническую диагностику БВ до использования 2 критериев – повышение pH (больше 4,5) и положительный аминовый тест и показали сравнимую чувствительность и специфичность со всеми четырьмя критериями Amsel [15].

В США Gutman провел проспективное обсервационное исследование, целью которого явилось возможность сокращения количества диагностических критериев бактериального вагиноза до двух [16]. В исследовании приняли участие 269 женщин, проходивших гинекологическое обследование в Центре женского здоровья и клиники кольпоскопии при больнице матери и ребенка. У пациенток оценивались все 4 параметра, «золотым стандартом» было бактериоскопическое исследование влагалищного отделяемого с окраской по Граму. Чувствительность и специфичность определялись для каждого из четырех критериев, а также для их различных комбинаций. Согласно результатам исследования, БВ в популяции был выявлен у 38,7% женщин. Измерение вагинального pH имело наибольшую чувствительность среди всех методов исследования; неприятный запах в качестве диагностического критерия носил субъективный характер, однако обладал высокой специфичностью, которая была сопоставима с таковой для комбинации этих двух показателей и всех критериев Amsel. Таким образом, было сделано заключение, что для диагностики бактериального вагиноза могут

использоваться только два диагностических критерия без потери чувствительности и специфичности.

Эксперты ВОЗ рекомендуют проводить скрининг беременных на БВ и трихомонадную инфекцию при наличии в анамнезе эпизодов спонтанного прерывания беременности или преждевременных родов. Тотальный скрининг беременных на данные инфекции в отсутствие клинической симптоматики не оправдан.

Современным методом диагностики гарднереллеза (бактериального вагиноза) является исследование мазка из влагалища методом ПЦР. Специфичность /точность/ определения достигает 98%.

Осложнения: Клиническое значение БВ определяется тем, что они увеличивают риск развития таких осложнений, как самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, преждевременное отхождение околоплодных вод, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода. В послеродовом периоде нарушения в балансе микрофлоры влагалища могут стать причиной серьезных инфекционных осложнений у родильниц: метроэндометрита, перитонита, сепсиса. Кроме того, микроорганизмы родовых путей рожениц являются одним из главных факторов колонизации организма новорожденных [17].

В последние годы в литературе появились сообщения о наличии эпидемиологической связи БВ с неопластическими процессами шейки матки. Показано, что нитрозамины, являющиеся продуктами метаболизма облигатных анаэробов, служат коферментами канцерогенеза и могут быть одной из причин развития диспластических процессов и рака шейки матки [7, 18].

Имеются данные о роли бактериального вагиноза в развитии перинатальных инфекций. По исследованиям R. L. Goldenberg, показано, что при этом заболевании частота внутриутробного инфицирования плода составляет 10% от общего числа детей, родившихся живыми. Наличие БВ в первом триместре беременности, рецидивирующее его течение в сочетании с отягощенным гинекологическим и соматическим анамнезами в 41,5% случаев приводят к развитию инфекции мочевой системы у новорожденных [19].

Бактериальный вагиноз ассоциирован с нарушениями репродуктивного здоровья женщины: гормональной недостаточностью яичников, воспалительными заболеваниями органов малого таза, диспластическими процессами шейки матки, инфекционными осложнениями после оперативных вмешательств, неудачными попытками ЭКО, невынашиванием беременности и такими акушерскими осложнениями, как хориоамнионит, гестоз, плацентарная недостаточность, аномалии родовой деятельности, послеродовый эндометрит [20, 21]. Нельзя считать, что дисбиоз влагалища значительно чаще встречается у женщин с бесплодием, но тенденция к этому имеется. Однако, по данным исследований, у женщин с БВ эффективность ЭКО и ПЭ была почти в 3 раза ниже, чем в группе с нормоценозом влагалища [22].

Необходимо отметить, что в литературе не отражена роль хронических воспалительных процессов в развитии анемии при беременности. Однако этот фактор настолько важен, что был специально предложен термин "инфект-анемия". Анемия часто приводит к дефициту гликогена во влагалищном эпителии, следствием чего является развитие бактериального вагиноза, являющегося частой причиной перинатальных инфекций [23]. Также существует мнение, что недостаток аскорбиновой кислоты в крови и эпителиальных клетках влагалища приводит к развитию бактериального вагиноза, особенно у курящих беременных [12, 24].

Терапия: Безусловно, своевременное выявление БВ и проведение санации влагалища может предотвращать осложненное течение беременности. При этом до сих пор актуальным остается вопрос выбора препарата, особенно в первом триместре беременности. Высокий процент рецидивов бактериального вагиноза (30% в течение первых 3 месяцев после лечения и до 80% в течение 1 года) свидетельствует о недостаточной эффективности традиционных методов его лечения [18, 25]

Лечение женщин с БВ направленно на восстановление у них нормального микробиоценоза влагалища. При этом следует помнить, что нередко у таких больных одновременно могут иметь место и другие заболевания урогенитального тракта (вагинальный кандидоз, трихомонадный вагинит и др.). До окончания лечения и контрольного наблюдения целесообразно использовать барьерные методы контрацепции.

В настоящее время с целью терапии БВ предлагается широкий ряд медикаментозных средств. При лечении БВ из-за меньшей вероятности развития побочных реакций и наибольшей местной концентрации действующих веществ целесообразно предпочтение отдавать влагалищному пути введения препаратов, который не уступает по эффективности оральной терапии.

С учетом локального характера поражений при БВ при беременности оптимально проведение местной терапии. Хороший клинический эффект показан для нитроимидазолов, назначаемых интравагинально в форме таблеток, тампонов или свечей. При неэффективности местных средств эксперты ВОЗ рекомендуют использовать системную терапию по одной из следующих схем [26]:

- метронидазол 200–250 мг внутрь три раза в сутки, 7 дней (не ранее II–III триместра беременности);

1. метронидазол 2 г внутрь однократно (в экстренных случаях провести лечение в I триместре, а также во II–III триместре);
2. клиндамицин 300 мг внутрь два раза в сутки, 7 дней.

В литературе содержатся ограниченные данные о лечении БВ в I триместре беременности, что связано с недостаточной информацией об отсутствии тератогенного действия этиотропных препаратов на эмбрион. Большинство схем терапии БВ содержат метронидазол, отсутствие фетотоксического эффекта которого в ранние сроки беременности не доказано. Применение метронидазола в первом триместре беременности, согласно требованиям Российской Фармакопеи, противопоказано [Акопян Т.Э., 1996].

Оптимальным вариантом микробиологической коррекции можно считать восстановление нормальной микрофлоры влагалища, т.е. достижение выраженной ацидофильной направленности вагинальных микроорганизмов.

Возможно также применение L-аскорбиновой кислоты в качестве альтернативного варианта лечения. Препарат разрешен для применения на всех сроках беременности (включая I триместр) и во время лактации [27].

Вагинорм – С (L-аскорбиновая кислота) - лекарственный препарат для лечения и профилактики дисбиоза влагалища (бактериального вагиноза). Он создает кислую среду во влагалище, при этом происходит выраженное подавление роста анаэробных бактерий, а также активный рост и размножение нормальной флоры (лактобактерий). Препарат применяется по 1 таблетке на ночь интравагинально в течение 6 дней.

Выводы.

Таким образом, проблема бактериального вагиноза является исключительно актуальной, в ней много нерешенных вопросов как научного, так и практического плана, требующих проведения многоцентровых, рандомизированных исследований с уточнением распространенности БВ у беременных в Республике Казахстан, определения особенностей клинического течения, частоты возникновения рецидивов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз. // Акушерство и Гинекология. — 2005. — № 3. — С. 10—13.
2 Радзинский В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом. // Гинекология. – 2012. - №11. – С. 4-6.
3 Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. Невынашивание беременности инфекционного генеза. – М.: 2010. – 170 с.
4 Решетько О.В, Луцевич К. А. БВ при беременности: современное состояние проблемы и значение фармакотерапии // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. – 2009. - Том 11 (3). - С. 193-282.
5 Воропаева Е.Е. Клинико-морфологические аспекты оптимизации лечения бактериального вагиноза, ассоциированного с хроническими воспалительными заболеваниями матки // Диссертация. – Челябинск: 2005. – С. 14.
6 Белькова Ю.А. Инфекции, передающиеся половым путем, при беременности: влияние на ее исход, возможности профилактики и лечения // Фарматека. – 2006. - №14. – С. 59-66.
7 Calleri, L.F. Vaginosi da Ureaplasma urealyticum e rottura premature delle membrane. Quale ruolo? // Minerva Gynecology. – 2000. – Vol.52. – P. 49-58.
8 Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Апресян С.В. Эффективность коррекции дисбиоза влагалища в I триместре беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. - №3. - С. 38-41.
9 Липова Е.В., Радзинский В. Е. Бактериальный вагиноз: всегда дискуссии // Status Praesens. – 2012. - №.2 - С. 29
10 Кафарская Л. И, Коршунова О. В, Ефимов Б. А, Володин Н. Н, Коршунов В. М. Микробная экология влагалища // Микробиолог. – 2002. - № 6. - С. 91-99.
11 Доброхотова, Ю.Э. Современные представления о механизмах развития дисбиоза влагалища // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2008. - №1. – С.7-9.
12 Hellberg, D. Bacterial vaginosis and smoking // International Journal of STD & AIDS. – 2000. – Vol.9. – P. 603-606.
13 Amsel R., Totten P.A., Spiegel C.A., Chen K.C. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations // Am J Med. – 1983. - Vol.74(1). - P. 14-22.
14 Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г. Бактериальный вагиноз: некоторые аспекты этиологии, патогенеза, клиники // Гинекология. – 2004. - № 2. - С. 62-65.
15 Mittal V., Jain A., Pradeep Y. Development of modified diagnostic criteria for bacterial vaginosis // Journal of Infectology Developing countries. – 2012. – Vol.14. – P. 373-377.
16 Gutman R., Peipert J., Weitzen S., Blume J. Evalution of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis // Obstetrics and Gynecology. – 2005. – Vol.3. – P. 551-556.
17 Кира Е.Ф. Тержинан в лечении бактериального вагиноза и урогенитального кандидоза // Журнал акушерства и женских болезней. - 1998. - Вып.2. - С. 27-30.
18 Захарова Т.В., Волков В.Г., Лисицина Т.В. Современные подходы к лечению бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. – 2005. - №1. – С. 40-42
19 Василевич Л.К. Особенности мочевыделительной функции плода при бактериальном вагинозе у беременных: дис. … д-р. Мед. наук. – Саратов, 2009. – 240 с.
20 Мальцева Л.И. Микоплазменная инфекция в акушерской и перинатальной патологии // Казанский медицинский журнал. – 2005. - №2. – С. 131-135.
21 Кубанова, А.А., Рахматулина М.Р. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. - №3. – С. 78-83
22 Менухова Ю.Н. Сравнительная оценка клинических и микробиологических методов диагностики и эффективности лечения бактериального вагиноза // Диссертация. - 2014. - С. 30-31
23 Радзинский В.Е. Профилактика послеродовых инфекций у женщин с бактериальным вагинозом // Гинекология. – 2012. - №11. – С. 4-6.
24 Евсеева М.М. Структура и частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста с ВЗОМТ // Материалы X Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М.: МЕДИ Экспо, 2008. – С. 447-448.
25 Буданов П.В., Баев О.Р. Диагностика и варианты комплексного лечения нарушений микробиоценоза влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. - №1. – С. 73-76.
26 Guidelines for the management of sexually transmitted infections // World Health Organization. – 2003. – Vol. 91. – P. 81
27 Национальное руководство: Акушерство. Под ред. Г.М. Савельевой, Э.К.Айламазяна, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР - Медиа. - 2008. -1199 с.

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, Н.Ю. ПАК, С.Б. РАХИМОВА, А.Р. САТАНОВА
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы

БАКТЕРИАЛЬДЫ ВАГИНОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ (ӘДЕБИЕТТІК ТАЛДАУ)

Түйін: Мақалада бактериальды вагиноздың этиологиясы, патогенезі, таралуы, диагностикасы және емдеу ерекшеліктері сұрақтары қарастырылған. Бактериальды вагинозбен ауыратын әйелдердің жүктілік кезіндегі және жүктіліктен тыс асқынуларының жоғары жиілігі туралы деректер көрсетілген. Бактериальды вагиноз кезіндегі мерзімінен бұрын босану қауіп факторларын меңгеру бойынша орталықтандырылған зерттеулер нәтижелері енгізілген. БВ диагнозын қою критерийлері, негізгі диагностика әдістері және емдеу қағидалары көрсетілген.
Түйінді сөздер: бактериальды вагиноз, лактобактериялар, қынап биоценозы.

THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF BACTERIAL VAGINOSIS (LITERARY REVIEW)

Resume: The article considers the questions of etiology, pathogenesis, prevalence, diagnosis, and clinical features of bacterial vaginosis. Presents strong evidence that the high frequency of complications outside and during pregnancy in women suffering from bacterial vaginosis. Results of a multicenter study on the risk factors of preterm birth by bacterial vaginosis. Proposed criteria for diagnosis, the main methods of diagnosis and principles of treatment of BV.
Keywords: bacterial vaginosis, lactobacilli, vaginal biocenosis.

УДК 616.831 – 002 – 055.26

С.У. КАМЕНОВА, Р.Н. ЕСПАЕВА, Д.М. ОСПАНБЕКОВА, А.Ш. ХАСАНОВА
Кафедра интернатуры и резидентуры по неврологии Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова;
Кафедра акушерства и гинекологии №2 Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова;
Центральная городская клиническая больница г.Алматы.

СЛУЧАЙ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У РОДИЛЬНИЦЫ

В статье описан клинический случай клещевого энцефалита у родильницыпри заражении алиментарным путем. Статья представляет несомненный интерес для врачей акушеров-гинекологов, невропатологов и других специалистов, так как отмечался не характерный путь заражения (не через укус клеща). Несмотря на данный факт, была произведена своевременная диагностика и этиопатогенетическое лечение, что позволило сохранить жизнь родильнице.
Ключевые слова: *клещевой энцефалит, родильница, миоклония, алиментарный путь заражения, анализ ликвора, противоклещевой иммуноглобулин.*

Известно, что клещевой энцефалит (КЭ) - это природно-очаговое заболевание общее для животных и человека с трансмиссивным путем передачи, имеет вирусную природу. Характеризуется лихорадкой, интоксикацией, поражением вещества и оболочек головного мозга, иногда с множественными вялотекущими парезами и параличами. Инкубационный период длится в среднем 7-14 дней с колебаниями от одних суток до 30 дней. Независимо от клинической формы течение клещевого энцефалита носит инфекционно-токсический характер. У ряда больных началу заболевания предшествует продромальный период, длящийся 1-2 дня [2,4].

Особенностью этого заболевания является очень широкий диапазон клинических проявлений - от субклинических или легко протекающих форм до тяжелых с летальным исходом. Существует также возможность его перехода в хроническую форму с прогрессирующим поражением нервной системы, что приводит к инвалидизации [1,3].

Возбудитель КЭ – virus Tick-born encephalitis (VTBE), относится к группе арбовирусов. Имеет сферическую форму, диаметр от 25 до 45 нм, содержит однонитчатую РНК. Вирусы обладают высокой устойчивостью к низким температурам, хорошо переносят высушивание. Имеют способность сохраняться в молоке и молочных продуктах на протяжении двух месяцев. Обладают высокой чувствительностью к повышенным температурам, так при +50°С они гибнут в течение 20 минут, а при кипячении через 2 минуты. Вирусы высокоустойчивы к действию кислот, но чувствительны к обычным дезсредствам, например, раствор 3% хлорамина убивает вирус в течение 5 минут. Губительное действие на них так же оказывает спирт, формалин, эфир, протеолитические ферменты, ультрафиолетовые лучи [1,3].

Основным резервуаром и переносчиком вируса в природе являются иксодовые клещи, к дополнительным резервуарам вируса относятся грызуны (заяц, еж, бурундук, полевая мышь), птицы (дрозд, щегол, чечетка, зяблик) и хищники (волк) [2,4].

Основным путем инфицирования человека является трансмиссивная передача через укусы зараженных клещей. Возможна также передача инфекции алиментарным путем при употреблении в пищу сырого молока, масла, сметаны, творога от коз и коров (молочная лихорадка) инфицированных вирусом клещевого энцефалита, а также при раздавливании клеща в момент удаления его с тела человека. При алиментарном пути заражения характерно наличие семейно-групповых случаев болезни.

Входными воротами инфекции при трансмиссивном заражении является кожа, при алиментарном – слизистая оболочка пищеварительного тракта [1,2,3,4].

При диагностике КЭ оптимальным является выделение вируса от больного в острой стадии заболевания и обнаружение титра специфических антител: первыми - иммуноглобулины класса М, которые затем постепенно заменяются иммуноглобулинами класса G.

Лечение больных КЭ проводится по общим принципам, независимо от проводимых ранее профилактических прививок или применения с профилактической целью специфического гамма-глобулина. В остром периоде больным следует назначать постельный режим до исчезновения симптомов интоксикации и рациональное питание. Для лечения применяется сывороточный человеческий иммуноглобулин, получаемый из плазмы доноров, проживающих в природных очагах КЭ. Терапия проводится в первые 3 дня болезни по 3 мл 2 раза внутримышечно с интервалом 10-12 часов при легком, по 6 мл – при средне-тяжелом и по 12 мл при тяжелом течении болезни. Также используется рибонуклеаза, которая как считается задерживает размножение вируса в клетках нервной системы, проникая через гематоэнцефалический барьер.Рибонуклеазу вводят внутримышечно в разовой дозе 30 мг через 4 часа 4-5 дней, что обычно соответствует моменту нормализации температуры.

Клинический случай:

Родильница А., 30 лет находилась на стационарном лечении в ЦГКБ с 9 по 23 июня 2014 года. Поступила с жалобами на онемение правой верхней конечности, подергивание отдельных групп мышц по типу тремора в конечностях и туловища, двоение в глазах, повышение температуры тела до 37-37,5, рвоту до двух раз в день, выраженную общую слабость.

Anamnesis morbi: заболела на 23 сутки послеродового периода, то есть 05.06.14 г. когда впервые появилась выраженная головная боль, шаткость походки. В связи с чем, 08.06.14 г. обратилась в Центр перинатологии и детской кардиохирургии (ЦПиДКХ), где 14.05.14 г. у нее произошли

Срочные роды. 09.06.14г. с диагнозом: Менингит не уточненный. Поздний послеродовый период 27-е сутки. Менингоэнцефалит неясной этиологии. Клещевой энцефалит? заключением консилиума врачей переведена в неврологическое отделение №1 ЦГКБ. Со слов родственников, после родов, проживала в г. Талгар. Укус клеща отрицает. В течение 5 лет семья употребляет коровье молоко, которое покупает у односельчан.

Anamnesis vitae: вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Аллергоанамнез спокоен: пищевую аллергию, лекарственную аллергию отрицает. Гемотрансфузий, операций не было. Беременностей – 3, родов – 3. Последние третьи роды произошли 14.05.14г. живым доношенным плодом, без особенностей. Выписана домой с ребенком на 4 сутки.

Status praesens: общее состояние тяжелое. Правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Региональные лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны приглушенные, ритм правильный. Пульс 65 ударов в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Физиологические отправления контролирует.

Status nevrosus: уровень сознания – ясное, вялая. По ШКГ 14 баллов. При осмотре тремор конечностей, туловища. Контакту доступна, на вопросы отвечает. Менингеальные знаки: ригидность 1 п/п. ОМС в виде цефалгии. ЧМН: глазные щели Д=S, зрачки Д=S, фотореакция сохранена. Грубый спонтанный нистагм с ротаторным компонентом. Асимметрия носогубной складки. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы Д=S. Патологические стопные знаки отрицательные. КП выполняет с выраженной интенцией. Положительный симптом орального автоматизма. В позе Ромберга не стоит. Функции тазовых органов контролирует.

Данные клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования:

ОАК от 08.06.14 г.:Нв- 132 г/л, лейкоциты –10,2*10^9, эритроциты - 4,3*10^{12},

СОЭ 16 мм/ч.

ОАК от 12.06.14 г.:Нв- 139 г/л, лейкоциты –6,5*10^9, эритроциты- 4,5*10^{12}, СОЭ 25 мм/ч.

ОАК от 16.06.14 г.:Нв- 134 г/л, лейкоциты –6,9*10^9, эритроциты- 4,5*10^{12}, СОЭ 18 мм/ч.

ОАМ от 09.06.14г.: относительная плотность - 1014, реакция кислая, белок отрицательный, лейкоциты 4-6 в п/з, плоский эпителий 5-8 в п/з.

ОАМ от16.06.14г.: относительная плотность - 1006, реакция кислая, белок отрицательный, лейкоциты единичные в п/з, плоский эпителий единичные в п/з.

Биохимический анализ крови от 09.06.14 г: мочевина 2,7 ммоль/л, глюкоза 3,8 ммоль/л, АЛТ/АСТ 9,9/13,1, общий билирубин 5,0 мкмоль/л.

Биохимический анализ крови от 16.06.14 г: мочевина 4,8 ммоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, АЛТ/АСТ 20/31, общий билирубин 11,0 мкмоль/л.

ЭКГ от 08.06.14 г.: Ритм синусовый с ЧСС 76 в минуту.

Анализ ликвора от 08.06.2014 г. - цитоз 82 кл., белок 1,32 г/л, сахар 1,9 ммоль/л, лимфоциты 48,7%, нейтрофилы 26,8%, моноциты 24,5%.

Анализ ликвора от 13.06.2014 г. - цитоз 81 кл., белок 0,033 г/л, сахар 2,5 ммоль/л, лимфоциты 17 кл-80 %, нейтрофилы 4 кл- 20%, р. Панди+.

Анализ ликвора от 20.06.2014- цитоз 21 кл., белок 0,165 г/л, сахар 3,7 ммоль/л, лимфоциты 19 кл- 90%, нейтрофилы 2 кл- 10%, р. Панди+.

Анализ ликвора от 24.06.2014 г. - цитоз 7 кл., белок 0,066 г/л, сахар 2,6 ммоль/л, лимфоциты 5 кл- 66%, нейтрофилы 10 кл- 66%, р. Панди+.

Таким образом, в анализах ликвора в начале заболевания увеличен цитоз (82 в 1 мкл), преобладали нейтрофилы, содержание белка возросло до 1,32 г/л.,к моменту выписки (через 16 дней) цитоз 7 кл., белок 0,066 г/л.,появился лимфоцитарный плеоцитоз,

Протокол серологических исследований №45 от 09.06.2014г.: обнаружены IgM к вирусу клещевого энцефалита. ОП обр.=1,851, ОП крит.=0,236, что указывает на острый КЭ.

УЗИ органов малого таза от 17.06.2014 г. - Послеродовый период. Незначительное жидкостное содержимое полости матки с мелкими эхопозитивными включениями (возможно сгустки крови).

На основании жалоб, эпиданамнеза, клинико-лабораторных методов исследования, неврологического статуса был выставлен клинический диагноз: Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма с преимущественным поражением подкорковых структур головного мозга, монофазное течение.Поздний послеродовый период.

Проведено лечение: Противоклещевой иммуноглобулин 3,0 в/м х 2 раза в день №11, Дексаметазон 8 мг на 100,0 физ р-ра в/в капельно № 12, Дексаметазон 4 мг в/м №12, Конвулекс 500 мг на 200,0 физ р-ра в/в капельно №10, РНКаза 30 мг в/м №7, антибактериальная и симптоматическая терапия.

За время нахождения в стационаре состояние улучшилось. Неврологическая симптоматика в виде миоклонии со значительным регрессом. Пациентка активная, была выписана на 14 сутки.

Были даны следующие рекомендации:

1. Наблюдение у невропатолога по месту жительства.
2. Избегать стрессов. Соблюдение режима сна и отдыха.
3. Таб. Конвулекс 500 мг по 1 таб. х 3 раза в день - 3 недели, далее по 1 таб. х 2 раза в день - в течение 3 месяцев, с последующей консультацией невропатолога по месту жительства для решения вопроса об отмене препарата.
4. Таб. Актовегин 200 мг по 1 таб. х 2 раза в день - 1 месяц.
5. Р-р Цераксона 2,0 внутрь 3 раза в день до еды - 1 месяц.
6. Таб. Цитофлавин, по 2 таб. х 2 раза в день - 25 дней.

Таким образом, данный клинический случай представляет несомненный интерес для невропатологов, акушер-гинекологов и врачей общей практики. У больной отмечался высокий риск развития инфекционных осложнений в связи с употреблением инфицированного коровьего молока в раннем послеродовом периоде. Предполагаемый диагноз был подтвержден проведенным серологическим исследованием. Менингоэнцефалитическая форма с преимущественным поражением подкорковых структур головного мозга, возможно связано с имеющим преморбидным фоном и иммунокомпрементацией после родов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Методические указания по клинике, диагностике и лечению клещевого энцефалита. Приложение № 2 к приказу Комитета Здравоохранения Республики Казахстан №111от 6 марта 1998 года.
2 Методические указания по эпидемиологии и профилактике клещевого энцефалита. Приложение № 4 к приказу Комитета Здравоохранения республики Казахстан №111от 6 марта 1998 года.
3 Шапиева Ж.Ж., Жетписбаева Г.Б.,Тастанова С.С. Некоторые актуальные вопросы эпидемиологии клещевого энцефалита // Здоровье. - 2008. - №2. - С. 260-262.
4 Кереев Н.И. Природно-очаговые болезни человека в Казахстане. - Алма-Ата: 1965. – 326 с.

С.У. КАМЕНОВА, Р.Н. ЕСПАЕВА, Д.М. ОСПАНБЕКОВА, А.Ш. ХАСАНОВА

ЖАҢА БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕ КЕНЕЛІК ЭНЦЕФАЛИТ АУРУЫ БОЛҒАНЫ ТУРАЛЫ

Түйін: Мақалада жаңа босанған әйелде алиментарлық жолмен жұққан кенелік энцефалит ауруы болғаны туралы жазылған. Арнайы емес жұғу жолына байланысты (кене шағу емес) бұл мақалада акушер-гинекологтарға, невропатологтарға және де басқа мамандарға өте қызықты болады. Бұған қарамай, уақытылы диагностика және этиопатогенетикалық ем жүргізіліп, жаңа босанған әйелдің өмірі сақталынды.

Түйінді сөздер: кенелік инфефалит, босанған әйел, миоклония, алиментарлық жолмен жұғу, ликворды талдау, кенеге қарсы иммуноглобулин.

S.U. KAMENOVA, R.N. YESPAYEVA, D.M. OSPANBEKOVA, A.S. HASSANOVA

CASE OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS

Resume: This article describes a clinical case of tick-borne encephalitis of maternity patientthrough infection byalimentary means. Article is of undoubted interest to obstetricians and gynecologists, neurologists and other specialists, as not typical route of infection was observed (not through a tick bite). Despite of this fact timely diagnosis and etiopathogenetic treatmentwas made, allowing to save life of maternity patient.

Keywords: tick borne encephalitis, puerperant, myoclonus, alimentary route of infection, CSF analysis, anti tick immunoglobulin.

УДК: 618.145-092-055.2:615.07

Ю.С. ИСМАИЛОВА, Ж.Б. АХМЕТОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

В статье представлены результаты морфологической диагностики соскобов из эндометрия. Выявлено преобладание среди патологических процессов эндометрия простой железисто-кистозной гиперплазии, показана связь форм гиперплазии с возрастом пациенток.

Ключевые слова: *эндометрий, гиперплазия эндометрия, возраст.*

Цель работы: анализ патоморфологических процессов в эндометрии женщин различных возрастных групп

Материал и методы: Нами проведено исследование результатов морфологических исследований эндометрия 92-х соскобов из полости матки, взятых при гистероскопии. Валовый материал биопсийного и операционного материала составил 459 случаев, из них исследование эндометрия составило 20,4 %.

Из 92-х наблюдений в 33-х была диагностирована железистая гиперплазия эндометрия, что составило 35,8%. Распределение морфологических форм гиперплазии представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Формы железистой гиперплазии эндометрия, диагностируемые по соскобам из полости матки

№	Простая железисто кистозная гиперплазия	Сложная гиперплазия без атипии	Сложная гиперплазия с атипей	Атипическая гиперплазия	Возраст
1	+				27
2	+				35
3	+				37
4		+			45
5	+				31
6		+			38
7	+				36
8		+			42
9	+				21
10	+				48
11			+		43
12	+				34
13		+			43
14	+				26
15	+				47
16		+			30
17				+	43
18	+				37
19	+				27
20	+				38
21		+			46

22	+				48
23				+	57
24		+			36
25	+				42
26		+			31
27	+				41
28		+			40
29		+			39
30	+		+		38
31	+			+	41
32	+				37
33	+				35

Таким образом, простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия составила из общего числа гиперплазий 62%, сложная гиперплазия без атипии – 29%, сложная гиперплазия с атипей и атипическая – 9%.

Простая железисто-кистозная гиперплазия характеризовалась гиперплазией желез, приобретающих различные формы и размеры с кистозным расширением просвета желез (рисунок 1). Сложная гиперплазия эндометрия без атипии проявлалась увеличением количества и размеров желез. Эпителиальная выстилка приобретала многослойно -многорядный характер, сохранялись ровные контуры просветов желез, появлялись субнуклеарные вакуоли (рисунок 2).

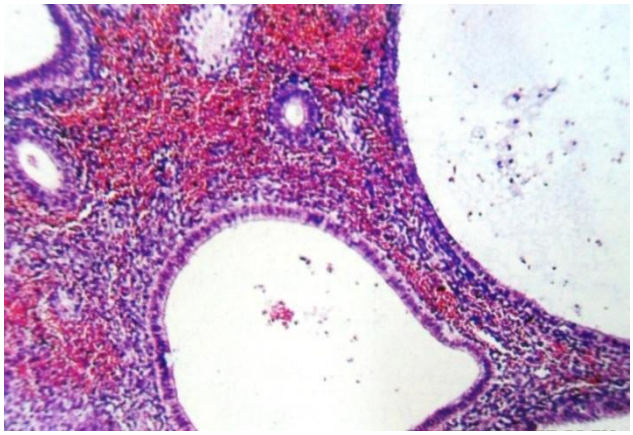


Рисунок 1- Простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия

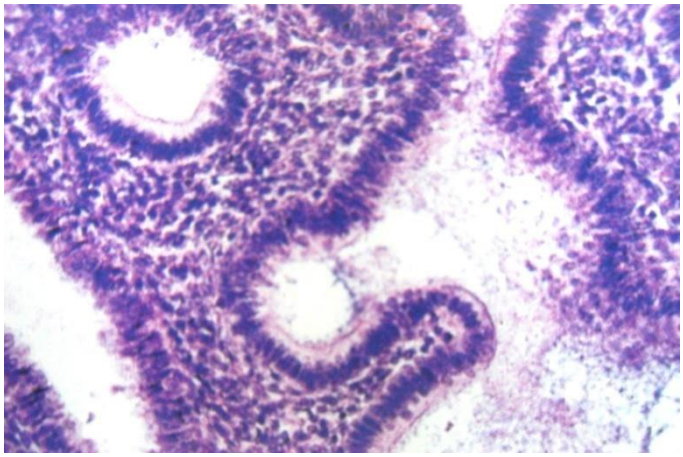


Рисунок 2 - Сложная железистая гиперплазия эндометрия без атипии

При атипической гиперплазии была более выражена стратификация эпителия желез, силуэт желез приобретал фестончатый характер, отмечались сосочковые и клиновидные выросты эпителия, отмечалась клеточная атипия эпителиоцитов, утрачивалось полярное расположение клеток, увеличивался ядерно-цитоплазматический индекс, имелось много фигур митоза (рисунок 3).

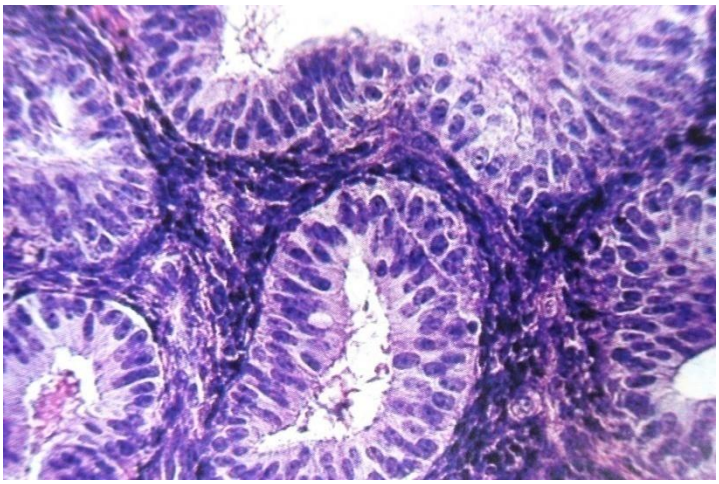


Рисунок 3 - Атипическая железистая гиперплазия эндометрия

В 6-ти наблюдениях у женщин постменопаузального периода была диагностирована атрофия эндометрия, в том числе, в 5-ти случаях был выявлен кистозный вариант атрофической слизистой оболочки тела матки (рисунок 4).

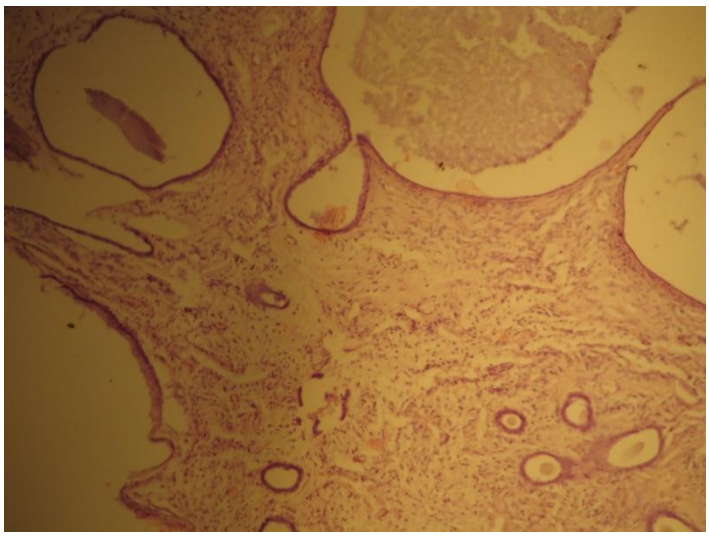


Рисунок 4 - Кистозный вариант атрофической слизистой оболочки тела матки

В остальных случаях спектр патоморфологических диагнозов по соскобам из полости матки включал различную патологию: полипы, обратное развитие эндометрия после нарушенной беременности, гипопластический эндометрий, хронический и острый эндометрит и один случай – аденокарцинома эндометрия.

Для острого эндометрита была характерна картина очаговой или диффузной лейкоцитарной инфильтрации эндометрия с присутствием лейкоцитов в просвете желез. При хроническом неспецифическом эндометрите имела место лимфоплазмоклеточная инфильтрация, преимущественно, периваскулярная, а также трансформация клеточных элементов стромы в фибробластоподобные структуры. В ряде наблюдений в эндометрии формировались лимфоидные фолликулы со светлыми центрами размножения, был выявлен мелкоочаговый склероз.

Распределение форм гиперплазии эндометрия соответственно возрастным группам представлено в таблице 2.

Таблица 2

№	Возрастные группы	Простая железисто кистозная гиперплазия	Сложная гиперплазия без атипии	Сложная гиперплазия с атипей	Атипическая гиперплазия	Количество наблюдений
1	20-30 лет	++++	+			5
2	31-40лет	+++++++++	++++	+	+	15
3	41-50лет	+++++++	+++	+	+	12
4	51-60лет				+	1

Заключение. Таким образом, наибольшее количество простой железистой гиперплазии эндометрия в структуре морфологических форм выявлено во всех возрастных группах. Сложная железистая гиперплазия без атипии выявлена у женщин от 35 до 50 лет. Сложная гиперплазия с атипией и атипическая гиперплазия эндометрия выявлены у 4 – х женщин в возрасте 30,43,41 и 57 лет.

В 7 случаях (21%) гиперплазия эндометрия сочеталась с хроническим эндометритом и в 2-х наблюдениях - с острым гнойным эндометритом. При морфологической диагностике патологии эндометрия необходимо принимать во внимание, что хронический эндометрит может инициировать изменения желез, подобные простой железистой гиперплазии как результат реактивных изменении эпителия. При сочетании гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита взаимодействие этих процессов может сопровождаться комбинацией морфологических проявлений воспаления, склерозирования, ангиогенеза и гиперпластических процессов. Для профилактики и своевременной диагностики патологических процессов в эндометрии необходима ежегодная диспансеризация женщин, особенно пожилого и старческого возраста, при сочетанном применении гистероскопии и морфологического исследования материала (1).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 А.В. Адамян, Н.С.Мельникова , О.В. Заратьянц , Е.В. Балицкий, Р.А. Кортукова, О.В.Козлова. Патология эндометрия в пожилом и старческом возрасте (скрининговое исследование). // Архив патологии. – 2013. - №6. - С. 32-38.
2 Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболевании. - М.: 2007. – С. 5-19.
3 В.Г. Бреусенко, Ю.А. Голова, Л.М. Каппушева, Е.А. Шилина, И.В. Климова. Внутриматочная патология в постменопаузе: диагностика и лечение //Акушерство и гинекология. – 2003. - №2. – С. 36-40.
4 Н.И. Кондриков. Патология матки./ Практическая медицина. - М.: 2008. – С. 128-255.
5 Schmidt T., Breidenbach M., Nawroth F. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium // Maturitas. – 2009. - №62(2). – P. 176-178.

Ю.С. ИСМАИЛОВА, Ж.Б. АХМЕТОВ

ӘРТҮРЛІ ТОПТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЭНДОМЕТРИЙ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ АНАЛИЗІ

Түйін: Мақалада эндометриден алынған жағындының диагностикалық морфологиялық қорытындысы қаралады. Науқастардың жас шамаларында патологиялық үдерістердің арасында гиперплазияның формаларының эндометридің жай безді-кисталы гиперплазиясымен байланысының орын алғандығы анықталды.
Түйінді сөздер: эндометрий, безді гиперплазия, жасы

J.S. ISMAILOVA, J.B. ACHMETOV

ANALYSIS OF PATHOLOGY OF WOMAN ENDOMETRIUM OF DIFFERENT AGES

Resume: This article describes the morphologic diagnosis results of endometrial scraping. The prevalence of simple cystic glandular hyperplasia among other pathologic processes was determined and the relation of hyperplasia forms with the age of patients shown.
Keywords: Endometrium, glandular hyperplasia, age

УДК 616.349-006.66-055.26

Р.Н. ЕСПАЕВА, С.М. АБУОВ, Б.А. САТЫБАЛДИНА, О.А. КОРОХ, М.А. КАЛЕНБАЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова;
Кафедра хирургии Алматинского государственного института усовершенствования врачей;
Центральная городская клиническая больница г.Алматы

СЛУЧАЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У РОДИЛЬНИЦЫ

В статье описан клинический случай аденокарциномы сигмовидной кишки у молодой родильницы родоразрешенной путем кесарева сечения. Клиническая картина которой проходила в виде острой обтурационной толстокишечной непроходимости на 18 сутки после родоразрешения. Диагноз подтвержден гистологически.
Ключевые слова: *Высокодифференцированная аденокарцинома, сигмовидная кишка, родильница, кесарево сечение, обтурационная толстокишечная непроходимость, операция Гартмана.*

В приемный покой экстренной хирургии Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) бригадой скорой помощи была доставлена женщина 34 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, 2-х кратную рвоту, сухость во рту, не отхождение стула и газов, общую слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение 3-х дней, когда стали беспокоить схваткообразные боли в животе тошнота, 2-х кратная рвота, не отхождение стула и газов. В динамике боли усилились и состояние ухудшилось, в связи, с чем бригадой скорой помощи доставлена в приемный покой ЦГКБ.

Особенности анамнеза жизни: Вирусный гепатит в детстве. Вредных привычек нет. Отмечает аллергическую реакцию на Пенициллин.

Репродуктивный анамнез: Беременностей – 4; из них первая беременность в 2001 году закончилась самопроизвольным выкидышем; вторая и третья беременности закончились срочными вагинальными родами, без особенностей в 2004 и 2009 году соответственно; четвертая беременность – закончилась оперативными родами путем кесарева сечения 31.05.14 года в связи с без эффективностью лечения слабости родовой деятельности, ребенок массой 3500,0, живой.Выписана на 6 сутки домой с ребенком. Состояла на

учете в Женской консультации ГП №12. В анамнезе длительное время фотодерматит.

Состояние при поступлении тяжелое обусловленное интоксикацией, болевым синдромом. В сознании, на вопросы отвечает адекватно. Кожные покровы местами с десквамацией эпителия, больше на открытых участках тела и спине. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Локальный статус: Язык сухой. При осмотре живота - над лоном имеется поперечный послеоперационный рубец. Живот подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный во всех отделах,перитонеальных явлений нет. Перкуторно – равномерный тимпанит. Перистальтика кишечника выслушивается, вялая.

Данные гинекологического исследования: При осмотре зеркалами - шейка матки сформирована. Наружный зев закрыт. Выделения - лохии. При вагинальном осмотре: Матка увеличена до 7-8 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, область придатков с обеих сторон без особенностей. Влагалищные своды свободные, безболезненные. Выделения лохии, без запаха.

Ректально: в перианальной области без особенностей, тонус сфинктера снижен, ампула пустая, на высоте пальца патологические образование не определяются.

В приемном покое произведено полное клинико-лабораторное обследование: ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС 95 в минуту; рентгенография органов брюшной полости (ОБП) – чаши Клойбера; УЗИ малого таза – жидкость в малом тазу в объеме150-200 мл; УЗИ ОБП– Острая кишечная непроходимость?Свободной жидкость 250 мл. Данные лабораторных методов исследования – в ОАК гемоглобин 90 г/л, лейкоциты –5,8 х 10^9 /л. Результаты биохимического исследования крови в пределах нормы.

Пациентка госпитализирована в хирургическое отделение, проводилась консервативная терапия и дообследование больной – пассаж бария. Клиника непроходимости сохранялась. В связи, с чем в экстренном порядке был произведен консилиум врачей, выставлен диагноз: Острая кишечная непроходимость. Поздний послеродовый/послеоперационный период (18 сутки после кесарева сечения). Эндомиометрит? Рекомендовано оперативное лечение. После предоперационной подготовки под общим эндотрахеальным наркозом бригадой, состоящей из хирургов и гинекологов, произведена средне-срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружен серозно-геморрагический выпот в правом боковом канале и в малом тазу в количестве 350 мл. При дальнейшей ревизии: стенки тонкой кишки гиперемированы, отечны, диаметртонкой кишки увеличен в размере до 5 см, восходящий и поперечный отделы резко раздуты в диаметре до 8-10 см. В ректо-сигмоидном отделе толстой кишки обнаружена опухоль размерами 7 х 8 см, плотно-эластичной консистенции, полностью обтурирующая просвет толстой кишки. При ревизии: печень – не увеличена в размерах, поверхность гладкая, обычного цвета. Остальные органы – без видимой патологии, метастазы не обнаружены.

При ревизии органов малого таза выявлено, что матка увеличена до 8-9 недель беременности, дряблой консистенции, швы на матке инфильтрированы, ближе к левому углу матки обнаружен дефект около 1,5 см, края инфильтрированы, грязно-серого цвета. Трубы с обеих сторон гиперемированы, инфильтрированы, ампулярные концы свободные.

Учитывая операционную находку решено произвести первым этапом экстирпацию матки с трубами, вторым этапом – операцию Гартмана (левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной колостомы), резекция опухоли сигмовидной кишки.

Таким образом, был выставлен клинический диагноз: Острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Опухоль сигмовидной кишки. $T_4N_0M_0$. Несостоятельность швов на матке после кесарева сечения. Эндомиометрит. Двусторонний сальпингит. Фотодерматит. Ранний послеоперационный период. Состояние после средне-срединной лапаротомии. Экстирпации матки с трубами, операции Гартмана и резекции опухоли сигмовидной кишки. Санация и дренирование брюшной полости.

После операции пациентка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где находилась в течение 3-х суток, с последующим переводом в отделение хирургической инфекции.

Получен результат гистологического исследования резецированного участка толстой кишки с опухолью. Заключение: Высоко-дифференцированнаяаденокарцинома толстой кишки с прорастанием всех слоев стенки кишки.

В послеоперационном периоде произведено повторное УЗИ ОБП и Компьютерная томография ОБП. Заключение: Метастаз в правой доле печени размерами 1,5 х 0,8 см. Была проведена консультация специалистов – онколога и дерматолога. Послеоперационный период протекал со снижением гемоглобина до 64 г/л и повышением температуры тела до 38,5°С. Проводилось лечение в полном объеме: плазма и гемотрансузия, инфузия альбумина, антибактериальная терапия, инфузионная терапия, симптоматическая терапия.

На 16 сутки пациентка была выписана домой с диагнозом: Поздний послеродовый период (34 сутки). Состояние после экстирпации матки с трубами в связи с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения. Эндомиометрит. Двусторонний сальпингит. Состояние после операции Гартмана и резекции опухоли сигмовидной кишки. Высоко-дифференцированнаяаденокарцинома с прорастанием всех слоев стенки кишки. $T_4N_0M_1$ (в правой доли печени). Фотодерматит. Анемия средней степени тяжести.

Даны следующие рекомендации: Диета – Стол №5; наблюдение у хирурга, гинеколога и онколога по месту жительства; уход за колостомой; ректальные микроклизмы с отваром ромашки; Сорбифер по 1 таб х 2 раза в день.

Данный клинический случай интересен тем, что у молодой женщины 34 лет выявлен онкопроцесс в толстой кишке. Как известно, ежегодно в мире регистрируются более 600 тысяч вновь выявленных случаев рака толстой кишки. С 1998 года в США рак толстой кишки вышел на 1-место, в Европе – на 2 место, в России рак толстой кишки занимает 3-место. При этом частота рака ободочной кишки составляет 11,6 у мужчин и 9,2 у женщин на 100 тысяч взрослого населения [1]. Злокачественные опухоли прямой и ободочной кишки сравнительно редко встречаются в возрасте до 45 лет. Наиболее часто рак толстой кишки выявляется у лиц старше 50 лет с постепенным снижением уровня заболеваемости в группах население в возрасте после 75 лет [2]. В настоящее время онкопроктологи и хирурги встречаются в подавляющем большинстве с III-IV стадией рака толстой кишки, как и в нашем случае. Так как из-за особенной кровообращения, рак в этом отделе кишечника растет медленно, без манифестаций, при этом толстая брюшина заглушает проявления тревожной симптоматики — боли появляются на поздних этапах, а на нарушения стула редко кто обращает должное внимание. Поэтому рак сигмовидной кишки называют «незаметным убийцей». В основном, преобладает симптоматика острой толстокишечной непроходимости, при этом в 67% случаев опухоль локализуется в левой половине толстого кишечника, а в 33% - в правой. В 44% наблюдений процесс располагается в сигмовидной кишке и в 23% - в поперечной ободочной кишке [3].

Прогноз при лечении больных с этими стадиями остается неутешительным. По статистическим данным 5-летняя выживаемость первично зарегистрированных больных раком толстой кишки остается на уровне 30% [1. 2].

Заключение: Вышеописанный клинический случай представляет несомненный интерес для акушеров-гинекологов, хирургов, онкологов и врачей общей практики. Данная пациентка отмечала нарушения стула (запоры) до беременности и, особенно во вторую половину беременности. После выписки из Родильного дома, она также отмечала дискомфорт в области живота и запоры. Все

эти явления должны были насторожить врача акушера-гинеколога Женской консультации и врачей Родильного дома.

Таким образом, учитывая данные литературы для своевременной диагностики рака толстой кишки, рекомендуется исследование кала на скрытую кровь у здоровых лиц старше 50 лет не реже 1 раза в 2 года. Онконастороженность как врача, к которому обращается больной, так и самого пациента, позволяет у трети больных раком толстой кишки своевременно установить диагноз. Онконастороженность — не перестраховка и не фобия, особенно если речь идет о людях из категорий, высоких по риску развития онкопатологий. Даже при небольших, маловыразительных жалобах необходимо проведение ректороманоскопии, ирригоскопии, УЗИ брюшной полости, колоноскопии. При колоноскопии обязательна биопсия — для гистологического исследования тканей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М.: 2001. – 152 с.
2 Малихов А.Г. Современные принципы скрининга и диагностики рака толстой кишки. – М.: 2010. - 193 с.
3 Клиническая хирургия [Текст] : учебное пособие / Р. М. Евтихов, М.Е. Путин, А. М. Шулутко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 629-652.
4 Савельева В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: 2006. – 307 с.
5 Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки. – М.: Медицина, 1988. - 318 с.

Р.Н. ЕСПАЕВА, С.М. АБУОВ, Б.А. САТЫБАЛДИНА, О.А. КОРОХ, М.А. КАЛЕНБАЕВ

ЖАС БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕГІ
ТОҚ ІШЕКТІҢ СИГМА ТӘРІЗДЕС БӨЛІГІНДЕГІ АДЕНОКАРЦИНОМА

Түйін: Мақалада Кесар әдісімен кесіп, босанған жас әйелде анықталған тоқ ішектің адекнокарциномасы жағдайы сипатталған. Аурудың клиникалық көрінісі босанғаннан кейін 18 күн өткен соң тоқ ішектің жедел обтурациялық түйілуі түрінде басталған. Диагноз гистологиялық әдіспен дәлелденді.
Түйінді сөздер: жоғары-сараланған аденокарцинома, тоқ ішектің сигма тәрізді бөлігі, жас босанған әйел, Кесар әдісімен кесу, тоқ ішектің обтурациялық түйілуі, Гартман операциясы.

R.N. YESPAYEV, S.M. ABUOV, B.A. SATYBALDINA, O.A. KOROKH, M.A. KALENBAYEV

CASE OF SIGMOID COLON ADENOCARCINOMA IN PUERPERA

Resume: The clinical case ofsigmoid colon adenocarcinoma in young puerpera delivered by Caesarian operation has been described in the article. It was a puerpera, whose clinical presentation was formed as an acuteobturative colonic obstruction on 18th day after delivery. The diagnosis was confirmed hystologically.
Keywords: High-differentiated adenocarcinoma, sigmoid colon, puerpera, Caesarian operation, obturative colonic obstruction.

УДК 618.31.07

А.С.САРСЕНОВА, С.Т.ОСПАНОВА, Г.М.АЛДУБАШЕВА, Б.Б.САГАТБЕКОВА, Д.БАКИЕВА, А. БАЙМЕШОВА, Ф.ШАХНОВИЧ, Ю.ИВАНОВА, В. БРЮХОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Анализ частоты внематочной беременности среди гинекологических больных, поступивших в отделение неотложной гинеклогии показывает устойчивый рост этой патологии. Лечение ВБ должно быть комплексным — хирургический компонент в сочетаний с реабилитационными мероприятиями.
Ключевые слова: *внематочная беременность, трубная беременность, тубэктомия.*

Внематочная беременность (ВБ) встречается примерно в 1,4 - 2% всех беременностей, и не имеет тенденции к снижению. Данный факт требует от акушер-гинекологов и врачей женских консультаций повышенного внимания к вопросам профилактики и снижения риска развития внематочной беременности. Также необходимо уделять внимание вопросам профилактики и планирования беременности после случившейся внематочной беременности.

ВБ – одно из частых акушерско-гинекологических заболеваний, нередко ведущее к нарушению репродуктивной функции, иногда приводящая к материнской смертности. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35-44лет (2).

Во всем мире отмечается рост данной патологии, что, возможно, связано с увеличением частоты генитальных инфекций, не снижающихся абортов (1,4). Следует отметить улучшение диагностических возможностей этого заболевания благодаря внедрению в широкую гинекологическую практику трансвагинальной эхографии, диагностической лапароскопии.

До настоящего времени ведущим методом лечения внематочной беременности является хирургический.

До сих пор дискутабельным остается выбор доступа и метода хирургического лечения. Актуальным вопросом остается проблема фертильности после перенесенной внематочной беременности. Согласно литературным данным, после оперативного лечения трубной беременности вторичное бесплодие диагностируется в 50-75% случаев. Риск возникновения повторной трубной беременности довольно высок 10-20%. Кроме того, функция яичников также страдает после перенесенной эктопической беременности

Трубная беременность занимает лидирующее место по частоте возникновения в структуре эктопической беременности и составляет 96,5-98,5%.

Целью данного исследования является изучение частоты ВБ, повторных ее случаев, характера фоновых процессов, клинических форм трубной беременности, диагностических и лечебных возможностей для определения имеющихся проблем и возможностей их преодоления.

Материалы – исследование проводилось на базе гинекологического отделения Алматинской Многопрофильной Клинической Больницы за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют, что удельный вес пациенток с внематочной беременностью среди гинекологических больных, поступивших в отделение экстренной гинекологии за 1 квартал 2013 г составило 16,1%, за 1 квартал 2014г составило 22,3% имелась постоянная стойкая тенденция к увеличению этой патологии. Среди больных, подвергнутых хирургическому лечению, женщины с ВБ составляли от 45 до 54% (таблица 1).

Таблица 1 - Удельный вес (%) внематочных беременностей (ВБ) среди гинекологических больных и среди прооперированных, поступивших в отделение экстренной гинекологии Алматинской Многопрофильной Клинической Больницы за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г.

Группы	Годы				Всего	
	2013		2014			
Всего гинекологических больных	Абс/ч	%	Абс/ч	%	Абс/ч	%
	292/ 48	16,4	193/ 43	22,3	485	91

Возрастной состав женщин с ВБ, прооперированных за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г. представлен в таблице №2, из которой следует, что в возрасте от 16 до 39 лет было 96% пациенток, т.е. наиболее часто ВБ возникает в раннем репродуктивном возрастном периоде. Наибольшее число больных (38 – 39,9 %) с ВБ были в возрасте 25-29 лет.

Таблица 2 - Распределение больных с ВБ по возрасту

Возрастной период (лет)						Всего
16-25	25-29	30-39	40-49		50 и более	
Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%		Абс/ч-%	Абс/ч-%
17-18,7	38-39,9	34-37,4	1-2,0		1-2,0	91-100

Внематочная беременность была первой беременностью у 25,3% пациенток, ВБ наступила после абортов у 23,1% женщин, рожали и имели аборты – 55%. Таким образом, у 21,9% женщин с ВБ репродуктивная функция была не реализована. В анамнезе 55 (60,4%) пациенток имелось указание на перенесенные воспалительные процессы гениталий, у 2 (2,1%) выявлена миома матки небольших размеров, у 5 (5,5%) был нарушен менструальный цикл (нерегулярные, болезненные месячные). 20 (22%) пациенток указывали на перенесенные операции. По поводу кистом и кист яичников перенесли операцию 9 (10%) женщин, аппендэктомия произведена у 2 (2,1%). Данная ВБ была повторной у 14 (15,4%).

Следовательно 95,5% женщин с ВБ имели осложненный гинекологический анамнез.

Из 91 пациенток с трубной беременностью у 12 (13,2%) была прогрессирующая беременность, у 79 (86,8%)прервавшаяся. Прерывание беременности по типу разрыва трубы было у 12 (13,2%), у остальных - по типу трубного аборта (86,8%). Диагноз ВБ устанавливался на основе анамнеза, гинекологического исследования, использовалось определение хориального гонадотропина в моче или крови, пункция брюшной полости через задний свод, лапароскопия. По нашим данным у 42 (46,2) пациенток операция начиналась до часа от момента обращения. более часа (до 2 часов) для постановки диагноза и начала операции потребовалось у 30 пациентов, что составило 33% До 3 часов и более у 19 (20,8%) женщин.

Лапаротомный доступ использован у 70 (77%), лапароскопический у 21 (23%). Тубэктомия произведена у 89 (97,8%), туботомия у 2 (2,2%). Локализация плодного яйца в ампулярном отделе трубы имела место у 55% больных. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики, проводилась инфузионная терапия, со 2 дня при удовлетворительном состоянии начиналось УФО на рану. Больные выписывались после лапароскопической операции на 3-4 сутки, после лапаротомии на 5-6 сутки. Осложнений и материнской смертности не было.

Полученные нами данные свидетельствуют о прогрессирующем увеличении ВБ, что совпадает с данными других исследователей (1,4).

Среди больных прооперированных по поводу ВБ преобладают повторнобеременные. Однако вызывает тревогу, что 50,3% больных с ВБ не реализовали свою репродуктивную функцию, т.к. у 25,3% первая беременность оказалась внематочной, у 25% предшествующие беременности прерваны абортами.

Изучая фоновые процессы предшествующие наступлению ВБ, нами выявлена высокая частота оперативных вмешательств - цист -, сальпингэктомий и аппендэктомий (23,4%).

Воспалительные процессы гениталий заняли второе место. Эти данные свидетельствуют о необходимости реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Внематочная беременность среди гинекологических больных, поступивших в отделение экстренной гинекологии колеблется в пределах 16,2 - 25,8%, в среднем 19,2%. Среди прооперированных больных по поводу ВБ – 50,8%.
2. Самыми частыми причинами ВБ являются перенесенные операции на придатках, аппендэктомия и воспалительные процессы гениталий. Повторная внематочная беременность имела место в 15,4%.
3. Нереализованную репродуктивную функцию имеют

50,3% женщин с ВБ.
4. Среди больных с трубной формой преобладали женщины с прервавшейся беременностью (86,8%). Прогрессирующая трубная беременность выявлена в 13,2%
5. Туботомия проведена у 2,2% женщин с трубной беременностью, тубэктомия у 97,8%.
6. Лечение ВБ должно быть комплексным, включать хирургический компонент и реабилитационные мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Г.М.Савельева Акушерство. – М.:Медицина, 2000. – С. 303-320.
2 Дивакова В.С.,Сачек Ю.А., Тихонова Л.В. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопический беременности // Вестник ВГМУ. - 2006. – №2. – С. 49-54.
3 Кулаков В.И., Голубев В.И., Пигонева Н.Е. Некоторые современные аспекты проблемы внематочной беременности // Акушерство и гинекология. – 1993. - №6. – С. 3-8.
4 Радзинский В.Е., Белозерова Т.А. «Реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение внематочной беременности и реабилитационная терапия после операции». // Форум «Мать и дитя». - 2003. - С. 428-429.
5 Сулейманов С.Б. Состояние репродуктивной функции женщин после органосохраняющих хирургических методов лечения трубной беременности. - М.:Пантори. -2005. – С. 296-297.

А.С .СӘРСЕНОВА, С.Т. ОСПАНОВА, Г.М. АЛДУБАШОВА, Б.Б. САГАТБЕКОВА, Д. БАКИЕВА, А. БАЙМЕШОВА, Ф. ШАХНОВИЧ, Ю. ИВАНОВА, В. БРЮХОВА

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК. МӘСЕЛЕЛРІ МЕН ШЕШУ ЖОЛДАРЫ

Түйін: Жедел гинекология бөліміне түскен гинекологиялық аурулардың ішінде жатырдан тыс жүктіліктің жиілігін талдауы бұл патологияның тұрақты жоғарлауын дәлелдейді. Жатырдан тыс жүктіліктің емі кешенді болуы қажет – хирургиялық компоненттің реабилитация шараларымен қосарланып жүруі.
Түйінді сөздер: жатырдын тыс жүктілік, түтікті жүктілік, тубэктомия.

A.S. SARSENOVA, S.T. OSPANOVA, G.M. ALDUBASHOVA, B.B. SAGATBEKOVA, D. BAKIEVA, A. BAIMESHOVA, F. SHAKHNOVICH, Y. IVANOVA, V. BRUHOVA

ECTOPIC PREGNANCY. PROBLEMS AND SOLUTIONS

Resume: Analysis of the frequency of ectopic pregnancy among gynecological patients admitted to the emergency department of gynecology shows a steady increase in this pathology. WB treatment should be comprehensive - surgical component in conjunction with rehabilitation activities.
Keywords: ectopic pregnancy, ectopic pregnancy, tubektomy.

УДК [618.14/.15+615.351]-071.3-055.2

Г.К. ОМАРОВА, С.М. МУХТАРОВА, А.И. ЮЛДАШЕВА, Г. НУРТАЗИНА, А. ШУЛЕНБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИИ И ДИССИНЕРГИИ

Синдром тазовой десценции и диссинергии (СТДиД) у женщин является актуальным в гинекологии и гериатрии. Повсеместно наблюдается рост частоты СТДиД, кроме того, тяжелые его формы имеют инвалидизирующий характер. СТДиД у женщин является полиэтиологичным заболеванием и имеет прямую зависимость от возраста, паритета и метаболических нарушений.
Ключевые слова: *синдром тазовой десценции и диссинергии, паритет, качество жизни, гипоэстрогенения, метаболические нарушения.*

Синдром тазовой десценции и диссинергии (СТДиД) у женщин является актуальным в гинекологии и гериатрии. СТДиД включает стрессовую инконтиненцию (СИ), генитальный пролапс (ГП) и дисфункцию прямой кишки. Из-за недостаточной осведомленности женщин о достижениях современной урогинекологии, а также в связи с их традиционными взглядами, предпочитающими не обсуждать данную проблему, большинство из них страдает, не обращаясь за медицинской помощью, что вызывает у них снижение трудоспособности и качества жизни [1, 2, 3].

По данным ряда авторов, одна треть женщин в различные периоды своей жизни сталкивается с этими нарушениями. Повсеместно наблюдается рост частоты СТДиД, кроме того, тяжелые его формы имеют инвалидизирующий характер [4, 5].

Доказано, что СТДиД неблагоприятно влияет на общественное, социальное, клиническое и психологическое состояния пациенток. Большинство исследователей отмечают возникновение у этих пациенток социальной изоляции, депрессии, сексуальной дисфункции [1, 5].

В современной урогинекологии используются различные методы хирургической коррекции нарушений тазового дна у женщин, направленных на устранение недержания мочи, опущения/выпадения тазовых органов и дисфункции прямой кишки. Появление инновационных диагностических и лечебных технологий сопровождается повышением научного интереса к унифицированному пониманию эпидемиологии, этиопатогенеза и методов коррекции СТДиД [1, 2, 5].

Цель исследования: изучить клинико-этиологические аспекты синдрома тазовой десценции и диссинергии у женщин в зависимости от возрастного периода.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели исследована 91 женщина с синдромом тазовой десценции и диссинергии (СТДиД), которые были распределены по возрастным категориям: активный репродуктивный период, поздний репродуктивный период, пременопауза и постменопауза.

Для определения степени ожирения нами была использована классификация ожирения относительно индекса массы тела (ИМТ) по Кетле **(**1997) [5].

Использованы методы: клинический, аналитический и статистический методы исследования. Статистическая обработка проведена с использованием программ Microsoft Office Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст исследованных пациенток составил 57,6±1,2 лет. Полученные результаты согласуются с данными Беженарь В.Ф. с соавт. (2012), тогда как, по данным Радзинского В.Е. (2006), средний возраст больных составлял 47 лет [1, 2].

В зависимости от возрастного периода пациентки были распределены следующим образом (таблица 1).

Таблица 1 - Возрастной состав женщин с СТДиД

№	Периоды	Абс число	M±m (%)
1	Активный репродуктивный период	6	6,5±0,2
2	Поздний репродуктивный период	8	8,8±0,3
3	Пременопаузальный период	11	12,1±0,4
4	Постменопаузальный период	66	72,6±0,5*
Примечание: * - p<0,001 достоверное различие между постменопаузальным и другими возрастными периодами			

Нами выявлена прямая возрастная обусловленность СТДиД у женщин: наиболее часто эта патология встречалась в постменопаузальном периоде относительно репродуктивного и пременопаузального (p<0,001).

Полученные результаты согласуются с исследованиями ряда авторов, которые также считают эту патологию заболеванием пожилых людей [1, 3].

Однако, по данным Радзинского В.Е, СТДиД часто встречается и в позднем репродуктивном, перименопаузальном периодах. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению», возникновению осложненных и тяжелых рецидивных форм СТДиД [2]

Таблица 2 - Основные жалобы женщин с СТДиД

№	Периоды	Абс число	(%)±m
1	недержание мочи при напряжении	70	76,9±0,4
2	ощущение инородного тела во влагалище	52	57,1±0,5
3	дискомфорт в области промежности	43	47,3±0,5
4	чувство давления внизу живота	32	35,2±0,5

5	недержание газов	31	34,1±0,5
6	недержание кала	19	21±0,4
7	учащение мочеиспускания	5	5,5±0,3

Как видно из таблицы 2, чаще всего женщины жаловались на недержание мочи, ощущение инородного тела во влагалище и дискомфорт в области промежности.

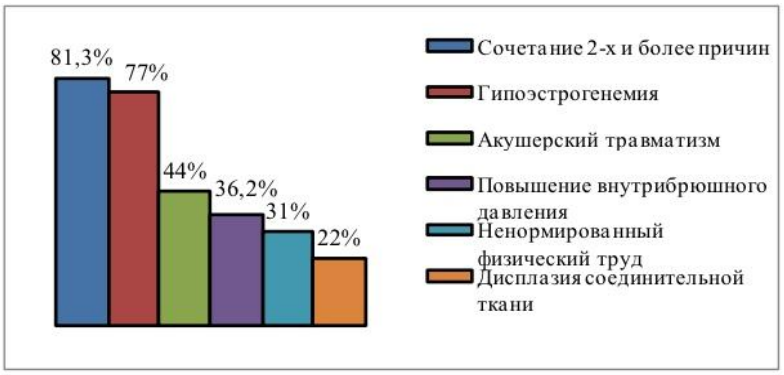


Рисунок 1 - Основные причины развития СТДиД у женщин

Как видно из рисунка 1, среди причин, приводящих к СТДиД у женщин, на первом месте были сочетанные причины 2 и более (81,3%), на втором - гипоэстрогенемия 77%, на третьем – акушерский травматизм (44%).

По данным литературы, основными этиологическими факторами развития СТДиД указываются гипоэстрогения (79,9%), тяжелый физический труд (55,4%), системная несостоятельность соединительной ткани (64%) [3, 4, 5].

Нами были проанализированы экстрагенитальные заболевания у женщин с СТДиД: у 38 (41,7%) женщин выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, у 22 (24,2%) - желудочно-кишечного тракта, у 30 (32,9%) - органов дыхания, у 18 (20%) - эндокринной системы, у 17 (19%) - мочевыводящей системы, что свидетельствует о полиморбидности изучаемого синдрома.

Согласно литературным данным, нарушение жирового обмена является одним из факторов риска развития СТДиД.

Нами выявлено, что у 76 (83,5%) пациенток нарушение жирового обмена, причем у 35 (38,5%) женщин ИМТ варьировал 30-34,9 кг/м^2, что согласно классификации по Кетле (1997), соответствовало ожирению I степени, у 41 (45%) ИМТ составил 25-29,9 кг/м^2, что соответствовало определению «избыточный вес», у 15 (16,4%) женщин ИМТ 18,5-24,9 кг/м^2 , что соответствовало нормальному весу.

Итак, полученные результаты свидетельствуют, что ожирение действительно является одним из факторов риска СТДиД. Аналогичные результаты получены рядом авторов, которые у пациенток с ожирением выявили высокую частоту недержания мочи 55,2% и гипермобильного мочевого пузыря 60% [3, 5].

Традиционно, одной из причин развития СТДиД, считаются роды, в связи с чем, нами был исследован репродуктивный анамнез исследованных пациенток (таблица 3).

Таблица 3

Количество родов	**Абс.**	**%±m**
1 роды	21	23%±0,4
2-е родов	40	44%±0,6
3-е родов	17	19%±0,5
4 родов и более	13	14%±0,3

В нашем исследовании все женщины с СТДиД имели в анамнезе роды, причем 13 женщин были многорожавшими. Полученные результаты согласуются с данными ряда авторов, которые связывали СТДиД с предшествующими родами [4, 5].

Большинством авторов отмечено, что одним из факторов ГП является макросомия, которая наблюдалась у 56,1% [1, 3]. Наше исследование показало, что макросомия была у каждой пятой женщины с СТДиД (22%).

Роды являются главной причиной травмы тазового дна и, как следствие ее, развития пролапса гениталий, а так же недержания мочи. В нашем исследовании у 30 (33%) пациенток были разрывы промежности, причем 1-ой степени - у 9 (10%) , 2-ой степени – 21 (23,1%).

Полученные результаты отличаются от данных ряда авторов, которые выявили наличие в анамнезе родового травматизма у 89,5% пациенток [4, 5].

Исследования гинекологической заболеваемости выявило, что у 52 (57,1%) пациенток имело место интеркурентная гинекологическая патология: у 22 (24,2%) пациенток миома матки, у 14 (15,4%) - патология шейки матки, у 8 (9%) - аденомиоз, у 6 (6,6%) - хронический аднексит, у 2 (2,2%) - киста бартолиновой железы.

Таким образом, на основании проведенного исследования мы пришли к выводу, что СТДиД у женщин, является полиэтиологичным заболеванием. Основными этиологическими факторами развития данного синдрома у исследованных женщин явились сочетание 2-х и более причин на фоне гипоэстрогенемии, а так же акушерский травматизм. СТДиД у женщин имеет прямую зависимость от возраста, паритета и метаболических нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В., Цыпурдеева А.А. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. - №2. - С. 6-13.
2 Радзинский В.Е. Перинеология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. -№64. - 124 с.
3 Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Попов А.А. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии.// Российский вестник акушера-гинеколога. - 2006. - Т. 6. - №4. - С. 66-71.
4 Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Царьков П.В. Экстрофия мочевого пузыря и полное выпадение матки. Реконструкция тазового дна с использованием сетчатого имплантанта // Акушерство и гинекология. - 2008. - №5. - С. 55-57.
5 Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А. Принципы выбора хирургических технологий для коррекции осложненных форм пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 10. - №5. - С. 65-71.

Г.К.ОМАРОВА, С.М. МУХТАРОВА, А.И. ЮЛДАШЕВА, Г. НУРТАЗИНА, А. ШУЛЕНБАЕВА

ЖАМБАСТЫҚ ДЕСЦЕНЦИЯ МЕН ДИССИНЕРГИЯ СИНДРОМЫМЕН ӘЙЕЛДЕРДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Әйелдердегі жамбастық десценция мен диссинергия синдромы (ЖДмДС) гинекология мен гериатрияда өзекті болып табылды. ЖДмДС жиілігінің жаппай өсуі байқалады, сонымен қатар оның ауыр түрлері мүгедектікке алып келу сипатына ие. Әйелдердегі ЖДмДС көп этиологиялы уру болып табылады және жасқа, паритетке және метаболикалық бұзылыстарға тікелеб тәуелділікке ие.
Түйінді сөздер: жамбас десценция мен диссинергия синдромы, паритет, өмірдің сапасының, гипоэстрогенемия, метаболикалық бұзылыстар

G.K.OMAROVA, S.M.MUKHTAROVA, A.I.YULDASHEVA, G.NURTAZINA, A.SHULENBAYEVA

CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH THE SYNDROME OF PELVIC DESCENSION AND DYSSYNERGIA

Resume: The syndrome of pelvic descension and dyssynergia in women is relevant in gynecology and geriatrics. Universally observed increase in the frequency of the syndrome of pelvic descension and dyssynergia in women, moreover, it severe forms have disabling character. The syndrome of pelvic descension and dyssynergia in women is polyethiologic disease and is directly related to age, parity, and metabolic disorders.
Keywords: the syndrome of pelvic descension and dyssynergia, parity, quality of life, hypoestrogenemia, metabolic disorders.

УДК 618.14-05.1:612.661:618.11-006.03+616.155.194(043.5)

И.А. ТУЧКИНА, Ж.О. ГИЛЕНКО
Харьковский Национальный медицинский университет
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПУБЕРТАТНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Обследовано 128 девочек 11-18 лет с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП), осложненными вторичной анемией (у 76,6%) на фоне экстрагенитальной патологии (у 75%). Основными факторами риска возникновения МКПП был неблагоприятный преморбидный фон в нейтральном и препубертатном периодах (в 44,3% и в 54,6% случаев – соответственно), наличие очагов хронической инфекции (в 64,9% случаев). Ургентно доставлены в клинику 40,6%, в реанимационных мероприятиях нуждались 15,6% больных. Эффективность терапии зависела от скорости постановки правильного диагноза, адекватной оценки тяжести состояния больных для выбора метода гемостаза и лечения постгеморрагической анемии.
Ключевые слова: *девочки-подростки, маточные кровотечения пубертатного периода, постгеморрагическая анемия.*

Введение. Одной из важнейших задач современного общества является охрана репродуктивного здоровья женщины, которое во многом зависит от его развития и становления в детском и подростковом возрасте. В процессе формирования женской репродуктивной системы одним из наиболее важных периодов является пубертатный. Его течение служит прогностическим показателем готовности организма к реализации репродуктивной функции в будущем [1, 2, 3]. К сожалению, в последние годы в Украине этот период жизни зачастую проходит в неблагоприятных социально-экономических и экологических условиях, что способствует возникновению и широкому распространению гинекологических заболеваний у девочек-подростков 10-18 лет [3, 4, 5, 6]. Частота гинекологической патологии в подростковом возрасте в нашей стране, как и во многих государствах постсоветского пространства, остается высокой и не имеет тенденции к снижению. Это касается, в первую очередь, нарушений менструальной функции, наиболее тяжелым из которых является аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (МКПП) [5, 6]. В его основе лежат изменения гормонального гомеостаза при отсутствии первоначальных органических поражений половой системы, являющиеся следствием нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковом комплексе [1, 4, 5, 7].

В современном обществе формирование здоровья подростков происходит под воздействием комплекса неблагоприятных факторов - социально-экономических, техногенных, биогеохимических и других, обусловливая возникновение и развитие экстрагенитальной патологии (ЭП) [3]. Провоцирующим фактором для маточных

кровотечений, по мнению большинства ученых, является стресс, особенно эмоциональные и физические перегрузки, соматическая патология, нарушение режима труда и отдыха [1, 2, 5, 8]. В настоящее время прослеживается отчетливая тенденция к затяжному течению МКПП с частыми рецидивами, что приводит к психо-эмоциональным нарушениям, снижению образовательного уровня из-за частой утраты трудоспособности, ухудшению качества жизни юных пациенток, что является не только медицинской, но социальной проблемой [5, 8]. Медицинская и социальная значимость проблемы маточных кровотечений у девочек-подростков связана не только с тяжестью заболевания, но и с его последствиями. При МКПП, особенно рецидивирующих формах, часто развивается постгеморрагическая железодефицитная анемия (ЖДА), которая проявляется нарушениями когнитивных и физиологических способностей, поскольку железо необходимо не только для синтеза гемоглобина и транспорта кислорода, но и является важным фактором, обеспечивающим энергообеспечение и процессы миелинизации в центральной нервной системе. В период пубертатного спрута из-за роста скелета, увеличения объема циркулирующей крови и наступления менархе у девочек наступает повышенная потребность в железе, резко возрастающая при рецидивах кровотечения. Именно поэтому девочки-подростки являются одной из основных групп риска по развитию дефицита железа, особенно в первые 2-3 года после менархе [5].

Клиническая картина, проявляющаяся обильным кровотечением, особенно при наличии ЖДА, нередко требует проведения таким девочкам-подросткам неотложных и даже реанимационных мероприятий, что обусловливает разработку четкого алгоритма ранней диагностики для оказания срочной адекватной специализированной гинекологической помощи этому контингенту.

Цель работы. Совершенствование оказания неотложной помощи больным с МКПП и постгеморрагической анемией при наличии ЭП.

Материалы и методы. Исследования проводились на кафедре акушерства, гинекологии и детской гинекологии ХНМУ и на базе гинекологического отделения Областного клинического перинатального центра г.Сумы, где выделены детские гинекологические койки. Под наблюдением находилось 128 девочек 11-18 лет с МКПП. Комплексное клинико-лабораторное обследование включало анализ жалоб и клинического течения заболевания с учетом рецидивирующего течения процесса, изучение раннего анамнеза с оценкой инфекционного индекса, течения беременности и родов у матерей, степени физического и полового развития, характера менструальной функции, гинекологического статуса, функционального состояния яичников, проведение ультразвукового исследования (УЗИ). Изучался гормональный профиль организма: уровни лютропина (ЛГ), фоллитропина (ФСГ), пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Э2), тестостерона (Т), прогестерона (ПРГ). Определялось содержание гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа (СЖ) и ферритина (Ф) в сыворотке крови, некоторых показателей белкового обмена, свертывающей и противосвертывающей систем крови. Оценивалось состояние соматического здоровья больных, все они были проконсультированы смежными специалистами для выявления ЭП. Полученные данные сравнивались с аналогичными показателями в контрольной группе здоровых сверстниц – учащихся общеобразовательных школ. Статистическая обработка материала проводилась при помощи пакета современных компьютерных программ «STATGRAFICA», версия 6.

Соблюдалась этапность оказания гинекологической помощи юным пациенткам, в соответствии с разработанным нами алгоритмом [9]: на I этапе, выполняемом детскими гинекологами, педиатрами, подростковыми терапевтами, семейными и школьными врачами, проводились профилактические осмотры, включающие скрининг-диагностику гинекологической патологии и санитарно-просветительную работу с детьми, родителями, педагогами. На II этапе детскими гинекологами, акушерами-гинекологами со специальной подготовкой на амбулаторном приеме проводилась первичная диагностика и амбулаторное лечение заболевания. На III этапе пациенткам оказывалась стационарная специализированная гинекологическая помощь. На IV этапе больные получали комплексную реабилитацию в санаторно-курортных и во внекурортных условиях.

При проведении скрининг-диагностики в первую очередь выделялись больные, требующие неотложных мероприятий – это были пациентки с жалобами на обильные кровянистые выделения, боли внизу живота, с резко выраженными клиническими проявлениями МКПП и вторичной постгеморрагической анемии, выявленными при оценке объективного гинекологического и соматического статуса. Эти больные были обследованы и пролечены в условиях стационара. Всем пациенткам после детального обследования проводилась комплексная терапия, разработанная с учетом наличия ЖДА и рецидивирования процесса.

Результаты. Установлено, что 52 (40,6%) больные были доставлены в гинекологическое отделение ургентно, остальные были госпитализированы в плановом порядке. Основными при поступлении были жалобы на кровянистые выделения из половых путей разной интенсивности и длительности, слабость, тошноту, головокружение, боли внизу живота, незначительное повышение температуры тела. При проведении дифференциальной диагностики исключались: беременность, травмы, пороки развития, болезни кроветворной системы, онкологические процессы и воспалительные заболевания гениталий, как возможные причины кровотечений из половых путей. У большинства обследованых (70,3%) на момент госпитализации были умеренные кровянистые выделения из половых путей, обильные выделения диагностированы у 15,6% больных, скудные мажущие выделения отмечались у 14,1% пациенток. Большинство обследованых девочек (76,5%) поступили в гинекологическое отделение впервые, у 23,5% больных было рецидивирующее течение МКПП. У 56% пациенток кровотечение длилось 20-30 дней, у 30% - в пределах 10-12 дней, у 14% - больше 30 дней. Длительность кровотечения была от 10 до 68 дней.

Умеренные кровянистые виделения, как правило, не сопровождались изменениями общего состояния, так как организм компенсаторно справлялся с незначительной кровопотерей, в то время, как при обильных выделениях часто наблюдались признаки постгеморрагической анемии: выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых, головокружение, общая слабость, кратковременные потери сознания. У 29,6% обследованых отмечались боли в нижних отделах живота, им в первую очередь была исключена хирургическая и акушерско-гинекологическая патология, связанная с клиническими проявлениями «острого живота» (острый аппендицит, апоплексия яичника, внематочная беременность, опухоли придатков и др.).

Анализ становления менструальной функции показал, что у 48 (37,5%) обследованных девочек-подростков с МКПП длительность менструального возраста (МВ) была от 3-6 до 12 месяцев; у 26 (20,3%) больных МКПП возникло с менархе, у 20 девочек (15,6%) от менархе до возникновения кровотечения прошло от 1 до 3 лет, у 34 (26,6%) пациенток МВ составил более трех лет.

При оценке вероятных причин появления кровотечения анализ неблагоприятных перинатальных факторов выявил, что у 80,7% матерей больных девочек диагностирована ЭП (заболевания инфекционно-воспалительного характера - 36,1%, эндокринопатии - 17,1%; гормонально-зависимые заболевания органов малого таза и молочных желез - в 23,5% случаев). Осложнения во время беременности и в родах у матерей обследованных больных выявлены в 87,9% и в 67,3% случаев, - соответственно. Во время беременности

у матерей отмечены: анемия, угроза прерывания беременности, ранний и поздний гестозы; в родах: острая и/или хроническая гипоксия плода у каждой второй, быстрые роды, крупный плод у каждой третьей, внутриутробное инфицирование у 20%, малая масса тела при рождении - в 16% случаев).

Выявлено, что важными факторами риска возникновения МКПП являлись острые инфекционные (чаще респираторные) заболевания в нейтральном периоде (в 54,6% случаев) и в препубертате (в 44,3% случаев), наличие очагов хронической инфекции в 64,9% случаев (хронический тонзиллит, пиелонефрит). Нередко пусковым механизмом развития кровотечения был острый или хронический стресс.

При эхографическом обследовании у 62,3% пациенток с МКПП на фоне нарушений гормонального статуса выявлялись патологические изменения в эндометрии, характеризующиеся его гиперплазией на фоне размеров матки, превышающих возрастные параметры. У 47,7% обследованных при УЗИ визуализировались множественные атретические фолликулы. У 34 больных МКПП сопровождалось увеличением ячников и наличием в них ретенционных образований, в основном, с одной стороны. Как правило, при УЗИ визуализировались персистирующие фолликулы (до 26 мм в диаметре) или кисты (у 26,6% девочек). Размеры кист находились в пределах 34-56 мм в диаметре, чаще визуализировались справа. У этих больных, как правило, выявлены высокие уровни ПРЛ, у половины из них - повышение уровня Э2, у 25% обследованных – уровня Т, индекса Э2/Т при снижении уровня ПРГ у подавляющего большинства пациенток. В большинстве случаев отмечались гипо- и нормоэстрогения, гиперэстрогенная форма кровотечения чаще выявлялась у подростков с более длительным МВ и не зависела от паспортного возраста.

Индивидуальный анализ гонадотропной функции гипофиза у больных с МКПП позволил установить ее выраженные изменения. Несмотря на то, что средние показатели не имели статистически значимых различий с контролем, угнетение гонадотропной функции в виде параллельного снижения уровней ЛГ и ФСГ определено у 29,7% девочек (чаще младшей возрастной группы - 11-14 лет). Селективное снижение ЛГ на фоне умеренного и повышенного уровня ФСГ наблюдалось у 39,8% подростков, повышенный уровень обоих гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) установлен у 13 10,2% пациенток. В остальных случаях содержание гонадотропинов колебалось в пределах, аналогичных показателям у здоровых сверстниц.

Таким образом, у 79,7% пациенток с МКПП выявлены нарушения продукции гонадотропинов. Кроме того, обнаружены изменения соотношения между ЛГ и ФСГ. Показатели индекса ЛГ/ФСГ в контрольной группе находились в пределах 0,6 – 1,9 (в среднем - 1,1). У обследованных с МКПП индекс ЛГ/ФСГ в 63,3% случаев был 0,5 и ниже.

Динамическое кольпоцитологическое обсследование вместе с оценкой базальной температуры у большинства девочек-подростков с МКПП подтвердило ановуляторный характер кровотечений.

У 98 (76,6%) подростков МКПП сопроводжалось развитием ЖДА. У 53 (54,1%) из них отмечалась ЖДА 1 степени, у 27 (27,6%) больных - 2 степени, 18 (18,4%) пациенток - 3 степени. При изучении показателей гемоглобина, СЖ и Ф установлено, что у всех девочек-подростков с МКПП уровень Ф был сниженым даже при показателях гемоглобина не ниже 120 г/л, а у больных с ЖДА его концентрация составила в среднем 17,8+2,8 мкг/л. Уровни СЖ были резко снижены при анемии 2-3 степени.

Лечение больных с МКПП проводилось комплексно, с учетом возраста пациенток и тяжести их состояния. В первую очередь неотложные мероприятия базировались на выборе консервативного или хирургического способа остановки кровотечения, включали терапию, направленную на скорейшее достижение гемостаза и борьбу с вторичной постгеморрагической анемией. При компенсированном состоянии и нерезко выраженной анемизации лечение начинали с применения консервативной симптоматической терапии: утеротонических средств, медикаментов, регулирующих состояние свертывающей и противосвертывающей системы крови, витаминов, препаратов железа, фитотерапии, седативных средств, применения преформированных физических факторов (энтеральная оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация и др.). При неэффективности проведенного лечения, рецидивирующем характере кровотечения или изначально состоянии больной средней тяжести или тяжелом, - проводилась интенсивная терапия (инфузионное введение окситоцина, препаратов транексама, кровезаменителей, свежезамороженной плазмы, восполнение объема циркулирующей крови, баланса электролитов и т.д.) с параллельным назначением гормональной терапии (монофазные эстроген-гестагенные препараты с содержанием эстрогенного компонента, не менее 30 мкг в таблетке – по схеме, с учетом массы тела, интенсивности и длительности кровотечения) и внутривенным введением препаратов железа.

Обсуждение и заключение. Проведенное исследование показало, что МКПП у девочек-подростков возникают на неблагоприятном преморбидном фоне, при наличии отягощенной наследственности по нарушениям репродуктивной функции у матерей обследованных больных, при высокой частоте встречаемости ЭП, часто на фоне стресса, при наличии очагов хронических инфекций. У пациенток пубертатного возраста маточные кровотечения в 76,6% случаев осложняются вторичной постгеморрагической анемией. Во время кровотечения в организме подростка, даже при нормальных цифрах гемоглобина и эритроцитов, уже существуют ранние латентные изменения в органах-депо железа, опережающие нарушения в картине красной крови, подтверждаемые снижением содержания СЖ и транспортного белка – Ф в сыворотке крови. МКПП сопровождаются выраженными изменениями в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, что отражается на структурных характеристиках внутренних половых органов, выявляемых при динамическом УЗИ (увеличение матки, яичников, гиперплазия эндометрия).

Выводы. МКПП является тяжелым нарушением менструальной функции, негативно отражающемся на качестве жизни девочек-подростков в периоде полового созревания. Необходимость сохранения репродуктивного потенциала таких пациенток требует дифференцированного подхода к ранней диагностике и высококвалифицированного выбора терапевтической тактики, с учетом тяжести состояния пациенток, наличия ЭП, степени постгеморрагической анемии, назначения гормональной терапии по строгим показаниям и в адекватных для пубертатного периода дозировках.

Эффективность терапии будет в значительной степени зависеть от скорости постановки правильного диагноза, адекватной оценки тяжести состояния больных для выбора метода гемостаза и лечения постгеморрагической анемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кузнецова М.Н. Патология репродуктивной системы в период ее становления // Руководство по эндокринной гинекологии под ред Е.М.Вихляевой. – М.: 2006. – С. 229– 366.
2 Гуркин Ю.А. Гинекология подростков // Руководство для врачей. – СПб.: Фолиант, 2000. — 574 с.
3 Тучкіна І.О. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією: дис. ... д-р. мед. наук — Харьков. 2007. — 39 с.
4 Тучкина И.А. Оптимизация негормональной терапии в комплексном лечении метроррагий у девочек-подростков // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского: Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – Симферополь: 2009. – Т. 145. - С. 276 – 280.
5 Диннік, В. О. Пубертатні маткові кровотечі: клініка, патогенез, лікування, прогноз: дис. ...д-р. мед. Наук - К., 2010. — 39 с.
6 Вовк І.Б. Своєчасна діагностика і терапія пубертатних маткових кровотеч у дівчаток – запорука репродуктивного здоров'я // Нова медицина. - 2003. - №5. - С.46-50.
7 Livingstone M. Mechanism of abnormal uterine bleeding // Num. Reproduc. Update. - 2002. - v.8. - №1. - P.60-67.
8 Бабенко-Сорокопуд І.В. Психосоматические аспекты нарушения менструального цикла у девочек – подростков //Медико - соціальні проблеми сім'ї. - 2003. - Т.8. - №1. - С. 114-119.
9 Тучкина И.А. Современные подходы к диагностике гинекологической патологии детского и подросткового возраста // Медико-социальные проблемы семьи. - 2003. - Т.8. - №2. – С.109-114.

I.O. TUCHKINA, Z.O. GILENKO
Kharkiv National Medical University

EMERGENCY CARE IN ADOLESCENTS WITH PUBERTAL UTERINE BLEEDING, COMPLICATED WITH HEMORRHAGIC ANEMIA ON THE BACKGROUND OF EXTRAGENITAL PATHOLOGY

Resume: Surveyed 128 girls aged 11-18 with pubertal uterine bleeding (PUB), complicated by secondary posthemorrhagic anemia (at 76.6%) on the background of extragenital pathology (at 75%). The main risk factors of PUB were unfavorable premorbid background in neutral and prepubertal periods (44.3% and 54.6% of cases - respectively), the presence of foci of chronic infection (64.9 % of cases). 40.6% of girls were delivered to the clinic urgently, 15.6% of patients needed resuscitation. Effectiveness of therapy depended on the speed of the correct diagnosis, adequate assessment of the severity of patients to select the method of hemostasis and treatment of posthemorrhagic anemia.
Keywords: adolescent girls, pubertal uterine bleeding, posthemorrhagic anemia.

УДК 618.145-007.415-053.5/.81-036.1-07-085

Ш.М. САДУАКАСОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.М. НЕСИПБАЕВА
Кафедра акушерства и гинекологии №1
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Статья посвящена оценке эффективности терапии дисменореи препаратми нимесулид и дидрогестерон у девочек-подростков. I группу составили девочки с нормальным уровнем эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови, которым назначался нимесулид по 100 мг 2 раза в сутки перорально 3 дней в течение 6 менструальных циклов. II группу составили девочки с нормальным содержанием эстрадиола на фоне сниженного уровня прогестерона, которым назначался дидрогестерон по 10 мг 2 раза в сутки перорально в течение 6 менструальных циклов. Дисменорея с менархе наблюдалась у 36 (56,2%) девочек, через 6 месяцев у 14 (21,8%) девочек, через 12 месяцев у 8 (12,5%), через 18 месяцев у 6 (9,5%). При анализе соматической заболеваемости у девочек обеих групп большой удельный вес составили простудные заболевания (ОРВИ, ОРЗ) у 47,0% (30) обследуемых. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдались у 25,0% (16), аллергические заболевания у 15,5% (10), болезни мочевыделительной системы у 12,5% (8) девочек. После терапии препаратом нимесулид отмечалось купирование болевого синдрома у всех девочек I группы к 6 месяцу терапии при минимальной частоте побочных эффектов (3,3%). Применение препарата дидрогестерон во II группе обследуемых сопровождалось стойким терапевтическим эффектом с купированием болевого синдрома у 93,3% (28) девочек к 6 месяцу терапии и восстановлением овуляторных менструальных циклов у большинства пациенток 87,0% (26).

Введение.

Дисменорея является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний среди девочек ювенильного возраста. Частота дисменореи у девочек колеблется от 43 до 90% [1, 2, 3], причем более чем у каждой второй заболевание приводит к снижению трудоспособности и социальной адаптации. Дисменорея – это циклический патологический процесс, проявляющийся болями внизу живота в дни менструации и сопровождающийся комплексом психоэмоциональных, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных расстройств [4]. Болезненная менструация в большинстве случаев оказывается одним из симптомов гинекологического, соматического или психосоматического заболевания, а иногда и их сочетания. При дисменорее, обусловленной нейроэндокринными факторами, изменения психоэмоционального состояния возникают в связи с общностью механизмов регуляции эндокринных и психовегетативных функций, находящихся в структурах лимбико-ретикулярного комплекса [1,4].

Дисменорею принято подразделять на первичную и вторичную [4]. Первичная дисменорея чаще всего возникает с менархе или через 1-1,5 года от менархе при становлении овуляторных циклов. Вторичная дисменорея является следствием органических патологических процессов внутренних половых органов. Сочетание гормональных, нейровегетативных, обменных, психоэмоциональных нарушений при дисменорее требует комплексного дифференцированного подхода к лечению этого

заболевания. Широкое внедрение в клиническую практику медикаментозной и немедикаментозной терапии не вызвало значительного снижения частоты дисменореи у девочек, что, возможно, обусловлено отсутствием дифференцированного подхода к лечению и коррекции нейровегетативных, обменно-эндокринных, психоэмоциональных нарушений.

Основной принцип лечения первичной дисменореи – фармакотерапия, направленная на снижение продукции простагландинов и нормализацию менструального цикла [1, 2, 4]. Исходя из теории возникновения дисменореи, основу которой составляет нарушение синтеза и обмена арахидоновой кислоты и продуктов ее метаболизма (простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов и др.), многие исследователи считают достаточным применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в комплексе с антиоксидантами [1, 2].

В ряде патогенетических механизмов развития дисменореи лежит гипотеза о снижении уровня прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла, в связи с чем доказана высокая эффективность применения прогестагенов и комбинированных оральных контрацептивов при лечении дисменореи [1, 2]. Изменение соотношения половых стероидов в предменструальный период (эстрадиола и прогестерона) сопровождается изменением скорости окисления свободных жирных кислот; усилением выброса окситоцина, вазопрессина, брадикинина, релаксина и биогенных аминов в миометрии; активацией синтеза циклооксигеназы и простагландинсинтетазы [1, 2, 5]. Эти процессы потенцируют образование и выброс простагландинов. Гиперпростагландинемия способствует гипоксии и ишемии миометрия, что приводит к спастическим сокращениям матки, вызывая болевой синдром. Предполагается, что в генезе дисменореи основное значение имеет повышение концентрации ПГ Е2 на фоне сниженной секреции прогестерона. Для возникновения болевого ощущения необходимо раздражение нервных окончаний биологически активными веществами из группы кининов, простагландинов, а также йонами К и Са, в норме находящимися внутри клеток [5]. Во время менструации нарушается целостность клеточных мембран эндометрия и биологически активные вещества выходят в межклеточное пространство, раздражая нервные окончания [2, 5]. Повышение уровня свободного кальция в матке стимулирует продукцию простагландинов F2a [1, 5]. В результате влияния повышенной концентрации простагландинов в крови и накопления солей калия и кальция в тканях может возникать ишемия в других органах и тканях, что приводит к появлению таких симптомов как головная боль, рвота, диарея, тахикардия и др. Применение препаратов антипростагландинового действия приводит к уменьшению болевого синдрома почти у 80% женщин с дисменореей [2, 5]. Ингибиторы простагландинсинтетазы – нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, ибупрофен, нимесулид, напроксен, новиган и др.) нашли широкое применение в терапии дисменореи.

Патогенетически обоснованным методом терапии дисменореи является гормональная терапия, в связи с этим применяются гестагены и комбинированные гормональные контрацептивы [1, 2]. Гестагены принимаются во вторую фазу цикла, не оказывают влияния на овуляцию, вызывают полноценную секреторную трансформацию эндометрия, подавляют пролиферативные процессы в эндометрии, снижают митотическую активность клеток, что в комплексе способствует снижению продукции простагландинов и сократительной активности матки.

Важное значение при сборе анамнеза имеют сведения о перенесенных соматических, инфекционных заболеваниях, их течении, оперативных вмешательствах по поводу акушерско-гинекологической и экстрагенитальной патологии. Совокупное влияние нескольких хронических соматических заболеваний может служить неблагоприятным фоном, при котором дополнительные факторы могут оказать провоцирующее влияние на возникновение дисменореи. В этой связи заслуживают внимания мнения многих исследователей [6, 7], что перенесенные оперативные вмешательства по поводу острого аппендицита или грыжесечения могут провоцировать появление дисменореи и являться причиной формирования у них аппендикулярно-генитального синдрома. По литературным данным, более чем у половины больных (66,7%) появлению дисменореи предшествовало воздействие различных стрессовых ситуаций (36,8%), физическое и психическое перенапряжение (29,9%), которые приводят к эмоциональной нестабильности подростков, снижению порога болевой чувствительности и развитию стойкого болевого синдрома [2]. Сложность лечения дисменореи у девочек ювенильного возраста связана с большим количеством обусловливающих ее факторов.

Целью исследования явилась оценка эффективности терапии дисменореи у девочек-подростков препаратами нимесулид и дидрогестерон.

Материалы и методы исследования.

Нами обследовано 64 девочек-подростков с функциональной дисменореей, которым проведено обследование, включающее сбор анамнеза, общий осмотр, ректо-абдоминальное исследование, ультрасонографию органов малого таза с целью исключения органической патологии репродуктивных органов, определение уровня гормонов эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Средний возраст девочек с дисменореей составил 16,8 лет. Обследованные были распределены на 2 группы по 32 девочек в каждой группе. Первую группу составили девочки с нормальным уровнем эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови, им назначался НПВП (нимесулид) по 100 мг 2 раза в сутки перорально 3 дней в течение 6 менструальных циклов. Вторую группу составили девочки с нормальным содержанием эстрадиола на фоне сниженного уровня прогестерона в сыворотке крови, им назначался гестагенный препарат (дидрогестерон) по 10 мг 2 раза в сутки перорально в течение 6 менструальных циклов.

Результаты исследования и обсуждение.

Ректо-абдоминальное исследование проводилось перед менструацией. Ультрасонография проводилась на 7-8 и 21-23 день менструального цикла. Преимуществами этого метода являются доступность, безопасность, неинвазивность, высокая информативность [8]. В обеих группах при проведении ректо-абдоминального исследования и ультрасонографии органических изменений репродуктивных органов не выявлено. При анализе соматической заболеваемости у девочек обеих групп наибольший удельный вес составили частые простудные заболевания (ОРВИ, ОРЗ) у 47,0% (30) обследуемых. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдались у 25,0% (16), аллергические заболевания у 15,5% (10), болезни мочевыделительной системы у 12,5% (8) девочек. Дисменорея с менархе наблюдалась у 36 (56,2%) девочек, через 6 месяцев у 14 (21,8%) девочек, через 12 месяцев у 8 (12,5%), через 18 месяцев у 6 (9,5%), что согласуется с литературными данными о высокой частоте первичной дисменореи с менархе [2, 4]. По мнению некоторых исследователей, первичная дисменорея чаще возникает спустя 1,5–2 года от менархе, когда у большинства девочек устанавливаются овуляторные циклы [4].

В I группе девочки принимали нимесулид по 100 мг 2 раза в сутки перорально 3 дней в течение 6 менструальных циклов. Нимесулид является ЦОГ-2 селективным нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) из класса сульфонанилидов. Противовоспалительное и анальгезирующее действие НПВП реализуется через подавление циклооксигеназы II, участвующей в процессах воспаления, а побочные эффекты со стороны органов желудочно-кишечного тракта обусловлены ингибированием циклооксигеназы I [1]. Препарат обладает анальгезирующим действием, и целесообразность применения в первые 48-72 ч после начала менструации

определяется тем, что простагландины выделяются в менструальную жидкость в максимальных количествах в первые 48 ч менструации. Следует учитывать, что применение НПВП может сопровождаться рядом побочных эффектов (диспепсия, диарея, кожная сыпь и др.). Противопоказаниями к приему препарата являются язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, пептические язвы, острое кровотечение из желудочно-кишечного тракта, выраженные нарушения функции печени и почек, повышенная чувствительность к препарату, детский возраст (до 12 лет).

Значительное уменьшение выраженности или исчезновение болевого синдрома, повышение работоспособности в течение менструального цикла, улучшение общего состояния через 2 месяца от начала лечения наблюдалось у 73,3% (22) девочек, через 4 месяца – у 93,3% (28), через 6 месяцев – у 100% (30). В 3,3% случаев наблюдались диспепсические расстройства (тошнота) при приеме в течение 6 менструальных циклов. Рядом исследователей отмечено, что применение ЦОГ-2 селективных НПВП в 85% случаев дает стойкий терапевтический эффект при минимальном количестве побочных проявлений на организм [1].

Во II группе девочки принимали дидрогестерон в течение 6 месяцев с 5-го по 25-й день менструального цикла в дозировке по 10 мг 2 раза в сутки перорально. Под влиянием прогестерона снижается выработка простагландинов в эндометрии, нервно-мышечных структурах и ЦНС. Тормозящее влияние прогестерона на сократительную активность миофибрилл обусловливает уменьшение или исчезновение болезненных маточных сокращений. Дидрогестерон не обладает эстрогенным, андрогенным, анаболическим эффектами, минералокортикоидной и глюкокортикоидной активностью, что позволило применить его с целью коррекции дисменореи у девочек ювенильного возраста. В результате применения препарата отмечалось стойкое купирование болевого синдрома, улучшение общего самочувствия через 2 месяца у 66,7% (20) девочек, через 4 месяца – у 86,6% (26), через 6 месяцев – у 93,3% (28). При приеме дидрогестерона не отмечалось прибавки массы тела, появления акне, гирсутизма. При определении уровня гормонов в сыворотке крови через 6 месяцев после применения дидрогестрона, овуляторные менструальные циклы были зафиксированы у 26 (87,0%) девочек этой группы. По данным исследователей, при приеме препарата в суточной дозировке 10–15 мг, дисменорея купировалась в 60–80% случаев, в дозе 20 мг в сутки – более чем в 90% наблюдений [1, 3].

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что применение в I группе препарата нимесулид явилось эффективным в лечении дисменореи. За счет его анальгезирующего, противовоспалительного действий препарата отмечалось купирование болевого синдрома у всех девочек этой группы при минимальном количестве побочных эффектов (3,3%). Применение препарата дидрогестерон во II группе обследуемых сопровождалось стойким терапевтическим эффектом с купированием болевого синдрома у 93,3% (28) девочек к 6 месяцу терапии и восстановлением овуляторных менструальных циклов у большинства пациенток 87,0% (26).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Дисменорея: современный взгляд на этиологию, патогенез и обоснование лечебного воздействия // Гинекология. - 2004. - №3. - С. 45 – 58
2 Аветисова Л.Р. Альгоменорея у девушек пубертатного возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1990. – 38 с.
3 Богданова Е.А. Дисменорея у подростков //Материалы симпозиума "Дисменорея, вопросы диагностики и терапии". – М. – 2000. – С. 9–11.
4 Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: ООО "МИА". – 2003. – 560 с.
5 Кучукова М.Ю. Роль эйкозаноидов в патогенезе и лечении дисменореи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 21 с.
6 Жарова О.Ю. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек // Современные проблемы детской и подростковой гинекологии. – СПб.: 1993. – С. 76–79.
7 Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. –СПб.: Фолиант, 2000. – 572 с.
8 Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки. – СПб.: ЭЛБИ, 2006. – 661 с.

ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДА
ДИСМЕНОРЕЯНЫ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Түйін: Бірінші топта дисменореяны емдеуде нимесулид препаратын қолданудың нәтижелілігі жоғары болды, оны қолдану кезінде қабынуға қарсы және анальгетикалық қасиеттеріне байланысты ауру сезімінің тежелуі барлық қыздарда байқалған, жанама әсерлері аз жағдайларда байқалды (3,3%). Екінші топта дидрогестерон препаратын қолдану тұрақты емдік нәтиже берді қыздардың көпшілігінде (93,3% - 28) ауру сезімінің тежелуімен овуляторлық етеккір циклдарының орнығуымен сипатталды (87,0% - 26).

SH. SADUAKASOVA, G.J. ZHATKANBAEVA, G.M. NESIPBAEVA
Department of Obstetrics and Gynaecology №1
Kazakh National medical university

EFFECTIVE TREATMENT OF DYSMENORRHEA IN ADOLESCENT GIRLS

Resume: Applying a first group of the drug nimesulide was effective in the treatment of dysmenorrhea. Due to its analgetic, anti-inflammatory action of the drug pain relief was noted in all groups of girls with minimal side effects (3.3%). Use of the drug dydrogesterone in the second group surveyed was accompanied by a persistent therapeutic effect with the relief of pain in 93.3% (28) girls at 6 month of therapy and recovery of ovulatory menstrual cycles in the mayority of patients 87.0% (26).

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

УДК 616.33/.34-002.446-084

А.Н. БАТЫРОВА, Г.С. БЕРДАЛИНА, Д.С. ДЖАРКЕНБЕКОВА
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ранняя эрадикация у НР-инфицированных больных в критических состояниях снижает частоту рецидивов и уменьшает вероятность развития осложнений в 96% случаев, а также позволяет в динамике оценить значимость НР-инфекции в генезе заболеваний и адекватно определить долгосрочную тактику ведения больного.
***Ключевые слова**: «стрессовая язва», желудочно-кишечное кровотечение и их рецидивы, геликобактерная инфекция*

Стрессовыми симптоматическими язвами (эрозиями) верхних отделов желудочно-кишечного тракта называют обычно острые, чаще поверхностные и множественные эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны, возникающие у тяжелых больных в критических состояниях.

Частота острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОГЭП) и обусловленных ими желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у больных терапевтического и хирургического профиля, находящихся в критическом состоянии, остается неуточненной. Так, по данным разных авторов, ОГЭП развиваются у таких больных с частотой от 1-3% до 80-90%, а ЖКК - от 5 до 47% [1,2,3,4,5]. По данным В.А. Кубышкина и В.К. Шишина [2] ОГЭП осложняются развитием ЖКК в 10–15% случаев, из которых до 60% становятся причинами летального исхода. Среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на долю ОГЭП приходится 10–20% [5].

Длительная, более чем столетняя история изучения патогенеза гастродуоденальных изъязвлений не привела специалистов, занимающихся этой проблемой, к единому мнению. В современной литературе высказываются различные, зачастую прямо противоположные представления о патогенетических механизмах возникновения гастродуоденальных, в том числе и стрессовых язв. Следствием этого является отсутствие и единых принципов эффективной профилактики.

Наряду с этим в литературе имеются немногочисленные данные о значении в генезе эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и осложнений (ЖКК и их рецидивов), где может играть роль НР-инфекции.

Этиологическая взаимосвязь и последовательность развития нарушений у больных, находящихся в критическом состоянии, объединяются в синдром острого повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки (СОПЖ и ДПК), который последовательно развивается в направлении повреждения целостности слизистой оболочки (дистрофические процессы в СОЖ и ДПК), усиления кислотно-петической агрессии, нарушения секреторно-моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны (парез желудка и ДПК, дуоденогастральный рефлюкс) => прямая деструкция эпителиоцитов СОЖ и ДПК при её обсеменении геликобактерной инфекцией (некроз с аррозией кровеносного сосуда гастродуоденальной зоны). Основными причинами повреждения целостности слизистой оболочки желудка и ДПК при стрессовых язвах (эрозиях) при критических состояниях являются: локальная ишемия-реперфузия, сопровождающаяся избыточным синтезом оксида азота, радикалов O_2, цитокинов, снижением синтеза защитных простагландинов, гибелью эпителиальных клеток, угнетением процесса их регенерации и цитотоксическим действием геликобактерной инфекции (НР).

Исходя из вышеизложенного, возникают закономерные вопросы: при стрессе – после перенесенного шока или оперативного лечения или при тяжёлом течении терапевтических заболеваний, связано ли развитие осложнений гастродуоденальной зоны с хеликобактерной инфекцией? Если да, то возможно ли перенести положительный опыт лечения хеликобактерной инфекции в элемент активной профилактики стрессовых язв?

Ответы на эти вопросы, на наш взгляд, могло бы способствовать разработке оптимальной схемы профилактики и фармакотерапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны.

Методы исследования.

В работе использованы общеклинические и специальные методы обследования больных. Анализу подвергнуты наиболее значимые клинические признаки заболевания, данные анамнеза и результаты параклинических методов исследования.

Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале SAPS (Simplfied Acute Physiological Score) и исходу заболевания. К группе «высокого риска» относили пациентов, имеющих более 21 балла по шкале SAPS.

Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, дополнительно проводились:

1. Степень кровопотери (классификация Воробьева А.И., 1994г.).
2. Состояние гемостаза (показатели ПТИ, фибриногена и АЧТВ).
3. Показатели центральной гемодинамики (ОЦК, ОПСС, УО и МОК).
4. Параметры дыхания и кислотно-щелочное состояние (pHа крови, лактат, PaO_2, $PaCO_2$, SaO_2 и активность буферных систем).
5. Эндоскопическое исследование (локализация, размер поражения, давность начала кровотечения, источник и активность кровотечения по критериям Forrest).
6. Исследование pH желудочного сока (при помощи индикаторной бумаги).
7. Морфологическое исследование (окраска Романовского-Гимзе).
8. Диагностика НР-инфекции (ГЕЛИК-тест, ХЕЛПИЛ-тест, быстрый уреазный тест с гистологическим исследованием).

Результаты исследования и лечения.

Исследования проводились с момента поступления пациентов в клинику и в ОРИТ ЦГКБ, где и были получены использованные в исследованиях материалы. Всего за весь период (2004-2010 гг.) собраны материалы по 463 случаям заболевания ЖКТ.

К исследованиям привлекались 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, получавших лечение в интенсивной терапии, у которых основное заболевание, осложнилось стрессовым эрозивно-язвенным кровотечением. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет, из них женщин – 53 (44,1%), мужчин – 67 (55,8%).

Исследуемые больные 1-ой группы (хирургического профиля) и 2-ой группы (терапевтического профиля) со стрессовыми гастродуоденальными кровотечениями были подразделены на две подгруппы в зависимости от наличия НР-инфекции.

Всем больным в условиях отделения интенсивной терапии вне зависимости от выявления HP-инфекции проводилась стандартная комплексная терапия, включающая посиндромную и антисекреторную терапию, по показаниям - искусственная вентиляция легких (ИВЛ), коррекция водно-электролитного баланса (ВЭБ), кислотно-основного равновесия (КОР) и нарушений центральной гемодинамики, а также раннее энтеральное питание. HP-позитивным больным проводилась стандартная комплексная терапия с эрадикацией, а HP-негативным проведена стандартная комплексная терапия без эрадикации с применением антисекреторных препаратов.

Для определения эффективности профилактического лечения стрессовых эрозивно-язвенных осложнений были проведены наблюдения за **83** больными, поступивших в ОРИТ с диагнозом: «Геморрагический шок» за 9 месяцев **2009 г**., которые сравнили с категорией больных, поступивших в ОРИТ ЦГКБ с диагнозом: «Геморрагический шок» - по архивным данным за период **2007г. – 134** больных и **2008г. – 126** пациентов, обозначив их «послешоковая группа больных».

Критерием отбора в основную и контрольную группы мы определили фактор, который по литературным данным являются наиболее частой причиной развития стрессовых поражений ЖКТ – геморрагический шок. Формальными критериями отбора на этапах оказания помощи являлись:

1) выставлен диагноз «геморрагический шок» различной степени тяжести;

2) фиксирование в истории болезни гипотонии со снижением систолического АД ниже 100 мм рт.ст.

Критериями верификации наличия у больного стрессовых поражений ЖКТ являлись наличие кровотечения из ЖКТ, источник которого подтвержден на ЭФГДС и отсутствие у больного язвенного анамнеза, и он не принимал лекарственные препараты, которые могут вызвать аналогичное поражение ЖКТ.

Основная и обе контрольные группы являются однородными по следующим показателям:

- все больные перенесли геморрагический шок, то есть перенесли острое критическое – стрессовое состояние;
- имеют сходный возрастной и половой критерий.

Всем больным основной группы – **83** пациента (9 месяцев 2009г.) сразу после выведения из геморрагического шока проведено обследование на HP-инфекцию. HP-инфекция выявлена у **51 (61,4%)** из **83** пациентов, которым и проводилась комплексная терапия с эрадикацией в качестве профилактики стрессовых поражений. Возраст больных колебался от 16 до 45 лет, из них женщин – 36 (43,3%) и мужчин – 47 (56,6%).

Контрольным группам больных за период **2007г.** и **2008г.** проводилась стандартная посиндромная терапия без эрадикации, применялись антисекреторные препараты с целью профилактики развития стрессовых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ.

Разработанный метод профилактики стрессовых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны включал в себя назначение с первых суток после выявления HP-инфекции, согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса IV (квадротерапия), одной из известных схем эрадикационной терапии, включавшая париет (20 мг 2 раза в сутки per os) или контролок (40 мг 2 раза в день в иньекциях) в сочетании с де-нолом по 120 мг 4 раза в сутки, метранидазолом по 500 мг 3 раза в сутки и тетрациклином по 500 мг 4 раза в сутки. Длительность лечения в стационаре составила 10-14 дней.

Сравнительный анализ клинической эффективности профилактики стрессовых язв в виде кровотечений и их рецидивов показал, что у HP-инфицированных больных после проведения эрадикации количество стрессовых осложнений меньше в 2 раза по сравнению с необследованными на HP-инфекцию пациентов и позволяет уменьшить общую летальность в 2 раза и летальность от осложнений стрессовых язв с 57,1% до 33,3%.

Выводы.

1. Из 120 наблюдавшихся нами больных со стрессовыми язвами, осложненными гастродуоденальным кровотечением в 68,3% случаев выявляется HP-инфекция.
2. Из числа больных (68,3%) с HP-позитивным тестом рецидив гастродуоденального кровотечения имел место в 45% случаев.
3. Сочетание сопутствующих хронических соматических заболеваний у HP-позитивных больных повышает риск развития стрессовых гастродуоденальных кровотечений в 80% случаев.
4. При использовании ЭТ уровень общей летальности стрессовых осложнений гастродуоденальной зоны оказался в 2 раза меньше (основная группа), чем в контрольной группе, которым ЭТ не проводилась и она составила соответственно группам 1,2% и 3,9%.
5. ЭТ для профилактики стрессовых гастродуоденальных кровотечений у болбных с уже развившемся геморрагическим шоком способствовал уменьшению летальности от кровотечений до 33,3% (основная группа), в то время как среди пациентов с геморрагическим шоком (контрольная группа – без ЭТ) уровень летальности составил 57,1%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ding S.-Z., Minohara Y., Fan X. J., Wang J., Reyes V. E., Patel J., Dirden-Kramer B., Boldogh I., Ernst P. B., Crowe S. E. Helicobacter pylori Infection Induces Oxidative Stress and Programmed Cell Death in Human Gastric Epithelial Cells // Infection and Immunity. — 2007. — Т. 75. — № 8. — С. 4030—4039.

2 Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consil. med. - 2004. - №1. - С. 17-20.

3 Циммерман Я. С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии . - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 224 с.

4 Schemmer P., Decker F., Dei-Anane G. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients // Word J. Gastroenterol. – 2006. – №12 (22). – P. 3597-3601.

5 Van der Wouden E.J., Westerveld B.D. A patient with diabetes mellitus and recurrent peristomal bleeding // J. Med. – 2006. – Vol.64. - №8. – P. 314-316.

А.Н. БАТЫРОВА, Г.С. БЕРДАЛИНА, Д.С. ДЖАРКЕНБЕКОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ анестезиология және реаниматология

ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫҚ АЙМАҚТЫҢ СТРЕССКЕ БАЙЛАНЫСТЫ ДАМИТЫН ЭРОЗИВТІК ЖӘНЕ ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ПАТОГЕНЕЗДІК ЭДІСІ

Түйін: Өте ауыр халде жатқан HP-инфекциясымен зарарланған науқас адамдарға мейлінше ертерек эрадикациялық ем жүргізу нәтижесінде олардың 96%-ында аурулардың өршуінің жиілігі мен асқынулар дамуының мүмкіндігін тежеуге қол жеткізіледі. Сонымен қатар мұндай емді дер кезінде қолдану аурудың даму механизмін динамикалық бағамдауға және аталмыш науқастарды ұзақ мерзімді жүргізу тактикасын анықтауға мүмкіндік береді.
Түйінді сөздер: «күйзеліс жарасы», асқазан-ішек қанаулары және рецидивтер, Хеликобактерная инфекция

A.N. BATYROVA, G.S. BERDALINA, D.S. JARKENBEKOVA
S.D.Asfendiyarov Kasakh National medical university

THE PATHOGENICAL METHOD FOR PREVENTING STRESS EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF GASTRODUODENAL ZONE

Resume: Early eradication in HP-infected patients at critical states reduces the rate of recurrences and lowers the possibility of the complications development in 96% of cases and also it enables to evaluate in dynamics the importance of HP-infection in the genesis of the diseases and to determine the long-term tactics of managing a patient.
Keywords: «stress ulcer», gastric duodenal hemorrhage and their recurrences, Helicobacter infection.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ INTERNAL MEDICINE

УДК: 616.248: 616.34-08

Б.М. ТАЖИМЕТОВ, А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, У.А. ИСАБЕКОВА, С.М. МУКАНОВА, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, НИИ кардиологии и внутренних болезней
Алматы, Казахстан

РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

При определении содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой, отмечается зависимость их количества от степени основного заболевания.
***Ключевые слова**: бронхиальная астма, цитокины*

Бронхиальная астма является воспалительным заболеванием дыхательных путей, развивающимся вследствие взаимодействия различных клеток и медиаторов воспаления, действующих на определенном генетическом фоне и в результате взаимодействия различных факторов внешней среды. Результатом многочисленных исследований последних лет стало понимание трех основных аспектов патофизиологии бронхиальной астмы: аллергического воспаления, бронхиальной гиперреактивности и ремоделирования дыхательных путей.

При бронхиальной астме воспаление охватывает всю респираторную систему, включая верхние дыхательные пути, но именно воспаление средних бронхов является главной отличительной чертой бронхиальной астмы и характеризуется гиперсекрецией слизи, гиперемией и отеком слизистой оболочки, сужением просвета бронхов. При морфологическом исследовании биоптатов обнаруживают десквамацию эпителия, гиперплазию бокаловидных клеток, утолщение базальной мембраны вследствие отложения в ней коллагена, инфильтрацию слизистого и подслизистого слоев эозинофилами и лимфоцитами, повышение сосудистой проницаемости, отек слизистой оболочки, гипертрофия мускулатуры стенки. Воспаление носит персистирующий характер и сохраняется в интервалах между обострениями. Корреляция между тяжестью астмы и выраженностью воспаления в настоящее время не установлена.

Современные знания позволяют условно разделить аллергическое воспаление на четыре этапа:

- активация клеток-эффекторов (тучных клеток, эозинофилов, базофилов) при связывании аллергена с IgE, фиксированным на мембране посредством Fc эпсилон рецепторов 1 и 2 типа (FcεR1, 2), а также под действием других механизмов. Следствием этой активации является высвобождение медиаторов воспаления и других активных веществ;
- индуцированная химокинами и другими медиаторами миграция клеток воспаления в стенку бронхов;
- инфильтрация стенки бронхов Т лимфоцитами, дендритическими клетками, синтез цитокинов, способствующих выживанию клеток в очаге воспаления и их контакту с резидентными клетками бронхов;
- осуществление эффекторных функций: гиперпродукция слизи, апоптоз эпителиальных клеток, ремоделирование бронхов [1,2].

В настоящее время не вызывает сомнения, что активация неспецифических и специфических иммунных реакций связана с влиянием на различные гомеостатические системы организма целого ряда универсальных медиаторов, среди которых особое место занимают цитокины, контролирующие процессы реализации иммунной и воспалительной реактивности [3,4].

Целью нашего исследования явилось определение характера изменения концентрации цитокинов крови при бронхиальной астме.

Нами было изучено содержание цитокинов (ФНО- α, ИФН- γ, ИЛ- 1β, ИЛ-8) в сыворотке крови у 90 лиц, среди которых было 60 человек с бронхиальной астмой и 30 первичных здоровых донора (контрольная группа).

Как показали результаты исследований, общее содержание цитокинов при бронхиальной астме достоверно выше, чем у лиц групп контроля.

Так, уровни ФНО-α, ИФН-γ, ИЛ-1β, ИЛ-8 превышали контрольные величины соответственно в 1,6; 3,8; 1,7; 1,9 раза, однако, более детальный анализ выявил индивидуальные колебания указанных параметров в зависимости от периода болезни и степени тяжести.

Одним из ключевых цитокинов иммунных механизмов является фактор некроза опухоли -α (ФНО-α). В период разгара бронхиальной астмы уровень ФНО-α в сыворотке крови возрос и составил 73,55±3,08 мг/мл (45,97±2,26 мг/мл у здоровых доноров); а перед выпиской из стационара выявлялись тенденция к нормализации, хотя у 14 из 36 пациентов показатели так и не достигли значений контроля.

Период выздоровления характеризовался постепенной нормализацией в крови уровня ФНО-α (до 56,34±2,19 мг/мл), хотя у 8 из 36 пациентов его концентрация сохранилась повышенной.

Интерферон –гамма (ИФН-γ) – один из трех типов интерферона человека, обладающей наиболее выраженными иммуномодулирующими свойствами.

В первые 5-7 дней от начала развития бронхиальной астмы отмечалось достоверное повышение концентрации в крови интерферона- γ по сравнению с контрольной группой (715±18,22 мг/мл и 188,17±17,36 мг/мл соответственно). Вместе с тем, детальный анализ выявленных отклонений от нормы ИФН-γ обнаружил неодинаковую их направленность. При легком течении бронхиальной астмы содержание в крови ИФН-γ было самым высоким (736,18±16,18 мг/мл), затем по мере утяжеления болезни, ИФН-γ в крови прогрессивно снижалась. Дефицит интерферона-γ регистрировался при затяжном воспалении легких.

Трактовка выявленного дефицита ИФН-γ, на наш взгляд, исходит из сущности изучаемого показателя. Известно, что интерферон-γ (иммунный) синтезируется активированными Т-лимфоцитами ответ на антигенный или мутагенный стимул. Он обладает иммунорегуляторным, противовирусным и антипролиферативным действием. Снижение синтеза ИФН-γ при тяжелом и осложненном течении бронхиальной астмы может свидетельствовать о недостаточной эффективности защитных сил организма, что способствует персистированию воспалительного процесса.

Проведенный корреляционный анализ показателей иммунного статуса у больных в остром периоде бронхиальной астмы выявил прямую слабую корреляционную зависимость между уровнями ФНО-α и ИФН-γ, которая может свидетельствовать о сонаправленном действии этих медиаторов воспаления.

Период выздоровления у 82,5% больных уровень ИФН-γ в крови практически достиг показателей здоровых лиц,

однако у остальных 17,5% пациентов он оставался повышенным.

Аналогичные результаты получены при исследовании содержании в сыворотке крови больных и у здоровых лиц цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-8.

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, которыми установлено, что интенсивные и длительные воспалительные процессы сопровождаются накоплением в сыворотке крови провоспалительных цитокинов. Так, ИЛ-1β является основным медиатором воспалительных реакций, который запускает иммунные процессы, индуцирует активацию и адгезию нейтрофилов, а ИЛ-8, являясь самым сильным хемоаттрактантом, определяет направленность движения нейтрофилов [5,6].

Суммируя полученные результаты, следует отметить, что при бронхиальной астме регистрируется гиперцитокинемия за счет провоспалительных цитокинов (ФНО- α, ИФН- γ, ИЛ-1β, ИЛ-8). Характер изменения концентрации цитокинов крови при бронхиальной астме имеет четкую тенденцию к увеличению от начальной к конечной стадии заболевания, от легкого к тяжелому течению болезни, что определяет значимую роль цитокин-опосредованных механизмов в патогенезе бронхиальной астмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные иммуномодуляторы: Основные принципы их применения // Иммунология. - 2000. - №5. - С. 4–7.
2 Намазова Л. С. Патогенетические основы дифференцированного лечения бронхиальной астмы у детей: дис. ... д-ра мед. наук - М., 2000. - 40 с.
3 Абаджиди М.А., Лукушкина Е.Ф. Мадинская И.В. Уровень цитокинов в секрете ротовой полости у детей бронхиальной астмой // Цитокин и воспаление. - 2002. - №3. – С. 15-19.
4 Адрианова Н.В., Довженко В.П., Федосеева В.Н. К вопросу об этиологии и специфической диагностике инфекционно-аллергической бронхиальной астмы // Бронхиальная астма. - М.: Медицина, 1969. - С. 72-75.
5 Блюм Н.Э., Антонов А.Р., Асядуллина Р.Р., Сафлоров И.Д. Особенности цитокинового баланса при хронической обструктивной болезни легких // Русский медицинский журнал. – 2006. - №22. – С. 1620-1621.
6 Дидковский Н.А., Малашонкиева И.К. Принципы иммунокорригирующей терапии при инфекционно-воспалительных заболеваниях респираторного тракта // Врач. - 2005. - №10. – С. 17-24.

Б.М. ТАЖИМЕТОВ, А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, У.А. ИСАБЕКОВА, С.М. МУКАНОВА, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

ӘМБЕБАП МЕДИАТОРЛАРДЫҢ БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕ АУРУЫ ДАМУЫНДАҒЫ РОЛІ

Түйін: Бронхиалды демікпе кезінде, науқастардың қанындағы қабыну алды цитокиндердің мөлшері негізгі патологияның ауырлық дәрежесіне тікелей байнаныты екендігі анықталды.

Түйінді сөздер: бронх демікпесі, цитокиндер

B.M. TAZHIMETOV, A.T. DYUSEMBAEVA, A.A. ABILOVA, U.A. ISABEKOVA, S.M. MUKANOVA, S.P. PERNEBEKOVA

Asfendiyarov Kazakh National medical university, Almaty, Republic of Kazakhstan

UNIVERSAL ROLE OF MEDIATORS IN THE DEVELOPMENT OF ASTHMA

Resume: In determining the content of proinflammatory cytokines in the serum of patients with bronchial asthma, there is the dependence of the amount of the degree of the underlying disease.

Asthma is an inflammatory disease of the respiratory tract, developing as a result of the interaction of various cells and inflammatory mediators, acting on a specific genetic background and the interaction of various environmental factors. The results of numerous studies in recent years has been the understanding of the three main aspects of the pathophysiology of asthma: allergic inflammation, bronchial hyperresponsiveness and airway remodeling.

Key words: bronchial asthma, cytokines

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ INFECTIOUS DISEASES

УДК 616.01. 616.8. 616.9

А.А. АСКАРОВА, И.С. КАЛДЫБАЙ, А.А. ТАНИРБЕРГЕНОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
кафедра инфекционных и тропических болезней

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ С МЕНИНГЕАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Статья посвящается актуальной проблеме «Дифференциальной диагностики заболеваний с менингеальным синдромом». В статье дана характеристика клинических проявлений общих инфекционных симптомов, общих мозговых и менингеальных симптомов. Уделено внимание проведению дифференциальной диагностики заболеваний, протекающих с острой головной болью: менингококковая инфекция, туберкулез, острые гнойные менингиты, вторично-гнойные менингиты, субарахноидальное кровоизлияние, опухоли головного мозга. Дан алгоритм проведения действий врача при наличии у пациентов менингеального синдрома. Первичный (этиологически неверифицированный) диагноз менингита устанавливают на основании сочетания оболочечного (менингеального), интоксикационного и ликворологического (воспалительных изменений цереброспинальной жидкости) синдромов.

Ключевые слова: *менингит, нейротоксикоз, менингеальный синдром, нейроинфекция, интоксикаця, менингизм.*

Актуальность: Актуальность данной статьи заключается в том, что поражение ЦНС встречается при многих заболеваниях и необходимо развивать клиническое мышление у врачей интернов и врачей общей практики по проведению дифференциальной диагностики «Менингеального синдрома», используя средства доказательной медицины, обследование согласно стандартам.

Цель исследования – дифференциальная диагностика заболеваний с менингеальным синдромом среди населения города Алматы.

Материал и методы исследования: Проведен анализ историй болезней пациентов с общей мозговой симптоматикой, находящихся на стационарном лечении во время прохождения цикла по «Инфекционным болезням».

Результаты и обсуждения: Проанализированы истории болезни пациентов с общей мозговой симптоматикой в возрасте от 20 до 40 лет. Проведена сравнительная характеристика клинических и лабораторных данных, представленная в таблице – 1.

Менингеальный синдром – симптомокомплекс, отражающий диффузные поражения оболочек головного и спинного мозга.

Менингеальный синдром может быть обусловлен воспалительным процессом, вызванным различной микробной флорой (менингит, менигоэнцефалит) или невоспалительными поражениями оболочек мозга. В этих случаях употребляют термин «менингизм». В случае воспаления этиологическим фактором могут быть бактерии (бактериальные менингиты), вирусы (вирусные менингиты), грибы (грибковые менингиты), простейшие (токсоплазмы, амёбы).[2]

Рисунок 1 – Этиология менингеального синдрома

Менингиты и энцефалиты продолжают оставаться распространенными формами поражения ЦНС как у детей, так и взрослых. Повышение заболеваемости менингококковой инфекции во всех странах мира, тяжесть и полиморфизм клинических проявлений, высокая летальность привлекают внимание врачей к этой болезни.

Несмотря на большое число работ, посвященных нейроинфекциям, проблема менингитов и энцефалитов полностью не решена. В первую очередь, это связано с многообразием этиологических и клинических форм нейроинфекций, изменением их течения на фоне рациональной, а часто и нерационального догоспитального этапа терапии. Кроме того, трудность дифференциального диагноза усугубляется наличием значительного количества заболеваний, сопровождающихся менингеальным и энцефалическим синдромами. В настоящее время частота встречаемости вирусных менингитов значительно превышает частоту встречаемости гнойных поражений мозговых оболочек.[1]

Среди нозологических форм менингитов часто встречаются серозные, гнойные (в том числе менингококковые) и менингиты туберкулезной этиологии.

На 2013г. в инфекционных больницах Алма-Аты с диагнозом "менингит" находились 155 человек, из них - 86 с серозным менингитом. В целом в период с 1 июля по 23 августа прошлого года в медицинские учреждения города было госпитализировано 490 человек с подозрением на менингококковую инфекцию, из них - 90 % дети до 14 лет [4].

Рисунок 2 – структура заболеваний в г. Алматы за 2012 год

Все формы менингитов характеризуются общемозговыми, общеинфекционными и менингеальными симптомами.

Общемозговые симптомы: головная боль распирающая, по всей голове, преимущественно – лоб, затылок. Головная боль обусловлена раздражением мозговых оболочек (ветвей V и X черепных нервов и симпатических волокон), а также связана с выделением токсических веществ с повышением внутричерепного давления (усиление продукции ликвора и нарушение его всасывания). Рвота - вследствие прямого или опосредованного раздражения триггерных зон на дне ромбовидной ямки.

Общеинфекционные симптомы: недомогание, повышенная раздражительность, гиперемия лица, повышение температуры тела, сдвиг формулы крови влево, брадикардия (затем тахикардия и аритмия) учащение дыхания (в тяжелых случаях – дыхание Чейн-Стокса).

Менингеальные симптомы: ригидность мышц тыла шеи, ригидность мышц спины и конечностей – симптом Кернига, симптомы Брудзинского (верхний, средний, нижний), симптом Лессажа – подвешивания (у детей).

Для дифференциальной диагностики между воспалительными поражениями оболочек мозга и менингизмом необходимо исследование СМЖ, полученной при спинномозговой пункции. В качестве дополнительных методов используют осмотр глазного дна, рентгенографию черепа, эхоэнцефалографию (у детей до года – сонографию), ЭЭГ, КТ и МРТ головного мозга. При наличии у больного менингеального синдрома целесообразен следующий алгоритм действий (рис. 3).[3]

Постановка диагноза начинается в приемном покое инфекционного стационара. Если нет сомнений в наличии менингита, что подтверждается имеющимися анамнестическими и объективными данными принимается решение о срочном проведении люмбальной пункции. Диагностическую спинномозговую пункцию следует проводить и при бессознательном состоянии больного. Спинномозговая пункция отсрочивается, если есть подозрение на отсутствие менингита при наличии у больного характерной клинической триады (головная боль, рвота, повышенная температура), ригидности мышц затылка, положительных симптомов Кернига, Брудзинского. Подобная картина характерна для менингизма, в основе которого лежит токсическое раздражение мозговых оболочек. Менингизм может наблюдаться при различных общих острых инфекционных заболеваниях (грипп, ОРВИ, пневмония, дезинтерия, вирусный гепатит и др.) или при обострений хронических заболеваний.

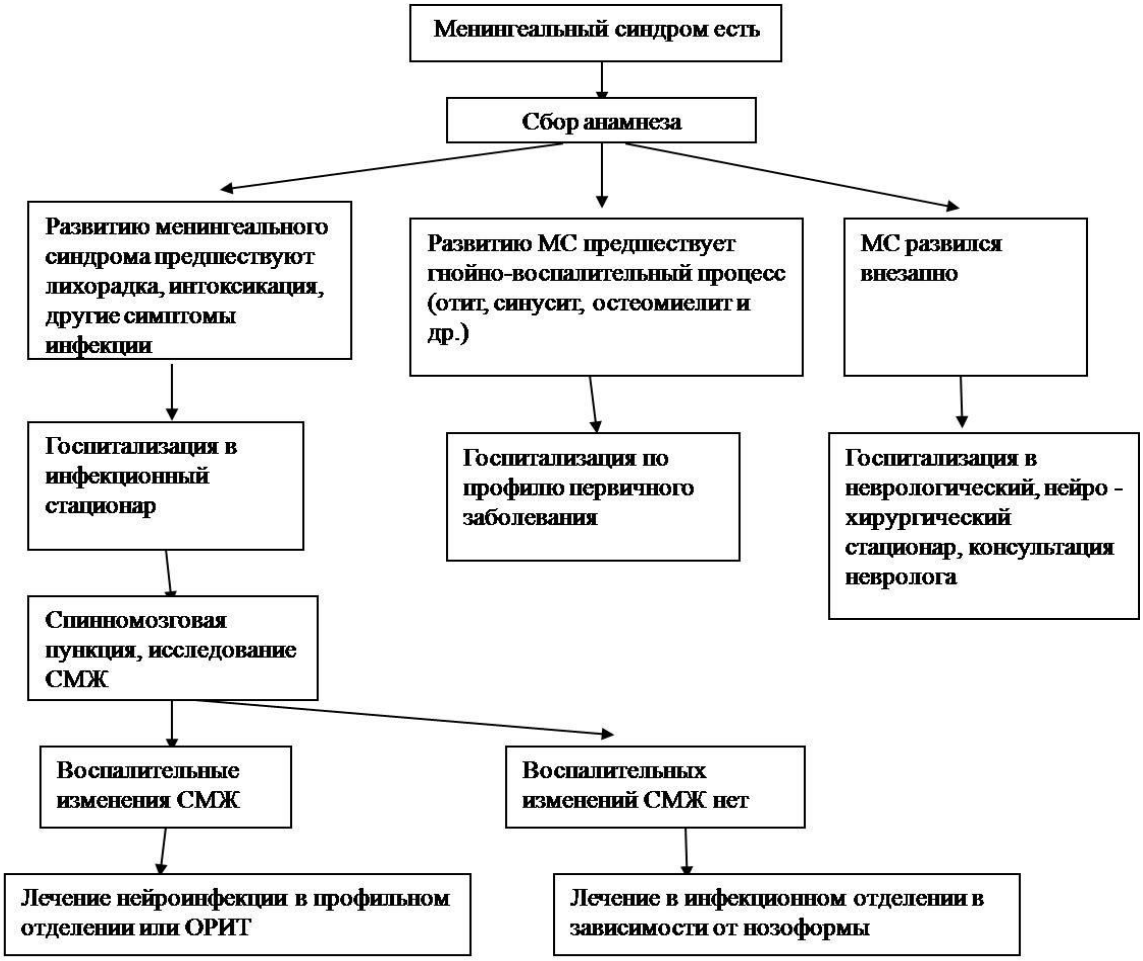


Рисунок 3 – Диагностический алгоритм при менингеальном синдроме

Дополнительным признаком менингизма может служить диссоциация менигиального синдрома – при наличии ригидности затылочных мышц и верхнего симптома Брудзинского, симптомы Кернига и нижний симптом Брудзинского отсутствует.[1, 2]

В качестве примера рассмотрим случаи из клинических историй представленной в таблице - 1.

Таблица 1 - Данные клинических историй

№ истории	1419	7619	7283	7520
Возраст	18.07.1990 (23)	03.07. 1976 (37)	24.12.1992 (21)	12.02.1991г.(22)
Пол	жен	муж	жен	муж
Соц.статус	Не работает	охранник	фармацевт	Не работает
День заболевания	30.11.13	19.12.13г	17.11.13	09.12.13 г
День госпитализации	02.12.13	20.12.13г	20.11.13	10.12.13 г
Диагноз предварительный	Серозный менингит. Лихорадка неясной этиологии	Менингококковая инфекция. Менингококковый назофарингит, тяжелое течение. Менингококковый менингит.	Серозный менингит. Менингококцемия.	Менингоэнцефалит. Преходящее нарушение мозгового кровообращения. Менингококковый назофарингит. Менингококковая инфекция. Кокковый менингит
Диагноз клинический	Серозный менингит, тяжелое течение. ОНМК, судорожный синдром	Сепсис, септикопиемия (пневмония, менингит, пиелонефрит), тяжелое течение	Менингококковая инфекция. Менингококковый менингоэнцефалит, тяжелое течение. Отек-набухание головного мозга.	Острая респираторная вирусная инфекция, тяжелое течение

Диагноз заключительный	Астено-невротический синдром	Сепсис, септикопиемия (пневмония, менингит, пиелонефрит), тяжелое течение	Острый гнойный менингоэнцефалит, тяжелое течение.	Острая респираторная вирусная инфекция, тяжелое течение с явлениями нейротоксикоза
Жалобы при поступлении	головная боль, повышение температуры тела до 40^0 С, тошнота, ломота в теле, боли в пояснице, сухой кашель.	слабость, озноб, судороги, повышение температуры тела, головная боль.	доставлена на носилках в тяжелом состоянии, в состоянии психомоторного возбуждения.	общая слабость, умеренная головная боль, першение в горле.
Температура	$39\text{-}40^0$ С	До 41^0 С	До 38^0 С	$38\text{-}39^0$ С
Сыпь, характер сыпи	нет	На коже груди вульгарные элементы	нет	нет
Менингиальные знаки	Регидность мышц затылка 3 п/пальца. Симптом Кернига отриц. с обеих сторон. Верхний Брудзинский положит	Ригидность мышц затылка - сомнительная. Симптом Кернига отриц. с обеих сторон	Регидность мышц затылка 2,5 п/пальца. Симптом Кернига сомнителен с обеих сторон	Ригидность затылочных мышц на 3-4 п/п. Резко положит. симптомы Кернига, Брудзинского с обеих сторон
ОАК	02.12.13г.: нормоцитоз, ускорение СОЭ (29мм/ч) 09.12.13г.: нормоцитоз, СОЭ – 34 мм/ч	21.12.13г.: лейкоцитоз ($22.2x10^9$/л), нейтрофилез 30.12.13г.: в пределах нормы	21.11.13г.: лейкоцитоз ($10,8x10^9$/л), СОЭ-45 мм/ч 28.11.13г.: лейкоцитоз ($17.9x10^9$/л), СОЭ-32 мм/ч	10.12.13г.: умеренный лейкоцитоз ($9,9x10^9$/л), лимфопения (14%) 15.12.13г.: в пределах нормы
ОАМ	02.12.13г.: без патологии	21.12.13г.: мутная, L1+, белок 2+, глюкоза 3+ 02.01.14г.: в пределах нормы	20.11.13г.: в пределах нормы	10.12.13г.: без патологии
Б/х крови	05.12.13г.: в пределах нормы	25.12.13г.: в пределах нормы 09.01.14г.: без особенностей	21.11.13 г: в пределах нормы	13.12.13 г.: в пределах нормы 15.12.13 г.: без особеностей
Бак.посевы	02.12.13г.- посев крови, кала, мочи, мазка зева на иерсиниоз, листериоз - отр.	22.12.13г.: посев кала, мочи, мокроты - отр. 22.12.13г.: посев мазка из зева - высев Staphylococcuse hemolyticus массивный рост. РПГА с иерсиниозным, брюшнотифозным а/г – отр.	20.11.13 г.: посев крови на менингококк– отр. 21.11-22.11.13 г.: посев крови на стерильность – отр. 24.11.13 г.: посев из ликвора на менингококк - отр. 24-25.11.13 г.: посев из н/г на менингококк - отр.	12.12.13г.: посев крови, кала, мочи, мазка зева на иерсиниоз - отр. 14.12.13 г.: посев из н/г на менингококк – отр.
Ликвор	04.12.13г.: кол-во – 2.0, цв.- бесцв. прозр., цитоз 5 в $мл^3$, белок 0,33%, глюкоза 6,2 ммоль/л, р. Панди (+-), лимф.- 5%	21.12.13г.: цв.- мутн. с желтоватым оттенком, цитоз 1258 в мл, белок 0,099%, глюкоза 3.1 ммоль/л, р.Панди (+++), лимф.-2%, нейтр. - 98% 30.12.13г.: цв.-проз, цитоз 55 в мл, белок 0,66%, глюкоза 2.8 ммоль/л, р. Панди (++), лимф.- 45%, нейтр. – 10%	20.11.13 г: цитоз-359 в 1 мл3, лимф.-32%, нейтр.- 68%, белок- 1,98%, глюкоза- 2,6 ммоль/л, р. Панди (++++), кокковая и диплококковая флора не обнаружена. Пленка не выпала. 13.12.13 г: цитоз- 14 в 1 мл3, лимф. -12%, нейтр.- 2%, белок - 0,33 %, глюкоза- 4,6 ммоль/л, р. Панди (+). Кокковая и диплококковая флора не обнаружена. Пленка не выпала.	10.12.13 г.: Цитоз-2, белок-0,033%, р.Панди (-+)
	Режим 1, диета 15.	Режим 1, диета 5.	Режим 1, диета 15.	Режим 1, диета 15.

Лечение	Антибактериальная терапия (цефтриаксон, доксициклин, амикацин). Патогенетическая терапия (глюкоза, поляризующая смесь, манит, кетотоп, супрастин, цероллин, фуросемид, дексаметазон, эуфиллин, брузепам, клексан, пле-спа).	Антибактериальная терапия (дориплекс, амикацин, ванкомицин). Патогенетическая терапия (эуфиллин, поляризующая смесь, манит, фуросемид, флунол, дексаметазон, клексан, брузепам, супрастин).	Антибактериальная терапия (пенициллин, амикацин, цеф 3, сумамед, дориплекс). Патогенетическая терапия (лефлокс, медовир, L – лизин эсцинат, дексаметазон, фуросемид)	Антибактериальная терапия (пенициллин, левофлоксацин). Патогенетическая терапия (дексаметазон, маннит, фуросемид, глюкоза, инсулин, аскор.к-та, вит.В1, вит.В6, брузепам, кетотоп, ацесоль)

На примере данных клинических историй видны трудности в постановке диагноза. Дифференциальная диагностика осуществляется с учетом всей совокупности клинических, эпидемиологических и лабораторных (ликворологических) данных, включая результаты специфической (этиологической) диагностики инфекционных и неинфекционных заболеваний, протекающих с наличием менингеального синдрома. На этом этапе для окончательного выяснения причины заболевания топики процесса, принятия решения о выборе дальнейшей тактики обследования и лечения больного нередко возникает необходимость в привлечении узких специалистов (невропатолога, оториноларинголога, фтизиатра, нейрохирурга, окулиста). С точки зрения инфекциониста, основной задачей данного этапа является своевременность постановки правильного диагноза заболеваний, протекающих с менингеальным синдромом.

Диагностические ошибки приходится на грипп (8,7 %), пищевая токсикоинфекции (3,4%), субарахноидальные кровоизлияния (3,2 %), также туберкулез, вторичные менингиты, менингококковая инфекция и другие первичные менингиты. Причиной диагностических ошибок при этих заболеваниях служит неправильная проверка и неадекватность оценка менингеального симптомокомплекса. При выраженном или сомнительном менингеальном синдроме больной с подозрением на менингит должен быть срочно госпитализирован в инфекционный стационар. В приемном покое помимо клинического осмотра производится забор крови для общего анализа, после чего больной госпитализируется в отделение или палату интенсивной терапии.

Врачами в первую очередь решается вопрос о наличии гнойного или серозного менингита, после чего производится спинномозговая пункция. Менингиты обусловлены микробами или вирусами. Как правило, бактериальная микрофлора вызывает гнойный процесс, а вирусы – серозный менингит.[1, 3]

В заключении хотелось сказать, что при постановке заключительного диагноза менингита врач должен руководствоваться клиническими данными, результатами лабораторно - инструментальных исследований, учитывать эпидемиологический анамнез, раннее перенесенные и переносимые заболевания.

Вывод:

- Менингеальный синдром обусловливается как воспалительным процессом, вызванным различной микробной флорой (менингит, менигоэнцефалит), так и невоспалительными поражениями оболочек мозга.
- Некоторые инфекционные и неинфекционные заболевания протекают с наличием менингеального симптома, что в свою очередь усложняет постановку правильного диагноза.
- Постановка диагноза должна основываться на клинических данных, с учетом всей совокупности клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, включая консультации узких специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Васильев В.С, Комар В.И, Цыркунов В.М. Практика инфекциониста. - 2 изд. - Минск: Высшая школа, 1994. - 495 с.
2 Н.Д.Ющук, Ю.Я.Венгерев. Инфекционные болезни // Национальное руководство. – М.: 2009. – С. 205.
3 Неотложные состояния и дифференциальная диагностика в клинике инфекционных болезней // Учебное пособие. – Челябинск: ГОУ ВПО «ЧелГМА», 2009. – С. 112.
4 Анализ заболеваемости вирусной инфекцией в г.Алматы за 2012 год // URL: http://www.almatyzdrav.kz/news/index.php?ELEMENT_ID=974&sphrase_id=1816
5 Зубик Т. М., Иванов К. С, Казанцев А. П., Лесников А. Л. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней // Руководство для врачей. – М.: 1991. - С. 336

А.А. АСКАРОВА, И.С. ҚАЛДЫБАЙ, А.А. ТАНИРБЕРГЕНОВА

МЕНИНГЕАЛДЫ СИНДРОММЕН ҚАТАР ЖҮРЕТІН АУРУДЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін: Мақала көкейкесті мәселеге «Менингеалды синдроммен қатар жүретін аурудың дифференциалды диагностикасына» арналады. Мақалада ортақ инфекцияның белгісінің, ортақ ми және менингеал белгінің клиникалық мінездеме берілген. Жалпы тәжірибе дәрігері көптеген инфекционды және инфекционды емес ауруларда, менингококты инфекцияда, эпидемиялық паротитте, кене менингоэнцефалитінде, сепсисте және тағы да басқа жағдайда кездесетін ми қабығының зақымдануын анықтай білуі керек. Менингитпен ауырған адамдардың тағдыры ерте диагностикаға және уақытылы тағайындалған терапияға байланысты. Менингиттің алғашқы (этиологиялық жағынан анықталмаған) диагнозы қабықтық (менингеалды), интоксикационды және ликворологиялық (церебоспиналды сұйықтықтың қабықтық өзгерісі) байланысы негізінде анықталады.

Түйінді сөздер: менингит, нейротоксикоз, менингеалды синдром, нейроинфекция, интоксикация, менингизм.

A.A. ASKAROVA, I.S. KALDYBAI, A.A. TANIRBERGENOVA

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DISEASES WITH MENINGEAL SYNDROME

Resume: This article is devoted to the actual problem «Differential diagnosis of diseases with meningeal syndrome». The paper presents the characteristics and clinical manifestations of common infectious symptoms of cerebral and meningeal symptoms. Paying attention to the differential diagnosis of diseases associated with acute headache: meningococcal disease, tuberculosis, acute purulent meningitis, secondary purulent meningitis, subarachnoid hemorrhage, brain tumors. An algorithm of the doctor's actions in the presence of meningeal syndrome patients. The initial (etiologically unverified) diagnosis of meningitis is set on the basis of combination tunicary, intoxication and inflammatory changes of cerebrospinal liquid syndromes.

Keywords: meningitis, neurotoxicosis, meningeal syndrome, neuroinfection, intoxication, meningism.

УДК 616.9 – 097 – 022 + 618.2/.3

Г.М. АХМЕТОВА, С.М. УТЕПБЕРГЕНОВА, А.Л. БАЛАБЕКОВА, С.К. БАХТЫГАЛИЕВА, Н. ИСМАЙЛОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті

АИВ-ИНФЕКЦИЯ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Осы мақалада АИВ-инфецирленген жүкті әйелдер үшін вирустың анадан балаға берілу жолдары, вирустың балаға берілу қаупін төмендетуге жағдай жасайтын терапия, вирустың берілуін күшейтетін факторлар қатары, босануды жүргізудің оңтайлы жолдары, босанғаннан кейінгі кезеңді жүргізу. Жұбайлардың бірі АИВ – инфицирленген болса, жүктілікті жоспарлау ерекшеліктері жайында жаңа технология. ҚР барлық облыстарындағы эпидемиологиялық жағдайды сипаттау, статистикалық мәліметтер қарастырылған.

Түйінді сөздер: *АИВ-инфекция, жүктілік, АРВ-терапия*

Мақсаты.

- АИВ-инфецирленген жүкті әйелдерге қажет ақпаратты толықтай жеткізу;
- АИВ-инфецирленген әйелдердің жүктілік ағымын жүргізу ерекшеліктерімен таныстыру;
- ҚР эпидемиологиялық жағдайды көрсету;

Зерттелуі.

- АРВ терапиясын қабылдаған жағдайда АИВ инфекциясының балаға жұғу жиілігін анықтау;
- Салыстырмалы түрде ҚР барлық облыстардың эпидемиологиялық статусын саралау;

Кіріспе.

Бүгінгі таңда антиретровирусты терапия әдістерін шыңдау АИВ-жағдайды түбегейлі өзгертті және АИВ-инфицирленген адамдардың өмір сүру сапасын жоғарылатты. Соңғы жаңалықтар бойынша АИВ-инфекциясы көптеген қолға алынған созылмалы аурулардың бірі ретінде қабылданды,бұл өз кезегінде АИВ-инфицирленген адамдарға толыққанды өмір сүруге, алға мақсат қоюға жағдай жасады.

Негізгі бөлім

АИВ- адамның иммунды жеткіліксіздік вирусы. Бұл вирус жыныстық қатынас арқылы, биологиялық сұйықтықтар арқылы және ана сүті арқылы беріледі. АИВ-инфекциясы анадан балаға берілуі мүмкін, алайда егер болашақ ана жүктілік кезінде антиретровирусты ем қабылдаған жағдайда вирустың нәрестеге өту қаупі айтарлықтай төмендейді, яғни АИВ жұқтырылған әйелден 98% сау бала, 2% инфецирленген бала туылуы мүмкін.

ЖИТС- бұл жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы, яғни АИВ оң адамның иммунитет жүйесі төмендеу нәтижесінде пайда болған аурулардың комплексі. АИВ оң адамда АИВ-инфекциясын жұқтырғаннан кейін бірнеше айдан бірнеше жылға дейін (17 жыл) ЖИТС болмауы мүмкін, ол адамның ерекшелігіне, өмір сүру дәстүріне, антиретровирусты емді қабылдау-қабылдамауына байланысты.

АИВ-инфецирленген ана сәйкес ем қабылдамаған жағдайда ұрыққа мына жолдар арқылы берілуі мүмкін:

- Жүктілік кезінде бала жолдасы арқылы
- Босану кезінде биологиялық сұйықтықтар арқылы
- Ана сүті арқылы

Егер сізде АИВ-инфекциясына тест оң болған жағдайда сіз жүктілік кезінде гинеколог маманымен қоса инфекционист дәрігерге қаралғаныңыз дұрыс. Дәрігер-инфекционист сізге антиретровирусты ем тағайындайды, бұл препараттар жүктілік кезінде және босану кезінде анадан балаға инфекцияның жұғу қаупін төмендетеді.

Есіңізде болсын, ем алу ешқашан кеш емес. Тіпті егер де сіз АИВ-инфецирленгеніңіз жайлы жүктілік кезінде немесе жүктіліктің соңғы апталарында білген жағдайда, міндетті тексерулерден уақытылы өтпеген жағдайда да интенсивті терапия әдістері бар екенін білгеніңіз жөн.

Өзіңізге және сәбиіңізге байланысты алдыңызға келген қиын мәселелерді шешу үшін сізге жақындарыңыздың қосымша қолдауы қажет болады. Босанудың жолдарын өзіңіздің дәрігеріңізбен кеңес алғаныңыз жөн, айта кету керек ең қауіпсіз босану жолы кесар тілігі болып табылады, себебі табиғи жолмен босанған жағдайда АИВ-инфекциясының берілуі 6,6% құраса, кесар тілігі арқылы босануда бұл көрсеткіш 1% құрайды. Алайда егер АИВ-инфекция емге жақсы көнген жағдайда табиғи жолдар арқылы босануды қарастыруға болады. Бірақ сізге табиғи жолмен болсын, кесар тілігі арқылы болсын, екі жағдайда да антиретровирусты емнің курсын өту керек.

Сонымен қатар вирустың балаға берілу қаупін мына жолмен де төмендетуге болады:

- Егер кесар тілігі арқылы босандыру болып шешілген болса қағанақ қуығы жарылмастан бұрын жоспарлы түрде 38 аптада кесар тілігіне алу
- Егер табиғи жолдар арқылы босандыру болып шешілсе қағанақ суының кетуі мен босану әрекетінің басталуы арасындағы уақытты минималды ету
- Бала туылғанға дейін нәрестенің қанын мүмкіндігінше алмау
- Қағанақ қуығын жаруды, ұзаққа созылған босануды, қажетсіз жарақаттауды болдырмау

Босанғаннан кейін акушерка баланың кіндігін кескен бойда нәрестені жуады, содан кейін сіздің балаңызға өмірінің алғашқы 4-6 аптасында антиретровирусты емнің курсын бастайды. Вирус ана сүті арқылы берілетін болғандықтан жасанды қоректендіру ең қауіпсіз нусқау болып табылады.

Босануды жүргізудің әдістері:

• табиғи жолмен босану, егер жатыр мойны ашылуы 4 см. жоғары болса, активті босану әрекеті басталса, сусыз кезең 4 саіаттан кем болса таңдалады.
• Кесар тілігі арқылы босану, егер сусыз кезең 4 сағаттан көп болған жағдайда, босану әрекетінің әлсіздігінде, жатыр мойны ашылуы 4 см кем болған жағдайда таңдалады.
• Қалған жағдайда акушерлік ситуацияға байланысты.

Егерде жұбайлардың бірі АИВ – инфицирленген болса, жүктілікті толық жоспарлау қажет. Кейбір отбасылар инфекцияның анадан балаға берілуінің барынша алдын алу үшін экстра корпоральді ұрықтандыру, шәуетті (сперманы) тазарту, донорлық шәуетті қолдану сияқты қосымша репродуктивті технологияларды қолданады.

Емді қабылдау және уықытылы инфекционистке қаралу өте маңызды. Дәрігер инфекционист әйелдің денсаулық жағдайына қарай АРВ - терапияны қабылдаудың мейлінше сәйкес схемасын анықтайды. Содан кейін АРВ-профилактиканың эффективтілігін, жанама әсерлерін, тағайындалған емге әйелдің ұқыптылығын қадағалайды. Әйел диспансерлік тіркеуге алынады. Зерттеу жоспары:

• СД4 лимфоциттерді анықтау
• вирустық жүктемені анықтау
• жалпы және биохимиялық қан талдауы

Бұл зертеулер иммундық жүйенің жағдайын анықтау үшін, терапияның эффективтілігін көру үшін, дәрінің жанама әсерін бағалау үшін жасалады.

Босанғаннан кейін АИВ – инфицирленген анадан туылған балаларға профилактикалық жүргізілу-жүргізілмеуіне қарамастан барлығына АИВ-профилактикакесте бойынша жасалады.

АИВ-инфицирленген балаларды зерттеу:

• Преципиттаты тізбекті реакция 2-4 айлық кезінде
• Иммунды ферментті талдау 9,12,15 және 18 айлық кезінде

Нәрестенің вакцинациясы туралы шешімді неонатологпен және инфекционистпен бірге эпидемиологиялық жағдайға және баланың клинико-иммунологиялық көрсеткішіне қарай қабылдайды.

Еске салу керек, АИВ-инфецирленген анадан туылған баланың қанында 1,5 жасқа дейін анасының антиденелері болады, сондықтан нәрестеде талдау нәтижесі оң болған жағдайда да сәбидің инфицирленуі жайлы айтуға болмайды.

Дегенімен, кез-келген АИВ-инфицирленген анаға жүктілік алдында барлық мәселелерді ой елегінен өткізіп, сәйкес мамандардан кеңес алғаннан кейін жүктілікті жоспарлау керек. Барлық алдын-алу шараларын жүргізгенімен де аз да болсын АИВ-инфекциясын болашақ нәрестегежұқтыру қаупі бар. Кейбір АИВ-инфицирленген аналардың жүрегіне қаяу болып жүрген мәселелердің бірі бала дені сау болып туғанымен жасөспірімдік шаққа жеткенше жетім болып қалуы, сондықтан жүкті болғысы келетін АИВ-инфицирленген ананың өзі шешім қабылдауы маңызды. АИВ-ке қарсы ем қабылдап жүрген әйелдердің көбісі жүктілікке дейін немесе жүкті екенін білгеннен бастап емді тоқтатқысы келеді, осы сұрақтар жайлы медициналық персоналмен жеке сөйлесіп бір шешімге келгені абзал. Негізінен әйел ем курсын жалғастығаны әбден дұрыс. Егер емді тоқтатқан жағдайда вирустық жүктеме қайтадан жоғарылап кету қаупі бар, ал бұл АИВ-тің анадан балаға берілу қаупін жоғарылатуы мүмкін. Антиретровирусты терапияның бір ғана жанама әсері уақытынан ерте босануды шақыруы мүмкін.

Сайып келгенде, АИВ-инфекциясының анадан балаға берілуін түбегейлі жоққа шығаруға болмайды,оған мынадай факторлар әсер етеді:

• анасының жоғары вирустық жүктемесі (анасының қанындағы вирустың саны);
• анасының бейтараптаушы антиденелері (аналық антиденелер ұрықта АИВ-ті белсендіруі мүмкін);
• плацентарлық мембрананың қабынуы (вирустың енуін тоқтата алмауы мүмкін);
• босану кезіндегі жағдай (дұрыс орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы, акушерлік қысқыштарды салу кезінде баланың терісін зақымдау);
• нашақорлық (жүктілік кезінде ортақ шприцті қолдану);
• басқа инфекционды аурулар (басқа инфекциалар әйелдің иммундық жүйесін төмендету арқылы АИВ-инфекциясының балаға өту қаупін жоғарылатады);

ҚР барлық облыстарда 1986 жылдан бері өсіп келе жатқан санақ және жекеше 2013 жылғы 12 ай бойынша АИВ-инфецирленген жүкті әйелдердің санағы, жүктілік барысында алғаш анықталғандар, барлық АИВ оң жүкті әйелдер, соның ішінде әрбір жүктіліктің немен аяқталғаны жайлы мәліметтерді 1- кестеден келтірілген.

Кесте 1 - АИВ-инфекциясымен жүкті әйелдер 2013 жылғы 12 ай бойынша және өсіп келе жатқан нәтиже 31.12.2013 дейін

Облыстар	2013 жылғы 12 ай бойынша				өсіп келе жатқан нәтиже 31.12.2013 дейін			
	Алғаш АИВ+ анықталғандар	Барлық жүктілік	Жүктіліктің аяқталуы		Алғаш АИВ+ анықталғандар	Барлық жүктілік	Жүктіліктің аяқталуы	
			босану	аборт			босану	аборт
Ақмола	8	13	6	3	49	67	30	28
Ақтөбе	9	11	6	5	39	57	27	27
Алматы	52	68	55	11	222	286	216	60
Атырау	9	11	6	4	29	41	23	15
Шығыс Қазақстан	39	66	33	28	238	315	154	137
Жамбыл	11	13	11	2	64	80	69	11
Батыс Қазақстан	6	12	6	6	69	93	55	34
Қарағанды	42	60	45	22	412	569	324	227
Қостанай	23	36	21	17	173	240	133	102
Қызылорда	2	3	1	0	8	10	3	5
Маңғыстау	3	5	2	1	12	17	13	2
Павлодар	31	51	18	22	307	474	216	244
Солтүстік Қазақстан	9	19	13	7	76	95	46	46
Оңтүстік Қазақстан	30	48	43	10	317	422	323	82
Алматы қаласы	53	88	56	26	411	567	322	200
Астана қаласы	12	20	12	5	82	110	57	41
Барлығы	339	524	334	160	2509	3443	2011	1261

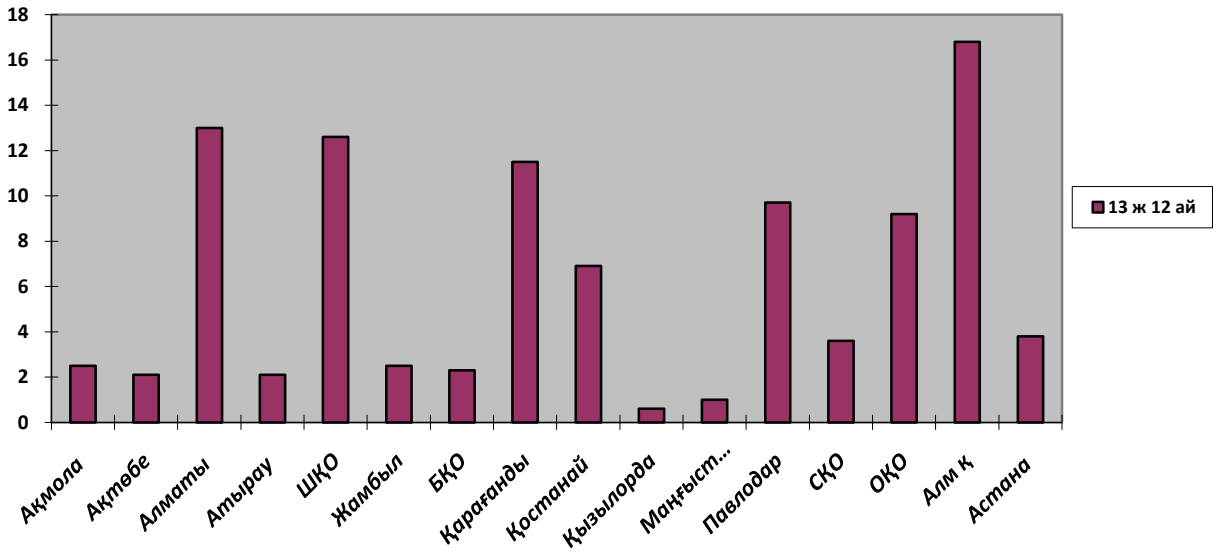
ҚР барлық облыстарда 1986 жылдан бері өсіп келе жатқан санақ және жекеше 2013 жылғы 12 ай бойынша АИВ-инфецирленген жүкті әйелдерден туылған балалар санағы, жайлы мәліметтерді 1- кестеден келтірілген. Өсіп келе жатқан нәтижеге кіретін тіркеуден шыққан, АИВ-инфекция диагнозымен туылған, ретроспективті анықталған балалар

санағы және қайтыс болғандар, жаңадан тіркелгендер, тіркеуден шыққандар, тіркеуде тұрған балалар санағы жайлы мәліметтерді 2-кестеде ұсынылған.

Кесте 2 - АИВ-инфецирленген аналардан туылған балалар 2013 жылғы 12 ай бойынша және өсіп келе жатқан нәтиже 31.12.2013 дейін

Облыстар	2013 жылғы 12 айға	Өсіп келе жатқан нәтиже 31.12.2013 дейін							
		Туылған балалар	Осы көрсеткішке кіреді						
			Тіркеуден шыққандар	АИВ-инфекция диагнозымен		Қайтыс болғандар	Келгендер	Шыққандар	Тіркеуде тұрғандар
				Туылған балалар санының ішінен	Ретро-спективті анықталғандар				
Ақмола	6	30	25	1	0	1	6	2	7
Ақтөбе	6	26	18	1	1	2	0	0	5
Алматы	55	216	131	13	16	9	31	22	72
Атырау	6	23	14	0	0	0	0	4	5
Шығыс Қазақстан	33	152	97	5	3	4	4	2	48
Жамбыл	11	69	44	4	8	4	5	8	14
Батыс Қазақстан	4	52	42	2	1	1	0	0	7
Қарағанды	43	322	235	21	11	7	8	12	55
Қостанай	21	133	89	7	6	6	3	11	23
Қызылорда	1	3	2	0	0	0	0	0	1
Маңғыстау	2	13	8	1	0	2	0	0	2
Павлодар	18	217	174	4	3	4	4	13	26
Солтүстік Қазақстан	12	45	29	3	1	0	1	2	12
Оңтүстік Қазақстан	43	318	242	15	15	16	8	7	46
Алматы қаласы	57	314	194	13	17	6	15	43	73
Астана қаласы	12	57	33	3	2	1	4	10	14
Барлығы	330	1990	1377	93	84	63	89	136	410

Қазақстан Республикасы бойынша 2013 жыдың 12айында тіркелген АИВ-инфецирленген жүкті әйелдердің санағы (сүрет 1)



Сүрет 1

Қорытынды.

Қорытынды шешім:

- 2013 жылғы 12айға ҚР бойынша АИВинфецирленген барлық жүкті әйелдер санынан алғаш АИВ+ анықталғандар 65% құрайды, осы нәтижеге кіретін санақ Алматы қаласында жаңадан АИВ+ анықталғандар үлесі 10%;
- 2013 жылғы 12айда ҚР бойынша АИВинфецирленген жүкті әйелдер санынан ең жоғары нәтиже Алматы қаласында эпидемиологиялық статус 16,8% көрсетіп отыр;
- ҚР өсіп келе жатқан нәтиже АИВ-инфекция диагнозымен туылған балалар 9%, яғни АИВ инфецирленген әйелдерден туылған барлық бала аздаған мөлшерінде ғана осы диагноз анықталғанын көруге болады ;
- ҚР бойынша өсіп келе жатқан нәтиже АИВ инфецирленген әйелдерден туылған барлық баланың тіркеуден шыққаны 69%;

Жоғарыда келтірілген мәліметтерде сіздің ойда жүрген сауалдарыңызға жауап табылды деп ойлаймыз. Енді сіз

жүкті болуды жоспарлап жүрген болсаңыз барынша оңтайлы шешім қабылдауыңызға тілектеспіз. Жүктілік қалаулы болуы тиіс. Егер сіз қазір жүкті болсаңыз АИВ-инфекциясы жүктілікті үзуге көрсеткіш емес.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 2013 жыл бойынша ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің АИТВ Республикалық орталығының статистикалық көрсеткіштері
2 ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің 18.04.2012 ж. №272 бұйрығы «Қазақстан Республикасында АИВ-инфекциясының анадан балаға берілуінің алдын алу туралы»
3 03.11.2011ж. ҚР басқармасының №1280 қарары «Азаматтардың АИВ-инфекциясына көрсеткіштері бойынша клиникалық және эпидемиологиялық медициналық тексерілу ережелері туралы»

Г.М. АХМЕТОВА, С.М. УТЕПБЕРГЕНОВА, А.Л. БАЛАБЕКОВА, С.К. БАХТЫГАЛИЕВА, Н. ИСМАЙЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Резюме: В данной статье рассмотрены пути передачи вируса от матери к ребенку, терапия уменьшающие риск передачи вируса, факторы усугубляющие риск передачи вируса, особенности ведения родов и послеродового периода для ВИЧ-инфецированных беременных женщин. Особенности планирования беременности новыми технологиями, если один из партнеров ВИЧ-инфецирован. Преведены статистические данные, описание эпидемиологического статуса всех областей РК.
Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, АРВ-терапия.

G.M. AKHMETOVA, S.M. UTEPBERGENOVA, A.L. BALABEKOVA, S.K. BAKHTYGALIYEVA, N. ISMAYLOVA
Khazakh National Medical university named after S.D.Asfendiyarov

HIV- INFECTION AND PREGNANCY

Resume: In this claus provided ways of transfer of a virus from mother to the child, therapy transfers of a virus reducing risk, factors transfers of a virus aggravating risk, features of conducting childbirth and the postnatal period for HIV-infection pregnant women are considered. Features of planning of pregnancy by new technologies, if one of partners HIV-infection. Statistical data, description of the epidemiological status of all KR areas.
Keywords: HIV-infection, pregnancy, ARV-therapy.

УДК 616.24 – 002.5 – 053.2

М.К. ИМАНТАЕВА, З.Б. БАТЫРХАНОВА, М.Т. ЕНСЕЕВА, А.Г. ИСАЕВА
Региональный противотуберкулезный диспансер,
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проанализированы данные 65 больных внутригрудным туберкулезом. В структуре клинических форм основном преобладали первичные формы туберкулеза 58(89,2%). Специфический процесс был выявлен в 66,2% в фазе инфильтрации, с распадом легочной ткани в 4,6%, а в 29,2% в фазе рассасывания и уплотнения. Микобактерии туберкулеза выявлены в 4,6% случаев.
Ключевые слова: *дети, внутригрудной туберкулез, микобактерии туберкулеза.*

Актуальность. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости туберкулезом среди детей, отмечен рост числа инфицированных, что является весьма тревожным фактом. Основной причиной возникновения туберкулеза является ослабление иммунитета, обусловленное влиянием комплекса медико-биологических, эпидемиологических, социально-профессиональных и других факторов риска (1). Среди всех профилактических мероприятий, оказывающих влияние на возникновение туберкулезного процесса среди детей, химиопрофилактика среди первично-инфицированных и лиц с гиперергическими пробами занимает одно из ведущих мест (2,3).

Целью исследования явилось изучение клинической структуры туберкулеза органов дыхания на современном этапе.

С этой целью нами проанализированы данные 65 больных внутригрудным туберкулезом состоящие на диспансерном учете. Анализируемые больные были разделены по возрасту и полу (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных внутригрудным туберкулезом по возрасту и полу

№	Возраст, лет	Пол		Всего
		жен	муж	
1	2-3	5	1	6
2	4-7	10	12	22
3	8-11	9	14	23
4	12-14	9	5	14
	Итого	33(50,7%)	32(49,2%)	65(100,0%)

Сравнительный анализ возрастно-полового состава показал, что пик заболеваемости отмечен в дошкольном и школьном возрасте.

Контакт с бактериовыделителем способствует массивному инфицированию и может привести к вспышке туберкулезного процесса. Наличие контакта установлено у большинства выявленных больных (таблица 2).

Таблица 2 - Наличие контакта с больным туберкулезом при различных формах туберкулеза

Диагноз	Контакт с больным туберкулезом		
	Неизвестный	Семейный	Родственный
Первичный туберкулезный комплекс	3	14	1
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	9	22	7
Туберкулезный плеврит	1	3	4
Инфильтративный туберкулез	-	-	1
Итого	13 (20,0%)	39 (60,0%)	13(20,0%)

Наличие контакта установлено у 52 (80,0%) больных, при этом из семейного контакта 60,0%, родственного – 20,0% случаев. Туберкулиновая чувствительность у большинства больных была гиперергической (64,6%) (таблица 3).

Таблица 3 - Туберкулиновая чувствительность у больных туберкулезом органов дыхания

Диагноз	Всего	Проба Манту (мм)			
		отр	2-4	5-14	15 и более
Первичный туберкулезный комплекс	21	-	-	11	10
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	37	-	-	9	28
Туберкулезный плеврит	4	-	-	3	1
Инфильтративный туберкулез	3	-	-	-	3
Итого	65 (100,0%)	-	-	23 (35,3%)	42 (64,6%)

Одним из наиболее факторов риска возникновения туберкулеза является социальный статус семьи. Низкий уровень жизни, как правило, сопровождается низким материальным уровнем, низким качеством питания. Нами проанализированы социальный статус родителей больных туберкулезом органов дыхания (рисунок 1).

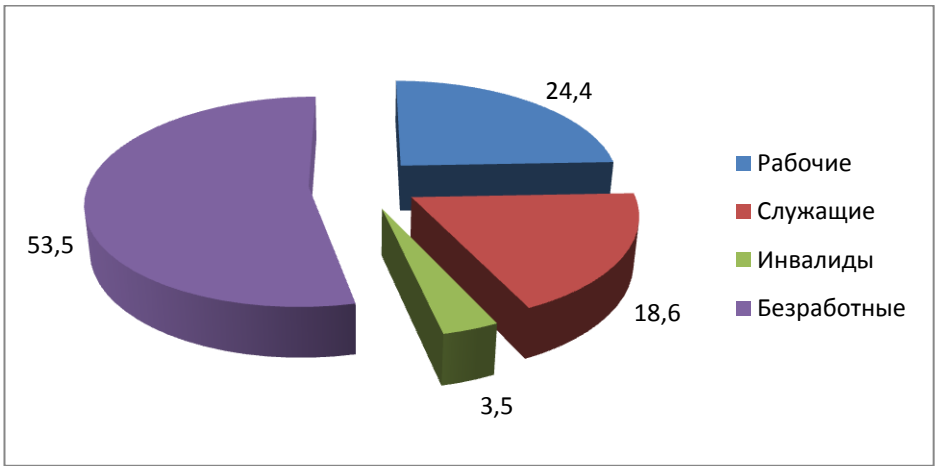


Рисунок 1 - Социальный статус родителей больных туберкулезом органов дыхания (в % к итогу)

Из данного рисунка наглядно видно, что большинство родителей не работали (53,5%) и были инвалидами (3,5%). Материальные достаток и условия проживания несомненно одна из главных причин возникновения заболевания (рисунок 2).

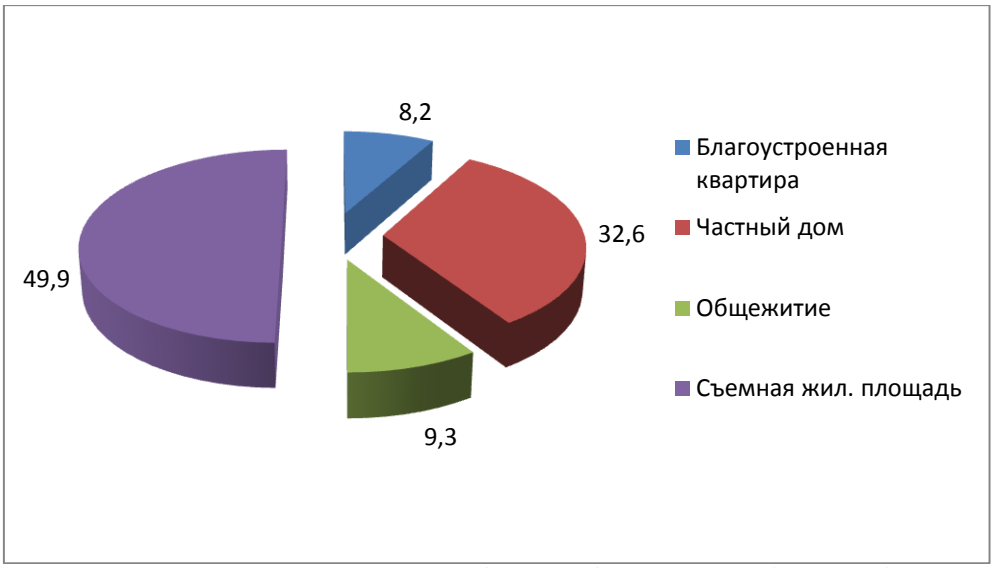


Рисунок 2 - Жилищные условия семей больных туберкулезом детей (в % к итогу)

Из данного рисунка №2 видно, что 32,6% проживали в частном доме, но без удобств (без водопровода, центральной канализации и отопления). Половина семей 49,9% проживали в съемных квартирах, а в общежитиях – 9,3%. Семей проживающих в хороших условиях было лишь - 8,2%. Иммунный статус ребенка несомненно играет одну из ключевых позиций в возникновении специфического процесса. Сопутствующие заболевания, гормонозависимость, психические и физические травмы могут снижать защитные силы ребенка. Наиболее часто встретившиеся сопутствующие заболевания анализируемых групп представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Сопутствующие заболевания больных туберкулезом органов дыхания

Сопутствующие заболевания	**Всего**
Частые ОРВИ, заболевания ЛОР- органов	22,1
Хронические неспецифические заболевания легких	11,8
Заболевания мочевыделительной системы (в т.ч. пороки)	17,4
Заболевания нервной системы	19,1
Аллергические заболевания	22,6
Паразитарные заболевания	7,0

В представленной таблице в большинстве случаев выявлялись частые ОРВИ и хронические заболевания ЛОР-органов в 22,1 и аллергические заболевания в 22,6%. Заболевания нервной системы в 19,1% и мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) наблюдались в 17,4%. Непосредственной причиной туберкулеза следует рассматривать сочетание нескольких сопутствующих заболеваний или отягощающих факторов.
Согласно клинико-рентгенологической картине, лабораторным данным исследуемые лица были разделены по нозологическим формам туберкулеза органов дыхания (таблица 5).

Таблица 5 - Распределение больных по нозологическим формам туберкулеза

№	**Диагноз**	**Всего**
1	Первичный туберкулезный комплекс	21 (32,3%)
2	Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	37(56,9%)
3	Туберкулезный плеврит	4 (6,1%)
4	Инфильтративный туберкулез	3 (4,6%)
	Итого	65 (100,0%)

Из них больных туберкулезом внутригрудных лимфоузлов было - 37 (56,9%), первичный туберкулезный комплекс –21 (32,3%), инфильтративный туберкулез легких – 3 (4,6%), туберкулезный плеврит –4 (6,1%). Проведен анализ больных по фазам специфического процесса и по наличию бактериовыделения (таблица 6).

Таблица 6 - Распределение больных по фазам процесса в легких и бактериовыделению

Клинические формы	Фазы процесса			Выделение МБТ	
	инфильтрация	распад, обсеменение	рассасывание, уплотнение	микро скопия	посев
ПТК	16 (26,6%)	-	5 (7,6%)	-	2 (3,0%)
ТВЛУ	26 (40,0%)	)	11 (16,9%)	-	
Туберкулезный плеврит	1 (1,5%)	-	3 (4,6%)	-	
ИТЛ		3 (4,,6%)			1 (1,5%)
Итого	43 (66,2%)	3 (4,6%)	19 (29,2%)	-	3 (4,6%)

Из данной таблицы 6 можно отметить, что почти треть больных (29,2%) выявлены при затихающей стадии специфического процесса в легких, т.е. в фазе рассасывания и уплотнения. В 66,2% больных процесс был в фазе инфильтрации, и в 4,6% отмечен распад легочной ткани и обсеменение. Данные больные выделяли микобактерии туберкулеза в 4,6% случаев культуральным методом. При определении лекарственной чувствительности установлено, чувствительность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам у данных больных сохранена. Все пациенты получали стандартные режимы химиотерапии многокомпонентными противотуберкулезными препаратами первого ряда.

Таким образом, изучение клинико-рентгенологических данных больных туберкулезом органов дыхания, показало, что в структуре клинических форм основном преобладали первичные формы туберкулеза 58(89,2%). Специфический процесс был выявлен в 66,2% в фазе инфильтрации, с распадом легочной ткани в 4,6%, а в 29,2% в затихающей фазе воспаления, т.е фазе рассасывания и уплотнения. Данные больные выделяли микобактерии туберкулеза в 4,6% случаев культуральным методом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Касенова Л.Ш. Первичный туберкулез у детей. – Алматы: 2005. – 63 с.
2 Кочнева И.Е., Сухановский В.П., Ильяш И.Н. и др. Об особенностях современного туберкулеза у детей // Пробл. туб. – 1981. - № 1 – С. 17-20.
3 Сорокина Э.З. Первичная туберкулезная инфекция у детей. – М.: Медгиз, 1960. – 160 с.

М.К. ИМАНТАЕВА, З.Б. БАТЫРХАНОВА, М.Т. ЕНСЕЕВА, А.Г. ИСАЕВА

ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТЫНЫС АЛУ АҒЗАСЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗІ

Түйін: Тыныс алу ағзаларының туберкулезінің ағымы 65 науқастарда сарапталды. Клиникалық түрлері арасында басым бөдігінде (89,2%) біріншілік туберкулез анықталды. Оның ішінде 66,2% инфильтрация, ыдырау - 4,6%, сорылу және тығыздалу сатысында - 29,2% анықталды. Осы науқастарда 4,6% туберкулез микобактериялы себу әдісімен анықталған.

M.K. IMANTAYEVA, Z.B. BATYRKHANOVA, M.T. ENSEEVA, A.G. ISSAYEVA

TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS AT CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Resume: Data of 65 patients with intra chest tuberculosis are analysed. In structure of clinical forms the main primary forms of tuberculosis in 58 (89,2%) prevailed. Specific process was revealed in 66,2% in an infiltration phase, with disintegration of pulmonary tissue in 4,6%, and in 29,2% in a consolidation phase. Mikobakterium of tuberculosis are revealed in 4,6% of cases.

УДК 616 – 002.5 - 07

А.Г. ИСАЕВА, Г.К. КУРАЛБАЕВА, К.О. КАЖИКЕНОВА, Л.Ш. КАСЕНОВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
НЦПТ РК

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Проанализированы данные 104 детей и подростков. Проба Манту с 2ТЕ была положительной в 95,5%, реакция на ДИАСКИНТЕСТ у данных лиц в 92,3% была отрицательной. У взрослых положительные результаты ДИАСКИНТЕСТ отмечены до 33,4%., что можно рассматривать как проявление сенсибилизации организма при инфицировании вирулентными M. Tuberculosis. Значительная разница чувствительности ДИАСКИНТЕСТ в разных возрастных группах требует дальнейшего исследования.
Ключевые слова: *инфицированность микобактериями туберкулеза, Проба Манту с 2ТЕ, ДИАСКИНТЕСТ.*

Актуальность: Инфицированность туберкулезом отражает частоту латентной инфекции, свидетельствует об эпидемиологической ситуации (1). Показатели первичного инфицирования и гиперчувствительность к туберкулину позволяют прогнозировать высокую заболеваемость туберкулезом: если первичное инфицирование детей составляет 1%, то заболеваемость населения туберкулезом в целом находится на уровне 100 на 100 000 человек. По данным ряда авторов инфицированность подростков колеблется от 24,4% до 60,0% (2,3).

Цель: совершенствование методов диагностики туберкулезной инфекции.

Материал и методы: Характеристика препарата. «ДИАСКИНТЕСТ»» — аллерген, представляет собой комбинацию двух рекомбинантных белков ESAT6/CFP10 (Рисунок 1).

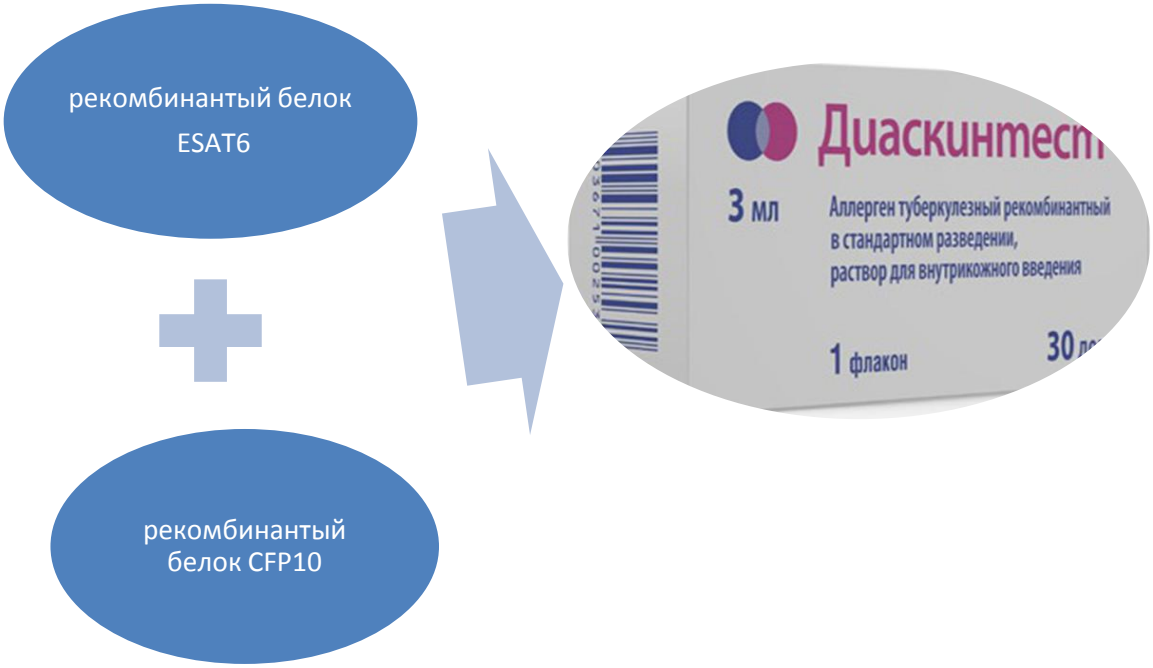


Рисунок 1 - Комбинация двух рекомбинантных белков ESAT6/CFP10

В геноме M.tuberculosis присутствует область RD1, содержащая гены, кодирующие синтез белков ESAT6 и CFP10 (определяют вирулентные свойства M.tuberculosis). Область RD1 отсутствует в геноме M.bovis BCG (Рисунок 2).

При внутрикожном введении ДИАСКИНТЕСТ вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию, являющуюся проявлением гиперчувствительности замедленного типа. У лиц, вакцинированных БЦЖ и неинфицированных микобактериями туберкулеза, реакция на препарат ДИАСКИНТЕСТ отсутствует. Одна доза (0,1 мл) препарата содержит: рекомбинантный белок CFP10-ESAT6 - 0,2 мкг, натрий фосфорнокислый двузамещенный 2-водный, натрия хлорид, калий фосфорнокислый однозамещенный, полисорбат 80, фенол (0,25мг), вода для инъекций – до 0,1 мл.

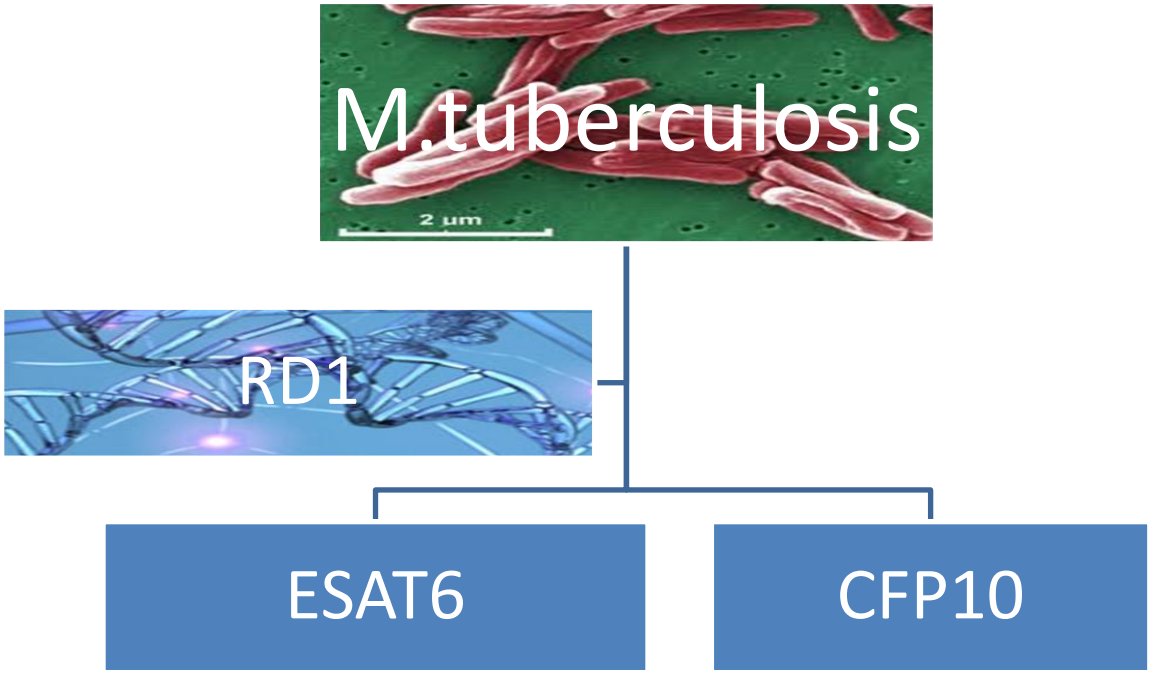


Рисунок 2 - Белки ESAT6 и CFP10 определяющие вирулентные свойства M.tuberculosis

Постановка пробы. Препарат вводят строго внутрикожно. Для проведения пробы применяют туберкулиновые шприцы и тонкие короткие иглы с косым срезом. Пробу проводят обследуемым в положении сидя. После обработки участка кожи на внутренней поверхности средней трети предплечья 70% этиловым спиртом, в верхние слои натянутой кожи параллельно ее поверхности вводят 0,1 мл препарата ДИАСКИНТЕСТ. При постановке пробы, как правило, в коже образуется папула в виде «лимонной корочки» размером 7-10 мм в диаметре беловатого цвета. Флакон с препаратом после вскрытия допускается хранить не более 2 часов. Внутрикожно в правое предплечье вводили ДИАСКИНТЕСТ, а в левое предплечье пробу Манту с 2 ТЕ, результаты оценивались через 72 часа путем измерения размера инфильтрата (папулы) в миллиметрах (далее -мм) линейкой с миллиметровыми делениями и регистрировали поперечный по отношению к оси предплечья размер инфильтрата (таблица 1).

Таблица 1 - Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТ

Результат	Проба Манту с 2ТЕ	ДИАСКИНТЕСТ
Отрицательный (анергия)	при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии, или при наличии уколочной реакции (0-1 мм)	при полном отсутствии инфильтрата или гиперемии
Сомнительный (гипоергия)	при инфильтрате размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;	Гиперемия (любого размера) без инфильтрата или при инфильтрате размером 2-4 мм.
Положительный (нормергия) –	при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более	при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более
Гиперергический –	при наличии у детей 0-14 лет инфильтрата диаметром 15 мм и более, у детей 15-17 лет - 17 мм и более, у взрослых - 21 мм и более; везикуло-некротические реакции независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него.	при размере инфильтрата 15 мм и более, при везикуло-некротических изменениях и (или) лимфангоите, независимо от размера реакция на препарат считается гиперергической.

Нами проанализированы данные 104 лиц обследованных в противотуберкулезном диспансере г.Алматы.

Анализируемые лица по возрасту и полу распределились следующим образом. Среди анализируемых групп лиц женского пола было 58 (55,7%), мужского пола – 46 (44,3%) лиц. Возраст обследуемых лиц составил: дошкольного 67 (64,4%), школьного – 20 (19,2%), подросткового – 5(4,8%), взрослые – 12 (11,5%) лиц.

Диагноз был выставлен на основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных пациентов.

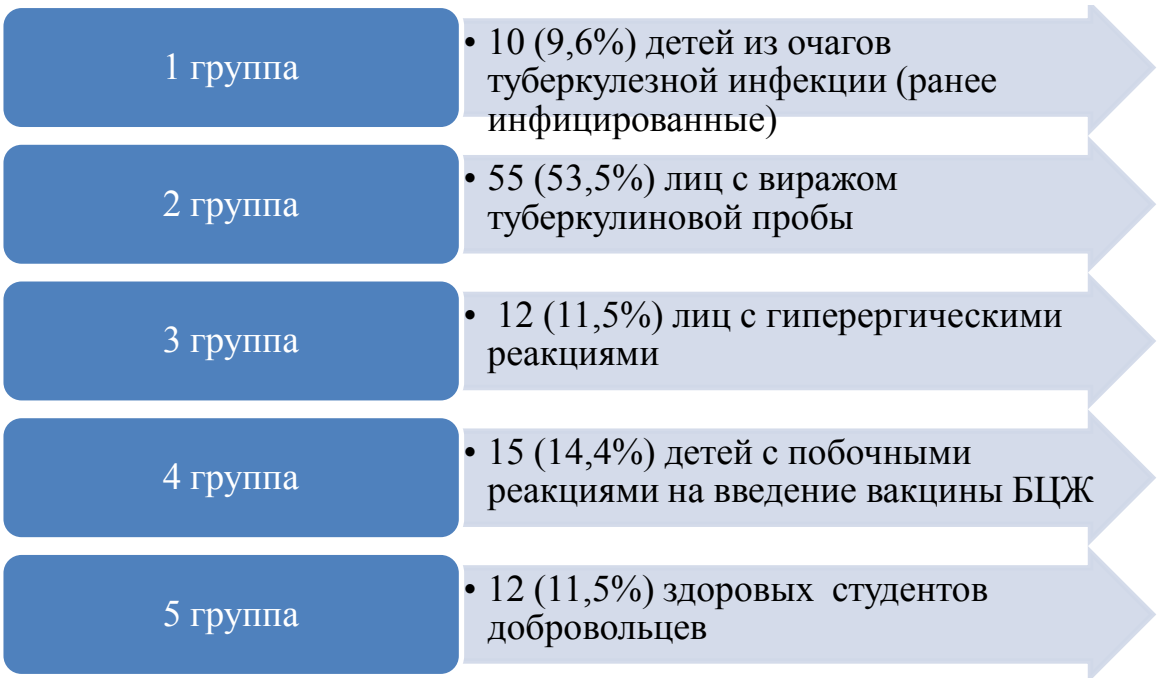


Рисунок 3 - Характеристика обследованных лиц

Результаты и обсуждение

Из 104 обследованных лиц проба Манту с 2ТЕ проводилась у 89 (85,5%), исключение составили 15 детей с побочными реакциями на введение вакцины БЦЖ. У 85 (95,5%) лиц проба Манту с 2 ТЕ была положительной. Двойной тест (проба Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТ) на обеих руках проводились у 29 (27,8%) лиц.

Таблица 2 - Результаты пробы Манту с 2ТЕ и ДИАСКИНТЕСТ

Группы	Оценка проб					
	Проба Манту с 2 ТЕ			ДИАСКИНТЕСТ		
	Положи тельный	Сомнитель ный	Отрицатель ный	Положитель ный	Сомнитель ный	Отрицатель ный
1 группа n=10	7 (70,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)		9 (90,0%)
2 группа n=55	55 (100,0%)	-	-	1(1,8%)	2(3,6%)	52 (94,5%)
3 группа n=12	12(100,0%)	-	-	1(8,4%)	2(16,6%)	9(75,0%)
4 группа n=15						15 (100,0%)
5 группа n=12	11(91,6%)		1 (8,4%)	4(33,4%)		8(66,6%)
Всего	85	1	3	7	4	93

Сравнительный анализ результатов пробы Манту с 2 ТЕ и ДИАСКИНТЕСТА у пациентов из очагов туберкулезной инфекции (1 группа) показал, что совпадение произошло только у 1 пациента, причем проба в обеих случаях была гиперергической. Во 2 и 3 группах совпадение произошло только в единичных случаях (у 1 пациента в обеих группах). У лиц с побочными реакциями на введение вакцины БЦЖ (4группа) реакция на ДИАСКИНТЕСТ была отрицательной в абсолютном большинстве случаев, т.к. у лиц, вакцинированных БЦЖ и неинфицированных микобактериями туберкулеза, реакция на препарат ДИАСКИНТЕСТ отсутствует. Особое внимание заслуживали изучение специфичности пробы у взрослых (5 группа), в 4 (33,3%) случаях из 12 наблюдений результат был положительный.

Выводы:

1.У анализируемых детей и подростков в 95,5% проба Манту с 2ТЕ была положительной, а реакция на ДИАСКИНТЕСТ у данных лиц в 92,3% была отрицательной. Поскольку PPD -L является аллергеном, то положительные реакции пробы Манту с 2 ТЕ могут быть обусловлены рядом других причин: инфицированностью не туберкулезнымми бактериями за счет наличия общих микобакериальных антигенов, аллергической реакцией ораганизма, возростом, гормональным фоном, недавно перенессенными инфекциями и т.д.

2.У лиц, вакцинированных БЦЖ и неинфицированных микобактериями туберкулеза , реакция на ДИАСКИНТЕСТ отрицательная.

3.В анализируемой работе положительные результаты ДИАСКИНТЕСТ у взрослых отмечены до 33,4%. У данной категории лиц это проявление сенсибилизации организма при инфицировании M. Tuberculosis. Значительная разница чувствительности ДИАСКИНТЕСТ в разных возрастных группах требует дальнейшего исследования.

Приводим пример диагностики туберкулезной инфекции.

Пациент 10 лет. В 2012 году проба Манту с 2ТЕ - 16 мм, по клинико-рентгенологическим, лабораторным данным локальный туберкулез был исключен. С диагнозом: Гиперергическая реакция и проводилась химиопрофилактика в течение 2 месяцев двумя препаратами (Н и Е). В 2013 году проведено контрольное обследование, где по данным клинико-рентгенологическим и лабораторным локальный процесс исключен, но проба

Манту с 2 ТЕ возросла до 18 мм (на правом предплечье). Со-слов родителей у мальчика выраженная аллергическая реакция на некоторые пищевые продукты, на цветенье трав. Проведен ДИАСКИНТЕСТ (на левом предплечье), результат – отрицательный. Данный случай наглядно иллюстрирует тот факт, что поскольку туберкулин является аллергеном, то положительный результат реакции Манту мог быть обусловлен аллергической реакцией ораганизма. Подобные ложноположительные реакции приводит к гипердиагностике наличия в организме туберкулезной инфекции и как результат необоснованному назначению химиопрофилактики.

Пациент К., 10 лет.

Рисунок 3 - На правом предплечье проба Манту с 2 ТЕ, результат -18 мм. На левом предплечье ДИАСКИНТЕСТ, результат – отрицательный

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 В.И. Киселев и соавт. Клинические исследования нового кожного теста «ДИАСКИНТЕСТ» для диагностики туберкулеза // Пробл. туб. - 2009. - №2. – С. 11-16.
2 Лебедева Л.В. и соавт. Чувствительность к туберкулину и инфицированность МБТ у детей // Пробл. туб. - 2007. - №1. - С. 6-9.

А.Г. ИСАЕВА, Г.К. КУРАЛБАЕВА, К.О. КАЖИКЕНОВА, Л.Ш. КАСЕНОВА

ТУБЕРКУЛЕЗ ИНФЕКЦИЯСЫН АНЫҚТАУДЫҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

Түйін: Жалпы саны 104 зерттелушілерден 2 ТБ Манту сынамасы және ДИАСКИНТЕСТ жүргізілді. 2 ТБ Манту сынамасы 95,5% балалар мен жасөспірімдерде оң нәтиже көрсетті, аталмыш тұлғаларда жүргізілген ДИАСКИНТЕСТ нәтижесі 89,4%-да теріс болды. Ересектер арасындағы ДИАСКИНТЕСТ ке деген оң нәтиже 33,4 % құрады. Бұл зерттелушілердің организмінің вирулентті M. Tuberculosis жұқтыруына сенсибилизациясы болып табылады. Алынған нәтижелер ДИАСКИНТЕСТ артықшылығын көрсетеді, себебі бұл зерттеу әдісі жоғары спецификалық және өте сезімтал, бұл өз кезегінде туберкулезді инфекцияны дер кезінде сапалы диагностикалауға мүмкіндік береді.

A.G. ISSAYEVA, G.K. KURALBAYEVA, K.O. KAZHIKENOVA, L.SH. KASENOVA

NEW POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF THE TUBERCULAR INFECTION

Resume: Data of 104 children and teenagers are analyzed. The test of Mantu with 2TU was positive in 95.5%, the reaction to Diaskintest to these persons in 92.3% was negative. In adults, the positive results of DIASKINTEST was in 33.4%, which can be regarded as a manifestation of sensitization to virulent M. Tuberculosis. Significant difference in sensitivity of Diaskintest in different age groups requires further study.

УДК 616.24-002.5-036

О.К. АЛИШЕВ, Г.С. ЕРКЕНОВА, А.Г. ИСАЕВА
ГККП "Противотуберкулезный санаторий "Каменское плато"
УЗ г. Алматы, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ

В данной статье представлены данные 128 больных с различными формами туберкулеза легких с сомнительной активностью. Важным дифференциальным критерием активности посттуберкулезных изменений является положительная динамика процесса от неспецифической антибактериальной терапии с учетом характера микробной флоры и теста на лекарственной чувствительности, положительная клинико-рентгенологическая динамика и отсутствие микобактерий туберкулеза в патологическом материале.
Ключевые слова: *остаточные посттуберкулезные изменения, активность, диагностический алгоритм, противотуберкулезный санаторий.*

Актуальность. Основными очагами инфекции при реактивации туберкулеза у большинства больных являются остаточные посттуберкулезные изменения, характер, величина и стабильность которых зависят как от исходной формы и фазы процесса, так и от полноценности комплексного лечения первого заболевания (1,2,3).
Цель исследования: дифференциация активного и неактивного состояния туберкулезных изменений.
Материал и методы исследования. Нами было обследовано 128 поступивших в 2013г. в противотуберкулезный санаторий с различными формами туберкулеза органов дыхания с сомнительной активностью. Мужчин было 64,7%, женщин 35,3%. Больше половины анализируемых лиц (62,8%) составила средняя возрастная группа (30-55 лет). При установлении активности основным критерием считалось положительная клинико-рентгенологическая динамика в процессе неспецифической антибактериальной терапии, отсутствие микобактерий туберкулеза в патологическом материале. Длительность наблюдения составляла от 1 до 4 месяцев.
Обсуждение и результаты.

Наиболее частыми жалобами при тщательном опросе больных были: снижение аппетита – 78,5%, кашель в 67,8%, потливость в 45,5%, повышение температуры тела в 28,5%, боли в груди у 9,4%. У большинства больных (64,0%о) клиническое проявление реактиваций было малосимтомным (48,7%) или бессимтомным (15,3%) и только у 36,0% процесс имел острое клиническое течение.
Изменения со стороны периферической крови, которые выражались в ускорении СОЭ от 18 до 45 мм/час в 82,4% случаев, сдвига влево в 65,7%, лимфопения в 32,7%, моноцитоз в 16,4%.
Рентгенологически определяемая инфильтрация, на фоне фиброза легочной ткани и интенсивных очагов было у 65 (50,7%), в том числе затемнение распространялось на 2-3 сегмента.
Ретроспективный анализ рентгеновских снимков показал, что наиболее частой исходной клинической формой был инфильтративный туберкулез легких в 85 (66,4%), очаговый в 17(13,2%), туберкулезный плеврит в 14 (10,9%), диссеминированный в 4 (3,1%), фиброзно-кавернозный в 8 (6,25%) (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных с исходной клинической формой туберкулеза

№	Исходная клиническая форма туберкулеза	Всего
1	очаговый	17(13,2%)
2	диссеминированный	4 (3,1%)
3	инфильтративный	85 (66,4%)
4	туберкулезный плеврит	14 (10,9%)
5	фиброзно-кавернозный	8 (6,25%)
	Всего	128 (100,0%)
6	Из них оперированы	37 (28,9%)

Оперированы по поводу первого заболевания 37 (28,9%) больных. Оперативные вмешательства чаще имели резекционный характер (1-2 сегментов, доля).
Характер остаточных изменений в легких был таковым: массивные плевральные наслоения в 8,5%, фиброз легочной ткани и плотные петрифицированные очаги в 45,5%, крупные плотные очаги и туберкуломы в 17,1% случаев, остаточные изменения после оперативных вмешательств в 28,9% (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение больных по характеру остаточных посттуберкулезных изменений (в% к итогу)

№	Характер посттуберкулезных остаточных изменений	Всего
1	Массивные плевральные наслоения в	8,5%
2	Фиброз легочной ткани и плотные петрифицированные очаги	45,5%
3	Крупные плотные очаги и туберкуломы	17,1%
4	Остаточные изменения после операции	28,9%
	Всего	100,0%

У данных пациентов, помимо посттуберкулезных изменений, имелась сопутствующая патология в виде хронического пиелонефрита (4,0%), патологии желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, колит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двеннацатиперстной кишки) (7,2%), сахарного диабета (5,7%), неспецифической патологии легких (хронического бронхита и хронического обструктивной болезни легких) (5,7%), эндемический зоб (7,6%), хронические гепатиты (2,3%). У 19 (14,8%) диагностированы дополнительно к специфическим изменениям пороки развития легких. Были выявлены различные виды гипоплазий: кистозные, бронхомегалии, а также аномалии ветвления бронхов и трахеи и т.д. При бронхоскопии обнаружены изменения в крупных бронхах в 30,4% случаях. При этом эндобронхиты катаральные были выявлены у 16,4% , гнойные у 14,6% больных.
Были проанализированы результаты культурального исследования мокроты на вторичную флору у 86 (67,1%)

больных. При этом не получен рост флоры лишь у 4 (3,1%), непатогенная микробная флора была высеяна у 18 (14,0%) и патогенная – у 64 (50,0%) больных. Из патогенной флоры преобладали микробные ассоциации в основном стафилококк-стрептококк-кишечная палочка, устойчивые в большинстве случаев к стрептомицину, ампициллину, линкомицину.

Критериями определения активности туберкулезного процесса были сроки купирования интоксикационного синдрома, катаральных явлений в легких и динамика лабораторных показателей и рентгенологических изменений в легких. Санаторное лечение позволяло поддерживать в организме больного положительных реакций путем использования отдельных сочетаний климатических факторов (воздушные и солнечные ванны). Лечебные бронхоскопии санацией бронхиального дерева, введением антибиотиков широкого спектра действия, ферментов, бронхолитиков использовалась у больных с неспецифическими эндобронхитами. Физиотерапевтическое лечение (тубускварц, УВЧ, ультразвук, фонофорез с лидазой, с экстрактом алоэ), После проведенного комплексного лечения улучшение самочувствия, нормализация температуры отмечались уже в первые недели от начала лечения. Динамика лабораторных показателей (лейкоцитоз, ускоренное СОЭ) нормализовались в 78,6% в первые две недели, и в 21,4% случаев она наступила к концу первого месяца. Выраженная рентгенологическая динамика процесса: рассасывание инфильтративных теней вокруг очагов, нормализация структуры корня, рассасывание экссудата в плевральной полости отмечалась в большинстве случаев в первые месяцы лечения.

Выводы. Важным дифференциальным критерием активности посттуберкулезных изменений является положительная динамика процесса от неспецифической антибактериальной терапии с учетом характера микробной флоры и теста на лекарственной чувствительности. Одним и основных признаков считается положительная клинико-рентгенологическая динамика и отсутствие микобактерий туберкулеза в патологическом материале.

Проведенный полноценный диагностический алгоритм и комплексное лечение в условиях санатория заболевания облегчают трудности при дифференциации активного и неактивного состояния туберкулезных изменений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сильвестров В.П. Затянувшиеся пневмонии и их лечение. - Л.: 1968. – С. 19-26.
2 Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации национальной программы борьбы с туберкулезом в Казахстане // Фтизиопульмонология. – 2011. - №2(19). - С. 6-9.
3 Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. - М.: Медицина, 1976. – 360 с.

О.К. АЛИШЕВ, Г.С. ЕРКЕНОВА, А.Г. ИСАЕВА

ӨКПЕСІНДЕ ТУБЕРКУЛЕЗДЕН ҚАЛҒАН ҚАЛДЫҚТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ

Түйін: Туберкулез үрдісінің белсендігі күмәнді 128 науқастың мәліметтері сарапталды. Туберкулезден қалған қалдықтардың белсенділігін анықтаудағы негізгі салыстырмалы критерийлері болып бейспецификалық емнің тиімділігі деуге болады. Сонымен қатар клиникалық және рентгенологиялық оң динамикасы, патологиялық материалдағы туберкулез микобактериясының анықталмауы болып табылады.

D.K. ALISHEV, G.S. ERKENOVA, A.G. ISSAYEVA

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH RESIDUAL CHANGES AFTER TUBERCULOSIS IN THE LUNGS

Resume: Data of 128 patients with various forms of tuberculosis with dubious activity are analyzed. An important differential criteria for the after tuberculosis activity changes are positive dynamics of the process of nonspecific antibiotic therapy , given the nature of the microbial flora and drug susceptibility test, positive clinical and radiological improvement and the absence of tubercle bacilli in pathological material.

КАРДИОЛОГИЯ CARDIOLOGY

УДК 616.125:616.005.3

С. ДЖОШИБАЕВ, Б.А. БОЛАТБЕКОВ
Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии, г.Тараз

ВЛИЯНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕВОМ ПРЕДСЕРДИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ И УДЕРЖАНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА

Всем больным были установлены катетеры во внутреннюю яремную вену до операции, которую устанавливали в левое предсердие транссептально при герметизации межпредсердной перегородки. В исследование включены 27 пациентов оперированные по поводу митрального порока сердца с ноября месяца 2013 года. Больные были разделены на 2 группы – 1 группа с восстановленным и сохранённым синусовым ритмом, и 2 группа с восстановленным но сорвавшимся синусовым ритмом пациентов. В результате нами определены факторы риска: размеры левого предсердия, фракция выброса, давность порока и мерцательной аритмии, влияющие на давление в левом предсердии при восстановлении и удержании синусового ритма.
Ключевые слова: *давление в левом предсердии, фибрилляция предсердии, синусверсия*

Один из гемодинамических последствии митрального порока сердца – это застой по малому кругу с перегрузкой объемом и давлением левого предсердия с последующим его дилатированием. Для некоторых заболеваний с сердечной недостаточностью размеры левого предсердия являются фактором риска, а вот при фибрилляции предсердии восстановление синусового ритма напрямую зависит от длины и ширины левого предсердия. Тем не менее, по нашему мнению кроме размеров левого предсердия, так же на восстановление и удержание синусового ритма, влияет давление в левом предсердии, так как при сохраняющемся внутри предсердном давлении остается напряжение стенок левого предсердия, соответственно сохраняется триггерная активность макро и микрориентри кругов.

Цель исследования – определить влияние давления в левом предсердии при восстановлении и удержании синусового ритма.

Методы исследования: Всем больным от 1 до 2 суток были установлены интраваза льные катетеры размером 7F надключичным доступом во внутреннюю яремную вену до операции, которую при коррекции митрального клапана устанавливали открытым методом в левое предсердие транссептально при герметизации межпредсердной перегородки, т.е. измерение давления в левом предсердии проводилось напрямую.

Больным до операции измеряли параметры ЭХОКГ, ЭКГ, учитывали анамнез порока и длительность мерцательной аритмии, исследовали влияние методов коррекции порока, раннее послеоперационное ведение и результаты лечения.

Материалы исследования. В данное исследование включены 27 пациентов оперированные по поводу митрального порока сердца с ноября месяца 2013 года.

Больные были разделены на 2 группы – 1 группа с восстановленным и сохранённым синусовым ритмом (СР) 6 (22%) пациентов, и 2 группа с восстановленным но сорвавшимся синусовым ритмом (nonCP) 21 (78%) пациентов.

Таблица 1 - Характеристика пациентов

Признаки	1 группа	2 группа
Возраст, лет	66±7	59±9
Пол, м\ж%	39\61	48\52
Давность порока сердца, лет	8,1±3,4	18±9,1
Давность ФП, лет	2,5±1,7	5,0±3,9
ЭКГ		
ЧСС, раз в мин	88±12	109±7
ЭОС	Горизонтально – 16% Вертикально – 56% Нормально – 38%	Горизонтально – 39% Вертикально – 47% Нормально – 14%
ЭХОКГ		
КДР ЛЖ, см КСР ЛЖ, см ФВ , % Размеры ЛП Передний, см задний , см ЛАД мм рт.ст.,	5,1±0,9 3,9±1,1 51±11 5,1±0,4 5,3±0,6 60±6,6	5,2±0,5 3,6±0,4 57±3,8 6,3±1,0 6,7±1,6 47±10
Рентген ОГК КТИ, %	 54±4	 59±6

Таблица 2 - Больным произведены оперативные вмешательства

Признаки	Просто протезирование	Протезирование с атриопластикой	Протезирование с РЧА
1 группа	1	4	1
2 группа	7	10	3

Таблица 3 - При измерении давления в левом предсердии выявили данные

Группа	Среднее	Минимально	Максимально
1 группа	19±3,5 мм рт.ст.	14±5,2 мм рт.ст.	30±1,7 мм рт.ст
2 группа	16±4,9 мм рт.ст.	10±5,6 мм рт.ст.	26±5,6 мм рт.ст
Достоверно при p≤0,05	0.176	0.130	0.100

При проведении однофакторного дисперсионного анализа отмечается статистический достоверное влияние размеров левого предсердия(ЛП) не более 5,0 см (p=0,081) и фракции выброса(ФВ) не менее 48% (p=0,036) на давление в левом предсердии при восстановлении и сохранении синусового ритма, кроме того давность порока сердца не более 4-х лет (p=0,02) и давность мерцательной аритмии (МА) не более 3-х лет(p=0,074) так же влияют на сохранение синусового ритма.

При анализировании дисперсии повторных изменении на давление в левом предсердии с последующим сохранения синусового ритма выявлено, что при проведении атриопластики и\или РЧА возможность сохранения СР выше, чем при изолированных протезированиях МК (p=0,038).

Таблица 4 - ЭХОКГ после операции

Признаки	Данные группы 1	Значение p сравнительно дооперации	Данные группы 2	Значение p сравнительно дооперации
КДР ЛЖ, см	5,0±0,5	P=0,133	5,4±0,6	P=0,267
КСР ЛЖ, см	3,3±0,6	P=0,239	3,4±0,8	P=0,528
ФВ, %	58±6	P=0,438	55±3	P=0,144
Размеры ЛП				
Передний, см	4,1±0,7	P=0,003	5,0±0,9	P=0,0012
задний , см	4,7±0,3	P=0,0012	5,1±1,0	P=0,04
ЛАД мм рт.ст.,	28±7	P=0,0025	32±8	P=0,01

При определении критерии Стьюдента отмечается статистическое достоверное снижение p<0,05 относительно дооперационных размеров левого предсердия и легочно артериального давления, тогда как размеры полостей сердца и ФВ не выявили значимых соотношений. Однако при проведении однофакторного дисперсионного анализа относительно передне-задних размеров левого предсердия и давления в легочной артерии нами не выявлены показатели достоверного влияния на сохранение и удержание синусового ритма (p=0,647).

Обсуждение. Общеизвестно, что в исследовательских работах как на животных, так и на изолированных сердцах установлено, что повышение левопредсердного давления приводит к укорочению рефрактерности и замедлению проведения возбуждения. [1]Как показали эксперименты выполненные группой M.Allessie [2] на изолированном сердце кролика при повышении давления в ЛП возбуждение распространяется неравномерно, что связано с анатомией миокарда предсердии, что может способствовать рецидиву ФП. В опытах на анестезиорванныз собаках D.Siders и соавт. [3] Выявили, что вероятность возникновения ФП увеличивается во время повышения давления в ЛП. В работах H.Calkins с соавт. [4,5] показали, что важным фактором может быть скорость изменения давления, т.е. чем быстрее снижается давления, тем больше влияет на рефрактерность. Так же J.Seiler с соавт. [6] выявили , что объемная нагрузка является риск фактором рецидива ФП, но при восстановлении синусового ритма данная нагрузка не влияет на растяжимость стенок ЛП. M.Linhart [7] в своих работах указал – левопредсердное давление, тип ФП и объемная нагрузка являются независимыми предикторами рецидива ФП при изоляции легочных вен. В свою очередь В.И.Евлахов [8] выявил при низком артериальном давлении повышается давление в левом предсердии, так как сократимость миокарда левого желудочка снижается и диастолическое давление возрастает. K.Yoshida[9] с соавт. описал: высокое левопредсердное давление при персистирующих формах ФП показывает более выраженное растяжение стенок, тогда как при пароксизмальных формах показатели давления ниже. A.Kapoor [10] с соавт.выявил, что у больных с ревматическим пороком митрального клапана левопредсердный комплайнс снижен, вследствии структурных измении стенки ЛП.

Тем не менее влияние левопредсердного давления на рецидив ФП рассматривался с момента определения триггерных зон в левом предсердии. В поддержании ФП особую роль играют циркулирующие волны возбуждения, т.е.re-entry круги. Но не мало мнении о морфологических предпосылках появления циркулирующих волн возбуждения. В литературе несколько источников описывающих появления «кругов ре-ентри» за счет дилятации полости ЛП и растяжения стенки, однако влияние давления внутри левого предсердия на восстановление и удержание синусового ритма после коррекции клапанного порока изучено недостаточно. [11-14]

Выводы. Изменения давления в левом предсердии является одним из предикторов срыва синусового ритма после операции коррекции митрального клапана осложненного фибрилляцией предсердии, при анализировании данных выявлено, что на сохранение СР влияют такие факторы, как – размеры ЛП, ФВ, давность порока и МА, тем не менее, применение атриопластики и\или РЧА могут улучшить возможность сохранения СР не смотря на превалирование дооперационных факторов риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Федоров В.В., Трифонова О.П., Глухов А.В. Белошапко А.В. и др. Влияние внутрипредсердного давления на характер возникновения ваготонической фибрилляций предсердий у собак // Кардиология. – 2004. - №12. – С. 51-63.

2 Allessie M.A., Eijbouts S.C. Majidi M. Effects of acute atrial dilatation on heterogeneity in conduction in the isolated rabbit heart // Cardiovasc. Electrophysiol. -2003. - Vol.14(3). - P. 269-278.

3 Siders D.A., Toumanidis S.T. Tselepatioitis E. Atrial pressure and experimental atrial fibrillation // Pacin Clin Electrophysiol. - 1995. - Vol.18(9). - P.1679-1685.

4 Calkins H., El-Atassi R., Kalbfleisch S. et al. Effects of an acute increase in atrial pressure on atrial refractoriness in humans // Pacing Clin Electrophysiol. – 1992. – 15. – P. 1674-1680.

5 Calkins H., El-Atassi R., Leon A. et al. Effect of the atrioventricular relationship on atrial refractoriness in humans // Pacing Clin Electrophysiol. – 1992. - №15. – P. 771-778.

6 Seiler J., Steven D., Inada K. et al. The effect of open-irrigared radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation on left atrial pressure and B-type Natriuretic Peptide // Pacin Clin Electrophysiol. - 2013. - Vol.10(11). - P. 79-85.

7 Linhart M., Lewanter T., Mitmann-Braun E.M., Karbach N.C. Left atrial pressure as predictor for recurrence of atrial fibrillation after pulmonary vein isolation.// J. Interv.Card.Electrophysiol. - 2013. - Vol.38 (2). - P. 107–114.

8 Евлахов В.И., Поясов И.З. Гемодинамические механизмы изменения левопредсердных давлении после инъекции вазоактивных прессоров и депрессоров // Росс.физиолог.журнал им.И.М.Сеченова. - 2012. - Vol.98.(6). - P. 757-766.
9 Yoshida K., Ulfarsson M., Oral H., Crawford T., et al. Left atrial pressure and dominant frequency of atrial fibrillation in humans //Heart Rhythm. - 2011. - Vol.8(2). - P. 181-187.
10 Kapoor A., Kumar S., Shukla A., Tewari S., Garg N., Goel P., Sinha N. Determinants of left atrial pressure in rheumatic mitral stenosis: role of left atrial compliance and atrial "stiffness // Indian Heart J. – 2004. - Vol.56(1). - P. 27–31.
11 Nattel S. Atrial electrophysiology and mechanisms of atrial fibrillation // J Cardiovasc Pharmacol Ther. – 2013. - №8. – P. 5-11.
12 Psaty B.M., Manolio T.A., Kuller L.H. et al. Incidence of and risk factors for atrial fibrillation in older adults // Circulation. – 1997. – 96. – P. 2455-2461.
13 Tse H.F., Pelosi F., Oral H. et al. Effects of atrioventricular pacing on atrial refractoriness and atrial fibrillation inducibility // J Cardiovasc Electrophysiol. – 2011. - №12. – P. 43-50.
14 Kalman J.M., Sparks P.B. Electrical remodeling of the atria as a consequence of atrial stretch // J Cardiovasc Electrophysiol. – 2011. - №12. – P. 51-55.

С. ДЖОШИБАЕВ, Б.А. БОЛАТБЕКОВ
Ғылыми-клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығы, Тараз қ.

СИНУСТЫ ЫРҒАҚТЫҢ ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛУІ МЕН ҰСТАЛУЫНА СОЛ ЖҮРЕКШЕ ҚЫСЫМЫНЫҢ ЫҚПАЛ ЕТУІ

Түйін: Операцияға дейін барлық ауруларға ішкі мойынтұрық көктамырға катетерлер қойылды, кеін оларды жүрекше аралық пердеше жабылуы кезінде сол жүрекшеге транссептальды орнатылды. Зерттеуге 2013 жылдың қараша айынан бастап қосжармалы ақау бойынша оталанған 27 науқас енгізілді. Аурулар 2 топқа бөлінді: 1 топ қалпына келген- және сақталған синусты ырғақ, және 2 топ қалпына келген, бірақ сақталмаған синусты ырғақ. Нәтижеде біз синусты ырғақтың сақталуына әсер ететін сол жүрекше қысымы тәуелді факторлар анықталды: сол жүрекше өлшемдері, аластау фракциясы, ақаудың және жүрекше жібірінің ұзақтығы.
Түйінді сөздер: сол жүрекше қысымы, жүрекше жібірі, синусверсия

S. DZHOSHIBAEV, B.A. BOLATBEKOV
Scientific-Clinical Centre of Cardiac Surgery and Transplantation, Taraz

IMPACT OF THE LEFT ATRIAL PRESSURE TO THE RECOVERY AND MAINTENANCE OF SINUS RHYTHM

Resume: All patients were installed with catheters in to the internal jugular vein before the operation, which was mounted in the left atrium during transseptal sealing. The study included 27 patients operated on for mitral valvular heart disease since November 2013. Patients were divided into 2 groups - First group with the restoration and preservation of sinus rhythm, and second group with restored, but dropped sinus rhythm. As a result, we identified risk factors: the size of the left atrium, ejection fraction, the duration of heart defects and atrial fibrillation, affecting to the left atrial pressure for restoration and maintenance of sinus rhythm.
Keywords: left atrial pressure, atrial fibrillation, sinusversion

УДК 616.125

С.ДЖОШИБАЕВ, Б.А.БОЛАТБЕКОВ
Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии, г.Тараз

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Фибрилляция предсердий – самая частая тахиаритмия, характеризующаяся нерегулярными систолами предсердии, ухудшающая течение сердечной недостаточности и являющаяся источником тромбоэмболических осложнении. Хирургическое лечение основано на изоляции триггеров ре-ентри кругов, поддержание атриовентрикулярной синхронности, и восстановление предсердной механической функции. Применение процедуры Лабиринт или его модификации при сопутствующих операциях на сердца оправдана и обоснована у всех пациентов, но с учетом предикторов рецидива ФП.
Ключевые слова: *фибрилляция предсердии, атриопластика, радиочастотная аблация, криоаблация.*

Введение.
Фибрилляция предсердий (ФП) – наджелудочковая тахиаритмия, характеризующаяся быстрой, нерегулярной и хаотической предсердной активностью с последующим ухудшением механической функции предсердии.[1,2,11] ФП - наиболее распространенная устойчивая аритмия сердца и источник значительной заболеваемости и летальности. В Фрэмингэмском исследовании сердца выявлено, что наличие ФП, обуславливает повышенный риск общей летальности на 50-90%; кроме того в Фрэмингэмском исследовании выявлено, что процент инсультов связанных с ФП резко возрастает с 1,5% в 50-59 лет до 23,5% в 80-89 лет. [3] ФП также связано с высокой заболеваемостью, в том числе в четыре-пять раз повышенным риском инсульта [4,5], в два раза повышенным риском развития деменции, [6,7] и в трех кратном увеличении риска сердечной недостаточности. [4] В США с 1985 года заболеваемость ФП увеличилась втрое, и на сегодняшний деь состовляет 2,3 млн пациентов; и по прогнозам демографов, эта цифра увеличится до 3,3 млн к 2020 году и до 5,6 млн к 2050 году.

Данный прогноз свидетельствует о большой медицинской, экономической и социальной значимости роста распространённости ФП; и данное явление отнесено к числу трех сердечно-сосудистых «Эпидемии» XX1 столетия. Мерцательная аритмия (МА) и связанная с ней заболеваемость, составляют значительную социально-экономическую нагрузку на системы здравоохранения, потребляющего между 0,9 и 2,4% от общего объема расходов Национальной службы здравоохранения в Великобритании, в то время как в США общий объем расходов на ФП 8.6-22.6% для пациентов во всех возрастно-половых группах [8,9] Европейское исследование сердца (The Euro Heart Survey) выявил экономическую нагрузку при стационарном и оперативном лечении ФП

На сегодняшний день после выявления ФП пациенты получают антиаритмическую терапию (ААТ) в качестве первой линии, но лечение рецидивирующей ФП часто оказывается неэффективной и связана с развитием многочисленных побочных эффектов. По данным некоторых исследований при ФП эффективность лечения ААП от 22% (APAF) до 60% (PIAF), в других же исследования говорится, что эффективность ААП в течении первого года не превышает 30% [13]. Еще один из методов терапии ФП – электроимпульсная терапия (ЭИТ), однако в своих исследованиях H.Dittrich et al. выявил, что у больных с однолетней продолжительностью ФП после ЭИТ рецидив в течении первого месяца составляет 64%.

Вторая линия терапии ФП – на сегодняшний день набирающая обороты электрофизиологическая методика. Предсердная опережающая электрокардиостимуляция (overdrive) может быть применена при лечении ФП у больных с дисфункцией синопредсердного узла или АВ-блокадой, но ценность данного метода для предотвращения рецидива ФП не исследована и не обоснована. Основной целью интервенционного лечения было – ликвидация триггерного фактора или прямое воздействие на аритмогенный субстрат. Первой концепцией была предложенная J.F.Swartz и соавторами – воссоздать линейные повреждения по типу Лабиринт методом радиочастотной аблации (РЧА). Вторая стратегия была разработана специалистами из Бордо (франция) M.Haissaguerre и коллегами, которая обосновывалась на обнаружении и прижигании (РЧА или Криоаблация) аритмогенного фокуса внутри легочной вены (так называемые легочные муфты). Тем не менее однократная интервенционная процедура могла обеспечить лишь 60-80% успешности, тогда как рецидив после первой процедуры был более 30%, а успех после вторичной интервенционной процедуры менее 40%.

Учитывая ограниченность фармакотерапии и интервенционных методов лечения, хирургические методы лечения ФП с использованием стандартных или минимально инвазивных доступов приобретают все большую популярность.

Хирургическое лечение ФП.

Хирургические стратегии включают в себя три основные цели: (1) изоляции триггеров ФП и прерывание электрофизиологического субстрата, которая поддерживает аритмию как в правой, так и в левой предсердиях, восстановление или поддержание атриовентрикулярной синхронности обеспечивающая оптимальную работу сердца, и восстановление и сохранение предсердной механической функции в целях повышения диастолического наполнения и избегания застоя крови. Хирургические методы изначально были нацелены на изоляцию неправильного ритма в определенной области предсердий, тем самым ограничивая влияние на желудочки.

Хирургическое лечение ФП – исторический вопрос.

Пионерами в хирургическом лечении ФП были J.Williams и соавт., которые в 1980 году экспериментально выполнили хирургическую изоляцию левого предсердия (ЛП), а в 1981 году применили данную методику клинический. Метод назывался - « изоляция левого предсердия"; изоляция ЛП была достигнута путем выполнения левосторонней атриотомии, которая ограничивала аритмию только в ЛП и обеспечивала остальную часть сердца в регулярном желудочковом ритме. Недостатком этой процедуры было то, что аритмия в ЛП сохранялась и риск системной тромбоэмболии не исключался.

В 1985 году G.Guiradon et al. произвели операцию под названием «коридор», в котором часть межпредсердной перегородки соединяющий синоатриальный и атриовентрикулярный узлы изолировался и в результате синусовый узел смог инициировать желудочковое сокращение. Однако при этом методе не удалось добиться регулярного синусового ритма в значительном числе случаев; в добавок, предсердия за пределами узкого коридора продолжали фибриллировать, потеря транспортной функции предсердии и хронический риск тромбоэмболии сохранялся.

Во время исследований развития ФП при искусственном пороке митрального клапана у собак J.Cox одним из первых продемонстрировал патофизиологию множественных кругов re-entry (re-entry – волна возбуждения миокарда совершающая движение по замкнутому кругу, при этом эта волна возвращается к месту возникновению и снова повторяется). С целью устранения множественных кругов реентри J.Cox предложил концепцию процедуры «Лабиринт», которая основывалась на предположении, что: (I) фракционирование тканей предсердий на более мелкие сегменты не позволит волнам реентри поддерживаться и (II) эти сегменты должны быть связаны друг с другом, позволяя миокарду предсердии достаточно деполяризироваться не допуская повторного входа. Смысл операции Лабиринт (Maze) заключался в образовании единственного установленного пути для распространения волны возбуждении из синусного узла в АВ узел методом разреза и сшивания определённых участков левого и правого предсердии. Со временем операция претерпела несколько вариантов усовершенствований – сначала Лабиринт – 1: основными недостатками этой операции являлись выраженная хронотропная инкомпетентность вследствии насечек близко расположенных к синусовому ритму и удлиненное межпредсердное проведение из-за разреза на верхушке ЛП пересекающая пучки Бахмана.

Учитывая вышеуказанные осложнения операция усовершенствовалась до Лабиринт-2, направления разрезов были изменены, но она стала технический сложной процедурой, и была упрощена до операции Лабиринт-3. В классическом виде операция Лабиринт-3 состоит циркулярного разреза вокруг легочных вен (ЛВ), ампутации ушек обеих предсердии, разрез в области митрального и трикуспидального перешейка, 2 продольных разреза ПП, рассечение МПП и поперечная верхняя атриотомия. В 2000 году J.Cox опубликовал результаты опыта хирургического лечения 308 больных с ФП – у 98% пациентов сохранился синусовый ритм после операции без применения ААП, и еще 1% после операции в комбинации с ААП. Тем не менее не смотря на хорошие результаты операции Лабиринт-3, она не получила широкого распространения вследствие высокой технической сложности, травматичности, значительного удлинения времени операции, повышенного операционного риска, риска кровотечения, замедленное восстановление синусового ритма, снижение сократительной функции предсердии, а так же потеря автономной иннервации сердца и риск имплантации ЭКС.

Классическая операция Лабиринт-3 до сих пор считается самой успешной процедурой хирургического лечения ФП с эффективностью до 79% в разных клинических центрах. Именно поэтому дальнейшее развитие хирургического лечения шло в направлении сохраняющая принципы процедуры «Лабиринт», но с меньшими осложнениями.

Альтернативные источники энергии для хирургической аблации ФП.

В середине 90-х годов A.Patwardan с соавторами одними из первых применили радиочастотную энергию (микробиполярную коагуляцию) в хирургическом лечении ФП при совместной коррекции МК, при этом ими были отмечены результаты до 80%. Вскоре доктора H.Sie, S.Gaynor, R.J.Domiano с соавторами опубликовали результаты эндокардиальной монополярной РЧА предсердии с эффективностью около 76-80%, и техника открытой хирургической радиочастотной аблации ФП стала стремительно набирать обороты во всем мире, получив название «операция Лабиринт-4». Со временем начались исследовательские работы по внедрению других источников энергии проводящие операции по принципу Лабиринт-4 как эндо, так и эпикардиально. В настоящее время кардиохирургами используются следующие источники энергии – криотермическая, микроволновая, радиочастотная, лазерная и ультразвуковая.

Таблица 1 - Сравнительная характеристика источников энергии используемые в Лабиринт-4 [37-43]

Показатель	РЧА	Криоблация	Микроволновая	Ультразвуковая	Лазерная
Достижение трансмуральности	Вариабельно, более эффективна биполярная	Хорошее	Вариабельно	Отличное	Отличное
Эндокардиальное повреждение	+	+	+	+	+
Эпикардиальное повреждение	+	+	+	+	+
Специфические возможности	Быстрое и эффективное повреждение	Сохраняет клеточную архитектонику, возможность нанесения линий к ТК и МК, хорошее разграничение поврежденной ткани, низкий риск кровотечении и перфорации	Низкий риск ТЭ, повреждений окружающих тканей и органов, перфораций и кровотечений	Быстрое эпикардиальное повреждение с его визуальым подтверждением	Быстрое, полное универсальное повреждение
Возможные осложнения	Внутриполостной тромбоз, повреждение КА и диафрагмального нерва, стриктура ЛВ	Возможнbe повреждение КА	Менее вероятное повреждение КА	Риск коллатерального повреждения и перфорации	Риск перфорации и формирования лазерного кратера
Использование в клинике	+	+	+	+	+
Точность	Умеренная	Умеренная	Хорошая	Плохая	плохая

Таблица 2 - Результаты использований различных методик хирургического лечения ФП

Авторы, год	Тип процедуры	Число операций	Период наблюдения	Свобода от ФП	Летальность
J.Cox, 2000 [42]	Cut-n-sew	346	8	98	2-3%
S.M.Prasad,2003[43]	Cut-n-sew	198	5,4	96%	3%
S.L.Gaynor,2005[34]	Cut-n-sew	276	6,1	92,2	5-6%
J.M.Stulak,2007[44]	Cut-n-sew	56	0,7	92	-
S.Lonerholm,2008[45	Cut-n-sew	52	4,7	86,5	&&
N.Ad,2009 [46	Cut-n-sew	109	9,8	87,5	&&
H.Sie, 2001 [34]	RFA	122	3,2	78	10
B. Chiappini, 2004[49]	RFA	40	1,4	88,5	7,5
V. Srivastava 2008[50]	RFA	133	3,3	BAM 62,5% LAM 57,5% PVIM 67,5%	8,75
W. P. Beukema, 2008[49]	RFA	285	1 3 5	69% 58% 55%	4,2 27,4
J. Wang, 2009 [50]	RFA	282	2,3	85	2,3
Manasse E.,2003 [51]	cryo	95	3	81,4	9,4
Mack C., 2005 [52]	cryo	63	1	88,5	
Moten S., 2007 [53]	cryo	41	1	87,4	
Rahmanian P.,2008[54]	cryo	141	1 2	79 71	2,8
Gammie, J. S.,2009 [55]	Cryo	91	3,2	55	
Funatsu, T.,2009[56]	Cryo	268	3 5	84,1 80,2	6,8
Kim, J. B.,2010 [57]	Cryo	244	3 5	87,8 79,4	4,9 5,4
Chiappini B.,2003 [58]	MW	10	1	77,8	

Venturini A.,2003[59]	MW	41	1	82,9	0
Wisser W.,2004[60]	MW RF	23 19	1 1	81 80	4 0
Knaut M.,2006[61]	MW	102	1	74	11,5
Topkara VK.,2006[62]	MW RF	85 120	1 1	66,7 75	13,5 9,5
Vicol C.,2008 [63]	MW	41	5	39,3	17%
Ninet J.,2005 [64]	US	103	0,6	85	3,8
Groh MA.,2007 [65	US	220	1	84,4	2,3
Klinkenberg T.J.,2009 [66]	US	50	1,3	27	
Mitnovetski S.,2009 [67]	US	14	0,9	77	
Hamman .,[68]	Laser	28	1.5	76	17

RFA – радиочастотная аблация, MW – микроволновая аблация, US – ультразвук, Cut-n-sew – классическая операция Лабиринт III «разрез-шов», BAM – биатриальный лабиринт, LAM – левопредсердный лабиринт, PVIM – изоляция только легочных вен.

Как видно из таблицы №2 результаты хирургического лечения ФП показывают что синусовый ритм восстанавливается в пределах 70-80% при применении разных методик, но тем не менее данные результаты показывают что, методы хирургической аблации менее эффективны, чем классическая процедура Лабиринт «разрез-шов», однако с другой стороны эти методы оправдали надежды своих изобретателей, так как имеет меньшее время ИК, меньшие осложнения. Слабость аппаратных методов аблации в большинстве случаев связана с нетрансмуральностью повреждения ЛП, в связи с чем начали разрабатываться методы улучшения повреждающей способности электродов, к примеру, был разработан метод орошения солевым раствором наконечника электрода, которые уменьшает площадь перегрева при аблации и увеличивает глубину повреждения. Положительные результаты лечения ФП с применением биполярных электродов привело к внедрению лечения изолированных форм ФП методом миниинвазивной торакоскопической аблации. Результаты применения миниинвазивной технологии описал J.Wudel с соавторами: эффективность восстановления СР после операции 91% при среднем наблюдении пациента в течении 18 месяцев.

С тех пор как процедура Лабиринт была внедрена для хирургического лечения ФП, кардиохирурги адоптировали данную процедуру для клинического применения, это процедура технический и аппаратно эволюционировала, но высокая эффективность (99%) была достигнута только в руках самого изобретателя – J.Cox. На сегодняшний день в запасе у кардиохирургов несколько методов хирургического лечения ФП, которая ставит целью элиминации ФП любой этиологии и перспективность данного направления не потеряла свою актуальность.

Предикторы рецидива ФП после хирургического лечения.

Успех и эффективность хирургического лечения ФП зависит не только от метода и технологии выбранной процедуры, но и от факторов риска рецидива ФП (так называемых предикторов). На сегодняшний день проведено не мало исследований связанных с выявлением предикторов рецидива ФП после аблации, но большинство из них проведены после катетерной аблации (25 мультивариабельных, 31 универиабельных), а вот исследований после хирургического лечения ФП немного. В публикациях описаны: по данным Maroto L.C. возраст, длительность ФП, ФВЛЖ и ранние послеоперационные нарушения ритма были связаны с рецидивом ФП после РЧА на основании универентного анализа Кокса. Benussi et al. в докладе 132 больных, показал, что возраст и послеоперационные наджелудочковые экстрасистолы были независимыми прогностическими предикторами поздних рецидивов ФП. Gillinov A.M с соавторами в своих работах указали, что возраст и размер ЛП являются факторами риска рецидива ФП. Пожилой возраст и большой размер ЛП при длительных ФП вызывают глубокие анатомические, гистологические и электрические изменения, и как правило, необратимые, что делает успех процедуры Лабиринт сомнительным. Общепризнано, что, чем трансмуральнее поражение, тем лучше результат. Barnett S.D. с соавторами в метанализе 5885 пациентов выявил лучшие результаты при биатриальной аблации, чем при только левопредсердной аблации. Тем не менее, Khargui с соавторами просмотрели 48 ретроспективных исследований включающее 3832 пациента и не выявили значимых различий при восстановлении синусного ритма оперированных биатриальной или леопредсердной процедурами. Так же Wang J. с соавторами провели рандомизированное исследование подтверждающее наблюдением в течении 28 месяцев больных, которым были проведены левопредсердная + кавотрикуспидальная аблация vs биатриальной аблации, в результате определили отсутствие различии при использовании данных техник. Кроме этого Beukema W.P. с соавторами помимо размера ЛП, указал предикорами рецидива длительность и тип ФП, а так же Р волну на ЭКГ. В этом же исследованийи сердечная патология, функциональный класс NYHA, давление в ЛА, ФВЛЖ, КДР и КСР ЛЖ были отмечены как факторы не влияющие на рецидив ФП.

Вопрос рецидива ФП после хирургической аблации остается открытым по многим пунктам: выбор метода, выбор техники, тип ФП, длительность ФП, размеры ЛП, и др….. все это требует не мало доказательной основы и исследований.

Заключение.

Хирургические методы абляции были разработаны и являются привлекательными из-за ограниченной эффективности катетера аблации ФП. Хирургическое лечение ФП традиционным методом «разрез-шов» или абляционными линиями разработанные доктором Дж.Коксом (Maze и модификаций) являются весьма эффективными , но требуют операции на открытом сердце и не могут быть оправданы в случае изолированного ФП. Применение процедуры Лабиринт или его модификации при сопутствующих операциях на сердца (АКШ, клапанная корекция, коррекция ВПС, и др.) оправдана и обоснована у всех пациентов, но с учетом предикторов рецидива ФП. Первоначальные результаты являются многообещающими, но дополнительные уточнения в выборе мишеней и технологии аблации, а так же определения тактики антиаритмической терапии и факторов рецидива ФП как в ранние, так и в поздние сроки, требуют рандомизированных исследовании, которые необходимы для содействия широкому применению технологии. Кроме того рандомизированные контролируемые исследования необходимы для того, чтобы определить роль хирургических методов в менеджменте пандемии заболевания.

Принимая во внимание сложность патогенеза ФП и его осложнения, по нашему мнению существует необходимость обязательного лечения данной патологии с применением комплексной технологии – хирургической аблации, объем-редуцирующих операции ЛП, поддержка антиаритмическими препаратами, электрокардиоверсия, и даже катетерная аблация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш. и др. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий // Рекомендации ВНОК и ВНОА. -М.: Гэотар - медиа, 2011. – С. 150-153.
2 Филатов А.Г., Тарашвили Э.Г. Эпидемиолгия и социальная значимость фибрилляции предсердий // Анналы аритмологии. – 2012. - №2. – С. 5-18.
3 Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham heart study // Circulation. - 1998. - Vol.98. - P. 946–52.
4 Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, Mathewson FA, Cuddy TE. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba follow-up study // Am. J.Med. - 1995. - Vol.98. - P. 476–484.
5 Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham study // Stroke. - 1991. - Vol.22. - P. 983–988.
6 Miyasaka Y, Barnes ME, Petersen RC, Cha SS, Bailey KR, Gersh BJ, et al. Risk of dementia in stroke-free patients diagnosed with atrial fibrillation: data from a community-based cohort // Eur. Heart. J. - 2007. - Vol.28. - P. 1962–1967.
7 Ott A, Breteler MM, de Bruyne MC, van Harskamp F, Grobbee DE, Hofman A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam study // Stroke. - 1997. - Vol.28. - P. 316–321.
8 Stewart S, Murphy NF, Murphy N, Walker A, McGuire A, McMurray JJV. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK //Heart. - 2004. - Vol.90. - P. 286–92.
9 Wolf PA, Mitchell JB, Baker CS, Kannel WB, D'Agostino RB. Impact of atrial fibrillation on mortality, stroke, and medical costs // Arch. Intern. Med. – 1998. - Vol.158. - P.229–234.

С.ДЖОШИБАЕВ, Б.А.БОЛАТБЕКОВ

Ғылыми-клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығы, Тараз қ.

ЖҮРЕКШЕ ЖІБІРІН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Түйін: Жүрекше жібірі – ең жиі кездесетін тахиаритмия, ырғақсыз жүрекше систолаларымен сипатталатын, жүрек жетіспеушілігінің ағымын ауырлататын және тромбоэмболикалық асқынулардың көзі болып табылады. Хирургиялық ота реентри шеңберлердің триггерлерінің оқшаулауына, атриовентрикулярлық жалғаспалықтың сүйемелдеуіне және жүрекшенің механикалық функциясын қалпына келтіруге негізделген. Либринт рәсімін немесе оның тәсілдерін ілеспелі қосжармалы ота кезінде қолдану ақталған және негізделген, бірақ жүрекше жібірі қайта оралу Применение процедуры Лабиринт или его модификации при сопутствующих операциях на сердца оправдана и обоснована у всех пациентов, но с учетом предикторов рецидива ФП.

Түйінді сөздер: жүрекше жібірі, атриопластика, радиожиілікті аблация, криоаблация.

S. DZHOSHIBAEV, B.A. BOLATBEKOV

Scientific-Clinical Centre of Cardiac Surgery and Transplantation, Taraz

SURGICAL TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION (REVIEW)

Resume: Atrial fibrillation - the most common tachyarrhythmia characterized by irregular atrial systole, worsening the heart failure and as a source of thromboembolic complications. Surgical treatment is based on isolation of the re-entry triggers, maintaining atrioventricular synchrony, and the recovery of atrial mechanical function. Application of the Labyrinth or modifications associated with heart surgery is justified and substantiated in all patients, but with the predictors of recurrence of Atrial fibrillation.

Keywords: Atrial fibrillation, atrioplasty, radiofrequency ablation, cryoablation.

УДК 616.125:616.005.3

С. ДЖОШИБАЕВ, Б.А. БОЛАТБЕКОВ
Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии, г.Тараз

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ АТРИОПЛАСТИКИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ КОРРЕКЦИЯХ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

В данное исследование включены пациенты оперированные по поводу коррекции митрального клапана с марта 2009 года по декабрь 2013 год. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-группа больных, которым была произведена атриопластика –126 случаев, 2-группа больных которым атриопластика не производилась 93 случая. В результате выявлено, что атриопластика левого предсердия приводит к эффективному уменьшению полости левого предсердия с последующим обратным ремоделированием других полостей сердца, снижает риск тромбообразования, улучшает дыхательную функцию легких, снижает чувства сердцебиения и улучшает качество жизни.
Ключевые слова: *фибрилляция предсердии, атриопластика, синусверси, тромбообразование*

Введение.
Увеличение полости левого предсердия (ЛП) и перерастяжение его стенок сопровождается развитием фибрилляций предсердии (ФП), в результате чего снижается сердечный выброс и нарастает сердечная недостаточность, вследствие чего создаются предпосылки для тромбообразования в полости ЛП, с дальнейшими возможными ишемическими атаками.

Материалы и методы.
Критерии включения пациентов – в данное исследование включены пациенты оперированные по поводу коррекции митрального клапана в НКЦКТ г.Тараз (Казахстан) с марта 2009 года по декабрь 2013 год. За весь период были прооперировано 517 пациентов с митральным пороком сердца. В данное исследование вошли только больные с изолированной коррекцией митрального клапана, тогда как больные с аортальным пороком исключались из исследования, вследствие наличия нарушения внутрисердечной гемодинамики, но больные с пороком трехстворчатого клапана не являлись критерием для исключения. Так же исключались пациенты с митральным пороком и ишемической болезнью сердца, потому что таким больным производилась кроме коррекции, так же аорто-коронарное шунтирование; больные с врожденной недостаточностью митрального клапана не включались по причине возрастных ограничений.
Пациенты были разделены на 2 группы: 1-группа больных, которым была произведена атриопластика –126 случаев, 2-группа больных которым атриопластика не производилась 93 случая.
Выборка пациентов – непропорцианальная стратифицированная, по дизайну исследование ретроспективное.

Таблица 1 - основных характеристик пациентов

Параметры	Группа больных с атриопластикой	Группа больных без атриопластики	Оценка-р
Общее число пациентов	126 (100%)	93 (100%)	p=0,23
Возраст, лет	59±11	52±9	p=0,65
Из них мужчин	62%	54%	
Вес, кг	87±23	62±8	p=0,22
Рост, м	1,65±0,23	1,55±0,12	p=0,12
Этиологический - ревматический - эндокардит - дегенеративные	 76% 14% 10%	 34% 46% 20%	p=0,11
Предыдущие операции на сердце - закрытые митральные комиссуротомии	33%	18%	p=0,02
Фибрилляция предсердии	92%	65%	p=0,007
Трепетание предсердии	5%	13%	p=0,09
Синусовый ритм	3%	22%	p=0,001
Диабет	16%	3%	p=0,023

Таблица 2 - Дооперационные инструментальные данные

Параметры	Группа больных с атриопластикой	Группа больных без атриопластики	Оценка-р
ЭХОКГ:			
Аортальный клапан 3-х створчатый 2-х створчатый Град.на клапане, мм рт.ст. регургитация	 90% 10% 11±3 >мин-76%, 1 степень-23%	 92% 8% 8±2 >мин-81%, 1 степень-19%	p=0,45
Митральный клапан ПМО, см2 Регургитация Фиброзирован Дегенеративные	 1,7±0,9 >мин-11%, 1 степень-34% 2 степень-45% >2 степень-9% 74% 26%	 2,1±1,1 >мин-9%, 1 степень-24% 2 степень-33% >2 степень-34% 56% 44%	p=0,003

ЛП, см	6,1±2,1	5,4±1,7	p=0,004
ФВ, %	47±5,6	54±4,5	p=0,03
КДР ЛЖ, см	5,4±1,0	4,7±0,7	p=0,09
Рентгенография ОГК, КТИ %	64±2,9	58±4,3	p=0,001

Результаты.

Среди больных одноклапанное протезирование с атриопластикой (1 группа) перенесли 74%, пластику митрального клапана 26%; во 2 группе одноклапанное протезироание 81%, пластику митрального клапана 19%. Тромбэктомия из ушка ЛП была проведена у 78% пациентов 1 группы, тогда как во 2 группе тромбэктомии из ушка ЛП не было.

В нашем исследовании были использованы методы атриопластики с расчетным объемом редукции предложенной Аруслановой О.Р. [1] в материалах диссертационного исследования. В 1 группе у пациентов нами были применены следующие оперативные техники: Пликация межпредсердной перегородки (МПП) и герметизация ушка (ГУ)–66% пациента; Парааннулярная редукция левого предсердия и герметизация ушка у 24% пациентов, герметизация ушка левого предсердия с пликацией межвенозной площадки–10% пациентов.

Таблица 3 - Послеоперационные инструментальные данные

Параметры	Группа больных с атриопластикой	Группа больных без атриопластики	Оценка-р
ЭХОКГ:			
Митральный клапан Град.на протезе, мм рт.ст. регургитация	19±4 >мин-70%, 1 степень-26% 2 степень-4%	17±5 >мин-77%, 1 степень-23%	p=0,06
ЛП, см	5,1±1,5	4,7±0,7	p=0,08
ФВ, %	56±4,7	57±3,2	p=0,6
КДР ЛЖ, см	4,1±1,0	3,7±0,7	p=0,3
На ЭКГ Фибрилляция предсердии	62%	53%	p=0,68
Трепетание предсердии	11%	4%	p=0,74
Синусовый ритм	27%	41%	p=0,02

В 1-й группе по данным ЭХОКГ после операции передний размер ЛП при пликации в среднем уменьшился на 10 мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 9%, КДР ЛЖ уменьшился в среднем на 7 мм, в 29-х случаях был применен временный ЭКС, которые были удалены уже на первые сутки после операции. Во 2-й группе по данным ЭХОКГ после операции передний размер ЛП в среднем уменьшился на 7 мм, ФВ ЛЖ поднялся в среднем на 3%, КДР ЛЖ уменьшился в среднем на 10 мм, в 11-х случаях был применен временный ЭКС, которые были удалены уже на первые сутки после операции. За период наблюдения в обеих группах не выявлено ни одного случая полной АВ блокады с необходимостью установки постоянного ЭКС.

Восстановление синусового ритма в группе с атриопластикой на 1,2 раза больше, чем в группе без атриопластики.

Среднее пребывание в ОРИТ в 1 группе 23±11 часов vs 27±11 часов (p=0,008), время до экстубации 8±3 часа vs 11±5 часа (p=0,01). В результате мы можем полагать, что при атриопластике ЛП экстубация раньше и время в ОРИТ меньше, что возможно связано с уменьшением давления ЛП на левый бронх, вследствие улучшается дыхание пациента.

В раннем послеоперационном периоде у больных 1-группы признаки ТИА были стратифицированы у 4 пациентов vs 5 пациентов во 2 группе. В 1 группе 1 больной перенес ОНМК, при котором гемипарез на конечностях уже разрешался к моменту выписки, тогда как во 2 группе 2 больных перенесли ОНМК с гемипарезом, который сохранялся вплоть до выписки.

Летальность составила 15 (2,9%) больных в общем количестве, в основном причина смерти 5 кровотечении, 2 НРС, 1 ОНМК, 2 дисфункции протеза, 1 плохой ККП, 4 от ОССН+ДН.

Обсуждение.

Само понятие «атриомегалия» в литературе четко не определено. В ряде случаев при увеличении размеров левого предсердия использую термины – «атромегалия», «аневризматическое увеличение ЛП», «левая атриомегалия», «гигантское левое предсердие», которые являются синонимами [2]. Одни авторы определяют увеличение левого предсердия при увеличении передне-заднего размера более 6 см [3,4,5,6,7,9,10] или 6,5 см [8,11,12,13]. Другие понимают под атриомегалией состояние, когда ЛП имеет максимальный диаметр 8 см [14,15]. Kawazoe et al. [16] определяют атромегалию как состояние при котором наличие увеличенного ЛП вызывает симптомы компрессии ЛЖ и бронхопульмонального сегмента. При этом было отмечено, что при увеличении переднезаднего диаметра ЛП более 6 см синдром компрессии заднебазального сегмента ЛЖ возникает раньше синдрома сдавления органов дыхания. [3] Первоначально отсутствовали критерии в определении атриомегалии, и авторы работ основывались на данных рентгенологического исследования. De Sanctis R.W.(1964) относил к термину атриомегалия только пациентов с рентгенологический сформированным правым краем левого предсердия или обеими краями тени сердца. [15,17]

Так же в литературе высказаны мнения, что при увеличении ЛП более чем на 6 см не совместим с сохранением синусного ритма, что возможно и определило данный размер как пограничный. [1,6,10,15]

Иванов В.А. и соавто.[6] предложили оригинальную классификацию атроимегалии, выделив 3 степени увеличения: 1 – степень от 6,0 до 6,9 см; 2-степень от 7,0 до 8,9 см; и 3-степень более 9 см.

Так же в литературе встречается классификация расширенности полостей сердца, рекомендованных Европейском журналом эхокардиографов [22]

Таблица 4.

Размер левого предсерди	Женщины				Мужщины			
	норма	Увеличенный			норма	Увеличанный		
		Умеренно	Средне	Выраженно		Умеренно	Средне	Выраженно
Диаметр (мм)	27–38	39–42	43–46	≥47	30–40	41–46	47–52	≥52
Объем (мл)	22–52	53–62	63–72	≥73	18–58	59–68	69–78	≥79
Объем/BSA (мл/м^2)	16–28	29–33	34–39	≥40	16–28	29–33	34–39	≥40

К причинам возникновения атриомегалии на данный момент относят: ожирение, артериальная гипертония, стресс, миокардиты, алкоголизм, болезни легких, но все они не требую хирургической коррекции. Тем не менее, очевидная связь с пороком митрального клапана (особенно при ХРБС) имеет описания в литературных источниках. Кроме того некоторыми авторам указана ИБС, как причина возникновения атриомегалии. [18,19,21]

Атриомегалия является результатом длительной перегрузки ЛП давлением и объемом, что отмечается в основном при МН и МС, или комбинированном пороке сердца. Не исключается, что чрезмерное увеличение ЛП происходит не только в связи с митральным пороком, но так же за счет изменения свойств ткани стенки ЛП. В первую очередь это свойственно ревматическому процессу, при котором поражается сердце в целом, и пораженная стенка ЛП более легко дилатируется. По этой причине атриомегалия реже встречается у пациентов с неревматическим митральным пороком сердца.

В патогенезе развития увеличенного левого предсердия большое значение придается нарушению внутриполостной гемодинамики, ведущему к повышенной нагрузке на стенку левого предсердия и изменению свойств самой стенки предсердия. [19,20]

При редукции левого предсердия происходит сокращение полости левого предсердия, что снижает риск тромбоэмболических осложнении, уменьшает компрессию на ЛЖ и ЛА, легкие и бронхи, восстанавливает (пусть не у всех, но) синусовый ритм, кроме того, приводит к улучшению респираторной и циркуляторной функции. [23,24,25]

Из-за того, что при дилятации левого предсердия наблюдается неравномерное растяжение различных отделов предсердия (параанулярной зоны, пространства между устьями легочных вен, правой и левой его стенки), используются различные виды атриопластик. [26,27,28]

Выводы.

1. Атриопластика левого предсердия приводит к эффективному уменьшению полости ЛП с последующим обратным ремоделированием других полостей сердца
2. Атриопалстика левого предсердия снижает риск тромбообразования в послеоперационном периоде.
3. Улучшает дыхательную функцию легких, тем самым больные экстубируются раньше, и находятся в ОРИТ меньше.
4. После атриопластики больше восстанавливается синусовый регулярный ритм, вследствии меньше беспокоят чувства сердцебиения, дискомфорт: улучшается качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Арусланова О.Р. Редукция левого предсердия при хирургии митрального клапана: дис. ... канд. мед. - М., 2010. – С.75-81.
2 Бабляк Д.Е., Аверчук В.Г., Бабляк А.Д. Обоснование целесообразности левой атриопластики в хирургическом лечении митральных пороков сердца, осложненных гигантским левым предсердием // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1996. - №4. – С. 15-19.
3 Антонщенко А.А. Коррекция митрального клапана у больных с атриомегалией: дис....канд. мед. – Киев: 1991. – С. 112-118.
4 Бобков В.В., Шевелев И.И. с соавт.Атриопластика при хирургической коррекции митрального порока, осложненного левосторонней атриомегалией // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. - №2. – С.3-8.
5 Бурмистров М.И., Кашинцев О.Н. Сочетание аневризмы левого предсердия и аневризматического расширения правой нижней легочной вены у больной с недостаточностью митрального клапана // Грудная хирургия. – 1970. - №5. – С. 97-99.
6 Иванов В.А., Подчасов Д.А. Результаты пластики левого предсердия при коррекции митрального порока, осложненного атриомегалией // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005. - № 9. - С. 4-9.
7 Караськов А.М., Назаров В.М., Семенов И.И. и соавт. Атриопластика при репротезированиях митрального клапана // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2001. - № 4. – С. 17-22.
8 Apostolakis E., Shuhaiber J. The surgical management of giant left atrium // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2008. – Vol. 33. - № 2. – P. 182–190.
9 Troise G., Cirillo M., Brunelli F. et al. Mid-term results of cardiac autotransplantation as method to treat permanent atrial fibrillation and mitral disease // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2004. – Vol. 25. - № 6. – P. 1025-1031.
10 Johnson J., Danielson G., Vauch H. et al. Plication of the giant left atrium at operation for severe mitral regurgitation // Surgery. - 1967. - Vol. 61. - № 1. – P. 18–121.
11 Sinatra R., Pulitani I., Antonazzo A., Melina J. A Novel technique for giant left atrium reduction // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2001. – Vol. 20. - № 2. – P. 412–414.
12 Sugiki H., Murashita T., Yasuda K., Doi H. Novel technique for volume reduction of giant left atrium: simple and effective ”spiral resection” method // Ann. Thorac. Surg. – 2006. – Vol. 81. - № 1. - P. 378-380.
13 Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врождённые аномалии системы кровообращения. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2007. – С. 66–105.
14 Gorcia-Villareal O.A., Gonzales R. Avoiding potencial complications in left atrial reduction: partial heart autotransplantation // J.Cardiovasc. Surg. – 2004. – Vol. 45(1). - P. 39-42.
15 Kothari A., Kothari K. A giant left atrium // J. Postgrad.Med. – 2006. – Vol. 51. - P. 49-50.
16 Fugita T., Kawazoe K., Beppu S. et al. Surgical treatment on mitral valvular disease with giant left atrium – the effect of paraannular placation on left atrium // Jap. Circulat. J. - 1982. - Vol. 46. - № 4. - P. 420–426.
17 Раскин В.А. Атриопластика левого предсердия у больных с митральным пороком сердца: дис. … канд. мед. – М., 2005. - №3. – С.15-18.

18 Dzemeshkevich S., Korolev S., Frolova J. et al. Isolated replacement of the mitral leaflets and "Mercedes"-plastics of the giant left atrium: surgery for patients with left ventricle dysfunction and left atrium enlargement // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). - 2001. – Vol. 42. - № 4. – P. 505-508.
19 Johnson J., Danielson G., Vauch H. et al. Plication of the giant left atrium at operation for severe mitral regurgitation // Surgery. - 1967. - Vol. 61. - № 1. – P. 18–121.
20 Alissie K., Boyden P.A. Pathophysiology and prevention of atrial fibrillation // Circulation. - 2001. - Vol. 103. – P.769-777.
21 Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий // ИКФ Фолиант. – СПб.: 2009. – С. 175.
22 Lang, RM; Bierig M, Devereux RB, Flachskampf FA, Foster E, Pellikka PA, Picard MH, Roman MJ, Seward J, Shanewise J, Solomon S, Spencer KT, St John Sutton M, Stewart W Recommendations for chamber quantification // Eur. Journal of Echocardiography. - 2006. - Vol.7 (3). – P. 79-108.
23 Ker J. Endomyocardial fibrosis: an enigmatic cause for a giant left atrium // Trop.doct. - 2009. - Vol.39. – P. 116-118.
24 Mohr F.W., Fabricious A.M., Falk V., Doll.N. etc. Curative treatment of atrial fibrillation with intraoperative radiofrequency ablation: short-term and mid-term results // J.thorac.Cardiovasc.Surg. - 2012. - Vol.123. – P. 919-927.
25 Rajacaruna C., Mhandu P., Ghosh-Dastidar M., Desai J. Giant left atrium secondary to severe mixed mitral valve pathology // Eur.J.Cardiothorac.Surg. – 2007. – Vol.32. - P. 932-937.
26 Stewart G.C., Nohria A. Giant left atrium // N.Eng.J.Med. – 2008. – Vol.358. - P.2050.
27 Ying Z-Q., Ma J., Xu G. Giant left atrium // Eur.Heart.J. – 2008. - Vol.29. - P. 295.
28 Cox J.L. Cardiac surgery for arrhythmias // PACE. – 2004. - Vol.27. - P. 266 – 282.

С. ДЖОШИБАЕВ, Б.А. БОЛАТБЕКОВ
Ғылыми-клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығы, Тараз қ.

ҚОСЖАРМАЛЫ ЖҮРЕК АҚАУЛАРЫН ТҮЗЕТУЛЕРІНДЕ СОЛ ЖҮРЕКШЕГЕ АТРИОПЛАСТИКА ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ

Түйін: Бұл зерттеуге 2013 жылдың желтоқсан айы мен 2009 жылдың наурыз айы арасындағы қосжармалы қақпақшаға ота жасалған науқастар енгізілді. Науқастар 2 топқа бөлінді: 1 – топ атриопластика жасалған сырқаттар 126 жағдайлар, 2-топ атриопластика жасалмаған сырқаттар 93 жағдай. Зерттеу нәтижесінде анықталды: сол жүрекшенің атриопластикасы қуыс көлемі кішіреуін туынжатып, жүректің басқа қуыстарын кері ремоделдеуін тудырады, троб жасаудың қауыпын төмендетеді, тыныс функциясын жаксартады, жүрек соғу сезімін төмендетеді және тұрмыс сапасын жаксарады.
Түйінді сөздер: жүрекше жібірі, атриопластика, синусверсия, троб жасау

S. DZHOSHIBAEV, B.A. BOLATBEKOV
Scientific-Clinical Centre of Cardiac Surgery and Transplantation, Taraz

APPLICATION OF THE LEFT ATRIAL ATRIOPLASTY METHODS IN THE CORRECTION OF MITRAL HEART DEFECTS

Resume: In this study included patients operated on for correction of mitral valve from March 2009 to December 2013. Patients were divided into 2 groups: one group of patients who underwent atrioplasty -126 cases, 2-group of patients whom atrioplasty not performed 93 cases. The result revealed that left atrial atrioplasty leads to an effective reduction of the left atrium, followed by reverse remodeling of other cavities of the heart, reduces the risk of blood clots, improves respiratory functions, reduces the sense of heartbeat and improving quality of life.
Keywords: Atrial fibrillation, atrioplasty, sinusversion, thrombus

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ OTORHINOLARYNGOLOGY

УДК 616-053: 612.886-616.8

Г.Б. ДАВРОНОВА, Н.Ж. ХУШВАКОВА, Ф.Ш. ИСХАКОВА, Х.А.СОАТМУРАТОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, кафедра оториноларингологии

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Проведен сравнительный анализ распространенности тугоухости у больных с неврологической патологией и целью работы явилось оценка эффективность нейромультивита в комплексной терапии НСТ с неврологической патологией. Под наблюдением находилось 19 больных в возрасте от 5 до 18 лет. Сравнение тональных пороговых аудиограмм до и после лечения выявило улучшение слуховой чувствительности по костному звукопроведению в пределах 5 - 10 дБ у 80% больных с низким и высоким диапазоном частот.
Ключевые слова: *сенсоневральная тугоухость, неврологическая патология, комплексная терапия*

Актуальность работы: Лечение и реабилитация пациентов с заболеваниями слухового анализатора является одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Слуховой анализатор обеспечивает центральную нервную систему информацией об окружающей среде [5], а снижение слуховой функции становится основной причиной ухудшения качества жизни [1,7] и может привести к развитию неврозов и неврозаподобных состояний [8,9].

В Узбекистане насчитывается около 300 тысяч детей приобретенной НСТ с неврологической патологией [2,3]. Если нарушение слуха у ребенка не выявлено в раннем возрасте, состояние отягощается, и формируется задержка психического развития, которое приводит к нарушение функционального состояния мозга, что отражается на физическом здоровье ребенка Причины, лежащие в основе формирования приобретенной НСТ, связаны с метаболическим и гипоксическим поражением нервной ткани.

Актуальность изучения эффективности сопряженности протекания процессов роста и созревания психофизиологических и физических функций определяется необходимостью получения информации о закономерностях деятельности центральной нервной системы при формировании НСТ, в условиях становления мыслительной деятельности [4]. В свою очередь, имеющиеся у слабослышащих детей психоневрологические изменения, низкая познавательная активность обусловливают целесообразность изучения нейрофизиологических основ дисфункций мозга. Эти обстоятельства еще более акцентируют необходимость получения сведений о влиянии НСТ на биоэлектрические процессы в коре и сопряженные с ними психические и регуляторные функции мозга.

Метаболические нарушения ведут к дистрофическим дегенеративным изменениям нервной ткани, нарушении функции периферических соматических и вегетативных нейронов с развитием нейропатии и поражением центральной нервной системы.

Целью нашей работы явилось изучение распространенности тугоухости у больных с неврологической патологией и оценить эффективность нейромультивита в комплексной терапии НСТ с неврологической патологией.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось на базе отделения неврологии и оториноларингологии Областной Детской Многопрофильной Больницы города Самарканда с 2013-2014гг. Было обследовано 19 больных, в возрасте от 5 до 18 лет. Основную группу составили 10 больных, которым был проведено комплексное лечение с применением препарата «Нейромультивит», контрольную группу составило 9 больных с НСТ, с неврологической патологией которые получали традиционное лечение.

Учитывая тот факт что тревожность повышена при нервно-психических и хронических соматических заболеваниях, а также у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы и в ситуации неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом [6], у больных с сенсоневральной тугоухостью. Поражение слуховой системы оценивалась по балльной системе с использованием классификации нейросенсорной тугоухости (кохлеопатии): по степени понижения слуха – тугоухость I степени 21-40 дБ – 1балл, II степени – 41 -60 дБ – 2 балла, III степени – 61-80дБ 3 балла, IY – 81- 100дБ – 4балла, глухота – 12 баллов, по локализации процесса – одно- и двусторонняя; по преимущественному охвату частот – до 500 Гц – низкочастотная до 2000 Гц – среднечастотная, свыше 2000 Гц – высокочастотная. Также учитывался возраст заболевания: до 10 лет – 7 баллов, до 20 лет 6 баллов, до 30 лет 5 баллов, до 40 лет – 4балла, до 50 лет – 3 балла, до 60 лет – 2 балла, свыше 60 лет -1 балл. Так как мы проводили обследование детей от 5 до 18 лет, у них наблюдалось понижение слуха до 40 – 50 дБ, и оценивалось по 7 балльной системе.

Результаты: Сравнение тональных пороговых аудиограмм до и после лечения выявило улучшение слуховой чувствительности по костному звукопроведению в пределах 5 - 10 дБ у 80% больных с низким и высоким диапазоном частот. Одновременно больные отмечают снижение шума в ушах, повышение разборчивости речи, и снижение неврологических состояний. Как правило, течение заболевания у больных основной группы протекал более благоприятно, уже на 5 - 6сутки у 70% больных получавших дополнительно Нейромультивит неврозы и неврозаподобные состояния уменьшились, также здесь имеет место правильной дозировки витаминов группы В, что в свою очередь действует целенаправленно на нервные клетки.

Выводы. Таким образом, медикаментозный метод лечения позволяет достичь улучшения состояние пациентов в НСТ с неврологической патологией. Включение в комплексную терапию комбинированный препарат «Нейромультивит» может способствовать улучшению функционального состояния вестибулярного нерва и предотвратить прогрессирование ухудшения слуха, повышает умственную способность пациентов и действует успокаивающе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бердникова И.П., Мальцева Н.В. О реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью // Материалы конференции с международным участием и семинара «Актуальные вопросы фониатрии». – Самара: 2003. - С. 98-99.
2 Хакимов А.М., Агзамходжаев С.С., Муратходжаева М.В. Актуальные вопросы в Оториноларингологии // Сборник научных трудов. – Ташкент: 2006. – С. 21-23.
3 Дубровинская Н.В. Нейрофизиологические механизмы внимания // Онтогенетическое исследование. - Л.: Наука, 1985. -144 с.

4 Кузовков В.Е., Янов Ю.К., Левин С.В. Аномалии развития внутреннего уха и кохлеарная имплантация // Рос. Оториноларинг. – 2011. - №1. - С. 105 – 109.
5 Матвеев В.Ф. «Психические нарушения при дефектах зрения и слуха». - М.: Медицина, 1987. – 184 с.
6 Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. - М.: МЕД пресс-информ, 2002. – 608 с.
7 Таваркиладзе К.А. Реабилитационная аудиология: основы принципы перспективы // Российская оториноларингология. -2003. - №3(6). - С. 132-135.
8 Самойлова И.Г. Реабилитация больных с нарушением слуховой функции // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1997. - №2(10). – С. 83-85.
9 Самойлова И.Г., Лысенко Л.В. Экзогенные психотравмирующий фактор как одна из причин развития невротических реакций у лиц, страдающих сенсоневральной тугоухостью // Вестник оториноларингологии. – 1998. - №4. - С. 15-17.
10 Petersena M., Willebs P. Non-syndromic, autosomal-recesive deafness // Clinical genetics. - 2006. - V.69. - N.6. - P. 371-392.
11 Butler S.R., Gluss A. Asymmetries in the electroencephalogramassocifted with cerebral dominance // EEG and Clin. Neuroph. - 1974. - V. 36. - № 5. - P. 481-491.

G. DAVRONOVA, N. ZH. KHUSHVAKOVA, F. ISXAKOVA, X. SOATMURATOVA

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF SENSORINEURAL HEARING LOSS IN CHILDREN WITH NEUROLOGICAL DISORDERS

Resume: Comparative analysis of prevalence of deafness in patients with neurologic pathology was conducted and the objective of the study was the assessment of effectiveness of "Нейромультивит" in complex treatment of sensorineural deafness with neurological pathology. Under observation were 19 patients at the age of 5-18 years. Comparison of luminal tone audiograms taken before and after treatment showed improvement in auditory sensitivity via bone conduction within the range of 5-10 dB in 80 % of patients with low and high frequency range.
Keywords: sensorineural deafness, neurological pathology, complex therapy.

УДК 616.2-053

Ш.Э. ОМОНОВ, М.Т. НАСРЕТДИНОВА, Ф.А. НУРМУХАМЕДОВ
Ташкентский Педиатрический институт, кафедра оториноларингологии
Самаркандский медицинский институт, кафедра оториноларингологии

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УШНОГО ШУМА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Субъективный шум может быть расценен как фантом слухового восприятия. В ряде случаев восприятие ушного шума ассоциируются с негативными эмоциями, например боязнь потери слуха или заболеваний мозга, что приводит к фокусированию внимания на этих симптомах . Подсознательное генерирование отрицательных эмоций вовлекает лимбическую (эмоции) и симпатическую нервные системы в состояние постоянной тревоги.
***Ключевые слова**: ушной шум, сенсоневральная тугоухость.*

Ушной шум, не являясь самостоятельным заболеванием, будучи симптомом различных патологических состояний, приносит значительные страдания человеку, приводит к соматическим и психическим расстройствам, значительно снижает качество жизни [2,4,6]. К сожалению, практические врачи не всегда с должным вниманием относятся к этому симптому и не назначают необходимый комплекс диагностических исследований, для установления причины шума.

Под шумом в ушах понимают слуховые ощущения, возникающие у человека при отсутствии внешнего акустического источника [1,3,5]. Большинство авторов считают, что следует различать субъективный (слышимый только пациенту) и объективный (слышимый окружающим) ушной шум [1,2]. Последний встречается довольно редко и обусловлен, как правило, мышечными (непроизвольные сокращения мышц глотки и среднего уха) или сосудистыми расстройствами (аневризмы сосудов, артериовенозные анастомозы и др.), а также артрозами височно-нижнечелюстного сустава, шумом движения шейных позвонков [3].

Слуховые ощущения (субъективный шум) могут появляться вообще без какого-либо акустического воздействия. Их возникновение объясняют нарушением функции периферических и центральных звеньев звукового анализатора при воздействии на них неблагоприятных факторов [1, 2, 4]. Причиной субъективного шума может быть патологическое состояние наружного, среднего или внутреннего уха, изменения в различных отделах вегетативной нервной системы и другие заболевания. [2,4].

Материалы и методы исследования.

Обследовано 115 пациентов с ушным шумом, обусловленным различной патологией уха. Из них: у 45 был установлен острая и хроническая сенсоневральная тугоухость, у 25 — адгезивный средний отит, у 25 — имелось различные формы перфорации барабанной перепонки, 11 — отосклероз и у 9 — болезнь Меньера. Среди обследованных было 66 % женщин и 34 % мужчин в возрасте от 15 до 68 лет. У большинства пациентов (86,3 %), страдающих от ушного шума, выявлена та или иная степень тугоухости. Нормальная слуховая функция отмечена у 13,7 % пациентов.

Тщательный анализ анамнестических данных больных показало следующее: у75 пациентов шум предшествовал тугоухости, у 25- она появился одновременно с тугоухостью и в15 случаях шум появился после развития тугоухости. У всех пациентов шум носил субъективный характер. У 71 % пациентов он был постоянным, у 29 % — периодическим.

Последовательность появления шума и снижение слуха зависело от характера заболевания.

Большинство больных (74 %) беспокоил шум II и III степеней переносимости, что нарушало качество их жизни и снижало трудоспособность.

Громкость шума у большинства пациентов (78%) не превышала 10 дБ.

Всем пациентам проводили обследование по общепринятой методике (анализ жалоб и анамнестических данных, объективный осмотр и общеклинические исследования), аудиологическое исследование, отоневрологическое исследование, исследование психологического статуса. Аудиологическое исследование включало тональную аудиометрию, шумометрию, импедансометрию, регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ) и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП).

Результаты.

Установлено, что при заболеваниях среднего уха ушной шум в большинстве случаев (88,9 ± 2,7 %) носил низкочастотный характер с диапазоном частот до 2000 Гц и соответствовал кондуктивному характеру тугоухости, при сенсоневральных нарушениях шум в этом частотном диапазоне встречался только в 18,6 ± 3,2 % случаев (P< 0,001).

Появление высокочастотного шума свидетельствовало о возникновении сенсоневральных нарушений и соответствовало тугоухости смешанного характера.

При острых и хронических сенсоневральных нарушениях слуховой функции основные частотные характеристики шума находились в диапазоне 4000–6000 Гц (62,4 ± 5,3 % случаев), громкость шума в большинстве случаев (62,3 %) превышала 10 дБ.

Достоверно доказано увеличение процента регистрации СОАЭ при ушном шуме. Так, на стороне ушного шума СОАЭ зарегистрирована у 32 (71,1 ± 6,8 %) больных из 45 обследованных, в то время как из 25 пациентов с сенсоневральным нарушением слуховой функции на уровне улитки, которое не сопровождалось ушным шумом, СОАЭ зарегистрирована на стороне поражения только у 3 (12 ± 6,5 %) пациентов (P< 0,001). Кроме того, высота пиков амплитуды СОАЭ на стороне ушного шума (7,0 ± 0,7 %) была достоверно выше, чем на стороне, где шум отсутствовал (4,6 ± 0,6 %, P < 0,05).

Увеличение процента регистрации СОАЭ и высоты пиков амплитуды при ушном шуме, обусловленном сенсоневральными нарушениями на уровне улитки, свидетельствует о повышенной активности наружных волосковых клеток, что может являться причиной возникновения шума

Известно, что ушной шум является не самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом различной патологии, эффективность лечения зависит от сроков диагностики и возможности лечения основного заболевания.

Наибольший эффект имеет лечение заболеваний среднего уха, сопровождающихся ушным шумом, при которых показано хирургическое вмешательство (отосклероз, перфорация барабанной перепонки и др.).Эффективность лечения шума при сенсоневральной патологии также зависела от характера заболевания. При сенсоневральном нарушении слуховой функции на уровне улитки, обусловленном сосудистой патологией, хорошие результаты получены при применении медикаментозной терапии. Снижение интенсивности шума после курса лечения отмечено у 7 (42,5 %) больных с болезнью Меньера. У этих больных зарегистрировано и объективное улучшение состояния рецепторов улитки, что выражалось в улучшении регистрации вызванной ОАЭ.

При остром сенсоневральном нарушении слуха результаты лечения во многом зависели от причины заболевания. При сосудистой этиологии заболевания уменьшение интенсивности ушного шума или его исчезновение отмечалось в большем проценте случаев, чем при вирусном или токсическом поражении улитки. Во всех случаях уменьшения ушного шума зарегистрирована положительная динамика при регистрации ВОАЭ на частоте продукта искажения. Медикаментозная терапия заключалась в назначении бетагистина дигидрохлорида, таблетированных форм кавинтона, трентала, ноотропила и других препаратов, улучшающих микроциркуляцию улитки и функцию мозга. В комплекс лечения включали массаж воротниковой зоны, ГБО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Алексеева, Н.С. Отоневрологические методы обследования дифференциальной диагностики периферического и центрального шума // Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: материалы юбил. Всерос. науч.-практ. конф. – М.: 2005. – С. 28.
2 Бобошко, М.Ю. Слуховая труба. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 355 с.
3 Голубовский О.А. Субъективный ушной шум и гиперакузия. Лечение флюктуирующими токами // Вестн. оториноларингологии. – 2000. - № 5. – С. 43-47.
4 Лопотко А.И. Шум в ушах. – СПб.: 2006. – 278 с.
5 Abdul-Baqi, K. Objective high-frequency tinnitus of middle-ear myoclonus // J. Laryngol. Otol. – 2004. – Vol. 118. - № 3. – P. 231-233.
6 Andersson, G. Masking of tinnitus and mental activity // Clin. Otolaryngol. – 2002. – Vol. 27. - № 4. – P. 270-274.

SH.E. OMONOV, M.T. NASRETDINOVA, F.A. NURMUHAMEDOV

OPTIMIZATION METHODS FOR DETERMINING THE TINNITUS IN VARIOUS PATHOLOGIES

Resume: Subjective noise can be regarded as a phantom auditory perception. In some cases, the perception of tinnitus associated with negative emotions, such as fear of hearing loss or diseases of the brain, which leads to focus attention on these symptoms. Subconscious Underwear generate negative emotions in attracts limbic (emotions) and the sympathetic nerve system nye in a state of constant anxiety.

Keywords: tinnitus, sensorineural hearing loss

УДК 618.3:616-056.43

Н.Ж. ХУШВАКОВА, Н.И. САФАРОВА, Ф.А. НУРМУХАМЕДОВ, Г.А. ХАМРАКУЛОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт,
Кафедра оториноларингологии

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Состояние эндогенной интоксикации на фоне применения топических стероидов при аллергическом рините изучено недостаточно. В исследованиях использовались озонотерапия и насобек (беклометазона дипропионат) способный угнетать выделение медиаторов аллергических реакций. Под влиянием озонотерапии содержание МДА уменьшилось на 42,6 %, активность каталазы плазмы возрасла на 60,0 %, снижение отношения МДА/КА на 80,4 %, уменьшилась концентрация МСМ$_{254}$ и МСМ$_{280}$ на 45, 0 и 35,5 % соответственно, что достоверно приблизило их к показателям группы здоровых.
Ключевые слова: *аллергический ринит, Насобек, озон.*

Актуальность. Проблема аллергических ринитов остается одной из актуальных проблем оториноларингологии. Аллергия в настоящее время рассматривается как системная патология и даже в тех случаях, когда преимущественно поражается один орган, всегда есть опасность развития системных проявлений [2,4].

Среди множества причин, вызывающих изменение нормального гомеостаза при АР, занимает эндогенная интоксикация (ЭИ). В результате этого нарушения, в биологических жидкостях и тканях организма накапливаются промежуточные и конечные продукты нормального обмена веществ, продукты нарушенного метаболизма соединительной ткани, компоненты деградации ее нормальных структур, а также продукты жизнедеятельности бактерий и антигены, оказывающие токсическое влияние и вызывающие дисфункцию различных органов и систем [1,3].

В научной литературе представлены многочисленные работы по диагностике и лечению АР [2]. Однако, учитывая тот факт, что в возникновении АР имеют значение нарушение иммунного статуса и процессов ПОЛ, приводящие к эндогенной интоксикации организма, появилась необходимость в разработке критериев диагностики и научно-обоснованных методов лечения. Так как, несмотря на то, что ЭИ при АР не представляет угрозы, но значительно ухудшает качество жизни [1,5].

Применение топических стероидов для лечения АР средней и тяжелой степени тяжести известно, но при этом состояние ЭИ изучено недостаточно. Нами был выбран препарат насобек (беклометазона дипропионат) и метод внутривенной озонотерапии.

Цель работы: изучить влияние топического стероида насобек и внутривенной озонотерапии на показатели эндогенной интоксикации у больных с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и лечения 35 детей в возрасте 6-15 лет с АР, а также 10 практически здоровых детей для сравнения биохимических показателей, в период с ноября 2012 по март 2014 гг. в ЛОР-отделении СОДММЦ. В зависимости от способа лечения больные были разделены на 2 группы:

I – контрольная группа (15 больных), получившие ТЛ;

II – основная группа (20 больных), получившие насобек и внутривенную озонотерапию на фоне ТЛ;

ТЛ включало: элиминацию аллергена, гипосенсибилизирующую, общеукрепляющую, симптоматическую и УВЧ-терапию. При необходимости проводили хирургическое вмешательство: аденотомия – 9 (69,2 %), подслизистая резекция перегородки носа - 2 (16,6 %), тонзиллэктомия – 4 (57,1 %), полипотомия -3 (75 %) и радикальная операция по методу Колдуэлла-Люка – 1 (25 %) случай.

Основными клиническими проявлениями АР являлись обильное отделение слизи из носа, заложенность носа, зуд и жжение в носу и глазах, головная боль. Часто в процесс вовлекалась евстахиева труба, что приводило к ощущению заложенности ушей, снижению слуха, шуму в ушах.

Насобек применялся 2 раза в сутки по 1 впрыскиванию (по 50 мкг каждое) в каждый носовой ход (общая суточная доза — 100 мкг) детям до 11 лет и по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 2 раза в сутки (общая суточная доза — 200 мкг) детям от 12 лет в течении 2 недель. Озонированный физиологический раствор для внутривенной озонотерапии получали путем барботирования 0,9% раствора NaCl озонкислородной смесью с помощью озонатора АОН-01-Арз. Концентрация озона на выходе озонатора составляла 2,5 мг/л, время барботирования – 10 мин, количество сеансов – 6.

Биохимический анализ крови проводился до и после лечения: для оценки процессов ЭИ нами использованы содержание малонового диальдегида (МДА), активность каталазы, молекулы средней массы (МСМ) при длине волны 254 и 280 нм, а также соотношение МДА/КА. Полученные результаты, характеризующие эндогенную интоксикацию у больных АР, приведены в таблице.

Результаты. ТЛ способствовало определенной коррекции изучаемых показателей – снижалась интенсивность процессов ПОЛ и уменьшался уровень средних молекул, однако, не приводило к полной нормализации маркеров эндотосикоза; исчезли головная боль, ринорея, чихание, явления конъюнктивита, евстахеита. Заложенность носа сохранилась у 2 (10,5 %) и нарушение обоняния у 3 (15,8 %) больных.

В ходе исследований было выявлено, что у всех детей на фоне терапии насобеком и внутривенной озонотерапии был достигнут положительный клинический эффект. Побочные явления на фоне применения насобека наблюдались только у одного ребенка в виде единичного носового кровотечения, которое купировалось самостоятельно и не потребовало отмены препарата. Системных побочных эффектов отмечено не было. Эффект насобека проявлялся с первых дней лечения и нарастал в следующие недели.

Под влиянием внутривенной озонотерапии содержание МДА уменьшилось на 42,6 %, активность каталазы (КА) плазмы возрасла на 60,0 %, снижение отношения МДА/КА на 80,4 %, уменьшилась концентрация МСМ$_{254}$ и МСМ$_{280}$ на 45, 0 и 35,5 % соответственно, а КУБ составил 18,2 %, что достоверно приблизило его к показателям группы здоровых.

Таблица - Показатели эндогенной интоксикации у больных с аллергическим ринитом

Показатели	Контроль (n =10)	До лечения (n=35)	ТЛ (n=15)	Насобек+озонотерапия (n=20)
МДА, мкмоль/л	3,50±0,23	6,56±0,28, P<0,001	3,76±0,12, P<0,05 P1<0,05	3,55±0,12, P1<0,05 P2<0,05
КА, мккат/сек·л	0,90±0,06	0,28±0.03, P<0,001	0,82±0,1, P<0,05 P1<0,05	0,90±0,1, P1<0,05 P2<0,05

МСМ$_{254}$, у.е.	0,24±0,03	0,51±0,04, P<0,001	0,28±0,02, P<0,05 P1<0,05	0,25±0,02, P1<0,05 P2<0,05
МСМ$_{280}$, у.е	0,28±0,03	0,451±0,041,P<0,001	0,29±0,02, P<0,001 P1>0,05	0,28±0,02, P1<0,001 P2>0,05
КУБ, у.е.	1,16±0,07	0,88±0,084, P<0,001	1,04±0,07, P<0,05 P1<0,05	1,14±0,07, P1<0,05 P2<0,05
МДА/КА, у.е.	3,89±0,16	23,43±1,38, P<0,001	4,59±0,20, P<0,001 P1>0,05	3,90±0,20, P1<0,001 P2>0,05

Примечание: P - достоверность различий относительно контрольной группы;
P1 - достоверность различий относительно показателя до лечения;
P2 - достоверность различий относительно традиционного лечения

Выводы. Аллергический ринит сопровождается эндогенной интоксикацией, обусловленной накоплением в плазме крови молекул средней массы, активизацией перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты. Применение внутривенной озонотерапии и насобека в комплексном лечении больных с АР дает положительные результаты, проявляющиеся в улучшении клинических данных, со стороны биохимических исследований наблюдается максимальное приближение показателей эндогенной интоксикации к контрольным и несомненно, может быть рекомендовано для применения в практической оториноларингологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Алферов В.П. Эндогенная интоксикация у детей больных бронхиальной астмой // Вестник новых медицинских технологий. - 2001. - Т. 8. - №1. - С. 53-56.
2 Астафьева Н.Г. Аллергический ринит и его влияние на астму: роль антигистаминных препаратов в лечении и профилактике // Российский Аллергологический Журнал. – 2008. - №1. - С. 37 48.
3 Афанасьева А.Н. Сравнительная оценка уровня эндогенной интоксикации у лиц разных возрастных групп // Клин. лаб. диаг. - 2004. - № 6. - С.11-13.
4 Карабаев Х.Э., Антонив В.Ф. и др. Показатели перекисного окисления липидов крови с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух // Ж. Вестн.оториноларингологии. - 1997. - №4. - С.44.
5 Коган Е.Л. Сравнительная эффективность стероидов в лечении круглогодичного ринита // Вестник оториноларингологии. - 2006. — № 6. - С. 49-50.
6 Хакимов М.Ш., Каримов Ф.Ш. Сорбционные методы детоксикации в лечении эндогенной интоксикации // O'zbekiston tibbyot jurnalli. - № 5. - 2005. – С. 93-97.

N. HUSHVAKOVA, N. SAFAROVA, F. NURMUHAMEDOV, G. HAMRAKULOV
Samarkand State Medical Institute, Department of Otorhinolaryngology

THE PATHOGENETIC CORRECTION OF ENDOTOXICOSIS IN ALLERGIC RHINITIS

Resume: The condition of endogen intoxication during the treatment with topical steroids for allergic rhinitis has been studied insufficiently. Ozonotherapy and Nasobec (beclometasone) was used during the study which is able to inhibit release of mediators of allergic reactions. Under the influence of Nasobec content of MDA decreased to 42.6%, the activity of catalyses plasma increased to 60.0%, a decline of ratio MDA/CA 80.4%, decreased concentration MSM254 and MSM280 45, 0 and 35.5%, respectively, significantly moved them closer to the healthy group.
Keywords: allergic rhinitis, Nasobec, ozone.

ПЕДИАТРИЯ PEDIATRICS

УДК: 616.728.2 / - 03.2 – 053.1

Н.Б. ДУЙСЕНОВ , А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, С.М. МУКАНОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Республиканская детская клиническая больница "Аксай"
Алматы, Казахстан

АНАТОМО-КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Самая частая патология опорно - двигательной системы у детей - нарушение формирования тазобедренных суставов, включающие все формы дисплазии тазобедренного сустава, в том числе подвывих и вывих бедра. В последние годы наблюдается неуклонный рост развития дисплазии тазобедренных суставов, особенно в неблагоприятных условиях сельского населения. Для разрешения проблемы врожденной патологии тазобедренного сустава у детей в настоящее иремя необходимо обострить ортопедическую настороженность, и каждый педиатр обязан обладать знанием анатомического строения тазобедренного сустава в возрастном аспекте.
Ключевые слова: *дети, врожденная патология, тазобедренный сустав*

Врожденный вывих бедра является не только наиболее распространенной, но и наиболее давно и активно изучаемой патологией тазобедренного сустава у детей. Однако до настоящего времени при лечении этих больных наблюдается большой процент неудовлетворительных исходов [1,2]. В процессе лечения врожденного вывиха бедра остается много спорных вопросов, особенно для практикующих врачей. Зачастую они не знают, что делать с пациентами первого года жизни в тех случаях, когда вывих бедра вправить консервативно не удалось [3,4]. Правомочными ли являются попытки закрытого вправления вывиха под наркозом, и если да, то до какого возраста это возможно. Какой возраст является оптимальным для хирургической коррекции как самого вывиха, так и остаточных дефектов развития тазобедренного сустава.

К настоящему времени у детей первого года жизни придерживаются тактики максимально раннего вправления головки бедренной кости в вертлужную впадину, в том числе и хирургическими методами (при неэффективности консервативного лечения). Об оперативном вправлении тератологических вывихов тазобедренного сустава у детей в первые месяцы жизни публикации в отечественной литературе отсутствуют. Многие авторы считают, что открытое вправление врожденного вывиха бедра должно производится в возрасте 1,5 - 2,0 лет. Однако у 15% детей вывихи остаются не излеченными консеватив но до двухлетнего возраста. И начало ходьбы с невправленной головкой бедренной кости усуглубляет вторичную деформацию анатомических компонентов сустава, что является основной причиной развития в дальнейшем коксартроза [5,6].

Считаем, необходимым подчеркнуть, что для разрешения проблемы врожденной патологии тазобедренного сустава у детей в настоящее иремя необходимо обострить ортопедическую настороженность, и каждый педиатр обязан обладать знанием анатомического строения тазобедренного сустава в возрастном аспекте [7].

Возрастная анатомия тазабедренного сустава. В зависимости от распределения нагрузки в разные фазы движения и опоры формируются жесткие конструкции. На впадине – полулунная поверхность, на головке бедренной кости - соответствующая кривизна поверхности, выраженность суставного хряща. Объясняется наличие labrum glenoidale и костных выступов вертлужной впадины как преобладание опорной функции и движения в разные фазы работы (опора на конечность в заднем или переднем ее положении).

Тазобедренный сустав у новорожденных развит не полностью. Вертлужная впадина овальной формы и уплощена. Она покрыта хрящом, в толще которого лежат ядра окостенения тел подвздошной, лобковой и седалищной костей, которые разделяются V - образной хрящевой прослойкой. По краю вертлужной впадины видна хрящевая губа высотой от 2 до 5 мм. Толщина губы 1-2 мм. Головка бедренной кости шаровидной формы и состоит из хряща. Шейка бедренной кости короткая. Капсула сустава тонкая, но туго натянута. Вверху она прикрепляется к краю суставной губы, внизу доходит до межвертельной ямки спереди и межвертельного гребня сзади. Связки тазобедренного сустава выделяются с трудом, исключение составляет подвздошнобедренная. Эта связка короткая и ограничивает разгибание и пронацию. Малая глубина вертлужной впадины в сочетании со слабостью капсулярносвязочного аппарата может явиться причиной вывихов в суставе.

Синовиальная оболочка капсулы сустава фиксируется в области шейки бедренной кости вместе с фиброзной оболочкой, а на тазовой кости несколько отступает от суставной губы и образует завороты. В полости сустава имеются складки синовиальной оболочки, которые чаще всего локализуются в области вертелов. У новорожденных внутрисуставная круглая связка головки бедренной кости конусовидной формы в виде плоского тяжа длиной 8-11 мм. В этом возрасте она, по всей вероятности, тормозит экскурсию головки бедренной кости, особенно при приведении бедра и вращении его кнаружи. С ростом ребенка изменяются форма и размеры вертлужной впадины. Она углубляется и к 7 годам становится почти круглой. Выше и толще становится суставная хрящевая губа. Оссифицирующая головка бедренной кости постепенно погружается во впадину. Капсула и связки сустава начинают развиваться в первые годы жизни ребенка. В течении 1-го года заметно удлиняется подвздшнобедренная связка, вследствие чего размах движений в суставе увеличивается. Четко контурируются подвздошнобедренная и седалищнобедренная связки. Седалищнобедренная связка к 2 годам существенно утолщает капсулу сустава. К 10-12 годам все наружные связки сустава хорошо развиты.

В связи с погружением головки бедренной кости в вертлужную впадину и удлинением шейки бедренной кости круговая зона капсулы смещается вдоль шейки бедренной кости дистально. На передней и задней поверхности сустава в промежутках между связками фиброзная капсула и в зрелом возрасте остается тонкой. Здесь возможны выпячивания синовиальной оболочки. Размеры полости сустава с возрастом увеличиваются. Крупнее становяться складки синовиальной оболочки. Утолщается и удлиняется круглая связка головки бедренной кости. В ней постоянно проходят кровеносные сосуды для питания головки бедренной кости. Окончательного развития, учитывая оссификацию костных элементов, тазобедренный сустав достигает к 18-20 годам. Проекция сустава. Тазобедренный

сустав спереди проецируется по линии, проведенной от основания большого вертела к середине паховой связки. Эта линия делит головку и шейку бедренной кости на две почти равные части. Головка занимает участок, соответствующий внутренней части, а шейка и основание большого вертела - участок, соответствующий наружной части этой линии.

В бедренном треугольнике головка бедренной кости проецируется в верхненаружной его половине, тотчас ниже середины паховой связки. Перпендикуляр, опущенный из середины связки соответствует нижнему краю головки. Портняжная мышца пересекает линию перехода головки в шейку. При приведении конечности и повороте внутрь, головка входит в вертлужную впадину, малый вертел удаляется от паховой связки, а большой вертел приближается к передневерхней подвздошной ости. При отведении конечности и повороте кнаружи головка выходит из вертлужной впадины и проецируется на переднюю поверхность бедра наибольшим диаметром, большой вертел поворачивается кзади и удаляется от передневерхней подвздошной ости, а малый вертел поворачивается кпереди и вверх и приближается к паховой связке. Вследствие этого длина проекционного контура от головки до большого вертела будет то уменьшаться, то увеличиваться, а головка будет занимать больший или меньший участок. Тазобедренный сустав сзади, в ягодичной области, проецируется по линии, направленной от задневерхней подвздошной ости к основанию большого вертела (при положении на животе и выпрямленной конечности). Эта линия проходит вдоль головки и шейки бедренной кости. Головка, шейка и большой вертел бедренной кости занимают участок, равный нижней (наружной) половине этой линии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аязбеков Е.А., Дуйсенов Н.Б., Ахметова З.А. Лечение врожденной патологии проксимального отдела бедренной кости у детей // Материалы YI Международного научного симпозиума, YII Чуйской научно-практической конференции. - Чолпон-Ата: 2003. – С. 119 – 120.

2 Дуйсенов Н.Б. О врожденном вывихе бедра и его лечении // Журнал «Онош». - Улаанбаатар хот (М.Н.Р.): 2001. – С. 112 – 115.

3 Ормантаев К.С, Ерекешев А.Е., Кунанбаев А.Б. Детский травматизм и новые методы лечения // Матер. науч.-практич. Конференции «Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии» . – Алматы: 2000. – С. 10-18.

4 Н.Б. Дуйсенов. Консервативное лечение детей с патологическим вывихом бедра в младшем возрасте // IY-я Международная конференция молодых ученых-медиков стран СНГ - Алматы: 2002. – С. 132-133.

5 Дуйсенов Н.Б. О роли прогностических факторов в диагностике врожденной патологии тазобедренного сустава // Материалы YI Международной научной конференции. - Пермь (Россия) – Дубай (ОАЭ): 2002. – С. 49 – 50.

6 Дуйсенов Н.Б. Лечение детей с множественной эпифизарной дисплазией. // Proceedings of the XV International Scientific Conference «Family healh in the XXI century» - Torremolinos, Spain. – Perm: 2011. - P. 153- 155.

7 Карабеков А.К., Жалелов Е., Дуйсенов Н.Б., Карабекова Р.А. Некоторые этиопатогенетические аспекты патологии тазобедренного сустава у детей // Журнал «Педиатрия и детская хирургия Казахстана». - 2001. - № 3. - С. 13 – 16.

8 Л.Ж. Оракбай, М.Н.Омарова, Ж.М.Бекшин, М.М. Калимолдин. Актуальные проблемы влияния факторов окружающей среды на здоровье населения и некоторые особенности методологии оценки риска // «Family health in the XXI century. Papers of XVII International Scientific Conference 27 April – 4 May 2014 Netanya. - Israell: 2014. – P. 132 -135.

Н.Б. ДУЙСЕНОВ , А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, С.М. МУКАНОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
"Ақсай" Республикалық балалар клиникалық ауруханасы
Алматы, Казахстан

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАМБАС-САН БУЫНЫНЫҢ ТУА БІТКЕН ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ АНАТОМО-КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ

Түйін: Балаларда тірек-қимыл жүйесінің ең жиі патологиясы- жамбас-сан буынының қалыптасуының бұзылуы, соның ішінде барлық жамбас-сан буынының дисплазиясының түрлері, сонымен қатар санның жартылай және толық шығуы. Соңғы жылдары, әсіресе ауыл тұрғындарының қолайсыз жағдайларында жамбас-сан буынының дисплазиясы дамуының ұдайы өсуі байқалады. Қазіргі уақытта балалардағы жамбас-сан буынының туа біткен патологиясы мәселесін шешу үшін ортопедиялық сақтықты қайрау керек, және әр педиатр жастық аспектіде жамбас-сан буынының анатомиялық құрылысын білуге міндетті.

Түйінді сөздер: балалар, туа біткен патология, жамбас-сан буыны.

N.B. DUISENOV, A.T. DYUSEMBAEVA, S.M. MUKANOVA

S.D. Asfendiyarev Kazakh National Medical University
Republican Children is Clinical Hospital "Aksai"
Almaty, Republic of Kazakhstan

ANATOMICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF CONGENITAL ABDORMALITIES OF HIP JOINT IN CHILDREN

Resume: The most common musculoskeletal pathology – the motor system in children – a violation of the formation of the hip joint, including all forms of hip dysplasia, including subluxation and dislocation of the hip. In recent years there has been a steady increase in the development of hip dysplasia, especially in adverse conditions of the rural population. To resolve the problem of congenital abdormalities of the hip in children currently Irem need to sharpen alertness orthopedic, pediatrician and each shall have a knowledge of the anatomical structure of the hip joint in the age aspect.

Keywords: children, congenital disorders, the hip joint

УДК: 616 -053.4/-007.11

А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, С.М. МУКАНОВА, У.О. АСТАФЬЕВА, Д. ДАНАБЕКУЛЫ, Н.К. ДУНБАЕВА, А.А. КУМАРОВА, Н.А. САФОНОВ
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

СКОРОСТИ РОСТА ПРОДОЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ТЕЛА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Изучали возрастную динамику продольных размеров тела детей дошкольного возраста 3-7 лет. Средние размеры верхней части высоты туловища и средние размеры средней части высоты туловища размеры девочек превышают размеры мальчиков во всех возрастных группах, изученных нами детей. Эти данные говорят о том, что уже в дошкольном возрасте начинает обнаруживаться тенденция к проявлению половых различий в пропорциях отделов туловища.
Ключевые слова: *дети дошкольного возраста, физическое развитие, скорости роста, продольные размеры тела*

Введение. Период детства от 3 до 7 лет – дошкольный период – выделен в самостоятельную возрастную группировку. И это определяется не только важными биологическими особенностями детей раннего возраста, но и близкими условиями общественного воспитания и обучения. Урбанизация и индустриализация привели к значительным изменениям внешней среды. Механизм антропогенного действия окружающей среды на физическое развитие в настоящее время остается недостаточно изученным [1,2,3].

Целью исследования явилось изучение особенностей скорости роста продольных размеров тела.

Материал и методы: Антропометрические измерения проводились по унифицированной методике выборочным обследованием определенных репрезентативных возрастно-половых групп детей дошкольного возраста г.Алматы. Продольные размеры тела определялись как производные величины по разнице высот антропометрических точек над полом, определяемых сборным металлическим антропометром. Были взяты следующие антропометрические точки: верхушечная, верхнегрудинная, лобковая, передняя подвздошно-остистая, лобковая, верхушечная (положение сидя).

У каждого испытуемого вычислялись следующие продольные размеры тела (производные величины): длина туловища (разница между высотой верхнегрудинной и лобковыми точками), длина корпуса (длина тела за вычетом длины нижней конечности), длина верхнего отрезка (разница между высотами верхушечной и верхнегрудинной точек), длина нижней конечности (полусумма высот передней позвдошно-остистой и лобковой точек), рост сидя (высота верхушечной точки, при положении сидя, над площадью опоры).

Результаты исследования: Развитие роста стоя происходит за счет роста в целом, а развитие роста сидя, главным образом, за счет высоты туловища и длины верхнего отрезка. Вот почему мы занялись изучением динамики роста сидя, высоты туловища и верхнего отрезка (таблица 1).

Таблица 1 - Скорости роста продольных размеров тела у детей 3-7 лет

Возраст (год)	Мальчики		Девочки	
	X±m (X)	Относит. величина прироста (%)	X±m (X)	Относит. величина прироста (%)
Длина корпуса (см)				
3	53,89±0,25		52,3±0,22	
4	55,56±0,26	3,0	54,82±0,29	4,59
5	57,68±0,32	3,67	57,08±0,35	3,78
6	60,85±0,31	5,20	60,05±0,34	4,94
7	63,0±0,39	3,41	62,23±0,33	3,50
		14,46		15,79
Длина туловища (см)				
3	31,06±0,27		30,17±0,19	
4	32,38±0,25	4,07	32,18±0,28	6,24
5	32,99±0,33	1,84	34,16±0,32	5,79
6	36,07±0,25	8,53	35,91±0,27	4,87
7	37,63±0,3	4,14	37,63±0,25	4,57
		17,45		19,82
Длина верхнего отрезка (см)				
3	22,5±0,12		22,12±0,12	
4	23,18±0,15	2,93	22,44±0,16	1,42
5	23,69±0,15	2,15	23,41±0,17	4,14
6	24,76±0,15	4,32	24,14±0,19	3,02
7	25,37±0,16	2,4	24,59±0,16	1,83
		11,		10,04
Рост сидя (см)				
3	56,52±0,33		55,11±0,23	
4	59,23±0,3	4,57	58,41±0,26	5,64
5	62,02±0,32	4,49	61,34±0,31	4,77
6	64,53±0,29	3,88	64,16±0,29	4,39
7	66,9±0,33	3,54	66,48±0,36	3,48
		15,51		17,1

Анализируя обобщенный материал, мы видим, что в возрастном интервале от 3 до 5 лет длина корпуса больше длины нижней конечности, но с 6 лет длина ног становится больше длины корпуса. К концу исследуемого возрастного периода прирост длины ног достигает у мальчиков 16,77см (26,02%), а у девочек – 17,0 см (26,24%). Тогда как длина

корпуса увеличивается у мальчиков на 9,11 см (14,46%), а у девочек на 9,83см (15,79%). Таким образом, длина корпуса детей с увеличением возраста отстает в развитии от длины ног и роста стоя. Длина ног детей с возрастом увеличивается пропорционально росту стоя. На основе всего сказанного можно сделать вывод, что рост стоя у детей 3-7 лет с возрастом увеличивается во-первых, за счет увеличения длины верхнего отрезка, во-вторых, за счет увеличения длины ног и меньше всего за счет увеличения длины корпуса.

Возрастная динамика увеличения длины корпуса мальчиков и девочек дошкольного возраста приблизительно одинакова (таблица 2).

Таблица 2 - Процентное отношение длины корпуса к росту стоя

Возраст (годы)	Рост (см)		Длина корпуса (см)		% соотношение	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
3	98.08	96,89	53,89	52,3	54,9	54,3
4	104,53	103,98	55,56	54,82	53,1	52,7
5	111,44	110,80	57,68	57,08	51,7	51,5
6	118,25	117,49	60,85	60,05	51,4	51,1
7	123,18	122,99	63,0	62,23	51,1	50,5

Анализируя материал развития высоты туловища, мы заметили, что имеется некоторое своеобразие в соотношениях между частями высоты туловища мальчиков и девочек. В таблице №2 приведены данные о частях высоты туловища. Рассматривая эту таблицу, можно видеть, что верхушечная и верхнегрудинная точки высоты туловища мальчиков больше соответствующих частей высоты туловища девочек. Нижняя часть высоты туловища девочек, наоборот, больше нижней части высоты туловища мальчиков.

Таблица 3 - Средние размеры отдельных частей высоты туловища у детей дошкольного возраста

Возраст (годы)	Пол	Высота туловища (см)		
		Верхушечная	Верхнегрудинная точка	Лобковая точка
3	М	98,08	76,12	44,73
	Д	96,89	74,76	44,58
4	М	104,53	81,35	48,97
	Д	103,98	81,29	49,16
5	М	111,44	87,74	53,75
	Д	110,8	87,49	53,33
6	М	118,25	93,48	57,4
	Д	117,49	93,35	57,43
7	М	123,18	97,81	60,18
	Д	122,99	98,4	60,76

Можно отметить, что как абсолютные, так и относительные размеры дают право говорить о наличии некоторых половых особенностей. Средние размеры верхней части высоты туловища и средние размеры средней части высоты туловища размеры девочек превышают размеры мальчиков во всех возрастных группах, изученных нами детей. Эти данные говорят о том, что уже в дошкольном возрасте начинает обнаруживаться тенденция к проявлению половых различий в пропорциях отделов туловища.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Атамбаева Р.М. Особенности физического развития девушек-учащихся // Хирургия, морфология, лимфология. - Бишкек: 2014.- Т.11-№21. - С. 17-18.
2 Ростомашвили Л.Н. Проблемы и перспективы развития адаптивного физического воспитания детей со сложными нарушениями развития // Адаптивная физическая культура.- 2009.- 4 (40). - С.21-23.
3 Л.Р. Ахметзянова, Е.Ю. Али Лечебные игры как средство реабилитации детей с нарушениями в развитии // XVIII межд.научн. конф.- Израиль: Нетания, 2014. - С. 19-20.

А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, С.М. МУКАНОВА, У.О. АСТАФЬЕВА, Д. ДАНАБЕКУЛЫ, Н.К. ДУНБАЕВА, А.А. КУМАРОВА, Н.А. САФОНОВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНЕСІНІҢ ҰЗЫНА БОЙҒЫ ӨЛШЕМДЕРІНІҢ ӨСУ ЖЫЛДАМДЫҚТАРЫ

Түйін: 3-7 жастағы мектеп жасына дейінгі балалардың денесінің ұзына бойғы өлшемдерінің жасқа байланысты динамикасын зерттедік. Біз зерттеген балалар арасында барлық жастық топтарда қыздардың денесінің жоғарғы бөлімінің ұзындығының орташа өлшемдері мен дененің ортаңғы бөлімінің ұзындығының орташа өлшемдері ұлдардың өлшемдерінен асып кетеді. Бұл мәліметтер мектқп жасына дейінгі жаста дене бөлімдерінің пропорцияларында жыныс белгілері ерекшеліктері тенденциясының табылуының басталуын айтып тұр.
Түйінді сөздер: мектеп жасына дейінгі балалар, физикалық даму, өсу жылдамдықтары, дененің ұзына бойғы өлшемдері.

A.T. DYUSEMBAEVA, A.A. ABILOVA, S.M. MUKANOVA, U.O. ASTAF'EVA,
D. DANABEKULY, N.K. DUNBAEVA, A.A. COUMAROVA, N.A. SAFONOV
Kazakh National Medical University named after SD Asfendiyarov,
Almaty, Republic of Kazakhstan

GROWTH RATE OF LONGITUDINAL DIMENSIONS BODY OF PRESCHOOL CHILDREN

Resume: Studied the age dynamics of the longitudinal dimensions of the body preschool children 3-7 years old. The average dimensions of the upper part of the body and the height of the average size of the middle of the height of the body is larger than the size of girls boys in all age groups, we investigated children. These data suggest that in the pre-school age is beginning to show a trend towards the manifestation of sex differences in the proportions of parts of the body.
Keywords: children of preschool age, physical development, growth rate, the longitudinal dimensions of the body.

УДК: 611.97:616-007.11/053.4

А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, Б.М. ТАЖИМЕТОВ, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА, А.Б. АБИЛПЕИСОВА,
Н.Б. ГАБДЫШАКИРОВ, А.Н. МУСАГУЛОВА, А.Д. УРАКОВА, С.И. УТЕПОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Казахстан

СКОРОСТИ РОСТА ПРОДОЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Оценка развития продольных размеров верхней конечности детей дошкольного возраста 3-7 лет и определения сенситивных периодов их развития наиболее качественно проводится по анализу годичных приростов и выделение максимальных приростов признаков.
Ключевые слова: *дети дошкольного возраста, физическое развитие, скорости роста, продольные размеры верхней конечности.*

Введение. Физическое развитие является интегральным показателем здоровья, на которое влияет все многообразие внешних и внутренних факторов. Организм ребенка, находящийся в процессе развития, в большей степени нежели организм взрослого подвержен неблагоприятным воздействиям среды, которые не только оказывают влияние на состояние здоровья детей в настоящий момент, но и определяют ход их дальнейшего развития.

Современному врачу необходимо четкое представление о многочисленных факторах, оказывающих воздействие на процесс роста и развитие организма ребенка, о силе и направлении влияния факторов, их взаимодействии. Все это настоятельно требует проведения систематических исследований морфо-функционального состояния подрастающего поколения и обоснования рекомендаций по своевременному предупреждению неблагоприятных функциональных и морфологических сдвигов [1,2,3].

Целью исследования явилось изучение особенностей скорости роста продольных размеров верхней конечности и ее звеньев.

Материал и методы:

Антропометрические измерения проводились по унифицированной методике выборочным обследованием определенных нами репрезентативных возрастно-половых групп детей дошкольного возраста г. Алматы.

Все обследованные дети живут в благоустроенных квартирах многоэтажных домов, выстроенных по типовым проектам, посещают детские сады, построенные по одинаковым типовым проектам, с одинаковым распорядком дня и режимом питания.

Карты детей, имеющие пороки развития, физические дефекты, резко выраженные искривления позвоночника, сильно пониженного или повышенного питания не включались в статистическую обработку. Контингент детей был смешанным по национальному составу, материальной обеспеченности и бытовым условиям.

Продольные размеры тела определялись как производные величины по разнице высот антропометрических точек над полом, определяемых сборным металлическим антропометром. Были взяты следующие антропометрические точки: акромиальная, лучевая, шиловидная, и пальцевая.

У каждого испытуемого вычислялись продольные размеры верхней конечности: длина верхней конечности (разница между высотами акромиальной и пальцевой точек), длина плеча (разница между высотами акромиальной и лучевой точек), длина предплечья (разница между высотами лучевой и шиловидной точек), длина кисти (разница между высотами шиловидной и пальцевой точек).

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. По каждому признаку вычислялись средняя арифметическая величина X с ошибкой m(X). Оценка средних величин осуществлялась при помощи критерия достоверности – t.

Результаты исследования: Суммарная величина прироста длины руки и ее звеньев различна. Наибольший суммарный прирост как у мальчиков, так и у девочек имеет длина предплечья (23,22% и 25,52% соответственно), в дальнейшем идут показатели: у девочек – плеча (24,24%) и верхней конечности (24,01%); у мальчиков – плеча (22,82%) и кисти (21,88%).

Скорость роста колеблется в длине верхней конечности у девочек – от 4,62% до 8,29%, у мальчиков – от 4,34% до 7,62%; плеча – у девочек от 3,55% до 9,55%, у мальчиков от 3,41% до 11,55%; предплечья – у девочек от 4,55% до 8,93%, у мальчиков от 4,75% до 8,05%; кисти – у девочек от 4,46% до 6,67%, у мальчиков от 2,56% до 9,02%. Скорости роста в длине верхней конечности и ее отдельных звеньев варьируются от 3,55% до 9,55%, при этом наибольшая скорость роста отмечена для плеча. Максимальная величина прироста плеча отмечается у девочек в 4 года, у мальчиков в 4 и 5 лет; предплечья – у девочек в 6 лет и в 4 года, а у мальчиков в 4 года; кисти – у девочек в 5 лет, у мальчиков в 6 лет (таблица 1).

Таблица 1 - Скорость роста длины верхней конечности и длины ее звеньев у детей 3-7 лет

Возраст (год)	Мальчики		Девочки	
	X±m (X)	Относит. величина прироста (%)	X±m (X)	Относит. величина прироста (%)
Длина верхней конечности (см)				
3	43,0±0,20		41,25±0,23	
4	45,18±0,3	4,82	44,98±0,3	8,29
5	48,91±0,36	7,62	48,24±0,35	6,75
6	52,2±0,29	6,30	51,78±0,29	6,83
7	54,57±0,37	4,34	54,29±0,39	4,62
		21,2		24,01
Длина плеча (см)				
3	17,18±0,16		16,84±0,14	
4	18,14±0,15	5,29	18,62±0,13	9,55
5	20,51±0,18	11,55	20,04±0,17	7,08
6	21,5±0,25	4,60	21,44±0,19	6,52
7	22,26±0,23	3,41	22,23±0,15	3,55
		22,82		24,24
Длина предплечья (см)				
3	14,38±0,21		13,89±0,14	
4	15,64±0,17	8,05	15,17±0,19	8,43
5	16,71±0,2	6,4	16,21±0,16	6,41
6	17,84±0,16	6,33	17,8±0,19	8,93
7	18,73±0,2	4,75	18,65±0,21	4,55
		23,22		25,52
Длина кисти (см)				
3	10,6±0,17		10,51±0,17	
4	11,4±0,16	7,01	11,18±0,17	5,99
5	11,7±0,17	2,56	11,98±0,16	6,67
6	12,86±0,12	9,02	12,54±0,17	4,46
7	13,57±0,16	5,23	13,4±0,16	6,41
		21,88		21,56

Если скорость роста в длину верхней конечности имеет выраженный скачок в 5 лет у мальчиков 7,62%, у девочек в 4 года 8,29%, за которым идет постепенное снижение прироста, то закономерности роста отдельных звеньев несколько иные. Так, плечо характеризуется наибольшей величиной прироста (11,55%), но у девочек в 4 года, а у мальчиков в 5 лет, с дальнейшим постепенным уменьшением прироста. Скорость роста в длину предплечья имеет скачкообразный характер у девочек с двумя пиками увеличения в 4 года и 6 лет (8,43% и 8,93%). А у мальчиков же равномерный прирост в 5-6 лет (6,4% и 6,33%). Годичный прирост длины кисти наибольшую величину имеет у девочек в 5 лет (6,67%) а у мальчиков в 6 лет (9,02%).

Таким образом, цифровые значения показателей физического развития детей дошкольного возраста меняются достаточно быстро от года к году, а динамичность показателя облегчает возможность уловить первые его отклонения. В связи с этим наиболее надежна оценка физического развития детей по анализу годичных приростов с учетом выделения максимальных приростов признаков для определения сенситивных периодов их развития.

В темпах проростов длины тела и длины верхней конечности наблюдается общая закономерность. Так, максимальные приросты длины верхней конечности и длины плеча у мальчиков приходятся на 5 лет. Девочки имеют максимальные приросты показателей длины верхней конечности и плеча в 4 года, что соответствует максимальному приросту длины тела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Al-Shehri M.A., Altrabolsi H., Luke N. Standarts of growth and obesity for Saudi children (aged 3-18 years) living at hight altitudes // West Aft.J.Med. -2006. - 24(1). - P.42-51.

2 Пежемский Д.В. Физическая антропология и современное поисковое движение: цели и пути взаимодействия // Методически е рекомендации по военной археологии. - М.: 2006. - С. 198-242.

3 Пархоменко Ю.В., Вакурин А.Н., Ревякин Ю.Т. Особенности физического воспитания детей младшего дошкольного возраста на основе реализации программы «Сообщество» // Вестник ТГПУ. - 2009. -Вып. 10(88). - С. 145-148.

А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, А.А. АБИЛОВА, Б.М. ТАЖИМЕТОВ, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА, А.Б. АБИЛПЕИСОВА, Н.Б. ГАБДЫШАКИРОВ, А.Н. МУСАГУЛОВА, А.Д. УРАКОВА, С.И. УТЕПОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ҚОЛДАРЫНЫҢ ҰЗЫНА БОЙҒЫ ӨЛШЕМДЕРІНІҢ ӨСУ ЖЫЛДАМДЫҚТАРЫ

Түйін: 3-7 жастағы мектеп жасына дейінгі балалардың қолдарының ұзына бойғы өлшемдерінің дамуын бағалау және олардың дамуының сенситивті периодын анықтау сапалы түрде көбінесе жылдық өсу анализі бойынша және максимальді өсу белгілерін бөлу арқылы жүргізіледі.

Түйінді сөздер: мектеп жасына дейінгі балалар, физикалық даму, өсу жылдамдықтары, қолдардың ұзына бойғы өлшемдері.

A.T. DYUSEMBAEVA, A.A. ABILOVA, B.M. TAZHIMETOV, S.P. PERNEBEKOVA, A.B. ABILPEISOVA, N.B. GABDYSHAKIROV, A.N. MUSAGULOVA, A.D. URAKOVA, S.I. UTEPOV
Kazakh National Medical University named after SD Asfendiyarov,
Almaty, Republic of Kazakhstan

GROWTH RATE OF LONGITUDINAL DIMENSIONS UPPER EXTREMITY OF PRESCHOOL CHILDREN

Resume: Assessment of the development of the longitudinal dimensions of the upper extremity of preschool children 3-7 years old and the definition of sensitive periods their development of the most qualitatively is carried out to analyze the annual increment and the allocation the annual increment maximum growth characteristics.
Keywords: children of preschool age, physical development, growth rate, the longitudinal dimensions of the upper extremity.

УДК: **[616.361-002+616.36-008.811.5]-071.3-053.2**

А.Н. ОМАРОВА, О.У. МУСТАФИН, А.В. КИСЛЕНКО
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова.
Научный Центр педиатрии и детской хирургии

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТА С ХОЛЕСТАЗОМ У ДЕТЕЙ

В статье отображено течение холецистохолангита с холестазом у детей. Данное заболевание у детей имеет свои специфические проявления. В основном протекает вяло или в атипичной форме, требует дифференциальной диагностики, исключение других заболевании протекающих с холестазом. Тема актуальна тем, что холецистит в последние годы занимает у детей одно из ведущих мест в структуре гастроэнтерологических заболевании. В данной статье приведен клинический случай ребенка с холецистохолангитом с холестазом, а так же приведены лабораторные анализы и инструментальные данные пациента. Актуальна также тем что, патология желчного пузыря и желчевыводящих путей в последние годы стала часто выявляться у детей, и требует индивидуального подхода при постановке диагноза и лечения. В данной статье охвачены все аспекты и особенности течения холецистохолангита с холестазом у детей.
Ключевые слова: *холецистохолангит, холецистит, калькулезный холецистит, некалькулезный холецистит, желчевыводящие пути, детский возраст.*

Актуальность
В последние годы патология желчного пузыря и желчевыводящих путей занимает одно из ведущих мест в структуре гастроэнтерологических заболеваний у детей.[2-759]
Холецистит - воспалительный процесс в желчном пузыре и желчевыделительных путях всегда является вторичным, развивающимя на фоне дисхолии и дискинезии, врожденных аномалий и инфекций желчных путей. [2-760]
Различают калькулезную и некалькулезную формы холецистита. В детском возрасте преобладают некалькулезные формы. При холецистите у детей редко поражается один из отделов желчевыводящих путей. [2-761]
Предрасполагающим факторами к развитию холецистита являются аномалии желчевыводящих путей, дисхолии, дисбактериозы.
Гепатология детского возраста.
Поражение печени у детей имеют многофакторную природу. При этом первичные гепатиты обусловлены главным образом вирусной инфекцией, а вторичные гепатиты возникают как на фоне инфекционных (поражение печени при сепсисе, инфекционном мононуклеозе, иерсиниозе и др.), так и неинфекционных (коллагенозы, болезни сердца, крови и др.) заболеваний.
Гепатиты могут возникнуть и в результате токсических воздействий различных химических агентов (в том числе, лекарственных препаратов), при диффузных паразитозах или паразитозах с печеночной локализацией. У новорожденных вторичные поражения печени, как правило, холестатического характера, развиваются в результате врожденных аномалий желчевыводящих путей или различных наследственных обменных нарушений. (1-272-273стр.)
Клиническая картина
Классификация:
Выделяют 3 формы острого холецистохолангита:
1) Катаральный;
2) Флегмонозной;
3) Гангренозной (деструктивной). (1-759стр).
Среди жалоб наиболее частые: слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, головные боли, субфебрильная температура тела, потливость, тошнота, горечь во рту, пониженный аппетит, отрыжка, запор или неустойчивый стул, дерматиты, желтуха.
Боли ноющие, давящие, тупые, усиливаются после приема холодной, жирной пищи, острых блюд, газированных напитков. Локализация болей различна: в правом подреберье, в эпигастрии и иногда без определенной локализации. Боли стихают через 2-3 ч. после возникновения.
Таким образом, для хронического холецистита характерны синдромы:
- болевой
- астеновегетативный,
- холестатический [2-762-763]
На ряду с холециститом встречаются заболевания, так же сопровождающиеся холестазом:
панкреатит, саркойдоз, целиакия, тиреодит, аутоиммунные и инфекционные поражения печени и желчевыводящих путей и т.д. [4-599]
Причины холестаза:
Аномалий и пороки развития выводных протоков поджелудочной железы, печени и желчного пузыря,
Локализация количества и формы конкрементов в желчном пузыре
Склерозирующий холангит и гепатит,
Механическая желтуха. [5-14]

Выделяют следующие факторы, приводящие к дискинезии желчевыводящих путей:
– нейроциркуляторная дисфункция различного генеза;
– перенесенный острый вирусный гепатит;
– конституциональные особенности ребенка с вегетативной дистонией и малоподвижный образ жизни;
– неврозы;
– пищевая аллергия;
– хроническая патология ЖКТ (особенно воспалительная);
– паразитозы ЖКТ, особенно лямблиоз;
– наследственная предрасположенность, чаще сводится к семейным особенностям образа жизни, в частности, питания;
– хронические очаги инфекции в организме (ЛОР-патология)
– отравления, экопатология, длительное злоупотребление в питании продуктами промышленного консервирования;
– эндокринные заболевания (ожирение, тиреотоксикоз, сахарный диабет). [2-756]

Поступил ребенок Казбекова Дана, 05.09.2001г.р.

С жалобами: на боли в животе, больше в правом подреберье, желтушность, кожный зуд, головную боль, тахикардию.

Из анамнеза заболевания: Ребенок заболел в середине января 2014г. Когда повысилась температура до 38,5. Беспокоят головнаые боли, головокружение, слабость, боль в животе, однократная рвота, жидкий стул в течении двух дней 3-4 раза в день. С 23-24.01.14г появилась желтушность. Находилась на стационарном лечении в АРДБ, где осмотрена хирургом – данных за острое хирургическое заболевание нет, проведена МРТ (картина о.холецистита), проконсультирована инфекционистом – гепатологом проф. Куттыкожановой рекомендовано исключить вирусный гепатит. 31.01.14 проведены ПЦР и ИФА на гепатиты В,С,А, - отр. Получила лечение: гепатопротекторы, антибактериальную терапию, гормонтерапию коротким курсом, симптомиатическую терапию. Не смотря на проведенное лечение билирубин нарастал в динамике. Госпитализирована для дальнейшего обследования и лечения в стационар, проведена дезинтоксикационная терапия. Консультированы проф. Курмановым К.Б. и Катарбаевым А.К., диагноз вирусного гепатита снят. Повторно проведена МРТ где выявлена картина острого холецистита. проведены обследования:

Б/Х крови от 11.02.14: АЛТ 0,49 мкмоль/л, общий билирубин 158 ммоль/л, прямой билирубин 121 мкмоль/л, а симптомы интоксикации не было. осмотрена хирургом – данных за острое хирургическое заболевание нет. Госпитализирована для дальнейшего обследования и лечения в НЦП и ДХ.

При поступлении: Состояние ребенка тяжелое, за счет симптомов холестаза, интоксикации и умерренных симптомов цитолиза. Кожный покровы желтушный. На нижних конечностях следы расчесов. Выраженная иктеричность склер. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря, при пальпации появляется тошнота, так же определяется умеренная разлитая болезненность по всему животу. Печень, селезенка не пальпируется. Со слов девочки – стул светло-коричневый, больше серого цвета, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча насыщенного желтого цвета.

Консилиум в составе: д.м.н. Шариповой М.Н., профессора Хабижанова Б.Х., хирург, к.м.н. Хаирова К.Э., врача-рентгенолога, к.м.н. Саргелова С.Ш., зав. отделением Мустафиным О.У., к.м.н. Адамовой Г.С., асс.каф.Кисленко А.В.- **выставлен диагноз: Острый холецистохолангит не уточненной этиологии.**

Были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования:

В общем анализе крови лейкоцитоз ($6,1*10^9$/л -$13,5*10^9$/л), ускоренное СОЭ (18 мм/ч).

С момента лечения, отмечается снижение лекоцитов ($6,1*10^9$/л) и СОЭ (7 мм/ч).

Общий анализ мочи без особенностей

Биохимический анализ крови: Повышение уровня билирубина за счет прямой фракции (195,1-298,9 мкмоль/л). С момента лечения гормональными препаратами, отмечается выраженное снижение билирубина до (82,3-58,7 мкмоль/л).

Цитолиз (408 U/L), на фоне прводимой терапии снижение явлений цитолиза (168 U/L).

В копрограмме: нейтральный жир**++**, слизь**+++**, дисбактериоз.

ИФА на лямблии, аскариды, эхинококкоз, токсокороз, описторхоз, трихинелез – отр

РНГА на зоонозы от 24.02.14 – листерии 1:100, бак посев из зева – L. monocytogenes, чувствительная к амоксиклаву, доксициклину, оспамоксу, нистатину, ципролету.

Медь в сут. Моче от 24.02.2014 – 3,2мкм/л

ФЭГДС от 19.02.14. Слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована. Кардия смыкается. В желудке прозрачное содержэимое. Слизистая розовая, рыхлая, шероховатая. Привратник и луковица не изменены. 12ПК розовая, рыхлая. Закл.Катаральный рефлюкс эзофагит, поверхностный гастродуоденит без обострения.

Допплерография сосудов печени и селезенки от 19.02.14. Закл.Расширенние ствола и ветвей воротной вены.Снижение скоростных показателей портальной системы.

КТ от 19.02.14 Печень в разрезе не увеличена, без патологических теней. Структура не изменена. Желчный пузырь расположен в ложе, с гомогенным содержимым размером 5,4*1,0см.По задне-нижнему контуру желчного пузыря определяется тень размером – 0,3см, плотностью 102НМ (возможно в просвете кишечника). Другие органы брюшной полости в обьеме не увеличены, без дополнительных теней. Заключение: Камень желочного пузыря?

МРТ от 20.02.14 На серии Т1-Т2. Печень обычно расположена. Контуры четкие и ровные, структура однородная, патологической интенсивности МР-сигнала не выявлено. Желчный пузырь 6,15*1,8см. Стенка 0,3-0,35см. По задне-нижнему контуру желчного пузыря гиперинтенсивный осадок шириной -1,8см. Холецистохолангиографии желчь отходит в 12ПК. Остальные органы брюшной полости обычно расположены. Патологической интенсивности МР-сигнала в брюшной полости не выявлено. Заключение: Картина холецистохолангита..

Тест на билирубиновую энцефалопатию от 25.02.14 – отр.

Невропатолог: от 25.02.14.Нейроцеркуляторная дистония.

Офтольмолог от 25.02.14. Ангиопатия сетчатки.

Консультация инфекциониста профессора Тыныбекова А.С. от 26.02.2014г. – в связи с повышением уровня билирубина за счет прямой фракции, можно считать как «Подпеченочный гепатит». Рекомендовано: продолжить получаемое лечение, консультация специалиста по желчевыводящим путям.

УЗИ ОБП + почек от 14.02.2014г. Заключение: диффузные изменения в паренхиме печени. Признаки ДЖВП, застойные явления в желчном пузыре. Уплотнение стенки желчного пузыря. Уплотнение стенок желчного протока.

УЗИ ОБП + почек от 03.03.2014г. Заключение: диффузные изменения в паренхиме печени. Признаки дисметаболической нефропатии (соли).

Консультация инфекциониста профессора Тыныбекова А.С. от 26.02.2014г. – в связи с повышением уровня билирубина за счет прямой фракции, можно считать как «Подпеченочный гепатит». Рекомендовано: продолжить получаемое лечение, консультация специалиста по желчевыводящим путям.

Получала лечение: Диета №5, Урсосан, Дюспаталин, Гепадиф, Метронидазол, Цефаксон, Амписид, Преднизолон 30 мг в сут №5, с последующим снижением и отменой в течении 14 дней, Декарис, Бильтрицид, а так же дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

Не смотря на проводимую не смотря на терапию, состояние ребенка оставалось без улудшения и отмечалось нарастание явлений цитолиза и холестаза. Улучшение состояния появилась после введения в лечении преднизолона, на четвертый день гормонотерапии стул приобрел темно зеленую окраску, со слов девочки в кале был обнаружен зеленоватый камень размером 0,3см. С этого же времени отмечается положительная тенденция в купировании явлении холестаза, после отмены основных препаратов кроме гормона, отмечалась положительная динамика в купировании явлении цитолиза и нормализация уровня билирубина В БХ крови на момент выписки (**58,7 мкмоль/л**).

На основании вышеперечисленных исследовании и клинических данных выставлен клинический диагноз: **К83.8** Острый холецистохолангит с синдромом холестаза.

Сопутствующий диагноз: А32.8 Другие формы листериоза, Ангиопатия сетчатки. Нейроцеркуляторная дистония.

Выводы:

1. Для постановки окончательного диагноза (учитывая явления цитолиза и положительный эффект от гормональной терапии) требуются дополнительные исследования и наблюдение в динамике с целью дифференциального диагноза с аутоиммунным поражением печени и желчных путей.
2. В лечении данных больных, нужен индивидуальный подбор лечения.
3. Сложность диагностики заключается в том, что у детей часто встречается вяло – или атипично текущие формы холецистохолангитов, что затрудняет постановку диагноза, выбор правильной терапии.
4. Учитывая полиэтиологичность заболевания в диагностике холецистохолангитов необходим дифференцированный подход с использование не одного, а сразу нескольких методов исследования.
5. Необходимо комплексное исследование с применением как лабораторных, так и инструментальных методов исследования, а так же привлечение узких специалистов (инфекционистов, хирургов, ревматологов и т.д.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бельмер, С.В., А.И. Хавкин Гастроэнтерология детского возраста. – М.: МедПрактика, 2003. – С. 81-88.
2 Шабалов, Н.П. Десткие болезни. – СПб.: 2002. – Т.1. – С. 33-39.
3 Шабалов, Н.П. Детская гастроэнтерология.- М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 125-127.
4 Ивашкина, В.Т., Т.Л. Лапиной Гастроэнтерология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 155-161.
5 Сперанского, Г.Н. Заболевание желчевыводящих путей. // Педиатрия. – 2002. - №3. – С. 201-205.

А.Н. ОМАРОВА, О.У. МУСТАФИН, А.В. КИСЛЕНКО
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Педиатрия Ғылыми Орталығы және Балалар Хирургиясы

«ХОЛЕЦИСТОЛАГИТТІҢ ХОЛЕСТАЗБЕН БАЛАЛАРДА БАЙҚАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ»

Түйін: Мақалада холецистохолангиттің холестазбен ағысы балаларда қалай жүретіні қамтылған. Бұл аурудың баларда жүрүінің өзіндік ерекшеліктері бар. Ауру көп жағдайда балаларда жасырын, баяу өтеді. Холестазбен жүрүі тәрізді басқа ауруларды жоққа шығару үшін дифференциальды нақтаманы қажет етеді. Тақырыптың өзектілігі балалар арасында холецистит гастроэнтерологиялық аурулар ішінде соңғы жылдары жиі кездеседі, жасарып келеді. Бұл мақалада холецистохолангиттің холестазбен ауруға шалдыққан баланың, ауру тарихы алынып, аурудың клиникалық кейпі, лабораториялық анализдермен инструментальды зерттеу нәтижелері берілген. Тақырыптың таңдалу себебі бауырдың және өт шығару жолдарының патологиясы соңғы жылдары балалар арасында жиі кездеседі, нақтама қою және емдеу барысында жеке ерекшеліктер ескеріледі. Мақалада балалардың холецистохолангиттің холестазбен ауру жағдайларының барлық аспектілерімен ерешеліктері қамтылған.

Түйінді сөздер: холецистохолангит, холецистит, калькулезді холецистит, калькулезді емес холецистит, өт шығару жолдары, жас өспірім.

A.N. OMAROVA, O.U. MUSTAFIN, A.V. KISLENKO
Kazakh National Medical University named by S.D. Asfendiyarov
Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery

«HOLETSISTOHOLANGITA CHOLESTASIS IN CHILDREN CLINICAL CASE»

Resume: In article is displayed the current of Cholezystocholangitis with cholestasia at children. This disease at children has the specific manifestation. Generally proceeds inertly or in an atypical form, the exception of others a disease proceeding with the cholestasia demands differential diagnostics. The subject is actual that cholecystitis at children in structure of the gastroenterological diseases takes in recent years a leading place. The clinical case of the child is given in this article with Cholezystocholangitis with cholestasia and as laboratory analyses and tool data of the patient are provided. Relevance of a subject also is confirmed by that, pathology of a gall bladder and the biliary truckts began to meet in recent years often at children, and demands an individual approach at diagnosis and treatment statement. In this article all aspects and features of a current of Cholezystocholangitis with cholestasia at children are captured.

Keywords: cholezystocholangitis, cholecystitis, calculous cholecystitis, uncalculous cholecystitis, biliary tracts, children's age.

УДК 616.24-002-053.2-085

Г.Е. ЕРЖАНОВА
Областная детская больница, г.Кызылорда

ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Пневмония это острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, пневмонию могут вызывать вирусы, бактерии и грибки. Пневмонию можно предупредить с помощью иммунизации, адекватного питания и устранения экологических факторов.
Пневмонию, вызванную бактериями, можно лечить антибиотиками, однако только около 30% детей с пневмонией получают необходимые им антибиотик.
Среди заболевании органов дыхания, пневмония является важнейшей отдельно взятой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Она является причиной всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире. Пневмония распространена повсеместно, пневмонию можно предупредить с помощью простых мер, она поддается лечению простыми недорогостоящими препаратами при надлежащем уходе и при раннем выявлении и своевременном госпитализации в стационары больных детей.
Ключевые слова: *пневмония,атипичная пневмония, дети, диагностика,антибиотики.*

Пневмония это острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируется по синдрому дыхательных расстройств или физикальным данным при наличии очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме. Наличие этих рентгенологических признаков «золотой стандарт», по мнению ВОЗ с высокой долей вероятности свидетельствует о бактериальной этиологии процесса и позволяет исключить из круга заболеваний, определяемых как пневмония, большинство поражений нижних дыхательных путей: бронхиты, в том числе обструктивные, вызываемых респираторными вирусами и не нуждающихся в антибактериальном лечении.
Актуальность: Широкое распространение острых пневмоний представляет большую опасность для детей.
Пневмония является важнейшей отдельно взятой причиной смертности детей во всем мире. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Она является причиной всех случаев смерти детей в возрасте до пяти лет во всем мире. *Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний,*
правильный выбор антибактериальной терапии позволяет полному выздоровлению детей от пневмонии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.
Пневмонии делятся на вне и внутрибольничные. Внебольничные пневмонии возникают у ребенка в обычных условиях, внутрибольничные через 72 часов пребывания в стационаре или в течение 72 ч после выписки оттуда. Выделяют также пневмонии новорожденных.
Проблема: Внебольничная пневмония остается важнейшей медицинской проблемой ввиду своей распространенности и высокой летальности. Streptococcus pneumoniae является наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии . Наряду с этим значительную роль играют атипичные возбудители пневмонии (Mycoplasma pneumoniae, Legionella sp., Chlamydia pneumonia), которые вместе ответственны за возникновение примерно 40% случаев внебольничной пневмонии, в качестве основных или ко-патогенов, при этом летальность может увеличиваться и достигать 25%. Лабораторные методы выявления атипичной флоры нельзя назвать рутинными и общедоступными, возбудители не выявляются при окраске по Граму, культивирование этих микробов обычными микробиологическими методами - затруднительно. Отсутствуют достоверные различия клинических и рентгенографических проявлений инфекций, вызванных типичной и атипичной флорой. Поэтому эмпирическая терапия внебольничной пневмонии должна быть выбрана с учетом необходимости подавления и типичной, и атипичной флоры.
Важно различать «типичные» формы с четким, гомогенного вида, очагом или инфильтратом на рентгенограмме и «атипичные» с негомогенными, не имеющими четких границ изменениями. Тяжесть пневмонии обусловливается легочно-сердечной недостаточностью, токсикозом и наличием осложнений (плеврит, легочная деструкция, инфекционно-токсический шок). При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний рассасываются за 2-4 недели, осложненные за 1-2 месяца, затяжное течение диагностируется при отсутствии обратной динамики в сроки от 1,5 до 6 месяцев. К госпитализации подлежат : Возраст ребенка менее 2 месяцев, вне зависимости от тяжести и распространенности процесса, возраст до 3 лет при лобарном характере поражения легких,возраст до 5 лет при поражении более чем одной доли легкого,Лейкопения < 6 тыс., лейкоцитоз > 20 тыс, ателектазы,дети с тяжелой энцефалопатией любого генеза, дети первого года жизни с внутриутробными инфекциями, дети с врожденными пороками развития, особенно сердца, дети с сопутствующей бронхиальной астмой, сахарным диабетом, заболеваниями ССС, почек, онкогематологией, дети из плохих социально-бытовых условий, отсутствие гарантированного выполнения лечебных мероприятий в домашних условиях.
Диагностируется пневмонии аускультативно и перкуторно. Признаки пневмонии: лихорадка, одышка, кашель, хрипы в легких. Температура выше 38,0°С более 3 дней,одышка в отсутствие признаков бронхиальной обструкции (>60/мин у детей до 2 месяцев, >50 в возрасте 2 - 12 месяцев и >40 у детей 1 - 5 лет),асимметрия влажных хрипов. Гемограммы для диагностики пневмонии не столь значительно, как это принято считать, клинические признаки имеют более высокую диагностическую эффективность. Лейкоцитоз ниже 15х109/л наблюдается в первые дни болезни у 40% больных кокковой и 96% атипичной пневмонией, фактически, столь же часто, как и при бронхитах. И лишь цифры выше 15х109/л позволяют исключить вирусную этиологию поражения нижних дыхательных путей с умеренной вероятностью, поскольку и при бронхитах (РС-вирусных у детей в возрасте 2-3 месяца) такие цифры возможны. Уровни СРБ >30 мг/л и ПКТ >2 нг/мл более надежны для диагностики пневмонии. Уровни лейкоцитоза выше
15х109/л и прокальцитонина (ПКТ) выше 2 нг/мл исключают атипичную пневмонию, однако, при меньших уровнях отличия практически полностью сглаживаются. Атипичная пневмония по уровням маркеров от ОРВИ и бронхита отличается мало. При пневмониях у детей первого полугодия, вызванных C. trachomatis, нередко встречается очень высокий лейкоцитоз (30-40*109/л) и эозинофилия более 5%.Внебольничные пневмонии. В возрасте 1-6 месяцев часто наблюдаются атипичные формы, вызываемые Chlamidia trachomatis. Более чем у половины больных типичные пневмонии связаны с аспирацией пищи, муковисцидозом, первичным иммунодефицитом,их возбудители грамотрицательная кишечная флора, стафилококки. Атипичная пневмония при выявленном возбудителе встречается в 7–20% внебольничной пневмонии. С учетом пациентов без четкой клинической симптоматики и при отсутствии идентификации возбудителя этот процент может быть выше.Часто среди атипичных пневмонии встречается, микоплазменная пневмония.Пневмонии у детей вызывается возбудителями,

обычно циркулирующий в дыхательных путях, обнаружение этих возбудителей в мокроте не говорит об их этиологической роли. Выявление любым методом вирусов, микоплазм, хламидий, грибков, пневмоцист при отсутствии клинической картины соответствующей пневмонии не является доказательством их этиологической роли, как, впрочем, и наличия самой пневмонии. Обнаружение IgM-антител к хламидиям и микоплазме имеет диагностическое значение, однако в течение первой недели с момента начала вызванной микоплазмой пневмонии они часто отсутствуют. Часто микоплазменная инфекция протекает бессимптомно и выявляется только при обнаружении сероконверсии. При развитии поражения дыхательных путей жалобы пациента часто не соответствуют скудным объективным данным. Начало постепенное, с головных болей, недомогания, лихорадки, не достигающих высокой степени выраженности.Симптомы поражения дыхательных путей: Кашель от сухого, надрывного до продуктивного со светлой мокротой. Кашель – самый частый симптом при поражении респираторного тракта. У больных с микоплазменной инфекцией кашель присутствует всегда, но среди кашляющих всего 3–10% больных пневмонией.Одышка – довольно редкий симптом, если она возникает, то выражена слабо.Лихорадка – характерный симптом микоплазменной инфекции – не достигает высокой степени выраженности. В основном нет соответствия между лихорадкой и рентгенологической картиной и анализами крови.Симптомы фарингита у 6–59%.Ринорея у 2–35%.Боли в ухе (мирингит) у 5%. Бессимптомный синусит.При физикальном обследовании выявляются невыраженные хрипы (сухие или влажные мелкопузырчатые), перкуторно чаще всего изменений не обнаруживают. Внелегочные проявления микоплазменной инфекции: Гемолиз, сопровождающийся повышенными титрами холодовых агглютининов, катаральный панкреатит,катаральный менингит, менингоэнцефалит, нейропатия, церебральная атаксия, макуло–папулезные поражения кожи (описывается связь с синдромом Стивенса–Джонсона),миокардит (не часто),гломерулонефрит (не часто),миалгии, артралгии (без картины истинного артрита).

Объективные методы обследования: Рентгенологическое обследование чаще всего выявляет усиление легочного рисунка, характерное для перибронхиальнной инфильтрации, но могут быть очаговые инфильтраты, дисковидные ателектазы, увеличение лимфоузлов корня легкого, плеврит.Лабораторные данные: гемолитическая анемия с повышением титров холодовых агглютининов и ретикулоцитозом. Лейкоцитоз не отмечается. Тромбоцитоз возможен, как ответ на анемию.Иммунологическая диагностика: определение титров противомикоплазменных антител (IgM, IgG). Положительный результат: исходное повышение титров антител >=1:32 или 4–х кратное увеличение в динамике. Появление антител отмечается к 7–9 дню, а максимум – к 3–4 неделе заболевания. Определение антигенов (максимально достоверные результаты в течение одной недели от начала болезни).Полимеразная цепная реакция основана на определении специфической ДНК микоплазмы пневмонии. Чувствительность метода – 93%, специфичность – 98%. Пневмонии, вызванные пневмококками и Haemophilus influenzae типа b, встречаются у 10% детей; обычно это дети, заболевшие в результате контакта с больным ОРЗ.У детей 6 месяцев - 6 лет наиболее частым возбудителем пневмонии является пневмококк, в возрасте 7-15 лет основным бактериальным возбудителем типичных пневмоний является пневмококк.

Подбор антибиотиков для лечения пневмоний оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы оказываются не всегда надежны и доступны. Приемлемой альтернативой является определение наиболее вероятного возбудителя с учетом очевидных симптомов, а также возраста больного ребенка, времени и места развития заболевания. Выбор антибактериального средства при пневмонии проводят эмпирически с учетом разных возбудителей в разных возрастах, тяжести процесса и вероятности устойчивости возбудителя. Если нет уверенности в отношении этиологии, можно использовать препарат или комбинацию двух препаратов с более широким спектром. Показаниями к замене препарата является отсутствие клинического эффекта в течение 36-48 часов при нетяжелой и 72 часов при тяжелой пневмонии, а также развитие побочных эффектов. При осложненной пневмонии лечение начинают с парентеральных препаратов, заменяя их на оральные при наступлении эффекта (ступенчатый метод).

При нетяжелых пневмониях как в стационаре, так и в поликлинике предпочтительны оральные препараты, если терапия была начата парентерально, после достижения эффекта (падения температуры) следует перейти на оральный препарат: амоксициллин, амоксициллин клавуланат (аугментин), цефуроксим-аксетил (зиннат), действующие как на пневмококки, так и на гемофильную палочку. Феноксиметилпенициллин-бензатин (сироп оспен) и цефалоспорины I поколения подавляют только кокковую флору, поэтому их лучше применять у более старших детей. Частота пневмонии, вызванной атипичными возбудителями (микоплазмами, хламидиями и легионеллами), составляет 20% и более среди всех внебольничных пневмоний. Поэтому для проведения эмпирической терапии внебольничной пневмонии при неизвестном возбудителе рекомендуется использовать комбинацию бета–лактамных антибиотиков и макролидов или монотерапию новыми фторхинолонами (спарфлоксацин и др.). Эти препараты обладают широким спектром противомикробной активности, включающим кокковую флору, грамотрицательные и атипичные возбудители.

При атипичных пневмониях препаратами выбора служат макролиды и азитромицин. Поскольку они действуют и на кокковую флору, эти средства можно использовать у лиц с аллергией на b-лактамы, однако их широкое применение нежелательно из-за стимуляции ими лекарственной устойчивости флоры.

Оценка эффективности лечения проводится через 24, 36 и 48 ч лечения. Полный эффект регистрируется при падении температуры ниже 38,0°С (без жаропонижающих) и улучшении общего состояния, появлении аппетита, рентгенологическая картина при этом может улучшиться или остаться прежней. Это указывает на чувствительность возбудителя к препарату, следовательно, лечение этим лекарственным средством следует продолжать. Частичный эффект регистрируется при улучшении общего состояния и аппетита, а также отсутствии отрицательной динамики в очаге, но при сохранении фебрильной температуры, такая картина наблюдается при гнойного очага (деструкция) или иммунопатологического процесса (метапневмонический плеврит). При этом антибиотик не меняют, полный эффект наступает позже - при опорожнении гнойника или назначении противовоспалительных средств. Если у больного сохраняется фебрильная температура, нарастает инфильтрация в легких или общие расстройства, принято считать, что наличии эффект отсутствует,в этих случаях требуется немедленная смена антибиотика.

Длительность лечения нетяжелых пневмоний 5-7 дней, осложненных форм 10-14 дней (2-3 дня после падения температуры). При внутрибольничных пневмониях замена препарата проводится по бактериологическим данным или эмпирически уже через 24-36 часа, при первых признаках неэффективности. У детей старше 12 лет и в крайне тяжелых случаях у пациентов более младшего возраста при резистентности энтеробациллярной, синегнойной и атипичной флоры используют фторхинолоны. При анаэробных процессах используют метронидазол, при процессах грибковой этиологии флуконазол, кетоконазол. Лечение нетяжелых пневмоний при хороших условиях возможно на дому.При быстром наступлении эффекта антибиотиков, другие виды терапии не нужны. Жаропонижающие при пневмонии не назначают,так как это может затруднить оценку эффективности лечения. Проветривание помещения обязательно. До наступления

эффекта режим постельный, при быстрой обратной динамике ребенка переводят на полупостельный режим, а с 6-10-го дня на общий режим. Возобновлять закаливание можно через 10-14 дней, но большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель, при нетяжелой и 12 недель после осложненной пневмонии.В течение этого времени восстанавливается легочный кровоток.Сниженный в первые дни аппетит быстро восстанавливается, что делает излишним назначение витаминов. Физиотерапевтические процедуры на грудную клетку (ионофорез, СВЧ и т. д.), в том числе в период репарации, неэффективны.

Выводы: При раннем выявлении и своевременной госпитализации в стационары больных детей с острой пневмонией на педиатрических участках педиатрами,снижает летальный исход и назначение адекватной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Таточенко В. К., Катосова Л. К., Федоров А. М. Этиологический спектр пневмоний у детей // Пульмонология. - 1997. – 2. – С. 29-35.
2 Gendrel D. Pneumonies communautaires de l'enfant: etiologie et traitement // Arch. Pediatr. – 2002. - 9 (3). – С. 278 - 288.
3 Hendricson K. J. Viral pneumonia in children: Seminar in Pediatric infectious Diseases. - 1998. – 9. - С. 217 - 233.
4 Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Вестник перинатол. и педиатрии. - 1996. -41. – 6. – С. 52 - 55.
5 Nix DE. Intrapulmonary concentrations of antimicrobial agents. Infect Dis Clin North Am.1998:12:631-646.
6 Carbon C. Pharmacodynamics of macrolides, azalides, and streptogramins: effect on extracellular pathogens. Clin Infect Dis. 1998:27:28-32.
7 Nelson S, Summer WR. Innate immunity, cytokines, and pulmonary host defense. Infect Dis Clin North Am. 1998;12:555-567.
8 Baldwin DR, Honeybourne D, Wise R. Pulmonary disposition of antimicrobial agents: in vivo observations and clinical relevance. Antimicrob Agents Chemother. 1992:36:1176-1180.
9 Craig WA. Postantibiotic effects and the dosing of macrolides, azalides and streptogramins. In: Zinner SH, Young LS, Acar JF, Neu HC, eds. Expanding Indications for the New Macrolides, Azalides and Streptogramins. New York: Marcel Dekker Inc; 1997:27-38.
10 Forgie S, Marrie TJ. Healthcare-associated atypical pneumonia. Semin Respir Crit Care
a. Med. Feb 2009;30(1):67-85.
11 Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. Mar 1 2007;44 Suppl 2:S27-72.
12 Honeybourne D, Baldwin DR. The site concentrations of antimicrobial agents in the lung. J Antimicrob Chemother. 1992;30:249-260.
13 Baldwin DR, Honeybourne D, Wise R. Pulmonary disposition of antimicrobial agents: methodological considerations. Antimicrob Agents Chemother. 1992;36:1171 -1175
14 Пульмонология. Современный справочник для педиатров. – 2004. – С. 24-67.

Г.Е.ЕРЖАНОВА

Облыстық балалар ауруханасы, Қызылорда қаласы

Түйін: Пневмония өкпе тінінің қабынуы болып табылады. Балаларда өкпе қабынуы тыныс бұзылыстарымен, рентгенограммадағы инфильтративті өзгерістерімен және өкпе паренхимасының инфекциялық қабынуымен сипатталатын ауру. Балаларда болатын пневмонияның кейбір ерекшеліктері бар. Олар пневмониямен ауырғанда демігумен бірге бетінің әр жері, әсіресе үстіңгі ернінің айналасы әлсін-әлсін көгереді, диспепсия белгілері байқалуы мүмкін. Көп жағдайда тәбеті мен ұйқысы бұзылады. Жаңа туған сәби пневмониямен ауырғыш келеді. Кейде кеудесі сырылдап, сілекейі көбіктенеді. Жас балалар мен сәбилерде болатын пневмония өте қауіпті, көп жағдайда ауру асқынып, отитке немесе плевритке ауысады. Емі: өкпе жедел қабынса, ауруханада стационарлық ем қабылдау қажет. Пневмонияны кең спектрлі әсер ететін антибиотиктермен емдейді.

Физиотерапия: емдік денешынықтырумен айналысу, құнарлы, витамині көп тағамдар ішу пневмонияның алдын алуға көмектеседі.

G.E.ERZHANOVA

Regional Children's Hospital, Kyzylorda

Resume: The presence of these radiographic signs "gold standard" , according to the WHO with a high probability indicates bacterial etiology of the process and allows you to exclude from the range of diseases , defined as pneumonia , most lesions of the lower respiratory tract : bronchitis , including obstructive caused by respiratory viruses and requiring antibacterial treatment. Pneumonia is an acute disease of the lung parenchyma any etiologii.Pnevmonii divided into outside and nosocomial. Community-acquired pneumonia occur in a child under the usual conditions for hospital after 72 hours of hospital stay or within 72 hours after discharge from there. Pneumonia is an acute infectious disease of the lung parenchyma , diagnosed by respiratory distress syndrome or physical data in the presence of focal or infiltrative changes on radiographs.

УДК 616.391:577.

Г.Е.ЕРЖАНОВА
Областная детская больница, г.Кызылорда

РАХИТ У ДЕТЕЙ

Недостаток витамина D в организме ребенка приводит к развитию рахита. Витамин D регулирует поглощение фосфора и кальция в организме, способствует надлежащее образование и рост костей. В рахита нарушается метаболизма кальция и фосфора, что приводит к недостаточной отложением солей кальция в костях. Рахит (от греч. rhachis - спинной хребет, позвоночник) - заболевание детей грудного и раннего возраста (чаще от 2 месяцев до 1 года), обусловленное недостаточностью в организме витамина D и протекающее с нарушениями обмена веществ (преимущественно минерального). Впервые описано в середине XVII века английским врачом Глиссоном. Одним из основных симптомов заболевания тогда считали искривление позвоночника, так называемый "рахитический горб", что и определило название болезни. Рахит развивается при недостаточном употреблении ребенком витамина D с пищей или при нарушении естественного образования этого витамина в организме, а именно в коже (недостаточное ультрафиолетовое облучение). Легче возникает в зимнее время года у детей, находящихся на искусственном вскармливании, недоношенных, часто болеющих.

Перенесенный в раннем возрасте рахит может привести к нарушению осанки, стойким деформациям грудной клетки, ног, таза, способствовать формированию неправильного прикуса и плоскостопия, вызвать задержку психомоторного развития.

Ключевые слова: *рахит, дети, диагностика, профилактика, витамины.*

Недостаток витамина Д в организме ребенка приводит к развитию рахита. Витамин Д регулирует процесс усвоения организмом фосфора и кальция, способствует правильному образованию и росту костей. При рахите нарушается фосфорно-кальциевый обмен, что приводит к недостаточному отложению солей кальция в костях. Вследствие этого кости размягчаются, искривляются. Показано, что наибольшее значение в патогенезе рахита в современных условиях играют факторы риска эндогенного происхождения, наиболее значимыми из которых являются ускоренные темпы прибавки в массе и росте на первом году жизни, а также сопутствующие заболевания.

Актуальность и проблемы. Рахит является одним из самых распространенных заболеваний среди детей первых лет жизни. По данным отечественных исследователей, заболеваемость рахитом не снижается. Не вызывает сомнений, что младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой. Перенесенный в раннем детстве рахит и связанное с ним нарушение накопления пиковой костной массы может предрасполагать к развитию остеопороза в последующем. Вследствие нарушения абсорбции кальция, фосфора, магния развивается мышечная гипотония, вегетативные дисфункции, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Выявляемые при рахите иммунологические нарушения предрасполагают к частым инфекционным заболеваниям, нарушая качество жизни ребенка. В соответствии с существующими рекомендациями, специфическая профилактика рахита проводится витамином Д в дозе от 500 до 1000 МЕ, хотя отмечаются случаи использования и более высоких доз препарата. Высокая заболеваемость рахитом, несмотря на активную специфическую профилактику, требует уточнения его патогенеза в современных условиях и определения возможных причин неэффективности проводимых профилактических мероприятий. В структуре факторов риска развития рахита в современных условиях преобладают факторы эндогенного происхождения, обуславливающие особенности фосфорно-кальциевого обмена и метаболизма витамина Д в организме ребенка. При сочетании определенных факторов риска рахит у детей раннего возраста развивается вне зависимости от характера вскармливания и проведения специфической профилактики препаратами витамина Д. Клинические проявления легких форм рахита в современных условиях в большинстве случаев не сопровождаются типичными биохимическими изменениями в виде гипокальциемии и гипофосфатемии и возникают на фоне нормального содержания витамина Д в организме ребенка. Особенности метаболизма витамина Д в период вегетативных проявлений рахита определяют эффективность проведения терапевтических мероприятий на начальных стадиях заболевания. К настоящему времени понимание рахита, как заболевания, обусловленного исключительно недостатком витамина Д в организме, нельзя считать обоснованным. Ряд отечественных и зарубежных авторов указывают на то, что клинические проявления рахита у детей первого и второго года жизни недостаточно коррелируют с обеспеченностью организма витамином Д. Учитывая современные представления о метаболизме и физиологических функциях холекальциферола, значение его дефицита в патогенезе заболевания, очевидно, следует рассматривать не столько с позиции недостаточного поступления его в организм ребенка, сколько с учетом особенностей обмена витамина Д под влиянием совокупности экзо- и эндогенных факторов, предрасполагающих к развитию рахитического процесса. Так, у младенцев, родившихся преждевременно, с задержкой внутриутробного развития, ферментативная незрелость может проявляться нарушениями фосфорно-кальциевого обмена, метаболизма витамина Д и минерализации костной ткани, что определяет развитие клинической картины рахита даже на фоне проводимой специфической профилактики. К развитию рахита могут приводить высокие темпы прибавки в массе и росте в первые месяцы жизни. Немаловажную роль в нарушении обмена холекальциферола может сыграть наличие патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (синдром мальабсорбции), печени, почек. На развитии рахита сказывается недостаток в организме не только витамина Д, но и других витаминов: А, В, С и микроэлементов: магния, цинка, железа, меди. Возникновению рахита способствуют: неправильный режим дня ребенка, недостаточное пользование свежим воздухом и солнечным светом; раннее смешанное и искусственное вскармливание одностороннее молочное или углеводистое кормление. Заболеванию рахитом также содействуют частые ОРВИ, желудочно-кишечные расстройства, инфекционные болезни. Имеет значение сезонный и климатический факторы. Наиболее часто дети заболевают в зимнее время года. Большая заболеваемость рахитом наблюдается у недоношенных детей, что связано с недостаточным накоплением в их организме солей и витамина Д в период внутриутробного развития и повышенной потребностью в этих веществах после рождения в связи с усиленным ростом. Первые признаки рахита у доношенных детей обнаруживаются на втором , третьем месяце жизни, а у недоношенных с конца первого месяца жизни. В начальном периоде появляются следующие признаки рахита: усиленная потливость, особенно головы, следствием чего является облысение затылка, пугливость, беспокойное поведение, снижение аппетита. Возможны расстройства пищеварения, моча имеет неприятный резкий запах. Через 2-3 недели появляются симптомы изменения костной ткани: края большого родничка и кости, образующие швы на голове, становятся податливыми; размягчение затылочных костей, деформация головы, позднее закрытие большого родничка,

неправильное прорезывание зубов, различные деформации грудной клетки, костей конечностей, лобных бугров. Период разгара болезни чаще всего приходится на конец первого полугодия жизни малыша. К мягкости и податливости краев большого родничка присоединяется размягчение костей черепа - появляется уплощение затылка, возникает асимметрия головы. В результате избыточного разрастания некальцифицированной костной ткани (рост которой в норме прекращается после кальцификации) у ребенка начинают выступать лобные и теменные бугры, а череп приобретает своеобразную форму. Кроме того, на ребрах появляются уплотнения в виде "рахитических четок", а на запястьях в виде "рахитических браслетов". Во втором полугодии жизни, когда нарастает нагрузка на кости, появляются искривления позвоночника ("рахитический горб"), грудной клетки (она может быть вдавлена внутрь или выбухает), таза (узкий неправильной формы таз ("плоскорахитический таз"). С началом самостоятельной ходьбы у малышей часто искривляются ноги, принимая О-образную и реже Х-образную форму, развивается плоскостопие. Особенно хорошо видны костные деформации на рентгеновских снимках, однако из-за побочных действий на организм это исследование у маленьких детей проводится очень редко и только по строгим показаниям. Наряду с костными изменениями развивается гипотония мышц и связочного аппарата, отмечается разболтанность суставов, большой распластанный живот «лягушечий» живот, искривление позвоночника, а также задержка двигательных функций. Увеличивается печень и селезенка, развивается анемия. Так как при рахите нарушается обмен веществ и понижается сопротивляемость, дети чаще и тяжелее болеют бронхитом, пневмонией, желудочно-кишечными заболеваниями, острыми респираторными вирусными инфекциями.

Диагностика рахита: Минимальная программа исследований включает сбор и анализ генеалогического и клинического анамнеза, данных осмотра и пробу мочи по Сулковичу.

Проба Сулковича является качественной реакцией для определения концентрации кальция в моче. За 2-3 дня до сдачи анализа необходимо исключить из рациона кефир и другие продукты, богатые кальцием. Собирают мочу утром и строго натощак. У здоровых детей содержание кальция соответствует 2+. Для разгара рахита характерна отрицательная проба Сулковича. Проба используется также для контроля за лечением рахита. При повышении ее значений до 3-4 лечебная доза витамина D снижается до профилактической или отменяется. Максимальная программа исследований проводится при выявлении тяжелых форм рахита или при неэффективности лечения. Она включает определение уровня кальция и фосфора в плазме крови, определение активности щелочной фосфатазы, суточной экскреции кальция и фосфора с мочой, рентгенограмму или ультразвуковое исследование трубчатых костей предплечья, определение уровня метаболитов витамина D в плазме крови, определение кислотно-основного состояния.

Лечение рахита должно быть комплексным, длительным, индивидуальным и направлено на устранение причин рахита. Необходимо полноценное питание, правильное вскармливание, своевременное введение прикорма, витаминов, соблюдение режима дня и всех гигиенических правил ухода за ребенком, достаточное пребывание на свежем воздухе, частое проветривание помещения, в котором находится ребенок, лечебный массаж, гимнастика, закаливающие процедуры: воздушные ванны, сон на воздухе. Принимаются все меры предохранения ребенка от инфекционных заболеваний. Назначают лечебные дозы витаминов Д2, С, В1, В6, В2, фолиевая кислота, магне-В6. Витамины особенно Д2 при лечении рахита принимаются **строго по назначению врача**, во избежание передозировки. Назначают препараты кальция. Специфическая профилактика рахита в современных условиях должна проводиться с учетом факторов риска, среди которых особое значение имеют сопутствующая патология ЖКТ и почек, ускоренные темпы прибавки в массе и росте на первом году жизни, а также недоношенность, внутриутробная гипотрофия и патология раннего неонатального периода. Детям второго полугодия жизни с клиническими проявлениями рахита целесообразно проведение профилактики дефицита кальция путем назначения творога. При невозможности введения продукта может потребоваться дополнительное назначение препаратов кальция. При наблюдении за ребенком первых месяцев жизни необходимо обращать внимание на начальные характерные вегетативные проявления рахита в виде потливости волосистой части головы, возникающей при беспокойстве, кормлении или во время сна ребенка, которые требуют своевременного назначения витамина Д с целью предотвращения развития костных проявлений.

Назначение витамина D, расчет лечебной дозы и длительности курса лечения определяет только педиатр с учетом тяжести течения рахита у конкретного ребенка, а также наличия у него сопутствующих состояний, таких, как недоношенность, снижение гемоглобина в крови, дисбактериоз, заболевания кожи, печени, почек и др.Следует отметить, что лекарственные препараты могут содержать витамин D в форме D_2 (эргокальциферол) или D_3 (холекальциферол), быть в виде масляного, водного или спиртового раствора. Содержание витамина D измеряется в международных единицах (МЕ). Перед тем как начать давать витамин D ребенку, родители должны обратить внимание на содержание его в одной капле раствора, что обязательно должно быть отмечено на флакончике: в 1 капле масляного раствора содержится примерно 650 МЕ витамина D; в 1 капле водного раствора - 500 МЕ; в 1 капле спиртового раствора - около 4000 МЕ. В последнее время врачи отдают предпочтение назначению препаратов витамина D_3(Вигантол, Видехол, Аквадетрим) и преимущественно его водорастворимым формам (Аквадетрим). Они лучше всасываются в кишечнике малыша, имеют более продолжительное действие в организме по сравнению с масляными растворами. Важным моментом в лечении рахита является правильный расчет лечебной дозы витамина D. В последнее время врачи остерегаются назначения как чрезмерно высоких доз, так и ударных методов лечения рахита (метод, при котором разово ребенок получает очень высокие дозы витамина, равные дозам, рассчитанным на весь курс лечения), так как это может привести к развитию тяжелого заболевания - гипервитаминоза D. При передозировке витамина D появляется слабость, потеря аппетита, тошнота, рвота, поносы, снижение веса, резкие боли в суставах, судороги, лихорадка, замедление пульса, затруднение дыхания. Кроме того, возможна индивидуальная повышенная чувствительность ребенка к витамину D. Поэтому, если после нескольких дней приема витамина D малыш начинает отказываться от еды, у него появляются тошнота или рвота, необходимо срочно обратиться к врачу, возможно перечисленные признаки - следствие передозировки препарата. По окончании лечебного курса витамина D переходят на длительный прием профилактической дозы витамина - 400 МЕ в сутки, который продолжается в течение всего года, за исключением теплых месяцев с мая по сентябрь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Демин В.Ф. К вопросу о рахите (по поводу статьи Е.В.Неудахина и В.А.Агейкина «Спорные теоретические и практические вопросы рахита у детей»).//Педиатрия. - 2003. - №4. – С. 104-107.
2 Дефицит кальция и остеопенические состояния у детей: диагностика, лечение ипрофилактика. Научно-практическая программа.// М.: 2006. - 48 с.
3 Новиков П.В. Рахит и наследственные рахитоподобиые заболевания у детей.// М.: Триада-Х, 2006. – 336 с.
4 Казюлин А.Н. Витамин D. //М.: ООО НТЦ АМТ, 2007. – 74 с.
5 Коровина Н.А., Захарова И.Н., Чебуркин А.В. Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей (Руководство для врачей).// М.: 2005. - 70 с.
6 Коровина Н.А., Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Рахит: профилактика и лечение.//Педиатрия.-2008.-№3. - С.77-82.
7 Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Профилактика и лечение рахита у детей. - М.: 1998. - 28 с.
8 П.Майданник В.Г. Рахит у детей: современные аспекты. // Нежин: ООО "Видавництво "Аспект-Полпраф", 2006. — 116 с.

Г.Е.ЕРЖАНОВА
Облыстық балалар ауруханасы, Қызылорда қаласы

Түйін: Рахит немесе мешел ауруы балаларда екі жасқа дейін көп кездесетін сүйек ауруы. Балаларда Д дәруменінің жетіспеушілігі мен күннің ультра күлгін сәулелерінің жеткіліксіз мөлшерде болуы салдарынан пайда болатын ауру. Көбінесе күзде, қыста туылған балалар ауырады. Рахит ауруы кезінде минералды зат алмасу процесі мен сүйектің түзілуі бұзылады. Бала жасөспірім шағында ауырса оның салдары бойының өсуіне де әсер етеді.
Нәресте ауырған жағдайда аурудың клиникалық белгілері біліне бастайды. Ең алдымен нәрестенің ұйқысы бұзылады, желке жағында қызыл дақтар пайда болады. Ұйқысы бұзылған нәресте мойнын ары-бері үйкелей беруі мүмкін. Соның әсерінен желке шашы түсе бастайды. Нәресте тершең болып, теріден ащы иіс шығады. Бұл кезеңде сүйектегі алғашқы өзгеріс байқалмайды.

G.E.ERZHANOVA
Regional Children's Hospital, Kyzylorda

Resume: Lack of vitamin D in the body of the child leads to the development of rickets. Vitamin D regulates the absorption of phosphorus and calcium by the body, promotes the proper formation and growth of bones. In rickets disturbed calcium and phosphorus metabolism, which leads to insufficient deposition of calcium salts in the bones. Rickets (from the Greek . Rhachis - spine , spine) - a disease of infants and young children (usually from 2 months to 1 year) , due to lack of vitamin D and proceeding with metabolic disorders (mainly mineral). First described in the mid XVII century English physician Glisson . One of the main symptoms of the disease then considered curvature of the spine, the so-called " rachitic hump " that determined the name of the disease. Rickets develops when there is insufficient use of child vitamin D intake , or in violation of the natural formation of the vitamin in the body , namely the skin (lack of ultraviolet radiation) . Easier occurs in the winter season in children who are bottle-fed , preterm , frequently ill .
Transferred at an early age can lead to rickets violation posture resistant strains chest , legs, pelvis, contribute to the formation of malocclusion and flatfoot , cause psychomotor retardation.

УДК 616.15-06:618.33-022.1-053.31

К.К.ОРЫНБАСАРОВА, А.Ж.ӘКІМКЕРЕЙ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Кафедра детских болезней №1

РОЛЬ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Проанализированы истории болезней 30 детей, госпитализированных в гематологическое отделение ДГКБ №2 г.Алматы. Диагноз ВУИ у обследованных детей верифицированы методами иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции. Изучены особенности анамнестических данных, клинического течения, гематологических проявлении.
Рекомендовано, что при выявлении гематологических изменений невыясненной этиологии у детей первого года жизни необходимо обследование для исключения ВУИ.
***Ключевые слова**: анемии, тромбоцитопении, геморрагический синдром, внутриутробная инфекция.*

Актуальность. Тератогенное действие инфекций более распространено, чем влияние токсических препаратов и даже влияние окружающей среды. Инфекционное воздействие может проявляться нарушениями органогенеза и функционального становления систем, своеобразным воспалительным процессом с последующей его генерализацией, персистенцией инфекционного агента с более поздними клиническими проявлениями [1]. Внутриутробные инфекции (ВУИ) выполняют ключевую роль в структуре заболеваемости и смертности детей раннего возраста, и в настоящее время их частота не имеет тенденции к снижению.

Согласно данным мировой литературы, не менее чем у 8-10 % новорожденных можно с помощью микробиологических, вирусологических, иммунологических исследований доказать наличие инфицирования либо во время беременности, либо при прохождении по родовым путям матери [2].

Следует особо отметить, что потенциальная угроза внутриутробной трансмиссии инфекционных агентов от

матери к ее будущему ребенку существенно возрастает в тех случаях, когда женщина имеет отягощенный соматический, акушерско-гинекологический и инфекционный анамнез [3].
Инфекционные заболевания выявляют у 50-60% госпитализированных доношенных и 70% недоношенных. По результатам вскрытий у 38-40% умерших новорожденных детей, инфекция явилась основной причиной смерти, сопутствовала или осложняла течение основного заболевания [2].
Рост частоты перинатальных инфекций у детей связан с одной стороны совершенствованием диагностических возможностей, появлением новых чувствительных, более информативных методов диагностики, расширением спектра изучаемых возбудителей и, соответственно, с возрастанием прижизненной выявляемости ВУИ.
Широкомасштабные популяционные исследования по изучению распространенности внутриутробных инфекций не проводятся из-за дороговизны вирусологических и иммунофенотипических исследований. Однако, ведущая роль внутриутробных инфекции среди причин неблагоприятных перинатальных и постнатальных исходов диктует необходимость изучения некоторых аспектов данной проблемы.
Цель: изучить особенности вторичных гематологических изменений при ВУИ у детей.
Метод исследования: Анализированы истории болезни 30 детей, госпитализированных в гематологическое отделение ДГКБ №2. Диагноз ВУИ верифицировался на данных анамнеза, общеклинических и лабораторных методов диагностики. Лабораторная диагностика обоснована на результатах:

1. Обнаружение иммуноглобулина М
2. Нарастание титра иммуноглобулина G (в динамике)
3. Обнаружение вирусной ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР)

Таблица 1 - Особенности анамнеза у детей с ВУИ

	Показатели	Абс. Число	%
1	Осложнения беременности анемией, гестозом, плацентарной недостаточностью	11	36,5%
2	Возраст матери старше 30 лет	7	26%
3	Пиелонефрит	4	12%
4	Угроза прерывания беременности (нефропатии)	15	50%
5	Неблагополучие предыдущих беременностей – выкидыши, замерший плод	4	14,6%
6	Недоношенность	5	18%
7	Преждевременное излитие околоплодных вод	6	22,4%
8	Внутриутробная пневмония	5	19,1%
9	Раннее излитие околоплодных вод и длительный безводный период	2	6,7%
10	Асфиксия	2	7,3%

Анамнестические данные свидетельствуют, что инфицирование может возникать при хронической фетоплацентарной недостаточности. Так как известно, для большинства микроорганизмов плацентарный барьер непроницаем.
При гематогенном инфицировании, перед проникновением в организм плода возбудитель, нарушая плацентарный барьер, приводит, в первую очередь, к развитию хорионита (плацентита) с последующим формированием плацентарной недостаточности, клинически проявляющейся хронической гипоксией плода и задержкой его внутриутробного роста [4].
Трансплацентарным путём инфицирование происходит цитомегаловирусом, вирусами простого герпеса типов 1 и 2, вирусами краснухи, гепатита В и С, ВИЧ. Среди вирусных ассоциаций преобладают энтеровирусы Коксаки В, вирусы или в сочетании с вирусом ПГ и ЦМВ.

Таблица 2 - Ведущие клинические проявления

	Показатели	Абс. Число	%
1	Ранняя и/ или длительная желтуха	14	47,3%
2	Неврологические расстройства	24	80%
3	Гепатоспеломегалия	14	48%
4	Пороки развития и/или стигмы дисэмбриогенеза	4	16%

Как видно из таблицы 2, основными клиническими проявлениями ВУИ являются неврологические расстройства, ранняя и пролонгированная желтуха и гепатоспленомегалия.
Ассоциации (сочетание хламидийной с токсоплазменной, цитомегаловирусной и герпетической инфекции) возбудителей у детей выявлено у 18% детей и у них более выраженные изменения показателей крови по сравнению с моноинфекциями.
Клиническое течение генерализованной ЦМВ и герпетической инфекции тяжелое, с поражением многих органов и систем. Для детей этой группы характерны поражения кожи и слизистых оболочек, развитие неврологической симптоматики, гепатита, а иногда и пневмонии.
Наиболее частые причины госпитализации детей в гематологическое отделение:

- Анемии;
- Желтуха и гемолитические анемии;
- Поражение печени и селезенки;
- Геморрагические проявления за счет тромбоцитопении, тромбоцитопатии, коагулопатии;
- Поражение других органов и систем: дыхательная система (пневмония), центральная нервная система (ПЭП, гидроцефалия, менингит), желудочно-кишечный тракт (энтериты, колиты).

Таблица 3 - Гематологические изменения

	Показатели	Абс. Число	%
1	Железодефицитная анемия	11	36%
2	Мегалобластные анемии	4	12%
3	Тромбоцитопении	9	32%
4	Тромбоцитопатии	2	8%
5	Коагулопатия	4	12%

Поражения гемопоэза были как одноростковые, так и сочетанные цитопении (анемия+ тромбоцитопения, нейтропения + анемия) различной степени тяжести.

По данным И.Б. Алакаевой и др. авторов гематологические изменения (анемия, нейтропения, тромбоцитопения) чаще всего при ВУИ, вызванных сочетанием вируса простого герпеса с ЦМВ [5] .

Уровень гемоглобина колебался в пределах от 38 до 103 г/л у детей с анемией. Среднее значение в группе с анемией: гемоглобин – 69,15 г/л, эритроциты – $2,5x10^{12}$/л. У детей с другими гематологическими изменениями уровень гемоглобина - от 112 до 129 г/л. Среднее значение по группе: гемоглобин – 91,88 г/л, эритроциты – $3,5x10^{12}$/л. При этом четкой закономерности от количества инфекции не наблюдается, т.е. - изолированное или смешанное инфицирование.

Изменение числа лейкоцитов у больных были в виде лейкопении у 60% больных, уровень лейкоцитов колебался от 4,3 до $7,8x10^{9}$/л. Лейкоцитоз за счет нейтрофилов наблюдался при бактериальных инфекциях.

Геморрагический синдром отмечался у больных с патологией тромбоцитов: тромбоцитопенией – у 32%, тромбоцитопатией – у 8%, коагулопатией у 12% больных.

Геморрагические проявления при патологии тромбоцитов проявлялся в виде петехиальной сыпи и синяков на коже.

При коагулопатиях клинические проявления были в виде гематом и изменений в коагулограмме.

Причины возникновения тромбоцитопении с развитием геморрагического синдрома при врожденной ЦМВИ, ученые связывают с репродукцией ЦМВ в мегакариоцитах костного мозга и с развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания у детей данной категории [5] .

Выводы:

1. Дети с отягощенным антенатальным анамнезом составляют группу риска по внутриутробному инфицированию. Подозрение на ВУИ должна быть у любого ребенка раннего возраста с отягощенным антенатальным анамнезом.
2. Риск внутриутробных инфекций связан с наличием хронической патологии у матери и различных осложнений беременности (а не с острыми инфекционными заболеваниями во время беременности).
3. При наличии гематологических изменений невыясненной этиологии у детей первого года жизни необходимо проведение обследования для исключения ВУИ.
4. У одной трети детей с ВУИ среди гематологических изменений преобладают железодефицитные анемии и тромбоцитопении

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 В.И. Кулаков, Г.Т.Сухих, Н.Е.Кан, В.Н.Верясов, Н.В.Орджоникидзе "Содержание цитокинов в амниотической жидкости, пуповинной крови и сыворотке крови женщин с внутриутробной инфекцией" // Акушерство и гинекология. - 2005. - №5. - С. 14.

2 Р.Т. Куанышбекова "Внутриутробные инфекционные заболевания детей. - Алматы: 2007. - 27 с.

3 А.Л.Заплатников, Н.А.Коровина, М.Ю.Корнева,А.В.Чебуркин "Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Лечащий врач. - 2005. - №8. - С. 54.

4 Ю.И.Тирская, Т.Н.Белкова, Е.Б.Рудаков, Т.И.Долгих, И.А. Шакина "Врачебная тактика при внутриутробных инфекциях" // Акушерство и гинекология. - 2011. - №8. - С. 42.

5 И.Б. Алакаева, Н.В.Непокульчицкая, Г.А. Самсыгина,Т.А.Высоцкая «Особенности гемопоэза во внутриутробном периоде и влияние на него врожденных инфекций». // Педиатрия. - 2009. - №4. - С. 122.

К.К.ОРЫНБАСАРОВА, А.Ж.ӘКІМКЕРЕЙ

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, №1 Бала аурулары кафедрасы

СӘБИЛЕРДЕГІ ГЕМАТОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР ДАМУЫНДА ҚҰРСАҚ ІШІЛІК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ РОЛІ

Түйін: Алматы қ. №2 ҚКБА гематология бөлімшесінде жатып емделген 30 баланың ауру тарихы сарапталды. Зерттелген балаларда құрсақ ішілік инфекция диагнозы иммуноферментті анализ және полимеразды тізбек реакция әдістерімен нақтыланған. Анамнездік мәліметтердің, клиникалық ағымының, гематологиялық көріністердің ерекшеліктері зерттелді.

Бір жасқа дейінгі балаларда этиологиясы белгісіз гематологиялық өзгерістер анықталған жағдайда құрсақ ішілік инфекцияларды анықтау үшін зерттеулер жүргізілу ұсынылды.

Түйінді сөздер: анемиялар, тромбоцитопениялар, геморрагиялық синдром, құрсақ ішілік инфекция.

K.K. ORYNBASSAROVA, A.G. AKIMKEREY

S.D.Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Chair of the children's diseases №1

THE ROLE OF INTRAUTERINE INFECTIONS AT DEVELOPING OF THE HAEMATOLOGICAL CHANGES IN INFANTS

Resume: in hematology Department №2 Children's Hospital of Almaty examined and analyzed the history of disease 30 children. The hospitalized diagnosis of the surveyed children was intrauterine infection verified by enzyme immunoassay and polymerase chain reaction. The specialty of the anamnesis, clinical course, hematological manifestations are studied. Recommended, if haematological changes of unknown etiology in infants should be screened to exclude intrauterine infection.

Keywords: anemia, thrombocytopenia, haemorrhagic syndrome, intrauterine infection.

УДК 616.5-004.1-053.2-036

М.С. БАЙГАБУЛОВА, Ж.Б. АБДИКАДИРОВА, А.М. БУЛАКБАЕВА, А. ДАУЛЕТКЕЛДИ, А. МАКЕНБАЙ, Ж.ЫСКАКОВА, А.Е. БАЙСУЛТАНОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, НЦПиДХ, г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Проведен анализ историй болезни на базе Научного центра педиатрии и детской хирургии. Цель работы - изучить особенности клинических вариантов склеродермии у детей для уточнения критериев ее диагностики.
Показана необходимость комплексного обследования детей с диагнозом ограниченной склеродермии.
***Ключевые слова**: дети, системный склероз, ограниченная склеродермия, заболеваемость.*

Актуальность.

К числу актуальных проблем медицины относят системные болезни соединительной ткани, среди которых второе место по частоте и распространенности занимает системная склеродермия (СС - системный склероз по МКБ-10). В отличие от СС, при котором в патологический процесс кроме кожи вовлекаются различные органы, ограниченная (очаговая) склеродермия (ОС) характеризуется поражением только кожи [1,5].

В связи с тенденцией растущего организма к распространенной патологии, к выраженным экссудативным и сосудистым реакциям у детей заболевание часто обнаруживает склонность к прогрессирующему течению, обширному поражению кожи, хотя в ранние сроки может проявляться единичными очагами. В последнее десятилетие встречаемость этой патологии у детей заметно возросла [2].

Перекрестная форма СС требует дальнейшего накопления материала и исследования. Наблюдения последних лет свидетельствуют об увеличении числа больных СС с оверлап синдромами, как и сочетанных форм ревматических заболеваний [7].

Вариабельность клинических проявлений склеродермии, неизвестность этиологических и патогенетических компонентов подчеркивает актуальность изучения органной патологии у детей и подростков на ранних этапах развития СС и ОС [8].

Цель.

Изучить особенности клинических проявлений склеродермии у детей для уточнения критериальных признаков ее диагностики.

Материал и методы исследования.

Подвергнуты анализу проявления и течение болезни у 45 детей, с достоверным диагнозом склеродермии за 2009 – 2012 годы.

Обследование и лечение больных проводилось в клинике Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦПиДХ) и включало сбор анамнеза, общеклинические и специальные исследования, ЭКГ, эхокардиографию, фиброгастродуоденоскопию, рентгенографию пищевода с рентгеноконтрастным веществом, лабораторные анализы.

Результаты и обсуждение.

Дети были в возрасте от 1 года до 16 лет. По возрасту больные распределялись: 1- 5 лет – 14 детей; 6 - 10 лет – 14; 11- 16 лет – 17 детей. Анамнез и наблюдения показали, что дети со склеродермией заболевали в любом возрасте.

По полу: мальчиков было – 12 (26,7%), а девочек – 33 (73,3%).

Детей с системным склерозом составили 22,2% (10), с ограниченной – 62,2% (28), со смешанной –15,6% (7).

Распространенная форма наблюдалась у 4 больных, лимитированная форма с вовлечением в патологический процесс кожи только кистей и/или лица лишь у одного ребенка, синдром Рейно – у 2. У 3 детей диагностирована гемисклеродермия, т.е. одностороннее поражение кожи и подлежащих тканей по ходу сосудисто-нервного пучка, при этом имела место глубокая форма, с задержкой роста пораженной конечности.

Среди висцеральных проявлений системной склеродермии наиболее характерным было поражение пищевода. Расширение верхнего отдела пищевода и сужение его в нижней трети, замедление пассажа контрастного вещества обнаружено рентгенологически у 3 из 10 детей. Установленные на фиброгастродуоденоскопии нарушения моторной функции верхних отделов пищеварительного тракта в виде недостаточности кардии выявлены у 4 детей, а дуодено-гастральный рефлюкс – также у 4.

При исследовании сердца у 5 из 10 больных на ЭКГ обнаружено нарушение атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости. Эхокардиография выявила умеренное снижение сократительной способности миокарда левого желудочка у 6 из 10 детей.

Признаки сосудистого синдрома отмечались у 2 больных, у которых не было типичных периферических кризов, но была повышенная чувствительность к холоду или зябкость рук (стертое проявление синдрома Рейно).

Наиболее частым проявлением суставного синдрома были полиартралгии, выявленные у 5 больных системным склерозом. Поражение периартикулярных тканей с формированием контрактур отмечено у 2 пациентов с системным склерозом. Изменений со стороны легких, почек не обнаружено.

Ограниченная форма склеродермии выявлена у 28 детей (62,2%), из них типичная форма – у 18 (64,2%), атипичная форма – у 10 (35,8%)

Среди больных с типичной формой ограниченной склеродермии превалировала бляшечная форма – 55,5%, у 2 – распространенная бляшечная (от 6 и более отдельных бляшечных или полосовидных очагов), у 8 – очаговая бляшечная форма (от 1 до 5 очагов).

Локализация очагов поражения была различной: на шее, верхних и нижних конечностях, груди, животе. Кожа в пределах очага была сухой, блестящей, уплотненной, эластичность кожи была снижена, у некоторых с трудом собиралась в складку. Проявления склероза у больных варьировали от едва заметного до глубокого уплотнения, напоминающего рубцовую или келоидную ткань.

Линейная склеродермия, была диагностирована у 6 (33,3%) больных, у 2 из которых очаг был расположен на волосистой части головы – в форме «удара саблей». Склероатрофический лихен (болезнь белых пятен) как вариант ограниченной склеродермии наблюдался у 2 детей, что примечательно, для девочек была более свойственна бляшечная форма ограниченной склеродермии – 70%, тогда как для мальчиков – линейная (30%). При клинико-инструментальном исследовании у больных и с ограниченной склеродермией выявлялись висцеральные изменения, т.е. признаки системности процесса. Среди них – наиболее часто отмечалось поражение сердца. Так у 2-х на ЭКГ отмечались признаки нарушения проводимости, у 3 – нарушения ритма в виде синусовой тахикардии, экстрасистолии. Патология желудочно-кишечного тракта (атония пищевода и желудка, нарушения ритма, эвакуации) отмечены у 3 детей. Патология со стороны легких и почек на рентгенограммах и анализах не встречалась.

У 7 (15,5%) их 45 больных детей диагностирован перекрестный синдром (смешанное заболевание соединительной ткани). При этом СС более часто сочеталась с дерматополимиозитом (5).

Лабораторные показатели были в пределах нормы или умеренно изменены, не отражали уровень активность процесса даже при системной форме заболевания.

СОЭ была в норме, повышение уровня СОЭ до 25 мм/час отмечено у 5 детей с системной склеродермией и у 2 с ограниченной распространенной формой. Анемия выявлялась нечасто – у 5 больных. Повышенные уровни СРБ имело место у 3 детей с ограниченной склеродермией, хотя возможно его повышение связано с перенесенной ОРВИ.

Выводы.

У детей преимущественно встречалась ограниченная (очаговая) форма склеродермии. Но их варианты отличались многообразием клинических проявлений.

Ограниченная форма склеродермии выявлена у 28 детей (62,2%), из них типичная форма – у 18 (64,2%), атипичная форма – у 10 (35,8%)

Среди больных с типичной формой ограниченной склеродермии превалировала бляшечная форма – 55,5%, у 2 – распространенная бляшечная (от 6 и более отдельных бляшечных или полосовидных очагов), у 8 – очаговая бляшечная форма (от 1 до 5 очагов).

Локализация очагов поражения была различной: на шее, верхних и нижних конечностях, груди, животе. Кожа в пределах очага была сухой, блестящей, уплотненной, эластичность кожи была снижена, у некоторых с трудом собиралась в складку. Проявления склероза у больных варьировали от едва заметного до глубокого уплотнения, напоминающего рубцовую или келоидную ткань.

Клинически висцеральная патология как при системной, так и ограниченной формах была мало выражена и диагностировалась только при инструментальном исследовании.

Дети с диагнозом ограниченной склеродермии должны обязательно подвергаться лабораторным и инструментальным обследованиям в целях ранней диагностики висцеральной патологии и выявления признаков системности заболевания.

В связи с этим при определении тактики лечения следует в первую очередь опираться на выраженность клинических симптомов и быстроту прогрессирования заболевания.

СД у детей в большинстве случаев имеет хроническое или подострое течение, характеризуется умеренной активностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. – 2000. - Т.1. - Ч.1. - С.15-16.
2 М.Н.Никитина. Ограниченная склеродермия у детей. Вопросы клиники, патогенеза и лечения: автореф. дис. ...докт. мед. наук - М., 1980. – 248 с.
3 Е.И. Алексеева, Ю.М. Белозеров, Е.С. Жолобова и др. Кардиология и ревматология детского возраста.. - М.: ИД Медпрактика, 2004. – 181 с.
4 А.А. Баранова, Л.К. Баженовой Детская ревматология // Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002. - С. 398-400.
5 В.Н. Гребенюк. Ограниченная склеродермия у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2006. - №2. - С.112-113.
6 С.Г. Левина. Ювенильная склеродермия. // Педиатрия. – 1999. - №4. - С. 7-8.
7 Н.Г. Гусева. Системная склеродермия: ранняя диагностика и прогноз. // Научно-практическая ревматология. -2007. - №1. - 2007. - С. 47-48.
8 Л.М. Беляева, И.Д. Чижевская. Системный склероз и ограниченная склеродермия у детей и подростков // Педиатрия. – 2009. – Т. 88. - №5. - С. 250-252.

М.С. БАЙГАБУЛОВА, Ж.Б. АБДИКАДИРОВА, А.М. БУЛАКБАЕВА, А. ДАУЛЕТКЕЛДИ, А. МАКЕНБАЙ, Ж.ЫСКАКОВА, А.Е. БАЙСУЛТАНОВА

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Педиатрия және бала хирургия ғылыми орталығы, Алматы қ.

БАЛАДА СКЛЕРОДЕРМИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛЕКТЕРІ

Түйін: Педиатрия және бала хирургиясы ғылыми орталығында ауру тарихы қаралып, сараптама жасалды. Жұмыс мақсаты – балалардағы склеродермия ауруының клиникалық ерекшеліктерін меңгеру оның критерий диагностикасын нақтылау.

Ошақты склеродермиясы бар балалардың жан-жақты тексеруден өтуі қажет.

Түйінді сөздер: бала, жүйелі склероз, ошақты склеродермия, аурушаңдық.

M.S. BAIGABULOVA, ZH.B. ABDIKADIROVA, A.M. BULAKBAEVA, A. DAULETKEIDI, A. MAKENBAI, ZH. ISKAKOVA, A.E. BAISULTANOVA

Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiarova
Scientific center of Pediatrics and Pediatric Surgery

PECULARITIES OF CLINICAL VERSIONS OF CHILDREN'S SCLEODERMIYA

Resume: Analysis of disease history has been held on the basis of Scientific Pediatrition Center and Childish surgery .Ame is to explore clinical version's peculiarities of children scleodermyia and desime more precisely critisions of it's diagnostics.

Necessity of complex inspection children has been shown with restricted scleodermiya diagnosis.

Keywords: children, systematic sclerosis, restricted scleodermiya, sickness rate.

УДК 616-036.2

Г.М. АБДУЛЛАЕВА
Кафедра педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования (ИПО), Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова

ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Рассматривается место цефалоспорина III поколения для парентерального применения в лечении инфекционных заболеваний дыхательных путей у детей, перенесших критические состояния при рождении. Опыт клинического использования препарата свидетельствует о высокой эффективности, хорошей переносимости, низкой токсичности и аллергичности. Из парентеральных цефалоспоринов III поколения, наиболее хорошо, клинически изучен цефтриаксон («Аксон», Akriti Pharmaceuticals Pvt. Ltd., Индия). Обсуждаются результаты применения «Аксон» при внебольничных бронхитах среднетяжелого течения у 36 детей в возрасте от 6-ти месяцев до 3-х лет с неблагоприятным преморбидным фоном (неврологическими заболеваниями), более половины из которых ранее получали другие антибиотики. Полное клиническое выздоровление к 5 дню от начала лечения «Аксон» было достигнуто у 92% пациентов. Ни одному ребенку, получавшему лечение «Аксон», не потребовался дополнительный курс антибактериальной терапии. Особое внимание обращали на себя быстрая обратная динамика бронхообструктивного синдрома (к 3 дню лечения) и отсутствие обострений аллергических состояний у 34 из 36 (94,4%) предрасположенных детей. Была отмечена хорошая переносимость «Аксон», в виде отсутствия болезненной реакции, как во время введения препарата, так и после того, а также отсутствие инфильтративной реакции мышц. Сделан вывод, что этот препарат может быть рекомендован в качестве стартового антибиотика в лечении рецидивирующих бронхитов, а также как альтернативный антибактериальный препарат при недостаточном лечебном эффекте антибиотиков других фармакологических групп.
Ключевые слова: *дети, бронхит, лечение, антибактериальная терапия.*

Актуальность. Одной из самых и актуальных проблем современной педиатрии остается рациональная, правильно и своевременно назначенная антибактериальная терапия. Значение это проблемы еще более возрастает по мере увеличения в амбулаторной практике частоты использования пероральных антибиотиков, значительного роста резистентности наиболее распространенных возбудителей инфекций (1, 2). В последние годы во всем мире наблюдается рост антибиотикоустойчивости среди основных возбудителей. Резистентность к антибактериальным препаратам имеет огромное социально-экономическое значение и в развитых странах мира рассматривается как угроза национальной безопасности. Инфекции, вызванные резистентными штаммами, отличаются длительным течением, чаще требуют госпитализации и увеличивают продолжительность пребывания в стационаре, ухудшают прогноз для пациентов.

Основные проблемы антибактериальной терапии в педиатрии можно охарактеризовать следующим образом: препараты часто назначаются в дозах, гораздо ниже терапевтических, что приводит к селекции антибиотикоустойчивых штаммов патогенов внутри популяции. Вторая проблема заключается в самолечении: 95 % немедицинских семей имеют в домашней аптечке антибиотик, в каждой третьей из них – для парентерального введения (3). Во всем мире, как и в Казахстане, регистрируется неоправданно частое использование парентеральных форм антибактериальных препаратов при нетяжелом течении пневмоний и бронхитов. В целом проблему антибиотикотерапии в педиатрии можно охарактеризовать, с одной стороны, как неоправданный отказ от назначения данных препаратов при ангинах и отитах, а с другой – как необоснованное назначение терапии антибиотиками резерва при нетяжелых инфекциях (4, 5).

Проблема улучшения результатов лечения воспалительных заболеваний у детей особенно остро встает сегодня, когда в условиях быстро пополняющегося арсенала антибактериальных средств меняются спектр микроорганизмов и степень их чувствительности к препаратам. Адекватность этиотропной терапии так называемых малых инфекций в амбулаторной педиатрической практике во многом определяет качество лечения в целом и влияет на основные показатели лечебного учреждения. В условиях амбулаторной помощи благодаря рациональному выбору антибиотика сокращается продолжительность заболевания, снижаются вероятность рецидивирующего течения и частота госпитализаций. При лечении инфекционно-воспалительного заболевания в условиях стационара адекватная антибиотикотерапия предотвращает прогрессирование инфекции, развитие тяжелых гнойно-септических осложнений и сепсиса у детей, достоверно влияет на показатели летальности в детских отделениях интенсивной терапии, а также позволяет снизить расходы на лечение.

Особое внимание заслуживают дети, перенесшие критические состояния при рождении, перинатальные поражения ЦНС, сопровождающиеся нарушениями витальных функций организма. Для данной категории детей, проблема инфекционных заболеваний респираторных путей, наряду с восстановлением нарушенных функций организма, не менее актуальна. На современном этапе острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются одними из наиболее распространенных заболеваний в мире. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд больных, из них 70 % - дети. Около 60 % всех обращений к педиатрам связано с ОРВИ. Наибольшая заболеваемость ОРВИ отмечается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Дети в возрасте 10 лет и старше болеют ОРВИ в 2-2,5 раза реже, чем дети первых 3 лет жизни. Этиологическая структура заболеваний органов дыхания у детей имеет свои особенности в зависимости от формы, степени тяжести заболевания и возраста ребенка. Эффективность лечения и исход бронхолегочной патологии в значительной степени определяются успешностью этиологической диагностики, значимость которой для выбора адекватной антибактериальной терапии бесспорна. Однако с помощью рутинной лабораторной диагностики этиологию воспалительных изменений дыхательных путей удается установить лишь в 43–85% случаев (2, 4). У детей раннего возраста высокая заболеваемость ОРВИ обусловлена аденовирусами, парагриппозными и респираторно-синцитиальными (РС) вирусами. ОРВИ часто осложняются бактериальной суперинфекцией экзогенного или эндогенного происхождения. Именно эти осложнения определяют продолжительность и тяжесть течения заболевания, приводят к ослаблению защитных сил организма ребенка, рецидивам заболевания и развитию хронических воспалительных процессов. По данным ВОЗ, от ОРВИ и их осложнений ежегодно умирает 4 млн. детей в возрасте до 5 лет. Осложнения при ОРВИ могут развиться при любом сроке заболевания, чаще – на 5-7е сутки заболевания. Бронхиты по распространенности занимают первое место среди бронхолегочной патологии. В 80–90 % случаев они обусловлены респираторными вирусами: парагриппа I и III типов, РС-вирусами, аденовирусами, гриппа А и В. К развитию заболевания могут приводить

Haemophilus influenzae (33,8%), Moraxella catarrhalis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Bordetella pertussis (5).

В настоящее время определены следующие показания к назначению антибиотиков при ОРВИ у детей. Это возраст (первые 6 месяцев жизни), тяжелое течение ОРВИ (нейротоксикоз и др.), наличие отягощенного преморбидного фона (родовая травма, недоношенность, гипотрофия и пр.), активных очагов хронической инфекции (тонзиллит, отит и др.), подозрение на присоединение бактериальной инфекции, о чем свидетельствует появление лихорадки с повышением температуры тела выше 39°С, вялость, отказ от еды и питья, появление выраженных признаков интоксикации, одышки, а также асимметрия хрипов, лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов (6, 7). Факторами, определяющими выбор адекватного антибиотика, являются антимикробная активность в отношении большинства вероятных возбудителей заболевания, эпидемиологические характеристики (возраст, сопутствующие заболевания и пр.), профиль безопасности препарата (побочные действия, межлекарственные взаимодействия), структура антибиотикорезистентности (*P. Ball et al., JAC 2003*). При тяжелом течении заболевания терапия должна начинаться с парентерального введения эффективного антибиотика.

Антибиотики в лечении острых бронхитов показаны при наличии выраженных симптомов интоксикации, длительной гипертермии (более 3 дней), особенно у детей раннего возраста, а также у детей с неблагоприятным преморбидным фоном (7). При наличии клинических признаков, указывающих на бактериальную природу воспалительного процесса (слизисто-гнойный и гнойный характер мокроты), в совокупности с выраженной интоксикацией, при затяжном течении заболевания и признаках бронхиолита также целесообразно провести антимикробную терапию. На современном этапе накоплена достаточная доказательная база по эффективности терапии инфекций бронхолегочной системы с использованием препарата «Аксон». Гастроинтестинальные проявления, не требующие отмены препарата, зарегистрированы у 4,5 % детей. Даже если при применении «Аксон» развиваются какие-либо гастроинтестинальные расстройства, они, как правило, незначительны и не требуют смены антибиотика.

Целью нашего исследования было изучение клинико-лабораторной и бактериологической эффективности препарата «Аксон» у пациентов с рецидивирующим бронхитом на фоне неврологической патологии

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 36 детей, в том числе: 7 детей с острым бронхитом, 13 ребят с острым обструктивным бронхитом, 16 больных с хроническим рецидивирующим бронхитом, в стадии обострения. Нами проведено исследование по изучению целесообразности и эффективности режима антибиотикотерапии у детей при бронхитах, вирусно-бактериальной этиологии, разной степени тяжести (преимущественно тяжелых и среднетяжелых), требующих лечения в условиях стационара.

Таблица 1 - Количество детей с бронхолегочной патологией, (абс.ч.)

Нозологическая форма	От 6 мес. до 1 года	1-2 года	2-3 года	Количество наблюдений
Острый бронхит	3	2	2	7
Острый обструктивный бронхит	2	8	3	13
Рецидивирующий бронхит	-	3	13	16
Всего	5	13	18	36

Критерии включения: возраст от 6 месяцев до 3-х лет, острый и хронический бронхит, активная стадия, без нарушения функции альвеалярной ткани, хронический бронхит, стадия обострения, отсутствие дыхательной недостаточности III степени, невозможность перорального приема антибактериальных препаратов (выраженный рвотный рефлекс, интоксикация, дисбиоз кишечника).

Диагноз острого бронхита, а также хронического бронхита верифицировали с помощью комплексного клинического, лабораторного, рентгенологического и микробиологического обследования. Пациентам назначали препарат «Аксон» из расчета 50-75 мг/кг один раз в сутки. Длительность применения «Аксон» составила 5-7 дней.

Необходимо отметить, что все дети находились на стационарном лечении в отделении неврологии раннего возраста городской детской больницы по поводу основного заболевания. Характеристика неврологического статуса приведена в таблице 2.

Таблица 2 - Структура заболеваемости детей раннего возраста, (абс. ч.)

Нозологическая форма	От 6 мес. до 1 года	1-2 года	2-3 года	Количество наблюдений
Детский церебральный паралич	2	5	8	15
Эпилепсия	-	5	3	8
Перинатальная энцефалопатия	6	-	-	6
Последствия ОНМК	3	4	-	7
всего	11	14	11	36

«Аксон» (цефтриаксон) – цефалоспориновый антибиотик III поколения для парентерального применения, отличительной чертой и преимуществом которого является широкий антибактериальный спектр действия. «Аксон» гармонично объединяет в себе свойства цефалоспориновых антибиотиков: высокая антибактериальная активность «Аксон» относительно грамнегативных микроорганизмов дополняется высокой активностью по отношению к грампозитивной микрофлоре. Препарат активен в отношение аэробных и анаэробных микроорганизмов. Оказывает бактерицидное действие за счет угнетения синтеза клеточной стенки бактерий. «Аксон» устойчив к β-лактамазам грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Всасывание и распределение: при парентеральном введении цефтриаксон хорошо проникает в ткани и жидкости организма. Площадь под кривой «концентрация-время» при внутривенном и внутримышечном введении совпадают. Биодоступность цефтриаксона после внутримышечного введения составляет 100%. При внутривенном введении цефтриаксон быстро диффундирует в интерстициальную жидкость, где в течение 24 ч поддерживаются бактерицидные концентрации в отношении чувствительных бактерий.

Цефтриаксон обратимо связывается с альбумином. Степень связывания обратно пропорциональна концентрации цефтриаксона в сыворотке крови. Благодаря более низкому содержанию альбуминов в интерстициальной жидкости концентрация цефтриаксона в ней выше, чем в сыворотке крови. Цефтриаксон проникает через гематоэнцефалический барьер. У новорожденных и детей при воспалении мозговой оболочки цефтриаксон проникает в спинномозговую жидкость. Сочетание таких свойств в

одном препарате делает «Аксон» одним из наиболее сбалансированных в плане антибактериального спектра и активности цефалоспориновых антибиотиков. Кроме инфекций дыхательных путей показаниями для применения «Аксон» являются инфекции мочевыводящих путей, инфекции кожи, мягких тканей и костей, кишечные инфекции.

Эффективность лечения оценивали по срокам регрессии интоксикационного синдрома, ликвидации патологических изменений, результатам общего анализа крови и анализов мочи. Учитывалась также переносимость препарата и возможные побочные реакции. Кроме «Аксон», пациенты с острым и хроническим бронхитом дополнительно получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и биопрепараты в возрастных дозировках. У пациентов с хроническим бронхитом прием «Аксон» сочетался с местным лечением в виде ингаляций растворами муколитиков и аэрозольным распылением в зев и нос антисептиков.

Результаты и их обсуждение. Основными критериями эффективности терапии препаратом «Аксон» были выбраны: чувствительность микрофлоры пациента к антибактериальному препарату, характер течения основного заболевания, сроки ликвидации микробно-воспалительного процесса. Конечной точкой был выбран 10-дневный срок лечения.

У пациентов с острым и хроническим бронхитом эффективность лечения оценивалась как высокая, если при применении «Аксон» на 1-2 сутки отмечались нормализация температуры тела, исчезновение других симптомов интоксикации (головная боль, тошнота, рвота, бледность кожных покровов), снижение лейкоцитоза, а к 5-му дню лечения – полная ликвидация микробно-воспалительного процесса (нормализация показателей общего анализа крови, отсутствие патологических изменений по результатам рентгенологического исследования).

По данным авторов (1, 4, 7), лечение должно базироваться на этиотропной терапии (прежде всего – антибактериальной). Выбор препарата зависит от того, где заболел пациент (внебольничный или внутрибольничный воспалительный процесс дыхательных путей), а также от предполагаемой этиологии инфекционного процесса, возраста больного, наличия осложнений и преморбидного фона (табл. 2). Для оценки эффективности выбранной антибактериальной терапии (через 24-36 часов от начала лечения) рекомендуется пользоваться следующими критериями.

Высокий эффект – падение температуры тела ниже 38,0°С, улучшение общего состояния, уменьшение степени выраженности изменений в очаге воспаления – указывает на чувствительность возбудителя к препарату и позволяет продолжить то же лечение.

Удовлетворительный эффект – сохранение фебрильной температуры при снижении степени выраженности токсикоза, одышки, улучшении аппетита – в отсутствии отрицательной динамики в очаге воспаления. Обычно наблюдается при деструктивных пневмониях и/или при метапневмоническом плеврите. Смены антибиотика не требует.

Отсутствие эффекта – сохранение фебрильной температуры при ухудшении состояния и/или нарастании патологических изменений в очаге воспаления и общих расстройств (одышки, гипоксемии и др.). Требует смены антибиотика.

При хроническом рецидивирующем бронхите на фоне различных форм патологии органов дыхания (муковисцидоз, врожденные пороки развития бронхов и др.) главной задачей при лечении обострений является воздействие на инфекционно-воспалительный процесс в бронхах пораженного легкого. Это достигается только комплексными мероприятиями, такими как подавление инфекции, активный дренаж бронхиального дерева (разжижение мокроты и ее эвакуация). Клинический эффект считался удовлетворительным, если регрессия симптомов интоксикации отмечалась на 3-4 сутки заболевания, на 10-е сутки лечения происходила полная ликвидация лейкоцитоза и кашля, в общем анализе крови сохранялась увеличенная СОЭ при отсутствии лейкоцитоза и нейтрофильного сдвига лейкоцитарной формулы. Неудовлетворительным считался результат, если на фоне проводимого лечения состояние пациентов практически не изменялось к 4-5 суткам, показатели анализов крови и рентгенографии не претерпели позитивных изменений, что являлось основанием для смены антибактериального препарата. У пациентов с рецидивирующим бронхитом в стадии обострения эффективность лечения оценивалась по срокам ликвидации кашлевого синдрома. Отсутствие лейкоцитоза и кашля на 6-7 день лечения – высокая эффективность, наличие лейкоцитоза и снижение активности кашля – удовлетворительная эффективность, отсутствие позитивной динамики и сохранение массивной лейкоцитоза и кашля – низкая эффективность.

На момент госпитализации состояние пациентов с острым и хроническим бронхитом в активной стадии характеризовалось повышением температуры до 37,5-38°С, наличием таких проявлений интоксикационного синдрома, как головная боль (15%), бледность кожных покровов (75%), тошнота (10%), рвота (5%), слабость (52,5%), вялость (52,5%) и снижение аппетита (47,5%). Болевой синдромом в области горла и груди присутствовал у 27,5% пациентов. Клиническая картина активной стадии острого и хронического бронхита сочеталась с наличием выраженного кашлевого синдрома, а также изменениями со стороны показателей общего анализа крови – увеличения СОЭ, лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево.

У пациентов с обострением хронического бронхита общеклинические проявления заболевания отсутствовали. Наличие микробно-воспалительного процесса подтверждали аускультативными изменениями и результатами рентгенологического исследования. На фоне лечения «Аксон» у всех пациентов отмечалась положительная динамика. У 91,7% пациентов эффективность лечения оценивалась как высокая, сопровождающаяся быстрой регрессией симптомов интоксикации и полной нормализацией показателей общего анализа крови и анализов мочи к 7-му дню лечения у пациентов с острым и хроническим бронхитом и ликвидацией кашлевого синдрома у пациентов с хроническим бронхитом. При этом наибольшая эффективность зарегистрирована у пациентов с острым бронхитом в 100% случаев, в сочетании с обструктивным синдромом – 92% и рецидивирующим бронхитом - 93%. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Оценка общей клинико-лабораторной эффективности Таксим-О-форте

Нозологическая форма	Эффективность, абс. (%)		
	Высокая	Удовлетворительная	Неудовлетворительная
Острый бронхит	7 (100%)	-	-
Острый обструктивный бронхит	12 (92%)	1 (8%)	-
Рецидивирующий бронхит	15 (93%)	1 (7%)	-
Всего	34 (94%)	2 (6%)	-

При удовлетворительном результате лечения «Аксон» у 94% пациентов динамика клинико-лабораторных показателей характеризовалась ликвидацией симптомов интоксикации к 3-4 дню лечения, на 7-8-е сутки происходила полная ликвидация кашля. В общем анализе крови сохранялась увеличенная СОЭ при отсутствии лейкоцитоза и нейтрофильного сдвига лейкоцитарной формулы, что потребовало удлинения срока антибактериальной терапии до 7 дней у пациентов с острым и обструктивным бронхитом. Положительная рентгенологическая динамика наблюдалась у всех пациентов. У пациентов с хроническим бронхитом лечение не ограничивалось только назначением парентерального приема «Аксон». Проведение ингаляций муколитиками и растворами антисептиков подкреплялось применением эубиотиков и пробиотиков с учетом предыдущих обострений и резистентности флоры к антибактериальным препаратам. Следует отметить, что представители граммнегативной флоры проявили высокую чувствительность in vitro к «Аксон»: St. aureus – 100%, Enterobacter spp. – 98%, Kl. Pneumonia – 93%. При этом 84% штаммов Pr. mirabilis, 85% E.coli и 84% Ps.aeruginosa также были чувствительны к цефтриаксону.

Следует также отметить хорошую переносимость препарата «Аксон». В процессе лечения только у 2 пациентов, в возрасте от 6 месяцев до 1 года, с хроническим бронхитом временно отмечали инфильтрат в ягодичной мышце, не требующий отмены препарата и купировавшийся самостоятельно. Такие характерные для антибиотиков побочные эффекты, как диарея, аллергические реакции, повышение уровня трансаминаз, головная боль и транзиторная тромбоцитопения на фоне приема «Аксон» отсутствовали. Из позитивных характеристик «Аксон» пациенты отмечали хорошие фармакокинетические свойства препарата, позволяющие принимать его всего 1 (один) раз в сутки, а также отсутствие выраженного болевого фактора, что немаловажно при лечении детей младшего возраста. Оценивая парентеральный путь введения антибиотиков, в ряде случаев у детей следует отдать предпочтение «Аксон», как наиболее щадящему, «безболезненному», исключающему психотравмирующий эффект.

Курс лечения антибиотиками в этой группе составил от 5 до 6 дней, в среднем 5,4 дня. Всего за курс выполнено по 8-11 инъекций каждому пациенту, в среднем каждому ребенку сделаны 10,1 инъекции. Одновременно с оценкой клинической эффективности анализировались и экономические затраты на лечение данной группы детей. Как и предполагалось, в группе детей с бронхитами, где применялся цефтриаксон «Аксон» путем парентерального введения, расходы на антибактериальные препараты были на 38,7% ниже, чем в группе у детей с пероральным применением антибиотиков.

Выводы.

1. Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о высокой терапевтической эффективности и безопасности препарата «Аксон» в лечении инфекций дыхательных путей у детей с неврологической патологией.
2. Препарат практически не вызывает побочных действий, удобен в дозировании и применении. Это позволяет рекомендовать «Аксон» для лечения острого и обструктивного бронхита, а также хронического рецидивирующего бронхита у детей раннего возраста.
3. Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике состояния детей на фоне неврологической патологии, что способствует благоприятной реабилитации.
4. Отмечена хорошая переносимость «Аксон», в виде отсутствия болезненной реакции, как во время введения препарата, так и после того, а также отсутствие инфильтративной реакции со стороны мышечной ткани.
5. Препарат «Аксон» может быть рекомендован в качестве стартового антибиотика в лечении рецидивирующих бронхитов, а также как альтернативный антибактериальный препарат при недостаточном лечебном эффекте антибиотиков других фармакологических групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Белобородова Н.В., Прошин В.А., Куликова Л.А. Ступенчатая терапия: перспективный антибактериальный режим в педиатрии // Лечащий врач. – 2010. - №1. – С. 12-16.
2 Gin, A.S., H. Wheaton, and B. Dalton, Comment: Clinical Pharmaceutics and Calcium-Ceftriaxone // Ann Pharmacother. – 2008. - №42. - P. 450-451.
3 Леженко Г.А. Рациональная терапия бактериальных осложнений вирусных инфекций у детей // Новости медицины и фармации. – 2013. - №18. – С. 472.
4 Pei Chun Lai, Yen Ta Huang, Chia Chen Wu, et all. Ceftriaxone attenuates hypoxic-ischemic brain injury in neonatal rats // J Biomed Sci. – 2011. - №18(1). – P. 69.
5 Нечаев В.Н. Антибиотикотерапия у новорожденных и детей раннего возраста. – М.: Практическая медицина, 2009. – 143 с.
6 Thone-Reineke C, Neumann C, Namsolleck P, et all. The beta-lactam antibiotic, ceftriaxone, dramatically improves survival, increases glutamate uptake and induces neurotrophins in stroke // J Hypertens. – 2008. - №6. – P. 2426–2435.
7 Don M., Canciani M., Korppi M. Community-acquired pneumonia in children: what's old What's new // ActaPaediatr. – 2010. - vol. 99. - № 11. - P. 1602–1608.

Г.М. АБДУЛЛАЕВА
Педиатрияның және неонатологиясының кафедрасы постдипломного білімнің институтының
С.Д. Асфендияров аттындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТТЫҢ ТЕРАПИЯСЫ БАС ЕРТЕ ВОЗРАСТА БАЛА-ШАҒАЛАРЫНЫҢ ПЕРИНАТАЛЬ МИДЫҢ ПАТАЛОГИЯНЫҢ РЕҢІНДЕ

Түйін: Тұқымның III цефалоспорина жері үшін парентераль қолданыс үшін ара тыныстың жолының инфекцияның ауруға шалдығуының шипасында бас, қысылшаң күйлерді при туғыз- көтеріп өт- бала-шаға қарастырылатын. «Аксон» (Akriti Pharmaceuticals Pvt. Ltd., Индия) деген препараттың клиникалық игерушілігінің тәжірибесі туралы биік тиімділік, жақсы тасымалданғыштықта және аласа улағыштықта айғақтайды. «Аксон» деген қолданыстың нәтижелері при среднетяжелого ағыстың внебольничных бронхиттарында бас 36 бала-шағаның ара возрасте от 6-ти айдың дейін 3-х жастардың мен қатал преморбид реңмен (неврологиялық ауруға шалдығулармен) талданады. Толық клиникалық сауығу 5 күнге от түп «Аксон» деген шипаның бол- бас 92% емделушілердің кемел. Ешбір балаға, «Аксон» деген шипаны алдым, антибактериальной терапияның қосымша курсы сұрамады. айрықша көңілді бронхообструктивного синдромның (шипаның 3 күніне) аспа-жалап қарама-қарсы серпінділікі және аллергиялы күйдің шиеленіс болмағандық бас 34 из 36 (94,4%) предрасположенных бала-шаға на себя деген айналдыр. белгіле- «Аксон» деген жақсы тасымалданғыштық болды, түрінде ауырғыш реакцияның болмағандығының, как барысында препараттың кіріспесінің, олай және кейін ана, ал да бұлшықеттің инфильтраттың реакциясының болмағандық. Тұжырым алқындыр-, не осы препарат мүмкін ара сапа старттық антибиотиқтың ұсын- ара рецидивирующих бронхиттың шипасында, ал да сияқты альтернативті антибактериальный препаратты при сырттың фармакологиялық тобының антибиотиқ жетімсіз емдік нәтиже.
Түйінді сөздер: бала-шаға, бронхит, шипа, антибактериальная терапия.

G.M. ABDULLAYEVA
Department of Pediatrics and Neonatology Institute of Postgraduate Education (IPE)
Kazakh National Medical University named after SD Asfendiyarov

THERAPY RECURRENT BRONCHITIS IN CHILDREN OF EARLY AGE ON THE BACKGROUND PERINATAL CEREBRAL PATHOLOGY

Resume: The place of III generation cephalosporin for parenteral use in the treatment of infectious diseases of the respiratory tract in children undergoing critical condition at birth. Experience in the clinical use of the drug «Axon» (Akriti Pharmaceuticals Pvt. Ltd., India) shows a high efficiency, good tolerability and low toxicity. The results of the application of «Axon» in community-acquired bronchitis moderate flow in 36 children aged from 6 months to 3 years old with poor premorbid background (neurological diseases). Complete clinical recovery by day 5 of treatment initiation «Axon» was achieved in 92% of patients. Any child receiving treatment «Axon» without requiring an additional course of antibiotic therapy. Pay special attention to herself fast inverse dynamics of bronchial obstruction (to 3 day of treatment) and the absence of exacerbations of allergic conditions in 34 of 36 (94.4%) susceptible children. Was marked by good tolerability «Axon» in the form of lack of painful reactions, both during drug administration and after, as well as the absence of infiltrative reaction muscles. It is concluded that this drug can be recommended as a starting antibiotic in the treatment of recurrent bronchitis, as well as an alternative antibiotic with insufficient therapeutic effect of antibiotics other pharmacological groups.
Keywords: children, bronchitis, treatment, antibiotic therapy.

НАРКОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ NARCOLOGY AND PSYCHIATRY

УДК 611.42:576.2+626.86

А.А. АБИЛОВА, А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, Ф.М. СУЛЕЙМЕНОВА, У.А. ИСАБЕКОВА, А.А. МУКАНОВА, Б.М. ТАЖИМЕТОВ, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА

Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы,
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ ЭКЗОТОКСИКОЗА

В условиях воздействия 3,4- бензпирена происходит структурная перестройка регионарных паратимических лимфоузлов в сторону компактного типа. При этом лучше обеспечивается биохимическая и биофизическая иммунная детоксикация афферентной лимфы. Выявленное увеличение относительных площадей В- зон свидетельствует об активации гуморального иммунитета.
Ключевые слова: *лимфатические узлы, экзотоксикоз,3,4-бензпирен*

Введение. Известно, что постоянство внутренней среды организма - его эндоэкологическое пространство поддерживается функциями лимфатической системы. При этом её роль может быть сформулирована как дренажно-детоксикационная. Дренаж эндоэкологического пространства с его непрерывно изменяющимся биофизическим, биохимическим и антигенным содержимым требует столь же непрерывного многоуровнего контроля. Такими контролирующими структурами выступают лимфоидные органы [1]. Изучение органов лимфатической системы на тканевом уровне при действии различных экстремальных факторов позволяет выявить степень повреждения и возможности восстановительных процессов лимфоидной ткани [2]. Одним из самых распространенных ПАУ (полициклических ароматических углеводородов) является 3,4-бензпирен, в контакт с которым организм человека неизбежно вступает в процессе жизнедеятельности [3,4]. Химические вещества, попадая в организм, загрязняют эндоэкологическую среду, нарушая гомеостаз. Основными гомеостазирующими органами лимфатической системы являются лимфатические узлы [5,6]. Эндоэкологическая реабилитация проводится путем воздействия на все системы детоксикации организма в результате чего достигается блокада развития эндотоксикоза [7].

Материалы и методы: Для создания экспериментальной модели отравления белым крысам «Вистар» внутрибрюшинно в течение 3-х дней вводили 3,4-бензпирен по 20мг/кг массы тела в минимальном объеме оливкового масла (0,2-0,3 мл). Контрольной группе животных в таком же режиме делали внутрибрюшинные инъекции оливкового масла (растворитель БП). Изучение всех групп животных проводили через 1,7 и 21 сутки после отравления бензпиреном. Объектом исследования явились паратимические лимфоузлы. Для светооптического исследования органы фиксировали в жидкости Теллесницкого, обезвоживали в серии спиртов возрастающей концентрации и заливали в смесь гомогенизированного парафина с воском. С помощью санного микротома изготавливали срезы толщиной 10 мкм и окрашивали их гематоксилином Майера и эозином. Часть срезов толщиной 5 мкм окрашивали азуром (В) и эозином Y (Serva). Срезы заключали в канадский бальзам.

Результаты исследования: Через 1 сутки после введения 3,4- бензпирена капсула лимфоузла увеличилась, расширился краевой синус, возросла доля коркового вещества. В структуре мозгового вещества мозговые тяжи уменьшились, а мозговые синусы расширились. Корково-мозговой индекс уменьшился. Во всех изучаемых зонах (корковое плато, паракортикальная зона, первичные лимфоидные узелки, вторичные лимфоидные узелки с центрами размножения и мозговые тяжи) увеличилось количество бластных форм клеток на фоне уменьшения числа малых лимфоцитов и моноцитов. Возросло содержание макрофагов, нейтрофилов и эозинофилов. Появились дегенерирующие и тучные клетки. В лимфоидной паренхиме мозговых тяжей увеличилось число больших лимфоцитов, клеток Мота и митозов.

Через 7 суток после введения токсиканта отмечалось возрастание объемной плотности капсулы и краевого синуса. В корковом веществе узла повышалась объемная плотность лимфоидной паренхимы, возрастали объемные плотности первичных и вторичных лимфоидных узелков. Увеличение коркового вещества сопровождалось уменьшением мозговых синусов. Корково- мозговой индекс возрос на 15%. Увеличение площади мозгового вещества в этот срок по сравнению с контролем, в основном, происходит за счет мякотных тяжей. Мозговые тяжи увеличиваются на 18%, в них содержится большое число плазмоцитов, находящихся на разных этапах дифференцировки.

Через 14 суток отмечали увеличение объемной плотности краевого синуса на 60%. Возрастали объемные плотности промежуточных и мозговых синусов на 73% и 36%, соответственно. Снижалась на 27% объемная плотность коркового вещества лимфатических узлов и на 85% увеличивалась объемная плотность мозгового вещества. Величина корково- мозгового индекса уменьшалась на 61% .

При исследовании клеточного состава паренхимы лимфоидных узелков без герминативного центра паратимических лимфатических узлов крыс через 14 сутки после окончания введения 3,4- бензпирена было выявлено снижение числа малых лимфоцитов на 18%. При этом уменьшалось содержание средних лимфоцитов на 30%. В 3 раза возрастала объемная плотность больших лимфоцитов. В 2 раза повысилось количество плазматических клеток. В 2,5 раза увеличилось содержание макрофагов. Сохранялись нейтрофилы и тучные клетки. Содержание дегенерирующих клеток возросло в 2 раза. При исследовании клеточного состава паренхимы лимфоидных узелков с герминативным центром паратимических лимфатических узлов крыс через 14 сутки после окончания введения 3,4- бензпирена было выявлено снижение числа малых лимфоцитов на 11%. Уменьшалось содержание средних лимфоцитов на 34%.

При исследовании клеточного состава лимфоидной паренхимы паракортикальной зоны паратимических лимфатических узлов крыс через 14 сутки после окончания введения 3,4- бензпирена, было выявлено снижение содержания малых лимфоцитов на 11%. Отмечали уменьшение содержания средних лимфоцитов на 18%. В 3 раза увеличивалось содержание макрофагов. Сохранялось повышенным содержание плазмобластов, дегенерирующих клеток и эозинофилов.

Исследование клеточного состава лимфоидной паренхимы мозговых тяжей паратимических лимфатических узлов крыс через 14 сутки после окончания введения 3,4- бензпирена, выявило снижение содержания малых лимфоцитов на 23% и уменьшение средних лимфоцитов на 24%. В 2 раза увеличилось содержание макрофагов и на 6%- количество эозинофилов. Оставалось повышенным содержание больших лимфоцитов, нейтрофилов, тучных клеток и дегенерирующих клеток.

Через 21 сутки исследования на 29% повысилась объемная плотность краевого синуса лимфоузла. Компенсацию по дренажу лимфы берет на себя краевой синус, что отражается в нарастании его относительной площади. Корково-мозговой индекс возрос на 38%. При исследовании клеточного состава лимфоидной паренхимы исследуемых зон выявлено снижение числа малых лимфоцитов. Количество тучных клеток, дегенерирующих клеток и клеток Мотта к 21 суткам уменьшалось. Число ретикулярных клеток, макрофагов, нейтрофилов уменьшалось. Объемная плотность первичных и вторичных лимфоидных узелков регионарных лимфоузлов животных увеличивалась Количество тучных клеток, дегенерирующих клеток и клеток Мотта к 21 суткам уменьшалось.

Обсуждение результатов: В условиях воздействия 3,4-бензпирена происходит структурная перестройка регионарных паратимических лимфоузлов. Возрастает число макрофагов и митозов в герминативных центрах, количество плазмобластов и плазмоцитов в мозговых тяжах. Увеличивалась объемная плотность мозгового вещества, в мозговых тяжах лимфоузлов увеличивалось число плазмоцитов по сравнению с контролем. Число больших лимфоцитов, клеток Мотта и митозов увеличено, по сравнению с контролем. Данные изменения свидетельствуют о структурных перестройках в регионарном паратимическом лимфоузле в сторону компактного типа, лучше обеспечивающего биохимическую, биофизическую иммунную детоксикацию афферентной лимфы. Выявленное увеличение относительных площадей В- зон, косвенно, свидетельствует об активации гуморального иммунитета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Жминько П.Г. Иммунная система как мишень токсического воздействия химических веществ.//Актуальные проблемы транспортной медицины. - 2011. - №1. - С.17-50.
2 Ковальчук Л.В. ,Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 640 с.
3 Бородин Ю.И. Лимфатическая система и старение / Ю.И. Бородин // Фундаментальные исследования. - 2011. - №5. - С.11-15.
4 Бородин Ю.И., Майбородин И.В., Сафина А.Ф. Биотрансформация бензпирена в лимфатических узлах // Проблемы лимфологии и интерстициального массопереноса. Материалы научной конференции с международным участием. –Новосибирск: 2004. - С.80- 84.
5 Коненков В.И., Бородин Ю.И. Клеточные аспекты лимфологии // Тезисы докладов II съезда лимфологов России. - СПб.: 2005. - С.150- 152.
6 Горчакова О.В. Структурно- жидкостная характеристика лимфоузла в разные возрастные периоды и в условиях озоно- и фитотерапии / О.В. Горчакова, В.Н. Горчаков // Фундаментальные исследования. - 2013. - №6 (3). - С.591-595.
7 Ахундов Р.А., Эйвазов Т.А., Ханум Айдын, Гусейнова Ф.Д., Бабаева С.М., Полухова Ш.М. Роль антиоксидантов при гипоксическом повреждении организма. / Материалы XVIII межд.научн. конф..- Израиль: Нетания, 2014. - С. 20-23.

А.А. АБИЛОВА, А.Т. ДЮСЕМБАЕВА, Ф.М. СУЛЕЙМЕНОВА, У.А. ИСАБЕКОВА, А.А. МУКАНОВА, Б.М. ТАЖИМЕТОВ, С.П. ПЕРНЕБЕКОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

ОҚ «Астана Медициналық университеті», Астана қ. Қазақстан

ЭКЗОТОКСИКОЗ ЖАҒДАЙЫНДА ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІН МОРФОМЕТРИКАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Түйін: 3,4- бензпирен әсер ету жағдайында регионарлы тимус айналасындағы лимфа түйіндердің құрылысының компактті тип жағына қарай қайта құрылуы жүреді. Бұл кезде афферентті лимфаның биохимиялық және биофизикалық иммунды детоксикациясы жақсы қамтамасыз етіледі. В- аймақтарының салыстырмалы үлкеюінің анықталуы гумаральді иммунитеттің белсенгендігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: лимфа түйіндері, экзотоксикоз,3,4-бензпирен

A.A. ABILOVA, A.T. DYUSEMBAEVA, F.M. SULEIMENOVA, W.A. ISABEKOVA, A.A. MUKANOVA, B.M. TAZHIMETOV, S.P. PERNEBEKOVA

Kazakh National Medical University named after SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

On Joint-Stock Company "The Medical University of Astana" Astana, Kazakhstan

MORPHOLOGICAL ASSESSMENT LYMPH NODES UNDER EKZOTOKSIKOZA

Resume: Under the conditions of exposure to 3,4-benzopyrene going restructuring of regional lymph nodes paratimicheskih toward compact type. Thus it is better ensured by biochemical and biophysical detoxification immune afferent lymph. The observed increase in the relative areas of the B zones indicating the activation of humoral immunity.

Keywordes: lymph nodes, ekzotoksikoz, 3,4-benzpyrene.

УДК 616.36:616.361/.366-099:615.212.7

Ю.С. ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА, М.К. СЕРИКБАЙ, А.Е. НАРТАЕВА,
Б.Ж. АНАЯТОВА, Е.Б. КУЗАТБЕКОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В статье представлены результаты морфологического исследования печени людей, умерших при острой и хронической интоксикации морфином. Выявлены структурные изменения в гепатоцитах, синусоидах, портальных трактах.
Ключевые слова: *печень, судебная медицина, патоморфология, наркомания*

Актуальность выявления морфологических маркеров в диагностике острых и хронических отравлений обусловлена необходимостью в повышении объективности и достоверности судебно-медицинского заключения (диагноза) острой или хронической наркотической интоксикации. Следует отметить факт существенно растущего числа наркозависимых людей и повышение уровня смертности среди наркопотребителей. В настоящее время можно говорить о том, что проблема наркомании все больше становится проблемой выживания человечества. Разработка объективных морфологических критериев диагностики отравления наркотиками является одной из наиболее актуальных задач судебной медицины [1]. Анализ литературных данных позволяет отметить, что при отравлении наркотическими веществами наиболее выраженные патологические процессы развиваются в определенных системах и органах – мишенях. Одним из таких органов является печень [2,3,4].

Последствия повреждающих процессов в печени обусловлены нарушением ее физиологических функций. Так, печень активно участвует в метаболизме белков, жиров, углеводов. Одной из важнейших функцией органа является детоксикация эндогенных и экзогенных токсинов, метаболитов, химических веществ. Осуществляется детоксикация не только вредных пищевых метаболитов, но также различных лекарств, экзогенных, токсических продуктов. Последние поступают в печень как в неизмененном состоянии, так и в виде метаболитов [5].

У лиц, вводящих наркотики внутривенно, очень высок риск инфицирования организма гепатотропными вирусами. А так как печень является органом-мишенью, в котором процессы повреждения развиваются вследствие прямого токсического влияния наркотика, то тяжесть изменений усугубляется при сочетании с хроническими гепатитами, которые чаще всего возникают при внутривенных инъекциях наркотика и одновременном инфицировании вирусами гепатитов B,C,D,J или их сочетанием.

Механизм влияния наркотиков на гепатобилиарную систему является достаточно сложным, включающим различные процессы, в том числе, и прямое токсическое влияние на тканевые структуры.

Целью работы являлось изучение структурных изменений печени людей, умерших при острой и хронической интоксикации морфином при внутривенном способе введения наркотика.

Материалы и методы. Макро-и микроскопическому исследованию подвергалась печень наркоманов при острой и хронической интоксикации, изъятая во время судебно-медицинской аутопсии. Аутопсия проводилась не позднее 1 суток после наступления смертельного исхода лиц с подозрением на наркотическую интоксикацию. Кусочки печени из всех долей органа фиксировали в 10% нейтральном формалине и подвергали стандартной парафиновой проводке [6]. Парафиновые срезы печени готовили на санном микротоме толщиной 7-9мкм. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Маллори, по Ван Гизону. Препараты просматривали в световом микроскопе Zeiss Axio Lab.A1 при различных увеличениях. В рамках судебно-медицинской экспертизы проводились химико-токсикологические исследования тканей и биологических жидкостей для выявление наркотических веществ. Для гистологического исследования брали материал печени от наркоманов с выявленной морфиновой интоксикацией.

Результаты. Анализ выявленных нами морфологических изменений позволил выявить несколько основных процессов в нарушении нормального строения органа: гемодинамические расстройства, проявления токсического влияния наркотика и метаболитов на гепатоциты и синусоиды, регенераторные процессы.

При микроскопическом исследовании исходили из классического представления о печеночной дольке как структурно–функциональной единице печени. Исследовали состояние гепатоцитов, внутридольковых синусоидных кровеносных капилляров, а также строму органа, портальные тракты.

Микроскопически при острой интоксикации были выявлены в паренхиме органа дистрофические изменения в виде очаговой, преимущественно белковой и очаговой мелко-капельной жировой дистрофии с различным количеством фокальных некрозов. Являлось распространенным выраженное полнокровие терминальных (центральных) печеночных венул (ветви v. hepatica) и междольковых венозных ветвей v.portae в составе междольковых триад. В сосудах микроциркуляции в ряде наблюдений определялись смешанные и фибриновые тромбы. В синусоидах отмечалось набухание эндотелиальных клеток, умеренный отек, а также умеренный отек перисинусоидальных пространств (J. Disse).

При смертельном исходе на фоне хронической наркотической интоксикации в гепатоцитах выявлялись признаки паренхиматозной, в основном диффузной гидропической дистрофии и мелко-капельной жировой дистрофии. Отмечался гипохроматоз ядер гепатоцитов.

Эндотелиальные клетки синусоидов были набухшими, отечными с участками пониженной эозинофилии цитоплазмы. В синусоидах отмечалось очаговое накопление моноцитов, макрофагов. Звездчатые эндотелиоциты выглядили округленными. Во многих случаях отмечалась лимфоидно-клеточная и макрофагальная инфильтрация, иногда с примесью лейкоцитов, портальных трактов, их расширение и нередко фиброзирование. В нескольких наблюдениях были выявлены признаки начинающегося цирроза печени.

Таким образом, в результате проведенного исследования были установлены основные морфологические изменения печени при морфиновой интоксикации.

Острая интоксикация характеризовалась преимущественно острыми нарушениями кровообращения в ткани печени, а также очаговой паренхиматозной белковой и жировой дистрофией гепатоцитов.

При хронической интоксикации морфином, при внутривенном введении, характерными явились признаки длительного токсического поражения печени. При этой форме в большом количестве случаев были также выявлены морфологические признаки хронического гепатита.

Этиология гепатитов могла носить вирусный характер, а также и/или как реакция воспаления на дистрофические и некротические процессы в паренхиме печени. В исследованиях авторов выявлены морфологические особенности хронических вирусных гепатитов при наркомании. Типичным считается сочетание малоактивного портального гепатита с выраженным лобулярным, а также раннее формирование порто-портальных септ с

перестройкой гистоархитектоники по типу микронодулярного цирроза [Пиголкин Ю.И.,с соавт.,2002].
Полученные нами результаты коррелируют с работами других авторов, изучавших морфологию печени при острой и хронической интоксикации опиатами [7,8].
Сравнение морфологических результатов свидетельствует об однородности изменений печени при интоксикации представителями наркотиков группы опиатов при внутривенном способе введения, которое характеризуются прямым токсическим влиянием на паренхиму органа, дисциркуляторными расстройствами, склонностью к фиброзированию и склерозу при хронической интоксикации[9,10].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Буромский И.В., Яковлева Ю.Г. Смертельные отравления наркотическими веществами в Москве за период 1995-1999гг // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы РФ: материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. – М. - Астрахань: 2000. - С. 345.
2 Пиголкин Ю.И., Богомолов Д.В., Диагностическое значение изучения соматической патологии при смерти от наркомании в судебно-медицинской практике // Проблемы судебной медицины, экспертизы и права. – Краснодар: 2002. - С. 70-73.
3 Пиголкин Ю.И., Богомолов Д.В., Должанский О.В., Оздамирова Ю.М.. Перспективы морфометрического анализа соматических поражений при хронической наркотической интоксикации // Актуальные аспекты судебной медицины.- Ижевск: Экспертиза, 1999. - С. 171-173.
4 Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. Судебно – медицинская оценка морфологических изменений печени при наркомании // Судебно – медицинская экспертиза. - 2002. - №5. - С. 33-35.
5 Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия.- М.: 2006. - т.2. - 627 с.
6 Саркисов Д.С, Ю.Л. Петров. Макроскопическая техника // Руководство. - М.: Медицина , 1996. - С.7-50.
7 Богомолов Д.В., Пиголкин Ю.И., Баранова М.Я., Актуальные аспекты Судебно – медицинской экспертизы и экспертной практики // Ижевск, 2000. - С. 85-88.
8 Богомолова И.Н. Поражение печени при наркотической интоксикации: Автореф. дис. ...канд. мед. наук - М., 2001. – 24 с.
9 Погромов А.П., Мишнаевский А.Л., Расулов М.М.. и др. К вопросу о поражении печени у больных опийной наркоманией // Рос.гастроэнтерол.журн. -1998. - №4. - С. 82-83.
10 Ю.И. Пиголкина Морфологическая диагностика наркотических интоксикаций в судебной медицине // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2004. - С. 235-245.

Ю.С. ИСМАИЛОВА, А.Ж. АЛТАЕВА,
М.К. СЕРИКБАЙ, А.Е. НАРТАЕВА, Б.Ж. АНАЯТОВА, Е.Б. КУЗАТБЕКОВА

АНАШАМЕН УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ ГЕПАТО-БИЛЛИАРЛЫ ЖҮЙЕНІҢ
ҚҰРЫЛЫМДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Түйін: Мақалада жедел және созылмалы морфинмен уланудың морфологиялық зерттеу қорытындысы берілген. Гепатоциттерде, синусоидтарда, порталды жолдардағы құрылымдық өзгерістер анықталды.

Түйінді сөздер: бауыр, сот медицинасы, патоморфология, нашақорлық

Y.S. ISMAILOVA, A.Z. ALTAYEVA, M.K. SERIKBAI, A.E. NARTAEVA,
B.Z. ANAYATOVA, E.B. KUZATBEKOVA
Kazakh National Medicine University of Asfendiyarov S.D.

STRUCTURAL CHANGES IN HEPATOBILIARY SYSTEM DURING NARCOTIC INTOXICATION

Resume: The article presents results of morphologic research of human liver performed during coroner autopsy in cases of acute and chronic morphine intoxication. Structural changes in hepatocytes, sinusoids and portal tracts were identified.

Keywords: drug addiction, morphine, acute and chronic intoxication, liver pathomorphology

УДК 159.9.072 .

Б.А. ШАХМЕТОВ
Казахский Национальный медицинский университет им.м. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы

КОГНИТИВНАЯ, ЛИЧНОСТНО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Применение когнитивной, личностно-развивающей психотерапии с использованием модели «оптимального комфорного состояния» лицам с психосоматическими расстройствами. Изучение психических особенностей и с учетом этого проведение психотерапевтической помощи.

Ключевые слова: *когнитивность, психотерапия, практика*

Актуальной проблемой современной медицины является повышение эффективности лечебно–реабилитационного процесса. В последние годы отмечается тенденция к интеграции психотерапии с общей медициной, с превращением ее в общемедицинскую специальность. Однако важнейший постулат медицины – «Лечить не болезнь, а больного» пока, к сожалению, остается все еще в значительной степени декларацией. Воздействие на личность больного для многих практических врачей часто остается только благим пожеланием. Золотое правило

психотерапии гласит: «Заболевает один человек, а излечивается другой человек», т.е. излечение возможно только при изменении личности, его мышления, чувств, убеждений, установок и поведения. К. Шнайдер определял «личность как единство чувств и оценок, стремлений и желаний».

По известному определению здоровья, данным ВОЗ, состояние благополучия является важнейшим показателем здоровья. И, по мнению экспертов ВОЗ, здоровье в большей степени зависит от самооценки себя и чувства социальной принадлежности, чем биологических функций. Поэтому комплексные когнитивные, личностно-развивающие психотерапевтические программы являются весьма эффективными.

Когнитивная психотерапия рассматривает эмоциональные реакции и психические расстройства как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, в основе которой выступает мысль (когниция). Другими словами, человек есть то, что он думает.

Великий ученый аль-Фараби (870-950 гг.) подчеркивал важность социально–психологических, этических факторов в жизни общества. Он писал: «Вся земля была бы благословенной, если бы народы мира помогали друг другу в достижении счастья». Переходя в область малых социальных групп, мы можем так же отметить важность положительных межличностных отношений.

Античным мыслителем Аристотелем (384 – 322 гг. до н.э.) была создана модель «нормы» психического поведения в рамках добродетели, бывшей основной нравственной категорией. В связи с этим принципиальное значение приобретает воспитание добродетели у детей, подрастающего поколения и зрелых людей, качества личности в целом определяющего судьбу человека и общества.

А. Адлер (1870-1937 гг.) считал, что основная проблема большинства людей заключается в их ошибочной схеме апперцепции, которая определяется недостижимой и нереалистичной целью достижения превосходства над другими. Нужно, что бы человек понял свой жизненный стиль, понял себя – научился видеть свои ошибки в повседневной жизни, понимать последствия своего поведения. Забота о себе вместо заботы о других лежит в основе большинства психологических проблем, Адлер предлагал постепенно уводить человека от исключительного интереса к себе, переводить его на конструктивную работу с другими людьми в качестве значимого члена общества.

Именно добродетель – стремление делать добро людям является стержневым свойством личности. И мы полностью согласны с этой мыслью. Она создает положительный фон настроения и влияет на общее самочувствие человека.

С целью облегчения понимания и повышения эффективности работы с самосознанием пациентов в рамках когнитивной, личностно развивающей психотерапии нами предложена психотерапевтическая модель ОКС – «Оптимальное комфортное состояние» (Б.А. Шахметов, 2005, 2008, 2012)[1].

Оптимальное комфортное состояние – совокупность базовых потребностей личности, необходимых для достижения состояния полного благополучия. И включает в себя следующие 5 факторов.

1.Это преобладание положительных эмоций – положительный эмоциональный фон (ПЭФ).

2.Ощущение собственной значимости (ОСЗ), позитивный уровень самооценки.

3.Гармоничные межличностные взаимоотношения (ГМО) в микросоциальных группах (в семье, детском, учебном и трудовом коллективах).

4. Достаточный уровень интегрального здоровья (ИЗ) – включающий в себя физическое, психическое и социальное благополучие.

5. Финансовый достаток (ФД).

Структурно-логическая схема ОКС изображена на рисунке 1.

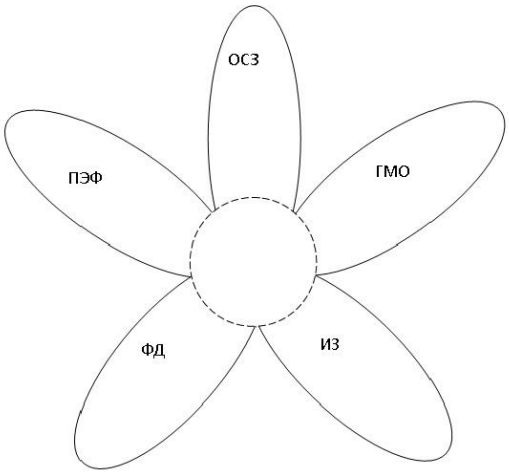


Рисунок 1 - Структурно-логическая схема оптимального комфортного состояния (ОКС)

Оптимальное комфортное состояние (ОКС) может быть главной стратегией не только профилактики, но и укрепления здоровья у пациентов. Именно добродетель – стремление делать добро людям является стержневым свойством личности, формирует положительный фон настроения. Уважение к самому себе, хорошие, теплые отношения с близкими людьми, являются базой для крепкого здоровья, хорошего настроения и материального достатка.

Сущностью целевых программ по повышению индивидуального и социального психологического здоровья может являться достижение ОКС (оптимального комфортного состояния), включающего в себя биологический и социально–психологический регистры личности, другими словами – психосоматическое благополучие (психосоматическое комфортное состояние).

Модель профилактики заболеваний в целом должна включать в себя систему мероприятий по обеспечению ОКС каждой личности в отдельности через систему образования, воспитания, социального обеспечения и менеджмента.

В соответствии с представлениями гуманистической теории личности (К. Роджерс, А. Маслоу) главным источником развития личности считаются врожденные тенденции к самоактуализации. Развитие личности – это развертывание врожденных тенденций. По мнению К. Роджерса: Цель жизни – реализовать весь свой врожденный потенциал, быть «полностью функциональной личностью», т. е. человеком, который использует все свои способности,

реализует свой потенциал и движется к полному познанию себя, своих переживаний, следует своей истинной природе [2]. А. Маслоу выделяет потребности, лежащие в основе развития личности и отмечает 5 уровней мотивации [3]:
1) физиологический уровень (потребности в еде, сне);
2) потребности в безопасности (жилье, работа);
3) потребности в принадлежности (иметь друзей, создать семью);
4) уровень самооценки (потребность в самоуважении, компетенции, достоинстве);
5) потребность в самоактуализации (творчество, стремление к красоте, к совершенству, развитию своих способностей и т. д.).
По нашему представлению субъективным смыслом человеческой жизни является достижение «оптимального комфортного состояния», которое включает в себя следующие векторы развития.
Вектор – 1 характеризует эмоциональное состояние личности, вектор – 2 уровень его самооценки, 3 – межличностные отношения, 4 – общее состояние здоровья, 5 –материальное положение (финансовый достаток).
Развитие личности представляет собой стремление к улучшению своего состояния, как внутреннего, так и внешнего благополучия, комфортности в телесных ощущениях и межличностных контактах, самоактуализации по указанным направлениям. Предлагаемая матрица – пятиугольник, охватывающий основные направления развития личности. В ней представлены пять факторов, связанных с развитием личности. Каждый из факторов имеет свое значение и шкалу оценок по линии вектора. Каждый вектор имеет шкалу делений от 0 до 5 и выше.
Для определения уровня комфортности состояния личности мы использовали разработанный нами психологический тест – опросник «Оптимальной комфортности состояния» (О К С). Опросник состоит из 5 вопросов, включающих по 5 вариантов ответов, по которым пациента, клиента просят оценить свое состояние.
1.Оценка эмоционального состояния
2.Самооценка значимости личности.
3.Оценка межличностных отношений.
4.Интегральная оценка здоровья.
5.Оценка материального, финансового состояния.
Каждый вопрос имеет ответ с соответствующей точкой отражения на шкале самооценки. Пациент сам по пятибалльной системе оценки субъективно определяет степень выраженности каждого показателя состояния развития личности. Полученная сумма ответов на 5 вопросов делится на 5 и получается средний балл развития личности.
Параметры развития личности могут оцениваться от 1 (единицы) – минимальная оценка, до 5 баллов – максимальная оценка, 2 - неудовлетворительный уровень развития личности, 3 – удовлетворительный уровень, 4 – хороший уровень, 5 – отличный уровень развития личности или «оптимальный уровень развития». Достижение оценки «5» по всем направлениям развития личности и есть «оптимальное комфортное состояние» или состояние счастья, успеха, победы и гармонии.
Таким образом, когнитивная, психотерапевтическая модель «ОКС» дает возможность более тонкого и глубокого изучения психического состояния больного. Она позволяет пациентам лучше уяснить себе свое состояние и осознавать процессы изменений своих убеждений при психотерапевтической работе. ОКС способствует более глубокому пониманию своего состояния и более активному участию самих пациентов в лечебно-реабилитационном процессе. Предложенная когнитивная модель может быть положена в основу новых психотерапевтических подходов и способствовать повышению эффективности лечебно-профилактической помощи в общемедицинской практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шахметов Б.А. Психическое здоровье. Учебное пособие. – Алматы: 2012. - С. 152.
2 Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс, 2001. - С. 480.
3 Маслоу А. Мотивация и личность. - СПб.: Питер, 2003. - С. 352.

Б.А. ШАХМЕТОВ

КОГНИТИВТЫ, ТҰЛҒА ДАМЫТУ ПСИХОТЕРАПИЯ ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТӘЖРИБЕСІНДЕ

Түйін: Когнитивты, жеке тұлғаны жетілдіру психотерапиясы «оптимальды комфортты жағдай» моделін жалпы медициналық тәжрибеде психосоматикалық науқастарға қолдану. Психикалық ерекшеліктерін зерттеп, алған мағлуматтарға сүйене отырып психотерапиялық көмек жасау.

B.A. SHAKHMETOV

COGNITIVE, PERSONALITY-DEVELOPMENT PSYCHOTHERAPY IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Resume: The use of cognitive, personal-developmental psychotherapy with the «optimal comfort condition» for people with psychosomatic disorders. The study of psychological features of people with different ages and conducting psychotherapy care.
Actual problems of modern medicine is to improve treatment and rehabilitation process. In recent years there has been a trend towards the integration of psychotherapy with general medicine, to convert it into a medical specialty.
Keywords: cognitive psychotherapy

УДК 614.8 «363»:616.89

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

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

В статье рассмотрены вопросы организации психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях, описаны варианты острой реакции на стресс, изложены вопросы подготовки и обучения кадров для работы в условиях чрезвычайных ситуаций.
Ключевые слова: *психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях, острая реакция на стресс, подготовка кадров.*

Актуальность проблемы. При чрезвычайных ситуациях отмечается одномоментное и массовое появлением пострадавших не только от физических травм, но и с психическими травмами, и соответственно с психическими расстройствами. Такие состояния всегда привлекали пристальное внимание психиатров и психологов. Поэтому вполнет понятно и обоснованно мнение, что для решения возникаюших задач необходима подготовленная психолого-психиатрическая служба. Чрезвычайные ситуации с социальной и с биологической точки зрения представляют собой нарушение стабильности и целостности системы индивид – макро – микросоциальная среда. Тяжесть ЧС и его последствия зависят от многих факторов. Наиболее важным является – сила стрессора. Весьмам существенна роль в реагировании личности в генетической предрасположенности. Фактором влияющим на способность противостоять стрессу является возраст. На возникновение и течение психических расстройств влияет и преморбид. Важную роль играет бывшая ранее травматизация. Вопросы неотложных состояний в психиатрии рассматриваются в учебных программах высших и средних медицинских учебных заведений. Однако в реальной практике этих знаний и навыков бывает явно недастаточно. Для работы в условиях чрезвычайных ситуаций необходима специальная подготовка мед. персонала и психологов.

ЧС и стресс. ЧС могут природные и антропогенные. В первом случае чувство вины мало выражено, событие расценивается как не зависящее от воли человека. Жертвы чаще всего считают, что не приняли мер предосторожности. При антропогенных ЧС у жертв может быть чувство ярости, гнева и агрессивности. И эта агрессия в ряде случаев может быть направлена и на лиц, оказывающих им помощь.

Имеет значение время года. Природные ЧС - наводнения и сели встречаются как правило весной, а сход снежных лавин в зимнее время.

Степень стрессогенности фактора зависити зависитт от различных причин. Важное значение имеет фактор внезапности или ожидаемости возникновения ЧС. Неожиданная ЧС приводит к большим потерям. Ожидаемая ЧС позволяет провести необходимые мероприятия и это дает возможность значительно уменьшить человеческие потери и материальный ущерб.

В развитии психических расстройств при ЧС важную роль играет прогностическая оценка будущих событий. Люди оценивая угрозу, принимают необходимые меры безопасности. Однако нередки случаи недооценки имеющейся информации, сомнения в ее достоверности. Возможны случаи, когда человек не сомневается в достоверности имеющейся информации. Но при этом необходимых мер не предпринимает. Некоторые люди, имея достаточную информацию о возможной ЧС, недооценивают степень ее опасности и откладывают принятие необходимых мер безопасности.

Бывает и преувеличение опасности возможной ЧС с пессимистической оценкой ее последствий с невоможностью принятию адекватных мер по снижению вреда от надвигающейся ЧС.

После начала ЧС на развитие психических расстройств оказывает влияние оценка совпадения прогноза с реальной действительностью.Совпадение прогнохов с реальностью, даже если они неутешительные вселяет внутреннюю уверенность, а несовпадение вызывает прогноза вызывает неуверенность и страх перед будущим.

Любая ЧС нарушет привычное течение человека и может привести может привести к социальной дезадаптации личности, изменениям социальной значимости в его микросоциальной среде (изменение материального положения, потеря кормильца и др.).

Важно учитывать, что первостепенную роль в возникновении психических расстройств играет не сама ЧС, степень ее реальной опасности, а то как ее воспринимает конкретная личность. И здесь возможна и недооценка, и переоценка случившегося события. Поэтому важна работа психологическая и психотерапевтическая с личностью.

При ситуации, угрожающей жизни первую незамедлительную реакцию определяют инстинкты – самосохранения, продолжения рода и особенности личности – психические и физические характеристики. На более поздних этапах реагирования на ЧС начинают учитываться представления о реальном и желаемом стандарте поведения с учетом микросоциальной среды.

Наиболее часто возникающие сразу после ЧС психические расстройства формируют острую реакцию на стресс. Принято выделять два варианта такой реакции. Острое психомоторное возбуждение - внешне проявляется быстрыми, нередко лишними движениями, мимика и жесты становятся чрезмерно живыми. Неусидчивы, часто бесцельно передвигаются. Отмечается сужение и затруднение концентрации внимания. Темп речи ускоряется, голос становится громким. Суждения поверхностны, иногда лишены смысловой нагрузки. Крайнее проявление этого варианта – когда человек резко покидает место происшествия, не учитывая создавшуюся ситуацию. Во время землетрясения люди выпрыгивали из верхних этажей и разбивались насмерть, родители, чаще отцы, забывали о своих детях и спасали в первую очередь себя. Такие действия были обусловлены инстинктом самосохранения.

При втором варианте острой реакции на стресс происходит резкое замедление психической и моторной деятельности. Пострадавшие подолгу сидят в одной позе, например после землетрясения у своего разрушенного дома и ни на что не реагируют. Внешне кажутся рассеянными и игнорируют важные внешние стимулы. Они не ищут помощи, при беседе активно жалоб не высказывают. У них притуплены чувства жажды и голода. В резко выраженных случаях отмечается психогенный ступор - человек лежит с закрытыми глазами, не реагирует на окружающее.

Организационная работа при ЧС. Для начала организационной работы нужно иметь официальный реестр психологов, психиатров и медицинских сестер, которые могут быть привлечены для работы при чрезвычайных ситуациях на территории районов, городов и областей Республики. Эти реестры должны быть в ЦРБ, горздравах и облздравах. Их копии нужно иметь на станциях скорой помощи и бригадах скорой и неотложной психиатрической помощи, а также они должны иметься в соответствующих департаментах ЧС. На основании реестров формируются общественные группы, бригады психолого-психиатрической помощи при ЧС.

Далее разрабатывается план мероприятий психолого-психиатрической помощи по району, городу, области при возникновении ЧС.

В последующем проводится организация циклов повышения квалификации психиатров, психологов, психотерапевтов, ответственных и участвующих в организации психолого-психиатрической помощи.

В соответствии с планом проводятся учения, тренинги, стажировки на базах станций скорой и неотложной психиатрической помощи.

Соответствующими специалистами разрабатываются методические рекомендации для медицинского и психологического персонала по организации скорой и неотложной психологической и психиатрической помощи, а также разрабатываются памятки о действиях медицинского персонала и населения в период чрезвычайных ситуаций.

Опыт специалистов России и Казахстана показывает, что при ЧС медицинская помощь в этицентре катастрофы должна осуществляться медперсоналом, не пережившим ЧС. Медики пережившие ЧС, сами являются пострадавшими и также нуждаются в медико-психологической помощи. И только после оказания этой помощи они могут привлекаться для участия в работе, и в основном как лица, обладающие информацией о местной медицинской инфраструктуре.

Неотложная психиатрическая помощь должна оказываться при выраженном психомоторном возбуждении, немотивированной агрессии и других состояниях по показаниям. Психомоторное возбуждение является одним из частых проявлений острых психозов, сопровождается тревогой, растерянностью, яркой, быстро развивающейся галлюцинаторной, бредовой или кататонической симптоматикой, помрачением сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние, острый чувственный бред и др,). Больные действуют хаотично, неадекватно ситуации. Поэтому необходимо быстрое купирование возбуждения и госпитализация больного. Опыт показывает, что несмотря на неправильное поведение многие пациенты не оказывают выраженного сопротивления. После спокойной беседы и настойчивых уговоров многие больные принимают лекарства и выполняют рекомендации врача. Важно продемонстрировать больному самообладание врача, а также сочувствие больному и стремление помочь ему. В некоторых случаях приходится обращаться к сотрудникам органов правопорядка.

Для купирования возбуждения чаще используются нейролептики с седативным эффектом (аминазин, тизерцин, клозапин, оланзапин, дроперидол). Данные препараты достаточно эффективны при приеме во внутрь, лишь при активном сопротивлении используются иньекции. Нужно проявлять особую осторожность к недоступным и малоподвижным больным. В зависимости от состояния пострадавщих помощь может быть психологической, психотерапевтической, психиатрической с применением, при необходимости, психофармакологических препаратов и последующей госпитализацией. Работа специалистов может проводиться в эпицентре ЧС, в районных поликлиниках, на дому, а также может осуществляться психологическое консультирование по телефону.

Заключение. Специалисты, имеющие специальную подготовку, соответсвуюшее оснащение, имеют возможность организовать специализированную психолого-психиатрическую помощь непосредственно при ЧС, а также проводить реабилитационные мероприятия в последующем и в отдаленный период.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1000 с. - (Серия "Национальные руководства").
2 Психиатрия. Учебник. Н.М. Жариков, Ю.Г. – Тюльпин: 2009. - 832 с.
3 . Александровский Ю.А., Лобастов О.С. и др.Психогении в экстремальных условиях - М.: Медицина, 1991. - 115 с.
4 Военная психиатрия: учебник /Под ред. С.В. Литвинцева и В.К. Шамрея. – СПб.: Воен.мед. акад., 2001. - 236 с.
5 Иванов Ф.И. Реактивные психозы в условиях войны.: дис. ... д-р. мед. - Л., 1964. - 447 с.

Б.А. ШАХМЕТОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАРДА ПСИХИАТРИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Мақалада төтенше жағдайларда психология-психиатриялық көмек ұйымдастыру және кадрларды даыйндау қарастырылған.

Түйінді сөздер: төтенше жағдайларда психология-психиатриялық көмек, кадрларды даыйндау.

B.A. SHAKHMETOV

Kazakh National medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

QUESTIONS ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE IN EMERGENCY SITUATIONS

Resume: The article describes the organization of psychological and psychiatric care in emergency situations, training and education of personnel.

Keywords: psychiatric care in emergency situations, acute stress reaction, training.

УДК 616-099-07 615 212 7 340

Ю.С. ИСМАИЛОВА, У.А. АЛШЕРИЕВА, А.Ж. АЛТАЕВА, Г.М.ТОЙБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

СТРУКТУРНЫЙ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ НАРКОТИКАМИ

В статье приведены результаты клинического анализа по отравлениям, включая наркотические вещества, а также результаты анализа судебно-медицинских экспертиз насильственных смертей, в том числе отравление наркотиками.
Ключевые слова: *токсикология, судебная медицина, наркомания.*

Наркомания является одной из важнейших проблем современности во всех странах мира. В ее орбиту попадают все новые и новые люди, которые впадают в психическую и физическую зависимость от приема наркотика.

Размах наркомании можно сравнить с ростом злокачественной опухоли, поражающей все большее число людей в разных странах мира. Еще два десятилетия назад можно было говорить лишь о начале зарождения таких проявлений на территории СНГ как наркомафия, наркобизнес, наркопреступления. В настоящее время наркомания является настолько распространенным явлением, что ни у кого не возникает сомнения в ее реальности и чрезвычайно подгубном влиянии на общество. Наркобизнес является одним из самых доходных во всем мире. Следует отметить, что наркомафия владеет миллиардными доходами, основанными на горе, болезнях и смерти тысячи людей.

Распространение наркотических средств, их употребление и последствия наркомании создают значительную угрозу здоровью населения, подрывают экономический потенциал стран, резко отрицательно влияют на демографическую ситуацию в мире. Отмечается серьезное негативное влияние наркомании на молодежь, 80% из которой составляет молодые люди в возрасте до 25 лет. Наркомания приводит к снижению качества физического, психического и нравственного здоровья населения, значительно нарушая репродуктивные функции наркопотребителей.

Повышается уровень социального и криминального риска с распространением ВИЧ инфекции, венерических болезней, склонностью к суицидам, половым преступлениям. Повышается общий уровень преступности. В РФ экзогенные отравления составляют 8-10% в общей структуре заболеваний, процент летальности колеблется от 3,5 до 4,8%. В США количество людей, пострадавших от отравления, достигает 1 миллиона в год.

По данным токсикологического отделения БСНП г.Алматы нами проведен анализ обращаемости людей с острой экзогенной интоксикацией за период 13 лет. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Обращаемость населения в токсикологическое отделение

Обращения	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Всего отрав.	7562	5171	6108	6044	6111	5741	5108	4430	4367	4488	3724	5213	4523
Алког. прод. Отрав.	5236	3234	4198	4104	3941	4066	3833	3152	3197	3685	3073	3859	3462
Сурог. Алког.	249	161	184	199	242	129	25	169	180	83	101	123	120
Отрав. медикамент.	1157	1117	1062	1073	1062	912	795	714	724	492	395	708	611
Отрав. наркот вещ.	314	84	81	162	332	205	135	107	56	25	23	32	41
Отрав. уксус эссен.	170	198	173	163	152	131	112	118	92	85	57	114	87

Согласно данным таблицы 1, в структуре экзогенных интоксикаций первое место занимает прием алкогольных напитков, в том числе, суррогатов алкоголя. По данным ВОЗ алкоголь является причиной почти 4% всех смертельных исходов в мире. Второе место среди экзогенных интоксикаций занимает отравление медикаментами, до 90% в этой группе отравления носят суицидальный характер. На третьем месте находятся отравления наркотическими веществами. Летальность в группе отравление наркотическими веществами составила: в 2000-30, 2001-14, 2002-9, 2003-4, 2004-8, 2005-23, 2006-16, 2007-8, 2008-6, 2009-6, 2010-1, 2011-2, 2012-6.

По данным Алматинского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК нами предпринять анализ количественных показателей эпидемиологического исследования по судебно-медицинским экспертизам за 10 лет в г.Алматы и Алматинском регионе. Соответствующие данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Анализ количественных показателей эпидемиологического исследования по судебно-медицинским экспертизам за 10 лет

Годы	Количество аутопсий за год	Количество не насильственных смертей	Количество насильственных смертей	Количество смертельных отравлений наркотическими веществами
2003	5638	2298	3014	74
2004	6552	2602	3664	319
2005	6795	2732	3760	270
2006	6921	2675	3933	386
2007	6953	2817	3783	332
2008	5695	2315	381	163
2009	4997	2125	2631	121
2010	5233	2301	2674	147
2011	5230	2124	2791	95
2012	5184	2248	2633	92
Итого	59098	24237	31964	1999

Итак, анализ соотношения случаев ненасильственных и насильственных смертельных исходов в 2003г. показал, что смертельные отравления наркотическими веществами составили 2,46% от насильственных смертей.

В 2004 году процент ненасильственных смертей сооставил 39,72%, насильственных - 55,92%. 80,71% от насильственных смертей пришлось на отравления наркотическими веществами. Это превысило показатель 2003г. на 6-25%.

В 2005 году процент ненасильственных смертей составил 40,20%, насильственных - 55,33%. Смертельные отравления наркотиками составили- 7,18% от насильственных смертей, что на- 1,53% меньше по сравнению с 2004 годом. В 2006 году процент ненасильственных смертей составил-38,65%, насильственных -56,82%. Смертельные отравления наркотиками составили- 9,82% от насильственных смертей, что на 2,64% больше по сравнению с 2005 годом.

В 2007году процент ненасильственных смертей сооставил-40,52%, от насильственных-54,40%. Смертельные отравления наркотиками составили – 8,77% от насильственных смертей, что на 1,05% меньше в сравнении с 2006 годом.

В 2008 году процен ненасильственных смертей сооставил-40,65%, насильственных смертей-54,10%. Смертельные отравления наркотиками составили-5,29% от насильственных смертей, что на 3,48% меньше по сравнении 2007 годом.

В 2009 году процент ненасильственных смертей составил-42,52%, насильственных смертей- 52,65%. Смертельные отравления наркотиками составили-4,60% от насильственных смертей, что на 0,69% меньше по сравнению с 2008 годом.

В 2010 году процент ненасильственных смертей составил-43,97%, насильственных смертей-51,10%. Смертельные отравления наркотиками составили-5,50% от насильственных смертей, что на 0,9% больше по сравнению с 2009 годом.

В 2011 году процент ненасильственных смертей составил-41,40%, насильственных смертей-54,40%. Смертельные отравления наркотиками составили-3,41%, что на 2.09% меньше по сравнению с 2010 годом.

В 2012 году процент ненасильственных смертей составил-43,36%, насильственных смертей- 50,80%. Смертельные отравления наркотиками составили-3,49% от насильственных смертей, что на 0,08% больше по сравнению с 2011 годом.

Таким образом, отравление наркотическими веществами занимает значительный процент в структуре общей заболеваемости и смертности населения, имеет волнообразный характер и тенденцию к нарастанию. За последние годы цифры обращаемости по экзогенным отравлениям остаются высокими, в том числе, по отравлению наркотиками. Результаты судебно-медицинских экспертиз выявляют факты интоксикации не только определенными наркотическими веществами, но и сочетанием их с алкоголем, лекарственными препаратами, токсическими веществами. Анализ изменений в стрктуре изъятых правоохранительными органами наркотиков выявляет тенденцию к замещению «легких» наркотических средств более «тяжелыми» и дорогими. Последний фактор является одним из побудительных мотивов к криминальным, уголовно наказуемым действиям.

В связи с вышеизложенным, в РК проводится спектр мероприятий, направленных борьбе с наркоманией в рамках программы «Здоровый город»: проводятся профилактические осмотры в общеобразовательных учреждениях, создаются наркологические посты и кабинеты здорового образа жизни с участием врачей-наркологов, самих школьников и студентов. Проводятся рейды по ночным клубам города. В борьбе с наркоманией и наркотизмом следует руководствоваться высказыванием Президента РК Нурсултана Абишевича Назарбаева, что «сегодня Казахстан это не только просто страна с огромными возможностями, это-страна, которая реализует эти возможности. Будущее нельзя остановить, но его можно планировать. Мой план прост и достижим-забота, благополучие нашим старикам, работу и перспективы молодым; здоровье и образование всем, мир и счастье в каждом доме»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 А.И. Долговой Криминология. - М.: НОРМА, 2005. – 784 с.
2 Павленко Е.Ю., Зимина Л.Н., Голанкина И.Е.,Баринова М.В. Аспекты судебно-медицинской диагностики острых отравлений опиатами // Судебно-медицинская экспертиза. - М.: 2003. - №3. - С. 10.
3 Исмаилова Ю.С., Селивохина Н.В., Кузатбекова Е.Б. Судебно-медицинская экспертиза в диагностике смертельной наркотической интоксикации. // Вестник КазНМУ. - №2. – 2013. – С. 45-47.
4 Нигматуллин Н.Г.,Хромова А.Н., Газизянова Р.М. и др.К вопросу судебно-медицинской диагностики острой и хронической наркотической интоксикации. // Проблемы экспертизы в медицине. - 2004. – Т.4. - №3. - С. 33-35.
5 Кригер О.В., Могутов С.В., Бутовский Д.И. и др. Судебно-медицинская экспертиза смертельных отравлении наркотическими веществами. // Судебно-медицинская экспертиза. -2001.- №2. - С.9-14.
6 PhD Eduardo Romano, PhD Robert B. Voas. «Drag and alcohol involvement in four types of fatal crashes» // Journal of studies on alcohol and drugs. – 2011. - С.567-576.

Ю.С. ИСМАИЛОВА., У.А. АЛШЕРИЕВА., А.Ж. АЛТАЕВА., Г.М.ТОЙБАЕВА
АНАШАМЕН УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ
КЛИНИКО-АНАТОМИЯЛЫҚ ТАЛДАУ

Түйін: Мақалада улы заттармен уланулардың, оның ішінде анашалық заттарды қосқанда клиникалық талдау қорытындысы, сонымен қатар басқада заттармен, анашамен уланулардың зорлаумен қайтыс болғандардың сот-медициналық сараптамасының талдау қорытындысы берілген.
Түйінді сөздер: токсикология, сот-медицинасы, анаша

J.S. ISMAILOVA., U.A. ALSHERIEVA., A.G. ALTAEVA, G.M. TOIBAEVA
STRUCTURAL CLINIC ANATOMICAL ANALYSIS IN CASES
OF NARCOTIC INTOXICATION

Resume: The article describes results of clinic analysis of intoxications, including narcotics as well as results of forensic medicine examination of violent death cases, including narcotic intoxication.
Keywords: toxicology, forensic medicine, drug addiction

УДК 624.2:378

Г.К. ДЖАРКИНБЕКОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Острые отравления психотропными препаратами (ПТП) вызывают тяжелое поражение ЦНС, сопровождающееся расстройствами сознания и психоневрологическими нарушениями.
***Ключевые слова:** отравление, препараты, ЦНС*

Широкое применение психотропных препаратов в современной медицинской практике привело к росту острых отравлений, возникающих при их передозировке. Данная патология в России составляет более 60% от общего числа отравлений медикаментами и при развитии осложнений в 10% случаев приводит к летальному исходу. По литературным данным 40% острых отравлений возникает вследствие сочетанного приема двух психотропных препаратов (ПП) и более, включающих производные бензодиазепинового ряда, барбитуровой кислоты, фенотиазинов, а также амитриптилин, лепонекс, карбамазепин. В процессе метаболизма многие ПП образуют активные метаболиты, обладающие свойствами исходного вещества и общей токсичностью [1,2].

Существенное место при развитии данной патологии занимают последствия поражения центральной нервной системы (ЦНС), в патогенезе которых ведущую роль играют гипоксия, нарушения метаболизма и микроциркуляции в мозговой ткани, а морфологическим субстратом которых является отек-набухание головного мозга [3-6].

Стойкие психоневрологические нарушения у несовершеннолетних больных перенесших острую гипоксию различного генеза, связаны с органической патологией головного мозга, обозначаемой понятием токсикогипоксической энцефалопатией (ТГЭ). Они является следствием не только прямого влияния кислородного голодания на нейроны, возникающего в результате цитотоксического отека мозга, но и результатом вторичного гипоксического воздействия, опосредованного экстрацеребральными расстройствами (нарушениями гемодинамики и газообмена, сдвигом кислотно-основного состояния в сторону ацидоза, изменениями реологических свойств крови, усилением процессов перекисного окисления липидов и др.). Нарушения системной гемодинамики в свою очередь усиливают расстройства мозгового кровотока и микроциркуляции, нарушения гемодинамического обмена и приводят к усугублению отека головного мозга.

Следует также учитывать, что чрезвычайно высокая чувствительность церебральных структур к гипоксии определяет необходимость особого внимания к постгипоксическим поражениям ЦНС и даже кратковременные эпизоды кислородного «голода» вызывает пораженные гемодинамические, метаболические и структурные изменения в ткани головного мозга.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 104 несовершеннолетние больные с острыми отравлениями ПТП (Т43 по МКБ-10), проходивших курс лечения в токсикологическом центре БСНП. По данным анамнеза, в 73% случаев была суицидальная попытка, в 24% - токсическое опьянение, у остальных пациентов причина отравления была неизвестна.

Результаты исследований и их обсуждение. Токсикологическое исследования биологических жидкостей свидетельствовало, что в качестве токсических агентов преобладали лекарственные препараты, включающие барбитураты, бутерфеноны, фенотиазины, бензодиазепины, холинолитики, трициклические антидепрессанты в различных состояниях. При детальном изучении причины отравлений выявлено, что 75 у несовершеннолетних пациентов страдали расстройствами личности и поведения (F60 по МКБ-10) и 24 – расстройствами адаптации (F43 по МКБ-10). Исследуемые группы также были разделены по основным клиническим критериям: пол, возраст, тяжесть состояния на момент поступления и обследования.

При поступлении сознание 34 (32,6%) больных было угнетено до комы (4-6 баллов по шкале ком Глазго), а 51 (49%) – до сопора (7-8 баллов по шкале Глазго). У остальных пациентов нарушения сознание были на уровне легкого и среднего оглушение - 19 (18,4%).

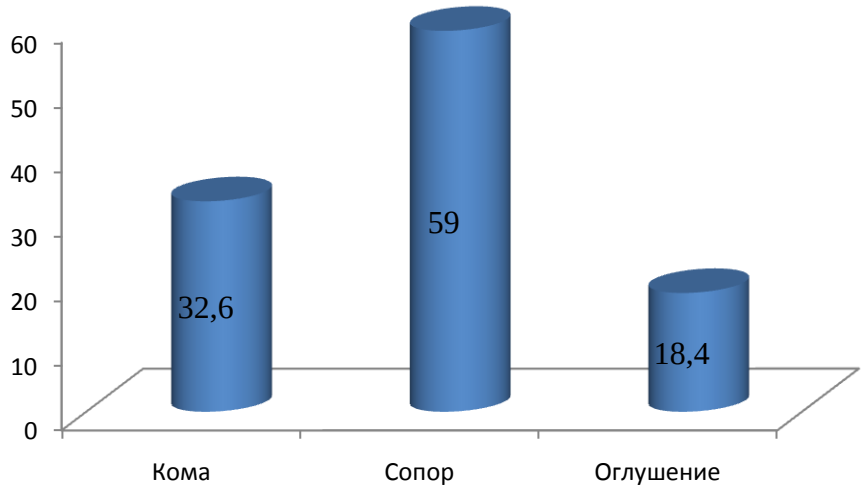


Рисунок 1 - Уровень нарушения сознание при острых отравлениях ПП

Клинические проявления острых отравлений складывались из соматических, неврологических и психических нарушений. Динамика продуктивных психопатологических симптомов развивалась параллельно стадиям острого отравления на фоне последовательной трансформации сопора в сомноленцию. Всем несовершеннолетним больным проводилось комплексное лечение, включающее методы усиления естественной детоксикации (промывание желудка, очищение кишечника, форсированный диурез), восстановление эффективной гемоциркуляции, коррекцию нарушений гомеостаза, респираторную и симптоматическую терапию. Длительность пребывание на ИВЛ колебалось от 24 до 108 часов.

В целях ускорения выведения из организма токсического агента и коррекции параметров гомеостаза всем больным проводились кишечный лаваж, гемосорбция, форсированный диурез. При этом в ряде случаев состояние больных оставалось тяжелым, и на протяжении первых суток наблюдения уровень расстройства сознания колебался в пределах сопор–кома-сопор. У 15 (14,4%) больных формировалась психоорганическая симптоматика (ПОС), что являлось основанием для включения в комплекс лечения сеансов ГБО.

Неврологическое исследование, проводившееся до начала курса ГБО у несовершеннолетних больных, находившихся в состоянии сопора или комы, в 60% случаев (9 пациентов) выявило симптомы вторичного поражения ствола мозга в виде нарушения глазодвигательной иннервации, плавающих движений глазных яблок, синдрома Гертвига-Мажанди, миоза или мидриаза, снижения мышечного тонуса двусторонней пирамидной недостаточности, пареза взора стволового типа, снижения или отсутствия корнеальных рефлексов. У пациентов, находящихся в состоянии оглушения, неврологический статус нередко дополнялся двигательными расстройствами различной степени выраженности (геми, тетра, монопарезами). В 18,2% случаев (19 пациентов) острое отравление ПТП сопровождалось эпилептиформной симптоматикой – судорожными припадками или пароксизмами сумеречного помрачнения сознания.

На фоне восстановления сознания развивался у 26 (24%) у несовершеннолетних пациентов развивался интоксикационный психоз, в виде делирия, у 11 (10,5%) больных отмечались галлюцинации. В некоторых случаях на фоне сопоре наблюдались признаки психомоторного возбуждения, астенической спутанности сознания, сменяющейся в резидуальной стадии психоорганической , а затем астенической симптоматикой.

На основании клинического исследования, кроме психоневрологических расстройств были также определены нарушения функции сердечно-сосудистой системы и респираторные расстройства в виде аспирационно-обтурационной и неврогенных форм нарушения дыхания либо их сочетания.

Таким образом, острые отравления психотропными препаратами (ПТП) вызывают тяжелое поражение ЦНС, сопровождающееся расстройствами сознания и психоневрологическими нарушениями. Клинико-психопатологическое исследования показало, что у больных с острыми экзогенными отравлениями одним из наиболее характерных симптомов являлось нарушения сознания, которая проявлялось в том или ином степени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лужников Е.А. Острые отравления лекарственными препаратам // Республиканский сборник научных трудов. – М.: 1992. – С. 4-10.
2 Диагностика и лечение острых отравлений лекарственными препаратами психотропного действия // Материалы гор. науч. практич. конф. – М.: 2002. – С. 56-63.
3 Галеева Л.Ш. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. - Алма-ата: 1980. – С. 31-32.
4 Ефуни С.Н., Жариков Н.М., Романов И.С., Ронкин М.А. 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. – М.: 1981. – С.46-49.
5 Квитницкий-Рыжков Ю.Н., Матвиенко А.В. //Журнал невролог. и психиатрии. - 1998. - №7. – С. 134-135.

G.K. DZHARKINBEKOVA

NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS IN ACUTE POISONING BY PSYCHOTROPIC DRUGS

Resume: Sharp poisoning psihotrophinae preparation (PTP) cause the heavy defeat CNS, being accompanied frustration of the consciousness and psihonevrologicheskie breaches.

Г.К. ЖАРҚЫНБЕКОВА

ПСИХОТРОПТЫҚ ПРЕПАРАТТАРМЕН ЖАСӨСПІРІМДЕГІ УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

Түйін: Психотроптық препараттармен жіті улану ең алдымен орталық жүйке жүйеге кері ықпалын тигізіп науқастардың ақыл сінің әртүрлі дәежеде бұзылуы мен психоневрологиялық белгілердің пайда болуына әкеліп соқтырады.

УДК 624.2:378

Г.К. ДЖАРКИНБЕКОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

СОЧЕТАННЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПОДРОСТКОВ

В большинстве случаев сочетанные отравления ПП характеризуются тяжелым клиническим течением и высоким процентом осложнений, что обусловлено особенностями метаболизма принятых токсикантов.

Ключевые слова: *отравление, осложнение, метаболизм*

В общей структуре экзотоксикозов отравления лекарствами составляют более 60% и дают около 10% смертельных исходов. По данным отчетов отделения токсикологии БСНП, 40% острых отравлений возникает вследствие сочетанного приема двух психотропных препаратов и более [1-5].

У 25% подростков прием ПП происходит на фоне алкогольного опьянения различной степени тяжести. При сочетанном отравлении ПП обычно ориентируются на фармакологические свойства отдельных лекарств, что не всегда правильно, учитывая сложный механизм их взаимодействия в организме. В процессе метаболизма многие ПП образуют активные метаболиты, обладающими свойствами исходного вещества или общей токсичностью. Кроме того, эти вещества имеют различные периоды полураспада, разную степень связывания с белками и распределения. Этанол может потенцировать действия ПП. К настоящему моменту достаточно полно представлены особенности диагностики, клинического течения острых отравлений отдельными ПП и разработаны алгоритмы их лечения. Вместе с тем, обнаружилось, что вопросам изучения сочетанных и комбинированных отравлений ПП до настоящего времени не уделялось должного внимания.

Цель исследования – выявить особенности клинического течения комбинированных с этанолом и сочетанных отравлений ПП и обосновать варианты комплексной детоксикационной терапии при них.

Материалы и методы. В исследование входили 42 подростков, у которых отравление произошло вследствие приема различных сочетаний психотропных препаратов (13 пациентов) и в комбинации с этанолом (29 пациентов).

При химико-токсикологическом анализе использовали методы, обладающие разными аналитическими возможностями. Количественное определение ПП и этилового алкоголя в биосредах производили методом газожидкостной хромотографии на приборе Кристалл 5000.1 (Россия) с плазменно –ионизационным детектором. Хромато-масс-спектрометрию на приборе Shimadzu GCMS 5050 применяли для подтверждающих исследований и обнаружения некоторых метаболитов.

При обследовании больных использовали общеклинические методы исследования, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ.

Результаты исследования и их обсуждения.

По результатам химико-токсикологической диагностики установлено, что в 66,6% (28 пациента) наблюдений отравление происходит вследствие приема 2 препаратов, 21,4 % (9 пациента) больных используют сочетание 3, а в 12% случаях сочетание 4 и более препаратов (рисунок 1) .

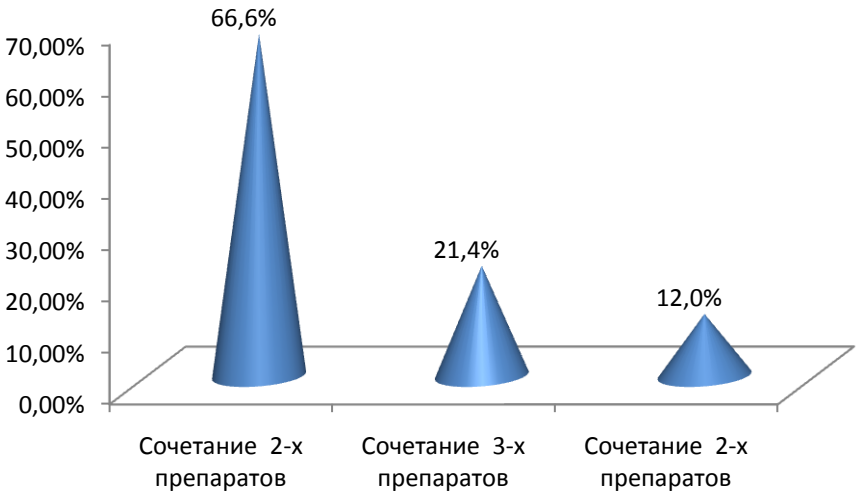


Рисунок 1 – Распределение отравлений по количеству токсикантов

Среди лиц, использовавших 4 токсикантов и более, летальность достигала 45%. В 87% случаев в смесях принятых лекарств обнаружено наличие производные бензодиазепинового ряда (БЗ), которые при приеме 2 препаратов, наиболее часто сочетаются с производными барбутировой кислоты (Б). Эти лекарственные препараты имеют сходный механизм фармакологического действия, тем самым потенцирует друг друга.

Сопоставление концентрации в крови этих препаратов с клинической картиной отравления показало, что первые токсические эффекты проявляются уже при верхних значениях терапевтических концентраций обеих групп препаратов. Обнаружено, что в этих случаях уровень дезметильного метабоита ниже, чем при однократном приеме терапевтической дозы одного диазепама. По видимому, из-за высокой степени связывания с белком БЗ и депонирования в тканях снижается их метаболизм, поэтому в крови преобладают Б. при критических и летальных концентрациях Би БЗ, уровни дезметильного производного значительно выше, чем в ранее рассмотренных вариантах, как вследствие высокого содержания основного вещества и нарушения выведения метаболических реакций, следующих за образованием дезметил-БЗ.

У 21,4% (9 пациентов) подростков отмечали сочетание БЗ (в концентрации 0,17 -16,7 мкг/мл) с амитриптилином (А) в концентрации 0,51-5,9 мкг/мл. Являясь ингибиторами метаболических ферментов, трициклические антидепрессанты, особенно А оказывают существенное влияние на биотрансформацию, фармококинетику и токсичность многих лекарственных препаратов, в частности БЗ. Однако при одинаковых уровнях в крови А в случаях его сочетания с БЗ и при при его моноотравлениях концентрация дезметил – А была ниже при сочетанных отравлениях , что указывало на замедление метаболизма.

У 12,3% подростков был выявлен совместный прием БЗ и карбамазепина (КБ), концентрация которых ы сыворотке крови находились в пределах от 0,45 до 3,2 и от 6,5 до 59 мкг/мл соответственно. В этих случаях клинические проявления отравления разной степени выраженности наблюдались при более низких концентрациях указанных ПП, чем при приеме каждого из них отдельно.

Концентрация этанола в крови у больных, поступивших в сопоре и глубокой коме, не превышала 2 г/л, а у подростков в поверхностной коме составляла 2,66±0,46 г/л. У подавляющего большинства больных имела место фаза элиминации этанола. Продолжительность лечения больных с отравлениями ПП была в 1,3-3,4 раза больше, чем чем при комбинации с этанолом, т.е. течение отравлений ПП на фоне алкогольного опьянения (при содержании этанола в крови до 3 г/л) протекает более благопритно, чем такой же степени тяжести отравления только ПП.

В лечении данного контингента больных первоочередным мероприятием является использование гипохлорида натрия, который усиливает метаболизм этанола и других ПП.

Распределение больных по тяжести интоксикации показало, что с отравлениями легкой степени было всего 6 (%) человек, средней тяжести – 16 (%), тяжелой степени (%) пациентов. Отравление средней тяжести у 26% больных осложнилось пневмонией. При отравлениях тяжелой степени пневмонию регистрировали у 44,5% подростков.

Из изложенного следует, что в подавляющем большинстве случаев сочетанные отравления ПП характеризуются тяжелым клиническим течением и высоким процентом осложнений, что обусловлено особенностями метаболизма принятых токсикантов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что сочетанные отравления психотропным препаратами отличаются тяжелым течением и высокой летальностью, что в первую очередь обусловлено замедлением их метаболизма. В то время как отравления вследствие комбинированного приема психотропных препаратов и этанола при его содержании в крови, не превышающем 3г/л, протекают более благоприятно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лужников Е.А. Острые отравления лекарственными препаратами // Республиканский сборник научных трудов. – М.: 1992. - С. 4-10.
2 Диагностика и лечение острых отравлений лекарственными препаратами психотропного действия // Материалы гор. науч.практич. конф. – М.: 2002. – С. 45-52.
3 Галеева Л.Ш. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. - Алма-ата: 1980. - С. 31-32.
4 Диагностика и лечение острых отравлений лекарственными препаратами психотропного действия // Материалы гор. науч.практич. конф. – М.: 2002. – С. 81-88.
5 Лопухин Ю.М., Федоровский Н.М. Анестезиология и реанимация. - 1995. - №6. - С. 49-51.

Г.К. ЖАРҚЫНБЕКОВА

ПСИХОТРОПТЫҚ ПРЕПАРАТТАРМЕН ҚАБАТТАСА УЛАНУ

Түйін: Бірнеше психотроптық препараттармен қабаттаса улану көпшілік жағдайда науқастардың ауыр клиникалық жағдайда емханаға түсуімен және осы негізде пайда болатын асқыну процесстерінің күрделі болуымен сипатталады.

G.K. DZHARKINBEKOVA

COMBINED POISONING PSIHOTROPHINAE PREPARATION

Resume: In most cases combined poisoning PP are characterized by heavy clinical current and high percent of the complications that is conditioned particularity of the metabolism taken thocicantae

УДК 624.2:378

Г.К. ДЖАРКИНБЕКОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Лечение больных в отделении токсикологии в первую очередь должно быть направлено на устранение осложнений и коррекцию психических заболеваний, отрицательно влияющих на ход выздоровления.
Ключевые слова: *токсикология, заболевание, коррекция*

Токсикологическое отделение является структурным подразделением многопрофильной клиники скорой неотложной помощи г. Алматы. Лечение в этом отделении начинается после окончания детоксикационных мероприятий, выполняемых в реанимационном отделении. При психических нарушениях проводится фармакологическая коррекция, а при развитии соматических осложнений, кроме фармакотерапии, в некоторых случаях с успехом используются немедикаментозные методы лечения в виде кишечного лаважа, форсированного диуреза и гипербарической оксигенации [1,2].

Материал и методы. Материалом настоящего исследования послужили наблюдения над 167 у подростков мужского пола, среди которых наибольше количество составили отравления психофармакологическими препаратами (ПФС) (107 случая, или 64%), прижигающими жидкостями (ПЖ) (16 случая, или 9,5%) и наркотиками опийного ряда (Н) (15 случая, или 8,9%). У 17,3 % у подростков заболевание протекало благоприятно, а у 82,7% (138 случая) у подростков наблюдались различные осложнения. Летальность составила 2,4% (4 больных); причинами смертельных исходов в 4 случаях явилась пневмония и на фоне соматических заболеваний при анализе результатов оценивали зависимость длительности лечения больных подростков как от исходных данных (возраст, сопутствующие заболевания), так и от развития осложнений.

Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента, а также посредством построения и анализа матриц частот сочетаний клинических признаков в среде программирования Microsoft Visual Basic.

Результаты исследования и их обсуждения. При отравлениях различными препаратами все осложнения примерно в равной степени повлияли на сроки госпитализации, а при отравлениях наркотиками опийного ряда (Н) в этом плане наибольшее значение имеет развитие пневмонии и астенического синдрома.

Влияние некоторых осложнений и длительность госпитализации показано в таблице 1. Следует, что на этот показатель при отравлениях психофармокологическими препаратами (ПВС) наибольшее влияние имело развитие токсикогипоксической энцефалопатии (ТГЭ), аспирационного синдрома трофических нарушений.

При отравлениях прижигающими жидкостями (ПЖ) все осложнения примерно в равной степени влияли на сроки госпитализации.

Таблица 1- Длительность госпитализации больных с различными осложнениями в зависимости от вида осложнений

Осложнения	ПФС (107 больных)		ПЖ (16 больных)		Н (15 больных)	
	Число ослож.	Койко-дней	Число ослож.	Койко-дней	Число ослож.	Койко-дней
Пневмония	40	16,4±1,0	-	-	3	15,0±4,1
Токсикогипоксическая энцефалопатия	16	23,9±3,3	-	-	4	13,8±3,7
Абстинентный синдром	22	13,9±-,8	-	-	10	13,6±0,85
Алкогольный делирий	15	16,5±1,3	5	21,0±3,8	-	-
Астенический синдром	27	15,6±1,1	-	-	2	19,5±5,5
Аспирационный синдром	6	18,8±2,8	-	-	2	10,0±1,2
Трофические расстройства	5	20,6±5,1	1	30	1	-
Желудочно-кишечное кровотечение	-	-	6	17,8±5,7	-	-
Компенсированное сужение пищевода и желудка	-	-	6	28,0±5,0	-	-
Всего	131	-	18	-	22	-

Следует отметить, что различные виды осложнений нередко сочетались: при отравлениях ПФС у 22 (20,5%) больных подростков из 107, при отравлениях Н –у 4 (26,7%) пациентов; при отравлениях ПЖ этот показатель был значительно ниже – у 2 (12,5 %) больных. В результате общее число осложнений, представленных в таблице, превысило количество больных, у которых они развились.

При отравлениях ПФС и Н наиболее часто сочетались ТГЭ и пневмония, при отравлениях ПФС – аспирационный синдром и ТГЭ – при отравлениях Н.при отравлениях ПЖ в обоих случаях сочетались желудочно-кишечное кровотечение и компенсированное сужение пищевода и желудка. Развитие осложнений также достаточно часто протекало на фоне психических, что имело место в 83 (78%) случаях при отравлениях ПФС, в 12 (75%) – при отравлениях ПЖ и у всех больных с отравлениями Н.

Наиболее часто сочетались пневмония, абстинентный синдром и алкоголизм при отравлениях ПФС, алкоголизм и делириозное расстройства сознания при отравлениях ПЖ, а также наличие наркомании и абстинентного синдрома при отравлениях Н. При этом, правда, существенного увеличения сроков пребывания больных в стационаре не наблюдалось, что было, очевидно, связано с высокой долей сочетания осложнений и хронических заболеваний у наблюдаемых больных.

Что же касается небольшого числа случаев выраженных проявлений «возрастных» заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.), то они, как видно, существенного влияния на течение отравлений не оказывали.

Лечение больных в отделении в первую очередь должно быть направлено на устранение осложнений и коррекцию психических заболеваний, отрицательно влияющих на ход выздоровления, причем как правило, имеет место одновременно действие указанных факторов. Это расширяет возможность применение методов лечения, обладающих избирательностью меньшей, нежели фармакотерапия.

На течение экзо–эндогенной интоксикации положительное влияние оказывает кишечный лаваж, на фоне которого из организма одинаково эффективно удаляются токсичные вещества с различной молекулярной массой, что повышает эффективность комплексной детоксикации.

Одним из наиболее действенных методов, уменьшающих отек мозга гипоксического генеза, является гипербарическая оксигенация; доказано ее эффективность при острых отравлениях.

Выводы:

1. На сроки пребывания больных подростков в токсикологическом отделении в наибольшей степени влияют такие факторы, как развитие осложнений и психосоматический статус больных, имеющиеся в преморбидном состоянии.
2. В целях активной реабилитации больных подростков с данной патологией целесообразно применение методов неспецифического воздействия на организм (физико-химическая гемотерапия, кишечный лаваж, гипербарическая оксигенация).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Диагностика и лечение острых отравлений лекарственными препаратами психотропного действия // Материалы гор. науч.практич. конф. – М.: 2002. – С. 122-128.
2 Галеева Л.Ш. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы. – Алма-ата: 1980. - С. 31-32.
3 Лужников Е.А. Острые отравления лекарственными препаратами // Республиканский сборник научных трудов. – М.: 1992. - С. 4-10.

Г.К. ЖАРҚЫНБЕКОВА

ПСИХОТРОПТЫҚ ПРЕПАРАТТАРМЕН ҚАБАТТАСА УЛАНУ

Түйін: Токсикологиялық бөлімшедегі науқастарға алғашқы көмек көрсету ең алдымен олардың психологиялық жүйелеріндегі ауытқушылықтарды қалпына келтірумен қатар, улану жағдайымен байланыста пайда болатын әртүрлі асқынулардың алдын алуға бағытталуы тиіс.

G.K. DZHARKINBEKOVA

THE INFLUENCE OF SOME COMPLICATIONS ON DURATION OF THE HOSPITALIZATIONS SICK UNDER SHARP POISONING

Resume: The Treatment of the sick toxicologies in branch in the first place must be directed on eliminating the complications and correcting the psychic diseases, negativly influencing upon move of recovery.

UDK 616.89:615.832.9; 615.851

S.A. ALTYNBEKOV, A.Y. TOLSTIKOVA
Department of psychiatry, psychotherapy and narcology of KazNMU named after Asfendiyarov S.D.

GROUP PSYCHOTHERAPY OF PEOPLE WITH SUICIDAL BEHAVIOR WITHIN THE ADDICTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

This article shows the effectiveness of psychotherapy when working with psychoactive substance addicts. It was found that that group crisis psychotherapy performed diagnostic and therapeutic functions. The experimentally - psychological studies have shown differences in the structure of personal characteristics and stereotypes in response to the difficulties of life from patients with neuroses and those with suicidal behavior. However, these differences did not hinder the formation of a therapeutic atmosphere and intensive group work.
Keywords: *psychotherapy, psychoactive substance addicts, experimentally - psychological studies.*

According to WHO's definition, "suicide is an act of self-annihilation with the fatal outcome; attempted suicide-analogous act without the fatal outcome".
The 2001 report on the world's condition of health ("Mental Health: New Understanding, New Hope") states, "suicide is the result of deliberate action by a certain person, who is fully aware of or awaiting death."
Depending on a person's views on suicide, there are several types of suicidal behavior: verbal, behavioral and situational.
Verbal: direct statements like: " I'm thinking about committing suicide", " It is impossible to live like that", " Everyone would be better off if I died," etc. Indirect statements, for example, "I am fed up with everything", "You no longer have to worry about me". Allusion of death or jokes about it. Meaningful goodbye with others.
Behavioral: despair and mourning, self-isolation from family and loved ones, abuse of alcohol and / or drugs, increase and / or loss of appetite, withdrawal from normal social activities, insularity, suicide attempts in the past, guilt, reproaches for him/herself or change the will etc.
Situational: the death or leaving of a loved one, especially of a spouse, a recent relocation, troubles with the law, difficulties in communicating with others, social isolation, chronic and progressive disease, unwanted pregnancy, etc.
We have distinguished three components in the structure of suicide dangerous reactions: emotional (anxiety, grief, sadness), cognitive (ideas about their own uselessness, the inability to resolve the situation) and behavioral (seeking for help - the emergence of ineffective coping, the emergence of psychological defenses, pathological compensation - the formation of the whole world of behavioral reactions) [1].
Considering suicidal behavior as a consequence of socio-psychological maladjustment of personality, it is advisable to use a psychotherapeutic intervention on people with suicidal behavior within the psychoactive substance addiction [2].
"The golden rule of crisis psychotherapy" states that the purpose of the intervention during the crisis is to restore or create the person's level of adaptation. It is not directed to cause drastic personality changes. Because of its focus, crisis psychotherapy belongs to the cognitive – behavioral [3,4].
Principles and tasks of crisis psychotherapy:
- Urgent character of help
- Focus on the identification and correction of maladaptive psychological mechanisms that contribute to the emergence and maintenance of pathological reactions
- Identification of cognitive phenomena, leading to the development of suicidal feelings and promoting recurrence of suicidal risk;
- The search and training of untested methods of resolution of interpersonal conflict, improving the socio-psychological adaptation, personal growth, frustrational tolerance;
- Aiming to return to the previous level or even better level of adaptation.

Features of crisis psychotherapy:
- Crisis psychotherapy focuses on the customer's request;
- Has no time limit
- Theoretically eclectic.

Materials and methods: our experience is based on a study of 80 people with suicidal thoughts and attempts with psychoactive substance addiction treated at the Republican Scientific - Practical Center for Psychiatry, Psychotherapy and Narcology of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.
The study included patients with a diagnosis of "Mental and behavioral disorders as a result of alcohol addiction". Currently, in abstinence, but in conditions that preclude use (F. 10.21) and "Mental and behavioral disorders due to use of opioids". Also, abstinence, but in conditions that preclude use (F. 11.21) according to MKB- 10. All subjects showed signs postabstinent depression with suicidal behavior.
Indications for group crisis psychotherapy were the objective isolation or a subjective feeling of loneliness, difficulties in establishing interpersonal contacts or dissatisfaction with them, the difficulty of affective control, a sense of worthlessness, inferiority, or inadequate self-esteem with nonconforming, rejected forms of behavior in society.
The indicated motives of suicidal behavior were caused by interpersonal conflicts in personal, family and working spheres.
Grievances, conflicts, setbacks affecting the scope of meaningful relationships of personality were "trigger mechanisms" of suicidal behavior of patients. These issues and current conflict were discussed in the group psychotherapy [5].
Stages of the group crisis psychotherapy:
- Crisis Support (contact, disclosure experiences contract);
- Crisis intervention (cognitive analysis, correction of cognitive maladaptive mechanisms);
- Raising the level of adaptation.

People with suicidal behavior were brought to the group of patients with neurosis, preneurosis states and those with communication difficulties, which accounted for 50 % of the total. Experience has shown that the most optimal way was the gradual inclusion of these patients in the stage of the already established therapeutic atmosphere within the group. If these attempts were made during the formation of the group, they were unsuccessful. Patients with suicidal behavior could not withstand the voltage of the group. Patients with suicidal behavior dependent on psychoactive substances, unlike neurotic patients were characterized by instability of contacts and low degree of interest in the first stage of entering the group process.
Discussion: group crisis psychotherapy performed diagnostic and therapeutic functions. The observations of the behavior and reactions of people with suicidal behavior confirmed the conclusion of experimentally-psychological study, which states that they have a greater sensitivity than patients with neuroses. They were indicators of stress and frustration in the group and often took the blame of other members of the group. One of the forms of reactions to group voltages were the emergence of the impression of group rejection, which in fact was not confirmed objectively.
The problems of current conflict in a meaningful relationship were also discussed within the group. Patients with suicidal behavior noted the similarity of their problems with the problems the other members that helped to reduce the scale of grievances and led to the deprivation of the uniqueness and insolubility. The group actively discussed topics of life and death, that moved work of the group in to the level of existential psychotherapy with elements tanatotherapy. Members of the group took over the functions of the therapist in relation to other patients with suicidal behavior, feeling responsible for their fates. It should be noted that the inclusion of patients with suicidal behavior to the group affected the rest of the group in

terms of reducing the egocentric isolation on their experiences when meeting people that came close to death.
The experimentally-psychological studies [6] have shown differences in the structure of personality characteristics and stereotypes in response to the difficulties of life of patients with neuroses and those with suicidal behavior , but these differences did not hinder the formation of a therapeutic atmosphere and intensive group work . Research team members using the Eisenach personality questionnaires, MMPI, techniques of "Unfinished offers" and frustrational tolerance of RosenZweig revealed large areas of conflict of individuals with suicidal behavior compared to patients with neuroses, their sufficient communicability and low neuroticism. The essential difference is more expressed reactions of resolving type, along with the predominant reaction of needs continuation unlike the norm.
Results: thus, the socio-psychological maladjustment and suicidal behavior during the addiction determined by the presence of anxious depression, behavioral disorders expressed in his regression (refusal of research activities as a result of non-constructive coping) or wrong direction.

REFERENCES

1 Ambrumova AG In collection: Relevant Issues of Social Psychiatry and borderline neuro - psychiatric disorders. - M.: 1975. – 211 p.
2 Ambrumova AG Individually - psychological aspects of suicidal behavior // In collection: Actual problems of Suicidology. –M.: 1978. - P. 44-59.
3 Galtsev EV Criteria for severity of suicide attempt in terms of predicting the risk of suicide // Materials of 14 Congress of Russian Psychiatrists. – 2005. - P. 436-437.
4 Favaro P.H. and Santonastaso S.P. The mechanism of action of antidepressants revised // G. Neural. Transm. - 2001. - Vol. 34.- P. 31-38.
5 Thomsen J.L. et al. Partial sleep deprivation as therapy for depression // Arch. gen. Psychiat. - 2002. - Vol. 37. - P. 262–268.
6 Masson D., Collard M. On the preferential abuse of heroin and amphetamine // J. Nerv. Ment. Dis. – 2003. - Vol. 156. – P. 242-248.

Түйін: берілген мақалада психоактивті заттарға тәуелділікпен науқастарда психотерапияның тиімділігі көрсетілген. Кризисті психотерапия әдісі қолданылды. Тәжірибелік-психологиялық әдіс көмегімен невротикалық, депрессивті жағдайлармен және суицидальды әрекетпен әртүрлі науқастар топтарының психотерапиялық үрдіске реакциясы көрсетілген. Психотерапиялық тәсілдеме терапияның қолайлы ағымына негізделген арнайы емдеу атмосферасына жағдай жасады.

УДК 616.33/36:613.863

Б.Б. ДЖАРБУСЫНОВА

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое состояние больных. Рассмотрены особенности применения препаратов из групп нейролептиков, анксиолитиков и антидепрессантов при психосоматической патологии
Ключевые слова: *Эмоциональный стресс, Функциональные гастроинтестинальные расстройства, Транквилизаторы, Психотропные препараты, Психосоматика, Психогенная рвота, Общая врачебная практика, Нейролептики, Антидепрессанты, Анксиолитики, Абдоминальные алгии*

Взаимодействие между «душой» и «телом», между психическими и соматическими факторами в болезни было известно и обсуждалось еще врачами античности. Демокрит (V в. до н. э.) полагал, что душа часто может служить причиной бедствий тела. Платон (IV в. до н. э.) был убежден, что сумасшествие (мания) у многих людей возникает в силу соматического недуга. Многие считают первым «психосоматиком» М. Цицерона (I в. до н. э.), который первым высказывал аргументированные суждения по поводу воздействия горя, сильных душевных волнений на здоровье человека и возникновение телесных болезней от душевных страданий. Еще 2400 лет назад Сократ утверждал, что не существует телесной болезни, отделенной от душевной, а Платон, его знаменитый ученик, сетовал: «Большая ошибка совершается там, где телесные и душевные болезни лечат разные врачи. Ведь тело неотделимо от души». Но эта ошибка повторяется постоянно. Вместо того чтобы подходить к лечению комплексно, изучать тело, душу и дух в их совокупности, углубляют специализацию, расчленяют человека все более дробно. Видный отечественный интернист Д. Д. Плетнев (1927 г.) писал: «Нет соматических болезней без психических из них вытекающих отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

Психосоматические расстройства являются психогенно обусловленными патологическими расстройствами, они наряду с неврозами и психопатиями составляют значительную часть контингента больных, относимых к группе пограничных психических заболеваний. По объединенным данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), от 38% до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматиков [1]. По данным В. Д. Тополянского и М. В. Струковской (1982) 22% лиц с жалобами психосоматического характера занимают до 50% рабочего времени врача в общемедицинской сети [2]. Эти пациенты годами наблюдаются у врачей-интернистов, у специалистов различных областей внутренней медицины. Как правило, лечение при этом неэффективно, что наносит значительный моральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного и его семьи всю медицинскую науку и практику [2]. Это делает необходимым для врачей-терапевтов, гастроэнтерологов, кардиологов иметь основные сведения и представления о «психосоматозах» (современное обозначение психосоматических расстройств).
В международной классификации болезней МКБ-10 психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое

состояние. Конечно, психологический фактор наряду с биологическим или социальным играет существенную роль в происхождении и течении любой патологии, однако при психосоматических расстройствах это влияние явно выражено как в этиологии, так и в патогенезе заболевания. Уже давно известна тесная связь эмоций и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), который в ряде исследований образно называется «звучащим органом эмоций», так как первые эмоции человека и животного были связаны с удовольствием от приема пищи. К классическим гастроэнтерологическим психосоматозам относят заболевания, в клинической картине которых имеются органические поражения той или иной системы (язвенная болезнь желудка, неспецифический язвенный колит и др.).

Роль эмоционального стресса в возникновении язвенной болезни 12-перстной кишки врачами не оспаривается, но не является единственной или решающей причиной заболеваний. Конституциональные, т. е. генетические, предпосылки этого заболевания признаются большинством ученых, занимающихся изучением этой проблемы. Развитие язвенной болезни происходит на фоне повышения тонуса парасимпатической нервной системы под влиянием многократных стрессорных воздействий. Функциональные системы, формирующиеся под влиянием эмоционального стресса, принципиально не отличаются от таковых при развитии ишемической болезни сердца, только эффекторным органом «выбирается» в данном случае ЖКТ. В дальнейшем болезнь может развиваться двумя путями. Один из них ведет к язвенной болезни при соответствующей предпосылке, другой путь формирует целую группу так называемых депрессивно-ипохондрических расстройств, в основе которых лежат функциональные нарушения различных отделов пищеварительного тракта, и протекают они как «маски» отдельных заболеваний. Так, например, расстройство аппетита, свойственное многим заболеваниям, носит сугубо неврогенные черты. К ним относятся психогенные анорексия и булемия. В начале развития они не имеют в своей основе анатомического субстрата. Только в последующем развиваются вторичные морфологические дефекты.

Психогенная тошнота и рвота — явление довольно обыденное. У эмоционально нестабильных лиц эти физиологические реакции развиваются довольно легко. Этот своеобразный способ выражения эмоционального состояния в последующем может закрепиться по типу патологического рефлекса. При этом причиной тошноты и рвоты может стать не только чувство боли, страха, печали или тоски, но и положительная эмоция, если она проявляется достаточно интенсивно. Однако психологами тошнота идентифицируется, прежде всего, как отражение крайней степени неприятия чего-либо. Психогенная тошнота в клинике тревожной депрессии — это, прежде всего, страх. Манера изложения жалоб больного свидетельствует об аффективном происхождении симптома. Больных мучает тошнотворное ощущение в животе, которое они не могут передать словами (душу тянет, выворачивает, мутит). Эмотивная рвота возникает преимущественно по утрам во время или непосредственно после еды, иногда сразу же после первых глотков и не зависит от количества и качества съеденной пищи. Этот симптом не поддается диетотерапии и не провоцируется грубой пищей, не приносит облегчения больному, как обычно это бывает при органических дефектах, например при стенозах выходного отдела желудка. В истоках психогенной рвоты лежит достаточно выраженная депрессивная реакция [3].

В категорию функциональных расстройств пищеварительной системы входят также функциональные запоры и поносы. Они возникают, по наблюдениям гастроэнтерологов, особенно часто при невротических состояниях со склонностью к ипохондрии и истерии.

Ведущим симптомом функциональных абдоминальных нарушений при тревожно-депрессивных состояниях выступает боль — совокупность самых разных по локализации и характеру болезненных ощущений. Распространенность этих болей очень широка. Она может локализоваться в языке, по ходу пищевода, а также по всему животу. Как большинство психосоматических расстройств, психогенные абдоминальные алгии очень изменчивы и постоянны лишь в своем непостоянстве. Эти ощущения очень лабильны по своему характеру (ноет, тянет, циплет, сжимает, скручивает, давит, печет, распирает, пульсирует, переливается, сверлит, режет), интенсивности (от смутного ощущения до «кинжальной» боли) и локализации. Такие странные и подчас ни на что не похожие ощущения «больше портят настроение, чем мучают», больше тревожат, чем заставляют физически страдать, терзают больше душу, чем тело. Больные используют различные диетические ограничения, которые, однако, не приносят облегчения.

Описанные выше симптомы и синдромы психосоматической патологии органов пищеварения составляют функциональные гастроинтестинальные расстройства, определенные III Римскими критериями (2006 г.):

- заболевания пищевода — болевой синдром, функциональная боль в грудной клетке, функциональная дисфагия, неспецифические функциональные расстройства пищевода;
- гастродуоденальные заболевания — функциональная диспепсия, аэрофагия, функциональная рвота;
- кишечные заболевания — синдром раздраженной кишки (СРК), функциональное вздутие, функциональный запор, функциональная диарея, неопределенное функциональное кишечное расстройство (необходимо различать СРК и запор, а также функциональный запор, которые являются различными понятиями);
- функциональная абдоминальная боль — функциональный абдоминальный болевой синдром, неопределенная функциональная абдоминальная боль;
- билиарные расстройства — дисфункция желчного пузыря, дисфункция сфинктера Одди;
- аноректальные расстройства — функциональное каловое недержание, функциональная аноректальная боль, синдром levator ani, прокталгия, диссинергия мышц тазового дна [4].

По данным Ю. А. Александровского [5], при заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных. Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы. У этих пациентов можно выделить следующие синдромы:

- гастралгия без связи с приемом пищи, обязательная связь с эмоциональными факторами и утомлением, отличается образностью и отчетливой предметностью;
- психогенные тошнота и рвота;
- эзофагоспазм;
- ком в горле (globus hystericus);
- аэрофагия — упорная, приступообразная, зачастую громкая отрыжка воздухом;
- психогенный галитоз — ложное ощущение пациентом неприятного запаха изо рта;
- дисгевзия — неврогенное расстройство вкуса, проявляющееся не зависящим от еды и не имеющим под собой органической природы ощущением горечи во рту;
- глоссодиния — нарушение чувствительности языка, проявляющееся жжением, давлением или покалыванием в языке и близлежащих областях;
- психогенная диарея — императивные позывы на дефекацию могут возникать в самой неподходящей ситуации с развитием состояния тревожного ожидания повторения этих явлений («медвежья болезнь», «понос-будильник»);

- запоры с неврогенным компонентом — повышенная забота об акте дефекации и появление тревоги в случае ее задержки, фиксация внимания на частоте, количестве и качестве своих испражнений.

Чрезвычайное многообразие и многочисленность функциональных расстройств пищеварительной системы крайне затрудняют своевременное и правильное распознавание заболевания. Некоторые больные годами «лечатся» у гастроэнтерологов, не получая существенного облегчения. Только при учете психоэмоциональных расстройств появляется надежда на благополучный исход. Полная нормализация самочувствия и настроения больного в процессе строго индивидуального подхода к психофармакотерапии и психотерапии позволяет окончательно решить проблему лечения.

Диагностика психоэмоционального расстройства в рамках соматического заболевания во многом основана на правильном сборе и анализе жалоб пациента, данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Клиническое интервью с потенциально тревожным или депрессивным больным достаточно сложный процесс, требующий от врача определенного терпения и навыка. Это связано с тем, что многие больные отрицают, не осознают или не хотят говорить о своих психологических проблемах и душевных переживаниях и поэтому на прямые вопросы о снижении настроения, тоске или тревоге обычно отвечают отрицательно. Кроме того, больные часто затрудняются вербально изложить свое душевное состояние и используют более привычную соматическую терминологию, т. е. описывают болевые или сенестопатические ощущения различной модальности и подчеркивают их необычность и связь с эмоциональным состоянием (чаще всего тревожными или тоскливыми переживаниями). Поэтому первым вопросом после выслушивания жалоб больного должен быть вопрос о влиянии этих симптомов на его повседневную жизнь (мешают ли они его профессиональной деятельности, учебе, семейной жизни, досугу). Здесь можно уточнить, получает ли больной удовольствие от развлечений. Следующей задачей врача является уточнение особенностей личности больного с целью исключения истерических расстройств или установочного поведения (симуляция). Затем можно спросить, имеются ли расстройства сна, аппетита (нет ли уменьшения массы тела), половой сферы, колебаний настроения в течение дня. И, наконец, нужно прицельно уточнить, сузился ли круг интересов больного, насколько пессимистично он оценивает свою ситуацию (также будущее и прошлое), не предшествовали ли развитию симптомов какие-либо неприятные (стрессовые) события и т. д. Жалобы в комплексе с ответами на эти вопросы в большинстве случаев позволяют врачу определить наличие или отсутствие депрессии у больного [6].

Определенную помощь в диагностике психического состояния могут оказать стандартизированные опросники или тесты. Чаще всего врачи интернисты используют в своей практике: Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [7], опросники личностной и реактивной тревожности Спилбергера–Ханина, шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и для оценки тревоги (HARS) , MMPI, Гиссенский опросник соматических жалоб и многие другие.

Принципы терапии психосоматических расстройств в гастроэнтерологии были сформулированы Syed I. M. и соавт. в 2006 г.:

- выражать сочувствие пациенту и вызывать его доверие;
- обеспечить диагностику заболевания;
- убедиться, верен ли диагноз;
- обратить внимание на конкретные проблемы пациента, например, такие как канцерофобия, страх, тревога;
- проводить обучение и разъяснения пациенту последовательно с системой убеждений;
- определить психологические проблемы, которые влияют на психическое здоровье;
- выявить и обсудить нереалистичные ожидания от лечения и протесты против лечения;
- установить цели лечения и обсудить план лечения;
- направить лечение на устранение тяжести симптомов и снижение степени инвалидности;
- индивидуализировать лекарственную терапию;
- поддерживать регулярные последующие консультативные приемы;
- помочь пациенту взять на себя ответственность за лечение;
- преодолеть ложные убеждения и опасения в отношении приема психотропных препаратов;
- осуществлять мониторинг и управление побочными эффектами.

Остается основной вопрос: какие препараты психотропного ряда назначить тому или иному пациенту? В идеальном варианте можно переложить эту ответственность на психотерапевта или психиатра. Каждый врач-гастроэнтеролог может очень долго рассказывать о своих пациентах, которых он неоднократно пытался отправить на консультацию к коллегам психиатрам, но они так и не выполнили этих рекомендаций по разным причинам. Даже в США, где права пациента надежно защищены законом, 80–90% людей, которых их лечащий врач направил к психиатру, не доходят до него. В России таких данных нет.

Основные группы психотропных препаратов, применяемых в гастроэнтерологии:

- нейролептики;
- анксиолитики (атарактики, транквилизаторы);
- антидепрессанты.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к сужению показаний для назначения нейролептиков в общесоматической практике. Наиболее часто в практике используют бензамиды (сульпирид, тиаприд) и алифатические производные фенотиазина: левомепромазин, алимемазин. Определенные надежды связывают с внедрением в клиническую практику некоторых атипичных нейролептиков — оланзапина, рисперидона. Перечисленные препараты при использовании в терапевтических дозах, как правило, оказывают достаточно слабое воздействие на функции дыхательного центра, не обладают значимым аритмогенным эффектом. Нейролептики, предпочтительные для использования в общесоматической сети, не оказывают гепатотоксического действия, могут лишь незначительно увеличивать массу тела (при длительной терапии), а блокатор D_2-дофаминовых рецепторов — тиаприд, который обладает анорексигенным действием, может даже способствовать некоторому ее снижению.

Большой интерес в лечении моторно-эвакуторных нарушений ЖКТ и психосоматических расстройств представляют препараты, селективно ингибирующие D2-рецепторы (допаминовые). Одним из них является родоначальник группы бензамидов — сульпирид, синтезированный еще в 1966 г. Сульпирид селективно блокирует постсинаптические D_2-рецепторы, в результате чего замедляется нейрональная передача D_2 (антидофаминергическая активность), не влияя на D_1-, D_4-дофаминовые рецепторы (лимбическая система), альфа-адренорецепторы, М-холинорецепторы, H_1-гистаминовые и 5-НТ серотониновые рецепторы, в отличие от традиционных нейролептических препаратов. Антипсихотический эффект терапевтических доз сульпирида сочетается с малой вероятностью развития экстрапирамидных симптомов, которые отмечаются лишь на фоне приема очень высоких доз сульпирида — в 2 раза превышающих средние терапевтические. Достаточно указать, что если клинически эффективная суточная доза

препарата варьирует от 100 до 1800 мг, то рассматриваемое осложнение нейролептической терапии ассоциируется с дозировкой, превышающей 2000 мг/сут, в малых дозах (100–300 мг/сут) сульпирид обладает продофаминергической активностью. Продофаминергическая активность сульпирида способствует его активирующему (антиастеническому), антидепрессивному (тимолептическому) действию и может содействовать улучшению когнитивных функций. При этом для сульпирида характерно благоприятное соматотропное действие, которое связывают как с центральным (подавление дофаминергических рецепторов в триггерном центре рвоты в головном мозге), так и периферическим (нормализация моторики желудка, тонкой и толстой кишки, желчного пузыря) влиянием нейролептика. Показано, в частности, что препарат обладает антиэметическим (противорвотным) и антидиспепсическими свойствами. Соматотропные эффекты сульпирида используют в кардиологии, пульмонологии, неврологии и особенно широко в гастроэнтерологии. Так, в ходе сравнительного открытого исследования с участием 60 больных с СРК показано превосходство сульпирида в сопоставлении с традиционной (базисной) терапией. Установлено, в частности, что доля пациентов с полной/значительной редукцией синдрома среди пациентов, принимавших рассматриваемый нейролептик, достигает 85%. Тот же показатель у больных на базисной терапии составляет лишь 10%. Причем сульпирид эффективно воздействует как на проявления СРК (абдоминалгии, изменения стула), так и на сопутствующие им проявления соматизированной тревоги и депрессии. Достаточно широко сульпирид изучается в исследованиях, показывая сочетанные положительные эффекты при СРК с тревожно-депрессивными и другими дистимическими расстройствами. В инструкции препарата в разделе «Показания» указаны следующие заболевания, относящиеся к нашей теме: психосоматические заболевания, в т. ч. язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стрессовые язвы ЖКТ, медикаментозные язвы, симптоматические язвы, неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки.

Тиаприд, относящийся к селективным антагонистам D2-допаминовых рецепторов, по структуре и фармакологической активности близок к сульпириду. В малых и средних дозах оказывает стимулирующее действие (снижение тормозных влияний на ЦНС), в больших дозах — анксиолитическое. Средние дозы в этом случае составляют 200–400 мг/сут. Кроме того, препарат используется для купирования абстинентного синдрома у больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Анксиолитики (от лат. anxietas — тревожное состояние, страх + греч. lytikos — способный растворять, ослабляющий), или транквилизаторы (от лат. tranquillo — успокаивать), или атарактики (от греч. ataraxia — невозмутимость) — психотропные средства, уменьшающие выраженность или подавляющие тревогу, страх, беспокойство, эмоциональное напряжение. Появление первых транквилизаторов относится к 50-м годам XX в. До этого периода для коррекции тревожных состояний использовались алкоголь, опиум, бромиды (с начала XIX в.), барбитураты (с начала XX в.) и др. средства. В нейрохимическом аспекте разные анксиолитики различаются по особенностям действия. Влияние на норадренергическую, дофаминергическую, серотонинергическую системы выражено у них в относительно слабой степени (исключение составляет буспирон). Эффекты бензодиазепинов опосредованы воздействием на ГАМКергическую систему мозга. В настоящее время лидирующее положение по широте применения среди лекарственных средств группы анксиолитиков продолжают занимать производные бензодиазепина. С конца 1960-х — начала 1970-х годов и до настоящего времени бензодиазепиновые транквилизаторы получили значительное распространение, что связано с широким спектром их психотропной активности, включая анксиолитическое, гипнотическое и вегетостабилизирующее действие. Показания к применению у анксиолитиков разнообразны:

- невротические, пограничные состояния с явлениями напряжения, беспокойства, тревоги, страха;
- психотические состояния (тревожно-депрессивные, аффективно-бредовые и др.) в комбинации с антидепрессантами, нейролептиками;
- нарушения сна;
- абстинентные расстройства при хроническом алкоголизме и др. токсикоманиях, лечение металкогольных психозов;
- премедикация перед наркозом, в качестве компонента комбинированного наркоза;
- психосоматические заболевания (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и др.);
- сердечно-сосудистые нарушения с симпатоадреналовой направленностью (практически все транквилизаторы имеют мягкий симпатолитический и умеренный гипотензивный эффекты).

Одним из практически значимых свойств транквилизаторов является их способность повышать порог болевой чувствительности, что особенно проявляется у таких препаратов, как Диазепам, Феназепам, Мебикар, и делает целесообразным их применение в комплексном лечении различных болевых синдромов. Противорвотным, антигистаминным, противозудным свойствами обладает гидроксизин. Использование производных бензодиазепина затруднено из-за ряда осложнений, наиболее серьезные из которых (возможность злоупотребления и развитие лекарственной зависимости) связаны с их высоким потенциалом аддикции по R. Shmidt. Среди факторов, определяющих формирование расстройств при приеме транквилизаторов, традиционно называются: длительность терапии, суточная дозировка, скорость снижения дозы перед полной отменой и длительность периода полувыведения принимаемого препарата. В связи с серьезностью указанных осложнений материалы ВОЗ, зарубежные и отечественные руководства по фармакотерапии психических расстройств указывают, что перед назначением транквилизатора следует сначала рассмотреть возможность альтернативной терапии. С целью минимизации проявлений синдрома отмены рекомендуется использовать производные бензодиазепина с длительным периодом полувыведения, а препараты с коротким периодом полувыведения применять лишь для краткосрочной терапии в качестве снотворных. Назначение бензодиазепиновых анксиолитиков допускается на срок не более 1 месяца и только для снятия наиболее острой симптоматики до восстановления контроля личности за своим состоянием и внешней ситуацией.

Самой изученной группой психотропных препаратов является группа антидепрессантов. На сегодняшний день в мире существует более 80 оригинальных наименований этой группы. Применение этих препаратов основано на частых сочетаниях тревоги и депрессии или невроза у пациентов с функциональными гастроэнтерологическими заболеваниями у пациентов, которые обращаются за медицинской помощью. Эффективность этих препаратов продемонстрирована в рандомизированных клинических исследованиях или метаанализах в течение более чем 30 лет при лечении хронической боли, независимо от ее происхождения или локализации. Многие европейские и американские стандарты и руководства по лечению гастроэнтерологических заболеваний включают в себя антидепрессанты разных групп.

Антидепрессанты или тимоаналептики обладают разнообразными фармакодинамическими свойствами, основным из которых является способность повышать патологически сниженное настроение. Спектр фармакологического действия этих препаратов очень

широк, и помимо основного свойства они обладают противотревожным, седативным, антифобическим, стимулирующим, вегетостабилизирующим и соматотропным эффектами.

В клинике внутренних болезней не требуется мощного тимоаналептического эффекта, поэтому используемые дозы антидепрессантов ниже, чем в психиатрической практике. При ряде расстройств, например соматоформной вегетативной дисфункции, используются вегетостабилизирующие эффекты препаратов данной группы. При генерализованном тревожном расстройстве — анксиолитическое действие. Соматотропное (антиульцерогенное) действие трициклических антидепрессантов (ТЦА) полезно при лечении язвенной болезни. Эта возможность связана с наличием у них холинолитических эффектов. Механизмы действия антидепрессантов разнообразны и до конца не изучены. Большинство фармакологических эффектов обеспечиваются их действием на синаптическую нейропередачу. Приводим фармакодинамическую классификацию антидепрессантов, в основе которой заложен различный механизм действия на синапс (таблица 1).

Таблица 1

Фармакодинамическая классификация антидепрессантов

I. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов	
1. Смешанного типа (неизбирательные ингибиторы — трициклические антидепрессанты)	Имипрамин, кломипрамин, амитриптилин доксепин, бутриптилин, кловаксамин
2. Преимущественно норадреналина (селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН))	Дезипрамин, мапротилин, нортриптилин миансерин, досулеин, миртазапин
3. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН)	Милнаципран, венлафаксин, дулоксетин
4. Преимущественно серотонина (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС))	Флуоксетин, сертралин, циталопрам, пароксетин, флувоксамин, тразодон, алапроклат, ифоксетин фемоксетин, медифоксамин
5. Преимущественно дофамина (селективные ингибиторы обратного захвата дофамина (СИОЗД))	Диклофензин, аминептин, бупропион
II. Селективный стимулятор обратного захвата серотонина — тианептин	
III. Блокаторы путей метаболического разрушения моноаминов	
1. Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) необратимого действия	Ипрониазид, ниаламид, фенелзин, транилципромин
2. Ингибиторы МАО обратимого действия	Пиразидол, моклобемид, бефол, толоксатон, брофаромин
IV. Атипические антидепрессанты	Адеметионин, оксилидин и др.

Таблица 2

Клиническая классификация антидепрессантов

Антидепрессанты седатики	Антидепрессанты сбалансированного действия	Антидепрессанты стимуляторы
Амитриптилин	Венлафаксин	S-аденозил-L-метионин
Миансерин	Мапротилин	Иприндол
Азафен	Ноксиптилин	Инказан
Альпразолам	Дибензепин	Имипрамин
Флувоксамин	Тианептин	Нортриптилин
Фемокседин	Мидалципрам	Протриптилин
Опипрамол	Пропизепин	Циталопрам
Медифоксамин	Сертралин	Флуоксетин
Медазофан	Пароксетин	Индопан
	Кломипрамин	Сиднофен
		Ниаламид
		Эсциталопрам

Решающее значение при выборе антидепрессанта имеет синдромологическая структура депрессии. При тоскливом и апатическом варианте депрессии показано назначение препаратов с преобладанием стимулирующего действия, при тревожном варианте депрессии — препаратов с преобладанием седативного действия. Врачи интернисты должны с осторожностью назначать антидепрессанты со стимулирующей активностью, так как при депрессивном расстройстве с суицидальными тенденциями назначение стимулирующего антидепрессанта может сподвигнуть пациента на осуществление своих «тайных желаний». В таблице 2 приводится классификация антидепрессантов по их активирующему или седатирующему действию.

С современных позиций приведенная клиническая классификация не лишена недостатков, так как не разграничивает седативный и анксиолитические эффекты антидепрессантов. Между тем многие антидепрессанты нового поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС) практически лишены седативных свойств, но обладают выраженным анксиолитическим действием. СИОЗС, СБОЗН и ССОЗС не обладают гепатотоксичностью. Такие СИОЗС, как флуоксетин и пароксетин, а также ССОЗС и СБОЗН не оказывают токсического действия на почки, не вызывают затруднений при мочеиспускании. Наиболее частые упоминания о соматотропном влиянии СИОЗС и ССОЗС связаны с их воздействием на ЖКТ. Однако и эти побочные эффекты обычно не носят чрезмерно выраженного характера. Указывается, что СИОЗС (флуоксетин, сертралин) могут усиливать перистальтику и даже вызвать диарею. Достаточно частым побочным эффектом СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, сертралин) и ССОЗС является тошнота. Безопасность и переносимость рассматриваемых антидепрессантов обеспечивается также сравнительно благоприятным спектром их взаимодействий с соматотропными препаратами.

Для разных групп антидепрессантов характерен свой спектр побочных явлений. Холинолитические побочные эффекты ТЦА включают сухость во рту, запоры, нарушение аккомодации, задержку мочеиспускания, угнетение перистальтики кишечника, задержку эякуляции, делириозную симптоматику (чаще у пожилых (атропиноподобный делирий)). Побочные явления серотонин-позитивных антидепрессантов: вследствие накопления серотонина в кишечной стенке (тошнота, жидкий стул, колики, метеоризм, анорексия), нарушения половой сферы (задержка эякуляции, аноргазмия),

экстрапирамидная симптоматика (тремор), холинолитические эффекты (сухость во рту, запоры), повышенное потоотделение.

Под руководством академика РАМН А. Б. Смулевича разработана классификация антидепрессантов по предпочтительности для использования в клинике внутренних болезней, где выделяют психотропные средства первого и второго ряда (таблица 3). В число препаратов первого ряда включены препараты, в наибольшей мере соответствующие требованиям общемедицинской практики. Им присуща минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов или привести к углублению соматической патологии, ограниченность признаков поведенческой токсичности, низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами, безопасность при передозировке, простота использования. К препаратам второго ряда отнесены психотропные средства, показанные для применения в специализированных психиатрических медицинских учреждениях. Лекарственные средства этого ряда должны давать выраженный психотропный эффект, что может сопровождаться риском побочного действия (как нейротропного, так и соматотропного) и неблагоприятными последствиями взаимодействия с соматотропными средствами. Необходимо отметить, что преимущества препаратов первого ряда не исключают возможности применения препаратов второго ряда в соматической клинике. Однако использование этих препаратов требует специальной подготовки и опыта с учетом высокой вероятности возникновения побочных явлений и осложнений терапии.

Таблица 3

Антидепрессанты «первого» и «второго» ряда, рекомендуемые суточные дозы антидепрессантов для применения в общемедицинской практике

Препараты первого ряда		Препараты второго ряда	
Препарат	**Доза**	**Препарат**	**Доза**
СБОЗН		ТЦА	
Миансерин	60–90 мг/сут	Имизин	50–75 мг/сут
СИОЗС		Амитриптилин	50–75 мг/сут
Флуоксетин	20 мг/сут	Кломипрамин	50–75 мг/сут
Серталин	50 мг/сут	СБОЗН	
Пароксетин	20 мг/сут	Мапротилин	75–100 мг/сут
Флувоксамин	100–200 мг/сут		
Циталопрам	20–40 мг/сут		
ССОЗС			
Тианептин	37,5 мг/сут		
ОИМАО-А			
Пиразидол	75–100 мг/сут		
Моклобемид	300–450 мг/сут		
СИОЗС и Н			
Дулоксетин	30–60 мг/сут		
Милнаципран	100–400 мг/сут		

Гастроэнтерологи и врачи интернисты других специальностей часто вынуждены в своей практике назначать психотропные препараты. Объем всемирного рынка психотропных средств в 1991 г. был равен 4,4 млрд долларов США, и ожидалось, что эта цифра к 1996 г. достигнет 7,6 млрд долларов. Один лишь рынок продаж США в 1991 г. определялся в 3,3 млрд долларов, и ожидалось, что к 1997 г. он достигнет цифры в 6,4 млрд долларов. Рецепты на психотропные препараты составляют почти 20% от всех рецептов, выписываемых в США. К сожалению, в России бытует миф о том, что врачи интернисты «не имеют права» назначать психотропные препараты, описанные в нашей статье. Создается порочный круг — пациент нуждается в психофармакотерапии, а врач «боится» назначить необходимое лекарство. В этой статье мы призываем врачей задуматься о том, что часто без помощи психотропных препаратов мы не можем оказать пациенту достаточную помощь и улучшить его качество жизни, и не забывать слова одного из основоположников современной психосоматики Зигмунда Фрейда: «Если мы гоним проблему в дверь, то она в виде симптома лезет в окно». При назначении психотропного препарата врач интернист должен руководствоваться некоторыми правилами:

1. Врачи-непсихиатры должны ознакомиться с одним лекарственным препаратом в каждом из четырех классов, чтобы хорошо знать показания к применению, эффективность и побочные эффекты.
2. Следует избегать избыточного применения препаратов или одновременного назначения нескольких средств.
3. Анамнестические данные об эффективности препарата обычно позволяют рассчитывать на его эффективность при повторном приеме.
4. Две основные ошибки при назначении психотропных препаратов — это недостаточная дозировка и нетерпение; эффект от оптимальной дозы препарата наступает через недели или месяцы.
5. Фармакокинетика психотропных препаратов у пожилых больных отличается пролонгированным биологическим периодом полувыведения из организма.
6. Отсутствие терапевтического эффекта от применения лекарственного препарата определенного класса не означает, что назначение другого препарата этого класса также будет неэффективным.
7. Врач никогда не должен внезапно отменять препарат; следует уменьшать дозу в течение 2–4 недели.
8. Врачи, редко назначающие психотропные средства, должны каждый раз при назначении препарата просматривать перечень побочных эффектов; больные и члены их семей должны быть информированы о возможных побочных действиях лекарства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 992 с.
2 Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
3 Немов Р. С. Психология. Кн. 1. Общие основы психологии. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. - 87 с.
4 Longstreth G. F., Thompson W. G,. Chey W. D., Houghton L. A., Mearin F., Spiller R. C. Functional bowel disorders. In: Drossman D. A., Corazziari E., Delvaux M. et al., editors. Rome III // The Functional Gastrointestinal Disorders. 3 rd edition. McLean, Va. - USA: Degnon Associates, 2006. - P. 487–555.
5 Энциклопедия психиатрии: Руководство для практикующих врачей. / Под ред. Ю. А. Александровского и Г. Л. Вышковского . - М.: 2003. - 545 с.
6 Зотов П. Б., Уманский М. С. Депрессии в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия) // Метод. пособие для врачей. – Тюмень: 2006. – С. 27.
7 Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - Vol. 67. - P. 361–370.

Түйін: Психосоматикалық бұзылыстар науқастың соматикалық жағдайына әсер ететін психологиялық факторлар категориясына жатады. Психосоматикалық патологиялар кезінде нейролептиктер, анксиолитиктер және антидепрессанттар топтарының препараттарын қолдану ерекшеліктері қарастырылған.

B.B. JARBUSSYNOVA

PSYCHOSOMATIC ASPECTS IN GASTROENTEROLOGY

Resume: Psychosomatic disorders classified as psychological factors affecting somatic condition of patients. Peculiarities of application of preparations of antipsychotics, anxiolytics and antidepressants in psychosomatic pathologists

Psychosomatic disorders are caused by abnormal psychogenic disorders, they, along with neurosis and psychopaths make up a significant part of the group of patients judged to be at the border of mental illness. On pooled data from the World Health Organization (WHO), from 38% to 42% of all patients visiting the offices of somatic doctors, are a group of psychosomatic medicine.

In the International Classification of Diseases ICD-10 psychosomatic disorders categorized as psychological factors affecting medical condition. Of course, along with the factor of the psychological or social biological plays an important role in the genesis and progression of any disease, but the effect of psychosomatic disorders it is explicitly expressed in the etiology and the pathogenesis of the disease. It has long been known for a close link emotions and gastrointestinal tract (GIT), which in some studies figuratively called "sounding body of emotions" since the first emotions of humans and animals have been associated with the pleasure of eating. The classic gastroenterology psychosomatics diseases include diseases in the clinical picture of which are organic defeat of a system (stomach ulcer, ulcerative colitis, and others.).

Keywords: Emotional stress, functional gastrointestinal disorders, tranquilizers, psychotropic drugs, Psychosomatics, psychogenic vomiting, General practice, antipsychotics, antidepressants, anxiolytics, abdominal algia

СТОМАТОЛОГИЯ STOMATOLOGY

УДК 616. 314 – 002 – 007.254 – 07 – 08

Б.Ж. ТАКИМЕТБЕКОВА
ГКП на ПХВ «Детская стоматологическая поликлиника» г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ФИССУР ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Для выбора методики герметизации в условиях поликлиники, фиссуры лучше различать по доступности для визуального осмотра и возможности нанесения материала, так как герметики значительно эффективнее в комплексе с аппликационными методами для профилактики кариеса.
Ключевые слова: *фиссура, герметизация, герметик, эмаль.*

Актуальность. В настоящее время существует необходимость владения несложной и полезной методикой герметизации фиссур у детей. И каждый врач-стоматолог, работающий на смешанном приеме, может с легкостью ее изучить. Интактность фиссуры, отсутствие фиссурного кариеса, незаконченная минерализация жевательной поверхности, минимальный срок со времени прорезывания зуба – являются дополнительными показаниями, позволяющие врачу выбрать тактику герметизации с целью предотвращения кариеса на этой поверхности, при составлении плана профилактических мероприятий у конкретного пациента. Относительными противопоказаниями к проведению герметизации являются отсутствие выраженных фиссур и ямок на жевательной поверхности, или отсутствие пространства фиссуры, в котором скапливается зубной налет.

Материал и методы исследования. Для выбора методики герметизации в условиях поликлиники, фиссуры лучше различать по доступности для визуального осмотра и возможности нанесения герметика, без пустот по всей поверхности фиссуры, а не по форме и глубине фиссуры. Исходя из этого, фиссуры можно разделить на открытые, то есть доступные для визуального осмотра на наличие или отсутствие кариозного поражения, и закрытые, где визуально определить кариес невозможно.

Методом герметизации фиссур зубов пролечено 12 детей в возрасте 6-9 лет.

Результаты исследований. Методика герметизации открытой фиссуры состоит из четырех основных этапов. Во-первых, следует провести тщательную очистку стенок и дна фиссуры, удалить мягкий зубного налета, остатки пищи. Она производится при помощи циркулярных щеток и специальных средств, не содержащих фторидов и помогающих удалить зубной налет. В таких случаях не следует использовать гигиенические зубные пасты и порошки, так как входящие в них отдушки могут отрицательно влиять на герметик. Если прорезывания зубов прошло около года или более, в пространстве фиссуры скапливается большое количество плотного, фиксированного налета, который не удаляется циркулярной щеткой, поэтому нужен пескоструйный аппарат, а при его отсутствии – мелкодисперсный алмазный бор.

Очищенные поверхности должны быть хорошо промыты от пасты и инородных частиц. Также следует убедиться в отсутствии кариозного поражения.

На втором этапе производится кислотная подготовка поверхности специальным гелем для увеличения площади поверхности эмали за счет усиления ее пористости. Кислотное воздействие не должно продолжаться более 10-15 секунд.

Затем обработанная поверхность промывается водой в течении 30 секунд и высушивается и делается изоляция от слюны ватными валиками.

И только третьим этапам наносится герметизирующий материал на подготовленную поверхность эмали. Герметик располагают на высушенную эмаль и распределяют тонким слоем по всей поверхности фиссуры без пустот, повторяя копию фиссуры. Удобная расфасовка материала в шприц с канюлей, позволяет быстро внести герметик сразу на зуб, без использования дополнительных инструментов. Если образовались пузырьки, то следует удалить зондом и сделать 15-ти секундную паузу для затекания материала вглубь фиссуры. Герметик полимеризуют галогеновой лампой в течение 20-40 секунд в зависимости от требований производителей препарата. Далее проводится коррекция окклюзионых контактов с использованием копировальной бумаги на предмет суперконтактов зубов. А четвертый этап подразумевает проведение аппликации фторсодержащим лаком или гелем всех зубов, в том числе и подвергшихся процедуре герметизации.

Заключение. Абсолютное большинство исследователей совершенно справедливо считает, что профилактика фиссурного кариеса обычными аппликационными методами сложна и недостаточно эффективна, так как 75% кариозных поражений, выявленных после традиционных местных профилактических мероприятий, локализуется именно в естественных ямках и фисурах на жевательной поверхности зубов. Применение герметиков в комплексе с аппликационными методами для профилактики кариеса значительно эффективнее, по данным исследований герметизацией достигается 90-100% редукции кариеса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии: Пер. с англ. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. – 680 с.
2 Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – М.: «МЕДпресс-информ», 2007. – 923 с.

Б.Ж.ТАКИМЕТБЕКОВА

БАЛАЛАР ТІСТЕРІНІҢ АШЫҚ ФИССУРЛАРЫН ГЕРМЕТИЗАЦИЯЛАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Емхана жағдайында герметизацияның әдісін таңдау барысында тіс фиссураларын визуальді көріп тексеру және герметик затын жағып орналастыру бойынша айырып қараған. Осындай көз қараста герметиктерді тіс жегін алдын алу жолындағы қолданылатын аппликациялық жолдармен бірге кешенді түрде пайдаланған тиімді.
Түйінді сөздер: фиссура, герметизациялау, герметик заты, кіреуке

B.ZH.TAKIMETBEKOVA

FEATURES OF A SEALING TECHNIQUE OF OPEN FISSURES OF TEETH IN CHILDREN

Resume: For selecting sealing methods in a policlinic conditions, fissures better to distinguish on availability for visual inspection and possibility of material application, as sealants significantly more effective in combination with application methods for caries prevention.
Currently, there is a need of simple possession and useful technique fissure sealing in children. And every dentist working on a mixed reception, it can easily be explored. Intact fissures, lack of fissure caries, incomplete mineralization chewing surface, the minimum period from the time of the eruption of the tooth - are additional indications that allow the doctor to choose the tactics of sealing to prevent decay on the surface, when planning preventive measures for a particular patient. Relative contraindications to seal are the absence of pronounced fissures and pits on the chewing surface, fissures or lack of space in which the accumulated plaque.
Material and methods. Selecting a method for sealing in a clinic, distinguished by the fissures better accessibility for the visual inspection and possible application of the sealant, no voids fissures across the surface, rather than the shape and depth of the fissures. Accordingly, the fissures can be divided into open, that is available for visual inspection for the presence or absence of caries, and closed where it is impossible to visually determine caries.
12 children aged 6-9 years were treated by method of fissure sealing.
Keywords: fissure, sealing, sealant, enamel.

УДК 616.314-089.28-06-073:615.26:612.017.3

К.Д. АЛТЫНБЕКОВ, Ш.Н. АСКАРОВА, Ф.А. БИРЖАНОВА, А.М. АБЛИКИМОВ
Модуль ортопедической стоматологии

ОЦЕНКА РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЛАВОВ «STOMET-1KZ» И «STOMET-2KZ» МЕТОДОМ НАКОЖНОГО ТЕСТА

На ортопедической стоматологии создается новый материал «Stomet-1kz» и «Stomet-2kz» который будет апробирован на контрольной группе. Исследованию подлежит изучить аллергическое и токсическое действие путем определения накожных проб и выявить влияние данного материала на организм в целом.
Ключевые слова: *стоматология, сплавы, исследование, раздражение, накожные пробы*

Актуальность.
В ортопедической стоматологии подлежат специальному рассмотрению проблема влияния материалов зубных протезов на ткани полости рта и организма человека в целом. Это связано с тем, что в настоящее время с целью ортопедического лечения используют сплавы на основе золота и платины, никеля, кобальта, кремния и др. Для изготовления металлических протезов используют более 20 металлов, которые оказывают токсико-аллергические и раздражающие воздействия на организм и слизистую полости рта. [1].

В последние годы материаловедение в ортопедической стоматологии получило интенсивное развитие. Изучение различных сплавов направлены на создание более эффективных конструкционных материалов. [2,3].

В последнее время возросла обращаемость пациентов с непереносимостью к металлом в полости рта. Имеющие широкое распространение для металлокерамических зубных протезов сплавы неблагородных металлов могут оказывать побочное действие на органы, ткани полости рта и общее состояние организма человека.[4,5,6].

На сегодняшний день для специфической диагностики гиперчувствительности немедленного типа IgE опосредованной реакции используют кожные тесты, определение специфических IgE антител и провакационные тесты in vivo.[7].

Современная ортопедическая стоматология смогла достичь высоких функциональных и эстетических результатов. Восстановление целостности зубного ряда способствует не только нормализации основных функций речевого и жевательного аппарата но и является профилактикой заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также, возвращая эстетичность всего портрета, благотворно влияет на общее психоэмоциональное состояние пациента.

Цель исследования – биологическая оценка опытных образцов разработанных стоматологических сплавов на основе кобальта и хрома: I-BOND-02, I-BOND-NF, IMG, Stomet-1kz, Stomet-2kz.

Задачи: выявить аллергическое действие стоматологических сплавов на основе кобальта и хрома на организм путем определения накожных проб.

Методы исследования.
Для проведения исследования были взяты добровольцы в возрасте от 20 до 22 лет без сопутствующих заболеваний. Предварительно им объяснили цели исследования, время исследования и ожидаемые возможные реакции. Все добровольцы дали согласие на проведение исследования. Материалом для исследования являлись сплавы: I-BOND-02, I-BOND-NF, IMG, Stomet-1kz, Stomet-2kz. Из вышеуказанных сплавов были изготовлены диски размером 20 мм окружности, толщина составила 0,5 мм (Рисунок 1).

Рисунок 1 - Диски стоматологических сплавов

Данные об использованном материале, физических параметрах, физико-химических свойствах отображены в таблицах. (таблица 1,2).

Таблица 1 - Химический состав сплавов

Химические элементы	Сплав %	
	IMG	Stomet -1kz
Co	62,5	62,5
Cr	29,5	28,5
Mo	6,5	6,5
Si	1,4	2,9
Mn	0,6	0,6
C	0,3	-
N	0,2	-

Таблица 2 - Химический состав сплавов

Химические элементы	Сплав %	
	IBOND NF	Stomet - 2kz
Co	63	63
Cr	24	23
Mo	3	3
Si	1	2
Nb	1	1
W	8	8

Клинические испытания проводились в соответствии ИСО 14155-1, ИСО 14155-2. Настоящий стандарт позволяет прямое получение для человека данных по раздражению кожи в целях определения вредных факторов. Его целью является определение, представляет ли собой материал опасность, ведущую к значительному раздражению кожи после острого воздействия.

Исследование проводилось на 50-ти добровольцах, которые были разделены по 10 добровольцев на 5 групп. В каждой отдельной группе накожная проба проводилась с определенной маркой исследуемого материала. После 24 часа (условия эксперимента) у испытуемых определяли визуально наличие каких-либо изменений на коже (гиперемия, отек).

Предварительно обработав дистиллированной водой на тылочную сторону предплечья испытуемого добровольца накладывали металлический диск и закрепляли липким пластырем (рисунок 2).

Рисунок 2 - Момент фиксации пробных образцов

Апликацию оставляют на 24 часа. Обработанные участки осматривают на предмет признаков раздражения и кожную реакцию немедленно после удаления аппликации. После оценивают результат по признакам или отсутствию раздражения. Кожное раздражение оценивают и записывают согласно оценочной шкале.

Таблица 3 - Исследования раздражения на коже человека. Оценочная шкала

Описание ответной реакции	Баллы
Нет реакции	0
Слабо положительная реакция (обычно охарактеризованна легкой эритемой и/или сухостью на большей части обработанного участка)	1
Умеренно положительная реакция (обычно отчетливая эритема или сухость, возможно распространяющейся за пределы обработанного участка)	2
Сильно положительная реакция (сильная и зачастую распространяющая эритема с отеком и/или образованием струпа)	3

Результаты исследования и их обсуждения.

По данным осмотра во всех группах не наблюдалось какое-либо изменение кожи, кроме единичного случая в группе исследуемым материалом IBOND-02, где по оценочной шкале определяли слабо положительную реакцию.

Выводы.

Накожные пробы - относительно простой, безопасный и недорогой метод, который особенно полезен в диагностике всех форм контактного дерматита. Хотя метод накожных проб в принципе несложен, необходимо, чтобы его выполнял специалист, так как для получения достоверного результата нужно подобрать соответствующие дозы аллергена. Правильная трактовка полученных результатов также требует высокой квалификации и не большое действие на кожу, может быть ошибочно принято за аллергическую реакцию.

Таким образом, проведенное исследование методом накожных проб на биологически раздражающие действия стоматологических сплавов на коже не выявило каких-либо видимых отрицательных действий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дубова Иммуномодулирующее действие стоматологических материаловАвтореф: дис. ... док. мед.наук – М., 2010. -74 с.
2 Лебеденко И.Ю. Токсикологические исследования материала «Протоплен-М» // Российский стоматологический журнал. - 2002. - №4. - С. 30-34.
3 Арутюнов С. Д. Микробиологическое обоснование выбора базисной пластмассы сьемных зубных протезов // Стоматология. - 2002. - Т. 81. - №3. - С. 4-8.
4 Воложин А.И., Бабахин А.А., Дубова Л.В. и др. Аллергия к металлам, используемым для зубного протезирования, и методы ее диагностики // Стоматология. – 2004. - №5. - С.57-61.
5 Кириллова Л.А. Диагностика, профилактика и лечение гальваноза у пациентов с несъемными металлическими зубными протезами : автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 2000. - 200 с.
6 Гожая Л. Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): автореф. дис. . д-р мед. — М., 2001. — 56 с.

К.Д. АЛТЫНБЕКОВ, Ш.Н. АСКАРОВА, Ф.А. БИРЖАНОВА, А.М. АБЛИКИМОВ

«STOMET-1KZ» ЖӘНЕ «STOMET-2KZ» СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚОРЫТПАЛАРДЫҢ ТІТІРКЕНДІРГІШ ӘСЕРІН ТЕРІ ҮСТІ СЫНАМАСЫН ҚОЛДАНА ОТЫРЫП БАҒАЛАУ

Түйін: Ортопедиялық стоматология модулінде «Stomet-1kz» және «Stomet-2kz» отандық жаңа қорытпаларының адам ағзасына аллергиялық және токсикалық әсерін тері үсті сынамаларды қолдана отырып анықтау.

Түйінді сөздер: стоматология, қорытпа, зерттеу, тітіркену, тері үсті сынамасы

K.D. ALTYNBEKOV, SH. N. ASKAROVA., F.A. BIRZHANOVA, A.M. ABLIKIMOV

ASSESSMENT OF THE IRRITANT ACTION OF STOMATOLOGIC ALLOYS OF "STOMET-1KZ" AND "STOMET-2KZ" SKIN TESTA'S METHOD

Rezume: On orthopedic stomatology the new material "Stomet-1kz" and "Stomet-2kz" which will be approved on control group is created. Research is subject to study allergic and toxic actions by definition of skin tests and to reveal influence of this material on an organism as a whole.

Keywords: stomatology, alloys, researches, irritation, skin tests

УДК[616,314,18+616,314-002-071,3]-07-08(083,97)

А.А. БАЯХМЕТОВА, С.Н. ЖАХАНОВА

Модуль пропедевтики терапевтической стоматологии, Институт стоматологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ГЛУБОКИМ КАРИЕСОМ

При лечении быстро прогрессирующего кариеса врачу-стоматологу необходимы доступные в клинической практике методы оценки защитного потенциала как пульпы данного зуба, так и организма в целом. К таким методам можно отнести исследование развернутого общего анализа крови, дающего информационную характеристику о состоянии регуляторных и иммунных функций организма. Было проведено исследование типов адаптационных реакций и интегральных лейкоцитарных индексов венозной крови 22 больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом. Установлено, что при быстром прогрессировании глубокого кариозного процесса отмечается напряженность адаптационных процессов с превалированием типа адаптационной реакции повышенной активации, который встречается в 58,3% случаев. Выявлено значимое понижение интегральных лейкоцитарных индексов, характеризующих состояние неспецифической резистентности организма. Целесообразным у данной категории больных является включение в протокол лечения методов и средств, направленных на оптимизацию защитного потенциала как организма в целом, так и пульпы.

***Ключевые слова**: Быстро прогрессирующий кариес. Развернутый общий анализ крови. Интегральные лейкоцитарные индексы.*

Актуальность темы.

Быстрое прогрессирование глубокого кариозного процесса сопровождается активными функциональными изменениями в пульпе, что характеризуется нарушениями микроциркуляторного кровообращения, активацией факторов местной защиты и изменениями в нервно-рецепторном аппарате. Требуется первостепенное решение задачи нормализации развивающихся в пульпе функциональных изменений и оптимизации в ней защитных механизмов. Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о значительных функциональных резервных возможностях пульпы [1,2,3,4]. В клинической практике врачу-стоматологу при выборе протокола лечения необходимо располагать доступными методами, позволяющими дать быструю и адекватную оценку защитному потенциалу пульпы. Таким простым и общедоступным методом является исследование развернутого общего анализа крови, дающее информацию о состоянии регуляторных и иммунных функций организма [5,6,7,8,9]. Целью проведенного исследования являлось изучение интегральных лейкоцитарных показателей венозной крови больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом.

Материалы и методы исследования.

Характеристика обследуемого контингента больных. Было проведено клиническое обследование 22 больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом в возрасте до 40 лет. Группа формировалась из пациентов, обратившихся в учебно-клиническое отделение Института стоматологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, с целью санации полости рта. Пациенты были распределены по возрасту и полу, что представлено в таблице 1. Основное количество пациентов относилось к возрастной группе 20-29 лет и 15-19 лет, в большей мере были представлены женщины, их количество достигало 86,4%.

Таблица 1 - Характеристика обследуемого контингента больных по возрасту и полу

Пол		Женщины	%	Мужчины	%
Возрастная группа	15-19 лет	7	31,8%	2	9,1%
	20-29 лет	10	45,5%	1	4,5%
	30-36 лет	2	9,1%	0	0
	Всего	19	86,4%	3	13,6%

По данным анамнеза у 9 пациентов (40,9%) имелась общесоматическая патология, остальные 13 человек (59,1%) считали себя здоровыми. В таблице 2 представлен спектр общесоматической патологии в обследуемой группе.

Таблица 2 - Спектр фоновой общесоматической патологии у больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом

Наименование заболевания	Женщины	%	Мужчины	%
Хронический пиелонефрит	2	9,1%	0	0
Хронический гастрит	2	9,1%	0	0
Хронический гепатит	0	0	1	4,5%
Наличие аллергических реакций в анамнезе	4	18,2%	0	0
Итого	8	36,4%	1	4,5%

Диагноз ставили на основании результатов визуального осмотра кариозной полости, проведения основных и дополнительных методов исследования. При визуальном осмотре кариозной полости отмечали локализацию кариозной полости, состояние краев кариозной полости, количество, консистенцию и цвет размягченного инфицированного дентина, заполняющего кариозную полость. Проводили зондирование дна кариозной полости, отмечали реакцию пациента на зондирование, перкуссию зуба и пальпацию переходной складки в области проекции верхушек корней зуба. Состояние пульпы оценивали проведением общепринятых методов термометрии и

электроодонтометрии. У всех больных проводился забор венозной крови для проведения общего развернутого анализа крови. По показателям лейкограммы определяли тип адаптационной реакции, или индекс адаптации, а также интегральные лейкоцитарные показатели, характеризующие состояние неспецифической и специфической защиты организма. Тип адаптационной реакции определяли по Гаркави Л.Х. на основании соотношения процентного содержания лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов [5,6]. Различали ориентировочно- установочную реакцию тренировки (РТ) со значением соотношения 0,3-0,4, оптимальный тип реагирования – реакцию спокойной активации (РСП) со значением соотношения 0,5-0,6, реакцию повышенной активации (РПА) напряжения со значением соотношения 0,7-0,8. О срыве адаптационных процессов свидетельствовало выявление таких адаптационных реакций, как реакция острый стресс (РОС) и реакция хронический стресс (РХС) со значениями соотношения 0,1-0,2 при наличии соответствующих изменений показателей лейкограммы. Расчет интегральных лейкоцитарных показателей включал индексы, отражающие состояние неспецифической резистентности организма [7,8,9,10]. Нами были выбраны следующие индексы:

1. индекс соотношения процентного содержания нейтрофилов и лимфоцитов, характеризующего соотношение клеток неспецифической и специфической защиты организма;
2. индекс соотношения моноцитов и лимфоцитов, отражающего взаимодействие аффекторного и эффекторного звеньев иммунологического процесса;
3. индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов, характеризующего состояние компонентов микрофагальной и макрофагальной систем;
4. индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов, характеризующего состояние компонентов гиперчувствительности замедленного и немедленного типов;
5. индекс соотношения моноцитов и лимфоцитов, отражающего состояние системы фагоцитирующих макрофагов.

В качестве контроля использовали имеющиеся в литературе аналогичные показатели здоровых лиц [7]. Статистическую обработку полученного цифрового материала проводили общепринятым методом с получением средней арифметической – М, ошибки средней арифметической – м, достоверность полученных результатов оценивали на основании критерия достоверности Стьюдента –t.

Полученные результаты.

Все больные с быстро прогрессирующим кариесом жаловались на причинные боли от температурных и механических раздражителей и застревание пищи. В некоторых случаях кариозная полость обнаруживалась при осмотре из-за измененной в цвете нависающей и истонченной эмали. При визуальном осмотре кариозной полости обращали внимание нависающие края кариозной полости, которые закрывали узкий вход в кариозную полость. Кариозная полость была заполнена большим количеством размягченного, слабо пигментированного дентина, который легко экскавировался пластами. При зондировании дна кариозной полости отмечалась резкая болезненность. Реакция на температурный раздражитель была болезненная, но после устранения раздражителя исчезала. Перкуссия зуба и пальпация переходной складки были безболезненными.

Результаты определения типов адаптационных реакций у больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом.

Сложные нейроэндокринные изменения, лежащие в основе адаптивных процессов организма, находят отражение в клеточном составе белой крови. Результаты изучения типов адаптационных реакций в обследуемой группе больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом представлены в таблице 3 и показаны на рисунке 1 .

Типы адаптационных реакций у больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом.

Таблица 3

Группа	Реакция тренировки		Реакция спокойной активации		Реакция повышенной активации		Реакция острый стресс		Реакция хронический стресс	
	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%	абс. к-во	%
Больные с быстро прогрессирующим глубоким кариесом (n=22)	1	8,4	4	33,3	7	58,3	-	-	-	-

Рисунок 1

Таким образом, у больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом превалировала реакция повышенной активации (58,3%), которая является реакцией напряжения адаптивных процессов в организме, в то время, как оптимальный тип реагирования (РСА) встречался у 33,3% больных, а ориентировочно-установочная реакция тренировки встречалась значительно реже, всего лишь у 8,4% больных.

Результаты определения интегральных лейкоцитарных индексов у больных с быстро прогрессирующим кариесом.

По лейкограммам крови проводили определение пяти интегральных лейкоцитарных индексов. В таблице 4 и диаграмме 2 представлены результаты проведенного исследования.

Интегральные лейкоцитарные индексы крови у больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом (М±м).

Таблица 4

Группы	Индекс нейтрофилы лимфоциты	Индекс лимфоциты моноциты	Индекс нейтрофилы моноциты	Индекс лимфоциты эозинофилы	Индекс моноциты лимфоциты
Контрольная группа	2,54±0,11	6,59±1,34	17,3±3,42	17,3±3,42	0,1-0,3
Больные с быстро прогрессирующим глубоким кариесом	1,51±0,12*	4,67±0,39	6,91±0,63*	16,7±2,85	0,2±0,02

*- статистически достоверное различие с показателем контрольной группы.

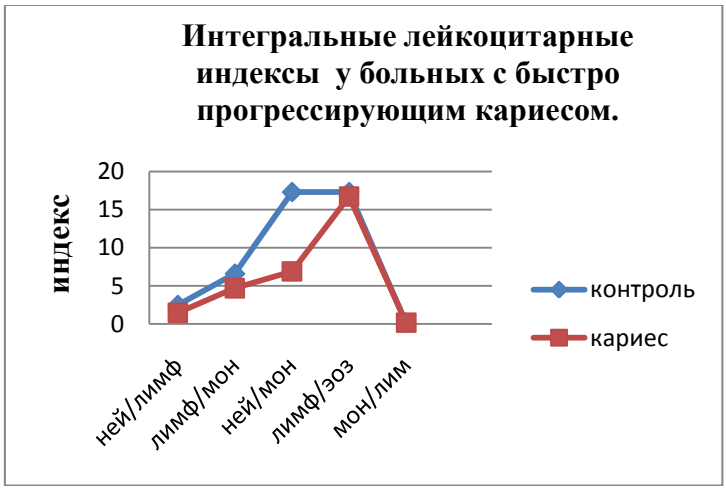


Рисунок 2

Из пяти примененных нами интегральных лейкоцитарных индексов обнаружено статистически достоверное уменьшение цифровых значений двух индексов: нейтрофилы/лимфоциты (P‹0,001) и нейтрофилы/моноциты (P‹0,001), свидетельствующее о имеющей место несостоятельности неспецифической

резистентности организма при быстро прогрессирующем глубоком кариесе.

Выводы.

1. У больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом отмечается напряженность адаптивных процессов, что подтверждается превалированием адаптационной реакции повышенной активации, которая встречалась в группе обследованных больных в 58,3% случаев.
2. Исследование интегральных лейкоцитарных индексов свидетельствует о несостоятельности неспецифической резистентности организма, о чем свидетельствует достоверное уменьшение индекса нейтрофилы/лимфоциты в 1,7 раза и индекса нейтрофилы/моноциты в 2,5 раза.
3. В протокол лечения больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом целесообразно включение методов и средств, направленных на оптимизацию защитного потенциала как организма в целом, так и пульпы.
4. В протокол лечения больных с быстро прогрессирующим глубоким кариесом показано назначение общеукрепляющей терапии с включением поливитаминных комплексов и кальций – содержащих препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 D. Ricketts. Management of the deep carious lesion and the vital pulp dentine complex // British dental journal. - 2001. - №11. - volume 191. - P. 606-610.
2 Bjorndal L. In deep cavities stepwise excavation of caries can preserve the pulp.// Evid Based Dent. – 2011. - №12. – P. 68.
3 Bjorndal L, Reit C, Bruun G, Markvart M, Kjaeldgaard M, Nasman P, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. // Eur J Oral Sci. – 2010. - №3. – P. 290-297.
4 Maltz M, Alves LS, Jardim JJ, Moura MS, Oliveira EF. Incomplete caries removal in deep lesions: a 10-year prospective study // Am J Dent. – 2011. - №4. – P. 211-214.
5 Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. - 2 изд. - Ростов-на-Дону: Ростов. ун-та, 1990. - 224 с.
6 Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. —М.: ИМЕДИС, 1998. — 656 с.
7 Черний В.И., Нестеренко А.Н. Нарушения иммунитета при критических состояниях: особенности диагностики.// Внутренняя медицина. – 2007. - №2(2). – С. 45-51.
8 Сперанский И.И., Самойленко Г.Е., Лобачева М.В.. Общий анализ крови все ли его возможности исчерпаны? Интегральны е индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективн ости проводимого лечения.//Здоровье Украины. — 2009. — № 6 (19). — С. 51—57.
9 Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы как критерий оценки тяжести течения ожоговой б олезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И. [и др.] // Ма териалы науч.практ. конференции «Сепсис: проблеми діагностики, терапії та профілактики» (29—30 марта 2006 г.). — Харьков: 2006. — С. 77—78.
10 Интегральные лейкоцитарные индексы как критерий оценки тяжести течения эндогенной интоксикации и эффективност и проводимого лечения у детей с атопическим дерматитом / Кобец Т.В., Гостищева Е.В., Кобец А.А. [и др.]//Республикан ская научнопрактическая конференция «От научных разработок к внедрению в практику: педиатрия и детская хирургия ». Алушта, 4—5 октября 2012. — [Электронный ресурс] — Режим доступа. URL: http://drcobez.narod.ru/st 025.htm (дата обращения 03.12.2012).

А.А. БАЯХМЕТОВА, С.Н. ЖАХАНОВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, стоматология институты, терапиялық стоматология пропедевтикасы модулі

ЖЫЛДАМ ДАМИТЫН АСҚЫНБАҒАН ТІСЖЕГІСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЖАЛПЫ ҚАН ТАЛДАУЫНЫҢ АҚПАРАТТЫЛЫҒЫ

Түйін: Жылдам дамитын терең тісжегінің емінде дәрігер-стоматологқа себепші тіс ұлпасының, жалпы ағзаның қорғаныс потенциалын бағалаудың клиникалық тәжірибедегі бар қолжетімді әдістері қажет болады. Бұл әдістерге ағзаның иммундық және реттеуші қызмет жағдайы туралы ақпараттық сипаттама бере алатын жалпы ашық қан талдамасын жатқызуға болады. Жылдам дамитын терең тісжегісі бар 22 науқастың көктамыр қанынан интегралды лейкоцитарлы индексі мен бейімделуші реакция типтері анықталды. Тісжегі үрдісінің жылдам дамитын түрінде бейімделуші үрдістің жоғары белсенділігі 58,3% жағдайда байқалды. Ағзаның спецификалық емес резистенттілік жағдайын сипаттайтын интегралды лейкоцитарлық индекстің айқын төмендуі байқалды. Осы топтағы науқасттардың емдеу протоколына ұлпаның, жалпы ағзаның қорғаныс потенциалын жоғарылатуға бағытталған емдеу әдістері мен емдік препараттар қосу дұрыс болады.

Түйінді сөздер: Жылдам дамитын терең тісжегісі. Ашық жалпы қан талдамасы. Интегралды лейкоцитарлық индекс.

A.A. BAYAKHMETOVA, S.N. ZHAHANOVA,V.R. DOLGIH

Institute of Dentistry of Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, module of propaedeutics therapeutic dentistry

INFORMING OF ANALYSIS OF BLOOD FOR PATIENTS WITH A QUICKLY MAKING PROGRESS DEEP CARIES

Resume: Treatment of rapidly progressing deep caries requires a different approach to the task of developing edema in the pulp and optimization of reversible changes in her defense mechanisms , which must be preceded by stimulating the formation of task substitution dentin. Treatment protocol developed rapidly progressing deep caries with the purpose of turning on the stage of the treatment of immune therapeutic bandages with 5 % tsikloferon ointment. Given the clinical evaluation of the effectiveness of the treatment protocol developed.

Keywords: Rapidly progressive deep caries , immunotherapy, performance evaluation.

УДК 616.313-003.7 + 616.316:612.313.64

У.Р. МИРЗАКУЛОВА, Р.С. ИБРАГИМОВА, А.Т. КОСМАГАНБЕТОВА,
Г.Н.АЛИМЖАНОВА, М.Ж. ОСПАНОВ
Казахский Национальный медицинский университет имени
С.Д. Асфендиярова, 5 городская клиническая больница г. Алматы.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ КРУПНЫХ СЛЮННЫХ КАМНЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Описаны редкие клинические наблюдения крупных слюнных конкрементов при слюннокаменной болезни с перфорацией стенок выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы.
Ключевые слова: *слюннокаменная болезнь, крупный слюнной камень (конкремент), мультиспиральная компьютерная томография.*

Среди патологии слюнных желез слюннокаменная болезнь (СКБ) встречается довольно часто и составляет от 30 до 78%. Конкременты, как правило, чаще локализуются в поднижнечелюстных (90-95%) и реже – околоушных (5-8%) слюнных железах [1]. Образование слюнного камня в малых слюнных железах встречается крайне редко.

Это полиэтиологическое заболевание, характеризующееся образованием слюнных камней в слюнных железах. В основе камнеобразования наряду с известными звеньями патогенеза (нарушения минерального обмена, нарушения секреторной функции и др.) лежат наличие врожденных изменений в слюнных железах по типу локального расширения (эктазии) протоков различного калибра и особенность топографии главного протока в виде ломаной линии с резкими изгибами, в которых формируется конкремент. В этих расширенных участках протоков при нарушении секреторной активности железы по типу гипосиалии скапливается слюна, и создаются благоприятные условия для образования слюнных камней. Нередко пациентам со СКБ ошибочно назначали лечение по поводу ангины, лимфаденита и других заболеваний. Известны случаи, когда больные получали лучевую терапию по назначению онкологов или проходили курс лечения по поводу туберкулеза поднижнечелюстных лимфатических узлов, а правильный диагноз слюнокаменной болезни им был выставлен значительно позже. Во многом такая ситуация обусловлена недостаточной информированностью врачей о клинических признаках СКБ. Кроме этого, зачастую обнаружить камень в железе сложно.

Клиническое течение заболевания и лечебная тактика врача зависят от расположения слюнного камня [2]. При расположении слюнного камня в протоке желез пациенты, как правило, обращаются к врачу в ранние сроки заболевания, диагностика его упрощается, удаление камня производится обычно амбулаторно. В случаях расположения конкремента в паренхиме поднижнечелюстной слюнной железы клинические проявления нарастают медленно, постепенно, диагностика производится в более поздние сроки, а удаление слюнного камня обычно производится вместе с железой.

Размеры конкрементов колеблются от 1 мм до 1,0 см. Очень редко встречаются крупные слюнные камни размером более 1,5 см, гигантские камни более 3 см - чрезвычайно редкий случай. Анализ литературы обнаружил только 16 клинических случаев с камнями более, чем 3,5 см [3].

В данной работе приводится описание клинических наблюдений формирования в поднижнечелюстной слюнной железе крупного конкремента.

Клинический случай 1. Пациент М.А., 54 года, обратился в клинику хирургической стоматологии с жалобами на наличие припухлости в поднижнечелюстной области справа, боли во время приема пищи, при глотании, невозможность приема пищи из-за усиления болей. Из анамнеза выявлено, что заболел 5-6 дней назад, лечился у врача-оториноларинголога по поводу ангины, но лечение было неэффективным. При объективном обследовании: страдальческое выражение лица, асимметрия лица за счет увеличения поднижнечелюстной слюнной железы справа, при пальпации она плотная, болезненная. В полости рта определяется картина абсцесса челюстно-язычного желобка, устье выводного протока гиперемировано, при пальпации железы секрета нет. Из-за инфильтрата в заднем отделе подъязычной области справа пропальпировать камень не удалось. Пациенту было произведено дренирование абсцесса под местным обезболиванием, получено большое количество гнойного отделяемого, назначено антибактериальное, детоксикационное лечение.

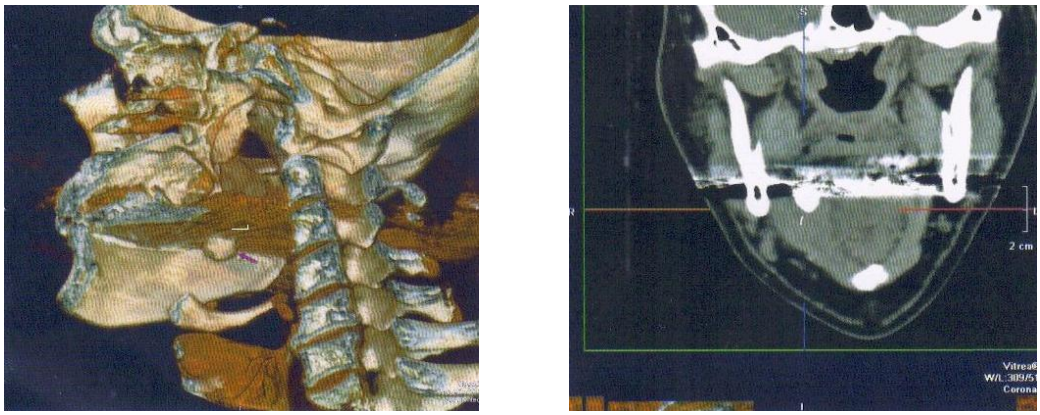
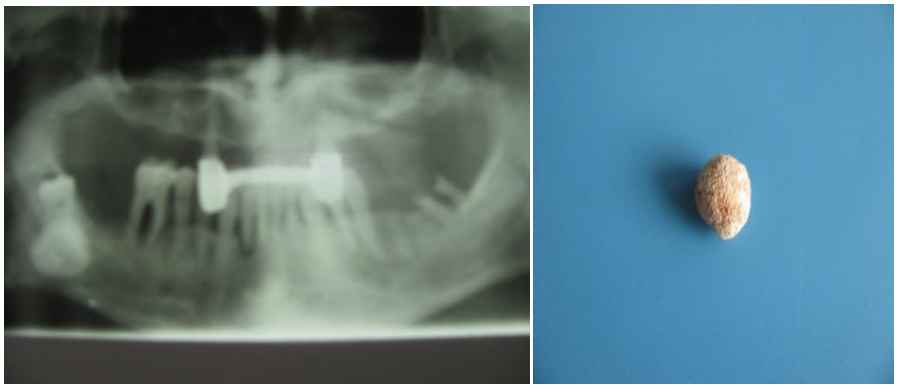


Рисунок 1 – мультиспиральныетомограммы пациента М.А., 54 г. В области протока и переднего отдела поднижнечелюстной слюнной железы справа определяется конкремент размерами 3,8 х 2,2 х 1,1 см.

На мультиспиральной компьютерной томограмме от 18.06.2012 года (рисунок 1) выявлено наличие слюнного камня в области верхнего отдела паренхимы поднижнечелюстной слюнной железы справа размерами 15х16 мм. После стихания воспалительных явлений пациенту было предложено оперативное лечение – удаление слюнного камня внутриротовым доступом с сохранением слюнной железы под общим обезболиванием. Пациент долгое время не решался на оперативное лечение в связи с имеющимися сопутствующими хроническими заболеваниями – артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Через 1 год произошла

перфорация слизистой оболочки в заднем отделе подъязычной области и слюнной камень был удален.

Клинический случай 2. Пациент К., 60 лет обратился в приемное отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие припухлости в поднижнечелюстной области справа, боли при глотании, усиливающиеся во время приема пищи. Болен в течение 5-6 лет, неоднократно обращался в поликлинику по месту жительства, из которой в последний раз был направлен к онкологу с подозрением на наличие метастаза. При объективном осмотре лицо асимметрично за счет увеличения поднижнечелюстной слюнной железы справа, при пальпации плотная, болезненная. В полости рта в заднем отделе подъязычной области определялся дефект слизистой оболочки размерами около 1,3 см в диаметре, на дне которого при зондировании определялось плотное инородное тело. На ортопантомограмме определялась «тень» слюнного камня на уровне лунки ранее удаленного 4.7 зуба. 4.8 зуб находился в дистально-косом положении, не прорезался, был прикрыт слизистой оболочкой (Рисунок 2). Под местным обезболиванием произведено удаление слюнного камня через дефект слизистой оболочки.



А Б

Рисунок 2 - А - На ортопантомограмме пациента К. определяется «тень» слюнного камня поднижнечелюстной слюнной железы справа на уровне лунки ранее удаленного 4.7 зуба. Б –удаленный слюнной камень

Случай 3. Мужчина 43 лет обратился в клинику хирургической стоматологии Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова с жалобами на наличие болей и припухлости в подъязычной и поднижнечелюстной областях справа, затруднение приема пищи, обусловленное увеличением во время приема пищи припухлости в поднижнечелюстной области справа. Из анамнеза выяснено, что у пациента в течение длительного времени (около 5 лет) периодически возникала припухлость в этих областях, однако за медицинской помощью он не обращался, самостоятельно принимал антибиотики.

При осмотре: лицо асимметрично за счет увеличения правой поднижнечелюстной слюнной железы в размерах, при пальпации она плотноватая, умеренно болезненная, подвижная. Открывание рта свободное. В правой подъязычной области на уровне 4.3-4.7 зубов определяется дефект слизистой оболочки длиной около 3,4 см, через который зондируется плотное образование темно-желтого цвета с неровной поверхностью. Слизистая оболочка в области устья главного выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы гиперемирована, отечна. Устье расширено и зияет, при зондировании определяется расширение переднего отдела протока, далее зонд упирается в плотное образование. При массировании поднижнечелюстной железы мутная слюна с примесью гноя в небольшом количестве с трудом выделяется через описанный выше дефект, из устья протока отделяемого нет.

Пациент был направлен на мультиспиральную компьютерную томографию. На томограммах выявлен крупный конкремент размерами 3,8 х 2,2 х 1,1 см, расположенный в протоке поднижнечелюстной слюнной железы справа (рисунок 3).

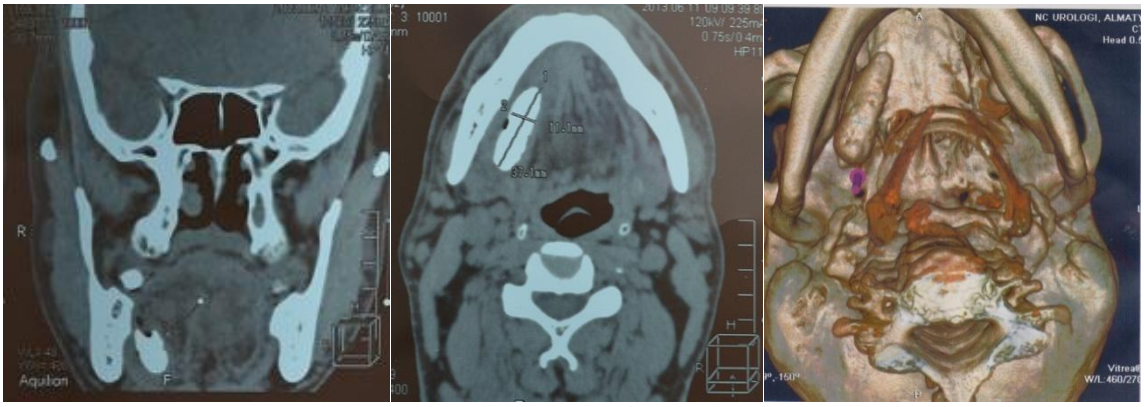


Рисунок 3 – Мультиспиральныетомограммы пациента К.С., 43 г. В области протока и переднего отдела поднижнечелюстной слюнной железы справа определяется конкремент размерами 3,8 х 2,2 х 1,1 см.

Пациент был госпитализирован в челюстно-лицевое отделение городской клинической больницы №5 г. Алматы, где проведено его обследование. В общем анализе крови выявлены лейкоцитоз (количество лейкоцитов – $8,1x10^9$), ускорение СОЭ до 17 мм/час. Показатели общего анализа мочи, биохимического анализа крови были в пределах нормы. Под местным обезболиванием проведена операция удаление слюнного камня внутриротовым доступом. Конкремент желтоватого цвета, неправильной формы в виде «калоши» с неровной поверхностью, уплощенный (Рисунок 4). Вес удаленного конкремента составил 6,85 г.

А) Б)

Рисунок 4 - Размеры конкремента в длину (А), толщину(Б)

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Данный клинический случай представляет особый практический интерес. Известно, что обычно крупные камни локализуются в самой железе, а в данном наблюдении гигантских размеров и необычной формы камень сформировался в поднижнечелюстном (вартоновом) протоке, что послужило причиной перфорации его стенки и слизистой оболочки подъязычной области справа.

Таким образом, в приведенных клинических случаях наблюдались крупные слюнные камни в протоках поднижнечелюстной слюнной железы, которые по разным причинам своевременно не были удалены и, достигнув больших размеров, а в одном случае - гигантских, перфорировали стенку протока и слизистую оболочку полости рта. Представляет интерес факт, что обычно, при локализации камня в протоке клиника проявляется «слюнными коликами» ещё при маленьких размерах конкремента (3-4 мм в диаметре), а в приведенных примерах развитие заболевания происходило без ярко выраженной картины. По-видимому, это обусловлено выраженной эластичностью (растяжимостью) стенок протока, что позволяло слюне находить выход через проток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Афанасьев, В.В. Слюнные железы // Болезни и травмы: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С. 212.
2 Афанасьев, В.В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение) – М., 1995. – 90 с.
3 Dr. Moutaz Al Khen, DDS, MSc - Dr. Bader E. Abdeen, DDS / Dr. Moutaz Al Khen // Необычно большой слюнной камень поднижнечелюстной слюнной железы. – 2008. – С. 55-59.

U.R. MIRZAKULOVA, R.S. IBRAGIMOVA, A.T. KOSMAGANBETOVA,G.N. ALIMJANOVA, M.J. OSPANOV
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

THE CLINICAL OBSERVATIONS OF THE LARGE CONCREMENTIONS OF THE SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND AT SIALOLITHIASIS

Resume: The paper describes the rareclinical observations of largeconcrementions at sialolithiasiswith perforation of the excretory duct's wallsof the submandibular salivary gland.
Keywords: sialolithiasis,large calculus (concrementions), multislice computed tomography.

Ұ.Р. МЫРЗАҚҰЛОВА, Р.С.ИБРАГИМОВА, А.Т.ҚОСМАҒАНБЕТОВА, Г.Н.ӘЛІМЖАНОВА, М.Ж. ОСПАНОВ
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, 5-ші қалалық клиникалық аурухана, Алматы.

СІЛЕКЕЙ ТАС АУРУЫНДА КЛИНИҚАЛЫҚ БАҚЫЛАНҒАН ТӨМЕНГІ ЖАҚ АСТЫ СІЛЕКЕЙ БЕЗІНДЕ ІРІ СІЛЕКЕЙ ТАСЫ

Түйін: Төменгі жақ асты сілекей безінің өзегінің қабырғасын тесіп шыққан ірі (үлкен) тастың клиникада кездескен жағдайы жазылған.
Түйінді сөздер: сілекей тас ауруы, ірі сілекей тасы, мультиспиральды компьютерлі томография

УДК 378/075.8/:61.31.

А.А.КАБУЛБЕКОВ, Г.Т.ЕРМУХАНОВА, Ж.А. КИСТАУБАЕВА
Модуль стоматологии детского возраста, КазНМУ

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

На основании проведенных профилактических работ выбраны наиболее эффективные методы предотвращения болезней пародонта у детей. В профилактике стоматологических заболеваний для достижения результатов, по рекомендации ВОЗ, предлогается своевременно проводить первичную профилактику и необхомо начинать эти меры с младенческого возраста. Тогда профилактические они будут эффективнее и не затребуют больших денежных вложений.
Ключевые слова: *стоматология, профилактика, гигиена полости рта, дети, методы.*

При выяснении анамнеза у детей с болезнями пародонта, необходимо обратить внимание на пре- и пубертатный периоды развития, наличие системных заболеваний у них. Основной причиной катарального гингивита является микробная бляшка. При этом дети жалуются на боли, жжение в деснах, спонтанную кровоточивость. Слизистая оболочка десен отечна и гиперемирована(1,2,4,6-8,10-12). *Хроническая форма гингивита* может возникнуть не только от микробного налета, а также от дефектов пломбирования или ортодонтического лечения и других причин. Генерализованные поражения десневого края располагается симметрично в области передних зубов на обеих челюстях, что свидетельствуют о влиянии раздражающих общих факторов риска(6,14).

Ювенильный гингивит проявляется у подростков, в период полового созревания, как катаральный и исчезает через 2—3 года, но может перейти в хронический пародонтит. Наиболее распространены гингивиты у девочек 10—11 лет, а у мальчиков 14—15 лет(6). Жалобы при хроническом катаральном гингивите слабо выражены, основные из них — кровоточивость при приеме жесткой пищи и чистке зубов, а также запах изо рта. Слизистая оболочка десны синюшная, слабоотечная, выражен вазопарез (медленно исчезающий след при надавливании пинцетом). Проба Шиллера—Писарева положительная.

Степень тяжести гингивита определяется совокупностью общих изменений в организме ребенка и степенью вовлечения десневого края в воспалительный процесс. Гингивит легкой степени ограничивается вовлечением в патологический процесс межзубных сосочков, средней степени — вовлечением в процесс межзубного и маргинального участков десны; а тяжелой форме присуще - поражение всех отделов десны. Начало и развитие гингивита не сопровождается болью, поэтому пациенты за врачебной помощью не обращаются, однако для уменьшения кровоточивости они перестают чистить зубы, употребляют только мягкую пищу, что ведет к быстрому ухудшению состояния десны.

Хронический катаральный гингивит в стадии обострения характеризуется болевыми ощущениями, резкой спонтанной кровоточивостью десен. При этой форме воспаления десневого края часто отмечается поражение всех трех участков десны. При фиброзной форме гингивита преобладает снижение общей и местной резистентности. Язвенный гингивит может быть симптомом тяжелого течения острого инфекционного заболевания (острый герпетический стоматит, ветряная оспа и др.).

В возрасте до 3 лет наличие язвенного гингивита при отсутствии острого инфекционного заболевания позволяет думать о болезнях крови. У детей среднего и старшего школьного возраста язвенный гингивит может встречаться как самостоятельное заболевание. Процесс начинается с катарального гингивита, затем происходят некроз и изъязвление десны с гнилостным запахом изо рта. Некротизированная десна в виде серой каймы покрывает изъязвленный край. Характерно отложение зубного камня и налета. У ослабленных детей некротический процесс быстро прогрессирует вглубь и по периферии. Заболевание протекает с выраженной интоксикацией, повышением температуры тела. Ребенок отказывается от еды, плохо спит, капризничает. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Обнаруживаются изменения в форменных элементах крови, повышается СОЭ(1-4).

Нами выявлена периодизация в динамике развития химического состава в костной ткани челюстей и зубов. Количество кальция у новорожденных и детей первого года колебалось 50-55% веса костей, в то время у взрослых- до 70%. В кости и зубах происходит постоянная перестройка, в результате в них образуется ткань, которая способна на обмен. Снижение минеральной плотности костей при остеопатии и остеопарозе, по-видимому, является истинной причиной деминерализации зубов и челюстей. Установлено, что 75% детей испытывют дефицит кальция в своем развитии и если этот дефицит не восполняется, то распространенность кариеса доходит до уровня 90,3%, а болезнь пародонта-до 77,7%. При обследовании установлено, что среди здоровых детей остеопатии встречаются у 10-30%, а у взрослых- 50%. При лечении остеогеноном в соотношении кальция и фосфора 2:1 получили снижение распространнености кариеса (14).Из 90-93% обследованных у 56% детей обнаружены гингивиты, у 17%-пародонтиты (2). Дети жалуется на кровоточивость, запах из рта, даже в этих условиях часто они не обращаются к стоматологу, болезнь запускается. Они обращаются к стоматологу, в основном, с установленном диагнозом гингивит и деминерализацией эмали в пришеечной области.

Нами проведено комплексное лечение участков деминерализации с ипользованием пасты из дигидромонофосфата кальция, при этом установлено у 57% детей отмечены восстановление участков деминерализации и цвета, чувствительности эмали. Предложенная нами данная паста из монофосфата апробирована в ЦНИИС г. Москвы и доказана ее эффективность. Она является наиболее растворимой из солей кальция и фосфора и при ее применении процессы деминерализации в эмали у детей не отмечены. У детей школьного возраста рацион питания не дифференцировался по возрасту и расходу энергии. При проживании детей в условиях загрязненного воздуха нами установлена, что распространенность кариеса к них была выше на 12%, по сравнению с контрольной группой из чистого района.

Гипертрофическая форма гингивита характеризуется пролиферацией десны на различных ее участках. Существенную роль в развитии гингивита играют гормональные сдвиги (пре- и пубертатный периоды развития ребенка), беременность, дефицит витамина С. Наиболее частой местной причиной развития такой патологии является скученное положение зубов. При этом очаговый гипертрофический гингивит развивается под действием механической травмы.

В практической работе врача часто выделяют активное течение пародонтита или ремиссию. Пародонтит может быть локализованным или генерализованным. Частыми причинами *локализованного* пародонтита являются аномалии положения зубов и прикрепления мягких тканей к лицевому скелету и функциональная перегрузка отдельных зубов. *Генерализованный* пародонтит у здоровых детей встречается после 10 лет. (3,5,13).

Болезни пародонта, по нашим данным, 70-80 % встречаются у 12-15-летних подростков. Кровоточивость десен наблюдается у 9%, зубной камень — до 62 %,

патологический карман — у 4 % школьников этого возраста. Признаки поражения тканей пародонта встречались и в 7-летнем возрасте.

У подростков заболевание протекает тяжело, с быстрым прогрессированием. Характерны жалобы на зуд в деснах, чувство распирания, желание сжать челюсти, кровоточивость десен. Слюна густая, имеет плохой вкус и дурной запах изо рта. Экссудат может быть гнойным и геморрагическим. Постепенно развивается подвижность зубов, глубина морфологических изменений в кости обычно соответствует тяжести гингивита.Наиболее характерный вид рассасывания костной ткани лунок—воронкообразная резорбция в области моляров. При тяжелой стадии заболевания подвижность зубов резко выражена и часто не соответствует степени деструкции костной ткани. Если прорезывание зубов сопровождается гингивитом, то у детей с 3 лет болезнь усугубляется образованием патологических зубодесневых карманов, резорбцией кости альвеолярного отростка, подвижностью и ранней потерей молочных зубов. При поражении пародонта постоянных зубов к 12—14 годам отмечается потеря зубов.

В период обострения процесса отмечается абсцедирование. Однако деструктивный процесс в костной ткани челюсти ограничен лишь областью альвеолярного отростка и, как правило, имеет четкие границы. Пользование протезами может приводить к образованию язв в местах прилежания протеза. На языке, небе могут быть эрозии округлой формы диаметром от нескольких миллиметров до 1,5—2 см. Основание этих элементов обычно кровоточит. Заживление ран идет медленно. Комплексное лечение этих детей проводят гематолог, педиатр и стоматолог. О стабилизации патологического процесса в тканях пародонта свидетельствуют отсутствие рецидивов, стихание воспалительных явлений, укрепление зубов, восстановление их функции, появление очагов уплотнения костной ткани, особенно в тех участках, где ранее обнаруживался остеопороз.При консервативном лечении идиопатических заболеваний с прогрессирующим лизисом тканей и пародонтом, физиотерапия не показана.

Возможные причины неудовлетворительных результатов профилактики болезней пародонта у детей:

– невнимательность врачей и пациентов к появлению первых признаков;
– отсутствие мотивации к профилактике и лечению со стороны детей и их родителей;
– недостаточное обучение навыкам гигиены полости рта и отсутствие контроля со стороны родителей;
– отсутствие комплексного подхода при лечении и профилактике ;
– несоблюдение последовательности при проведении лечебно-профилактических мероприятий;
– отсутствие контакта стоматолога с пациентом и врачами других специальностей.

Выбор наиболее эффективных способов профилактики и лечения пациента осложняется разнообразием клинических проявлений заболеваний пародонта, поэтому требуются всестороннее обследование пациента и постановка развернутого диагноза. Это дает возможность вовремя, а значит и более эффективно влиять на развитие болезней пародонта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Безруков А.М. Справочник по стоматологии. - М.: 1988. - 656 с.
2 Боровский Е.В. Справочник по стоматологии. - М.: 2002. - 736 с.
3 Ермуханова Г.Т. Мат республиканской конференции // Мат.респуб. конференций. – Алматы: 2013. – С. 65-68.
4 Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. - М.: 1988. - 254 с.
5 Кабулбеков А.А. Профилактика стом. заболеваний у детей. – Алматы: 2007. – 112 с.
6 Кисельникова Л.П. и др. Детская тер.стоматология. - М.: 2009. – 126 с.
7 Курякина Н.В. Терапевтическая стом. детского возраста. – М.: 2004. - 744 с.
8 Леонтьев В.К. и др. Руководство по терапевт.стоматологии. - М.: 2010. – 165 с.
9 Леус П.А. Задачи по внедрению массовой профилактики стом. Заболеваний // Стоматология. – 1990. - №3. – С.4-6.
10 Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта. - М.: 2003. – 186 с.
11 Мирзабеков О.М. и др. Государственная программа профилактики стоматологических заболеваний. – Алматы: 1993. – 215 с.
12 Мырзабеков О.М. и др. Профилактика стом.заболеваний. – Алматы: 2009. – 446 с.
13 Супиев Т.К.,,Негаметзянов Н.Г. Мат. республиканской конференции. – Алматы: 2013. – 147 с.
14 Садыкова В.Б. Современный взгляд на проблему остеопатии и остеопарозов у детей – Алматы: 2010. - 140 с.
15 Хоменко Л.А. Терапевтическая стом.дет.возраста. – Киев: 2007. – 168 с.

А.А. КАБУЛБЕКОВ, Г.Т. ЕРМУХАНОВА, Ж.А.КИСТАУБАЕВА

БАЛАЛАРДЫҢ ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Өткізіген профилактикалық жұмыстардың негізінде пародонт аурулардының профилактикасының тиімді әдістері талданды.Стоматологиялых аурулардың алдын алуда, ДДҰ-дың ұсыныстарын орындауда жоғарғы көрсеткіштерге жету үшін біріншілік профилактиканы уақтылы және баланың сәби кезінен басталуы талданды. Сонда жүргізілген профилактикалық шаралар тиімдірек болады және көп қаражатты керек етпейді.

Түйінді сөздер: стоматология, профилактика, ауыз қуысының тазалығы,сәбилер, әдістер.

A.A. KABULBEKOV, G.T.YERMUKHANOVA, J. A. KISTAUBAEBA

FEATURES PROPHYLAXIS OF TOOTH DECAY FOR THE CHILDREN

Resume: On the basis conducted preventive works is discussing the most acceptable methods of the warning dental diseases. For achievement high result in preventivemaintenance dental diseases, the execution WHO's recommendations carry on this problem is offered well-timed undertaking the primary preventive maintenance, as from early baby age as follows. The System method of the preventive maintenance called on at child's early years is most acceptances and does not require the greater expenses.

Keywords: dentistry, preventive maintenance, hygiene to cavities of mouth, children of the preschool age, methods, spreading of caries.

УДК 616.311.2-002-08:615.32

Б.Б. МАНГЫТАЕВА, Б.М. УРАЗБАЕВА, Б.А. БАЙГУТДИНОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ стоматология институтының терапиялық стоматология кафедрасының ассистенттері. Алматы

ҚЫЗЫЛИЕК ҚАБЫНУЫН ЕМДЕУДЕ ТАБИҒИ ҚҰРАМДАС ПРЕПАРАТТЫ ҚОЛДАНУ

Пародонт ауруларына кешенді емдеу кезінде қолданылған «Асыл Арман» бальзамын бағалау. «Асыл Арман» бальзамы: қабынуға қарсы, антибактериалды, аналгетиқалық және регенерацияны белсендіретін әсері бар кең спектрлі фитокомплекс.Қызылиек қабынуларын кешенді емдеу іс шараларында қызыл иек байламы және қызыл иек массажы ретінде 7-10 күндік курспен қолдануға ұсынылады.

Түйінді сөздері: *Синтетикалық дәрілер, халық медицинасы, емдік шөптер, табиғи минералдар.*

Зерттеудің өзектілігі.
Қандай да бір аурудың дамуында қомақты орынды организмнің резистенттілігі,яғни зақымдаушы агентке қарсы тұру қасиеті маңызды рөл ойнайды. Организмнің реактивтілігі тұқымқуалаушылықтан басқа қоршаған орта жағдайына, әлеуметтік факторларға, басынан өткізген және қазіргі кездегі аурулары мен жағдайына байланысты. Қабыну – бұл ағзаның әр түрлі сыртқы және ішкі зақымдағыш факторлардың әсеріне жауап ретінде пайда болатын күрделі жалпы биологиялық реакция.
Соңғы жылдары көптеген синтетикалық препараттар біздің ағзамызбен үйлеспейтіндігіне көп көңіл бөлінуде.Медицинада қолданылатын кейбір препаратардың жанама әсерлері біздің денсаулығымызға кері әсерлерін тигізеді. Бүгінгі күні ұзақ ғасырлар бойы халық медицинасында қолданыста жүрген емдік шөптер мен табиғи минералдардың денсаулыққа тигізер оң әсерлерін растайтын көптеген ғылыми зерттеулер бар. Стоматологиялық аруларды емдеуде дәрігер–стоматологтарға жаңа препараттарды ұсыну үшін осы дәрілердің құрамындағы заттардың қасиеттерін зерттеу қажет.сонымен қатар препараттардың қол жетімділігі, үй жағдайында қолдануға қолайлылығы және ұзақ қолдануға болатындығы қарастырылады. [1] .Осы топқа «Асыл Арман» бальзамы да жатады [4] .Құрамы: ара балауызы 10%, эфир майы 1% , күнбағыс майы 60%, зәйтүн майы 20%, қылшықты панацерия шөбі 5% , түйе жапырақ тамыры 4%. Ара балауызы өте күрделі, үш жүзге жуық органикалық және минералды заттардан тұратын қоспа.Түйе жапырақ тамырыилулинге, минералды заттарға(селен, цинк, марганец,темір, калий,магний,хром, фосфор,кальций, мыс тұздарына),майлы қышқылдарға (олеин,стеарин, палмитин,линоль) эфир майларына, флавоноидтарға,протеинге өте бай.Панацерияныңфармакологиялық қасиеті қан тамырларын кеңейтеді, тыныштандыратын әсер береді, ауыру сезімін басады.Зәйтүн майындаолеин және линолен қышқылдары, А,Д,Е,К витаминдері бар. Қабынуға қарсы әсері бар. Эфир майы**:** иммунитет жоғарылатады, қабынуға қарсы, бактерацидттік әсері бар. [3]
«Асыл Арман» бальзамы:баспа мен тонзилитте антибактериальді қасиеті зерттелген, бадамша бездін іріңді қабынудағы өңезді тазалап, ісінуді басады, иммунитетті жоғарылатады. Терапиялық стоматологияда осы бальзамның қасиеттері зерттелмегендіктен біз қызылиек қабынуында аталған бальзамды зерттеп көрдік.

Зерттеу мақсаты. Қызыл иек қабынуын кешенді емдеуінде емдік шөптер экстрактары мен табиғи минералдарға бай «Асыл Арман» бальзамының клиникалық тиімділігін зерттеу.
З**ерттеудің әдістері мен материалдары.** Клиникалық зерттеулер ҚазҰМУ-дың терапиялық стоматология пропедевтикасы модулінде өткізілді.
- Зерттеуге жалпы соматикалық ауруы жоқ жүкті әйелдер алынды.
- Науқастардың ауыз қуысына толық санация жүргізілді.
- РМА индексі және Мюллеман бойынша қызыл иек қанағыштығы анықталды.

1 клиникалық жағдай. Науқас 25 жаста. Шағымы: қызылиегінің ісінгеніне, ауыздан жағымсыз иістің шығуына және тісін тазалаған кезде өздігінен қанағыштығына шағымданады. Anamnesis vitae: қызылиек ауруын жүктілікпен байланыстырылады.Қарап тексергенде қызылиек қатты домбыққан және алқызыл түстенген, беті тегіс , жылтыр, бүртіктерінің, көлемі үлкейген. Сипап басып тексергенде: қызылиек қатты ауырады. Шұқып тексеру: маргинальды қызыл иек тез қанағыш. Диагноз: Қызылиектің жедел катаралды қабынуы.1- сурет
2 клиникалық жағдай. Науқас: 35 жаста. Шағымы: қызылиегінің, көбінесе, тісін тазалағанда, ас шайнағада аздап ауыратынына және қанайтынына шағымданады. Кейде аузынан нашар иіс шығып, әртүрлі дәм сезеді.Anamnesis vitae: жоғарыда айтылған белгілер күз-көктем айларында байқалады. Уақыт өте келе байқамай кеткен.Қарап тексергенде: қызылиек аздап домбығып, көкшіл-қызыл түстенген, қызылиек бүртіктерінің көлемі үлкейген. Сипап тексергенде: қызылиек ауырады.Шұқып тексергенде: қызылиектің қанағыштығы байқалады. Қызылиек жиегінің қалыңдауына байланысты кейде жалған пародонталдық қалталар бар сияқты көрінеді. Диагноз: Қызылиектің созылмалы катаралды қабынуы. 2-сурет
3 клиникалық жағдай. Науқас 36 жаста. Шағымы: Қызылиегінің қатты қанағыштығына, тағам шайнағанда сыздап ауыратынына, эстетикалық ыңғайсыздыққа, ауызынан жағымсыз иіс шығатынына, қызыл иек бүртігінің домбыққандығына шағымданады. Анамнез vitae: қызыл иек бүртіктерінің ісінгендігі жүктілік кезеңмен байланыстырады. Қарап тексергенде қызылиек жиегі қатты қалыңдаған, тістер-аралық бүртіктердің көлемі әртүрлі дәрежеде домбыға ұлғайған, әртүрлі деңгейде өскен бүртіктер тістер сауытын кейде толық жауып, тістеу қыры мен шайнау беттеріне дейін жеткен. Шұқып тексергенде: Қызылиектің қанағыштығы байқалады. Диагноз: Қызылиектің өсе қабынуы. 3-сурет

1-ші сурет 2-ші сурет 3-ші сурет

Емдеу жоспары:

а)этиотропты терапия: микробтық тоғаны жою, оның тіс бетіне жиналуына жол бермеу,қызылиек үсті,асты тіс тастарын алу және тіс бетін мұқият жылтыратып тазалау, арнайы тіс қақтарының индикаторы арқылы ауыз қуысының гигиенасын коррекциялау және бақылау, тіс қатарын толықтай сауықтандыру,окклюзиялық жарақаттарды таңдамалы егеу арқылы жою

б) патогентикалық терапия:қан тамырларына (микроциркуляторлы) әсер етіп,зат алмасу үрдісін жақсарту, қан тамыр тіндерінің өткізгіштігін жақсарту

Жұмыс істеу реттілігі:

- Аппликациялық жансыздандыру.
- Скейлер көмегімен қызылиек үсті және асты тіс тастарын алу.
- Тістің бетін циркон пастасымен жылтырату.
- Қызылиекті 3%сутегінің асқын тотығымен өңдеу.
- Құлақ маңындағы сілекей бездерін мақта анжымен оқшаулау.
- Қызылиекті кептіру және «Асыл Арман» бальзамынан 20 минут бойы аппликация жасау.

Ақыл кеңес:

- Үйде науқас өздігінен қызылиегіне бальзаммен массаж жасайды.

Зерттеудің нәтижесі. Зерттеудің нәтижесі бойынша науқастар үшінші күннен бастап қанағыштығы тоқтағандығының, ауру сезімінің басылғандығын айтады. Объективті қарап тексергенде қызыл иек бүртіктерінің көлемінің кішірейгендігін және тығыздалғандығын байқаймыз. Ауыздан жағымсыз иістің шығуы жойылады. Емнің нәтижелігін РМА индексі нәтижесі арқылы бағаланды.

Емге дейін Емнен кейін

Зерттеудің қортындысы:

Қорытындылай келгенде қызылиек қабынуларында синтетикалық медикаментозды дәрі-дәрмектерден басқа табиғи құрамдас дәрі дәрмектердің емдік әсерінің жоғары екендігін анықтадық. Қызылиек қабынуының әр түрлі формасын «Асыл Арман» бальзамын қолданып емдегенде позитивті көріністерін байқадық. Қабыну индексі интенсивтілігінің төмендеуі , препараттың емдік профилактикалық қасиетінің жоғары екендігін көрсетеді. Осының барлығы дәрігер-стоматолог тәжірибесінде қызылиек қабынуларын кешенді емдеу іс-шараларында қолдануға ұсынылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Сапаева Н.Г. Кунанбаева Т.С.Кумарбаева А.Т. «Изучение антимикробных свойств Малавита» // Проблемы стоматологии. – 2010. - №1-2. – С. 47- 66.

2 А. П. Горкин Лекарственные растения.// Биология. Современная иллюстрированная энциклопедия . - М.: Росмэн, 2010. - С. 320-322 .

3 АСЫЛ АРМАН КАЗАХСТАН // Наше здоровье от нашей природы URL: http://asyl-arman.satu.kz

4 Сапаев Н.Г.Кумарбаева А.Т. Отечественные препараты при лечении патологии пародонта // DENTIST ҚАЗАҚСТАН . - 2008. - №7. - С. 48-49.

5 Кунанбаева Т.С., Кумарбаева А.Т. Применение новых отечественных препаратов «Фитолек» - при лечении стоматологических заболеваний // Стоматология мәселері. – 2009. - № 3-4. – С. 41-42.

Б.Б. МАНГЫТАЕВА, Б.М. УРАЗБАЕВА, Б.А. БАЙГУТДИНОВА

Кафедра терапевтической стоматологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПРАТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАРОДОНТА

Резюме: Дана оценка применения бальзама «АсылАрман» при комплексном лечении заболеваний пародонта. Фитокомплексный бальзам обладает широким спектром действия: противоспалительным, антибактериальным, анальгезирующим и ранозаживляющим. Рекомендуется применение бальзама в виде десневых повязок и при массаже десны курсом до 7-10 дней

Ключевые слова: синтетический, народная медицина, лечебные травы, природные минералы.

B.B. MANGYTAEVA, B.M. URAZBAEVA, B.A. BAYGUTDINOVA
Therapeutic dentistry
S.D. Asfendiyarov KazNMU, Almaty

APPLICATION OF NATURAL ORIGIN PREPRATY AT TREATMENT INFLAMMATORY DISEASE OF PARADONTIUM

Resume: The assessment of application the balm AsylArman is given at complex treatment of diseases parodont. Phytocomplex balm possesses a wide range of action: render action anti-inflammatory, antibacterial, anesthetizingand stimulating regeneration. Balm application in the form of desnevy bandages and at gum massage is recommended by a course till 7-10 days.
Keywords: synthetic, traditional medicine, medicative herbs,natural minerals

УДК 616.711. 616.728.2

Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ, К.Т. БЕГИМБЕТОВА, Д.К. ГАЙСИНА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Институт стоматологии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И КРЫЛА НОСА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

Опубликованы результаты оперативного лечения 16 взрослых больных с расщелинами верхней губы после первичной хейлопластики. Дано обоснование комплексного подхода в диагностике и выборе метода вторичной хейлоринопластики. У 9 больных для восполнения «костной основы» применен костный цемент «Palacos R».
Ключевые слова: *Хейлоринопластика, полиметилметакрилат.*

Одним из наиболее распространённых пороков развития лица является врождённая расщелина верхней губы, которая встречается,по данным разных авторов,от 1-2 на 1000 до 1 на 300 новорождённых, среди которых 66% детей имеют одностороннюю расщелину [3, 4].

Количество взрослых пациентов с последствиями первичной хейлопластики, обращающихся за хирургической помощью, в последнее время неуклонно растет. Так за 2012 год в ЧЛО №1 ГКБ №5 г. Алматы проведено 16 таких операций, а возраст этих больных колебался от 17 до 30 лет, хотя была оперирована и одна 54 летняя пациентка. Причину роста данной группы больных мы связываем с тенденциями современного общества, с возрастающими требованиями человека к своей внешности. Если ранее обращались лица с существенными функциональными нарушениями, то в последнее время основным пожеланием пациентов является эстетический эффект от предстоящей операции, и данный критерий становится все более доминирующим среди больных после первичной хейлоринопластики.

Неудовлетворительные исходов первичной хейлоринопластики , их причины сследованы многими авторами[1, 2], и в обобщенном нами виде заключаются в следующем:

-изначальной сложности решения данной проблемы, связанной с тем, что имеющийся при этом пороке дефицит тканей верхней губы, носа и верхней челюсти вследствие их недоразвития, создают значительные трудности при формировании анатомически и функционально полноценных верхней губы и носа;

-несовершенстве существующих методов первичной хейлоринопластики, имеющих ряд недостатков: деформация крыла носа в виде дорсального прогиба остаётся некорригированной; дистопированное основание крыла носа исправляется незначительно; по краю фильтрума образуется заметный послеоперационный рубец приводящий к его укорочению; укорочение коллумелы со стороны расщелины также сохраняется. Зачастую эти способы, как бы преднамеренно планируют ещё и вторичную корригирующую операцию в будующем.

-даже при благоприятном ближайшем результате первичной хейлоринопластики не исключается, а во многих случаях и прогнозируемо развитие деформаций верхней губы и особенно носа в послеоперационном периоде, что связано с неравномерным ростом и развитием первично атрофированных тканей: мышечных волокон, альвеолярного отростка по краям дефекта. В связи с чем, некоторые авторы придерживаются консервативного подхода к исправлению деформаций носа, считая, что хирургическую коррекцию следует производить только после завершения роста верхней челюсти и тканей лица. Таким образом, целью настоящего исследования явилось улучшение результатов вторичной хейлоринопластики у больных с врождённой расщелиной верхней губы.

Материал и методы исследований: Были изучены результаты первичной хейлопластики у 18 больных, 16-ти из них нами проведена вторичная хейлоринопластика.

Для диагностики больных использовали клинические и рентгенологические методы исследования, антропометрическое измерение носа и верхней губы, снятие слепков с моделированием носа и верхней губы.Также вели фотографическую документацию до и после операции.

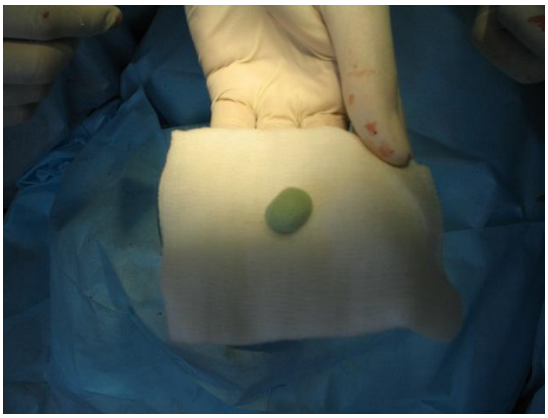
При проведении вторичной хейлоринопластики нами были выполнены 3 методики операций. Чаще всего оперативные вмешательства выполняли по методике Козина-Виссарионова (рисунок 1, 2), являющейся по сути усовершенствованным методом Милларда с применением скользящего лоскута из рубцово измененного фильтрума –у восьми больных. У трех больных использован способ Майера, это Z-образная пластика преддверия и крыла носа в сочетании с хейлопластикой по Миллларду. В двух случаях для устранения деформаций носа использовали технику открытой ринопластики (рисунок 3, 4).

Наряду с характерными признаками вторичных деформаций, у 9 больных выявлен значительный дефицит костной ткани альвеолярного отростка и нижнего края грушевидного отверстия, которым с целью создания «костной основы» для подъема и формирования крыла носа, была применена костная пластика полиметилметакрилатом (рисунок 3, 4, 5). Несмотря на предпочтение многих авторов аутотрансплантации при данных операциях, особенно трансплантатом гребня подвздошной кости по способу R.T.Ferrior, по нашему мнению этот метод имеет существенные недостатки. Во первых, дефекты альвеолярного отростка и верхней челюсти при врожденных расщелинах, связаны с их атрофией и

следовательно недостатком окружающих кость тканей и в частности надкостницы. В послеоперационном периоде, лишенный надкостницы аллотрансплантат подвергается скорому рассасыванию, что приводит к последуюшей рецидивирущей деформации. Во вторых сложный рельеф костного ложа краев расщелины и нижнего края грушевидного отверстия вызывает сложности фиксации трансплантата.

Рисунок 1, 2 - Фото Л. 28 лет до и после операции. Прооперирована по методу Милларда в сочетании с с костной пластикой «PalacosR»

У данной группы больных, в качестве костнопластического материала нами был выбран рентгеноконтрастный костный цемент высокой степени вязкости «PalacosR». Препарат представляет собой двухкомпонентный биостабильный полимер на основе полиметилметакрилата, отличающийся хорошими остеопластическими свойствами, рентгеноконтрастностью. Во время введения его в костную рану он имеет пластилиноподобную консистенцию и с легкостью принимает форму ложа, не требуя дополнительной фиксации. Последующее тщательное ушивание мягких тканей и слизистой оболочки над дефектом позволяет избежать послеоперационных воспалительных осложнений.



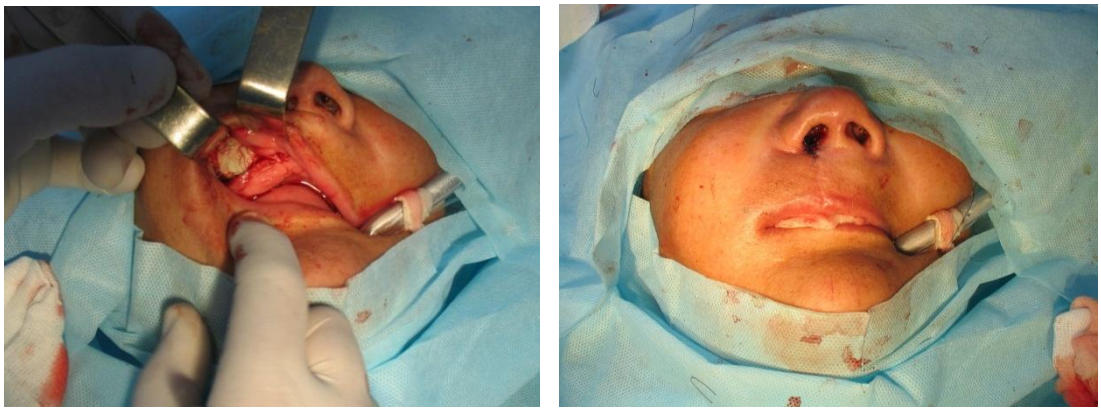


Рисунок 3,4,5 - Фото М. 54 года до, во время, и после операции.«Palacos R» перед использованием. Прооперирована по методу Майер с пластикой костным цементом.

Результаты хирургического лечения оценивали как при визуальном осмотре, так и по данным антропометрии восстановленных губы, носа и верхней челюсти и определяли результат в зависимости от степени устранения имеющихся до операции деформаций. Определенное значение в определении результативности исходов

операции имеют и фотографии больных на этапах лечения, которые хотя и не имеют шкалу оценок, но тем не менее являются достаточно объективным критерием эффективности проведённой операции.

Заключение: У всех больных отмечены хорошие результаты, без значительных послеоперационных осложнений. Трем больным запланирована последующая коррегирующая операция.

Таким образом методы вторичной хейлоринопластики в модификациях, с применением пластики костным цементом «PalacosR» могут быть рекомендованы для широкого внедрения в клиническую практику.

СПИСОК ЛИТЕРТАУРЫ

1 Бессонов С.Н. Ринопластика IV: Коррекция носа при врожденных расщелинах верхней губы. // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2007. – Т. 1. - № 15. – С. 44-48.
2 Ковалев В.Г. Лечение больных с односторонними расщелинами верхней губы: автореф. дис. ... канд. мед. - Самара, 1997. - 21 с.
3 Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. – М.: 1996. - С. 85-221.
4 Косымов М.М. Реконструктивная хейлоринопластика у больных с односторонней расщелиной верхней губы: автореф. дис. канд. мед. - Душанбе, 2012. - 25 с.

Түйін: Жоғарғы ерін жырығының біріншілік хейлопластикасынан кейінгі, 16 ересек науқастың оперативті емінің нәтижелері көрсетілген. Диагностика және екіншілік хейлоринопластика әдісін таңдау кешенді көзқарасына негіздеме жасалды. «Сүйек негізін» толтыру үшін 9 науқасқа «PalacosR» сүйек цементі қолданылды.
Түйінді сөздер: Хейлоринопластика, полиметилметакрилат.

N.A. DAULETHOZHAEV, K.T. BEGHIMBETOV, D.C. GYSIN
Kazakh National Medical University SD Asfendiyarov,
Institute of Dentistry

MODERN METHODS OF OPTIMIZATION OUTCOME OF OPERATIVE TREATMENT OF DEFORMITIES TOP LIPS AND NOSE WINGS AFTER PRIMARY CHEILOPLASTY

Resume: Published the results of surgical treatment of 16 adult patients with cleft lip after primary cheiloplasty. The substantiation of a comprehensive approach to the diagnosis and choice of secondary cheilorinoplasty. In 9 patients to complete "bone framework" used bone cement «PalacosR».
Keywords: Heylorinoplasty, polymethylmethacrylate.

ТЕРАПИЯ THERAPY

УДК 616.12-02:613.62

Г.Т. АЙМАХАНОВА, Г.К. НУРГАЛИЕВА, Ф.К. СМАИЛОВА, Б.Т. НУРАШЕВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
ЦКБ МЦ УДП РК

РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Выявлены нарушения липидного и углеводного обмена у больных с метаболическим синдромом. По калькулятору, предложенному в новых рекомендациях (АКК/АСК) 2013 года рассчитан 10 летний и пожизненный риск развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом.
Ключевые слова: *метаболический синдром, дислипидемия, калькулятор расчета риска.*

Введение. Ввиду глобального роста сердечно-сосудистых заболеваний современная медицина приняла курс на профилактику атеросклероза и дислипидемий. Превентивное направление наиболее ярко проявилось в новых рекомендациях Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов (АКК/АСК) 2013 года по снижению уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза [1]. В рекомендациях указывается необходимость ранней и всесторонней коррекции дислипидемий (в частности, повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛ ЛНП)) у лиц начиная с 21 года. Привлечение внимания к проблеме дислипидемий обусловлено увеличением числа больных с избыточной массой тела, которая на современном этапе встречается у 20-50% населения [2]. «Впервые ожирение и избыточный вес названы заболеваниями, требующими лечения, и непосредственно включены в профилактику ССЗ» [3].

Цель исследования - изучить клинико- лабораторные показатели больных с разной степенью проявления метаболических нарушений для коррекции дислипидемий в соответствии с новыми рекомендациями АКК\АСК 2013 г.

Материал и методы: обследовано 107 больных с абдоминальным ожирением
(средний возраст 57,6±6,27 лет, 53 мужчин и 54 женщины), которые по степени выраженности метаболических нарушений были разделены на 3 группы:

– лица с абдоминальным ожирением - 37 человек;
– с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией (АГ) - 35;
– с абдоминальным ожирением, АГ, сахарным диабетом 2 типа (СД) и ишемической болезнью сердца (ИБС)- 35 больных.

Группы были сопоставимы по полу и возрасту, в качестве контроля исследовали 30 практически здоровых человек. Метаболический синдром был диагностирован согласно IDF- критериев МС от 2005 года [4].

Всем больным проводилось измерение объема талии (ОТ), определение индекса массы тела (ИМТ), исследование липидного профиля, уровня инсулина натощак и после нагрузки глюкозой, индекса инсулинорезистентности (ИР). Риск развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом в ближайшие 10 лет и для всего периода жизни определялся по калькулятору, предложенному в рекомендациях Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов (АКК/АСК) 2013 года [5].

Результаты и выводы.

Центральным звеном метаболического синдрома является абдоминальное ожирение, у лиц азиатского региона показатель окружности талиинаходятся в пределах ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см- у женщин. Окружность талии (ОТ) у всех больных, включенных в исследование в среднем составила 110 ± 11,7 см (у женщин - 103±10,1 см, у мужчин – 113,9± 10,4). Показатель ОТ у женщин был увеличен больше – в среднем на 17,05% выше предельного показателя нормы, чем у мужчин- 10,68%. Средний индекс массы тела составил 33,2± 5,3 кг/м^2. Достоверного отличия по группам в размере ОТ и ИМТ не выявлено. В работе Симоновой Г.И. и соавт. увеличение объема талии отождествляется с повышением риска многокомпонентного метаболического синдрома, однако в нашем исследовании такой корреляции не выявлено, что вероятно связано с недостаточной величиной выборки [6].

Во всех группах обследования отмечено достоверное повышение: холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА), снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) (рисунок 1). Отмечена тенденция к прогрессированию выявленных нарушений в группах обследования - уровень ХСЛПНП увеличен по сравнению с контрольными показателями – 2,8 ± 0,4 ммоль/л (в 1,8 раз в первой группе – 5,18±0,3 ммоль/л; в 1,9 раз во второй и третьей группе – 5,34± 0,4; 5, 37± 0,3 ммоль/л соответственно ($p < 0,001$ во всех группах)), содержание ТГ- (до 1,73± 0,1 ммоль/ л в первой , 1,98± 0,09 и 2,1± 0,11 во второй и в третьей группах относительно показателя группы контроля 1,1 ± 0,05 ($p < 0,001$ во всех группах)), снижение ХСЛПВП (до 1,19+0,1 ммоль/л в первой, 1,14±0,1 ммоль/л и 1,12±0,11 ммоль/л во второй и третьей группах относительно показателей контрольной группы – 1,6+ 0,09 ммоль/л). Содержание общего холестерина (Хс) было повышено во всех группах, но разница по группам оказалась не достоверной ($p > 0,05$). Коэффициент атерогенности у обследованных оказался в среднем в 1,84 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$).

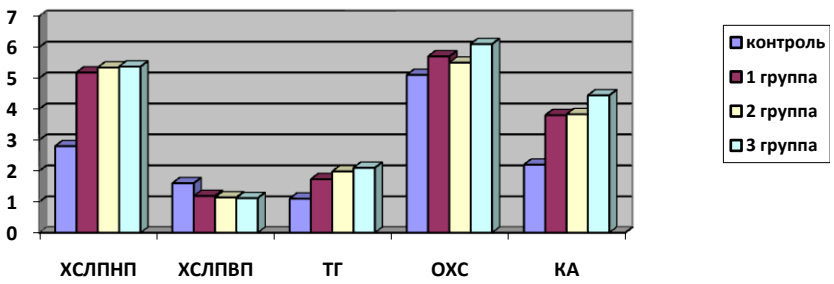


Рисунок 1 - Показатели липидного профиля обследованных

Из факторов риска, выявленных у лиц с выраженным нарушением липидного профиля зарегистрировано повышение ИМТ > 35 кг/м² и курение.

Содержание инсулина оказалось достоверно повышено в группах обследования. Натощак уровень инсулина в первой группе был 28,2±4,2 uiU/мл, во второй - 32,48+ 3,6 и в третьей группе- 40,2 + 5,6 uiU/мл, что превысило показатели контрольной группы 11,2± 1,7 uiU/мл в 2,5 раз- ($p < 0,05$) , в 2,9 раз ($p < 0,001$) и в 3,6 раз ($p < 0,001$) соответственно.

Через 2 часа после углеводной нагрузки превышение показателей относительно контрольных результатов достигло в первой группе - в 3,7 раз ($p < 0,001$), во второй и третьей группах в 4,3 раза ($p < 0,001$). Индекс инсулинорезистентности (ИР) был увеличен в 1,6 раз – в первой ($p < 0,001$), в 2,2- во второй ($p < 0,05$), в 2,8 раз ($p < 0,001$) в третьей группе. У мужчин уровень инсулинемии натощак и индекс ИР был выше, чем у женщин ($p < 0,05$).

Дислипидемия является ключевым звеном связывающим абдоминальное ожирение с высоким риском ССЗ. В нашем исследовании высокий атерогенный потенциал плазмы выявлен у всех обследованных.

Для анализа причин нарушения липидного обмена больных разделили на группы по целевому уровню липидов (ТГ менее и более 1,7 ммоль/л, ХСЛПВП более и менее 1,04 ммоль/л, ХСЛПНП менее и более 3,0 ммоль/л). В результате были обнаружены различия в частоте немодифицируемых и модифицируемых факторов риска.

Отмечено, что уровень ХС ЛПНП был достоверно выше у мужчин младше 45 лет (5,88 % и 15,97 % соответственно, $p <0,05$), тогда, как снижение ХСЛВП - чаще у женщин (83,74 % и 68,09 % соответственно, $p <0,05$).

Повышение уровня ТГ одинаково часто определялось у мужчин и женщин, наследственность которых была отягощена по СД 2 типа.

При обследовании было выявлено, что инсулинорезистентность чаще выявлялась у мужчин, так же как абдоминальное ожирение и АГ. В первой группе гиперинсулинемия натощак в 2,5 раза ($p < 0,05$) превысила показатели лиц контрольной группы, после нагрузки глюкозой в 3,7 раза ($p < 0,001$), индекс ИР в 1,6 раз ($p < 0,001$) был выше контрольных показателей. Во второй группе уровень инсулина натощак в 2,9 раз ($p < 0,001$), а в третьей в 3,6 раз ($p < 0,001$) превысил показатели контрольной группы. Через 2 часа после углеводной нагрузки уровень инсулина превысил показатели здоровых лиц во второй и третьей группах в 4,3 раза ($p < 0,001$). Индекс ИР во второй группе в 2,2 раза ($p < 0,05$), а в третьей- в 2,8 раз ($p < 0,001$) превышал показатели группы контроля.

При сравнении показателей инсулина у мужчин по сравнению с женщинами инсулинемия натощак была достоверно выше в 1,27 раз ($p<0,05$) в первой группе, в 1,20 раз ($p< 0,001$) во второй и третьей группах. Индекс ИР у мужчин – в 1,31 раза ($p < 0,05$) в первой, в 1,35 раз ($p< 0,05$) во второй и третьей группах был выше, чем у женщин.

Известно, что именно мужской пол является фактором риска развития абдоминального ожирения, так как у мужчин выше способность висцеральных адипоцитов к липолизу, что усугубляет ИР [7]. У женщин нарастание степени ИР обусловлено развитием СД 2 типа, при присоединении которого метаболические нарушения сопоставимы с нарушениями у мужчин. Возможно, это связано с тем, что у женщин в сравнении с мужчинами уровень инсулина сыворотки плохо коррелирует с ИР [8]. С другой стороны известно, что никакой другой фактор риска не уменьшает так преимущество женского пола в отношении риска развития ССЗ, как СД 2 типа [9].

Наиболее четко гендерные различия проявились при анализе риска развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом в ближайшие 10 лет и для всего периода жизни по калькулятору, предложенному в рекомендациях Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов (АКК/АСК) 2013 года.

В калькуляторе проводится расчет с использованием следующих факторов риска: пол, возраст, раса пациентов, сведения об уровне общего холестерина, липопротеидов высокой плотности, систолического АД, применение гипотензивных препаратов, наличие сахарного диабета (без указания типа) и курения.

Таким образом, количественными критериями являются только общий холестерин, липопротеиды высокой плотности и уровень систолического АД. В графе раса учитываются только негроидная или не негроидная раса. После введения значений в таблицу автоматически определяются риски развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом в ближайшие 10 лет и для всего периода жизни, и соответствующие им персональные и аналогичные риски для лиц этого возраста с оптимальными параметрами, представленные в арифметическом и графическом параметрах.

Таблица 1 - Риск развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом в ближайшие 10 лет и для всего периода жизни

группа	Риск сердечно-сосудистых событий	мужчины	женщины	Среднее значение
1	на 10 лет	6,15± 1,5	3,1± 0,5 ($p < 0,05$)	4,7±0,9
	на весь период	48+0,3	39+0,1	43,75+0,1
2	на 10 лет	10,7 +2,0	6,7+1,8	8,8+1,9
	на весь период	60+5,6	45+2,3	53,4+3,8
3	на 10 лет	15,1+2,1	9,3+1,8 ($p < 0,05$)	12,6+1,9
	на весь период	69+0,2	50+0,2	59,8+0,3

В таблице 1 отмечается прогрессирующее нарастание риска развития сердечно- сосудистых осложнений в группах, по мере прогрессирования компонентности метаболического синдрома. При сопоставлении показателей женщин и мужчин также проявляется значительная разница в показателях мужчин и женщин, достоверная в первой и третьей исследуемых группах. Наиболее значимо различия проявились при анализе 10 летнего прогноза.

Ожидаемая разница прогноза проявилась по показателям пола, возраста, курения. Неожиданным результатом явилось то, что 10 летний прогноз у больных 2 и 3 групп с повышением систолического АД, не получающих гипотензивную терапию, оказался ниже, чем у больных, имевших эти же цифры давления на фоне терапии (таблица 2).

Таблица 2 - Риск развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом в ближайшие 10 лет и для всего периода жизни у больных, получавших гипотензивную терапию

	Риск сердечно-сосудистых событий	мужчины		женщины	
		Средн. значение	На гипотензивной терапии	Средн. значение	На гипотензивной терапии
2 гр	на 10 лет	10,7 +2,0	17,9+ 3,4	6,7+1,8	10,9 +2,1
	на весь пе-риод жизни	60+5,6	69+4,3	45+2,3	50 + 4,5
3 гр	на 10 лет	15,1+2,1	34,5+7,5	9,3+1,8	21,9 +2,7
	на весь пе-риод жизни	69+0,2	69	50+0,2	50

Мы отметили тенденцию к повышению показателей риска у лиц, получавших гипотензивную терапию. Вероятно, для большей достоверности необходимо было брать цифры САД по суточному или амбулаторному мониторированию АД. Тенденция к увеличению 10 летнего показателя вполне объясняется тем, что уровень САД сохраняющийся на фоне терапии свидетельствует о резистентной гипертензии и характерен для большей степени риска. Это свидетельствует о возможности модификации этого показателя при адекватной гипотензивной терапии. Пожизненный показатель риска развития сердечно- сосудистых заболеваний не изменяется в третьей группе и приближается к максимальному в исследовании риску при неэффективной гипотензивной терапии.

В новых рекомендациях (АКК/АСК) 2013 года по снижению уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза выделено 4 группы лиц, у которых преимущества приема статинов более значимы по сравнению с риском развития осложнений, обусловленных их применением:

1. больные с клиническими проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленными атеросклерозом;
2. лица с первичным повышением концентрации холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в крови выше 4,9 ммоль/л;
3. больные сахарным диабетом 1-го или 2-го типа и концентрацией ХС ЛПНП в крови не менее 1,8 ммоль/л;
4. лица, у которых риск развития осложнений ССЗ, обусловленных атеросклерозом, в течение 10 лет достигает 7,5% или более (по оценке с помощью нового калькулятора [5]), концентрация ХС ЛПНП в крови более 1,8 ммоль/л.

В нашем исследовании липидемические препараты (фенофибрат 200 мг / сут) были назначены только представителям третьей группы, в связи с высоким уровнем общего холестерина и триглицеридов. При пересмотре порядка назначения гипохолестеринемических препаратов в соответствии с новыми рекомендациями большая часть больных взятых в исследование должна пожизненно принимать терапию статинами. Показания больных третьей группы, соотносятся по первым трем показаниям. В качестве заболеваний сердечно- сосудистой системы рассматривается верифицированная ИБС и заболевания периферических артерий атеросклеротического генеза. Все обследуемые второй группы должны принимать статины в соответствии со вторым и четвертым пунктами показаний.

У больных первой группы средний 10 летний риск составил 4,7 (у мужчин – 6,7). Следовательно, в целом группа избежала необходимости приема гиполипидемических препаратов. Но у 9 человек исследуемой группы показатель риска оказался в пограничных пределах - эти больные рассматриваются по 4 пункту рекомендаций. Следовательно, если ранее из 107 обследованных 35 больным были рекомендованы фибраты, то по новым рекомендациям, пожизненно получать статины должны 79 человек.

В рекомендациях указано, что лица, у которых риск развития осложнений ССЗ, обусловленных атеросклерозом, в течение 10 лет достигает 7,5% или более (четвертый пункт), обязательно должны наблюдаться врачом, прием статинов в этой группе может быть отсрочен при неэффективности модификации образа жизни.

Тактика гиполипидемической терапии значительно упрощена: отсутствуют целевые планки уровня холестерина (общего или ХС ЛПНП); рекомендуются только статины. Авторы рекомендаций отмечают отсутствие доказательной информации, которая могла бы считаться основанием для использования гипохолестеринемических средств, не относящихся к классу статинов, как в сочетании со статинами, так и в случае непереносимости статинов. Назначение препаратов проводится индивидуально с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, уровня холестерина ЛПНП по умеренно или высоко интенсивной схемам. Рекомендуемые препараты и дозы статинов представлены в таблице №3 [10].

Таблица 3 - Рекомендуемые статины и их дозы при разных режимах применения статинов

Интенсивный режим (снижение концентрации ХС ЛПНП ≥50%)	Умеренно интенсивный режим (снижение концентрации ХС ЛПНП на 30—50%)
Аторвастатин (40)–80 мг	Аторвастатин 10 (20) мг
Розувастатин 20 (40) мг	Розувастатин (5) 10 мг
	Симвастатин 20–40 мг
	Правастатин 40 (80) мг
	Ловастатин 40 мг
	Флувастатин XL 80 мг
	Флувастатин 40 мг 2 р/сут
	Питавастатин 2–4 мг

Указанные уровни ХС ЛПНП контролируются для определения приверженности терапии.

Заключение.

Нарушения липидного и углеводного профиля присутствуют у всех больных с метаболическим синдромом. Наиболее ранними и значимыми в нашем исследовании были - гиперинсулинемия, коэффициент атерогенности. Выявленные нарушения прогрессируют по мере формирования органных изменений. Увеличение компонентности метаболического синдрома соотносится с ростом 10 летнего и пожизненного риска развития сердечно- сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом, по калькулятору, предложенному в новых рекомендациях (АКК/АСК) 2013 года. При использовании новых американских рекомендаций 2013 значительно увеличивается аудитория больных, нуждающихся в пожизненной коррекции гиперхолестеринемии статинами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 American Heart Association «2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults» // Circulation. - 2013. – P. 55-59.
2 C.Ogden, S.Yanovski, M.Carrol The epidemiology of obesity // Gastroenterol. - 2007. - Vol.132. - P. 2087-2102.
3 Ceska R. Новые американские рекомендации по профилактике сердечно- сосудистых заболеваний (мнение эксперта) // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний.- 2014.- Т. 2. - №2. - С. 12-15.
4 Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J., IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition // Lancet. -2005.- Vol. 366.- № 9491.- P. 1059- 1062.
5 Http// static. heart.org/ahamah/risk/omnibus_risk_estimator.xls
6 Симонова Г.И., Мустафина С.Р., Никитин Ю. П. Окружность талии как индикатор компонентов метаболического синдрома в сибирской популяции // Бюллетень сибирской медицины. - 2014. - Т.13. - №2. - С. 82-87.
7 Оганов Р.Г., Перова Н.В., Мамедов М.Н., Метельская ВЛ. Сочетание компонентов метаболического синдрома у лиц с артериальной гипертензией и их связь с дислипидемией. // Терапевтический архив. – 1998. - №12. – С. 19-23.
8 Мельниченко Г.А. Ожирение в практике энокринолога. // Российский медицинский журнал. – 2001.- №9. – С. 82-87.
9 Константинов В.О., Сайфулина Я.Р. Метаболический синдром – болезнь или случайный набор риск-факторов. // Артериальная гипертензия. – 2007. - № 3. – С. 195-196.
10 Stone N.J., Robinson J., Lichtenstein A.H., et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013.- P. 118-121.

Г.Т. АЙМАХАНОВА, Г.К. НУРГАЛИЕВА, Ф.К. СМАИЛОВА, Б.Т. НУРАШЕВА
С.Ж. Асфендияров атындағы КазҰМУ
ҚРП ІБ МО ОКА

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ ӘСЕРІНЕН ДАМЫҒАН ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ДАМУ ҚАУПІ

Түйін: Метаболикалық синдромы бар науқастарда май және көмірсу алмасуының бұзуылуларын анықтау. 2013 жылғы жаңа(АКК/АСК) ұсыныстар бойынша 10 жылда және өмірлік жүрек-қантамыр аурулары келесіде атеросклерозбен асқыну қаупі жорамалданған.
Түйінді сөздер: метаболикалық синдром, дислипидемия, қауіпті есептеу калькуляторы.

G.T. AIMAKHANOVA, G.K. NURGALIEVA, F.K. SMAILOVA, B.T. NURASHEVA
Asfendiyarov Kazakh National Medical University.
Medical center of President's Affairs Administration of the RK

ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Resume: The Violations of lipid and carbohydrate metabolism in patients with metabolic syndrome was identified. A 10-year and lifetime atherosclerotic cardiovascular risk was calculated according to the calculator, proposed new guidelines ACC/ASC) 2013
Keywords: metabolic syndrome, dyslipidemia, cardiovascular risk calculator.

УДК: 615.83 (075.8)

А. С. БЕКИШЕВА, Д. К. САЙЛАНОВА, Л. С. БЕДАРЕВА, С. М. ЗЕЙТКАЗИЕВА, Г. Т. БАЙСЕРКЕЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница № 1, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Инфекции нижних дыхательных путей (ИНДП), в частности пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются одной из важнейших проблем как в РК, так и во всем мире. Согласно данным ВОЗ ежегодно в мире погибают около 1 млн. людей из-за осложнений, связанных с применением лекарственных препаратов. По данным ВОЗ, почти 80% населения Земли в пределах организации первой медико-санитарной помощи используют в основном препараты растительного происхождения (1). Использование научно-обоснованной фитотерапии в здравоохранении будет способствовать повышению уровня лечения и качества жизни больных.

Ключевые слова: *пневмония, ХОБЛ, фитотерапия.*

Актуальность: Для лечения различных заболеваний растения используются столько времени, сколько существует человек. Независимо от времени и места обитания лекарственные растения использовались всеми народами мира, не было на земле такого племени, которое бы их не знало. В результате археологических раскопок в городе Шумер (территория сегодняшнего Ирака) были обнаружены первые доказательства использования трав в качестве лекарств. В Китае за 3000 лет до н.э. использовались 230 лекарственных растений, а алтей применяют с 9 тыс. до нашей эры. Когда появилась письменность, накопившиеся сведения были записаны в «Книге о травах». Таким образом, из глубины веков лечение растениями дошло до наших дней, и в настоящее время достаточно широко применяется во многих странах мира. В последние годы значительно возрос интерес к растительным препаратам. Лекарственное растительное сырье, как исходный материал для приготовления лекарственных препаратов обладает рядом положительных качеств, позволяющих оставаться ему актуальным и в настоящее время: растительные препараты более родственны природе человека, нежели синтетические препараты, поэтому обладают большей биодоступностью, намного реже оказывают побочные эффекты, лучше переносятся и могут применяться длительное время. В то же время вещества растений оказывают более медленное наступление видимого положительного эффекта, поэтому продолжительность лечения лекарственными растениями длительная по сравнению с медикаментозным лечением, но зато эффект от такого лечения более стойкий (7). В современной медицине существует два пути применения лекарственных растений: в фитотерапии, где для лечения используются только растения, и в фармакогнозии, в которой растения являются исходным материалом для производства медикаментов. Таким образом, фитотерапия или траволечение — метод лечения заболеваний, основанный на использовании лекарственных растений и комплексных препаратов из них. Бальзам - (от греческого balsamon - ароматическая смола) напиток, приготавливающийся на спиртовых настоях пряных и лекарственных трав, кореньев, плодов, эфирных маслах, которые придают бальзамам сильный приятный гармоничный аромат. В настоящее время бальзамами принято называть искусственно приготовленные спиртовые, реже – водные вытяжки из смеси лекарственных трав и ароматических растений (6). Нами было проведено клиническое исследование лекарственного средства Авиценна. В состав бальзама Авиценна входят экстракты 17 лекарственных растений, произрастающих на территории Центральной Азии. Водно - спиртовый настой лекарственных растений, входящих в состав бальзама, содержит комплекс биологически активных соединений: каротиноиды, флавоноиды, дубильные вещества, органические кислоты, аминокислоты, витамины, микро- и макроэлементы, полисахариды, сапонины. Каждое растение и мед горный, входящие в состав бальзама, обеспечивают широкий спектр фармакологического действия. Авиценна бальзам оказывает бактерицидное (календула, пижма), антисептическое, антибактериальное (зверобой, ромашка, горный мед), противовоспалительное (мята перечная, шалфей, алтей, ромашка, горный мед), дезинфицирующее (березовые почки, календула), отхаркивающее (березовые почки, алтей, солодка), потогонное (мята перечная, верблюжья колючка), жаропонижающее (верблюжья колючка), тормозит развитие микробов (анис), снимает отек слизистых оболочек дыхательных путей (подорожник), укрепляет иммунную систему (женьшень) действие, повышает сопротивляемость инфекционным заболеваниям (гранатовый сок), является поливитаминным, общеукрепляющим, повышающим сопротивляемость организма средством (шиповник) (8). Активные компоненты, входящие в состав: ромашка, алтей и хвощ способствуют повышению активности неспецифических факторов защиты организма за счет повышения активности макрофагов и гранулоцитов. Эти составляющие также способствуют уничтожению фагоцитарных микробов за счет интенсивного образования бактерицидных метаболитов кислорода (9).

Одной из актуальных проблем пульмонологии является разработка и применение рациональных методов профилактики и лечения заболеваний органов дыхания, включая ХОБЛ, отличающуюся широкой распространенностью и приводящую к ранней инвалидизации и преждевременной смерти больных (2). ХОБЛ занимает шестое место в перечне наиболее частых диагнозов в стационарах терапевтического профиля (2, 3).

Существующие методы противовоспалительного лечения таких больных с помощью антибиотиков еще больше усугубляют тяжесть течения болезни, как правило, подавляют иммунные механизмы защиты, способствуют прогрессированию микроциркуляторных нарушений в легких и утяжеляют дыхательную недостаточность. В то же время растения не только не угнетают защитные силы организма, а наоборот, активны в отношении многих штаммов микроорганизмов, уже приобретших устойчивость против антибиотиков, и способны усиливать иммунитет человека (4, 5).

Цель исследования: оценка эффективности и переносимости применения бальзама Авиценна у пациентов с ИНДП в составе комплексной терапии.

Материалы и методы: обследование и лечение 20 пациентов с ИНДП, находящихся в пульмонологическом отделении ГКБ№ 1, которые получали базисную терапию, с включением бальзама Авиценна. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 лет и старше с диагнозом: пневмония, ХОБЛ, бронхоэктатическая болезнь (ББ), с синдромами: кашля, астеническим, снижения неспецифической резистентности организма. Критерии исключения: наличие сопутствующих заболеваний **(**нефрит, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, обструкция желчных протоков, печеночная недостаточность, сердечная недостаточность, беременность и период лактации) (8). В таблице 1 представлен состав бальзама Авиценна (8).

Таблица 1 - Состав бальзама Авиценна (250 мл)

Аниса обыкновенного плоды	0,05 г
Шиповника плоды	0,7 г
Березы почки	0,025 г
Мяты перечной листья	0,05 г
Подорожника большого листья	0,1125 г
Шалфея листья	0,075 г
Алтея лекарственного трава	0,0375 г
Душицы обыкновенной трава	0,0875 г
Зверобоя продырявленного трава	0,1375 г
Тимьяна ползучего (чабреца) трава	0,125 г
Хвоща полевого трава	0,05 г
Верблюжьей колючки трава	0,1 г
Календулы цветки	0,05 г
Пижмы цветки	0,12 г
Ромашки цветки	0,0875 г
Солодки корни	0,05 г
Женьшеня настойка	0,25 г
Граната обыкновенного сок	50,0 мл
Вспомогательные вещества: мед натуральный, сахар, этанол 96%, вода очищенная	

Режим дозирования: Бальзам назначался внутрь по 3 чайные ложки (15 мл) в разведенном в 50-100 мл воды 3 раза в день за полчаса до еды, в течение 10-14 дней. Длительность исследования: 10 – 14 дней, 4 точки обследования больных [период скрининга (1 визит, в 1- ый день поступления в стационар: включение/исключение в исследование), исследуемая группа (2, 3 визиты, во 2- ой и 5- ый дни лечения в стационаре: базовая терапия + бальзам Авиценна), заключительный визит (4 визит, в 10 день лечения: базовая терапия + бальзам Авиценна)]. Методы исследования – разработана «индивидуальная карта пациента», включающая: жалобы, данные анамнеза, объективные данные, лабораторные данные [ОАК, ОАМ, биохимия крови (АЛТ, АСТ, билирубин, сахар, холестерин, креатинин, мочевина), общий анализ мокроты], инструментальные данные (рентгенография легких, ЭКГ). Эффективность лечения бальзамом Авиценна включала комплексную оценку основных клинических проявлений и лабораторных методов исследования. Высокая эффективность: полное прекращение кашля и других симптомов через 5 дней, отсутствие жалоб, побочных эффектов. Удовлетворительная эффективность: прекращение кашля и уменьшение других симптомов через 10 дней, значительное улучшение состояния больного. Низкая эффективность: уменьшение симптомов через 10 дней. Нулевая эффективность: отсутствие динамики исследуемых параметров. Переносимость лечения бальзамом Авиценна оценивалась по частоте возникновения побочных явлений. Отличная переносимость: нет побочных эффектов. Хорошая переносимость: один побочный эффект. Неудовлетворительная переносимость: несколько побочных эффектов.

Анализ полученных результатов: Среди обследованных пациентов, больных с пневмонией было 6, в возрасте от 32 до 59 лет (1 группа), больных с ХОБЛ – 11, в возрасте от 41 до 69 лет (2 группа), больных с ББ – 3, в возрасте от 45 до 53 лет (3 группа), среди них: мужчин – 12, женщин – 8. Клинические показатели для оценки состояния больных с ИНДП показаны в таблице 2.

Таблица 2 - Клинические показатели у пациентов с ИНДП до начала лечения бальзамом Авиценна в составе комплексной терапии (%)

симптомы	**пневмония**	**ХОБЛ**	**ББ**
Кашель	66	100	100
Мокрота	33	48	100
Боли в грудной клетке	83	45	35
Одышка	66	100	52
Лихорадка	83	60	65
Общая слабость	83	96	87
Потливость	66	36	89
Быстрая утомляемость	83	81	82
Снижение аппетита	83	18	62
Повышенная нервная возбудимость, раздражительность	33	81	84
Нарушения сна	50	72	68
Вирусные и бактериальные заболевания верхних и нижних дыхательных путей в течение года более 4-х раз	33	88	79

Таким образом, у всех обследованных больных отмечались синдромы: кашля, интоксикации, астенический, снижения неспецифической резистентности организма. У всех больных во время физикального обследования определялись признаки воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате (сухие или/и влажные хрипы, крепитация, изменения легочного звука). Согласно нашим наблюдениям, в процессе лечения отмечена положительная динамика основных клинических проявлений заболеваний. На 5 – й день приема бальзама Авиценна отмечалось ослабление кашля, который приобретал более продуктивный характер, уменьшились одышка, боли в грудной клетке, лихорадка, общая слабость, потливость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, повышенная нервная возбудимость, раздражительность, нарушения сна. К концу курса лечения кашель прекратился у 80,4% пациентов, у остальных он стал редким или умеренно выраженным. Консистенция мокроты изменилась у 79,6% больных (мокрота стала откашливаться легко или после незначительных усилий), только у 8,4% пациентов с ХОБЛ консистенция мокроты оставалась вязкой. Характер и количество мокроты претерпели изменения у 82,6% больных (мокрота отсутствовала или выделялась в небольшом количестве и носила слизистый характер). Сухие

и влажные хрипы, выявленные при аускультации, исчезли у 83% пациентов, у остальных отмечалось наличие единичных хрипов. Также значительная положительная динамика отмечена при анализе астенического синдрома, исчезновение которого наблюдалось у 100% обследованных больных к концу курса лечения. При анализе неспецифического лабораторного воспалительного синдрома необходимо отметить его снижение к 10-му дню лечения у всех больных. Положительная динамика рентгенологической картины пневмонии в виде рассасывания инфильтрации отмечена у 100% обследованных больных 1 группы. Таким образом, у 58% больных отмечена высокая эффективность и у 42% - удовлетворительная эффективность лечения бальзамом Авиценна. Ни у одного больного не отмечено низкой или нулевой эффективности. Переносимость лечения бальзамом Авиценна у всех пациентов была отличной, т.е. ни у одного больного не отмечалось побочных эффектов.

Выводы: Таким образом, наш опыт применения бальзама Авиценна показывает, что он является эффективным и безопасным препаратом в комплексной терапии ИНДП. Препарат уменьшает кашель, вязкость мокроты, количество хрипов и выраженность бронхообструктивного синдрома, способствует улучшению отхождения мокроты. Он также обладает успокаивающим действием. Применение бальзама Авиценна хорошо сочетается с другими лекарственными средствами, применяемыми для лечения ИНДП, он обладает отличной переносимостью. Таким образом, бальзам Авиценна может быть рекомендован в комплексной терапии ИНДП как противовоспалительное, отхаркивающее, антибактериальное и успокаивающее средство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора лекарственных растений // ВОЗ. – Женева: 2003. - С. 86.
2 Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии // Русский медицинский журнал. – 2000. - № 7. – С. 35-44.
3 Бербенцова Э.П. Пособие по пульмонологии: иммунология, клиника диагностика, лечение воспалительных вирусных, бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов, легких. - М.: 1998. – 623 с.
4 Бобровская Т.Ф., Куртис Э.Х. Козлов В.К. Влияние антибиотиков на исход тканевого иммунитета слизистой оболочки крупных бронхов при хроническом воспалении // Человек и лекарство. - М.: 2000. – С. 127.
5 Гичев Ю.П. Печень и адаптация, экология. – Новосибирск: 1993. – 152 с.
6 Турищев С.Н. Современная фитотерапия. // Учебное пособие. - М.: 2007. – 448 с.

А.С. БЕКИШЕВА, Д.К. САЙЛАНОВА, Л.С. БЕДАРЕВА, С.М. ЗЕЙТКАЗИЕВА, Г.Т. БАЙСЕРКЕЕВА

ТӨМЕНГІ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ КОМПЛЕКСТІК ЕМІНДЕ ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Төменгі тыныс жолдарының инфекциясы (ТТЖИ), соның ішінде пневмония, өкпенің созылмалы обструктивты ауруы (ӨСОА) ҚР- да ғана емес, сонымен бірге бүкіл әлемдегі маңызды мәселелердің бірі болып табылады. ДДҰ мәліметтеріне сүйенсек жыл сайын 1 млн-ға жуық халық дәрілік заттарды қабылдаудың асқынуларынан қайтыс болады. ДДҰ мәліметтерінде жер шарының 80% тұрғыны біріншілік медико- санитарлық көмек ретінде негізінен өсімдік құрамды дәрілерді қабылдайды (1). Бұл статьяда ТТЖИ –ның фитотерапиясында «Авиценна» бальзамын қолданудың клиникалық әдістері көрсетілген.
Түйінді сөздер: пневмония, ӨСОА, фитотерапия.

A. S. BEKISHEVA, D. K. SAILANOVA, L. S. BEDAREVA, S. M. ZEITKAZIEVA, G. T. BAYCERKEEVA

CLINICAL ASPECTS OF THE USE OF HERBAL REMEDIES IN THE TREATMENT OF PATIENT WITH LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS

Resume: Lower respiratory tract infections in particular pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease is one of the major problems in Kazakhstan and world. According to the World Health Organization (WHO)in the world annually kill about 1 million people on the compliations associated with the use of drugs. According to WHO, nearly 80 % of the populations with in the organization first aid medicosanitary mainly used herbal drugs.This article describes the clinical aspects of herbal balm «Avicenna»when using with lower respiratory tract infections.
Keywords: pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, phytoterapy.

УДК 616.1:616.151.5- 08:615.22

Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА, Б.У. ШУЖЕНОВА, А.Б. АГЫБАЕВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова,
Городской кардиологический центр Алматы

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Профилактика тромбоэмболических осложнений, являющихся ключевым моментом в развитии сердечно-сосудистых осложнений при ИБС, предусматривает длительный прием антитромботических препаратов. Ретроспективный анализ у больных ОКС показал низкую приверженность к лечению антитромботическими препаратами. Вероятно, развитие резистентности к терапии также способствует появлению инфарктов миокарда.
Ключевые слова: *инфаркт миокарда, тромбоэмболические осложнения, антитромботические препараты, приверженность лечению, резистентность к лечению.*

В патогенезе ИБС тромбообразование играет ключевую роль. Тромбоэмболические осложнения занимают важнейшее место в структуре причин сердечно-сосудистой смертности. Атеросклеротическое повреждение сосудов с нарушением целостности интимы, замедление кровотока, дисбаланс свертывающей и противосвертывающей системы и нарушение реологических параметров крови приводят к формированию тромба и как следствие к частичной или полной окклюзии просвета сосуда. Для профилактики и лечения ИБС используются антиагреганты – лекарственные средства, препятствующие тромбообразованию за счет уменьшения функциональной активности тромбоцитов. Антитромбоцитарными свойствами обладают многие лекарственные препараты – аспирин, производные тиенопиридина (клопидогрел, тиклопидин), курантил и др.

Основу современной антитромбоцитарной терапии составляют ацетилсалициловая кислота и тиенопиридины. Наиболее широко применяют ацетилсалициловую кислоту, которая используется в медицинской практике более 100 лет. Признание атеротромбоза основой патогенеза большинства сердечно-сосудистых заболеваний, успехи в изучении молекулярных механизмов тромбообразования оказали влияние на развитие антитромботической терапии и способствовали появлению новых препаратов, в частности, тикогрелола. Современные антитромботические препараты воздействуют на процесс свертывания крови, подавляя функцию тромбоцитов и угнетая каскад коагуляции, а также способны разрушать сформировавшиеся тромбы и восстанавливать проходимость артерий.

С позиций медицины доказательств у пациентов со стабильными проявлениями атеротромбоза доказана эффективность антитромбоцитарных препаратов: аспирина, клопидогрела, тиклопидина, комбинации медленно освобождающейся формы дипиридамола и аспирина, а также антагонистов витамина К.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов антитромботической терапии у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), поступавших в экстренном порядке в ГКЦ г.Алматы за 1-ое полугодие 2014 г.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 218 больных ОКС в возрасте от 47 до 76 лет (средний возраст 63,2±1,8), из них 59 женщин и 159 мужчин, поступивших в экстренном порядке с болевым синдромом в ГКЦ за 2014 год. Всем пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, КАГ, общеклинические и биохимические исследования: липидный спектр, уровень глюкозы, кардиомаркеры (тропонин, миоглобин, BNP, Д-димер).

Результаты и обсуждение. Всех пациентов беспокоили боли в области сердца, за грудиной, одышка, сердцебиение. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии, рубцовые изменения были обнаружены у 68 больных, фибрилляция предсердий у 88. Через сутки, интерпретируя результаты суточного мониторирования ЭКГ, кардиомаркеров и ЭхоКГ, были диагностированы нестабильная стенокардия у 142 пациентов и у 76 – инфаркт миокарда. Была проведена КАГ и определены уровни кардиомаркеров.

Таблица 1 - Характеристика больных

	Нестабильная стенокардия	Инфаркт миокарда	Всего
ПИКС	36 (25,4%)	32 (42%)	58 (26,6%)
Стентирование в анамнезе	84 (59,2%)	18 (23,7%)	102 (46,8%)
АКШ в анамнезе	27 (19%)	14 (18,4%)	41 (18,8%)
Фибрилляция предсердий	54 (38%)	34 (44,7%)	88 (40,4%)
ОНМК	9 (6,3%)	11 (7,7%)	20 (9,2%)
КАГ	113 (79,6%)	62 (91,6%)	175 (80,3%)
Однососуд. поражение	22(15,5%)	11 (14,5%)	33 (15,1%)
Многососудистое поражение	16 (11,3%)	45 (59,2%)	67 (30,7%)
Уровень тропонинов	0.09±0.02	4.522±0.31	1.98±0.36
Д-димер	848±13.5	1234±15.4	1002.6±14.4

Как видно по данным таблицы 1, в группе больных с инфарктом миокарда преобладали пацие±нты с перенесенным ранее инфарктом миокарда с развитием постинфарктного кардиосклероза, фибрилляцией предсердий, а по данным КАГ чаще имели место многососудистые поражения артерий. Всем больным была ранее рекомендована антитромботическая терапия, однако только 71,6% ее получали. Больные принимавшие аспирин (72 – 33%) составили 1-ую группу: комбинированную терапию (аспирин и клопидогрел) (96-44%) – 2-ую группу и тикогрелол (48 -22%)– 3-ю группу.

Таблица 2 - Антитромботическая терапия

группы	Нестабильная стенокардия	Инфаркт миокарда	Всего
1 –ая	28 (19,7%)	14 (18,4%)	42 (19,3%)
2 -ая	38 (26,8%)	38 (50%)	76 (34,9%)
3 -я	21 (14,8%)	17 (22,4%)	38 (17,4%)

всего	87 (61,3%)	69 (90,8%)	156 (71,6%)

При сравнительном изучении в группе больных с инфарктом миокарда наибольший процент применения антитромботических препаратов (90,8%), чем среди больных с нестабильной стенокардией (61,3%). В то же время на фоне приема антитромботических средств развивается инфаркт миокарда с многососудистым поражением коронарных артерий. Как мы видим, большинство больных находились на комбинированной терапии антитромботическими препаратами.

Начиная с 80-х годов XX века, ацетилсалициловая кислота (АСК) была активно включена в клиническую практику для профилактики инфаркта миокарда у больных острым коронарным синдромом (ОКС). Доказано, что АСК в дозах 75-325 мг/сут. существенно снижает частоту развития инфаркта миокарда и внезапной кардиогенной смерти у больных ОКС, продолжение приема АСК после стабилизации состояния обеспечивает отдаленный положительный профилактический эффект. В то же время в ряде независимых исследований отмечено, что применение АСК в малых дозах в сочетании с антиангинальными средствами у больных ИБС способствует увеличению риска возникновения безболевой формы ишемии миокарда, также не рекомендуют назначать при вазоспастической стенокардии.

В последние годы активно обсуждается вопрос резистентности к терапии АСК, под которой понимают неспособность АСК у некоторых больных в должной мере подавлять функцию тромбоцитов, снижать синтез тромбоксана А2 и/или удлинять время кровотечения. Распространенность резистентности к терапии АСК, по данным различных исследователей, составляет от 10 до 45%, что противоречит положительным клиническим результатам применения АСК. Одна из наиболее вероятных причин резистентности – недостаточная приверженность пациентов к лечению. Причины столь низкой приверженности к лечению аспирином, возможно, связаны с риском развития осложнений при их приеме. Как известно, основной клинической проблемой при применении АСК является риск развития кровотечений со стороны желудочно-кишечного тракта, в связи с чем вопросы профилактики поражения слизистой желудочно-кишечного тракта при назначении аспирина являются актуальными. Использование кишечно-растворимых форм АСК не решает этой проблемы.

Аспирин быстро всасывается в желудке и тонком кишечнике, его период полувыведения в кровотоке составляет всего 15-20 мин. Концентрация аспирина в плазме достигает пика через 30-40 мин, а подавление функции тромбоцитов через час после приема. У широко используемых в последние годы кишечно-растворимых форм аспирина всасывание замедлено и пиковая концентрация в плазме наступает лишь через 3-4 часа. Применение аспирина позволяет на 10-15% снизить частоту сердечно-сосудистой смерти и как минимум на 20% частоту фатальных сердечно-сосудистых эпизодов у больных с высоким риском атеротромботических осложнений.

Тиклопидин и клопидогрел относятся к производным тиенопиридина, механизм действия которых связан с селективным ингибированием АДФ-индуцируемой агрегации тромбоцитов. Оба препарата превращаются в печени в активные метаболиты. Поэтому начало действия тиенопиридинов отсрочено. Необходимость предварительного метаболизма производных тиклопидина приводит к задержке проявления их антитромбоцитарного действия. Для более быстрого начала действия первая доза должна быть более высокой. В настоящее время рекомендуют одномоментно принять внутрь 300-600 мг клопидогрела или 500 мг тиклопидина.

Тиклопидин – эффективное антитромботическое средство, но обладающее нежелательными побочными эффектами, среди которых возможность развития гиперхолестеринемии и нейтропении, тромбоцитопении, анемии и тромботической тромбоцитопенической пурпуры. Клопидогрел имеет лучший профиль безопасности и, практически, заменил тиклопидин в большинстве клинических ситуаций. Он быстро всасывается и превращается в активный метаболит с периодом выведения из плазмы равным 8 часам. Начало действия у клопидогрела быстрее, чем у тиклопидина. После приема пищи биодоступность тиклопидина увеличивается примерно на 20%, при применении после антацидов снижается на 20%. На абсорбцию клопидогрела прием пищи и антацидов не влияет. Подавление АДФ-вызванной агрегации тромбоцитов зависит от дозы клопидогрела, после приема первой дозы агрегация тромбоцитов подавляется на 40%. На фоне регулярного приема препарата подавление агрегации тромбоцитов усиливается, а через 7 дней после отмены препарата полностью исчезает. Величина нагрузочной пробы клопидогрела окончательно не установлена и составляет 300-600 мг, поддерживающая доза в большинстве случаев составляет 75 мг (иногда 150 мг).

Таким образом, ретроспективный анализ результатов применения антитромботических препаратов у больных ИБС показывает низкую приверженность к терапии. Развитие инфаркта миокарда, особенно повторного, на фоне многососудистого поражения коронарных артерий, возможно, связано с развитием резистентности к терапии антитромботическими препаратами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Остроумова О.Д. Ацетилсалициловая кислота – препарат номер 1 для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Основные показания к применению, клинические преимущества, эффективные дозы и пути повышения переносимости // Рус.Мед.Журнал. - 2003. - т.11. - №5. – С. 253-255.

2 Шалаев С.В. Антитромбоцитарные средства в лечении острых коронарных синдромов.// Фарматека. - 2003. – С. 94-97.

3 Ушкалова Е.А. Аспиринорезистентность: механизмы развития, методы определения и клиническое значение // Фарматека. - 2006. - №13. – С. 35-41.

4 Шилов А.М., Святов И.С., Санодзе И.Д. Антиагреганты – современное состояние вопроса // Рус.Мед.Журнал. - 2003. - т.11. - №9. – С. 552-556.

5 Всероссийское научное общество кардиологов. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы// Российские рекомендации.- М.: 2007. – С. 44 -48.

Р.Қ. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА, Б.У. ШУЖЕНОВА, А.Б. АҒЫБАЕВА
КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ АНТИТРОМБОТИКАЛЫҚ ЕМІ

Түйін: ЖИА кезіндегі жүрек-қан тамыр жүйесінің негізгі асқынуы болып табылатын, тромбоэмболитикалық асқынуды алдын-алу үшін, антитромботикалық препараттарды ұзақ уақыт қабылдау қарастырылған. ЖКС науқастардың ретроспективті анализі антитромботикалық препараттармен емге төменгі үйлесімділігін көрсетті. Сонымен қатар миокард инфарктының пайда болуына емге тәуелділіктің дамуы әсер етеді.
Түйінді сөздер: миокард инфаркты, тромбоэмболитикалық асқыну, антитромботикалық препараттар, приверженность лечению, емге тәуелділік.

R.K. ALMUHAMBETOVA, SH.B. ZHANGELOVA, B.U. SHUZHENOVA, A.B. AGYBAYEVA
KAZNMU BY NAME S.D. ASFENDIAROVA. CITY HEART CENTER OF ALMATY ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH CARDIOLOGICAL

Resume: Prevention of thromboembolic complication being a key moment in the development of cardiovascular complications under CHD(coronary artery disease), provides long-term use of antithrombotic agents. A retrospective analysis of patients with ACS showed low treatment compliance toantithrombotic drugs. Possibly, the development of resistance to therapy also promotes occurrence of myocardial infarction.
Keywords: myocardial infarction, thromboembolic complications, antithrombotic drugs, treatment compliance, resistance to treatment.

УДК 616.127-008.6-036.11-08

Б.У. ШУЖЕНОВА
ГКЦ Алматы

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОКС С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ РИСКА ПО ШКАЛЕ ГРЕЙСА

Использование шкалы Грейса у больных ОКС позволяет выделить 3 степени риска и в дальнейшем определить тактику ведения больных, в частности, сроки проведения коронарной ангиографии (КАГ) и последующего обсуждения вопроса о проведении реваскуляризации.
Ключевые слова: *шкала Грейса, острый коронарный синдром, коронарография, реваскуляризация, стентирование, аорто-коронарное шунтирование*

К настоящему времени доказана патогенетическая общность всех острых проявлений коронарной болезни сердца (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда с зубцом Q и без зубца Q): в их основе лежит единый морфологический субстрат - разрыв атеросклеротической бляшки в коронарной артерии с формированием на поверхности разрыва в начале тромбоцитарного, а затем и фибринного пристеночного тромба, обусловливающего весь симптомокомплекс клинических проявлений. При этом определяющим фактором для развития того или иного варианта острого коронарного синдрома (ОКС) - нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, являются исключительно количественные характеристики процесса тромбообразования - продолжительность и степень тромботической окклюзии коронарной артерии. Объединение различных клинических вариантов острой коронарной недостаточности под рубрикой ОКС также обосновано единой концепцией лечения этой категории больных: на стадии нестабильной стенокардии или нетрансмурального инфаркта миокарда, то есть при имеющемся "белом" - тромбоцитарном тромбе в месте разрыва бляшки, необходимо назначение, в первую очередь, антитромбоцитарных препаратов, при сформировавшемся "красном" - фибринном тромбе и развитии трансмурального инфаркта миокарда показано проведение фибринолитической терапии либо выполнение хирургических вмешательств по реваскуляризации миокарда.

В последние годы особенно активное развитие и изучение в клинике получило направление антитромботической терапии, к настоящему времени закончены многочисленные многоцентровые клинические исследования, являющиеся на сегодняшний день основным инструментом для оценки эффективности того или иного вмешательства в условиях доказательной медицины. Тромболизис считают наиболее эффективным способом лечения ОКС. В то же время для практических целей необходимо выделить тех больных, к которым надо применить наиболее агрессивное лечение, то есть тех, у кого ближайший прогноз хуже.

Целью нашего исследования явилось изучение стратегии лечения ОКС с учетом оценки степени риска согласно шкалы Грейса.

Материалы и методы: нами были проанализированы 326 истории болезни больных, поступивших в ГКЦ за 2014 г. Среди них мужчин было 168 (51,5 %), женщин 158 (48,5 %), средний возраст составил 67,6±2,4 лет.

Результаты и обсуждение. По шкале Грейса учитываются клинические признаки: возраст больного, частота сердечных сокращений в минуту, систолическое артериальное давление, уровень креатинина сыворотки в мкмоль/л, класс сердечной недостаточности (по классификации Kilip), остановка сердца (на момент поступления), девиация сегмента ST, наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов. При уровне риска по шкале Грейса менее 108 единиц (низкая категория) внутрибольничная смертность составляет менее 1%; при уровне от 109 до 140 единиц (средняя категория) смертность в пределах от 1 до 3% и при уровне свыше 140 единиц (высокая категория) смертность превышает 3%.. Согласно шкалы Грейса определены у наших больных

низкий уровень у 69 (21,2%), у 91 (27,9%) средний и у 166 больных (50,9%) высокий уровень.

С практических позиций для определения врачебной тактики ведения больного с тем или иным вариантом ОКС принципиально важно наличие элевации или депрессии сегмента ST при первом контакте с больным. Элевация сегмента ST свидетельствует о протекании завершающих стадий развития коронарного тромбоза - формировании фибринного тромба с трансмуральным повреждением миокарда и служит показанием для экстренного проведения тромболитической терапии или коронарной ангиопластики. Другая группа больных - без элевации сегмента ST не нуждается в проведении тромболизиса ввиду его малоэффективности и курируется с использованием антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов. Такое разделение на сегодняшний день является общепризнанным и используется при планировании и проведении большинства клинических исследований. По результатам нашего наблюдения больных с элевацией сегмента ST было 257 пациентов (78,8%) и 69 больных (21,2 %) было без подъема сегмента ST.

Существует 2 подхода при лечении верифицированного ОКС с подъемом сегмента ST: «агрессивный" (ранний инвазивный) и консервативный. Разница 2-х тактик состоит прежде всего в сроках проведения коронарной ангиографии (КАГ). При «агрессивной» тактике КАГ проводят безотлагательно. При консервативной – сначала пытаются добиться стабилизации состояния с помощью медикаментозной терапии и лишь при отсутствии эффекта лечения проводят КАГ. Среди наших больных КАГ была проведена до 3-х часов у 68 пациентов (26,5%), у 119 (46,3%) в сроки от 3-х до 24 часов и у 70 (27,2 %) КАГ была проведена в сроки от 24 до 72 часов.

В тех случаях, когда в течение 48-72 часов, несмотря на активную терапию, ангинозные боли продолжают рецидивировать, возникают показания для выполнения срочной КАГ и обсуждения вопроса о проведении хирургического лечения. Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) показана при наличии стеноза ствола левой коронарной артерии на 50% и более; поражении двух основных коронарных артерий с вовлечением передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии; поражении трех основных коронарных артерий в сочетании с дисфункцией левого желудочка (фракция выброса 35-50%). По некоторым данным, при сочетании догоспитального тромболизиса и экстренной ТБКА удается добиться максимального снижения смертности. Альтернативой АКШ является баллонная дилатация и интракоронарное стентирование. Показаниями к её выполнению служат проксимальные одно-сосудистые стенозы не менее 50% просвета сосуда. По результатам КАГ стентирование было проведено в первые сутки от момента поступления в 37 случаях (25 %); в течение 3-х суток в 82 (55,4%) и в сроки свыше 3-х суток в 29 (19,6 %). АКШ было предложено 109 пациентам (33,4%), проведено 57 больным (17,5 %), отказались 52 пациента (15,9 %).

Важно подчеркнуть, что «агрессивная» тактика оправдана только у больных высокого и промежуточного риска. В группе низкого риска экстренное проведение КАГ и реваскуляризации сопряжено с неоправданно высоким риском осложнений. Напротив, реваскуляризация, выполненная после стабилизации состояния дает хорошие результаты. У больных высокого и промежуточного риска, по данным ряда исследований, ранняя «агрессивная» тактика приводит к более выраженному снижению риска осложнений, чем консервативная, особенно когда имплантацию стентов проводят на фоне введения блокаторов гликопротеиновых II b/ IIIa рецепторов тромбоцитов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Рекомендации по ведению больных с острым коронарным синдромом //Ассоциация кардиологов Республики Казахстан. – Алматы . – С. 2007. ... -2007. – Vol.50(7). – 150-157.
2 Florira M. et al. GRACE risk score in patients with acute coronary syndrome the practical utility at hospital admission // Acta Cardiologia. – 2009. - 64 (1). – P. 133-134.
3 Адамян К.Г. Мартиросян М.Д. и др. Шкала риска GRACE, как предиктор краткосрочных исходов после острого инфаркта миокарда. // Научные труды VIII Конгресса ассоциации Кардиологов Армений. – 2011. – С. 105-109.
4 HYPERLINK "http://www.internist.ru/articles/cardiology" www.internist.ru/articles/cardiology.
5 Anderson L., Adams C.D, Antman E.M. Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angine.//J. am Coll Cardiol. – 2007. - Vol.50(7). – P.150-157.
6 Theroux P., Fuster V. Acute Coronary syndromes: unstable angina and none-Q-wave myocardial infaction // Circulation. - 2008. - Vol. 97. – P. 1195-1206.

Б.У. ШУЖЕНОВА
ҚКО Алматы

ГРЕЙС ШКАЛАСЫ БОЙЫНША ҚАТЕР ТОБЫН АНЫҚТАП ЖКС ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ СТРАТЕГИЯСЫ

Түйін: ЖКС науқастарында Грейс шкаласын қолдану 3 дәрежелі қатер топқа бөліп, ары қарай науқастарды жүргізу тәсілін анықтап, оның ішінде коронарлы ангиографияны (КАГ) жүргізу уақытын және реваскуляризацияны өткізу уақытын талдауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: Грейс шкаласы, жедел коронарлы синдром, коронарография, реваскуляризациялау, стенттеу, аорто-коронарлы шунттау.

B.U. SHUZHENOVA
CHC of Almaty

THE CURRENT STRATEGY OF THE TREATMENT OF ACS ACCORDING TO THE DEGREE OF RISK ON A SCORE OF GRACE

Resume: Using Grace score in patients with acute coronary syndrome (ACS) lets to underline 3 risk levels and then determine tactics of treatment, particularly, timing of the CAG and subsequent discussion on revascularization.

Keywords: Grace score, acute coronary syndrome, coronary angiography, revascularization, stenting, coronary artery bypass grafting.

УДК 616.12-008.46-036.11-076

Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА, Б.У. ШУЖЕНОВА, А.Н. КУРАЛБАЕВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова,
Городской кардиологический центр Алматы

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ В-НАТРИЙ УРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В-натрийуретический пептид (BNP) используется в качестве биомаркеров при диагностике сердечной недостаточности. При сомнительной клинической картине СН, осложнившей течение инфаркта миокарда, повышенный уровень BNP является ранним и информативным тестом его выявления и может быть предложен как альтернатива эхоКГ.
Ключевые слова: *острая сердечная недостаточность, В-натрийуретический пептид, тропонины, диагностика, инфаркт миокарда, эхокардиография.*

Сердечная недостаточность (СН), бесспорно, ухудшает прогноз инфаркта миокарда независимо от сроков ее возникновения. Острая сердечная недостаточность (ОСН) является наиболее частой причиной смерти больных инфарктом миокарда (ИМ). В большинстве случаев она возникает в результате ухудшения состояния больного с ХСН (ранее диагностированной и леченной), однако в ряде случаев она может быть впервые выявленной. Бессимптомное нарушение функции левого желудочка выявляется почти у половины больных ИМ. Больные могут описывать ряд состояний, начиная от угрожающих жизни отека легких или кардиогенного шока до состояний, характеризующихся в основном появлением периферических отеков. Значительные успехи в диагностике ОСН при ИМ стали возможными с внедрением в практику методов гемодинамического контроля, зондирования левых и правых отделов сердца, эхоКГ. Алгоритм первичного обследования при подозрении на сердечную недостаточность предполагает два подхода: первый, основанный на данных эхоКГ; второй, основанный на определении уровня В-натрийуретического пептида (BNP) в сочетании с 12-канальной ЭКГ. Рекомендация определять уровень BNP при сомнительной СН входит в современные клинические руководства с самым высоким грифом уровня доказательности А, что говорит о надежности теста, проверенной в крупных многоцентровых исследованиях, выполненных по дизайну доказательной медицины.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня BNP у больных с острой сердечной недостаточностью при ИМ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находились 56 больных с подозрением на ОСН в возрасте от 43 до 66 лет (средний возраст 55,2±1,3), из них 27 женщин и 29 мужчин, поступивших в экстренном порядке с болевым синдромом в ГКЦ за 2014 год. Всем пациентам проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, КАГ, общеклинические и биохимические исследования: липидный спектр, уровень глюкозы, кардиомаркеры (тропонин, миоглобин, BNP).

Результаты и обсуждение. Все наши больные поступали с жалобами на боли в области сердца, за грудиной, одышку, сердцебиение. На ЭКГ у всех больных были признаки ишемии, рубцовые изменения были обнаружены у 34 больных, которые были отнесены в 1-ую группу; остальные больные составили 2-ую группу. Рентгенологически были выявлены прикорневое усиление легочного рисунка у 23 пациентов (18 больных из 1-ой группы и 5 – из 2-ой группы).

Содержание тропонина варьировало от 0,09 до 2,34 нг/л и составило в среднем 1,35. Уровень В-натрийуретического пептида (BNP) – у наших больных колебался в пределах от 88,0 до 395,0 и составил 282,4±3,9 нг/мл..

Таблица 1 - Лабораторно-инструментальные показатели при первичном исследовании

показатели	I гр.(п=34)	II гр.(п=22)
Тропонин,нг/мл	2,09±0,01	0,18±0,01
BNP, нг/мл	262,0±2,9	235,3±2,6
Локальная гипокинезия	4 (11,8%)	14 (63,6%)
Акинезия миокарда	30 (88,2%)	8 (36,4%)
Фракция выброса,%	33,4±1,2	41,9±1,5
Прикорневое усиление легочного рисунка	18(52,9%)	5(22,7%)

Как видно из данных таблицы 1, уровень BNP оказался достоверно выше у пациентов I группы (262,0±2,9 против 235,3±2,6), что предполагает выраженность и тяжесть проявлений СН и подтверждается по результатам ЭхоКГ: фракция выброса 33,4±1,2% против 41,9±1,5% во 2-ой группе. Сочетание повышения тропонинов и ангинозного приступа считают достаточным основанием для диагностики ИМ без подъема сегмента ST. Анализируя клинические и лабораторно-инструментальные данные, первичный ИМ был выставлен в 15 случаях (68,2%) во 2-ой группе; повторный ИМ в 8 (23,5%) случаях во 1-ой группе и нестабильная стенокардия в 33 случаях (26 -76,5% в 1 –ой гр. и 7 -31,8% во 2-ой гр.). Динамическое исследование кардиомаркеров и показателей ЭхоКГ дало основание выставить ИМ , осложненный ОСН , у 23 пациентов.

ЭхоКГ помогает не только в постановке диагноза ИБС и оценке функции левого желудочка, но и определении причины болей в груди, а также степени риска развития ИМ и его осложнений. Безусловно, эхоКГ имеет первостепенное значение для диагностики осложнений ИМ. К факторам, способствующим развитию ОСН относятся возраст старше 65 лет, слабая функций левого желудочка (фракция выброса ниже 35%), большая зона инфаркта, женский пол, а также наличие в анамнезе инфаркта миокарда, сахарного диабета. Сахарный диабет в анамнезе был обнаружен у 17 пациентов (у 12 из 1-ой и у 5 – из 2-ой группы). При тщательном изучении данных эхоКГ и BNP при ИМ, осложненном развитием ОСН и нестабильной стенокардии было установлено, что гипокинезия у 12 пациентов с нестабильной стенокардией оказалась преходящей, фракция выброса левого желудочка и содержание BNP,

соответствовали норме, тогда как в группе больных с ИМ эти показатели были значительно увеличены (Таблица 2).

Таблица 2 - Уровень BNP и показатели эхоКГ при ИМ и нестабильной стенокардии

показатели	Перв. ИМ(п=15)	Повт.ИМ(п=8)	Нестаб.стен.(п=33)
Акинезия миокарда	11	8	-
Локальная гипокинезия	4	-	12
Фракция выброса,%	40,8±0,8	36,5±1,1	60,3±1,5
BNP, пг/мл	308,8±2,4	290,7±2,1	92,5±2,3

Для дифференциальной диагностики СН в настоящее время используется тест с определением - В-натрийуретического пептида (BNP) – одного из гормонов, секретируемых кардиомиоцитами. Относительно недавно, около 20 лет назад, было установлено, что сердце выполняет эндокринную функцию, синтезируя прогормоны, которые под влиянием определенных стимулов (например, растяжение предсердий и повышение трансмурального предсердного давления) высвобождаются, расщепляются и поступают в циркулирующую кровь в виде пептидов. В клетках предсердий образуется преимущественно А-тип, желудочков – В–тип натрийуретического пептида. Они сходны по механизму действия и функционируют как двойная сердечная пептидная натрийуретическая система, но большей диагностической ценностью при СН обладает второй – BNP.

Таким образом, у больных ИМ с ОСН протекающей по типу сердечной астмы, определение уровня BNP может быть рекомендовано при сомнительной клинической картине СН поскольку является достаточно информативным и ранним признаком выявления ОСН, в то же время не требуется дополнительной аппаратуры (в том числе и передвижной), лишено субъективизма, т.к. не зависит от квалификации специалиста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Джордж Дж.Тэйлор Основы кардиологии//РАМН. - М.: Мед. Пресс-информ, 2004. - С. 70-76.
2 Кардиология // Национальное руководство. Краткое издание. - М.: Гэотар – Медиа, 2012. - С. 651-653.
3 Горохова С.Г. 9 глав о диагностических ошибках // Кардиология. - М.: 2009. – С. 254-294.
4 Bold AJ, Borenstein HB. Veress AT et al. A rapid and potent natriuretic response to intravenous injection of atrial myocardial extract in rats // Life Sci. – 1981. – С. 28-94.
5 Жарокова ., Иванишвили Л.О. Джибладзе Г.Д., Афонская Н.И. Предсердный натрийуретический фактор // Бюлл. ВКНЦ. – 2009. - С. 99.
6 Агеев Ф.Т.,Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ИБС: некоторые вопросы по диагностике, патогенезе и лечения // РМЖ. – 2000. - №8. – С. 15-16.
7 Hall C. The value of natriuretic peptides for the manegment of heart failure: current state og play // Eur J Heart Fail. – 2001. - №3. – P. 395-397.

R.K. ALMUHAMBETOVA, SH.B. ZHANGELOVA, B.U. SHUZHENOVA, A.N. KURALBAYEVA

KazNMU by name S.D. Asfendiarova. City Heart Center of Almaty

THE ROLE AND IMPOTANCE OF B-NATRIURETIC PEPTIDE IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE HEART SHORTCOMINGS

Resume: B-natriuretic peptide (BNP) is used as a biomarker in the diagnosis of heart failure. When doubtful clinical heart failurecomplicating myocardial infarction, elevated BNP levels is an early and informative test of its detection and can be offered as an alternative to echocardiography.

Keywords: acute heart failure, B-natriuretic peptide, troponins, diagnosis, myocardial infarction, and echocardiography.

Р.Қ. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА, Б.У. ШУЖЕНОВА, А.Н. ҚҰРАЛБАЕВА

С.Д. Асфендияров ат. КазҰМУ. Алматы қалалық кардиологиялық орталығы

ЖЕДЕЛ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДА В-НАТРИЙУРЕТИКАЛЫҚ ПЕПТИДТІҢ РӨЛІ МЕН МАҢЫЗЫ

Түйін: Жүрек жетіспеушілігінің диагностикасында В-натрийуретикалық пептид (BNP) биомаркер ретінде қолданылады. Миокард инфарктының асқынған ағымында, журек жетіспеушілігінің күмәнді клиникалық көрінісінде BNP деңгейінің жоғарылауы ерте және ақпаратты анықтаушы тест болып табылады және ЭХОКГ альтернативы ретінде ұсынылады.

Түйінді сөздер: жедел жүрек жетіспеушілігі, В-натрийуретикалық пептид, тропониндер, миокард инфарктының диагностикасы, эхокардиография

УДК 616.12 – 008.33.1

С.Г. ЕНОКЯН, Б.С. ИСКАКОВ, А.С. ЧУМБАЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

МОДИФИКАЦИЯ ИЗМЕРИТЕЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Предложенная модификация измерителя артериального давления на плече позволяет свести к минимуму как гипо-, так и гипердиагностику артериальной гипертензии, предупредить назначение больших доз гипотензивных препаратов пациентам с большим охватом плеча, а с другой стороны исключить не назначение их пациентам с малым периметром плеча.
Ключевые слова: *артериальное давление, сфигмоманометр, аппарат для измерения артериального давления.*

В условиях первичной медико-санитарной помощи правильное и точное измерение артериального давления имеет особое значение как для диагностики и определения дальнейшей тактики ведения пациента так и последующего контроля за эффективностью проводимой терапии.

В клинической медицине практически во всех ее областях широко используются многочисленные модификации сфигмоманометров предложенные различными фирмами. Как прибор для измерения артериального давления сфигмоманометр с компрессионной манжетой накладываемой на плечо и ртутным манометром впервые был разработан и предложен в 1896 году S.RivaRocci [1].

Широкому применению сфигмоманометра S.RivaRocci способствовала разработка русским ученым Коротковым Н.С. в 1905 году метода аускультативного (по тонам Короткова) определение артериального давления (АД) как систолического так и диастолического. Данный метод получил в честь его создателя название метода Короткова Н.С. и до настоящего времени считается «Золотым стандартом» определения артериального давления.

Недостатком известного манометра и многочисленных аналогичных модификаций является то, что он содержит компрессионную манжету одного размера. Размер компрессионной манжеты – внутренней эластичной камеры – ширина и длина должны обеспечивать охват плеча по периметру, не меньше 80 процентов длины и около 40 процентов ширины. Камера стандартной средней плечевой манжеты для взрослого человека имеет размеры примерно 14 на 22 сантиметра и оптимальна только для охватов по периметру от 22 до 33 сантиметров, при которых обеспечивается точное определение систолического и диастолического артериального давления. Поэтому полученные значения систолического артериального давления не требуют коррекции при окружности плеча около 30 сантиметров, а диастолического при окружности 15-20 сантиметров. Поскольку у большей части взрослого населения величина охвата значительно превышает 30 сантиметров, использование стандартных манжет приводит к существенному завышению значений АД и, как следствие, гипердиагностике артериальной гипертензии или ее более тяжелой степени, необоснованному назначению больших доз или комбинаций гипотензивных препаратов. В тоже время при использовании подобных манжет на худощавой руке менее 22 см цифра АД фактически ниже истинного, что ведет к недооценке этого показателя и гиподиагностике артериальной гипертензии и, как следствие, данная категория пациентов не наблюдается в динамике, не обследуется в дальнейшем и, поэтому, не получает адекватного лечения. Поэтому, при различных размерах охвата плеча целесообразно использовать полный ряд окклюзионных манжет, состоящих из пяти – семи размеров, например манжеты, изготовленной по Ту – 9441 – 0022938161498, либо своевременно вносить коррективы в зависимости от размеров плеча у каждого пациента.

В случае использования стандартной среднеплечевой манжеты при величине окружности плеча 15-30 сантиметров рекомендуется к систолическому артериальному давлению прибавлять 15 мм.рт.ст., а при окружности более 40-50 сантиметров – вычитать из полученного значения 25 мм.рт.ст[1,2]. Таким образом, это обосновывает объективную необходимость одновременно с наложением манжеты для последующего измерения артериального давления определять конкретную величину охвата плеча и его соответствие используемой эластичной манжеты и вносить рекомендуемые коррективы в полученные данные, либо использовать полный ряд окклюзионных манжет. Однако конструкция чехла к эластичной манжете сфигмоманометров не предполагает возможность измерения величины периметра плеча у исследуемых пациентов одновременно с измерением артериального давления.

На Рисунок 1 представлен общий вид чехла компрессионной манжеты измерителя артериального давления, где 1 - измерительная лента, выполнена на внутренней поверхности чехла, 2 – свободный конец чехла, 3- фиксирующее кольцо, дополнительная ограничительная линия по нижнему краю чехла - 4. Рисунок 2. Чехол компрессионной манжеты на плече. Рисунок 3. Вид сбоку чехла компрессионной манжеты, фиксированный на плече.

Измеритель АД работает следующим образом: свободный конец 2 проводит через фиксирующее кольцо. Компрессионную манжету, расположенную в чехле (рис.2) надевают на плечо пациента и фиксируют в заданном положении на 2 см выше локтевого сгиба. Верхний край нижней сплошной ограничительной линии указывает на расположении эластичной манжеты на 2 см выше локтевого сгиба.

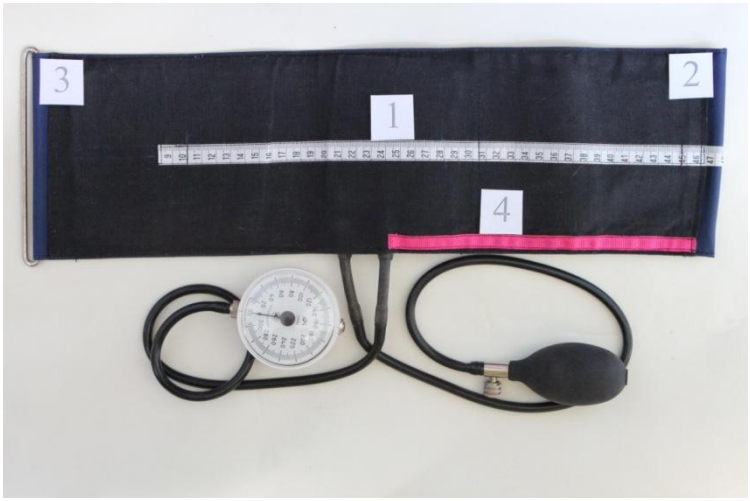


Рисунок 1

Рисунок 2

Рисунок 3

В момент закрепления и фиксации чехла с помощью текстильной застежки на уровне металлического фиксирующего кольца по измерительной шкале (в зависимости от размеров охвата плеча) определяют периметр плеча у данного пациента. Это позволяет, измерив длину окружности, определить соответствие охвата используемой манжеты, указанного в инструкции к данной модели сфигмоманометра. В случае несоответствия – больше рекомендуемого или менее – внести соответствующие коррективы в конечный результат измерения артериального давления и учитывать его в принятии дальнейших решений. Это может также быть основанием для использования одного из размеров манжет, изготовленных по Ту – 9441 – 0022938161498, при их наличии. Однако на практике осуществить это крайне сложно ввиду их реального отсутствия, а также применения в экстренных случаях, когда требуется принятие срочных мер, а не измерение окружности плеча, поиск и подбор и замена манжеты на соответствующий размер и только после этого измерения самого артериального давления.

Таким образом, применение предложенной модификации конструкции измерителя артериального давления на плече, позволяет свести к минимуму как гипо-, так и гипердиагностику артериальной гипертензии, предупредить назначение больших доз гипотензивных препаратов пациентам с большим охватом плеча, а с другой стороны исключить не назначение их пациентам с малым периметром плеча.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 А.В. Винокур. Аускультативный метод измерения артериального давления // Клиническая медицина. – 1990. - №12. -С. 100-102.

2 Использование параметров АД для оценки реакции ССС человека на физические нагрузки // URL: www.bukvovorot.ru/setdrt/pv_8hthml/ (дата обращения: 3.10.11).

С.Г. ЕНОКЯН, Б.С. ИСКАКОВ, А.С. ЧУМБАЛОВА

АРТЕРИАЛДЫҚЫСЫМДЫӨЛШЕУІШ МОДИФИКАЦИЯСЫ

Түйін: Иықтағы артериалды қысымды өлшеуге ұсынылған модификациясы гипо- секілді артериалды гипертензияның гипердиагностикасын да ең аз мөлшерге төмендетеді, иықтың барлығын қамтитын пациенттерге гипотензивті препараттардың үлкен дозасын тағайындауды ескерту, ал басқа жағынан иықтағы аз периметрі бар пациенттерге оларды тағайындауды алып тастау.

Түйінді сөздер: артериалды қысым,сфигмоманомерт, артериалды қысымды өлшеуге арналған аппарат.

S.G. YENOKYAN, B.S. ISKAKOV, A.S. CHUMBALOVA

MODIFICATION OF AN APPARATUS FOR MEASURING BLOOD PRESSURE

Resume: The proposed modification of blood pressure on the shoulder to minimize both hypo-and hypertension hyperdiagnosis, notify the appointment of large doses of antihypertensive drugs in patients with large coverage of the shoulder, on the other hand does not exclude the appointment of their patients with a small perimeter shoulder.

Keywords: blood pressure, sfigmomanomert, apparatus for measuring blood pressure.

УДК 616.155.1:618.1

А.К. КОСАНОВА, А.М. АУБАКИРОВА, А.С. ТАЖИДИНОВА, Д.М. АБДИГАЛИЕВА, Г.М. БАЛТУРЕЕВА, А.М. МУСАЕВА, Г.М. ШАРИПБАЕВА, А.Т. АЛИМКУЛОВА, К.Т. АУГАНБАЕВА, А.О. КУШЕРБАЕВА, Б.Т. САДИЕВА, К. ОКЕН

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Кафедра интернатуры и резидентуры по терапии № 3

Женская консультация при городской поликлинике № 1 г.Алматы

ФЕРРОТЕРАПИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В статье рассматриваются причины маточных кровотечений в гинекологической и акушерской практике, их частота в зависимости от возрастных критериев. Нами обследовано 148 женщин с маточными кровотечениями в возрасте от 17 до 64 лет. Приводятся результаты гормональной коррекции гемостаза дидрогестероном. В группе обследованных у 72 (48,6%) женщин в результате маточных кровопотерь развились легкая и умеренная формы постгеморрагической анемии, для лечения которой проводилась ферротерапия.

Ключевые слова: *маточные кровотечения, гормональный гемостаз, дидрогестерон, анемия, ферротерапия.*

Одним из наиболее важных аспектов акушерско-гинекологической патологии до настоящего времени остаются маточные кровотечения, составляющие более 20% в структуре гинекологических заболеваний. Как правило, начало маточных кровотечений характеризуется умеренными кровопотерями. Однако отсутствие эффективного лечения в начальный период может обернуться для женщины массивным кровотечением через несколько суток, развитием таких осложнений, как ДВС-синдром, анемическая кома. С другой стороны, частые и длительные кровопотери могут привести к развитию железодефицитной анемии [1]. В этой связи становится актуальной проблема неотложной помощи при маточных кровотечениях на поликлиническом этапе.

Нами обследовано 148 женщин, обратившихся в женскую консультацию при городской поликлинике № 1 с жалобами на маточные кровотечения, в возрасте от 17 до 64 лет. Наиболее частыми причинами маточных кровотечений являлись дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) и беременность (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от причин маточных кровотечений

Причины маточных кровотечений	Количество больных	
	Абс.	%
1. Беременность, из них:	52 (всего)	35,1 (всего)
- до 12 недель;	37	25,0
- от 12 до 28 недель	15	10,1
2. Гинекологические заболевания, из них:	96 (всего)	64,9 (всего)
- ДМК;		
- миома матки;	61	41,2
- эндометриоз;	20	13,5
- рак шейки матки	13	8,9
	2	1,3
Всего	148	100

Анализ исследования по возрастным категориям выявил, что наибольшая распространенность маточных кровотечений отмечается в группе гинекологических больных в возрасте 40-49 и 50-59 лет. Среди беременных по частоте кровотечений лидировала группа 20-29 лет репродуктивного возраста (Рисунок 1).

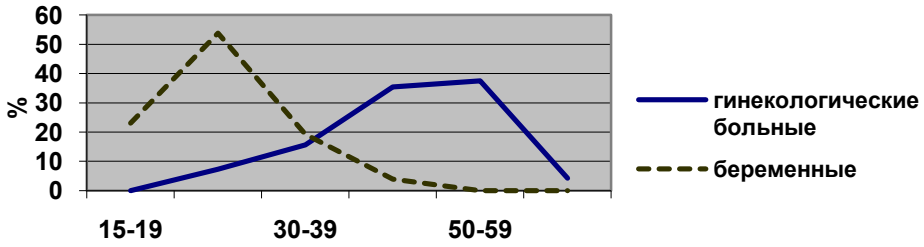


Рисунок 1 – Частота маточных кравотечений по возрасту

Всем обследованным женщинам незамедлительно была назначена гемостатическая терапия (дицинон, викасол, памба и др.). В связи с тем, что лечение было индивидуализированным, дополнительно по показаниям назначались спазмолитики, антиоксиданты, сосудоукрепляющие препараты, а также гормональная терапия. В качестве гормонального гемостаза использовался препарат Дюфастон – оральный аналог природного прогестерона, 1 таблетка содержит 10 мг дидрогестерона. Дюфастон назначали по 4 таблетки 2 раза в день до остановки кровотечения, затем в течение 10 дней - по 1 таблетке 2 раза в день. Дальнейший прием препарата зависел от фазы менструального цикла и назначался обычно с 11 по 25 день цикла по 1 таблетке 2 раза в день. Выше приведена стандартная схема лечения Дюфастоном, однако в некоторых случаях дозировки препарата и длительность приема варьировали. Всего Дюфастоном пролечено 117 (79,0%) из 148 женщин с маточным кровотечением. Результаты лечения маточных кровотечений с использованием Дюфастона представлены в таблице 2. Контрольную группу составили больные, не получавшие Дюфастон.

Таблица 2 – Результаты лечения маточных кровотечений Дюфастоном

Критерии эффективности лечения	Больные, пролеченные Дюфастоном n = 117	Контрольная группа n = 31
Купирование маточного кровотечения в первые 48 часов	92 78,6%	10 32,2%
Повторные кровотечения	16 13,6%	27 87,0%
Направление на стационарный этап лечения	22 18,8%	29 93,5%
Самопроизвольный выкидыш у беременных	4 3,4%	14 45,1%

Анализ результатов лечения показал, что в группе больных, пролеченных Дюфастоном, маточные кровотечения в подавляющем большинстве случаев купировались в течение 48 часов, снижался риск повторных кровотечений и самопроизвольных выкидышей у беременных в раннем сроке. Тогда как в контрольной группе кровотечения были более продолжительными, проводимые неотложные мероприятия зачастую были неэффективными, что послужило основанием для дальнейшего лечения этой группы больных в стационарных условиях. Следует также отметить, что наилучший гемостатический эффект Дюфастона отмечался при дисфункциональных маточных кровотечениях и беременности до 12 недель.

Вместе с тем у 72 (48,6%) женщин в результате маточных кровопотерь развились легкая и умеренная формы постгеморрагической анемии. Следующим этапом неотложных мероприятий при маточных кровотечениях являлось лечение анемического синдрома [2, 3, 4]. Больным назначался железосодержащий препарат Сорбифер Дурулес по 1 таблетке 2 раза в день. В 14 случаях больным женщинам с анемией средней степени тяжести первоначально назначались парентеральные железосодержащие препараты с последующей пероральным их приемом.

В гемограмме больных железодефицитной анемией (ЖДА) до лечения отмечены низкое содержание эритроцитов, гемоглобина, умеренная и выраженная гипохромия, анизо- и пойкилоцитоз. Вместе с тем, количество ретикулоцитов оставалось в пределах нормы. Определялись низкий уровень сывороточного железа и увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС). В отдельных случаях отмечалась умеренная лейкопения, однако, среднее значение лейкоцитов соответствовало нормальным величинам. Количество тромбоцитов также варьировало в пределах нормы (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели крови до лечения препаратом Сорбифер Дурулес и в динамике через 1 и 3 недели от начала лечения

№№ пп		До лечения	неделю	недели	Досто-верность различия
1.	Эритроциты, х 10^{12}/ л	2,95± 0,10	3,16 ± 0,10	3,61 ± 0,07	***P >0,1**** $P_1 < 0,001$ $P_2 < 0,001$
2.	Гемоглобин, г/л	68,90±2,87	83,80±3,48	102,95±2,74	$P < 0,001$ $P_1 < 0,001$ $P_2 < 0,001$

3.	Цветной показатель	0,75 ± 0,01	0,78 ± 0,02	0,84 ± 0,01	P > 0,1* P_1 < 0,01 P_2 < 0,001
4.	Ретикулоциты, %	0,90 ± 0,13	1,22±0,30	1,45±0,16	P > 0,1 * P_1 > 0,1 * P_2 < 0,01
5.	Лейкоциты, х 10 ^{9}/ л	4,88 ± 0,30	5,20 ± 0,28	5,65 ± 0,47	P > 0,1* P_1 > 0,1 * P_2 > 0,1 *
6.	Тромбоциты, х 10 ^{9}/ л	302,39 ± 14,12	295,05 ± 25,43	354,49 ± 35,18	P > 0,1* P_1 > 0,1 * P_2 > 0,1 *
7.	Сывороточное железо, мкмоль/л	5,70 ± 0,60	-	23,45±1,07	P_2 < 0,001
8.	ОЖСС, мкмоль/л	82,53±5,32	-	44,77±3,88	P_2 < 0,001

Примечание: ** - различие недостоверно; P – достоверность различия между показателями до лечения и через 1 неделю; P_1 – достоверность различия между показателями через 1 и 3 недели от начала лечения; P_2 – достоверность различия между показателями до лечения и через 3 недели.*

Сорбифер Дурулес назначали по 1 таблетке 2 раза в сутки за 30 минут до еды. Действие препарата нами изучалось в течение 3-х недель. Терапевтический эффект препарата оценивался через 1 и 3 недели от начала лечения.

Результаты исследования показали, что уже через 1 неделю возникала тенденция к улучшению гематологических показателей и физикальных данных, а через 3 недели от начала лечения наступает хороший терапевтический эффект, характеризующийся нормализацией показателей красной крови, сывороточного железа и ОЖСС. Ежедневный прирост гемоглобина в первую неделю от начала лечения был наивысшим и составил 1,71 г/л, на второй и третьей неделе – 1,38 г/л. Через 1 месяц ферротерапии удалось купировать анемический синдром в 67 (93,0%) случаях.

Таким образом, применение гормонального гемостаза в лечении маточных кровотечений весьма эффективно и может быть успешно использовано уже на поликлиническом этапе, в связи с чем возрастает экономичность гемостатической терапии. С целью профилактики и лечения анемического синдрома лечебная тактика при маточных кровотечениях также должна включать проведение ферротерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Подзолкова Н.М., Глазкова О.П. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 520 с.
2 Arvas A., Gur E. Are ferric compounds useful in treatment of iron deficiency anemia? // Turk. J. Pediatr. - 2000. - Vol. 42 (4). - P. 352–354.
3 Marret H., Fauconnier A., Chabbert–Buffet N., et al. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol.152 (2). – P. 133–137.
4 Pasricha S.R., Flecknoe–Brown S.C., Allen K.J. et al. Diagnosis and management of iron deficiency anaemia: a clinical update // Med. J. Aust. – 2010. – Vol.193 (9). – P. 525–532.

А.К. КОСАНОВА, А.М. АУБАКИРОВА, А.С. ТАЖИДИНОВА, Д.М. АБДИГАЛИЕВА, Г.М. БАЛТУРЕЕВА, А.М. МУСАЕВА, Г.М. ШАРИПБАЕВА, А.Т. АЛИМКУЛОВА, К.Т. АУГАНБАЕВА, А.О. КУШЕРБАЕВА, Б.Т. САДИЕВА, К. ОКЕН

ЖАТЫРДАН ҚАН КЕТКЕН КЕЗДЕГІ АНЕМИЯЛЫҚ СИНДРОМ ФЕРРОТЕРАПИЯСЫ

Түйін: Бұл статьяда парктикадағы акушерлік және гинекологиялық жатырдан қан кетулердің себептері қаралған**,** олардың жиілігі жас критерилеріне байланысты. Бұл зерттеуде 17 мен 64 жас аралығындағы жатырлық қан кетумен 148 әйел зерттелді. Дидрогестеронммен гемостазды гормональді коррекция жасаудағы зерттеулер жүргізіліп жатыр. Бұл топта зерттеліп жатқан 72 (48,6%) әйел жатырлық қан кетудің әсерінен постгеморрогиялық анемияның жеңіл түрі пайда болады, емінде ферротерапия жасалды.

Түйінді сөздер: жатырлық қан кету, гормональді гемостаз, дидрогестерон, анемия, ферротерапия.

A.K.KOSANOVA, A.M.AUBAKIROVA, A.S.TAZHIDINOVA, D.M.ABDIGALIEVA, G.M.BALTUREEVA, A.M.MUSAEVA, G.M.SHARIPBAEVA, A.T.ALIMKULOVA, K. T.AUGANBAEVA, A.O.KUSHERBAEVA, B.T.SADIEVA, K.OKEN

FERROTHERAPY OF ANEMIC SYNDROME AT METRORRHAGIA

Resume: This article discusses the causes of uterine bleeding in gynecological and obstetric practice, the frequency depending on the age criteria. We examined 148 women with uterine bleeding in age from 17 to 64 years. There are the results of hormonal correction hemostasis dydrogesterone. In the survey group, 72 (48.6%) women as a result of uterine hemorrhage developed mild to moderate forms of post-hemorrhagic anemia, for which treatment was carried ferrotherapy.

Keywords: uterine bleeding, hormonal homeostasis, dydrogesterone, anemia, ferrotherapy.

УДК:616.132

Ш.Н. КУДОБАЕВА
Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

РАССЛОЕНИЕ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПУЛЬМОНОЛОГА

Расслоение аневризмы аорты до настоящего времени остается актуальной проблемой в связи с трудностью диагностики и высокой летальностью. Несмотря на современные возможности диагностики расслаивающей аневризмы аорты с применением неинвазивных визуализирующих методов, процент диагностических ошибок остается высоким в связи со значительным разнообразием проявлений и «клиническими масками» данного заболевания.
Ключевые слова: *расслоение аневризмы аорты, «клинические маски», диагностика.*

Актуальность: Острый аортальный синдром (ОАС) – общее понятие для описания состояний, вызванных острым прогрессирующим нарушением целостности стенки аорты. К этой группе относят расслоение аорты, интрамуральную гематому и пенетрирующую атеросклеротическую язву аорты. Патофизиологическими механизмами являются увеличение напряженности стенки аорты с развитием ее дилатации и последующим формированием аневризмы. Аневризма с течением времени расслаивается или разрывается (1).

Наиболее важный этиологический фактор при ОАС – артериальная гипертензия, особенно при наличии у пациента дислипидемии и вредных привычек (курение). К другим причинам ОАС относят соединительнотканные дисплазии (синдром Марфана, синдром Элерса-Данло IV типа, двустворчатый аортальный клапан); аутоиммунные заболевания (болезнь Такаясу, болезнь Бехчета, болезнь Ормонда); сифилис; травмы; употребление кокаина и амфетаминов; беременность (III триместр); ятрогенные повреждения аорты. Пик заболеваемости приходится на пятую и шестую декады жизни. ОАС у мужчин диагностируют в 3 раза чаще, чем у женщин (1).

Частота РА: один случай на 10 000 госпитализированных больных (однако, значительная часть больных умирает на догоспитальном этапе); один случай на 400 вскрытий; один больной из 100 умерших внезапно. В целом – 3 - 4% случаев всех внезапных смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. Летальность от РА составляет 40-90%. Количество РА постоянно увеличивается. При отсутствии лечения ранняя смертность при расслоении составляет 1% в час в первый день, 75% – в течение двух недель и более 90% – в первый год (2,3,4).

Клиническая картина РА – чрезвычайно разнообразна, диагностика затруднена, правильный диагноз выставляется лишь в трети случаев (5). У 96% пациентов с РА начало заболевания внезапное с острыми, сильными, распирающими болями режущего характера. Локализация боли связана с топикой расслоения. У 17% людей есть ощущение миграции боли вниз по ходу аорты. Боль в области сердца связана с поражением восходящей аорты, а в межлопаточной области – нисходящей аорты. Плевральная боль может быть следствием острой тампонады сердца. Боль при РА подобна боли при инфаркте миокарда, но расслоение, как правило, не связано с другими признаками ИБС и изменениями на ЭКГ. Менее распространенными являются обмороки (9%), признаки застойной сердечной недостаточности (7%), нарушения мозгового кровообращения (3-6%), ишемическая периферическая невропатия, параплегия, остановка сердца и внезапная смерть. Если у пациента происходит обморок, то это в половине случаев связано с кровоизлиянием в перикард, что ведет к тампонаде сердца. Неврологические осложнения РА (нарушение мозгового кровообращения, паралич) связаны с участием одного или нескольких артерий, снабжающих центральную нервную систему. При РА брюшного отдела возможна блокада почечных артерий (5-8%), брыжеечных артерий (ишемия толстой кишки) – 3-5%, то есть развиваются своеобразные «клинические маски» РА(6).

Критерии достоверности диагноза: достоверность диагноза РА составляет 83% при обнаружении следующих признаков: аортальная боль; расширение тени средостения (по данным рентгенографии органов грудной клетки); одностороннее исчезновение пульсации на одной лучевой артерии или повышение (более чем на 20 мм рт. ст.) разности показателей систолического артериального давления на разных руках. При отсутствии всех трех признаков диагноз острого РА маловероятен (1).

Биохимические маркеры в настоящее время не являются специфическими и не могут точно диагностировать РА. Измерение моноклональных антител к гладкой мускулатуре тяжелых цепей миозина, которые являются чувствительными (90%) и специфическими (97%) для аорты в течение первых 12 часов после начала расслоения могут помочь дифференцировать инфаркт миокарда от РА (7).

Рентгенография грудной клетки: расширение средостения (67%), признаки кальцификатов, плевральный выпот. У 12-20% людей с РА изменения на рентгенограмме отсутствуют (8).

Электрокардиография не показывает конкретных изменений, связанных с РА. У 35% больных могут быть признаки гипертрофии левого желудочка, что связано с артериальной гипертензией. Могут быть выявлены ишемические изменения, свидетельствующие о поражении коронарных артерий.

Чреспищеводная эхокардиография является хорошим тестом при диагностике РА, с чувствительностью до 98% и специфичностью до 97%. Недостатками метода является неспособность визуализации дистальной восходящей аорты (начало дуги аорты) и брюшной аорты, которая находится ниже желудка.

Коронарная компьютерная томографическая ангиография особенно полезна при дифференциальной диагностике больных с острой болью в груди. Аортография включает введение катетера в аорту с последующим контрастированием (9).

Компьютерная томографическая ангиография является быстрым неинвазивным тестом, который дает точную трехмерную визуализацию аорты. Он имеет чувствительность 96-100%, а специфичность 96-100%. Недостатки включают необходимость введения контраста и неспособность диагностировать завитки артерий интимы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) сегодня является «золотым стандартом» для выявления и оценки РА, с чувствительностью и специфичностью 98%. МРТ аорты дает трехмерное изображение с определением завитков, толщины интимы и местонахождение вторичных завитков. Это неинвазивный тест, не требует использования йодированного контраста и может выявлять степень недостаточности клапанов аорты. Недостатком МРТ в условиях РА является то, что он имеет ограниченную доступность и часто находится только в крупных больницах. Сканирование занимает относительно много времени. Из-за высокой интенсивности магнитного поля, МРТ противопоказана лицам с металлическими имплантами. Кроме того, некоторые больные испытывают клаустрофобию, находясь в МРТ трубке.

РА необходимо дифференцировать от острого коронарного синдрома (ОКС), эмболии легочной артерии, пневмоторакса, пневмонии, костно-мышечной боли, острого холецистита, спазма или разрыва пищевода, острого панкреатита и перикардита.

Тактика ведения больного: острое РА – состояние, требующее немедленной госпитализации в блок интенсивной терапии. Основные направления медикаментозной терапии – обезболивание и антигипертензивная терапия. Хирургическое лечение проводят при вовлечении в процесс только восходящего отдела аорты, интрамуральной гематоме восходящего отдела аорты, при расслоении только нисходящего отдела аорты, осложненного разрывом стенки, а также при расслоении аорты у пациентов с синдромом Марфана (1).

Цель исследования: описание оригинального случая РА.

Материал и методы исследования: Проведен анализ истории болезни больной с РА, протекавшей под своеобразной «клинической маской» пневмонии и плеврита. Приводим данные собственного клинического наблюдения.

Анализ полученных результатов:

Женщина, 62 лет поступила в экстренном порядке, в крайне тяжелом состоянии, с жалобами на боли за грудиной, чувство нехватки воздуха, рвоту, общую слабость. По тяжести состояния из приемного покоя больная переведена в реанимационное отделение. Из анамнеза заболевания: заболела остро 1 день назад. Заболевание началось с болей за грудиной, чувства нехватки воздуха, в связи с чем вызвала скорую помощь, была доставлена с подозрением на ОКС в ГКЦ, где после обследования диагноз ОКС исключен, выявлен левосторонний плевральный выпот, больная доставлена в отделение пульмонологии. В течение 10 лет - артериальная гипертензия, максимальное повышение АД до 240/120 мм рт. ст., базисной гипотензивной терапии не придерживается. Объективные данные: Общее состояние тяжелое, нормостенического телосложения, умеренного питания. Сознание заторможенное. Положение пассивное. Кожные покровы бледно-цианотичные, выраженный акроцианоз. Грудная клетка цилиндрическая, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Граница левого легкого приподнята на 2 ребра. Голосовое дрожание резко ослаблено слева, ниже 10 ребра. Перкуторно: слева, ниже 10 ребра - тупой звук. Аускультативно: слева, в области ослабления голосового дрожания дыхание не выслушивается. Число дыхательных движений - 24 в 1 мин. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в 6-ом межреберье, на 2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: левая расширена на 2 см влево от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм рт. ст. ЧСС - 62 удара в 1 мин. По данным лабораторно-инструментальных методов исследования: в ОАК – лейкоцитоз до 20 тыс., нейтрофилез до 90%; в капиллярном образце крови: pH < 7,35; p_aCO_2 – 49,8 мм рт. ст; p_aO_2 – 55,9 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, отклонение эос влево, гипертрофия левого желудочка. ЭХОКГ: Аорта уплотнена, расширена до 4,6 см. Створки аортального клапана уплотнены. Полости сердца не расширены. Гипертрофия левого желудочка. Сократительная функция миокарда ЛЖ удовлетворительная. ДЭХОКГ: Диастолическая дисфункция ЛЖ по 1 типу. Рентгенография грудной клетки: Хронический бронхит. Пневмосклероз. Гипертрофия левого желудочка. Расширение тени средостения. УЗИ плевральных полостей: Левосторонний плевральный выпот. V- 200,0 - 250,0 мл. Через несколько часов после поступления состояние больной резко ухудшилось, произошла остановка сердца. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, наступила смерть пациентки от явлений сердечно-сосудистой недостаточности. Учитывая лейкоцитоз, нейтрофилез, респираторный ацидоз, гипоксемию, гиперкапнию, плевральный выпот, расширение тени средостения, гипертрофию левого желудочка, расширение и уплотнение аорты был поставлен следующий заключительный клинический диагноз: Пневмония внебольничная в нижней доле левого легкого, тяжелое течение, осложненная левосторонним экссудативным плевритом. ДН 2 ст. Атеросклероз аорты. Расслаивающая аневризма аорты. Артериальная гипертензия 3 степени. Риск 3.

Краткий патологоанатомический диагноз: Атеросклеротическая расслаивающая аневризма дуги и грудного отдела аорты. Надклапанный разрыв аорты. Кровоизлияние в полость перикарда. Тампонада полости перикарда. Острая сердечно - сосудистая недостаточность. Атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий. Артериальная гипертония.

Причина смерти: острая сердечно - сосудистая недостаточность.

Выводы: Таким образом, данный клинический случай подтверждает, что расслаивающая аневризма аорты - это сложное и разнообразное по клинической картине заболевание. Многообразие «клинических масок» расслаивания аневризм аорты приводит часто к диагностическим ошибкам. В данном случае наблюдалась «легочная маска» данной болезни. Улучшение диагностики зависит от знания врачами основных вариантов симптомокомплекса, развивающегося при РА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова Кардиология // Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 733,734.
2 Осовська Н.Ю., Кавацюк О.О. (2009) Етіологічні чинники та структурні особливості аневризми аорти у пацієнтів різного віку // Український кардіологічний журнал. – 2006. - №4. – С. 18-23.
3 Ситар Л.Л., Кравченко И.Н., Антощенко А.А. и др. (2002) Диагностика и хирургическое лечение травматической аневризмы грудной части аорты // Укр. кардіол. жур н. – 2001. - №3. – С. 51-54.
4 Klein D.G. (2005) Thoracic aortic aneurysms // J. Cardiovasc. Nurs. – 2011. - №20(4). – P. 245-250.
5 Кузик Ю.І. (2008) Розшаровуючі аневризми аорти та гостра коронарна недостатність: особливості диференційної діагностики // Український кардіологічний журнал, тезисы IX Міжнародного конгресу кардіологів. – 2005. - №2. – С. 102-107.
6 Зербіно Д.Д., Кияк Ю.Г., Кузик Ю.І. (2002) "Кардіальні" маски при розшаровуючій аневризмі аорти // Клін. мед. – 2012. - №5. – С. 58-62.
7 Suziku Toru, Hirohisa Katoh, Ryozo Nagai (1999). Biochemical diagnosis of aortic dissection: from bench to bedside // Japanese Heart Journal. – 2013. - №40(5). – P. 527-534.
8 Von Kodolitsch Y, Nienaber C, Dieckmann C, et al. (2004). Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome // Am J Med. - 116(2). – P. 73-77.
9 Rakesh K Sharma, Donald J Voelker, Rajiv K Sharma, et al. (2010) Coronary computed tomographic angiography (CCTA) in community hospitals: "current and emerging role. // Vasc. Health Risk Manag. – 2006. - №6. – P. 307-316.

Ш.Н. КУДОБАЕВА

ДӘРІГЕР-ПУЛЬМОНОЛОГТЫҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ АОРТА АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ ЖЫРТЫЛУЫНЫҢ

Түйін: Аорта аневризмасының жыртылуы диагностикасы қиындығына және летальды жағдайы жоғары болуына байланысты қазіргі уақытқа дейінгі маңызды мәселе болып қалады. Аорта аневризмасының жыртылуының қазіргі таңдағы диагностикалау мүмкіндіктеріне қарамастан, әр түрлі маңыздылықтағы көріністерімен және осы аурудың «клиникалық маскасына» байланысты диагностикалық қателіктерінің пайызы жоғары болып қала береді. Қазіргі жағдайда аорта аневризмасының жыртылуы «өкпелік маска» түрінде қарастырылады. Диагностиканың жақсаруы дәрігердің біліктілігіне аортаның жыртылуы кезінде дамитын негізгі симптомокешенінің нұсқасына байланысты.

Түйінді сөздер: аорта аневризмасының жыртылуы, «клиникалық маска», диагностика.

SH. N. KUDOBAEVA

Dissection OF AORTIC ANEURYSMS IN THE PRACTICE OF THE DOCTOR-PULMONOLOGIST

Resume: Dissection of aneurism of an aorta remains so far an actual problem in connection with difficulty of diagnostics and a high lethality. Despite modern possibilities of diagnostics of stratifying aneurism of an aorta, percent of diagnostic mistakes remains high in connection with a considerable variety of manifestations and "clinical masks" this disease. In this case "the pulmonary mask" stratifications of aneurism of an aorta was observed. Improvement of diagnostics depends on knowledge doctors of the main options of the symptom developing at dissection of an aorta

Keywords: dissection of aortic aneurysms, "clinical masks", diagnosis.

УДК 616.5-001/-002-056.3

А.Д. САТВАЛДИЕВА, К.А. ИМАШЕВА, Ж.М. КАБЫШЕВА, А.С. КУЙКОВА
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, «АМК» г.Алматы, «АО Медицина», г.Атырау

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА, ГЕНЕРИРУЕМОГО ЛАМПОЙ «БИОПТРОН» И АКТОВЕГИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Обследовано 97 больных атопическим дерматитом в период обострения в возрасте от 16 до 35 лет, длительность заболевания свыше 1 года. Включение в комплексную терапию атопического дерматита поляризованного света, генерируемого лампой «Биоптрон» и актовегина, оказывает существенный положительный эффект на клиническое течение заболевания, что подтверждается клиническим выздоровлением 75%. Это лечение не вызывает побочных реакций и осложнений, ускоряет регресс кожных проявлений, снижает индекс SCORAD в 4,7 раза, что ведет к укорочению средних сроков пребывания больных в стационаре в 1,6 раза, по сравнению с традиционными методами лечения.

Ключевые слова: *атопический дерматит, биоптрон, актовегин.*

Проблема совершенствования лечения АД в настоящее время имеет всё возрастающую актуальность /1,2/. Широкий арсенал лекарственных препаратов, используемых в терапии АД, не всегда обеспечивает хороший терапевтический эффект.

При этом длительная лекарственная терапия нередко приводит к развитию побочных реакций и осложнений /3/, что определяет актуальность поиска новых физических методов лечения, которые при обоснованном и своевременном применении существенно повышают эффективность лекарственной терапии /4,5/. Важным и перспективным представляется комплексное воздействие на различные звенья патогенеза АД лекарственных средств и физических методов лечения. Всё вышеизложенное определяет актуальность настоящих исследований.

Работа выполнялась на базе клиники Научно-исследовательского кожно-венерологического института. Обследовано 97 больных атопическим дерматитом в период обострения в возрасте от 16 до 35 лет. Из них 45 мужчин (46,4%) и 52 женщины (53,8%). Длительность заболевания свыше 1 года.

При отборе контингента обследованных мы придерживались определённых условий, из числа обследуемых были исключены больные с наличием: острых сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта; с инфекционными заболеваниями; больные, принимавшие кортикостероиды до поступления в клинику.

Группу сравнения составили 20 больных сопоставимых и однородных по клиническим показателям. Контрольная группа – 25 здоровых доноров.

Больные АД были разделены на группы в зависимости от преобладания отдельных признаков (Таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных по форме и тяжести течения АД

Клинические формы АД	Течение заболевания						Всего	
	Лёгкое		Средне-тяжёлое		Тяжёлое			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Лихеноидная	10	10,3	29	29,9	10	10,3	49	50,5

Эритемато-сквамозная с лихенификацией	10	10,3	13	13,4	9	9,3	32	33,0
Везикулёзно-крустозная	-	-	8	8,2	8	8,2	16	16,5
Всего	20	20,6	50	51,6	27	27,8	97	100

Общим признаком для всех клинических форм АД был мучительный зуд различной интенсивности с усилением в ночное время, значительное количество экскориаций и выраженный стойкий белый дермографизм. Клинические проявления заболевания характеризовались очагами поражения с локализацией на коже лица, шеи, верхней трети туловища, конечностей (преимущественно в области локтевых, лучезапястных и подколенных сгибов).

Лихеноидная форма АД отмечена у 49 больных, эритемато-сквамозная с лихенификацией – у 32 и везикулёзно-крустозная форма – у 16 больных.

При анализе анамнестических данных было отмечено, что у 52 больных начало заболевания приходилось на первые 6 месяцев жизни, причём у 22,7% на первый месяц. Манифестация первых признаков АД на первом году жизни отмечалась у 77,3% (75) больных и зависела от продолжительности естественного вскармливания, и возникала в 3 раза чаще при раннем переходе на искусственное вскармливание. Первое обострение АД после 1 года жизни отмечалось одинаково часто (22,7%) вскармливания (до 6-ти месячного возраста), так и при более позднем (после 6-ти месячного возраста). Стихание проявлений заболевания в возрасте 1-3 лет и более длительные ремиссии отмечены у 29 больных (29,5%). В период полового созревания (12-15 лет) наступало обострение процесса у 19 больных (19,6%). Далее заболевание характеризовалось сезонностью, обострения наступали чащ в осенне-зимний период.

У 49 больных (50,5%) АД протекал по непрерывно-рецидивирующему типу с непродолжительными ремиссиями и кратковременным улучшением преимущественно в летнее время. 17 пациентов (17,5%) отмечали более тяжелое непрерывное течение заболевания в последние 2-3 года.

При анализе аллергологического анамнеза подтверждена роль наследственной предрасположенности в развитии атопического дерматита. Более половины – 63 пациентов (65,4%) имели отягощенный семейный анамнез: их родители и ближайшие родственники страдали различными атопическими заболеваниями (бронхиальной астмой, хроническим вазомоторным ринитом, экземой, крапивницей, атопическим дерматитом) . Из них по материнской линии – 50,8% больных, по отцовской линии у 33,3% больных и у 15,9% с обеих сторон.

Оценка анамнестических данных выявила, что наиболее частыми причинами обострения АД были: эмоциональное перенапряжение в 42,3% случаев; активация хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта в 26,8% случаев; нарушение диеты в 16,5%; сезонные изменения погоды в 7,2%; активация хронических заболеваний ЛОР- органов в 4,1%; прием лекарственных препаратов (преимущественно антибиотиков) в 3,1% случаев. В 19,6% случаев утяжелению заболевания способствовало проживание в неблагоприятных жилищно- бытовых условиях.

У 90 (92,8%) обследуемых нами больных были выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее часто встречались заболевания желудочно- кишечного тракта – у 77 (85,6%) больных, бронхиальная астма – у 17 (18,9%), аллергический ринит – у 11 (12,2%), нефропатии – у 22 (24,4%), заболевания ЛОР- органов – у 8 (8,9%).

С целью определения степени тяжести заболевания по интенсивности клинических проявлений использован интегральный индекс Scorad (Scoring of atopic dermatis: the SCORAD index) /6/.

У больных тяжесть клинических проявлений, индекс Scorad при которой не превышал 54,9 баллов, расценивали как лёгкую (табл.2). Для средне-тяжёлой формы заболевания Scorad соответственно был в пределах 55-77,9 баллов. При тяжёлой форме АД Scorad превышал 78 баллов.

Таблица 2 - Уровень индекса SCORAD в зависимости от клинической формы и течения заболевания

Клинические формы АД	Течение	N	SCORAD (баллы)
Лихеноидная	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	10 29 10	85,6±1,9 62,9±3,7 34,5±4,9
Эритемато-сквамозная с лихенификацией	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	9 13 10	73,3±2,6 56,8±2,8 28,4±3,6
Везикулёзно-крустозная	Тяжёлое Средне-тяжёлое	8 8	87,5±2 47,2±2,1

С целью изучения клинической эффективности предлагаемой терапии АД в сравнительном аспекте проведены исследования у 28 больных АД 1 группы, получивших комплексное лечение в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином, у 21-2 группы, получивших комплексное лечение в сочетании только с актовегином, у 28-3 группы, получивших комплексное лечение в сочетании только с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон». 4 группу (группу сравнения) составили 20 больных, получивших базисное лечение (десенсибилизирующие, антигистаминные препараты, местное мазевое лечение).

У больных лёгкой степени тяжести АД динамика всех кожных проявлений не зависела от способа лечения, в то время как у больных средне- тяжёлой и тяжёлой степени тяжести АД, получавших комплексное лечение в сочетании с ПС, генерируемым лампой « Биоптрон» и актовегином, отмечалась более быстрая тенденция к уменьшению зуда, эритематозных и экзематозных проявлений заболевания уже на 3 сутки, на 14 день- инфильтрации и лихенификации (Таблица.3).

Регресс кожных проявлений АД сопровождался нормализацией сна, на фоне снижения раздражительности и эмоциональной лабильности, что было связано с уменьшением зуда- основного симптома, приносящего больным мучительные страдания.

Таблица 3 - Сроки регресса кожных проявлений у больных АД в зависимости от степени тяжести и методов лечения

Признаки	Степень тяжести	Сроки регресса (дни) (M±m)			
		I гр.	II гр.	III гр.	IV гр.
Зуд	Тяжелое Средне-тяжёлое лёгкое	7±3 4±2 3±1	11±2 6±2 4±1	10±1 5±2 3±1	19±2 10±2 6±1
Эритема/Гиперемия	Тяжёлое Средне-тяжёлое Легкое	5±1 3±1 2±1	9±1 6±1 2±1	8±1 5±1 2±1	13±2 9±1 4±1
Отек	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	6±1 4±1 2±1	9±1 6±1 3±1	9±1 5±2 2±1	14±2 8±2 3±1
Инфильтрация	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	19±1 14±2 12±1	24±2 18±2 12±2	23±1 17±1 12±1	29±2 23±1 14±2
Лихенификация	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	18±1 13±2 12±1	23±1 18±2 13±1	22±1 17±2 12±1	30±1 21±2 13±2
Сухость/Шелушение	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	21±2 16±3 15±2	25±2 20±3 16±1	25±1 19±2 15±1	30±2 26±1 17±2
Экскориация	Тяжёлое Средне-тяжёлое Лёгкое	6±2 3±1 2±1	9±2 5±1 3±1	8±1 4±1 2±1	17±1 9±1 4±1

У больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином зуд, экскориации проходили раньше на 6- 10 дней, отек, эритема на 6-8 дней, сухость кожи, инфильтрация и лихенификация на 8- 12 дней, чем у больных группы сравнения. Побочных реакции не наблюдалось.

Частичное, и реже, полное разрешение основных симптомов: зуда, отека, эритемы регистрировалось на 3- 4 дня позднее у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с актовегином , на 2- 3 – у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с ПС , генерируемым лампой «Биоптрон».

В результате проведенной комплексной терапии в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином (1 группа) у больных атопическим дерматитом значение индекса SCORAD снизилось в 4,7 раза ($p<0,001$), после комплексного лечения в сочетании только с актовегином (2 группа) – в 2,8 раза ($p<0, 001$), после комплексного лечения в сочетании только с ПС , генерируемым лампой «Биоптрон» (3 группа) – в 2,3 раза ($p<0,001$), в то время как в группе сравнения значение индекса SCORAD снизилось всего в 1,3 раза.

Клиническое выздоровление у больных АД в процессе комплексного лечения в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином отмечалось в 75% случаев, что в 2,1 раза чаще, чем у больных группы сравнения (Таблица 4).

Таблица 4 - Оценка клинической эффективности комплексных методов лечения больных АД

Результаты лечения	Количество больных АД							
	I группа (n=28)		II группа (n=21)		III группа (n=28)		IV группа (n=28)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Клиническое выздоровление	21	75	13	61,9	18	64,3	7	35
Значительное улучшение	4	14,3	3	14,3	5	17,9	5	25
Улучшение	2	7,1	3	14,3	3	10,7	5	25
Отсутствие эффекта	1	3,6	2	9,5	2	7,1	3	15

Клиническое выздоровление у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с актовегином, отмечалось в 61,9% случаев, а у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» - в 64,3%, что в 1,8 раза чаще, чем у больных группы сравнения.

Отсутствие эффекта у больных АД в процессе комплексного лечения в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином, наблюдалось в 3,6% случаев. У больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с актовегином отсутствие эффекта отмечалось в 9,5% случаев; у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон»,

в 7,1% случаев, в то время, как у больных группы сравнения этот показатель был равен 15%.

Средние сроки пребывания больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» и актовегином, в стационаре составили 19,8+/-1,8 (p<0,001) койко/дней, а у больных группы сравнения, в среднем, 30,7+/-2,4 койко/дней. В то время, как у больных АД, получавших комплексное лечение в сочетании только с актовегином, средние сроки в стационаре составили 25,1+/-1,4 (p<0,05), а у больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон» - 24,2+/-1,2 (p<0,05) койко/дней.

Таким образом, сравнительный анализ клинической эффективности терапии АД позволил выявить более выраженный противоспалительный и противозудный эффект при комплексной терапии в сочетании с ПС, генерируемый лампой «Биоптрон» и актовегином, что подтверждалось клиническим выздоровлением у 75% больных АД, более быстрой динамикой регресса кожных проявлений, улучшения по показателям SCORAD и сокращению средних сроков пребывания больных в стационаре до 19,8+/-1,8 (p<0,001), чем у больных, получивших комплексное лечение в сочетании только с актовегином, и больных, получавших комплексное лечение в сочетании только с ПС, генерируемым лампой «Биоптрон».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Herba F. On diseases of the skin. – London: 2010. – 1866 p.
2 Калюжная Л.Д. Актуальная проблема дерматовенерологиии – атопический дерматит // Украінский медичный часопис. – 2010. - №2 (34). - С. 87-91.
3 Миненков А.А. Состояние и перспективы создания отечественной физиотерапевтической аппаратуры // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - М.: Медицина, 2009. - №4. - С. 36-38.
4 Улащик В.С. Гемофизиотерапия: обоснование, перспективы использования и исследования // Вопросы курорткологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - М.: Медицина, 2009. - №3. - С. 3-9.
5 Утрц С.Р. Оценка степени тяжести атопического дерматита с помощью полуколичественных шкал и перспективы использования неинвазивных методов диагностики в дерматологии и аллергологии // Аллергология. – 1998. - №4. - С. 33-42.

Түйін: 16 дан 35 жас аралығындағы атопиялық дерматиттің өршу кезеңіндегі 97 науқас зерттелді, аурудың узақтығы 1 жылдан жоғары. Атопиялық дерматиттің кешендік еміне сәуле толқынын реттеуші Биоптрон және актовегин шамын қоса емдегенде аурудың клиникалық ағымына қолайлы әсер етеді, ол АД ауыратын науқастардың 75 киникалық айығумен дәлелденеді. Бұл ем қолайсыз әсер және асқыну тудырмайды, терідегі көріністердің регресін жылдамдатады, SCORDAD индексін 4,7 рет төмендетеді, ауруханада емделу мерзімін 1,6 рет қысқартады, жай ем қабылдағанндар мен салыстырғанда.
Түйінді сөздер: атопиялық дерматит, биоптрон, актовегин.

A.D. SATVALDIEV, K.A.IMASHEVA, J.M.KABYSHEVA, A.S. KUYKOVA
S.D.Asfendiyarov KazNMU, "AMC" Almaty "JSC Medicine", Atyrau

THE CLINICAL EFFICACY OF POLARIZED LIGHT GENERATED BY THE LAMP "BIOPTRON" AND AKTOVEGIN IN COMPLEX THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS

Resume: The study involved 97 patients with atopic dermatitis during the exacerbation in age from 16 to 35 years, disease duration of more than 1 year. Inclusion in the complex therapy of atopic dermatitis polarized light generated by the lamp "BIOPTRON" and aktovegina, has a significant positive effect on the clinical course of the disease, as evidenced by clinical recovery of 75%. This treatment does not cause side effects and complications, accelerates regression of cutaneous manifestations, reduces SCORAD index by 4.7 times, which leads to a shortening of the average duration of hospital stay by 1.6 times compared to conventional treatments.

The challenge of improving the treatment of AD currently has all the increasing relevance / 1,2 /. Wide arsenal of drugs used in the treatment of blood pressure is not always provide a good therapeutic effect.

The duration of drug therapy often leads to the development of adverse reactions and complications / 3 /, which determines the relevance of the search for new natural therapies that with a reasonable and timely application significantly increase the effectiveness of drug therapy / 4,5 /. Important and promising a complex effect on the various links in the pathogenesis of blood pressure drugs and physical therapies. All of the above determines the relevance of the present study.

The work was performed at the clinic of the Research Institute of STI. The study involved 97 patients with atopic dermatitis during the exacerbation in age from 16 to 35 years. Of these, 45 men (46.4%) and 52 females (53.8%). The duration of the disease more than one year.

In the selection of contingent surveyed we adhered to certain conditions, the number of subjects were excluded patients with the presence of: acute concomitant diseases of the gastrointestinal tract; communicable diseases; patients taking corticosteroids before entering the clinic.

The comparison group consisted of 20 patients with comparable and homogeneous clinical characteristics. The control group - 25 healthy donors.

AD patients were divided into groups depending on the predominance of individual features.
Keywords: atopic dermatitis, bioptron, actovegin.

ТРАВМАТОЛОГИЯ TRAUMATOLOGY

УДК 616.71-018.2-007.17-053.5=943.72

К.В. РАХИМОВА, В.Р. ШИМ, С.Р. НАМАНОВА, З.А. ЖАППАР
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КОСТНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У УЙГУРСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

В структуре ДСТ костно-двигательной системы преобладали сколиозы у 185 школьников (80,7%), плоскостопие у 127 (55,4%), реже встречалась деформация грудной клетки у 19 (8,29%). Частота встречаемости у школьников 1-4 классов составила 26,6%, 5-8 классы – 31%, 9-11 классы – 42,4%. Из патологии костно-двигательной системы преимущественно встречались сколиозы грудного отдела позвоночника и плоскостопие (86,4%), наименьший процент составила деформация грудной клетки (8,29%). По 2 заболевания костно-двигательной системы имели 48%, по 3 – 38,4%. Показатели ультразвукового денситометра указывали на наличие остеопении у 30% и остеопороза у 15% школьников. Остеопороз регистрируется чаще всего у школьников старших классов. Остеопороз ассоциировался с тяжелым заболеванием костной системы: со сколиозом II степени в сочетании с плоскостопием II степени на фоне хронической патологии ЖКТ.

Ключевые слова: *Дисплазия соединительной ткани, опорно-двигательный аппарат, уйгурская популяция.*

Проблема ДСТ вызывает в последнее время большой интерес врачей, в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией, многообразием клиники. Частота выявления синдрома ДСТ достаточно велика от 26-80%. По данным Нечаевой и соавторов (1997 г.), от 74 до 85% детей школьного возраста имеют различные признаки ДСТ.

Диспластические изменения могут быть обусловлены многофакторными причинами. Имеются сведения о роли в формировании ДСТ нарушения магниевого обмена. Сложность диагностики синдрома ДСТ обусловлена отсутствием единых диагностических критериев и терминологии. Нет определенного места ДСТ в МКБ -10. Синдромы ДСТ (дифференцированные и недифференцированные) находятся в различных классах и рубриках
МКБ-10.

Очевидным фактом является наличие малых аномалий развития патологии со стороны висцеральных органов, а еще в большей степени, это касается опорно-двигательной системы, дебют которой начинается в детском возрасте. В последние годы появилась тенденция к нарастанию частоты травматических повреждений позвоночника у детей и подростков.

Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости опорно-двигательного аппарата у подростков, следствием чего является снижение толерантности скелета к воздействию травм.

По данным Щеплягиной Л.А. снижение плотности костной массы отмечается у каждого третьего ребенка при сниженной мышечной массе. Установлено, что имеется реальный риск развития остеопороза у подростков при сколиозе, плоскостопии, деформации грудной клетки.

Цель исследования.

Установить частоту встречаемости и структуру ДСТ костно-двигательной системы у школьников уйгурской популяции.

Материалы и методы исследования.

Исследования проводились у школьников с 1-го по 11-й классы в школе-гимназии № 153 им. А. Розыбакиева, г. Алматы (2008-2011 г.г.).

Под наблюдением находились 404 школьника в возрасте от 6 до 17 лет.

Методы исследования: клинико-функциональные. Для диагностики патологии костно-мышечной системы использовались: классификация сколиозов по Коббу, определение угла деформации по Енчеру, угла сколиоза по Фергюсону и методики Кобба в модификации А.И. Казьмина, а также Адамса. Проводилась рентгенография позвоночника, денситометрическое исследование лучезапястного сустава.

Результаты и обсуждение.

Из 404 школьников ДСТ костно-двигательной системы установлена у 229 школьников (56,6%). В возрасте 6-11 лет эту патологию имели 119 человек (51,9%), в возрасте 12-17 лет - 107 человек (46,7%).

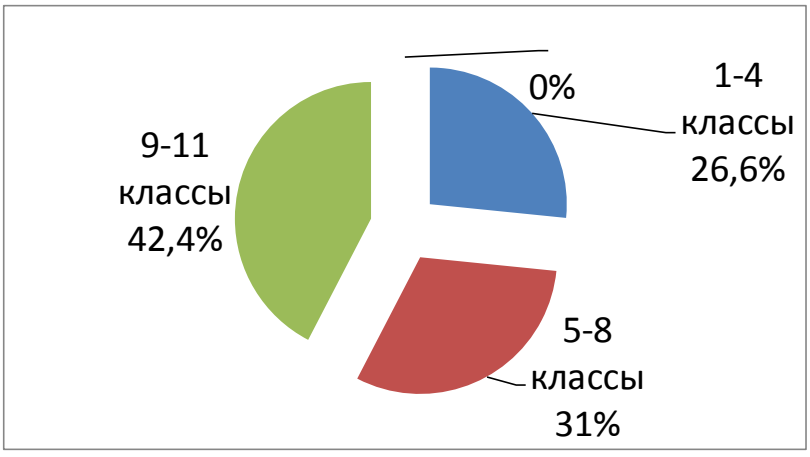


Рисунок 1 - Частота встречаемости ДСТ костно-мышечной системы у школьников

Таблица 1 - Структура ДСТ костно-двигательной системы

№ п.п.	Нозология	абс.	%
1.	Сколиоз I степени грудного отдела позвоночника	151	65,9
2.	Сколиоз II степени грудного отдела позвоночника	24	10,4
3.	Сколиоз грудино-поясничного отдела позвоночника	6	2,6
4.	Кифосколиоз I степени	2	0,87
5.	Кифосколиоз II степени	2	0,87
6.	Плоская спина	3	1,31
7.	Килевидная грудная клетка	14	6,11
8.	Воронкообразная грудная клетка	5	2,18
9.	Крыловидная лопатка	8	3,49
10.	Гипермобильность суставов	11	4,8
11.	Плоскостопие I степени	114	49,7
12.	Плоскостопие II степени	11	4,8
13.	Плоскостопие III степени	2	0,87
14.	Косолапость	2	0,87

Из 100 обследованных детей показатели денситометра были в пределах от 1 SD до 2,5 SD у 30 школьников (30%), что указывало на наличие у них остеопении. У 15 (15%) школьников установлен остеопороз, так как показатели денситометра были меньше – 2,5 SD без переломов. Данные представлены на рисунке 2.

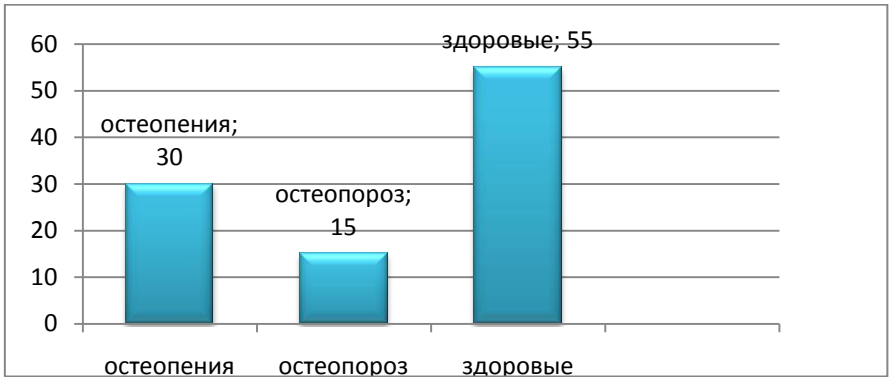


Рисунок 2 - Показатели плотности костной системы у школьнико

В этой группе ни у одного ребенка не было переломов. У детей имелись малые аномалии развития (МАР) и сколиоз II степени в сочетании с плоскостопием II-III степени.

Остеопороз встречался преимущественно у школьников старшего возраста: у 12 школьников 5-11 классов и у 3-х детей младшего школьного возраста (1-4 классы).

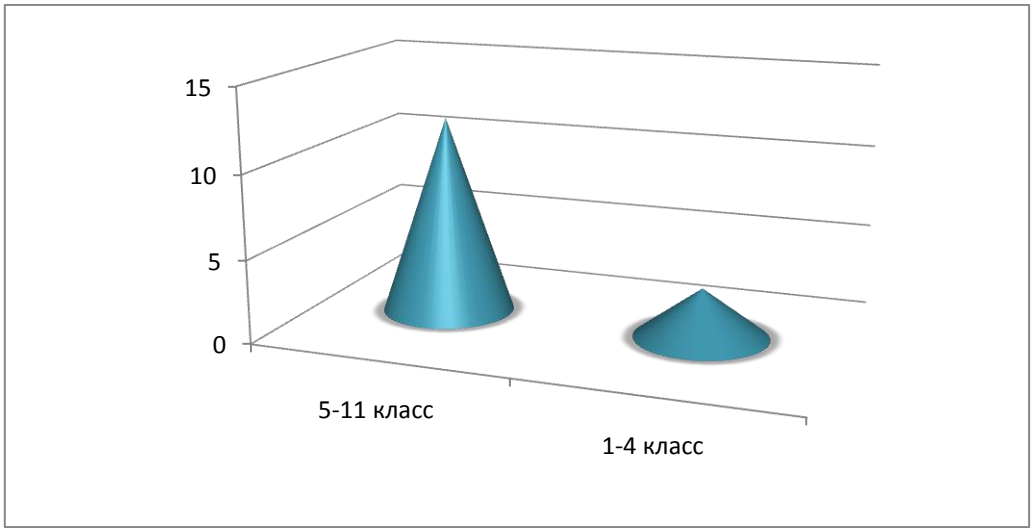


Рисунок 3 - Частота встречаемости остеопороза у школьников

Итак, в структуре ДСТ костно-двигательной системы преобладали сколиозы у 185 школьников (80,7%), плоскостопие у 127 (55,4%), реже встречалась деформация грудной клетки у 19 (8,29%). Сочетанная ДСТ костно-двигательной системы встречалась у 198 школьников (86,4%). По 2 заболевания имели 48% детей, по 3 заболевания - 38,4%. Чаще всего сочетались сколиозы грудного отдела позвоночника с плоскостопием различной степени. ДСТ легкой и средней тяжести отмечались соответственно в 69 и 29 процентов случаев, тяжелой - в 2%. У всех наблюдаемых детей основными жалобами были: повышенная утомляемость, цефалгии (часто возникающие утром, при переутомлении, переживаниях). Боли в ногах при длительной ходьбе и беге, боли в спине, плохая переносимость физических нагрузок. Около 67% детей имели астеническое телосложение, которое являлось одним из важных фенотипических признаков. Эти дети имели дефицит массы тела I-II степени. Преобладали продольные размеры тела и относительное удлинение верхних конечностей. Изменения со стороны мышечной системы проявлялись уменьшением мышечной массы и гипотонией, что приводило к ослаблению статической и динамической силы.

Заключение ДСТ костно-двигательной системы у школьников уйгурской популяции составила 56,6%. Частота встречаемости у школьников 1-4 классов составила 26,6%, 5-8 классы – 31%, 9-11 классы – 42,4%. Из патологии костно-двигательной системы преимущественно встречались сколиозы грудного отдела позвоночника и плоскостопие (86,4%), наименьший процент составила деформация грудной клетки (8,29%). По 2 заболевания костно-двигательной системы имели 48%, по 3 – 38,4%. Показатели ультразвукового денситометра указывали на наличие остеопении у 30% и остеопороза у 15% школьников. Остеопороз регистрируется чаще всего у школьников старших классов. Остеопороз ассоциировался с тяжелым заболеванием костной системы: со сколиозом II степени в сочетании с плоскостопием II степени на фоне хронической патологии ЖКТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чернова Т.О., Игнатков В.Я. Методы денситометрических исследований. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. - Т.2. - № 1. - С. 71-77.
2 Дедов И.И., Чернова Т.О., Григорян О.Р., Игнатков В.Я. Костная денситометрия в клинической практики. // Медицинская газета. – 2001. - № 47. - С. 12-13.
3 Barden H.S., Mazess R.B. Bone densitometry of appendicular and axial skeleton // Top Geriartic Rexabil. – 1989. - №4. – P. 1-12.
4 Gardsell P., Johnell O., Nilsson B.E. The predictive value of bone loss for fragility fractures in women: a longutidinal study over 15 years // Calcit Tissue Intern. – 1991. - №49. – P. 90-94.
5 Lai K.C., Goodsitt M.M., Murano R., Chesnut C.C. Acomparison of two dual-energy X-ray absorptiometry systems for spinal bone mineral measurement // Calcit Tissue Int. – 1992. - №50. – P. 203-208.
6 Чернова Т.О., Костная денситометрия при клиническом ведении остеопороза. // Медицинская газета . - 2003. - 10 сентября. - С. 67.
7 Киселева А.Л., Килина О.Ю., Огородова Л.М. Результаты исследования костной прочности у детей, страдающих бронхиальной астмой и принимающих ингаляционные глюкокортикостероиды // Ж. Педиатрическая фармакология 2010. – Т. 7. - №1. – С. 42-47.
8 Сытый В.П. Остеопороз: практическое пособие для врачей. - М.: 2004. – 96 с.
9 Габдулина Г.Х., Токарев А.Г., Борзова С.В. Остеопороз: Материалы для пациентов. – Алматы: 2010. - 36 с.

Түйін: Сүйек-қимылдатқыш жүйенің ЖМД құрылымында сколиозы бас 185 оқушылар (80,7%) дендеді, қазтабан бас 127(55,4%), сирегірек деформация көкірек бас 19(8,29%) кездесті.

Кездесетіндіктің жиілігі бас 1-4 класстың оқушылар 26,6% келді, 5-8 сыныпты - 31%, 9-11 сыныпты - 42,4%. Сүйек-қимылдатқыш жүйенің паталогиясынан омыртқаның емшектағы бөлімінің сколиозы және қазтабан(86,4%), көбіне кездесті жас пайызды деформация көкірек(8,29%) келді. Дейін сүйек-қимылдатқыш жүйенің 2 ауруға шалдығуы 48% болды, ша 3 - 38,4%. Ультра-дыбыс денситометрдің көрсеткіштері бас 30% және остеопороздың бас 15% оқушылар на барым остеопении нұсқады. Остеопороз көбіне бас ажаның классының оқушылар тіркеледі. Остеопороз: дәреженің II сколиозом ара тіркес мен дәреженің II қазтабанымен бас рең ас қазан созылмалы паталогиясының сүйектің жүйесінің ауыр ауруға шалдығуымен ассоцияді. Сүйек-қимылдатқыш жүйенің ЖМД бас уйгурской популяцияның оқушылар 56,6% келді.

K.V. Rakhimov, V.R. SHIM, S.R. NAMANOVA, Z.A. ZHAPPAR
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Almaty, Republic of Kazakhstan

BONE CONNECTIVE TISSUES OF UYGUR PUPILS

Resume: In structure of DCF of bone and motive system scolioses at 185 pupils (80,7%) prevailed, platypodia at 127 (55,4%), thorax deformation at 19 (8,29%) met less often.

Occurrence frequency at pupils of 1-4 classes made 26,6%, 5-8 classes – 31%, 9-11 classes – 42,4%. From pathology of bone and motive system scolioses of chest department of a backbone and platypodia (86,4%) mainly met, the smallest percent was made by thorax deformation (8,29%). On 2 diseases of bone and motive system had 48%, on 3 – 38,4%. Indicators of the ultrasonic densitometer indicated existence osteosinging at 30% and osteoporosis at 15% of pupils. Osteoporosis is registered most often at pupils of the senior classes. Osteoporosis associated with a serious illness of bone system: with scoliosis of the II degree in combination with platypodia of the II degree against chronic pathology of gastrointestinal path.

Keywords: Connective tissue dysplasia, musculoskeletal system, Uighur population.

УДК 616-001.17-08:615.07

С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, У.М. АБУДЖАЗАР, А.К. КИЛЫБАЕВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Ю.Х. ЗУБИ, А.Я.БЕКМУРАТОВ, Н.О БИКОНУРОВ, Г.Б МАХАМБЕТОВ

Кафедра травматологии и ортопедии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.
Городская клиническая больница №4.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

В *работе предоставлены анализ результатов лечения больных с тяжелой термической травмой за период с января 2011г по декабрь 2013гнаходившихся на стационарном лечении в ожоговом отделении ГКБ №4.*
***Ключевые слова**: ожоговые раны, антисептики, антибиотики, кожная пластика.*

Технический прогресс, концентрация больших масс населения в непосредственной близости от промышленных объектов, развитие нефте – газодобывающей и перерабатывающей промышленности повышает опасность техногенных катастроф с массовыми поражениями. При целом ряде катастроф, обусловленных взрывами, и пожарами наиболее тяжелую группу пострадавших составляют обожженые. (1). Обширные ожоги нередко сочетаются с механическими повреждениями, термохимическим воздействием на дыхательные пути. В наибольшей мере это ощущается в промышленных и густонаселенных регионах Республики Казахстан.

Так в США почти 2 миллиона человек получают ожоги ежегодно; приблизительно 10000 обожженных по своей тяжести требуют госпитализации и приблизительно 5000 случаев заканчиваются летальным исходом (2) ВРоссии в 1997г ожоги были зарегистрированы у 507,6 тысяч человек (3). Общая летальность от ожогов в ряде Европейских стран, в США колеблется в пределах 0,6- 5% (4), в России до 3,3% (3), в Республике Казахстан составляет 5,2%.

Частота термических травм, длительность заживления ожоговых ран, неудовлетворительные исходы и высокая смертность от обширных повреждений требуют пристального изучения вопросов, связанных с патогенезом и лечением этого контингента больных. Остаются нерешенными вопросы дефицита донорских ресурсов при обширных ожогах кожи, выбора раневых покрытий. При этом наиболее частой причиной смерти пострадавших от ожогов остаются инфекция и инфекционные осложнения ожоговой болезни (5,6).

Положение усугубляется тем, что несмотря на работу в Республике Казахстан 6-ти ожоговых центров, располагающих 322 специализированными койками, почти 65% обожженных (в том числе и тяжелых) госпитализируются в обычные травматологические и хирургические отделения, где возможности для их лечения ограничены, а соответствующий врачебный опыт часто невелик.

Поэтому лечение больных с тяжелой термической травмой в настоящее время не потеряло своей актуальности.

Целью нашего исследования является анализ результатов лечения больных с тяжелой термической травмой, находившихся на стационарном лечении в условиях ожогового отделения ГКБ №4 за период с 2011г по 2013г.

Материалы и методы исследования:

В работе представлены данные 1587ожоговых больных с различной степенью и площадью ожоговой поверхности, находившихся на стационарном лечении в 4-ой городской клинической больнице г. Алматы с января 2011 по декабрь 2013 г. Среди больных было 804 женщин и 784 мужчин.

Возраст больных распределился следующим образом: от 18 до 29 – 686 (43,2%), от 30 до 49 – 580 (36,6%), от 50 до 59 – 281 (17,7%), 60 – и старше лет –40 (2,5%).

Таблица 1.

		Пол	Глубина и площадь ожога			
			S-10%	S-10-20%	S-50% и более	всего
Возраст	18 -29	М	156	135	74	365
		Ж	138	124	59	321
	30 -49	М	145	128	52	325
		Ж	112	95	48	255
	50 -59	М	82	35	19	136
		Ж	89	42	14	145
	60-старше	М	9	7	1	17
		Ж	12	9	2	23
Общее			743(46,8%)	575(36,2%)	269(17,0%)	1587 (100%)

Из представленной таблицы №1 видно, что существенной разницы среди лиц мужского и женского пола не было. В основном с ожогами поступали лица трудоспособного возраста от 18 до 49 лет(79,8%).

При рассмотрении социального статуса больных отмечено, что среди них безработные лица составили 52,5%, пенсионеры 2,5%, инвалиды 1,5%, работающие 23,8%. Большинство пациентов поступили в первые часы после получения ожогов 87,2%, остальные 12,8% больных после 2-х и более суток.

Всем больным помимо общеклинических методов обследования, было проведено посевы на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Вирулентность обсеменения составляла 10^6-10^9с наиболее часто высевались: S. aureus.Spyogenes, энтеробактерии.

Результаты и их обсуждения.

В периодах острой тяжелом течении ожоговой болезни основными задачами лечения являются: борьба с ожоговой эндотоксемией, полиорганой недостаточностью, местной и генерализованной инфекцией (нагноение ран, сепсисом, пневмонией и др.)

Все больные с тяжелым термическим поражением сразу поступали в реанимационное отделение, проводилось противошоковое лечение, инфузионно-трансфузионная терапия в количестве 2-4 литров. Она направлена на поддержание режима искусственной гемодилюции, и стимуляцию диуреза, нормализацию белкового и азотистого баланса с помощью усиленного энтерального и парентерального питания.

Для снятия болевого шока в первые двое суток проводилось внутривенное введение наркотических анальгетиков(промедола 2%, омнопона1%), седативных средств (дроперидола 0,25%), а также транвилизаторов (реланиума) и антигистаминых препаратов.

В целях борьбы с ожоговой анемией больным проводили трансфузию отмытыми размороженными эритроцитами, свежей донорской крови, назначались препараты железа, витамины, церулоплазмин. Продолжали введения ингибиторов протеолиза, антигипоксантов и антиоксидантов, активную иммунозамещающую и сиптоматическую терапию.

Большая роль в лечении тяжеллообоженных является профилактика инфекционных осложнений и поэтому с момента поступления назначались 2-3 антибиотика широкого спектра действия.

Динамика течения раневого процесса контролировалась по результатам клинических признаков и микробиологического исследования посевов из раны. У больных, в лечении которых использовались антисептики (октенилин раствор и гель, и мазь сульфаргин (в составе ионы серебра) в более короткие сроки удалось купировать острый гнойный процесс в последующем выполнить этапные хирургические операции.

После купирования острого процесса и предоперационной подготовки 591(37,2%)больным проведенооперативное лечение.

Распределение пациентов по видам оперативных вмешательств представлены в таблице №2.

Таблица 2.

Виды операции	Некрэктомия,некротомия, иссечение ран	Свободная аутодермопластика	Ампутации фаланг, стоп, конечностей	Реконструктивно-восстановительные операции	Всего
кол - во	281(47,5%)	210 (35,5%)	65(11,0%)	35 (6,0%)	591(100%)

Как видно из таблицы №2 хирургическая некрэктомия и иссечениеран проведена 281(47,5%) пациентам, свободная аутодермопластика210(35,5%), ампутация конечностей - 65(11,0%) и реконструктивно-восстановительные операции –35(6,0%) пациентам.

Свободнаяаутодермопластика проведена 210 пациентам, что составило 35,5% из оперированных больных.

Рисунок 1 - Свободнаяаутодермопластика

Реконструктивно-восстановительные операции проведено 35 пациентам, что составило 6% от общего числа оперированных больных.

Пример: Больной М., поступил в сентябре 2014г с диагнозом: Термический ожог голени и голеностопного сустава справа IIIБ-IV степени. После стабилизации общего состояния и купирования процесса в ожоговой ране произведена операция – некрэктомия, комбинированная пластика кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке.

Рисунок 2 - Послеожоговая рана

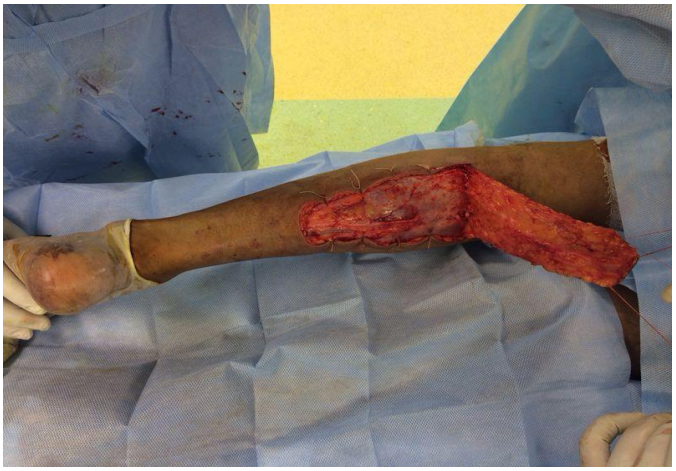


Рисунок 3 - Кожно-фасциальный лоскут

Рисунок 4 - Пересаженный кожно-фасциальный лоскут

Послеоперационный период протекал гладко, послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Кожно-фасциальный лоскут прижился.

Таким образом, лечение больных с обширными ожогами представляет собой сложный и достаточно длительный непрерывный процесс, нередко растягивающийся на 2-3 месяца. Поэтому, длялечения больных с тяжелой термической травмой необходимовнедрение новых медицинских технологий в практику и научный подход.

Выводы:

1. В основном тяжелообожженными были лица трудоспособного возраста от 18 до 49 лет(79,8%).
2. Наряду с традиционными комплексными методами лечения при тяжелых термических поражениях, использование антисептиков(октенилин раствор и гель,и мазь сульфаргин)дает возможность в более короткие сроки купировать острый гнойный процесс и в последующем выполнить этапные хирургические операции.
3. После купирования острого процесса оперативное лечениепроведено 591 (37,2%) больным, из них некрэктомия и иссечение ран проведена 281 (47,5%) пациентам, свободная аутодермопластика 210 (35,5%), ампутация конечностей - 65 (11,0%) и реконструктивно-восстановительные операции – 35(6,0%) пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Дмитриенко О.Д Ожоговые катастрофы (вопросы организации помощи обожженным) // Вестн. хир. им. Грекова. - 1991. - №4. - С. 143-146.
2 Herndon D.N. Spies M. Лечение общирной токсический эпидермальный некролиз у детей. // Педиатрия. – 2001. – 5. - С. 1162-1168.
3 Азолов В.В., Жегалов В.А., Перетягин С.П. Российская ожоговая служба на современном этапе – проблемы и возможности их решения // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции по проблеме термических поражений. – Челябинск: 1999. - С. 3-6.
4 Алексеев А.А. Ожоговый сепсис: диагностика, профилактика, лечение.: дис. ... д-р мед. наук - М., 1993. - 233 с.
5 Атясов Н.И., Матчин Е.Н. Восстановление кожных покровов тяжелообоженных сетчатыми трансплантатами. - Саранск: 1989. - 201 с.
6 Mackie D.P., Van Hertum W.AJ., Schumburg T. Et all. Prevention of infection in burns: preliminary experience with selective decontamination of the digestive tract in patients with extensive injuries // The J. Trauma. - 1992. - №5. - С. 570-575.

С.С.ӘЛҚОЖАЕВ, У.М.АБУДЖАЗАР, М.Н.ДЖАКСЫБАЕВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, Ю.Х.ЗУБИ, А.Я. БЕКМУРАТОВ, Н.О. БИКОНУРОВ, Г.Б.МАХАМБЕТОВ

АУЫР ТЕРМИЯЛЫҚ ЖАРАҚАТЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАБЫЛДАҒАН ЕМІНІҢ НӘТИЖЕСІН ТАЛДАУ

Түйін: Бұл жұмыста № 4 қалалық клиникалық аурухана стационарында заманға сай консервативті және хирургиялық емдеу әдістері бойынша ауыр термиялық жарақатпен ем қабылдаған науқастардың мәліметтері берілген.
Түйінді сөздер: күйік жарақаттары, антисептиктер, антибиотиктер, тері пластикасы.

S.S.ALHODZHAEV, W.M.ABUDZAZAR, M.N.JAXYBAYEV, A.K. KILYBAYEV, Y.K.ZOUBI, A J. BEKMURATOV, N.O. BIKONUROV, G.B.MAKHAMBETOV

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE THERMAL INJURY

Resume: The paper presents the patients with severe thermal injury, were hospitalized in the city clinical hospital № 4, and that made the modern conservative and surgical methods of treatment.
Keywords: burn wounds, antiseptics,antibiotics, dermepenthesis.

ФТИЗИАТРИЯ PHTHISIATRY

УДК 616.24-002.5-053.6:579.873.21

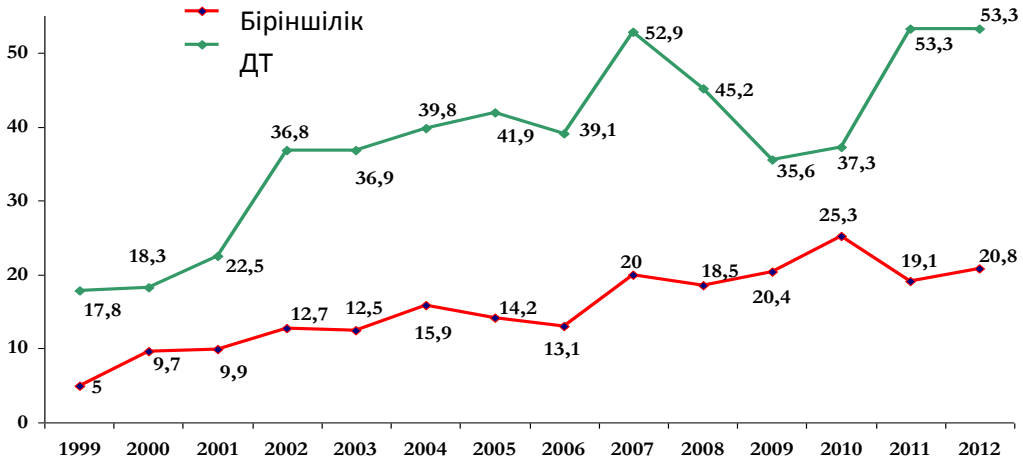
Г.С. ЕРКЕНОВА
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
Алматы қаласы

КӨП ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

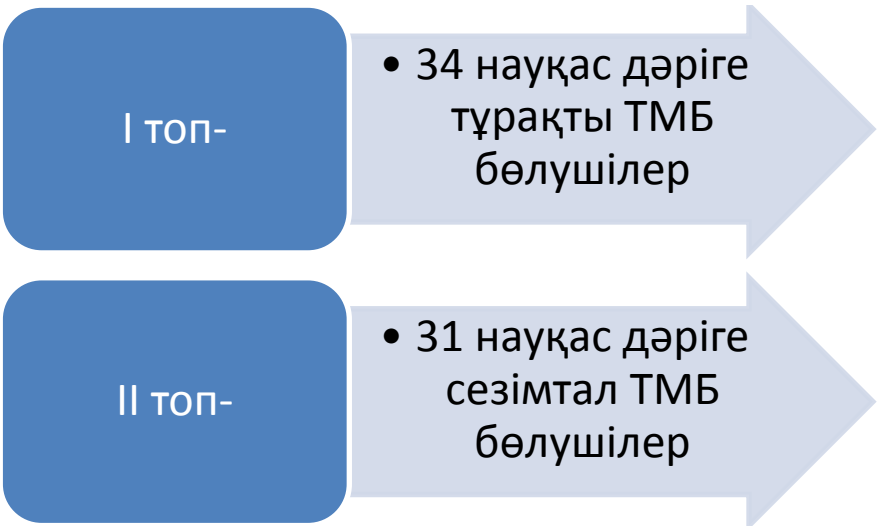
Зерттелген 65 науқас салыстырмалы сипаттамалары бойынша екі топқа бөлінді: негізгі I топ - 34 науқас дәріге төзімді туберкулез микобактериясы (ТМБ) бөлушілер, II топ- 31 науқас дәріге сезімтал ТМБ бөлушілер).Зерттеу өткізген науқастар арасында 75,0% мультирезистентті туберкулез тіркелді,
клиникалық формалары бойынша өкпенің инфильтративті туберкулезінің үлесі жоғары - 56,3 %, ТМБ бөлу қарқындылығы айқын (++,+++) -38,0% микроскопиялық, ал- 34,0% себу әдіспен).
Түйінді сөздер: *науқас, дәрі, туберкулез*

Алғы сөз: дәріге төзімді туберкулез, туберкулез микобактериясын (ТМБ) бөлушілер,жасөспірім, микроскопиялық, себу әдісі.
Өзектілігі: Соңғы жылдары дәріге тұрақты туберкулез дүние жүзінде жыл сайын көбеюде, жыл сайын анықталатын 9 миллион науқастар арасында дәріге тұрақтылық 5% құрайды, барлық туберкулезбен ауыратын науқастардың ішінде дәріге тұрақтылық 25-30% анықталады (1,2,3)
Зерттеу мақсаты: Қазіргі кезендегі көп дәріге төзімді туберкулездің ерекшеліктерін анықтау.

Кесте 1 - ҚР бойынша біріншілік және жүре пайда болған дәріге төзімділік көрсеткіштері



Материалдар және әдістері: Қазақстан Республикасының Ұлттық туберкулез мәселелері орталығының балалар бөлімшесіндегі 66 науқастың сырқатнамасына сараптама жүргізілді. Бұл сараптама 2008-2011 жылдар аралығын құрайды (сурет 1).



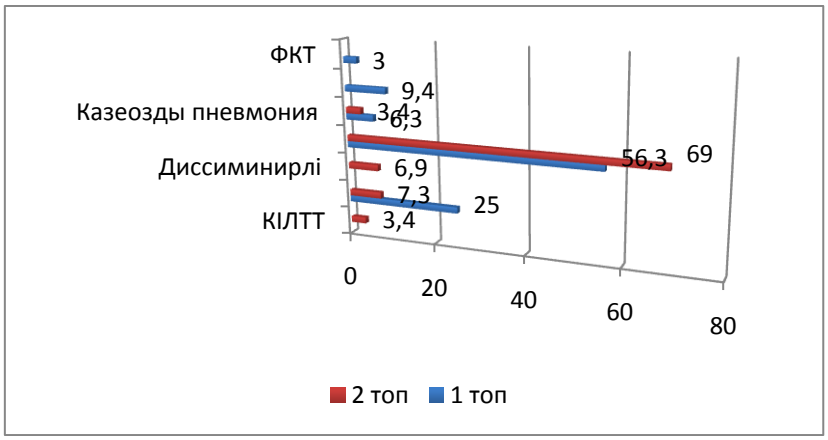
Сурет 1 - Науқастарды салыстырмалы сипаттамалары бойынша топтастыру

Барлық науқастар салыстырмалы сипаттамалары бойынша екі топқа бөлінді: негізгі I топ - 34 науқас дәріге төзімді туберкулез микобактериясы (ТМБ) бөлушілер, II топ- 31 науқас дәріге сезімтал ТМБ бөлушілер (2 кесте)

Кесте 2 - Науқастарды жасына және жынысына сәйкес топтастыру

Топтар	Науқастар саны	Жынысы		Жасы	
		ер	**әйел**	**15-16**	**17-18**
ДТТ	34 (100%)	11 (32,4%)	23 (67,6%)	6 (17,6%)	28 (82,3%)
ДСТ	31 (100%)	14 (45,1%)	17 (54,8%)	8 (25,8%)	23 (74,1%)
Барлығы	65 (100%)	25 (38,4%)	40 (61,5%)	14 (21,5%)	51 (78,4%)

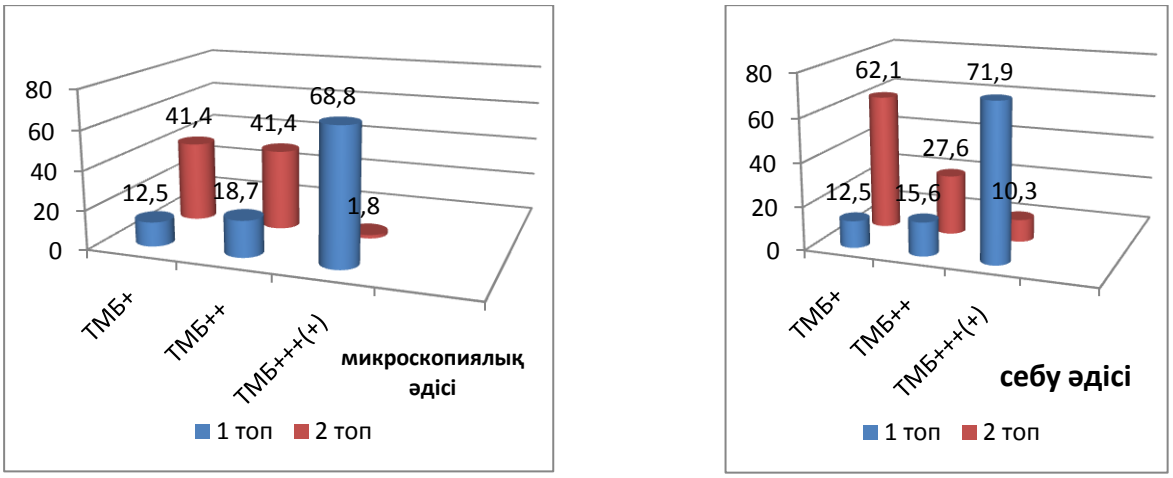
Кестеде көрсетілгендей, екі топтағы зертелген науқастардың басым бөлігі әйелдер (67,6% және 54,8%). Екі топтағы науқастардың жартысынан көбі 16-18 жас аралығындағы жасөспірімдер құрайды. Екі топтағы науқастардың туберкулездің құрылымдық түріне және клиникалық-рентгенологиялық көріністеріне қарай зерттелген топтар бірдей болды. Науқастарды клиникалық түрлеріне сәйкес топтастырдық.



Сурет 2 - Клиникалық түрлеріне сәйкес топтастыру

Екі топта да өкпенің инфильтративті туберкулезінің үлесі жоғары болды, I топта - 56,3 %, ал II топта- 69,0% дейін құрады.

Зертелген топты ТМБ бөлу қарқындылығы бойынша салыстырдық (сурет 3).

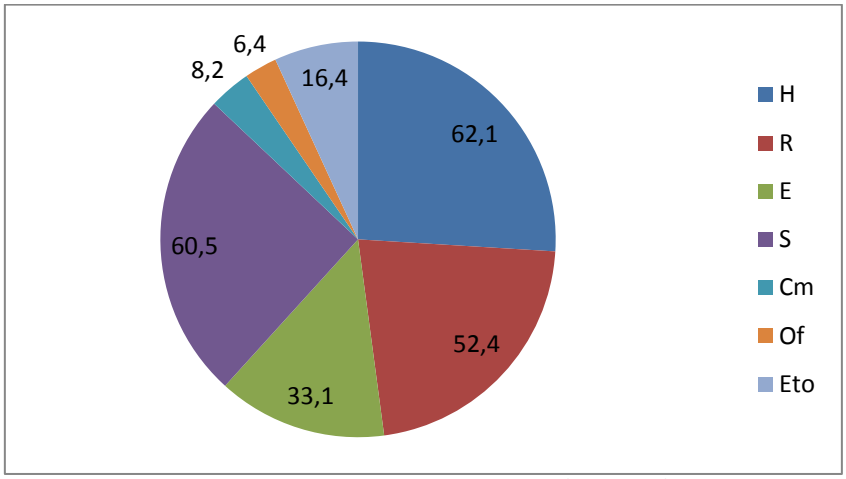


Сурет 3 - ТМБ қарқындылығына байланысты топтастыру (%)

Микроскопиялық әдісімен I топта аса айқын емес (ТМБ +) – 12,5 %, ал II топта –бұл науқастар 41,4% дейін анықталған. ТМБ бөлу қарқындылығы жоғарырақ (ТМБ++) I топта - 18,7 %, II топта -41,4% дейін құрады. Айқын (ТМБ +++) бөлүшілер I топта жиі кездесті - 68,8%, ал II топта сирек анықталды - 1,8%. Науқастардың себу әдісімен анықталған ТМБ нәтижесін сараптадық.Себу әдісімен I топта аса айқын емес (ТМБ +) – 12,5 %, ал II топта – бұл науқастар басым болды – 62,1% дейін анықталған. ТМБ бөлу қарқындылығы жоғарырақ (ТМБ++) I топта - 15,6 %, II топта – 27,6% дейін құрады. Айқын (ТМБ +++) бөлүшілер I топта жиі кездесті – 71,9%, ал II топта сирек анықталды - 10,3%.

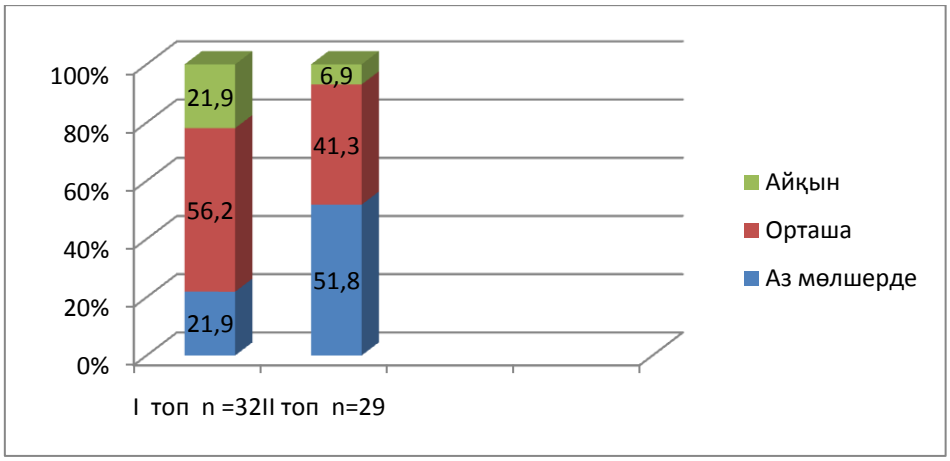
Туберкулезге қарсы дәрілерге резистенттілігі.

I топтағы науқастар арасында монорезистенттілік 2 (6,25%), полирезистенттілік у 6 (18,7%), мультирезистенттілік 24 (75,0%) науқаста дамыған. 1 топтағы науқастардың туберкулезге қарсы дәрілерге резистенттілігі талқылап қарағанда науқастар арасында басым бөлігі негізгі дәрігерлерге тұрақтылық дамытқанын байқауға болады.



Сурет 4 - ТМБ дәріге төзімділік спектірі (% соңына)

Оның ішінде H-62,1%, R-52,4%, E-33,1%, S-60,5% дейін тұрақтылық құрады. Сонымен қатар резервті препараттарға тұрақтылық дамығанын байқауға болады, яғни Cm-8,2%, Of-6,4%, Eto-16,4% .



Сурет 5 - Емдеу нәтижелері (% соңына)

Жоғарыда көрсетілген науқастар арасында қалдық өзгерістер аз мөлшерде I топта - 21,9%, орташа - 56,2%, айқын -21,9% болса, II топта - 51,8%, орташа - 41,3%, айқын -6,9% байқалған.

Қорытынды:

Өткізген зерттеуді нәтижеле келіп КДТТБ науқастар арасында 75,0% мультирезистентті туберкулез тіркелді , жоғарғы көрсеткішті 65.6% әйелдер, 83,6% 16-18 жастағы жасөспірімдер құрайтыны анықталған.Клиникалық түрлеріне тоқталса өкпенің инфильтративті туберкулезінің үлесі жоғары болды - 56,3 %, науқастар арасында ТМБ бөлу қарқындылығы айқын (++,+++) болды (38,0% микроскопиялық, 34,0% себу әдіспен).

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Ерохин В.В., Земскова З.С. Современные представления о туберкулезном воспалении // Пробл. туб. – 2003. - № 3. – С. 11-21.
2 Исмаилов Ш.Ш., Турсынбаева А.С., Аденов М.М. Эпидемиологическая оценка больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью, зарегистрированных в национальном регистре Республики Казахстан за 2003-2006 гг.// Фтизиопульмология.- 2007. - №2 (12). – С. 14-17.
3 Сахелашвили М.И..,Балита Т.М.,Структура и течение химиорезистентного течения туберкулеза у детей и подростков. // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - №8. – С. 46.

Г.С. ЕРКЕНОВА

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

Резюме: В результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:
1. Среди мультирезистентных форм туберкулеза 83,6% составляют подростки 16-18 лет, из них 65.6%составляют пациенты женского пола.
2. 56,3 % составили пациенты с инфильтративным туберкулезом легких.
3. В 38,0% бактериовыделение (2+ и более) установлено, бактериоскопическим ,а, в 34,0% бактериологическим методом.
4. В 75,0%случаев среди всех впервые выявленных пациентов, установлена мультирезистентная форма туберкулеза.
Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез, подростки, бактериовыделение

G.S. YERKENOYA

The Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

COURSE MDR-TB

Resume: Research results showed that multiresistant tuberulisis more often met in age 16-18, the stake of infiltration tuberculosis of 56,3% increased, that is characterised the sharp beginning of disease. By widespread processes with destruction, bacterioselection (38% by a microscopic method , 34% method of sowing) . At primary medicamental stability for teenagers monoresistance made -2(6,25%), polyresistance for 6 (18,7%) and multiresistance for 24(75,0%). The height of number of the first educed teenagers is marked with medicinally- steady tuberculosis of breathing organs – 75 % of cases

УДК 616.24-073.173

А.М. ЖУКЕМБАЕВА, Т. ДОЛГИЕВА, М. АКИМОВА, А. КИПШАКОВА, Л. ЧАПАНОВА, С. ГАГУМАНОВА, Д. ИЛАХУНОВ, Р. НЕБЫЛИЦА, Р. АБДУЛЛ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МУКОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Описываются причины и механизмы развития мукостаза. Приводятся классификации муколитических средств. Выделяются группа комбинированных муколитических препаратов с указанием на стандарт их создания и применения. Подробно описываются характеристики лекарственных средств, составляющих комбинированный препарат аскорил, и даются сведения об успешных результатах его применения

Ключевые слова: *ЖКТ, ХБ — хронический бронхит, СО — слизистая оболочка, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких*

При большинстве воспалительных заболеваний органов дыхания в патологический процесс вовлекаются воздухоносные пути. Независимо от главных механизмов развития и прогрессирования, болезни легких имеют общие черты в виде изменений бронхиальной секреции, ведущих в конечном итоге к мукостазу, порой существенно отягощающему течение любого заболевания органов дыхания [1, 2]. Мукостаз как проявление недостаточности мукоцилиарного клиренса — основного механизма удаления слизи из воздухоносных путей, может наблюдаться как при острых заболеваниях органов дыхания (острые респираторные заболевания, бронхиты, пневмонии), так и при хронических (хронический бронхит — ХБ, хроническая обструктивная болезнь легких — ХОБЛ, бронхиальная астма, хронические формы туберкулеза легких, муковисцидоз, все болезни в стадии «сотового легкого» и др.) [3, 4].

Образование трахеобронхиального секрета — важный защитный механизм, который нарушается при повреждении слизистой оболочки (СО) респираторного тракта различными инфекционными, химическими, физическими и другими факторами. Выведение мокроты обеспечивается движением ресничек мерцательного эпителия и кашлевым рефлексом. Источником образования трахеобронхиальной слизи служат бронхиальные железы, бокаловидные клетки, эпителий терминальных бронхиол и альвеол. Количество клеток и желез, вырабатывающих секрет, увеличивается в направлении от альвеол к крупным бронхам. Мерцательный эпителий респираторного тракта обеспечивает постоянное движение этого секрета в направлении полости рта, обеспечивающее эвакуацию клеточных остатков, инородных частиц и патологических агентов. Трахеобронхиальный секрет представляет собой одну из первых линий защиты организма от воздействия вдыхаемых газов, пыли, микроорганизмов [1].

На функцию мерцательного эпителия оказывают отрицательное влияние многие факторы: токсины вирусов и бактерий, медиаторы аллергического воспаления, табачный дым, вдыхание чистого кислорода, аммиака, формальдегида, горячего воздуха. В этих случаях нарушаются координация движения ресничек, биоэнергетика клеток и эффективность мерцательного толчка.

Помимо координированной работы ресничек для эффективности мукоцилиарного клиренса необходимы соответствующие реологические параметры секрета, прежде всего его вязкость и эластичность. Вязкость и эластичность секрета зависят от количества воды и входящих в его состав гликопротеинов — муцинов. Муцины секрета делят на два подтипа: кислые муцины (сиало- и сульфомуцины) и нейтральные (фукомуцины). При воспалении значительно увеличивается секреторная функция бронхиальных желез и бокаловидных клеток, нарастает содержание в бронхиальном секрете продуктов распада клеток, метаболитов жизнедеятельности и распада микроорганизмов, экссудата. Увеличивается соотношение фуко- и сиаломуцинов, что приводит к повышению вязкости слизи. Последнее неизбежно ведет к ее застою, что способствует размножению бактерий. В этих условиях реснитчатый эпителий работает с избыточной нагрузкой, но не в состоянии обеспечить необходимый транспорт слизи. Длительная перегрузка приводит к истощению функциональных возможностей мукоцилиарного аппарата, к дистрофии и атрофии мерцательного эпителия. Бактериальные ферменты и лизосомальные протеазы разрушенных клеток могут вторично видоизменять сиаломуцины и приводить к утрате ими способности формировать волокнистые структуры, что делает секрет жидким и может обусловить его стекание по бронхиальной стенке из-за потери эластичности.

Таким образом, итогом любого ирритативного, инфекционного либо аллергического воспаления СО бронхов являются изменение количества и реологических свойств мокроты, нарушение дренажной функции бронхов [4]. При разных патологических состояниях вязкость и эластичность секрета могут меняться различным образом, что обусловливает необходимость индивидуального подхода к пациенту и выбора с учетом особенностей секреторных нарушений того или иного лекарственного препарата, способного воздействовать на секреторную функцию СО или сам секрет. Так, в начале острого воспалительного процесса, сопровождающегося сухим кашлем, показаны препараты, стимулирующие секрецию; при непродуктивном влажном кашле — препараты, разжижающие мокроту; при появлении продуктивного влажного кашля — мукорегуляторы, нормализующие слизеобразование и состав секрета. Поэтому нормализации слизеобразования и эвакуации бронхиального секрета при большинстве заболеваний органов дыхания придается большое значение.

Важнейшим физиологическим процессом удаления мокроты из воздухоносных путей является кашель. Однако при нарушении слизеобразования в бронхах и трахее — явлениях мукостаза, кашель становится малоэффективным, приступообразным, мучительным. Неэффективный кашель может быть причиной возникновения кровохаркания, спонтанного пневмоторакса, недержания мочи, легочной гипертензии, тревожных состояний, формирования грыж передней брюшной стенки и диафрагмы, переломов ребер и других осложнений. Кроме того, мукостаз ведет к нарушению вентиляции, проявляющейся обструктивным синдромом и одышкой. Все эти следствия мукостаза являются факторами, усугубляющими течение основного заболевания. При многих клинических ситуациях улучшение слизеобразования происходит в результате применения основных средств лечения каждого конкретного заболевания: антибиотиков, глюкокортикостероидов, бронходилататоров и др. Однако нередко основных средств бывает недостаточно для быстрого и полного устранения мукостаза. В таких ситуациях дополнительно к основным средствам назначаются муколитические (секретолитические) средства, улучшающие процессы слизеобразования и эвакуации мокроты. На практике врачами различных школ (классическая медицина, гомеопатия, восточная медицина, различные ветви так называемой народной медицины) применяется более сотни средств, обладающих муколитическими свойствами (используется различные классификации этих средств). В принципе эта большая группа лекарственных средств, трудно классифицируема из-

за ее разнородности. Условно все препараты разделяют по источнику их происхождения: растительные или синтетические, либо по основным механизмам их действия: отхаркивающие, разжижающие мокроту, уменьшающие вязкость мокроты, стимулирующие секретообразование с новыми свойствами [5]. Средства, облегчающие выведение мокроты из бронхов, обычно делят на следующие группы:

1. Препараты, стимулирующие отхаркивание. Вызывают раздражение рецепторов желудка и рефлекторно усиливают секрецию бронхиальных желез.
2. Муколитики. Деполимеризуют мукополисахаридные и мукопротеиновые волокна в мокроте, разрывая дисульфидные связи белков мокроты.
3. Мукорегуляторы. Средства, регулирующие выработку секрета железистыми клетками, действуя непосредственно на железистую клетку.
4. Мукогидранты. Препараты, способствующие гидратации секрета.
5. Бронхороики. Препараты, усиливающие трансэпителиальную секрецию воды.
6. Комбинированные препараты, сочетающие несколько препаратов с различными механизмами действия, способствующими облегчению выведения мокроты из воздухоносных путей.

В 2010 г. итальянские авторы в 4 классификационных категориях (экспекторанты, мукорегуляторы, муколитики, мукокинетики) детализировали механизмы действия и результаты применения 7 отдельных препаратов и 5 групп других препаратов, вошедших в эти категории [6]. Следует отметить, что комбинированных препаратов, способных влиять сразу на несколько механизмов мукостаза, существует очень мало. В настоящее время при лечении заболеваний органов дыхания все больше используются фиксированные комбинации лекарственных средств, действующих на отдельные патогенетические звенья болезней. Именно многообразие и взаимосвязь механизмов мукостаза определяют целесообразность применения фиксированных комбинаций лекарственных средств. Однако фиксированная комбинация в соответствии с современными требованиями должна соответствовать определенным стандартам (BMA and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, British National Formulary, London):

1. Препарат должен содержать не более 3 активных ингредиентов из различных фармакологических групп и не более одного активного ингредиента из каждой фармакологической группы.
2. Каждый активный ингредиент должен содержаться в эффективной и безопасной концентрации и способствовать лечению, для которого используется данный продукт.
3. Должны учитываться возможные неблагоприятные реакции компонентов.

Одним из немногих фиксированных комбинированных препаратов, устраняющих мукостаз и соответствующих современным требованиям, является аскорил. В состав аскорила сиропа входят сальбутамола сульфат, бромгексин гидрохлорид, гвайфенизин и ментол. Сальбутамола сульфат — β2-агонист короткого действия, оказывающий выраженное бронхорасширяющее и спазмолитическое действие. Он устраняет и предупреждает спазм бронхов, снижает бронхиальное сопротивление. При некоторых хронических заболеваниях органов дыхания (бронхиальная астма, ХОБЛ, бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз) наряду с явлениями мукостаза выражена бронхиальная обструкция, которая существенно влияет на скорость и качество выделения мокроты. Вязкая мокрота усугубляет бронхообструкцию, а та в свою очередь препятствует свободному отделению мокроты. Разрубить этот ≪гордиев узел≫ с успехом позволяет сочетание бронхо - и муколитических свойств β2-агонистов. Кроме бронхорасширяющего действия сальбутамол способен непосредственно оказывать влияние на мукоцилиарный транспорт, стимулируя β2-рецепторы, содержащиеся в мукосекретирующих клетках, и тем самым приводят к повышению бронхиальной секреции. Кроме того, они влияют на реснитчатый аппарат эпителия бронхов, усиливая их колебания, что улучшает эвакуацию мокроты. Известно, что принимаемый внутрь сальбутамол обладает несколько иными фармакокинетическими свойствами, чем его аэрозоль. При приеме внутрь абсорбция сальбутамола высокая, прием пищи снижает ее скорость, но не влияет на биодоступность: 10% сальбутамола связывается с белками плазмы. Препарат проникает через плаценту. Биодоступность принятого внутрь сальбутамола составляет 50%(!). В связи с этим аскорил следует с осторожностью назначать пациентам, принимающим метилксантины, ингибиторы моноаминооксидазы и трициклические антидепрессанты (вероятность возникновения тахиаритмии, падения артериального давления). Не рекомендуется принимать его одновременно с неселективными β-адреноблокаторами. Другим активным компонентом аскорила является гвайфенезин. Именно он придает аскорилу уникальные свойства, выгодно отличающие препарат от других комбинированных мукорегулирующих препаратов. Основой для производства гвайфенезина (guaifenesin) является в открытое 1912 г. природное вещество гваякол, которое получают из коры гваякового дерева. Гвайфенезин стимулирует секреторные клетки СО бронхов, вырабатывающие нейтральные полисахариды, деполимеризует кислые мукополисахариды, снижает вязкость и увеличивает объем мокроты, активирует цилиарный аппарат бронхов, облегчает удаление мокроты и способствует переходу непродуктивного кашля в продуктивный. Длительность действия при однократном приеме — 3,5—4 ч. Препарат быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), проникает в ткани, содержащие кислые мукополисахариды. Метаболизм осуществляется в печени. Выводится легкими (с мокротой) и почками в виде неактивных метаболитов. Гвайфенезин не только обладает отхаркивающими свойствами, но и оказывает анксиолитическое действие (подавление расстройств тревожно-невротического характера). Третьим компонентом аскорила является бромгексин — муколитическое средство, оказывающее отхаркивающее и противокашлевое действие. Бромгексин — ≪классический≫, давно известный муколитический препарат, является производным алкалоида вазицина. Муколитический эффект связан с деполимеризацией мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон. Стимулирует синтез нейтральных полисахаридов и высвобождение лизосомальных ферментов. Увеличивает серозный компонент бронхиального секрета; активирует реснички мерцательного эпителия, снижает вязкость мокроты, увеличивает ее объем и улучшает отхождение. Одним из уникальных свойств бромгекси на является стимуляция синтеза эндогенного сурфактанта, он также способствует проникновению антибиотиков в легочную ткань. Такие ≪уникальные≫ качества бромгексина часто делают его препаратом выбора для лечения пневмоний, бронхоэктатической болезни. При приеме внутрь практически полностью (99%) всасывается из ЖКТ в течение 30 мин. Биодоступность низкая (эффект первичного прохождения через печень). Проникает через плацентарный и гематоэнцефалический барьеры. В печени подвергается деметилированию и окислению, метаболизируется до фармакологически активного амброксола. Т1/2 составляет 15 ч (вследствие медленной обратной диффузии из тканей). Выводится почками. При хронической почечной недостаточности нарушается выведение метаболитов. При многократном применении может кумулироваться. Четвертым компонентом сиропа аскорил является ментол. Он содержит эфирные масла, которые оказывают, успокаивающее, мягкое спазмолитическое и антисептическое действие. Таким образом, аскорил, благодаря полифункциональности и безопасности является современным высокоэффективным средством для лечения больных с нарушениями процессов

мукорегуляции, что подтверждено данными контролируемых исследований и материалами аналитического обзора Кохрановского сотрудничества [6—17]. Безопасность аскорила позволяет его широко использовать в амбулаторной практике. Личный опыт авторов статьи рекомендует выделять контингент ≪кашляющих≫ больных, у которых применение аскорила особенно эффективно: больные острым бронхитом затяжного течения; ХБ; больные ХОБЛ, не нуждающихся в антибиотикотерапии, но страдающих от мучительного кашля, сочетающегося с паническими приступами. Применение аскорила у них ведет к существенной редукции симптоматики и улучшению общего состояния. При этом снижается риск развития осложнений мучительного кашля. Таким образом, аскорил пополняет список высокоэффективных средств компенсации мукостаза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. – М.: 2002. -103 с.
2 Федосеев Г.Б., Емельянов А.В., Тимчик В.Г. Отхаркивающие препараты как средства для лечения обструктивных заболеваний легких // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 1997. - №2. – 128 с.
3 Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – М.: 1993. - 395 с.

А.М. ЖУКЕМБАЕВА, Т. ДОЛГИЕВА, М. АКИМОВА, А. КИПШАКОВА, Л. ЧАПАНОВА, С. ГАГУМАНОВА, Д. ИЛАХУНОВ, Р. НЕБЫЛИЦА, Р. АБДУЛЛ
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯЛЫҚ ТӘЖІРЕБИЕДЕГІ МУКОАВТИВТІК ТЕРАПИЯНЫҢ ЗАМАНАУИ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Себеп және мукостаза дамуының тетіктері бейнеленеді. Муколитиялық ақы-пұлдың топтастырулары келтіреді. Құрама муколитиялық препараттың тобы оның жаралғанының және қолданыстың қалыбына деген нұсқаумен ажыратылады. Егжей-тегжей аскорил құрама препаратын жасаушы дәрілік ақы-пұлдың мінездемелері бейнеленетін, қарамастан және маулұматтының туралы оның қолданысының табысты нәтижелерінде беріледі.
Түйінді сөздер: асқазан-ішек тракті, СБ — созылмалы бронхит, ШҚ — шырышты қабат, ХОБЛ — созылмалы өкпенің обструктивті ауруы

A.ZHUKEMBAYEVA, T. DOLGIYEVA, M. AKIMOVA, A. KIPSHAKOVA, L. CHAPANOVA, S. GAGUMANOVA, D. ILAKHUNOVA, R. NEBYLITCA, R. ABDULL
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

MODERN ASPECTS OF MUCOSTASIS THERAPY IN PULMONOLOGY PRACTICE

Resume: The paper describes the causes of mucostasis and the mechanisms of its development. It presents classifications of mucolytic drugs. A group of combination mucolytic drugs is identified by indicating the standard of their design and usage. The characteristics of the drugs including the combination agent ascoril are described in detail and information on the successful results of its use is given.
Keywords: GP- gastrointestinal path, HB — chronic bronchitis, WITH — a mucous membrane, HOBL — a chronic obstructive illness of lungs

ХИРУРГИЯ SURGERY

УДК 616.36-008.5-07-089

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Ю.И. МАЛАХОВА, В.Е. САЮТИН, Ч.Е. НАМ
Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

В работе анализируется результаты обследования и лечения 75 пациентов с механической желтухой, находившихся в отделении хирургии ГКБ №7 г. Алматы за период с января по декабрь 2013 г. В ходе диагностики всем пациентам проводилось УЗИ, МРТ, КТ, МРХПГ, ЭРХПГ, ЭФГДС, фистулография. Тактика лечения пациентов включала 2 этапа: на первом этапе проводилась декомпрессия желчных протоков, на втором этапе – паллиативное или радикальное хирургическое вмешательство. Внедрены в работу клиники алгоритмы диагностики и хирургического лечения при механической желтухе.
Ключевые слова: *механическая желтуха, камни желчных протоков, алгоритм, фистулография, оптимизация.*

Актуальность.
По данным научного прогнозирования, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, а также наследственными факторами (П.С. Ветшев, Э.И. Гельперин 2006г., О.С. Шкроб, Н.М. Кузин, С.А. Дадвани 1998г).
Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми являются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи (И.А. Ломакин, Ю.В. Иванов, 2012г.).
Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей в настоящее время очень актуальны. Своевременный и обоснованный дооперационный диагноз в значительной степени определяет прогноз заболевания, так как позволяет выбрать оптимальный метод лечения. Хирургические вмешательства у больных с механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции (Э.И. Гельперин, П.С. Ветшев 2006г., С.Г. Шаповальянц, А.Ю. Цкаев 1997г.).
Диагностические ошибки по литературным данным составляют 10-42% (Э.И. Гальперин и соавт., 2006г., Archer S.D. et al., 2001г.). Тяжелые осложнения, выявляемые в процессе диагностики и лечения пациентов с механической желтухой составили 54%. Среди них: желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, энцефалопатии (В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский 2003г., Wang F.C. 2004г.). Летальность по данным литературы составляет 14-27% (В.С. Савельев 2008г, Pondos Y.D.2003г.).
Таким образом, очевидна актуальность использования таких методов диагностики, которые имеют высокую надежность, точность и позволяют максимально быстро поставить диагноз и начать правильное лечение. В настоящее время общепризнанной методикой лечения больных с синдромом механической желтухи является двухэтапный метод. На первом этапе - добиваются ликвидации билиарной гипертензии, разрешения признаков механической желтухи, на втором этапе – выполняют объемную операцию, которая устраняет саму причину заболевания (Ю.И. Патютко, А.Г. Котельников 1998г., Spalding D.R. 2006г.).
Цель работы.
Оптимизация диагностических и хирургических алгоритмов при механической желтухе.
Задачи.
1. Изучить современные методы диагностики и лечения механической желтухи.
2. Оптимизация диагностических и хирургических алгоритмов при механической желтухе.
3. Внедрение алгоритмов в клиническую практику.
Введение.
Желтуха – это синдром, характеризующийся желтушным окрашиванием кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови, а также в других жидкостях и тканях организма. В зависимости от механизма возникновения выделяют 3 вида желтухи: надпеченочная (гемолитическая), печеночная (паренхиматозная), обтурационная (механическая). Механическая желтуха - осложнение патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих путей.
Причины механической желтухи различны. Среди них 50% составляют наличие камней в желчных протоках, 40% - новообразования в протоках, БДС, ПЖЖ, желчном пузыре, 10% - другие причины (стеноз БДС, стриктура протоков, атрезия ЖВП, холангит, панкреатит, опухоли печени).
К основным симптомам механической желтухи относятся желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых, дисхолия, холестаз. В зависимости от количества билирубина в крови выделяют 3 степени желтухи: легкая - до 85 ммоль/л, средняя - 86-169 ммоль/л, тяжелая - свыше 170 ммоль/л. Биохомическими маркерами холестаза являются: повышение уровня прямого билирубина, холестеринов, липопротеинов, фосфолипидов, повышение уровня ферментов (ЩФ, ГГТП, лейцин-амино-пептидазы, 5-нуклеотидазы. К симптомам холемии относятся: брадикардия, снижение АД, кожный зуд, астено-вегетативные расстройства. Диагностика механической желтухи основывается на совокупности данных анамнеза, клинической картины и инструментальных методов обследования.
1. Ультразвуковое обследование. Общая чувствительность данного метода составляет 87,7%. Ультразвуковыми критериями обтурационного характера желтухи являются: увеличение диаметра холедоха более 8 мм, а внутрипеченочных протоков более 4 мм; утолщение стенки холедоха и взвесь в его просвете; увеличение и деформация желчного пузыря, неоднородное содержимое, конкременты, визуализация камня в протоке; визуализация патологии головки поджелудочной железы (рисунок 1).

Рисунок 1 – Классическое УЗИ (расширение холедоха и 2 конкремента в его дистальной части).

2. Эзофагофиброгастродуоденоскопия (ЭФГДС) – наряду с определение патологии верхних отделов ЖКТ, можно выявить патологию БДС, провести биопсию подозрительного участка (рисунок 2).

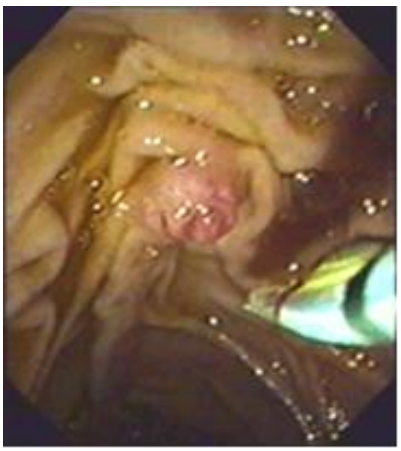


Рисунок 2 – вколоченный камень в БДС

3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) - представляет собой ретроградное контрастирование желчных протоков и протока поджелудочной железы, осуществляемое через большой дуоденальный (фатеров) сосочек (или иногда через малый дуоденальный сосочек). Позволяет контрастировать желчные протоки; визуально оценить состояние желудка и 12-типерстной кишки, большого дуоденального сосочка и периампулярной области; констатировать факт поступления жёлчи в просвет кишки. Общая чувствительность ЭРХПГ – 89,3%. Проведение ЭРХПГ противопоказано при: остром панкреатите, непереносимости препаратов йода, остром инфаркте миокарде, инсульте, гипертоническом кризе и т.д. Применение данного метода ограничено после перенесенной ранее операции на желудке, когда большой дуоденальный сосочек (БДС) недоступен для эндоскопических манипуляций, расположении БДС в полости крупных дивертикулов, технически непреодолимом препятствии в выходном отделе общего желчного протока (стриктура, конкремент, опухоль) (рисунок 3).

Рисунок 3 – камни в желчном пузыре без патологии протоков

4. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ): Для пункции оптимальной является точка в 8–9 межреберье по среднеаксилярной линии. После обработки кожи и инфильтрации новокаином брюшной стенки при задержанном дыхании игла вводится на глубину 10-12 см по направлению к XI–XII грудному позвонку. Направление и ход

иглы контролируют на экране телевизора. Положение иглы при уколе – горизонтальное. После установки конца иглы приблизительно на расстоянии 2 см справа от позвоночника, иглу начинают медленно извлекать. С помощью шприца создается отрицательное давление. При появлении желчи кончик иглы находится в просвете желчного протока. После декомпрессии заполняют желчное дерево водорастворимым контрастным веществом (40–60 мл) и выполняют рентгеноскопию. Более безопасным является метод пунктирования желчных протоков под контролем УЗ, особенно в условии трехмерной реконструкции в реальном времени (4D-УЗИ). Общая чувствительность данного метода составляет 77,4% (рисунок 4).

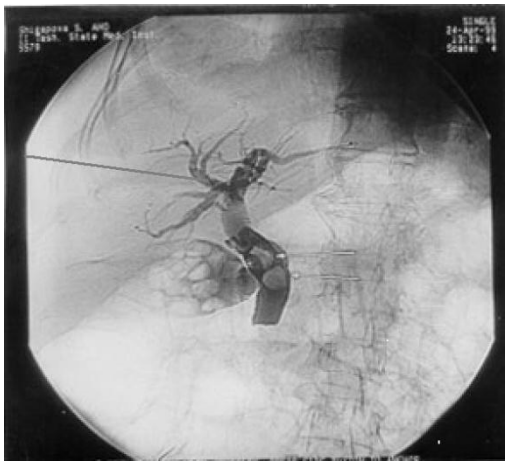


Рисунок 4 – дилатированный холедох с конкрементами

5. Фистулохолецистохолангиография
Один из распространенных способов контрастирования билиарного дерева — использование холецистостомы, наложенной прямым (хирургическим) путем либо пункционным под контролем УЗИ или лапароскопии. Необходимое условие для выполнения подобного исследования — проходимость пузырного потока. Об этом, как правило, свидетельствует поступающая по дренажу желчь. Чаще всего необходимость наружного дренирования желчного пузыря возникает при сочетании механической желтухи с острым деструктивным холециститом или при опухолях головки поджелудочной железы (дистального отдела протоков), когда крайне тяжелое состояние больного не позволяет выполнить паллиативное или радикальное вмешательство традиционным образом.

6. Компьютерная томография – позволяет наряду с выявлением дилатации протоков и причины их обструкции выполнить прицельную биопсию или декомпрессионное вмешательство. В отличие от УЗИ диагностические способности метода не снижаются при метеоризме, асците, ожирении. Общая чувствительность – 87%. Слабым местом КТ является невозможность диагностика холестериновых и пигментных камней (рисунок 5).

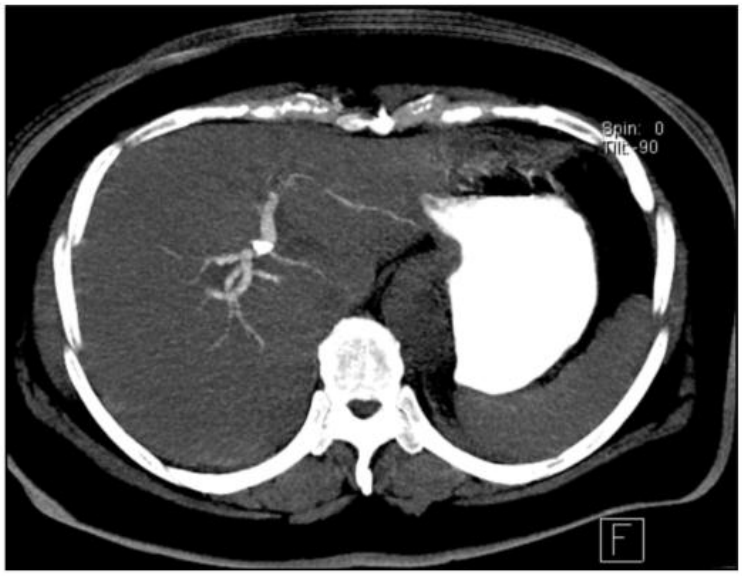


Рисунок 5 – выявление конкремента в проекции холедоха

7. В последние годы широкое распространение приобретает ***магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ)***, обладающая высокой точностью в диагностике причин механической желтухи, особенно в оценке характера и протяженности стриктур желчных путей, а также внутрипротоковых образований. Общая чувствительность 74-96% (рисунок 6).

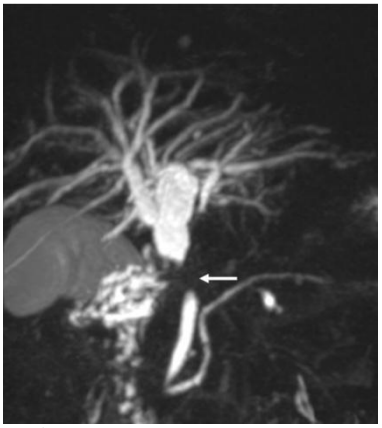


Рисунок 6 – Желчная гипертензия. Рубцовая стриктура проксимального отдела общего желчного протока

8. Лапароскопия - Применяют лапароскопию с прицельной биопсией в основном для подтверждения опухолевого процесса (первичного или метастатического) в гепатодуоденальной области. Цель исследования — определение операбельности злокачественной опухоли и прицельная биопсия. Во время лапароскопии может быть проведена холецистохолангиография, холедохотомия с интраоперационной холангиографией и последующим осуществлением декомпрессии желчных протоков путем литоэкстракции и наружного дренирования, стентирования.

Виды оперативного лечения механической желтухи.

Учитывая высокую летальность при операциях на высоте желтухи, целесообразно лечение проводить поэтапно. Первый этап: малоинвазивные методы, направленные на ликвидацию холестаза, в сочетании с комплексной консервативной терапией. К методам 1 этапа относятся:

1). Миниинвазивные инструментальные методы (эндоскопические методы – ЭРХПГ с ЭПСТ, литотрипсией, литоэкстракцией, бужированием, дренированием протоков; ЧЧХС с наружным или наружно-внутренним дренированием).

2). Прямые хирургические вмешательства - дренирование через холецистостомическое отверстие; лапароскопическое дренирование холедоха. В случае отсутствия эффекта и нарастании желтухи необходимо выполнять срочные декомпрессионные вмешательства в течение 2–3 суток с момента госпитализации.

Второй этап: по мере разрешения желтухи при более благоприятных обстоятельствах проводят паллиативные или радикальные операции, если малоинвазивные вмешательства не явились окончательным способом лечения. Паллиативные операции направлены на создание обходных билиодигестивных соустий. При высоких рубцовых стриктурах желчных протоков выполняют сложные реконструктивные операции, направленные на восстановление оттока желчи. Среди них наибольшее распространение получили билиодигестивные соустья на различных уровнях желчных протоков с петлей тонкой кишки, выключенной по Ру (холедохоеюностомия). В случае рака головки поджелудочной железы операцией выбора является холецистоэнтеростломия по Микуличу. При других локализациях опухоли формируют билиодигестивные соустья (гепатикоеюноанастомоз, чем выше, тем лучше) либо применяют один из способов эндопротезирования. Формирование гепатикоеюноанастомоза на выделенной по Ру петле тощей кишки практически исключает рецидив механической желтухи и гнойного холангита в позднем послеоперационном периоде. Радикальные операции заключаются в резекции зоны, пораженной опухолевым процессом (холедоха, панкреатодуоденальная резекция) с формированием гепатикоеюноанастомоза.

Материалы и методы исследования.

Нами были проанализированы результаты лечения 75 пациентов с механической желтухой, пролеченных в отделении хирургии ГКБ №7 г. Алматы за период с января по декабрь 2013г (таблица 1). Больные были в возрасте от 17 до 85 лет. Среди них мужчин – 36 (48%), женщин – 39 (52%).

У всех больных наблюдалось сочетание нескольких этиологических факторов желтухи. Чаще всего наблюдалось сочетание холедохолитиаза и камней в желчном пузыре – 89,3%. Также наблюдалось сочетание камней желчного пузыря и острого панкреатита – 86,6%. У 16 пациентов был поставлен диагноз: «Опухоль головки ПЖ» - 21,3% (таблица 2).

Таблица 1 - Основные причины механической желтухи

Основная причина	Количество больных	%
Камни желчного пузыря	40	53,3%
Опухоль головки ПЖ	16	21,3%
Острый панкреатит	10	13,3%
Холедохолитиаз	9	12%
Всего:	75	100%

Таблица 2 - Конкурирующие заболевания

Конкурирующие заболевания	Количество больных	%
Холедохолитиаз	18	24%
Холангит	10	13,3%
Острый панкреатит	15	20%
Опухоль терминального отдела холедоха	1	1,3%
Стриктура холедоха	1	1,3%
Образование БДС	3	4%
Опухоль Клацкина	3	4%
Дивертикул ЛДПК	1	1,3%
Рецидив опухоли ПЖЖ	1	1,3%

С-г легких с mts в брюшную полость и сдавлением желчных протоков	1	1,3%
Синдром Мирризи	2	2,67%
Опухоль внепеченочных ЖП	1	1,3%
Всего:	57	77,07%

У 16 (21,3%) пациентов выявляли осложнения основного заболевания (таблица 3). У 8 (50%) пациентов - острый холангит, у 3 (19%) пациентов - холангиогенные абсцессы, у 5 (31%) пациентов - перивезикулярный инфильтрат.

Таблица 3 - Осложнения механической желтухи

Характер осложнения	Число больных	%:
Холангит	8	50%
Абсцесс	3	19%
Инфильтрат	5	31%
Всего:	18	100%

Из 75 больных, поступивших в стационар с диагнозом механическая желтуха, умерли 3 (4%) пациентов. Причиной смерти у всех пациентов явилась полиорганная недостаточность. Летальный исход объясняется поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, давность заболевания и пожилым возрастом больных. 72 (96%) больных были выписаны из стационара с улучшением.

Выбор метода диагностики зависел от предполагаемого уровня обтурации желчевыводящих путей, характера патологического процесса, диагностической эффективности метода. Применялись неинвазивные методы: УЗИ, МРТ, КТ, МРХПГ, ФГДС и инвазивные – ЭРХПГ, фистулография.

Результаты и обсуждение.

Всем больным было выполнено УЗИ (диаграммы 1, 2). Компьютерная томография была выполнена 15 пациентам. Чувствительность – 79%. Специфичность – 76,5%. МРТ была выполнена 42 больным. Чувствительность метода – 85%, специфичность – 90%. МРХПГ была проведена 11 больным. Общая чувствительность составляет 80-92%, специфичность – 87-90%.

ЭРХПГ было выполнено 3 пациентам, у 1 из них в сочетании с ЭПСТ. Перед проведением ЭРХПГ больным проводилась медикаментозная подготовка, целью которой было снижение болевых ощущений, уменьшение секреции, расслабление сфинктера Одди и создание гипотонии ДПК. Под контролем рентгеноскопии канюлировали общий желчный или панкреатические протоки и заполняли контрастным веществом внутрипеченочные пути, пузырный, ОЖП и желчный пузырь. Общая чувствительность ЭРХПГ составила 83,5%. Осложнений после проведения данного исследования не наблюдалось.

ФГДС проводилась 3 пациентам, у которых был верифицирован диагноз «Образование БДС». Фистулография была проведена у 9 больных, у которых также была проведена ЧЧХС для определения объема хирургического вмешательства во II этапе. Чаще фистулография и ЧЧХС проводилась при опухоли головки поджелудочной железы.

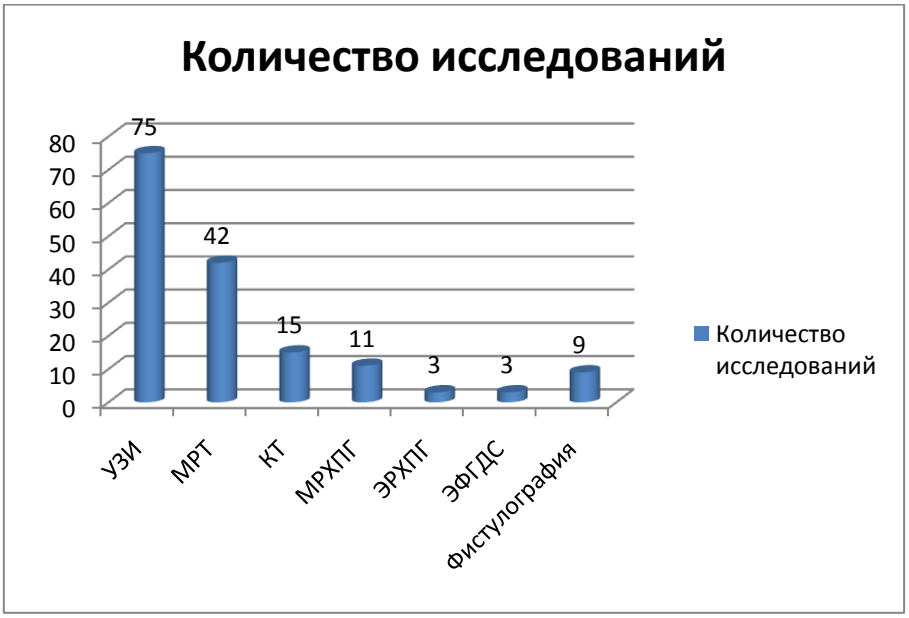


Рисунок 1 - Виды исследования и их количество

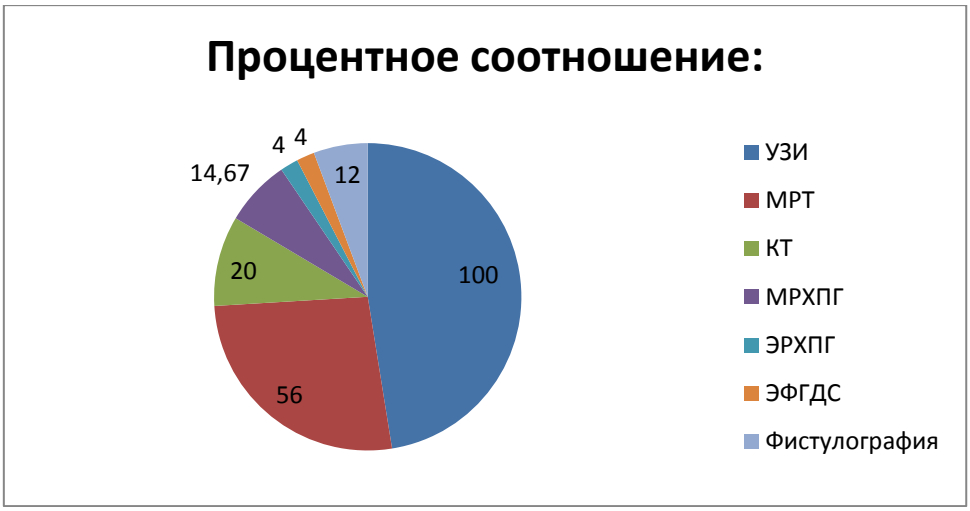


Рисунок 2 - Процентное соотношение методов исследования

Анализ проведенных нами исследований позволяет определить наиболее рациональную последовательность применения методов диагностики для распознавания причин механической желтухи (таблица 4).

Таблица 4 - Алгоритм диагностики причин механической желтухи

Диагноз	Алгоритм диагностики					
	УЗИ	МРХПГ	ЭРХП	КТ	МРТ	ФГДС
Холедохолитиаз	+	+		+/-	+/-	
Рак головки ПЖ	+			+	+	
Рак желчного протока	+	+		+		
Стриктуры и др. причины	+	+			+	
Рак БДС	+		+	+		+

Так как при проведении традиционного оперативного лечения больных с механической желтухой на высоте желтухе и при явлениях холангита наблюдается высокая летальность, то требуется проводить лечение в 2 этапа. На 1 этапе необходимо проводить декомпрессию желчных путей, чтобы добиться снижении общего билирубина. И только после этого можно переходить на 2 этап, в котором будут выполняться паллиативные или радикальные операции. Такой подход к лечению механической желтухи находит в последние годы все больше сторонников (9, 14, 16).

Из 72 больных улучшения состояния и выздоровления путем консервативного лечения достигнуто у 18 (25%) человек. У 54 (75%) больных лечение проводилось в 2 этапа. На первом этапе проводилось: ЧЧХС – у 7 (12.96%) больных, холецистостома – 4 (7.4%) больных. На втором этапе проводились следующие операции (таблица 5):

Таблица 5 - Виды операций

Виды операции	Количество больных	%
Лапаротомия по Кохеру, холецистэктомия	23	42,6%
Лапаротомия по Федорову, холецистэктомия	4	7,4%
Верхне-срединная лапаротомия, холецистэктомия	3	5,5%
Холедохолитотомия	16	29,6%
Дренирование по Пиковскому	15	27,8%
Дренирование по Вишневскому	2	3,7%
Лапароскопическая холецистэктомия	2	3,7%
ИОХГ	18	33,3%
СДХДА по Юрашу-Виноградову	13	24,1%
ПДР (ГПДР)	2	3,7%
Позадиободочный гепатикоеюноанастомоз по Ру петле	2	3,7%
Холецистоеюноанастомоз с броуновским соустьем	2	3,7%
Холецистодуоденальный анастомоз	1	1,85%.

Заключение.

Результаты лечения заболеваний, осложнившихся механической желтухой, зависят от степени, длительности гипербилирубинемии и своевременного определения характера желтухи. С целью определения причины желтухи на первом этапе показано УЗИ, при котором диагноз устанавливается более чем у 70% больных. В дальнейшем проводится КТ, МРХПГ, МРТ или ЭРХПГ. Приводимый нами алгоритм диагностики позволяет установить причину механической желтухи в кратчайшие сроки, и своевременно приступить к лечебным манипуляциям. Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи, осложняющей течение доброкачественных и злокачественных заболеваний билиарнопанкреатодуоденальной зоны (первый этап – декомпрессия желчных протоков, второй этап – выполнение радикальных и паллиативных традиционных хирургических вмешательств), позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений на 17%. По нашим данным летальность составила 4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Астапенко В.Г., Козырев М.А., Федорович Е.Н. Проблемы хирургии желчных путей. – М.: 1982. – С. 131 – 132.
2 Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой: дис. …канд. мед. наук. – М., 1982. – 305 с.
3 Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Рос.журн. гепатол., колопроктол. – 1999. – С. 18 – 24.
4 Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 559 с.
5 Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза.// Хирургия. – 1999. - № 10. – С. 22-28.
6 Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.: Видар-М, 2000. – 285 с.
7 Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: Медпрактика, 2003. – 269 с.
8 Савельев В.С. 80 лекций по хирургии. - М.: Литтерра, 2008. – 910 с.
9 Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе // Анн. Хир.гепатол. – 1998. – Т. 3. - № 1. – С. 96 – 111.
10 Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. – 1998. - № 9. – С. 45-49.
11 Шевченко Ю.Л. Щадящая хирургия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 72 – 91.
12 Archer S.B. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy // Ann. Surg. – 2001. – Vol. 234. - № 4. – P. 549 – 558.
13 Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T., Thun M. Cancer statistic // CA Cancer J. Clin. – 2001. – Vol. 51 (15). – P. 36.
14 Lillemoe K.D. et al. Major Bile Duct Injuries During Laparoscopic Cholecystectomy. Follow-Up After Combined Surgical and Radioologic Management // Ann. Of Surg. – 1997. – Vol. 225. - № 5. – P. 459 – 471.
15 Mu D.Q., Peng Y.S., Wang F.G., Xu Q.J. Significance of perigastric lymph node involvement in periampullary malignant tumor // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 10 (4). – P. 614 – 616.
16 Podnos Y.D., Jimenez J.C., Zainabadi K. et al. Carcinoid tumors of the common bile duct:report of two cases // Surg. Today. – 2003. – Vol. 33 (7). – P. 553 – 555.
17 Stewart L., Way L.W. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy // Arch. Surg. – 1995. – № 130. – P. 1123 – 1129.
18 Trerotola S.O., Savader S.J., Lund G.B. et al. Biliary tract complications following laparoscopic cholecystectomy: imaging and intervention // Radiology. – 1992. – Vol. 184. – P. 195 – 200.

Ж.Н. КЫЖЫРОВ, Ю.И. МАЛАХОВА, В.Е. САЮТИН, Ч.Е. НАМ

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ АУРУ ТҮРІН АНЫҚТАУ МЕН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛІНІҢ АЛГОРИТМІ

Түйін: Бұл жұмыста №7 қалалық клиникалық ауруханасының хирургия бөлімшесінде 2013 жылдың қаңтар айынан желтоқсан айы аралығында жатып шыққан механикалық сарғаюмен ауырған 75 науқасты тексеру мен емдеу нәтижелері талданған. Тексеру кезінде барлық науқастарға УДЗ, МРТ, КТ, МРХПГ, ЭРХПГ, ЭФГДС, фистулография жасалды. Емдеу тәсілі 2 кезеңнен тұрады: бірінші кезеңде өт жолдарындағы қысымды азайту жүргізілсе, екінші кезеңде – жеңілдетілген немесе түбегейлі хирургиялық ем жүргізілді. Механикалық сарғаюды анықтау мен емдеудің жетілдірілген алгоритмі клиникалық жұмысқа енгізілді.
Түйінді сөздер: механикалық сарғаю, өт жолдарындағы тастар, алгорим, жетілдіру. фистулография.

JH.N. KYZHYROV, Y.I. MALAKHOV, V.E. SAYUTIN
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University
department of internship and residency in surgery
City Clinical Hospital № 7 Almaty (chief physician - MD, professor Baimakhanov B.B.)

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TACTICS IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Resume: The paper analyzes the results of the examination and treatment of 75 patients with obstructive jaundice who were in the department of surgery GKB №7 Almaty for the period from January to December 2013 in the course of diagnosis all patients underwent ultrasound, MRI, CT, MRCP, ERCP, EFGDS, fistulography. The therapeutic approaches included two stages: the first stage was carried out decompression of the bile duct, the second phase - palliative or curative surgery. Introduced to the work of the clinic diagnostic and surgical treatment of obstructive jaundice.
Keywords: jaundice, bile duct stones, the algorithm fistulography optimization.

УДК 616.25-003.219-089.819

В.В. БОЙКО, Д.Э. ЛОПАТЕНКО
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургии № 1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПИОПНЕВМОТОРАКСА

В работе представлены результаты различных методов лечения 109 больных с пиопневмотораксом на фоне острой инфекционной деструкции легких. Путем анализа соотношения различных исходов лечения, количества осложнений и его длительности, проведено сравнение результатов закрытого дренирования плевральной полости и торакоскопических вмешательств. Выявлено достоверное преимущество миниинвазивного метода по количеству осложнений и эффективности лечения.
Ключевые слова: *пиопневмоторакс, санация и дренирование плевральной полости, торакоскопия.*

Введение. Несмотря на значительные успехи в пульмонологии, достигнутые в последние десятилетия, благодаря совершенствованию организации пульмонологической помощи на современном этапе ее развития, проблема оказания медицинской помощи больным с острыми гнойными неспецифическими деструктивными заболеваниями легких и плевры является одной из ведущих в пульмонологии. Актуальность данного вопроса обусловлена высоким уровнем летальности, ростом частоты хронизации процесса, тяжестью и длительностью течения. Острый пиопневмоторакс (ППТ) является тяжелым осложнением гнойно-деструктивных заболеваний легких. Вскрытие гнойника в плевральную полость вызывает развитие эмпиемы и коллапс легкого, резко осложняет течение основного заболевания. Частота этого осложнения при абсцессах легкого, по данным разных авторов, составляет 30-35% [1, 2, 3], а летальность: 14-20% [4, 5]. Рост числа больных молодого и среднего возраста, иногда социально благополучных, обусловил необходимость поиска новых подходов к проблемам диагностики и лечения этой патологии [6, 7, 8].

В последние время главным направлением в лечении острого деструктивного процесса в легких, осложненного ППТ, чаще всего является использование закрытого дренирования [9, 10]. Однако, усовершенствование и широкое применение в торакальной хирургии торакоскопических вмешательств при данной патологии представляются сегодня более перспективным, в связи с миниинвазивным характером этих методик.

Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов лечения больных пиопневмотораксом методом закрытого дренирования и с использованием методик миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. Нами были обследованы 109 больных 19-80 лет с ППТ. Для исследования были отобраны пациенты, у которых на момент поступления были исключены специфические причины ППТ (туберкулез, рак и др.). Больные были разделены на две группы в зависимости от метода оперативного лечения. В группу 1 (основную) вошли 27 больных, лечение которых выполнялось методом торакоскопии, группу 2 (сравнения) составили 82 больных, оперативное лечение которых выполнялось путем закрытого дренирования.

Результаты. Для оценки результатов комплексного лечения больных с ППТ мы выделяли следующие категории исходов: **полное выздоровление** - под ним мы понимали достижение полного клинического эффекта: закрытие полости ППТ и ликвидация бронхиального свища, отсутствие выраженных клинико-рентгенологических последствий заболевания; **клиническое выздоровление** - отсутствие клинических проявлений заболевания, закрытие полости ППТ с ликвидацией бронхоплеврального сообщения при сохранении клинически значимых пневмоцирротических изменений и выраженных фибринозных наслоений на париетальной плевре; **улучшение** - купирование острого воспалительного процесса и формирование хронической эмпиемы плевры с бронхоплевральным свищем; **летальный исход.**

Обсуждение и заключение. Непосредственные клинико-рентгенологические результаты комплексного лечения ППТ в основной группе и группе сравнения при оценке по вышеозначенным категориям свидетельствуют о более высокой эффективности терапии, проведенной больным 1-й группы (данные представлены в таблице 1).

Таблица 1 - Сравнительная оценка результатов лечения пиопневмоторакса

Результаты	Группа 1 (основная)		Группа 2 (сравнения)	
	n	%	n	%
полное выздоровление	13 *	48,2%	6	7,3%
клиническое выздоровление	10	37%	17	20,7%
улучшение	4 *	14,8%	44	53,7%
летальный исход.	0	0	15	18,3%

* - достоверность между основной группой и группой сравнения ($p<0,05$)

Из приведенных данных видно, что в результате лечения ППТ у пациентов основной группы полное выздоровление отмечено у 13 (48,2%) больных, клиническое выздоровление - у 10 (37%) больных, а в группе сравнения полное и клиническое выздоровление произошло лишь у 6 (7,3%) и 17 (20,7%) пациентов, соответственно. Формирование хронической эмпиемы плевры было достигнуто у 4 (14,8%) больных основной группы, а в группе сравнения - у 44 (53,7%) пациентов, что в 3,6 раза больше, чем в основной группе. Кроме того, в группе сравнения зафиксировано 15 (18,3%) летальных исходов. В основной группе летальных случаев не зарегистрировано. Таким образом, результаты лечения в 1-й группе оказались статистически значимо лучшими, чем во 2-й группе.

По срокам пребывания больного в стационаре также отметилась положительная тенденция к его уменьшению при применении малоинвазивной комплексной терапии: 17,1 - в 1-й группе, против 22, 3 койко-дней – во 2-й группе.

Учитывая тяжесть и характер патологии, в процессе динамического наблюдения за больными, получавшими лечение методом торакоскопии и путем закрытого дренирования, проведен анализ выявленных осложнений. Установлены следующие виды осложнений:

1. Подкожная эмфизема - у 2 (7,4%) пациентов 1-й и у 12 (14,6%) больных 2-й групп, соответственно. Во всех случаях эмфизема носила ненапряжённый локальный характер и не распространялась на всю грудную клетку, шею, конечности. Как правило, данное осложнение вызывалось недостаточным наложением герметизирующих швов вокруг

установленного дренажа или их прорезыванием при длительном его стоянии. Устранялось это осложнение путём наложения дополнительных П-образных или кисетных швов вокруг дренажа, подкожной установкой игл Дюфо. Для профилактики развития флегмоны грудной клетки в области дренажа производилась инфильтрация зоны эмфиземы антибиотиками.

2. Инфильтрация в области дренажа. Инфильтрация в области дренажа в 1-й группе выявлена лишь у 1 (3,7%) пациента. Удалось добиться исчезновения инфильтрата путём переустановки дренажа и местного использования антибактериальных средств. Во 2-й группе инфильтрат в области дренажа развился у 9 (11%) человек. Добиться исчезновения инфильтрации в этой группе консервативными методами удалось у 7 пациентов, у 2 больных развилась флегмона грудной клетки, потребовавшая оперативного вмешательства (вскрытие флегмоны).

3. Закупорка просвета дренажа сгустками фибрина — 11 (13,4%) случаев во 2-й группе. Данное осложнение проявлялось резким ухудшением самочувствия больного, повышением температуры до 38ºС и выше и нарастанием симптомов гнойной интоксикации. Возникало данное осложнение при использовании тонких полихлорвиниловых плевральных дренажей. Устранение данного осложнения достигалось путём регулярного двукратного промывания дренажа дезинфицирующими растворами или заменой на дренаж с большей пропускной способностью.

4. Наиболее редким осложнением (1 случай во 2-й группе) явилось выпадение дренажа из плевральной полости. Данное осложнение в нашем наблюдении явилось результатом прорезывания фиксирующими дренаж нитями воспалённых тканей в результате длительного стояния дренажа и неаккуратного поведения больного (был произведён резкий рывок при фиксированной к кровати ёмкости дренажа). Устранение было достигнуто путём повторной фиксации дренажа.

При сравнении результатов закрытого дренирования плевральной полости и санационной видеоторакоскопии установлено, что осложнения локального характера в основной группе встречались в 3,6 раза реже, чем в группе сравнения (у 3-11,1% и у 33-40,2% пациентов – соответственно). У трёх больных группы сравнения было по 2 осложнения в различных сочетаниях.

Статистические данные по анализу осложнений после закрытого дренирования плевральной полости и санационной видеоторакоскопии у пациентов исследуемых групп представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Частота осложнений при лечении пиопневмоторакса

Виды осложнений	Группа 1 (основная)	Группа 2 (сравнения)
Подкожная эмфизема	2*	12
Инфильтрация грудной клетки в области постановки дренажа	1*	9
закупорка просвета дренажа сгустками фибрина	0	11*
выпадение дренажа из плевральной полости	0	1*

* - достоверность между основной группой и группой сравнения (p<0,05)

В проведении торакотомии из-за неэффективности предыдущего лечения и формирования длительно существовавшей остаточной полости с бронхоплевральным свищом в основной группе нуждалось в 12 раз меньше больных, чем в группе сравнения: 4 (14,8%) против 51 (62,2%) - по группам, соответственно. Результаты лечения в группах больных с ППТ представлены на рисунке 1.

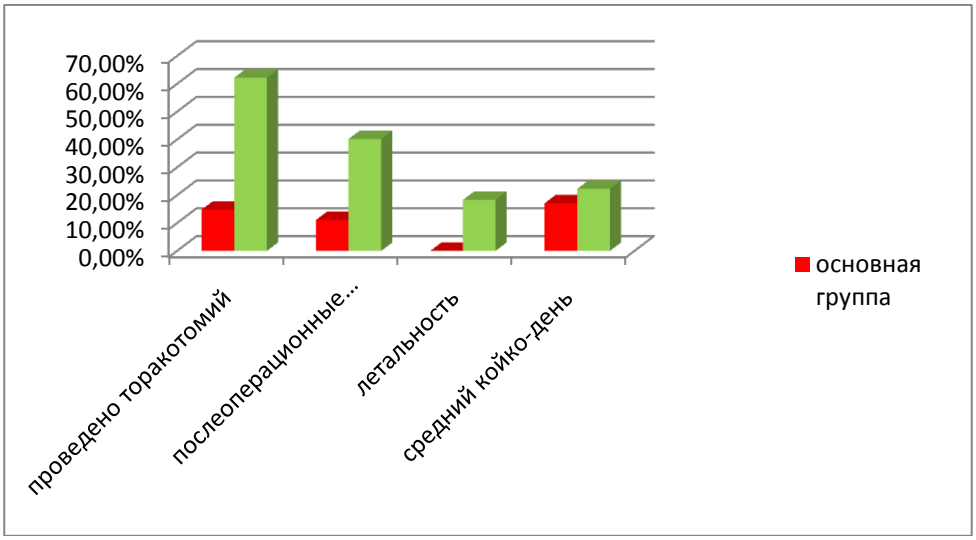


Рисунок 1 - Оценка результатов лечения в группах больных с ППТ

Таким образом, проведенный анализ сопоставления результатов применения закрытого дренирования плевральной полости и санационной видеоторакоскопии показал, что миниинвазивная комплексная терапия при более высокой эффективности сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений (в основной группе – у 3 (11,1%), в группе сравнения - у 33 (40,2%) человек, (p<0,05)), летальности, уменьшением пребывания больного на койке.

ВЫВОДЫ.

1. Санационная видеоторакоскопия является эффективной и безопасной методикой в комплексном лечении пациентов с пиопневмотораксом. Она обеспечивает малотравматичность при радикальности лечения.
2. Использование санационной видеоторакоскопии позволяет уменьшить частоту осложнений, связанных с дренированием плевральной полости в 3,6 раза по сравнению с применением закрытого дренирования плевральной полости у больных с пиопневмотораксом, способсбвует сокращению пребывания больного в стационаре.
3. Видеоторакоскопическая санация превосходит по эффективности закрытое дренирование и сопровождается большей частотой купирования гнойного процесса и полного расправления легкого.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баландина, И. А. Использование торакоскопии в лечении ограниченных острых эмпием плевры // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2009. - №2. - С. 38-41.
2 В.Ю. Матвеев Видеоторакоскопия в комбинированном лечении больных эмпиемой плевры: тезисы международного конгресса // Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии. — СПб.: Труд, 2009. – С. 256.
3 Авдосьев В.В., Григорян Г.О., Зайцева С.И. Гнойные заболевания лёгких и плевры. - Х.: Прапор, 2007 . - 576 с.
4 Гриппи М.А. Патофизиология легких. — М.: Медицина, 2005. - 304с.
5 Жестков А.В., Корымасов Е.А., Суздальцев А.А. и др. Диагностика и лечение инфекционных заболеваний органов дыхания: учебное пособие. - Самара: СамГМУ, 2005. - 104 с.
6 Цеймах Е.А., Левин А.В., Зимонин П.Е., Самуйленков А.М. Туберкулёз и другие болезни лёгких. – М.: Медгиз, 2009. – 456 с.
7 Treatment of Sonographically Stratified Multiloculated Thoracic Empyema by Medical Thoracoscopy // Chest. - 2005. - Vol. 128. - P. 3303-3309.
8 Varker K.A. Management of Empyema Cavity With the Vacuum-Assisted Closure Device // Ann. Thorac. Surg. — 2006. — Vol. 81. — P. 723-725.
9 Vishal Agrawal. Pleural Fluid Analysis in Chylous Pleural Effusion // Chest. - 2008. - №6. – P. 1436 - 1441.
10 Yim A.P.C. Early results of endoscopic lung volume reduction for emphysema // J. Thorac Cardiovasc Surg. - 2004. - Vol. 127. - P. 1564-1573.

V. BOYKO, D. LOPATENKO
Kharkiv National Medical University
Department of Surgery № 1

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS DIFFERENT METHODS OF TREATMENT PNEUMOEMPYEMA

Resume: This article presents the results of various methods of treatment for 109 patients treated for pneumoempyema on the background of acute infectious lung destruction. By analyzing the ratios of the various outcomes, number of complications and duration of treatment made comparison of closed drainage of the pleural cavity and thoracoscopic interventions. It's founded, that minimally invasive treatment is better, then closed drainage in the number of pneumoempyema complications and treatment.

Keywords: pneumoempyema, sanitation and drainage of the pleural cavity, thoracoscopy.

УДК 617-089 617-089.844

Ж.С. ЖАНАЙДАРОВ, А.Е. ЖАЛБАГАЕВ, А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, А.М. КАРЧАЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра нейрохирургии

ХРОНИЧЕСКИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ГЕМАТОМЫ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Статья посвящена изучению некоторых клинических особенностей и тактике лечения больных с хроническими внутричерепными кровоизлияниями. Материалом исследования служили 47 больных с хроническими субдуральными гематомами. На основании проведенного анализа результатов лечения были выявлены особенности клинического течения и определена оптимальная тактика хирургии больных с хроническими внутричерепными кровоизлияниями.

Ключевые слова: *черепно-мозговая травма, хронические субдуральные гематомы, дислокационный синдром.*

ВВЕДЕНИЕ: Основным патофизиологическим следствием внутричерепного кровотечения считается прогредиентное нарастание внутричерепной гипертензии. При отсутствии медицинского вмешательства или недостаточной его эффективности это приводит к развитию различных вариантов дислокационного синдрома и критическому снижению церебральной перфузии. При этом максимальный объем внутричерепной гематомы может достигать 250 см3. То есть, ухудшение состояния больного с внутричерепным кровотечением связано не с кровопотерей, а с нарастанием интракраниальной гипертензии. Вместе с тем, как известно, подавляющее большинство как наружных, так и внутренних кровотечений купируются самопроизвольно, благодаря функционированию естественных физиологических механизмов организма. Это относится также и к внутричерепным кровотечениям. Часть острых интракраниальных гематом проявляется клинически лишь спустя несколько недель или месяцев после кровоизлияния. Такие состояния известны под названием хронические внутричерепные гематомы. При этом речь идет, как правило, о хронических субдуральных гематомах (ХСГ), представляющих собой объемное кровоизлияние под

твердую мозговую оболочку (ТМО), клинические проявления которого манифестируют чаще через 2 - 3 недели после того как кровоизлияние произошло. По литературным данным, наиболее частой причиной образования ХСГ служит черепно-мозговая травма (ЧМТ) (2). В связи с возрастанием черепно-мозгового травматизма, закономерно возрастает и количество интракраниальных кровоизлияний, в том числе и посттравматических ХСГ.

Основным методом лечения посттравматических ХСГ, является хирургическое удаление. По мнению большинства авторов, в настоящее время наиболее предпочтительными являются малоинвазивные методы хирургического лечения ХСГ (1). Благодаря применению современных методов компьютерной нейровизуализации и современных методов лечения, достигнуты значительные успехи в лечении посттравматических ХСГ (4, 7). В то же время, многие авторы обращают внимание на встречающиеся послеоперационные осложнения и рецидивы ХСГ (6,7 и др.). Согласно большинству сообщений, основанных на многочисленных наблюдениях, смертность при ХСГ составляет менее 1 %. По данным А. Д. Кравчука с соавт. (2002) смертность после удаления ХСГ составляет 0, 8 %.

Анализ литературы показывает, что результаты лечения ХСГ зависят, прежде всего, от предоперационного состояния пациента. Известно, что результаты лечения пациентов в декомпенсированном состоянии гораздо хуже. Декомпенсация состояния у пациентов с ХСГ зависит от степени дислокационных изменений. Кроме того, травматическая интракраниальная гематома считается хронической в сроки более 21 суток после травмы. В то же время острый период тяжелой ЧМТ может длиться в течение нескольких месяцев. В связи с этим, ХСГ может протекать на фоне тяжелого ушиба головного мозга, формально являясь последствием травмы, фактически – субстратом тяжелой ЧМТ, во многом обуславливая тяжесть течения и исход травмы.

В этой связи нас интересовали особенности клинического течения и результатов хирургии ХСГ в различные сроки после травмы, в том числе, протекающих на фоне тяжелых ушибов мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом исследования были результаты хирургического лечения 47 пациентов с ХСГ. Среди обследованных было 39 (82, 9 %) мужчин и 8 женщин (17, 1 %). Возраст обследованных колебался от 17 до 78 лет, средний возраст – 53,3 ±8,4 лет. Причиной возникновения субдуральной гематомы являлась черепно-мозговая травма различной степени тяжести. У части больных (19 наблюдений) степень тяжести ЧМТ не была достоверно установлена. У этих больных существовали анамнестические указания на «незначительную» черепно-мозговую травму или пациенты не могли ни подтвердить, ни отрицать факт травмы. Причиной возникновения ЧМТ во всех случаях была ЧМТ различной степени тяжести. В 12 (25,5 %) случаях причиной возникновения ХСГ была легкая ЧМТ, в 19 (40,4 %) случаях – степень тяжести травмы не была установлена достоверно и в 16 (34,1 %) случаях ХСГ наблюдалась на фоне тяжелой ЧМТ. Время после перенесенной ЧМТ варьировало от 20 суток до 19 месяцев (Таблица 1).

Таблица 1 - Сроки после травмы у обследованных больных

Срок после травмы	20 суток – 1 месяц	1 – 2 месяца	2 -3 месяца	Больше 3 месяцев
Количество больных	14 (29,7 %)	22 (46,8 %)	8 (17 %)	3 (6,4 %)

У части больных (16 наблюдений – 34, 1 %) ХСГ протекали на фоне тяжелой ЧМТ. Эти больные были переведены в клинику в сроки до 4 месяцев после травмы из других стационаров, в которых они проходили стационарное лечение. Очевидно, что гематомы образовались в ближайшие сроки после травмы. Вероятно, причиной того, что гематомы не были диагностированы, было отсутствий компьютерных томографов в клиниках, откуда пациенты были переведены. При поступлении в клинику, у данных больных были диагностированы ХСГ, которые удалялись хирургическим путем. Тяжесть состояния этих пациентов была обусловлена в первую очередь, тяжелым травматическим поражением головного мозга, симптомами гипертензионно-дислокационного синдрома с признаками поражения стволовых отделов. 7 (14,9 %) пациентов были оперированы в остром периоде травмы по поводу внутричерепных гематом, очагов размозжения головного мозга и вдавленных переломов в других стационарах. Пациенты были распределены по возрастным группам: 17-29 лет – 3 (6,4 %) наблюдений, 30-45 лет – 10 (21,3 %), 46-60 – 14 (29,8 %), старше 60 лет – 20 (42,6 %) больных.

Всем обследованным проводилось клинико-неврологическое и рентгенологическое (КТ, МРТ, краниография) обследование. Принимая во внимание выраженность клинико-неврологической симптоматики, мы распределили обследованных по глубине декомпенсации состояния: компенсированное состояние, умерено декомпенсированное состояние и грубо декомпенсированное состояние используя такие признаки как угнетение сознания, очаговая, стволовая неврологическая симптоматика и витальные нарушения. Результаты хирургического лечения оценивались по шкале исходов Глазго (3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Клиническая картина, наблюдавшаяся у обследованных, варьировала от минимальных неврологических дисфункций до грубых расстройств с витальными нарушениями.

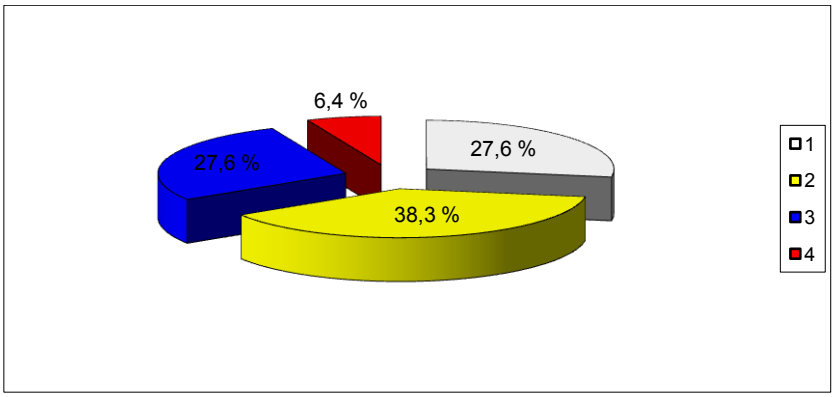


Рисунок 1 - Нарушения сознания у пациентов с хроническими субдуральными гематомами: 1 – ясное сознание; 2 - умеренное и глубокое оглушение; 3 – сопор; 4 – кома

В большей степени было характерно наличие общемозговой симптоматики и в меньшей степени – очаговой. Одним из основных неврологических проявлений у обследованных было угнетение сознание различной степени, которое наблюдалось при поступлении у 34 (72,3 %) больных. 13 (27,6 %) больных поступили в ясном сознании. Глубина нарушения сознания варьировала от легкого оглушения до комы. Умеренное оглушение отмечалось у 8 (17,1 %), глубокое оглушение – у 10 (21,3 %) больных, сопор – у 13 (27,6 %) и кома – в 3 (6,4 %) случаях. Графическое отображение глубины нарушения сознания у пациентов с посттравматическими хроническими внутричерепными гематомами представлено на рисунке 1.

Нами отмечены значительные различия в глубине нарушения сознания между пациентами у которых ХСГ наблюдалась на фоне тяжелой ЧМТ (1 группа) и пациентами с ХСГ не сопровождающимися тяжелыми ушибами мозга (2 группа). Поскольку количество обследованных в обеих группах было практически равным (16 и 18 человек), мы посчитали процентное отношение больных с различными уровнями угнетения сознания от количества пациентов в каждой из групп (рисунок 2).

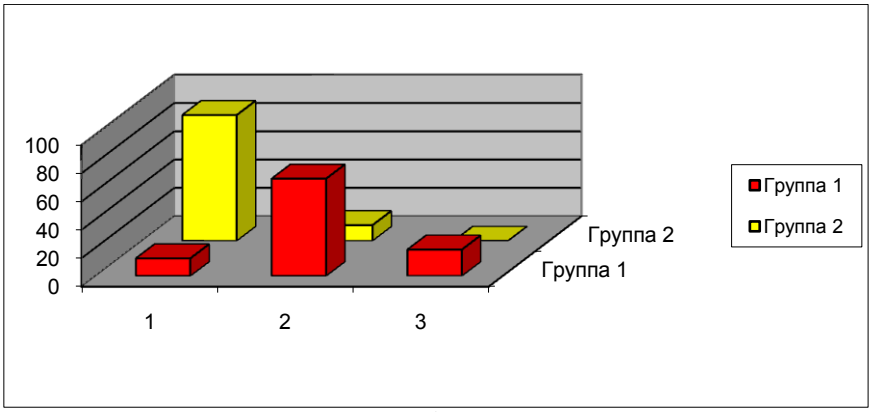


Рисунок 2 - Нарушения сознания у пациентов с хроническими субдуральными гематомами, сопровождающимися тяжёлой ЧМТ и у больных с ХСГ без тяжелого ушиба мозга: 1 – умеренное и глубокое оглушение; 2 – сопор; 3 – кома

Как видно из диаграммы, в 1 группе угнетение сознания до комы наблюдалось у 18,7 % больных, во 2 группе угнетения уровня сознания до комы не было отмечено. Угнетение уровня сознания до сопора у пациентов 1 группы наблюдалось более чем в 6 раз чаще ($p < 0,05$) (68,8 % и 11,1 %). Угнетение уровня сознания до умеренного или глубокого оглушения во второй группе (88,9 %) встречалось значительно чаще ($p < 0,05$) чем в 1 группе (11,1 %). Подобный результат, безусловно, ожидаем, так как нарушение сознания это один из основных симптомов тяжелого ушиба головного мозга.

Следующим характерным симптомом у обследованных, была головная боль, часто сочетающаяся с оболочечной симптоматикой. Головная боль была наиболее частой жалобой пациентов с хроническими гематомами – 29 пациентов или 93,5 % от числа больных, предъявлявших жалобы. Головная боль в большинстве случаев была локализованной, имела постоянный характер и медленно прогрессирующее течение. Однако, в некоторых случаях, прогрессирование цефалгии не отмечалось даже на фоне ухудшения общего состояния больного и углубления остальной неврологической симптоматики. Подобные варианты течения встречались чаще у пожилых пациентов. Кроме того, у больных пожилого возраста, головная боль чаще носила сосудистый характер, тогда как, у более молодых пациентов, чаще встречалась цефалгия гипертензионного характера. Последнее обстоятельство обуславливало то, что жалобы на интенсивную головную боль встречались чаще у пациентов более молодого возраста. Несмотря на часто встречающиеся нетипичные варианты цефалгии, следует сказать, что головная боль являлась основным симптомом у большинства обследованных больных. Наблюдавшийся в большинстве случаев локализованный характер цефалгии часто соответствовал стороне имеющейся гематомы. У многих пациентов с ограниченным контактом (сопор), установить наличие головной боли, позволял такой прием как перкуссия головы, после проведения которого, как правило, наблюдалась гримаса боли и защитная двигательная реакция. Характерная картина цефалгии позволяла часто предположить наличие ХСГ, сторону поражения до проведения рентгенологического обследования. В большинстве случаев именно прогрессирующая головная боль служила причиной обращения пациентов в стационар. Все эти обстоятельства обуславливают важность такого симптома как головная боль в процессе клинико-неврологического обследования пациентов с посттравматическими ХСГ.

Оболочечная симптоматика наблюдалась нами у 26 (55,3 %) обследованных. Оболочечные симптомы, как правило, были не выраженными, проявлялись умеренной ригидностью затылочных мышц и симптомами Кернига. Выраженный оболочечный синдром, симулирующий воспалительный процесс или субарахноидальное кровоизлияние отмечались лишь в 2 (4,3 %) случаях. Прогрессирующий менингеального синдрома был менее характерным, чем для цефалгических проявлений.

Симптомы контрлатеральной пирамидной недостаточности отмечались у 41 (87, 2 %) больных. Пирамидные симптомы варьировали от легкой недостаточности до грубых парезов, что в большей степени зависело от сочетания с тяжелой ЧМТ.

Экстрапирамидные двигательные расстройства наблюдались у 6 (12,7 %) больных. Экстрапирамидная симптоматика проявлялась наличием рефлексов орального автоматизма, характерными изменениями мышечного тонуса, тремором кистей, брадикинезией.

Эпилептические припадки отмечались у 6 (12,7 %) пациентов с посттравматическими ХСГ. В большинстве случаев – у 5 (10,7 %) больных, наблюдались генерализованные судорожные припадки. В одном случае (2,1 %) наблюдались фокальные эпилептические припадки. У 2 (4,3 %) пациентов отмечались однократные припадки, которые и послужили причиной обращения пациентов в стационар. У 3 больных повторные эпилептические припадки наблюдались на фоне перенесенной тяжелой ЧМТ, чем, вероятно, в большей степени и были обусловлены. В одном случае отмечались повторные эпилептические припадки, которые наблюдались в течение нескольких лет.

Еще одним характерным симптомом ХСГ была афазия. В связи с трудностями установления наличия афатических явлений у пациентов с глубоким угнетением сознания (сопор, кома), речевые нарушения регистрировались нами у пациентов находящихся в ясном сознании или оглушении до оперативного вмешательства или у пациентов после операции по мере восстановления уровня сознания. Речевые

нарушения были выявлены у 9 (19,2 %) больных. Как правило, отмечалась смешанная сенсо-моторная афазия.

Вегетативно-сосудистые расстройства были отмечены у 23 (47,9 %) больных. Вегетативные симптомы проявлялись ортостатической гипотонией, холодными на ощупь конечностями, потливостью, лабильностью артериального давления. Степень выраженности вегетативных расстройств варьировала от легких до грубых вегетативных реакций.

Вестибуло-координаторные расстройства отмечались у 26 (55,3 %) обследованных. Координаторные расстройства, как правило, проявлялись умеренными неврологическими нарушениями. Были характерны нарушения походки, промахивние при выполнении пальце-носовой пробы и неустойчивость в позе Ромберга.

Психопатологическая симптоматика различной степени выраженности выявлена у 14 (29,7 %) больных. Психические проявления варьировали от легких пограничных психо-эмоциональных расстройств до грубых нарушений ориентировки во времени, месте, собственной личности. В некоторых случаях психические проявления носили характер быстро развивающейся деменции. Подобных вариант психоорганического синдрома отмечен нами в 3 (6,4 %) случаях. Резкое ухудшение интеллектуальных функций, развитие и прогрессирование психических нарушений служили причиной обращения в стационар родственников этих больных. Пациенты с невыраженными психическими расстройствами предъявляли жалобы на ухудшение внимания, затруднение при выполнении интеллектуальных задач, нарушения сна, снижение толерантности к психо-эмоциональным нагрузкам. Вообще следует отметить многогранность психических проявлений ХСГ и частое развитие пограничных психотических состояний. Однако, на наш взгляд, общими особенностями психоорганического синдрома при посстравматических ХСГ, было преобладание интеллектуальных нарушений. Пожалуй, еще одним из характерных симптомов ХСГ было ухудшение памяти, которое наблюдалось у 12 (25,5 %) больных. Характерным для этого симптома было то, что, как правило, наиболее выраженное ухудшение памяти совпадало с нарастанием всей неврологической симптоматики перед обращением пациентов в стационар.

При проведении статистического анализа была выявлена корреляция выраженности пирамидной симптоматики с увеличением возраста больных (r=0,8). Более грубая пирамидная симптоматика наблюдалась достоверно чаще в двух старших возрастных группах (p<0,05). Вегетативные симптомы, координаторные расстройства и психические нарушения отмечались так же достоверно чаще у пациентов двух старших возрастных групп (p<0,05).

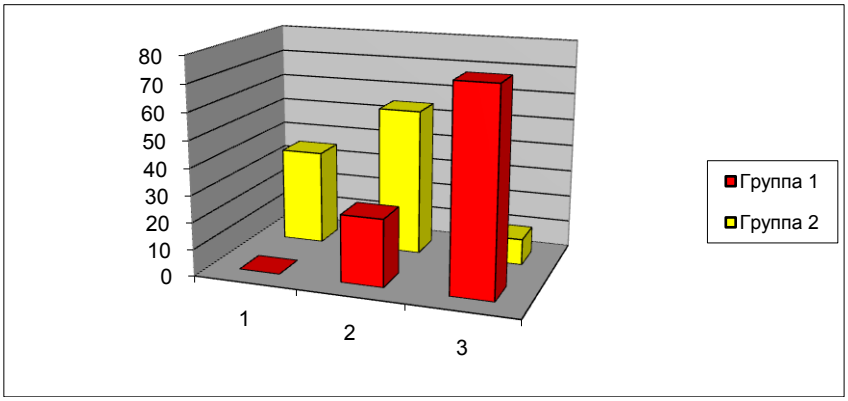


Рисунок 3 - Распределение обследованных по глубине декомпенсации состояния: 1 – компенсированное; 2 – умерено декомпенсированное; 3 – грубо декомпенсированное

Среди обследованных состояние 6 (12,7 %) расценивалось как компенсированное, 21 (44,7 %) пациентов – как умеренно декомпенсированное и у 15 (31,9 %) больных отмечалась грубая декомпенсация. Учитывая наличие среди обследованных двух групп пациентов отличающихся наличием сочетания с тяжелой ЧМТ (с тяжелой ЧМТ – 1 группа, без сочетания с тяжелой ЧМТ – 2 группа), был проведен анализ глубины декомпенсации состояния по группам. На рисунке 3 представлено графическое отображение полученных результатов, выраженных в процентном отношении к количеству больных каждой из групп.

Как видно из диаграммы, доля пациентов с грубой декомпенсацией в 1 группе составила 75 % (12 наблюдений) от числа больных в группе. Это значительно превышало количество больных с грубой декомпенсацией во 2 группе – 9,7 % (3 больных). В тоже время, процентное отношение пациентов с умеренной декомпенсацией в группе 2 (54,8 %) более чем в 2 раза превышало аналогичный показатель в 1 группе (25 %). Доля больных, поступивших в относительно компенсированном состоянии во 2 группе составила 35,5 % (11 наблюдений). В 1 группе пациентов в состоянии компенсации не было.

С появлением современных диагностических методов нейровизуализации, диагностика ХСГ значительно упростилась. Согласно современным взглядам, КТ головного мозга является методом выбора в диагностике ХСГ (Loew F., 1982). При проведении КТ головного мозга, ХСГ обычно имели вид зоны с измененной плотностью, располагающейся над веществом головного мозга (рис. 4). В 26 случаях (55,3 %) гематомы были левосторонними, в 19 (40,4 %) случаях – правосторонними и в 2 (4,3 %) - двухсторонними. Локализации объемного процесса в наших наблюдениях представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение пациентов по локализации гематомы

Локализация гематомы	Количество больных
Лобно-теменная	4 (8,5 %)
Лобно-теменно-височная	28 (59,6 %)
Височно-теменно-затылочная	2 (4,3 %)
Полушарная	13 (27,6 %)

Таблица 3 - Объем посттравматическихХСГ на основании КТ и интраоперационных данных

Объем гематомы	Кол-во наблюдений (абс)	Кол-во наблюдений (%)
Менее 50 мл	3	6,4

50 – 100 мл	33	70,2
Более 100 мл	11	23,4

Как видно из таблицы 2, во всех наблюдениях имели место супратенториальные ХСГ. Наиболее частой локализацией была лобно-теменно-височная.

Объем гематомы являлся одним из определяющих факторов принятия решения об оперативном лечении. На основании КТ и интраоперационных данных, нами было установлено, что в большинстве случаев посттравматические ХСГ имеют объем от 50 до 100 мл (таблица 3).

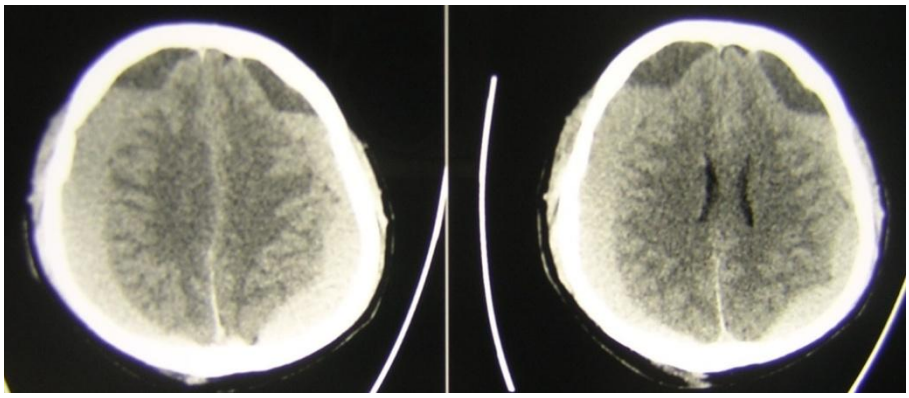


Рисунок 4 - КТ головного мозга, пациент М., 52 года, Двухсторонние хронические субдуральные гематомы, вызывающие компрессию конвекситальных субарахноидальных щелей и желудочков мозга. Гематомы имеют признаки сидементации.

Одним из главных признаков КТ диагностики была регистрация смещения срединных структур головного мозга. В наших исследованиях смещение срединных структур головного мозга встречалось в 100 % наблюдений. Степень смещения срединных структур она колебалась от 5 до 28 мм. У 44 (93,6 %) больных отмечались признаки сдавления конвекситальных субарахноидальных пространств на стороне гематомы. Признаки компрессии базальных ликворных цистерн выявлены нами у 21 (44,6 %) больного. Еще одним КТ-симптомом посттравматических ХСГ было сдавление ипсилатерального бокового желудочка, которое встречалось в 36 (76,5 %) наблюдениях (рис. 4). Дислокационная гидроцефалия отмечена в 6 (12,7 %). Следует сказать, что степень выраженности КТ проявлений ХСГ как правило кореллировала со степенью тяжести состояния больных.

Одной из основных КТ-характеристик внутричерепных гематом являются показатели рентгенологической плотности процесса. В большинстве наших наблюдений выявлялись гиподенсивные ХСГ – 36 (76,6) % больных. Вторым типом ХСГ в нашем исследовании были гетероденсивные гематомы – 7 (14,8 %) больных. Изоденсивные ХСГ встречались в 3 (6,4 %) случаев. Гиперденсивная гематома наблюдалась у 1 (2,2 %) обследованного. Практически во всех случаях наших наблюдений для диагностики ХСГ было достаточно проведения КТ головного мозга.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга головного мозга по литературным данным обладает более широкими возможностями диагностики ХСГ (7). В нашем исследовании МР-томография была проведена 12 больным. МР-картина посттравматических ХСГ характеризовалась наличием зоны повышенного сигнала с четким отграничением от вещества мозга. Во всех 12 случаях МРТ головного мозга позволяла диагностировать ХСГ с четким определением ее объема, взаимоотношения с подлежащими структурами головного мозга и визуализацией ликворной системы. Это позволяло выбрать адекватный метод оперативного лечения ХСГ с максимальным учетом состояния структур головного мозга и их преморбидных особенностей.

Хирургическое лечение было проведено во всех 47 случаях. Было выполнено 49 оперативных вмешательств: в 45 (95,7 %) случаях проводилось однократное оперативное лечение и в 2 (4,3 %) случаях проводилось повторное вмешательство. Причинами повторных операций в обоих случаях являлись рецидивы гематом. Показаниями к хирургическому лечению являлись: нарастающая клинико-неврологическая симптоматика, а также - КТ и (или) МРТ картина с признаками дислокационных изменений. При выборе тактики хирургического вмешательства имели значение возраст, предоперационное состояние пациента и рентгенологическая картина.

Таблица 4 - Распределение пациентов по методу хирургического вмешательства

Операция	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (%).
Декомпрессивная трепанация черепа	9	19,2 %
Костно-пластическая трепанация черепа	11	23,4 %
Удаление гематомы из фрезевых отверстий	23	48,9 %
Закрытое наружное дренирование	4	8,5 %

Распределение пациентов по методу проведенного лечения представлено в табл. 4. Как видно из таблицы, основным методом лечения в наших исследованиях было удаление гематомы из фрезевых отверстий. Удаление гематом из фрезевых отверстий проводилось путем наложения двух фрезевых отверстий, с последующим крестообразным вскрытием ТМО и удалением гематомы. Практически всегда применялось отмывание гематомы. После удаления гематомы ТМО не ушивалась. В 2 (4,2 %) наблюдались рецидивы гематом, что потребовало проведения повторной операции с осуществлением костно-пластической краниотомии. В одном из этих случаев, гематома имела многокамерное строение.

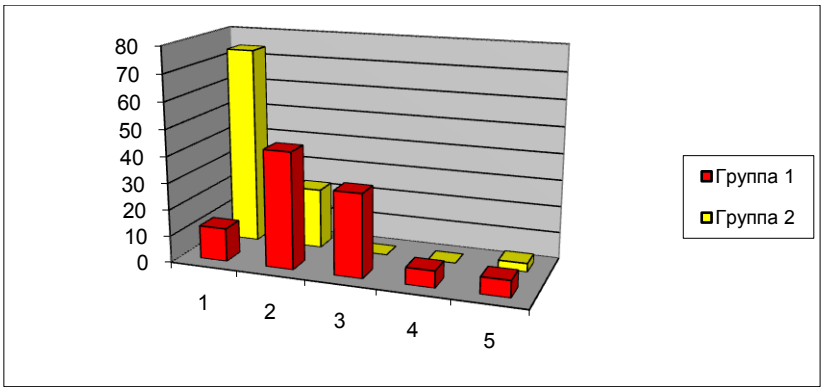


Рисунок 5 - Результаты лечения пациентов с ХСГ оцененные по ШИГ: 1 – хорошее восстановление; 2 – умеренная инвалидизация; 3 – грубая инвалидизация; 4 – вегетативное состояние; 5 – летальный исход;

Основным преимуществом малоинвазивных способов удаления ХСГ, является менее выраженная ятрогенная травма. Традиционные «открытые» оперативные вмешательства применялись нами так же практически в половине случаев. В зависимости от результатов КТ диагностики, принималось решение о проведении хирургического вмешательства с осуществлением костно-пластической краниотомии, при наличии многокамерного, трабекулярного строения ХСГ. В зависимости от неврологической картины, в некоторых случаях проводилась декомпрессивная трепанация черепа.

При проведении анализа результатов хирургического лечения ХСГ по двум группам больных с сочетанием с тяжелой ЧМТ (группа 1) и без него (группа 2), нами были отмечены значительные отличия результатов лечения ХСГ. На рис. 5 представлены результаты лечения ХСГ (ШИГ), в двух группах обследованных.

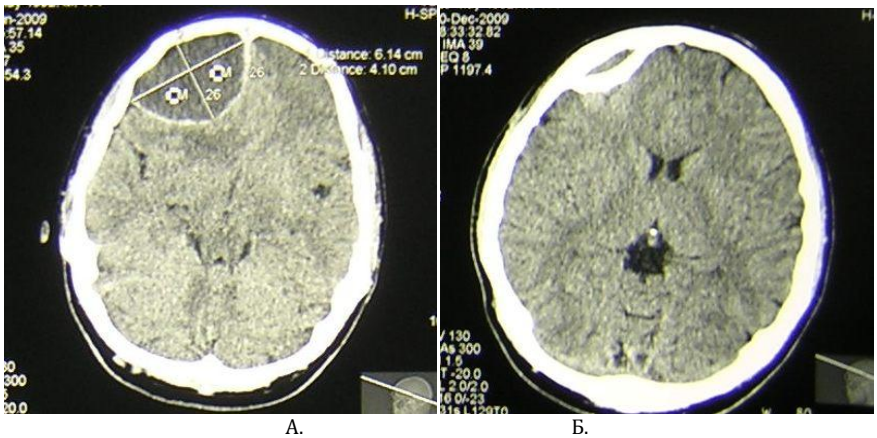
Как видно из диаграммы, в 1 группе хорошее восстановление отмечалось лишь у 2 (12,5 %) больных, умеренная инвалидизация – у 7 (43,8 %), грубая инвалидизация – у 5 (31,3 %), вегетативное состояние – у 1 (6,3 %), летальный исход – у 1 (6,3 %). В группе 2 – хорошее восстановление отмечалось у 23 (74,2 %) больных, умеренная инвалидизация – у 7 (22,6 %) и летальный исход отмечался у 1 (3,2 %). Грубой инвалидизации и вегетативного состояния в этой группе обследованных не отмечалось.

Послеоперационные осложнения наблюдались нами у 4 (8,5 %) больных. У 2 пациентов отмечались рецидивы ХСГ, что потребовало проведения повторных операций. У одного больного (2,1 %) наблюдалась пневмоцефалия. В одном случае отмечалось острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Летальность составила 4,3 %. При течении ХСГ на фоне ТЧМТ летальность составляла 6,3 %, у больных без сочетании с тяжелой ЧМТ – 3,2 %.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЭПИДУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ.

Эпидуральные внутричерепные кровоизлияния крайне редко бывают хроническими. В литературе встречаются лишь единичные сообщения о таких кровоизлияниях. В связи с чем, лечебная тактика является неясной. Мы наблюдали лишь двоих пациентов с подобной патологией. В одном случае было предпринято традиционное удаление гематомы после выполнения трепанации черепа, в другом – было проведено малоинвазивное вмешательство (закрытое наружное дренирование). В последнем случае наблюдался молодой пациент (18 лет), за месяц до травмы получивший удар бутылкой по голове. Необычность ситуации заключалась в том, что при наличии внутричерепного эпидурального кровоизлияния объемом более 120 см3 (рис. 6 а.) - никакой очаговой неврологической симптоматики не наблюдалось. Больной жаловался лишь на периодические неинтенсивные головные боли и головокружение. На ЭЭГ – судорожной активности не выявлено. Учитывая отсутствие очаговой неврологической симптоматики больному было выполнено малоинвазивное хирургическое вмешательство. После операции цефалгия полностью регрессировала и больной был выписан из стационара. Через 4 месяца после операции выполнена контрольная КТ головного мозга, на которой выявлены остатки кровоизлияния с признаками оссификации (рис 6 б). При этом больной не предъявлял абсолютно никаких жалоб. На ЭЭГ – выявлена медленноволновая активность в лобных и височных отведениях.



А. Б.

Рисунок 6 - А. – Хроническая эпидуральная гематома лобной локализации, которая вызывает грубую компрессию лобной доли и смещение срединных структур (30 суток после травмы); Б. – Признаки оссификации остатков кровоизлияния (4 месяца после травмы)

Учитывая высокий риск развития эпилептических припадков, больному выполнена трепанация черепа и удаление оссифицированной гематомы. Послеоперационный период протекал гладко и больной был выписан. Вероятно, в этом наблюдении полного опорожнения гематомы достигнуто не было, а прямое соприкосновение гематомы с костными структурами привело к развитию оссификации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что, по-видимому, ХСГ представляют собой не диагностированные в остром периоде травмы субдуральные гематомы. Очевидно, что проведение КТ головного мозга в остром периоде травмы, позволило бы выявить наличие гематомы и провести своевременное хирургическое лечение. Отсутствие КТ-томографов в клиниках, откуда пациенты были доставлены в РНХИ, послужило причиной диагностических ошибок. Это обстоятельство еще раз доказывает необходимость проведения КТ головного мозга всем пациентам перенесшим ЧМТ.

Проведенный анализ клинико-неврологической симптоматики у пациентов с посттравматическими ХСГ позволяет считать, что наиболее часто наблюдающимися симптомами являются головная боль, менингеальный синдром, угнетение сознания, пирамидная симптоматика, психоорганический синдром и вегетативные дизрегуляции. Симптоматика посттравматических ХСГ протекающих на фоне тяжелой ЧМТ значительно отличается от симптомов ХСГ без сочетания с тяжелой ЧМТ. Основные особенности протекания ХСГ на фоне тяжелой ЧМТ заключаются в более частом и глубоком угнетении уровня сознания, наличии других грубых неврологических расстройств, что проявляется выраженной декомпенсацией состояния больных. Выявлены различия в клинико-неврологической симптоматике ХСГ в разных возрастных группах. Так более грубые двигательные расстройства и психические нарушения встречались достоверно чаще у пациентов старших возрастных групп. То, что пожилой возраст больных обуславливал наличие более выраженной неврологической симптоматики, свидетельствует о значимости возрастного фактора в тяжести заболевания. Полученные данные о влиянии возраста больных на клинику посттравматических ХСГ, согласуются с литературными данными (7). Результаты анализа данных КТ диагностики, позволяют считать, что КТ головного мозга является основным диагностическим методом в распознавании посттравматических ХСГ. Данные КТ головного мозга позволяют выявить: 1 – локализацию гематомы; 2 – объем гематомы; 3 – взаимоотношение объемного процесса и структур головного мозга; 4 – выявить наличие сопутствующих ликвородинамических нарушений. Полученные нами результаты относительно основных характеристик КТ картины посттравматических ХСГ во многом совпадают с литературными данными (5, 8).

Определение этих важных факторов в сочетании с проведением сопоставления с клинико-неврологическими данными, позволяет, в конечном итоге, определить показания к операции и выбрать адекватный метод оперативного вмешательства. В наших исследованиях в более чем в половине случаев было применено малоинвазивное хирургическое вмешательство – удаление гематомы из фрезевых отверстий или закрытое наружное дренирование. Результаты нашего исследования дают основание считать малоинвазивные вмешательства наиболее предпочтительным методом лечения посттравматических ХСГ. Однако, при наличии признаков глубокой дислокации, декомпрессивная трепанация черепа по-прежнему, является основным методом лечения ХСГ. Проведение костно-пластической краниотомии оправданно лишь при лечении многокамерных ХСГ и при неэффективности малоинвазивных методов лечения.

Результаты выполненного исследования показывают, что закрытое наружное жренирование ХСГ является эффективным методом их хирургического лечения. Кроме того, хорошо известно, что это вмешательство, зачастую не приводит к полному опорожнению гематомы, однако снижение ее объема, а так же сама перфорация капсулы запускают механизмы (до конца неясные), приводящие не только к полному исчезновению гематомы, но и полному лизису ее капсулы. Наше наблюдение показывает, что в случае хронических эпидуральных кровоизлияний, тактика, по-видимому, должны быть иной. Вероятно, следует считать, дренирование хронических эпидуральных гематом недостаточным для их полного удаления. В подобных случаях целесообразна краниотомия с полным удалением гематомы.

ВЫВОДЫ.

1. Для посттравматических хронических субдуральных гематом, в большинстве случаев, характерны преобладание общемозговых симптомов и медленно прогрессирующий тип течения. Более глубокие неврологические расстройства наблюдаются у пациентов старших возрастных групп;
2. Особенности течения посттравматических хронических субдуральных гематом на фоне тяжелых ушибов головного мозга, заключаются в более частом и глубоком угнетении уровня сознания, наличии других грубых неврологических расстройств, обусловленных тяжестью ушиба головного мозга, что проявляется выраженной декомпенсацией состояния больных;
3. Методы компьютерной нейровизуализации (КТ, МРТ) являются основными в диагностике посттравматических хронических субдуральных гематом. КТ и МРТ головного мозга с высокой степенью точности выявляют локализацию, объем и структуру посттравматических хронических субдуральных гематом, что позволяет определить показания и тактику хирургического лечения;
4. Малоинвазивные хирургические вмешательства, в большинстве случаев, позволяют осуществить полное удаление хронической субдуральной гематомы. При наличии признаков выраженного дислокационного синдрома, трабекулярном и многокамерном строении хронических гематом, может быть оправдано проведение краниотомии;
5. При хронических эпидуральных кровоизлияниях целесообразно выполнение краниотомии и полное удаление гематомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Cameron M.M. Chronic subdura1 hematoma: a review of 114 cases / / J. Neuro1.Neurosurg.Psychiat. – 1987. - № 41. - P. 834-839.
2 Iantosca M.R., Simon R.H. Chronic subdura1 hematoma in adult and alderly patients. // Neurosurg. C1in. N. Am. - 2000 Jul. - 11(3). –P. 447-454.
3 Jennett B, Bond M: Assessment of Outcome After Severe Brain Damage: A Practical Scale. – Lancet: 1975. – P. 480-484.
4 Markwa1der T.M. The Course of Chronic Subdura1 Hematomas after Burr- Ho1e Craniostomy with and without C1osed-System Drainage.// Neurosurg. Clin. N. Am. - 2000 Ju1. - 11(3). – P. 542-546.
5 Victoratos G., BlighA. A more systematic management of subdural hematoma with aid of CT scan / / Surg. Neurol. – 1981. - №15. - P. 158-160.
6 Voe1ker J.L., Sambasivan M. The Role of Craniotomy and Trephination in the Treatment of Chronic Subdural Hematoma.// Neurosurg. Clin. N. Am. - 2000 Jul. - 11(3). – P. 535-540.
7 Кравчук А. Д., Потапов А. А., Лихтерман Л. Б. Хронические субдуральные гематомы //В кн.: Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М.: Антидор, 2002. – С. 55 – 103.

8 Эль-Кади Х.А. Дифференцированное лечение хронических субдуральных гематом при компьютерном и магнитно-резонансном контроле: Дис. ... канд. мед.наук - М., 1988. – 255 с.

СОЗЫЛМАЛЫ БАСІШІЛІК ГЕМАТОМАЛАР

Түйін: Созылмалы субдуралды гематомалардін клиникалық ерекшелерімен емдеу тактикасы зерртеуленген. Созылмалы субдуралды гематомалармен 47 науқас зерртеунің материал болып жатқан. Өткізілген емдеу нәтіжелерінін анализ арқылы созылмалы субдуралды гематомалар бар науқастарда қолданатын оптималды хирургиялық тактикасы табылынған.
Түйінді сөздері: бас-ми жарақат, созылмалы субдуралды гематомалар, дислокациялық синдром.

POSTTRAUMATIC HHRONIC INTRACRANIAL HEMATOMAS

Resume: The work is devoted to learning of some clinical features and tactics of treatment of the patients with chronic intracranial hemorrhages. For a material of research was 47 patients with chronic subdural hematomas. On the basis of the carried out analysis of outcomes of treatment the features of clinical current were detected and optimal tactics of surgery of the patients with chronic intracranial hemorrhages is defined.
Keywords: head injury, chronic subdural hematomas, dislocation syndrome.

УДК 617-089 617-089.844

Ж.С. ЖАНАЙДАРОВ, А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, Н.А. СУЛЕЙМАНКУЛОВ, А.М. КАРЧАЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра нейрохирургии

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ КОМА И ПОСТКОМАТОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Статья посвящена изучению некоторых клинических особенностей тяжелой черепно-мозговой травмы с внутричерепными кровоизлияниями. Материалом исследования служили 167 больных с тяжелыми повреждениями мозга. На основании проведенного анализа результатов лечения были выявлены особенности фомирования длительным посттравматических нарушений сознания, определена их частота. Разработан и внедрен метод электростимуляции стволовых отделов головного мозга при длительных посткоматозных состояниях.
Ключевые слова: *черепно-мозговая травма, вегетативный статус, дислокационный синдром.*

ВВЕДЕНИЕ. Гипертензионно-дислокационный синдром (ГДС) обуславливает развитие витальных нарушений, приводящих к высокой летальности, составляющей по данным различных авторов 56 – 80 % [6, 19]. Кроме этого, травматические стволовые повреждения, по-видимому, имеют важнейшее значение для возникновения еще одного вида неблагоприятных исходов тяжелой ЧМТ – посттравматического вегетативного статуса (ВС) [2, 4, 7, 13]. В связи с ростом черепно-мозгового травматизма, успехами нейрореаниматологии, в последние годы отмечается рост числа этих больных [26]. При этом все пострадавшие из этой категории подвержены стойкой и глубокой инвалидизации, остается высокой смертность [26, 28]. Посттравматический ВС относится к мало изученной области неврологии и нейрохирургии. В частности, неясными являются вопросы о частоте возникновения ВС после черепно-мозговой травмы, влиянии на его формирование степени выраженности и характера травматического повреждения стволовых структур головного мозга в остром периоде травмы. Кроме того, сложнейшей проблемой на сегодняшний день являются и вопросы лечения посттравматического ВС [2, 26, 29]. Согласно мнению Ф. Плам и Дж.Б. Познер (1986) основная роль в развитии вегетативного статуса принадлежит угнетению функций восходящей активирующей ретикулярной формации в поврежденных стволовых отделах головного мозга [11]. В связи с этим, разработка методов лечения, направленных на активизацию ее функций, имеет приоритетное значение.

ЦЕЛЬ: изучение закономерностей формирования вегетативного статуса после интракраниальных посттравматических кровоизлияний и поиски путей улучшения его лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Материалом исследования были 167 пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ среди которых было 136 (81,4 %) мужчин и 31 (18,6 %) женщина в возрасте от 16 до 74 лет (средний возраст 32,8±1,3), которым было проведено комплексное клинико-неврологическое обследование. Диагностический комплекс включал в себя нейрорентгенологическое обследование (КТ и МРТ), электрофизиологическое обследование в динамике (ЭЭГ и регистрация акустических стволовых вызванных потенциалов - АСВП).

Тяжесть состояния больных определялась по степени нарушения сознания, состоянию витальных функций и очаговому неврологическому дефициту. Степень тяжести ЧМТ устанавливалась в соответствии с положениями единой классификации черепно-мозговой травмы [8]. Степень выраженности супратенториального варианта гипертензионно-дислокационного синдрома (ГДС) оценивалась с использованием схемы деления признаков дислокации при опухолях головного мозга супратенториальной локализации [9] в модификации РНХИ им. проф. А.Л. Поленова [5]. Результаты лечения оценивались на момент выписки больного из стационара (до 4 месяцев после ЧМТ) по шкале исходов Глазго (ШИГ) [11].

Для лечения больных в вегетативном состоянии был разработан метод чрезликворной электростимуляции (ЧЛЭС) ствола головного мозга [9, 10], который применялся в шести случаях. Методика заключается в проведении длительной электростимуляции после имплантации электродов в ликворосодержащие пространства головного мозга (боковой желудочек и большая затылочная цистерна). В процессе лечения использовались электростимуляторы «НЕЙРОЭЛЕКТ», разработанные в ФГУП «ВНИИОФИ» - НИИ

нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. Клинический эффект после электростимуляции оценивался по динамике восстановления психических функций с помощью шкалы пролонгированного коматозного состояния Tsubokawa T. et. al. [28], согласно которой наличие определенного клинического признака оценивается по 10-балльной шкале (Таблица 1).

Таблица 1 - Шкала пролонгированного коматозного состояния Tsubokawa T. et. al., 1990.

Клинический признак	Баллы
Жизнедеятельность со спонтанным дыханием	1
Отдергивание конечностей на боль	2
Спонтанное открывание и закрывание глаз	3
Спонтанные движения конечностей	4
Слежение	5
Эмоциональные реакции	6
Самостоятельное глотание при кормлении	7
Воспроизведение звуков	8
Выполнение команд	9
Вербальный ответ	10

РЕЗУЛЬТАТЫ. Тяжесть состояния обследованных была обусловлена черепно-мозговой травмой: тяжелое состояние установлено у 58 больных (34,7%), крайне тяжелое у 101 (60,5%), терминальное у 8 (4,8%). Первичная травма стволовых отделов головного мозга (ПТСГМ) диагностирована у 31 (18,6 %) обследованного, дислокационная травма - у 136 (81,4%). Признаки супратенториального ГДС были выявлены у 133 больных (79,6 %). По степени выраженности дислокации больные распределились следующим образом: I степень – 21 (15,8 %) человек, II – 53 (39,8 %), III – 56 (42,2 %), IV - 3 (2,2 %) пострадавших соответственно. Субтенториальные варианты дислокационного синдрома наблюдались в 3 (1,8 %) случаях.

Большинству больных (146 наблюдений – 87,4%) как с первичным, так и с дислокационным повреждением ствола головного мозга было выполнено хирургическое лечение. В табл. 2 представлены различные виды травматического субстрата вызвавшего развитие дислокации. Из таблицы видно, что наиболее часто выраженный ГДС (III и IV степень) выявлен у пациентов с субдуральными гематомами (75,9 %), множественными очагами размозжения головного мозга в сочетании с интракраниальной гематомой (64,3 %).

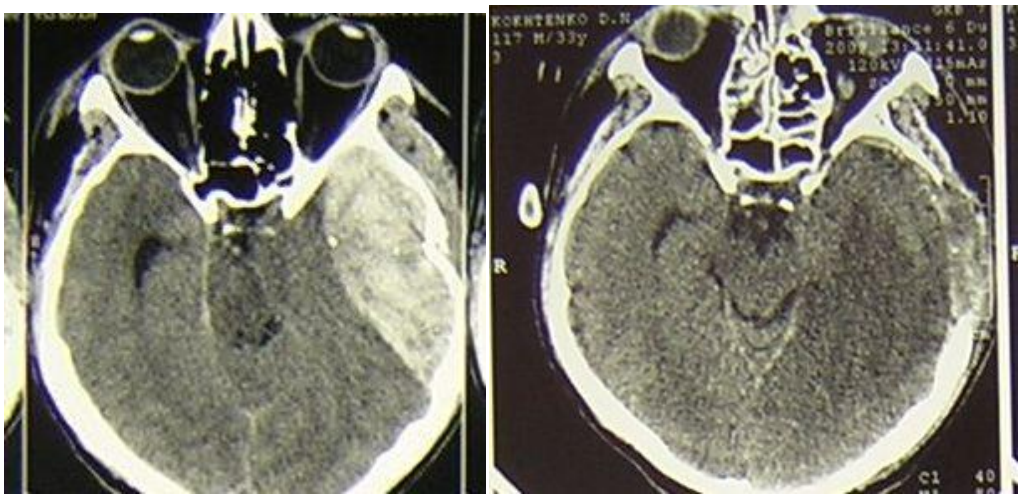
Таблица 2 - Виды морфологического субстрата, вызвавшего сдавление мозга у обследованных.

Морфологический субстрат	ГДС I	ГДС II	ГДС III	ГДС IV	Всего
Эпидуральная гематома	2 (9,5%)	6 (11,3%)	5 (8,9%)	–	13 (9,8%)
Субдуральная гематома	2 (9,5%)	5 (9,4%)	20 (35,7%)	2 (66,7%)	29 (21,8%)
Внутримозговая гематома	1 (4,8%)	11 (20,8%)	4 (7,1%)	–	16 (12,0%)
ОРГМ	4 (19%)	9 (17%)	2 (3,6%)	–	15 (11,3%)
Контузионные очаги	3 (14,3%)	–	–	–	3 (2,3%)
Множественные ОРГМ	1 (4,8%)	10 (18,9%)	8 (14,3%)	1 (33,3%)	20 (15,0%)
ОРГМ + интракраниал. гемат.	4 (19%)	7 (13,2%)	8 (14,3%)	–	19 (14,3%)
МОРГМ+интракраниал. гемат.	-	5 (9,4%)	9 (16,1%)	–	14 (10,5%)
Отек гемисферы	4 (19%)	–	–	–	4 (3,0%)
Итого	21(100%)	53 (100%)	56 (100%)	3 (100%)	133 (100%)

Примечание: ОРГМ – очаг размозжения головного мозга; МОРГМ – множественные очаги размозжения головного мозга; МОРГМ – множественные очаги размозжения головного мозга.

Или без нее (45 %), а также у 8 пациентов (42,1 %) с единичным очагом размозжения и интракраниальной гематомой. При КТ или МРТ исследовании головного мозга у больных этой группы выявлялись смещение срединных структур головного мозга от 5 до 28 мм, сдавление боковых желудочков, базальных цистерн мозга, а также последствия этих процессов (Рисунок 1 А, Б). Менее выраженная дислокация определялась у пострадавших с единичными очагами размозжения, очагами контузии головного мозга и отеком одной из гемисфер мозга. Оперативное вмешательство у больных с дислокационной травмой ствола проводилось в ближайшие часы после поступления в стационар и было направлено на удаление компремирующего субстрата.

При первичной травме ствола головного мозга (31 наблюдение) показаниями к хирургическому лечению служили КТ- и МРТ- признаки внутричерепной гипертензии, возникающие вследствие отека головного мозга. К таким признакам относили компрессию базальных цистерн и боковых желудочков головного мозга. Как правило, в подобных случаях при нейровизуализационном исследовании обнаруживались множественные мелкие контузионные очаги, локализующиеся субкортикально, паравентрикулярно, в области базальных ядер и мозолистого тела. Хирургическое лечение при ПТСГМ проведено в 17 (54,8 %) случаях и было направлено на создание декомпрессии на стороне преобладающего поражения у пациентов с субкомпенсированными витальными функциями.



А. Б.

Рисунок 1 - КТ больного Д.

А. Острая эпидуральная гематома левой лобно- теменно-височной области слева. ГДС III степени, боковое направление дислокационного процесса. Выраженное смещение срединных структур головного мозга слева направо. Цистерны основания резко компремированы. Грубая компрессия мезенцефального отдела ствола мозга.

Б. Послеоперационные сканы.Компрессия ствола устранена, однако отмечается наличие значительного ишемического очага в левой гемисфере.

Результаты лечения больных с тяжелой ЧМТ, в зависимости от характера и выраженности поражения ствола головного мозга представлены в табл. 3. Наиболее благоприятные результаты получены при I и II степенях дислокационного синдрома, а летальные исходы в этих наблюдениях были обусловлены такими осложнениями травмы как менингит, гнойная пневмония, отек легких. У пострадавших с III степенью ГДС летальные исходы составили 91,1%, а благоприятных исходов не было установлено ни в одном наблюдении. При ГДС IV степени все пострадавшие погибали, независимо от объема и сроков проведенных оперативных вмешательств. Благоприятных результатов лечения первичной травмы ствола не наблюдалось, хотя летальность была значительно ниже, чем при III степени дислокационного синдрома.

Такой исход травмы как посттравматический ВС развился у 12 (7,2 %) обследованных – в 5 случаях из 31 первичного и в 7 случаях из 136 дислокационных поражений ствола головного мозга. В процентном отношении это составило 16,1% и 5,1 % соответственно. При анализе частоты развития вегетативного статуса в зависимости от характера повреждения ствола головного мозга у выживших больных (75 человек), было установлено, что это патологическое состояние сформировалось у 41,7 % (5 случаев) пациентов с первичным повреждением ствола (12 наблюдений) и у 11,2 % выживших больных (7 случаев) с дислокационным характером повреждения (63 наблюдения). Таким образом, вегетативный статус развивался практически в 4 раза чаще ($p< 0,05$) при первичных стволовых повреждениях. При анализе частоты формирования ВС, в зависимости от степени дислокации установлено, что вегетативный статус сформировался у 3 (5,7 %) пациентов с ГДС II степени и у 4 (8,5 %) с ГДС III степени.

Таблица 3 - Исходы тяжелой черепно-мозговой травмы, в зависимости от характера и выраженности травматического поражения ствола головного мозга по шкале исходов Глазго [16].

Исходы по ШИГ	Степени выраженности ГДС				МТД	ПТСГМ	Итого
	I	II	III	IV			
V	8 (38,1%)	1 (1,9%)	–	–	–	–	9 (5,4%)
IV	11 (52,4%)	24 (45,3%)	–	–	–	–	35 (20,9%)
III	–	11 (20,7%)	1 (1,8%)	–	–	7 (22,6%)	19 (11,4%)
II	–	3 (5,7%)	4 (7,1%)	–	–	5 (16,1%)	12 (7,2%)
I	2 (9,5%)	14 (26,4%)	51 (91,1%)	3 (100%)	3 (100%)	19 (61,3%)	92 (55,1%)
Всего	21 (100%)	53 (100%)	56 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	31 (100%)	167 (100%)

Примечание: V– хорошее восстановление, IV – умеренное нарушение функции, III – грубое нарушение функции, II – вегетативное состояние, I – летальный исход. МТД – мозжечково-тенториальная дислокация. ПТСГМ – первичная травма ствола головного мозга.

Для клинико-неврологической симптоматики обследованных с ВС было характерным отсутствие поведенческих реакций на голосовые стимулы, речи и активных движений, плавающие движения глазных яблок или их неподвижность, а также нарушение смены фаз сон-бодрствование. Грубые очаговые неврологические симптомы выявлялись во всех наблюдениях и проявлялись нарушениями функций черепно-мозговых нервов, двигательными нарушениями и расстройствами мышечного тонуса, оральными автоматизмами. Еще одним, наблюдавшимся во всех случаях, проявлением этой патологии было наличие вегетативных нарушений, которые проявлялись нестабильностью артериального давления, лабильностью пульса, потливостью, слюнотечением. У 4 (33,4 %) обследованных вегетативные нарушения носили резко выраженный характер с отмечавшимися периодически вегетативными кризами, у 8 (66,7 %) пациентов – были относительно стабильны. Нарушения мышечного тонуса проявлялись характерными позно-тоническими реакциями – декортикационной или децеребрационной ригидностью, поворотами головы, туловища. Выделение декортикационного или

децеребрационного варианта тонических расстройств было затруднительным вследствие наблюдавшегося их сочетания и сопутствующими пирамидными нарушениями. Однако были отмечены некоторые различия в группе больных с дислокационной травмой (7 наблюдений - 58,4 %) и первичной травмой ствола (5 наблюдений – 41,7 %). Так в 6 случаях с дислокационной травмой наблюдались изменения мышечного тонуса по децеребрационному типу. В 1 наблюдении отмечено сгибание руки с одной стороны и разгибание с другой. В группе больных с первичной травмой ствола наблюдались явные декортикационные реакции, сочетавшиеся с невыраженными децеребрационными проявлениями.

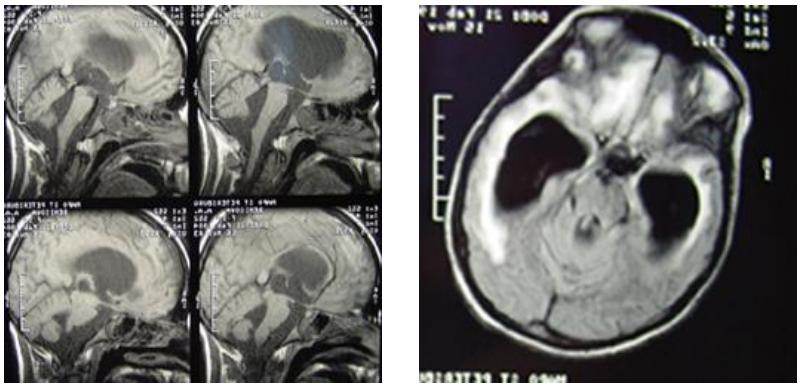


Рисунок 2а

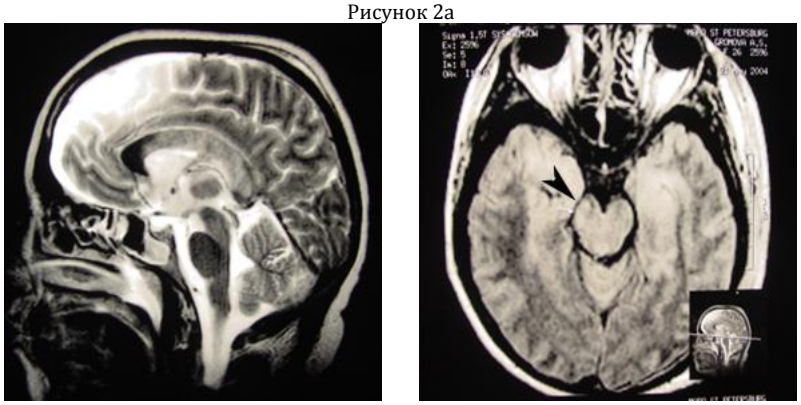


Рисунок 2б

Рисунок 2 - МРТ головного мозга пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму:

а. МРТ головного мозга пациентки Г., 23 г. с тяжелой закрытой черепно-мозговой травмой и первичным повреждением ствола головного мозга (контузионный очаг в ножке мозга указан стрелкой). Обследование проведено на фоне восстановления психических функций, после выхода из коматозного состояния на 28 сутки после травмы. На томограммах не наблюдается атрофии ствола головного мозга;

б. МРТ головного мозга пациентки Д., 19 лет, с тяжелой закрытой черепно-мозговой травмой и первичным повреждением ствола головного мозга. Обследование проведено на фоне вегетативного статуса на 63 сутки после травмы. Определяется вентрикуломегалия, атрофические изменения больших полушарий на фоне выраженных атрофических изменений ствола головного мозга.

Среди методов диагностики, особую ценность представляла МРТ головного мозга, которая позволяла с высокой степенью разрешающей способности диагностировать посттравматические изменения тканей головного мозга и ликворосодержащих пространств, как правило, сопутствующие длительным нарушениям сознания травматической этиологии. Во всех случаях выявлены грубые посттравматические изменения, которые локализовались не только в стволе головного мозга, но и в коре, подкорковых структурах, базальных ганглиях и мозолистом теле. Основным достоинством МРТ при обследовании данной группы пациентов, на наш взгляд, является высокая точность визуализации стволовых структур головного мозга. Характерным является то обстоятельство, что всех наблюдениях, по данным МРТ, наблюдались изменения атрофического характера в различных отделах головного мозга с обязательным наличием атрофических изменений ствола головного мозга. На рис. 2 представлены МР-томограммы двух пациентов – в одном случае (рис. 2 а), обследование проведено у больной на фоне восстановления уровня сознания после выхода из комы, в другом – МРТ головного мозга выполнено пациентке в вегетативном статусе (рис. 2 б). Основное отличие МРТ-картины двух обследованных, заключается в наличии и отсутствии признаков атрофии ствола головного мозга.

Разработанный метод чрезликворной элетростимуляции ствола головного мозга применялся шести пациентам в вегетативном статусе. Электроды устанавливались следующим образом: первый электрод подводился в передний рог бокового желудочка через ранее установленный вентрикулярный дренаж. Второй электрод устанавливался транскутанно в большую затылочную цистерну. ЧЛЭС проводилась в сроки от 13 до 96 дней после травмы, в каждом случае ежедневно (три сеанса в сутки), в течение 21 дня. Применялся постоянный ток с прямоугольными импульсами частотой от 30 до 100 Гц, сила тока – 1,5 – 3,5 мА, длина волны – 200 – 600 мкс. Параметры тока (в указанных пределах) подбирались индивидуально с помощью электрофизиологического мониторинга. При этом благоприятными изменениями ЭЭГ считались снижение выраженности дистантной синхронизации, увеличение частоты колебаний, а также повышение амплитудных значений при фоновой «плоской» ЭЭГ. Подобные изменения расценивались как реакция десинхронизации [20].

Продолжительность одного сеанса стимуляции составляла 15 - 20 минут.

У всех пациентов клинически определялась отчетливая реакция на электростимуляцию уже непосредственно в момент начала стимуляции. Она выражалась появлением двигательной активности (открывание глаз, движения глазных яблок, моторная активность в жевательных мышцах и конечностях), умеренным расширением зрачков. После проведения сеанса электростимуляции определялось снижение ранее повышенного тонуса в конечностях. После окончания курса ЧЛЭС у 3 больных наблюдалось восстановление психических функций по шкале Tsubokawa T. et. al. (1990) [28] до 8 и 9 баллов при исходных – 2 и 3 балла (рисунок 3).

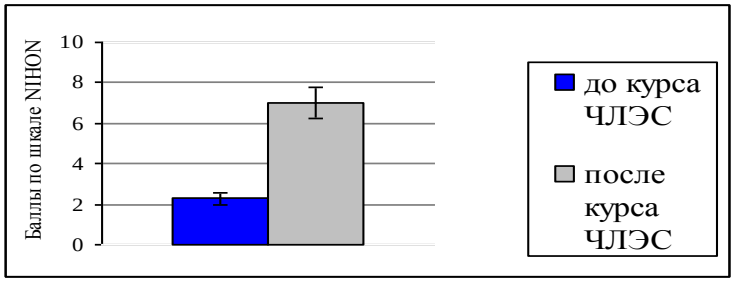
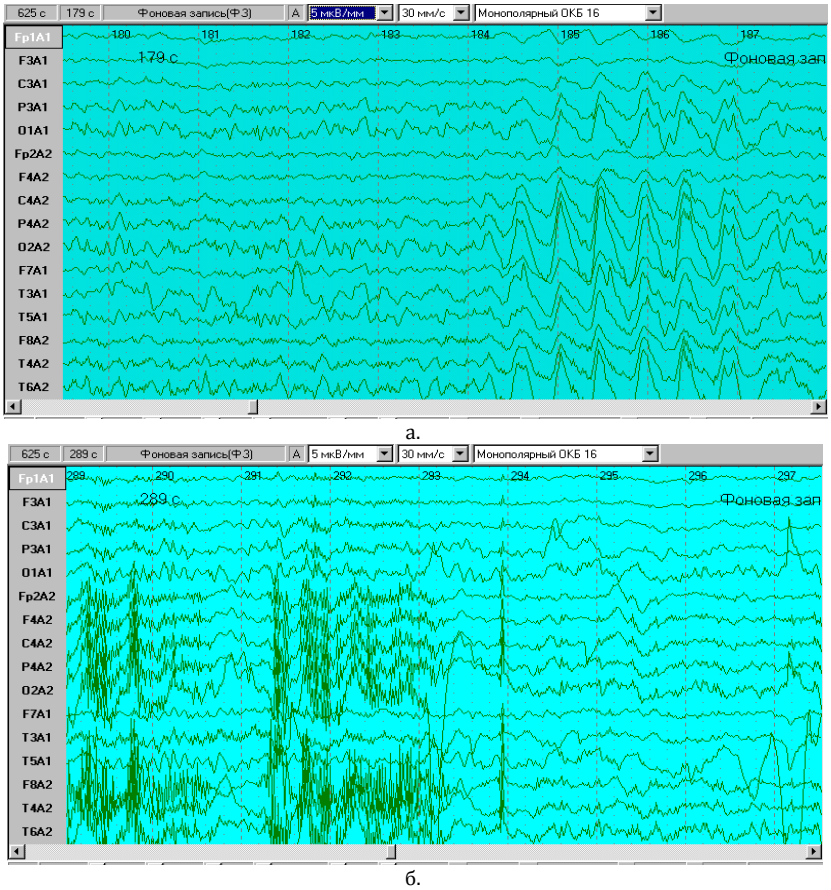


Рисунок 3 - Усредненный уровень психических функций у обследованных, оцененный по шкале Tsubokawa T. et al. (1990) [28] до и после курса электростимуляции

У трех пострадавших отмечено восстановление психических функций до 5 и 6 баллов при исходных – 1, 3 и 2 балла (рисунок 3). На рис. 3 представлена диаграмма, отражающая усредненный уровень психических функций у обследованных, оцененный по шкале Tsubokawa T. et al. (1990) [28] до и после курса электростимуляции.

Паттерны ЭЭГ у всех больных были представлены характерными для травматических стволовых поражений отсутствием основного ритма, доминированием медленной активности, имеющей синхронный характер (Рисунок 4 а).



а.

б.

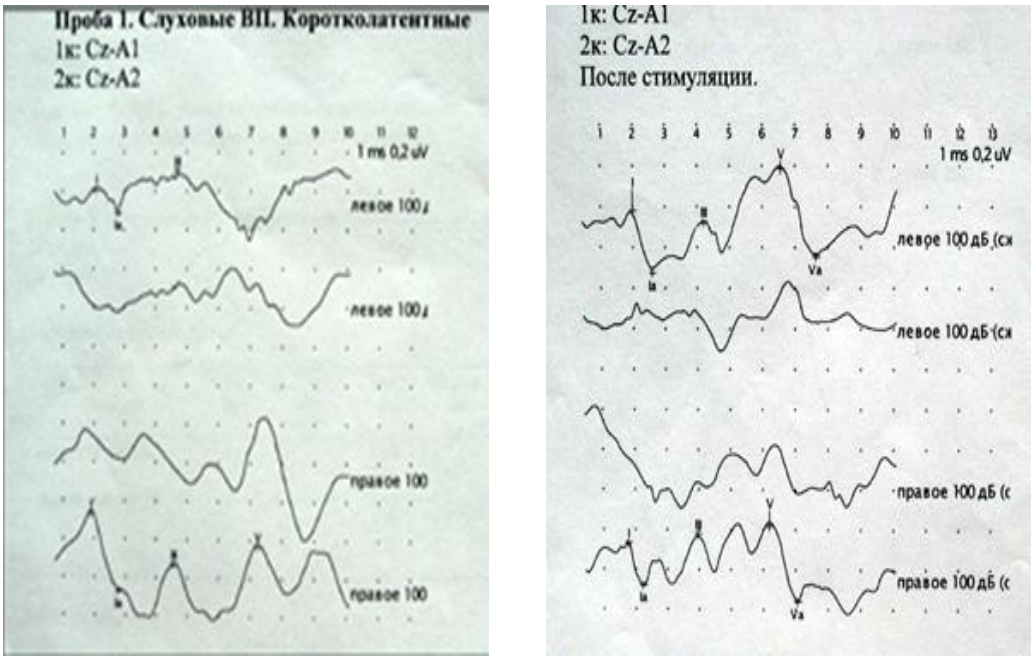
Рисунок 4 - Электроэнцефалограммы больной К.,16 л. до и во время элетростимуляции:

а. ЭЭГ до электростимуляции - неустойчивость и деформация основного ритма с билатеральными вспышками высокоамплитудных колебаний различного диапазона;

б. ЭЭГ во время электростимуляции – на фоне артефактов («наводки») вызванных активацией электростимулятора определяются перестройки биопотенциалов мозга в виде увеличения частоты колебаний и снижения выраженности дельта активности.

На фоне проведения электростимуляции, во всех случаях были отмечены положительные перестройки биоэлектрической активности, проявляющиеся уменьшением выраженности дистантной синхронизации и увеличением частоты колебаний (Рисунок 4 б). Необходимо также отметить, что ни в одном случае не было выявлено типичных эпилептиформных изменений биоэлектрической активности (пароксизмальные вспышки, комплексы "пик - волна" и др.).

У всех больных до стимуляции в паттернах АСВП наблюдалось увеличение интерпиковых расстояний и латентностей пиков всех волн (Рисунок 5 а), что свидетельствовало о поражении стволовых отделов головного мозга на мезенцефало-понтинном уровне.



а. б.

Рисунок 5 - Акустические стволовые вызванные потенциалы до и после курса электростимуляции

П-т. Ш., 38 лет: а. АСВП до начала электростимуляции – слева выявляется отсутствие V пика, удлинение латентных периодов I и III пиков и удлинение интерпикового расстояния I-III слева и I-III, III – V, I-V справа; б. АСВП после курса элетростимуляции – слева выявляется появление V пика, укорочение латентного периода III пика на 25 % от исходного значения и укорочение интерпикового расстояния I-III на 35 % от исходного значения; справа наблюдается укорочение латентных периодов I-III пиков – на 15 %, III-V – на 5 % и I-V - на 25 % от исходных значений.

Непосредственно после проведения первых сеансов ЧЛЭС было зарегистрировано укорочение интерпиковых расстояний и латентностей пиков волн на 5 – 62 % от исходного, увеличение амплитуды 1, 3 и 5 пиков на 32 – 78 % (Рисунок 5 б).

При проведении контрольного исследования после окончания курса электростимуляции (в сроки до 1 месяца) результаты, достигнутые в ходе лечения, сохранялись.

ОБСУЖДЕНИЕ. Являясь, по сути, неблагоприятным исходом травмы, с другой стороны вегетативный статус на современном этапе можно рассматривать как нежелательный, но неизбежный исход критической черепно-мозговой травмы с тяжелым травматическим повреждением стволовых отделов мозга, а частота его развития косвенно может служить показателем «класса» нейрореаниматологического отделения клиники. В связи с этим, продолжающийся рост удельного веса тяжелой черепно-мозговой травмы в общей структуре травматизма, развитие нейрореаниматологии, совершенствование методов лечения тяжелой ЧМТ будут приводить к дальнейшему росту числа больных с длительными посттравматическими нарушениями сознания. По-видимому, необходимость изучения этой категории больных, разработка новых методов лечения будет все более актуальной в будущем. Следует сказать, что в наших наблюдениях среди данной группы больных, как правило, наблюдались сочетанные комплексные последствия ЧМТ, как структурного, так и функционально-неврологического характера, основной особенностью которых было то, что они протекали на фоне длительного нарушения уровня сознания. Важным обстоятельством, на наш взгляд является тот факт, что среди больных в вегетативном статусе преобладали пациенты с первичным поражением ствола головного мозга, что на наш взгляд, может быть следствием двух причин: 1) при первичной травме ствола головного мозга летальность несколько ниже, чем при выраженных дислокационных поражениях (ГДС III – IV степеней). Следовательно, среди пострадавших с такой формой повреждения стволовых структур, выживших пациентов больше и у части из них наблюдаются длительные нарушения сознания; 2) возможно, что первичная травма ствола головного мозга, более «избирательно» приводит к нарушению функций активирующей ретикулярной формации ствола головного мозга, основным проявлением которой является нарушение сознания.

Данные исследования свидетельствуют о том, что травматическое повреждение стволовых структур головного мозга имеет кардинальное значение для исхода тяжелой черепно-мозговой травмы. На результаты лечения оказывает влияние не только выраженность травматического поражения ствола, но и его характер (первичный или дислокационный). Эти же факторы влияют и на частоту развития наиболее тяжелой формы последствий черепно-мозговой травмы – вегетативного статуса. Вместе с тем, считаем, что было бы не верно считать травматическое повреждение ствола головного мозга единственной причиной развития ВС. Согласно современным взглядам в формировании длительных бессознательных состояний имеют большое значение такие факторы, как диффузное обширное поражение головного мозга, двустороннее повреждение таламических областей, диффузное аксональное поражение ствола [7, 9, 11, 26]. В наших наблюдениях во всех случаях грубые посттравматические изменения визуализировались (КТ и

МРТ) не только в стволе головного мозга, но и в коре, подкорковых структурах, базальных ганглиях, мозолистом теле. В этой связи именно травматический вегетативный статус, вероятно, является неудачной моделью для установления роли тех или иных структур головного мозга в генезе его развития. Тем не менее, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что травматическое повреждение ствола головного мозга, его характер и выраженность служит одним из основных факторов, определяющих формирование вегетативного статуса

Наблюдающаяся в настоящее время тенденция к поиску и все более широкому применению методов электростимуляции различных структур ЦНС обусловлена наличием многих неврологических расстройств, лечение которых вызывает значительные затруднения. К ним, несомненно, относится и посттравматический вегетативный статус. Учитывая явный дефицитарный характер этого состояния, попытки применения электростимуляционных методов лечения логичны. Среди методов электростимуляции, применяемых при травматическом поражении головного мозга, наибольшее распространение получили транскраниальная электростимуляция [12], электростимуляция на уровне спинного мозга [15, 23, 27], а также метод глубокой интракраниальной электростимуляции (deep brain stimulation), осуществляющийся после имплантации электродов в глубокие структуры головного мозга (таламус или средний мозг) [14, 28]. Все эти методы значительно отличаются друг от друга и обладают как очевидными преимуществами, так и недостатками. Так, основные клинические эффекты транскраниальной электростимуляции связаны с распространением постоянного импульсного тока по ликворным пространствам конвекситальных, в меньшей степени базальных отделов интракраниального пространства с преимущественным воздействием на супратенториальные и на верхнестволовые отделы мозга [1]. При этом, в связи с вариабельной толщиной костей черепа и мягких тканей головы у разных индивидов, невозможно точно рассчитать параметры электрического воздействия на интракраниальные структуры [25], а раздражение обширных областей коры мозга вызывает усиление патологической медленной активности в лобных и лобно-височных отделах больших полушарий [12].

Электростимуляция задних столбов спинного мозга, очевидно, вызывает только опосредованное воздействие на стволовые структуры мозга за счет наличия связей восходящих чувствительных путей задних столбов и медиальной петли (II нейрон) с некоторыми ядрами ретикулярной формации ствола [21].

При стимуляции глубоких образований головного мозга (таламус, мезенцефальные отделы), по-видимому, активируются только те отделы ретикулярной формации, к которым непосредственно подведены биполярные электроды (локальность воздействия). Кроме того, нельзя не отметить, что процедура подведения электродов весьма опасна и сопряжена с деструкцией стволовых структур мозга [29].

В этой связи предлагаемая методика, на наш взгляд, имеет определенные преимущества: 1) простая методика установки электродов; 2) метод не сопровождается введением электродов в стволовые структуры мозга и его базальные ядра; 3) используемая схема расположения электродов и высокая электропроводность ликвора обуславливает воздействие электрического тока на ретикулярную формацию ствола головного мозга на всем её протяжении. Метод применен у 6 больных в вегетативном статусе. При этом основным положительным клиническим эффектом электростимуляции было восстановление психических функций больных, оцененное по шкале Tsubokawa T. et al. (1990) [28]. Полученные клинические данные подтверждены электрофизиологическим мониторингом, который выявил возникновение реакции десинхронизации на ЭЭГ во время электростимуляции. Подобные изменения ЭЭГ-кривой впервые в эксперименте были описаны Moruzzi G. и Magoun H. в 1949 году, а в дальнейшем подтверждены многочисленными исследованиями в момент пробуждения спящих обезьян, и получили название реакции десинхронизации или реакции «пробуждения» [20]. По мнению большинства исследователей, возникновение подобных изменений ЭЭГ (реакция десинхронизации) обусловлено активирующим влиянием ретикулярной формации ствола на полушария головного мозга [18, 24]. Кроме того, выявленные после электростимуляции укорочение латентностей пиков и межпиковых интервалов по данным АСВП, служат признаками улучшения синаптической передачи в церебральных структурах. В целом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что изменения в состоянии больных и показателях электрофизиологического контроля, по-видимому, являются следствием стимулирующего влияния электрического тока на структуры головного мозга и в первую очередь на ретикулярную формацию.

Предположительный механизм действия ЧЛЭС, по нашему мнению, заключается в следующем. Поскольку электрическое сопротивление ликвора на порядок ниже сопротивления тканей головного мозга, то большая часть электрического тока будет распространяться между электродами по ликворосодержащим пространствам: базальные цистерны → отверстия Люшка и Мажанди → IV желудочек → водопровод мозга → III желудочек → отверстие Монро → один из боковых желудочков мозга (в зависимости от положения электрода). M.L.G. Joy et. al. [17] убедительно показали в эксперименте, что электрический ток, распространяясь по ликвору, в значительной мере воздействует и на мозговые структуры, образующие ликворосодержащие пространства. В связи с этим, вероятно, можно считать, что при проведении ЧЛЭС прохождение тока по ликворным пространствам цистерн основания мозга оказывает непосредственное воздействие на продолговатый мозг и активирует дыхательный и сосудодвигательный центры. Электрический ток оказывает непосредственное активирующее влияние на ретикулярную формацию ствола головного мозга при прохождении через водопровод мозга и III желудочек. Распространение же электрического тока в ликвор бокового желудочка головного мозга обуславливает его воздействие на таламические структуры. Медиальное ядро таламуса имеет двустороннюю проекцию в ассоциативных полях префронтальной коры ростральнее премоторной зоны, т.е. при воздействии на медиальное ядро таламуса происходит активация самых больших долей мозга – лобных. Воздействие электрического тока на переднее ядро таламуса опосредованно поддерживает импульсацию в нейронных структурах лимбической системы, которая, согласно данным литературы, способствует обмену импульсами между структурами среднего и промежуточного мозга, а также отделами новой коры [3, 22].

ВЫВОДЫ:

1. Развитие посттравматического вегетативного состояния наблюдается у 7,2% больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму. При этом в его формировании определяющее значение имеют характер и выраженность травматического повреждения стволовых структур головного мозга. При первичной травме ствола головного мозга посттравматический вегетативный статус возникает чаще (41,7%), чем при дислокационной (11,2%) ($p<0,05$), причем в последней группе вегетативное состояние формируется только у больных с II и III степенью гипертензионно-дислокационного синдрома.
2. Атрофические изменения в стволовых отделах головного мозга, выявляемые при магнитно-резонансной томографии, являются специфическими признаками, присущими вегетативному статусу травматической этиологии. МРТ-синдром травматического вегетативного статуса характеризуется грубыми посттравматическими изменениями головного мозга, его оболочек,

ликворосодержащих пространств и обязательным наличием атрофии ствола мозга.

3. Чрезликворная электростимуляция ствола головного мозга при посттравматическом вегетативном статусе приводит к возникновению клинического улучшения в состоянии больных, подтверждаемого данными электрофизиологического исследования (ЭЭГ, АСВП), что свидетельствует о перспективности метода для применения в структуре комплексного лечения этой патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Джой, М.Л.Дж. Плотности тока и пути его распространения в мозге кролика при транскраниальной электростимуляции: изучение с помощью ядерномагнитнорезонансной томографии. // Транскраниальная электростимуляция. – СПб.: 2001. – С. 128 – 149.
2 Доброхотова, Т.А. Обратимые посткоматозные бессознательные состояния. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - №3. - С. 26-36.
3 Дуус, П. Топический диагноз в неврологии (анатомия, физиология, клиника) / Дуус П. – М.: ИПЦ Вазар-Ферро, 1997. – С. 173 – 179.
4 Зайцев, О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы: дис. …д-р. мед. наук - М., 2004. - 50 с.
5 Зотов, Ю.В. Клиническая диагностика гипертензионно-дислокационного синдрома и дифференцированная тактика хирургического лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой // Ю.В. Зотов, Р.Д. Касумов, Ю.П. Лапшинов. – СПб.: Изд-во РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 1991. – С. 4-6.
6 Зотов, Ю.В. Очаги размозжения головного мозга // Ю.В. Зотов, Р.Д. Касумов, Исмаил Тауфик.. – СПб.: 1996. - С. 40.
7 Кондратьева, Е.А. Вегетативное состояние: диагностика, интенсивная терапия, терапия, прогнозирование исхода: дис. … канд. мед. - СПб., 2004. - 21 с.
8 Коновалов, А.Н. Градация тяжести состояния пострадавших с черепно-мозговой травмой и унифицированные критерии для их определения // Вопр. нейрохир. - 1982. - № 5. - С. 11- 17.
9 Климаш, А.В. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения травматических поражений ствола головного мозга: дис. … канд. мед. наук - СПб., 2005. - 24 с.
10 Климаш, А.В. Применение чрезликворной электростимуляции у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой // VII международный симпозиум «Новые технологии в нейрохирургии». - СПб, 2004. - С. 36-37.
11 Ф. Плам, Дж.Б. Познер Диагностика ступора и комы . - 3 изд. - М.: Медицина, 1986. - 544 с.
12 Шарова, Е. В. ЭЭГ-эффекты лечебной электростимуляции головного мозга человека при посттравматическом бессознательном // Физиология человека. – 2001. – Т. 27. - № 2 - С. 29 – 39.
13 Bricolo A. Prolonged posttraumatic unconsciousness. // Neurosurg. - 1980. - V. 52. - P. 625-634.
14 Deliac, P. Electrphysiological development under thalamic stimulation of posttraumatic patients // Neurochirurgie. - 1993. - Vol. 39. - № 5. - P. 293.
15 Funahashi, K. Spinal cord stimulation on vegetative state – a study of optimal stimulation using EEG – mapping // Proceeding of the 2 – st annual meeting of the Society for Treatment of Coma. - Kyoto: 1993. - Vol. 2. - P. 51.
16 Jennett B. Assessment of Outcome After Severe Brain Damage // Practical Scale. – Lancet: 1975. - № 1. - P. 480-484.
17 Joy, M.L.G. Low Frequency Current Density Imaging in Rabbits // Annals of Biomedical Engineering. - 1993. - Vol. 21. - №56. - P. 36-41.
18 Machne X., Calma I., Magoun H.W. Unit activity of central cephalic brain stem in EEG arousal // J. Neurophysiol. - 1955. - V. 18. - P. 547.
19 Marshall LF. The outcome of severe closed head injury // J. Neurosurg. - 1991. - V.75. - P. 28–36.
20 Moruzzi G., Magoun H.W. Brain stem reticular formation and activation of EEG // EEG a. Clin. Neurophysiol. - 1949. - V. 1. - P. 455.
21 Matsui, T. Clinical experience of spinal cord stimulation in an attempt of treatment of patients with prolonged // Proccedings of the 1-st annual meeting of the Society for trestment of coma. – Kyoto: 1992. - Vol. 1. - P. 107.
22 Nieuwenhuys, R. The human central nervous system // 2nd Ed. Berlin-Heidelberg. - New York: Springer Verlag, 1981. - P. 389.
23 Ohira, T. Effects of spinal cord stimulation on vegetative state // Proceedings of the 1-st annual meeting of the Society for Treatment of Coma. – Kyoto: 1992. - Vol. 1. - P. 101.
24 Purpura D.P. A neurogumoral mechanism of reticulo-cortical activation // Am. J. Physiol. - 1956. - V. 186, - P. 250.
25 Reynolds, D.V. Voltage Distribution in the Brain during Diffusely Applied Electrical Current in the // In: Neuroelectric Research, Eds. Reynolds D. V., Sjoberg A.E., Thomas C. – Springfield: 1971. – P. 290 – 299.
26 Sazbon L. Outcome in 134 patients with prolonged posttraumatic unawareness // J. Neurosurg. - 1990. - V. 72. - P. 75-80.
27 Takizawa, T. High cervical medullary electric stimulation therapy for prolonged disturbance of cansciousness after diffuse axonal injury // Proceedings of the 1-st annual meeting of the Society for Treatment of Coma. – Kyoto: 1992. - Vol. 1. - P. 107.
28 Tsubokawa T. Deep – brain stimulation in a persistent vegetative state: follow – up results and criteria for selection of candidates // Brain Injury. - 1990. - Vol. 4. - P. 315–327.
29 Tsubokawa, T. Deep brain stimulation therapy for a persistent vegetative state // J.of Neurotrauma. – 1995. – V. 12. – № 3. – P. 345.

ПОСТТРАВМАТИКАЛЫҚ КОМА ЖӘНЕ ПОСТКОМАЛЫҚ КҮЙЛЕРІ

Түйін: Басішілік қан құюларімен байқалатын ауыр бас ми жарақатінін клиникалық ерекшелері зерртеуленген. Ауыр бас ми жарақаті бар 167 науқас зерртеунің материал болып жатқан. Өткізілген емдеу ңәтіжелерінін анализ арқылы зақымдалық басішілік қан құюлардан кейін кездесетін созылмалы ес бұзылыстарының ұйымдастыруінін ережелер және жилігі анықтылған. Созылмалы ес бұзылыстары бар науқастардін ми электростимуляция арқылы қолданатын жаңа емдеу методикасы дамытылған.

Түйінді сөздер: бас-ми жарақат, вегетативнті жай, дислокациялық синдром.

POSTRAUMATIC COMA AND POSTCOMATOUS STATES

Resume: The article is devoted to learning of some clinical features of a heavy craniocerebral trauma with intracranial hemorrhages. For a material of research was 167 patients with severe damages of a brain. On the basis of the carried out analysis of outcomes of treatment the features of creation of long-lived posttraumatic violations of consciousness were detected, their frequency is defined. Designed and the method of an electrical stimulation of stem departments of the brain is inserted at long-lived postcomatose states.

Keywords: a craniocerebral trauma, vegetative status, dislocation syndrome

УДК. 616.127-005.8-085.225.

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, М.У. ЖУЛОВЧИНОВ
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы

ПРОБЛЕМА ПЕРИТОНИТА В СВЕТЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ И РЕГИОНАРНОГО МЕТАБОЛИЗМА

Неудовлетворительные исходы при перитоните обусловлены недостаточно полным представлением патогенеза заболевания. В основе перитонита, как септического (перитонеального) шока лежат прогрессирующие расстройства микроциркуляции и метаболизма. Однако, в системе лечебных мероприятий перитонита, вопросы целенаправленной коррекции регионарного кровотока и нарушенного метаболизма остаются открытыми.
Проблема перитонита является хирургической лишь до устранения источника заболевания, после чего ее стоит рассматривать как патофизиологическую, решая ее в отделении интенсивной терапии.

Оценка непосредственных исходов у больных с неотложными хирургическими заболеваниями брюшной полости является одним из основных критериев качества лечения. Актуальность проблемы перитонита отражает, прежде всего, высокая послеоперационная летальность: по сводным данным 14 авторов [3, 6, 7] она составляет – 41,6 ± 2,2% случаев. Проблему перитонита формируют именно тяжелые его формы – токсические и терминальные (И.А.Ерюхин), когда процесс выходит за рамки местного, локального и становится «достоянием» всего организма, мобилизирующего свои возможности на купирование заболевания. Летальность же при местном и реактивном перитоните не превышает 0,2 -3,3% случаев.

Следует заметить, что столь высокая летальность при распространенных формах перитонита сохраняется на протяжении многих десятилетий и она, естественно, значительно выше в хирургических отделениях, где целенаправленно изучением проблемы перитонита не занимаются.

Парадокс ситуации заключается в том, что такие неутешительные результаты имеют место на фоне широких научных исследований, постоянно проводимого анализа причин неудовлетворительных исходов, как и сообщений о несомненных успехах.

Обоснован вопрос: в чем причины столь тревожного состояния проблемы и существует ли перспектива реального хотя бы частичного его решения? Достоверным является постулат, что результаты лечения любых заболеваний адекватны их патогенетической обоснованности. При перитоните алгоритм лечебной тактики отработан и возражений не вызывает: предоперационная подготовка в токсической и терминальной стадиях [18, 19, 25, 33], неотложное хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию источника перитонита, отмывание [36] брюшной полости, в послеоперационном периоде – антибиотикотерапия, восполнение водно-электролитных потерь, коррекция гипопротеинемии и обменных процессов, борьба с паралитической кишечной непроходимостью.

Помимо перечисленного за последние 25 - 30 лет «апробированы» и получили положительную оценку селективное внутриартериальное и эндолимфатическое введение антибиотиков [32, 17]. Диализ брюшной полости считался, чуть ли ни панацеей в лечении больных общим перитонитом [25, 26, 30, 31], однако избыточные потери белка и электролитов и трудная их компенсация, значительно уменьшили число сторонников метода. Интубация кишечника [18, 31, 47] - общедоступный метод в разрешении тяжелых моторных нарушений ЖКТ, облегчает борьбу с интоксикацией, позволяет проводить энтеральную коррекцию. Однако во многих случаях остается статистически не доказана роль декомпрессии ЖКТ в снижении летальности (Ю.М. Лубенский). Неоднозначная оценка давалась методам дезинтоксикации в виде форсированного диуреза, гемосорбции и пр. [38, 44]. Более сдержанное отношение исследователей стало к методам гипербарической оксигенации [4].

В одном из последних разделов, посвященных хирургии гнойного перитонита (И.А.Ерюхин, «Медиа – Медика», 2003) вообще не упоминается о роли перечисленных методов, отдавая предпочтение программированной повторной санации брюшной полости. Нужно подчеркнуть, что указанные принципы лечебных мероприятий, будучи эффективными, в начальных стадиях перитонита, часто давали «сбой» у больных, находящихся в тяжелой интоксикации.

Любым научным исследованиям свойственны противоречия [33], в том числе и в проблеме перитонита. Причин много: отсутствие четко обоснованной концепции на ту или иную сторону проблемы, некорректное проведение самого исследования, уклонение от статистической обработки, поспешность сделанных выводов. Лишь временной фактор, к сожалению весьма длительный, приводит в соответствие выдвинутые положения. Не редко многие концепции строятся на «авторитетных» мнениях ряда исследователей, «своем опыте», а выдвигаемые положения основываются на «нашем глубоком убеждении», «не вызывающим сомнений» и т.д. Именно умозрительность многочисленных теорий и положений убедили необходимость «доказательной медицины» [6] т.е. оценки результатов, основанных только на достоверных фактах.

Мы совершенно согласны с И.А. Ерюхиным в том, что очень легко «улучшить» показатели летальности, включив, к примеру, в группы больных с токсическим перитонитом лишь несколько случаев, взятых из реактивной стадии.

С патогенетической точки зрения, перитонит все чаще отождествляется с понятием «перитониального сепсиса», «септического шока» [7], для которого, как для любого шока характерно резкое снижение периферического кровотока, что выражается синдромом сосудистой недостаточности на уровне микроциркуляции. В свою очередь, это приводит к генерализованному нарушению метаболизма. Клинически шоку свойственно угнетение центральной гемодинамики в виде снижения артериального давления, уменьшении ударного и сердечного объема, что в целом характерно для больных перитонитом токсической и терминальной стадий.

В научной литературе накопилось много данных, свидетельствующих о значительных нарушениях микроциркуляции и периферической гемодинамике, снижении висцерального кровотока, венозного полнокровия, отека кишечной стенки, транссудации жидкости, деструктивных изменений в печени, кишечной стенки, желудка. Однако интерпретация происхождения указанных нарушений весьма широкая.

К примеру, общепринято, что причина микроциркуляторных нарушений обусловлена воздействием токсического бактериального фактора на сосудистую стенку. Кроме того, в результате пареза кишечника, развивающаяся внутрикишечная гипертензия, как полагает В.Д.Савчук, уже вторично пагубно сказывается на состоянии микроциркуляции. Этот механизм весьма прост для понимания, логично объясняет показания к декомпрессии кишечника, однако весьма спорный. Прогрессирующая интоксикация также может «легко» объяснима всасыванием токсического кишечного содержимого, хотя это положение оспаривалось. Таким образом, «логичны» с этой точки зрения и лечебные мероприятия: восполнение ОЦК, подавление инфекции,

нормализация электролитного баланса, гипопротеинемии, «стимуляция» перистальтики и пр. Как видно, проводимая терапия перитонита является по сути – симптоматической, следственной, однако – не первопричиной.

Исследования, главным образом патофизиологов [2] показывали, что исходные, т.е. пусковые механизмы развития шока (схема 1) связывают не с первичным воздействием инфекции, а со специфической ответной реакцией организма вазомоторного характера на ^воздействие внешней среды (схема 2). Главное в том, что эта реакция является стандартной как для травматического шока, так геморрагического и септического. В любом случае эта реакция проявляется резким выбросом катехоламинов и моментально развившейся реакцией сосудистого спазма. Причем этот спазм возникает в адренергических регионах, т.е. сосудах брюшной полости, почек, коже. Наступающая при этом централизация кровообращения как защитная реакция при стрессе, при ее длительности (многие часы и сутки), переходит в патологическую, поскольку вторичные изменения являются следствием гипоксии и нарушенного метаболизма. На этом фоне особенно агрессивно проявляет себя инфекция.

Прежде чем напомнить упрощенный механизм микроциркуляторных нарушений с позиций патофизиологов, изложим принципиальные результаты выполненных нами ангиографических исследований в динамике экспериментального перитонита. Изучалась эффективность селективной инфузионной терапии. При этом ежедневно по зонду Эдмана, заведенному через бедренную артерию (собаки массой тела 15 - 19 кг) в устье верхней брыжеечной артерии, вводился соответствующий инфузат в объеме 7 - 10% массы тела животного. Контрольная группа предусматривала внутривенное введение тех же препаратов. Во всех случаях производилась селективная киноангиография (ангиограф «Тридорос – 5») в течение 30 секунд. В период проведения эксперимента мы не были знакомы с исследованиями А.Лабори, Ю.М.Левина и др. и лишь спустя могли оценить полученные нами результаты. Они сводились к следующему.

Как оказалось, экспериментальный перитонит в своей динамике характеризовался прогрессирующим спазмом брыжеечного русла, притом столь значительным, что в терминальной стадии мезентериальные ветви становились наподобие тонких нитей. Зная линейную скорость артериального кровотока (по ангиограммам) и сечение верхней брыжеечной артерии, найдено, что объемный кровоток к моменту гибели животного (3-4 сутки) снижался в 1,7 – 2,2 раза, составляя не более 90 – 110 мл/мин. Длительность артериальной фазы из-за спазма возрастала до 3 – 5 сек (в норме 1 – 1,2 сек). Второе, что оказалось весьма демонстративным, это резко выраженный эффект артерио-венозного шунтирования: венозная фаза начиналась на 1,5 – 2,3 сек скорее. Наконец, паренхиматозная фаза, характеризующая поступлением контрастного вещества в стенку кишки, становилась весьма интенсивно выраженной и длительной (более 1 – 1,5 мин по дополнительным снимкам), что возможно было объяснить его экстравазацией.

Следует подчеркнуть, что аналогичная ангиографическая картина (ангиоспазм, шунтирование и пр.) имела место не только при перитоните, но и спустя 2 – 3 часа после инъекции в брюшную полость раствора скипидара или 50 мл этилового спирта, странгуляция кишечных петель. Это подтверждает данные, что шок, несмотря на различные причины его возникновения, в дальнейшем проявляется принципиально единой патологической реакцией, в основе которой лежит снижение кровотока в микроциркуляторном звене. Септический (перитонеальный) шок развивается по тем же законам, однако более агрессивно, поскольку своим местом приложения имеет брюшную полость и инфекцию.

Открытие артерио-венозного шунта сопровождается снижением давления в артериальном колене капилляра и его повышением в венуле, в результате изменившегося градиента давления интерстициальная жидкость в меньшем количестве возвращается в венозное русло капилляра, создавая, таким образом, условия для отека и транссудации (схема 2).

Вызывает сомнение роль внутрикишечной гипертензии как причины микроциркуляторных нарушений: это могло бы произойти в случае превышения внутрикишечного давления над давлением в капилляре. Однако даже при тяжелом послеоперационном парезе внутрикишечная гипертензия не превышает 52 – 70 см водного столба, что в 10 – 12 раз меньше, чем давление в капилляре (32 – 45 мм. рт. ст.). Практические наблюдения свидетельствуют об обратном: после интубации кишечника и снятии гипертензии во многих случаях наступает отчетливый отек кишечной стенки. Несмотря на установленный и постоянно подтверждаемый факт вазоконстрикции как пускового в шоковых реакциях, в том числе и перитонита, современные лечебные мероприятия практически не предусматривают целенаправленного воздействия на это звено патогенеза. В свое время, П.К.Дьяченко высказал сомнение благополучного результата при лечении травматического шока, не устранив причинные механизмы.

Р. Лиллихей обосновывает целесообразность блокады альфа - рецепторов с целью восстановления микроциркуляции, что позже А. Лабори подтверждает назначением аминазина. По мнению В. Сперанца, «бесполезно корригировать метаболические изменения, если нарушена гемодинамика».

Заместительная терапия (к примеру, восполнение ОЦК и т.п.), по-видимому, рациональна при обратимом шоке, когда еще не произошла «секвестрация» крови, т.е. венозное переполнение микроциркуляторного сектора. При необратимом шоке инфузионная терапия цели не достигает. Таким образом, перспектива улучшения исходов перитонита видится в патогенетически обоснованном устранении вазоконстрикции, т.е. восстановлении регионарного кровотока, устранение гипоксии и нарушенного метаболизма путем назначения альфа – адреноблокаторов и /или/ симпатолитических препаратов. К сожалению, современные принципы лечения больных перитонитом не включают патогенетически обоснованную коррекцию мезентериальной циркуляции. Как отмечал О.С.Кочнев, «к применению вазопрессоров или вазодилататоров при септическом шоке следует относиться крайне осторожно».

Тем не менее, в ряде исследований имеются указания на необходимость коррекции регионарной циркуляции и тканевой гипоксии, причем не типа «гепаринизации», а устранении симпатикотонии, назначении бета- блокаторов, альфа-адренолитиков. Б.Р. Гельфанд, А.Г. Дорфман [6] обосновывают при септическом шоке назначение допамина, который способен увеличивать мезентериальный кровоток. Более широко известно положительное влияние паранефральных новокаиновых блокад, длительной перидуральной анестезии, (Н.М. Ризаев, 1986) введении новокаина в забрюшинное пространство по микроирригатору. Однако этот эффект связывается со снятием отрицательных («тормозных») рефлексов, нежели с симпатолитическим действием самого новокаина.

Действительно, реальное включение соответствующих вазоактивных препаратов дополнительно в комплекс лечебных мероприятий является очень сложным и ответственным. Для этого необходимо понимать патогенетическое значение ангиоспазма как пусковой и длительной реакции, следует пересмотреть взгляды на механизм микроциркуляторных нарушений и считать их не результатом внутрикишечной гипертензии, а следствием артерио-венозного шунтирования. Наконец, рассматривать причину интоксикации скорее как результат метаболических нарушений и лишь во вторую очередь – как экзогенную, бактериальную. Иначе говоря, лечение распространенного перитонита должно соответствовать принципам терапии перитонеального септического шока.

Мы предвидим возражения к применению вазоактивных препаратов по причине опасности еще большего усугубления уже скомпрометированной центральной гемодинамики. Без сомнения, даже полноценное

восполнение ОЦК при необратимом септическом шоке может оказаться только кажущейся. Поэтому показания к назначению адренолитических препаратов (типа аминазина) должны выставляться превентивно, до наступления критических нарушений гомеостаза, т.е. еще в реактивной стадии перитонита.

Нам не удалось в научной литературе найти целенаправленного исследования использования вазоактивных препаратов при перитоните. Наблюдения нашего сотрудника А.В.Лазарева показали, что средняя продолжительность жизни экспериментальных животных (собаки) с использованием в комплексном лечении перитонита аминазина была увеличена до 7,6 ± 0,55 суток, что оказалось достоверно больше, чем в контрольной группе эксперимента (без применения аминазина) – 3,3 ± 0,4суток (χ^2 = 11,2; p<0,01). В клинике удалось выявить умеренное снижение летальности у больных перитонитом, используя орнид и/или аминазин (П.Е. Нечитайло, А.В. Лазарев, В.М. Ревин): из 46 больных погибло 5 человек (10,86 ± 4,5%), в контрольной группе погибло 12 человек из 59 (20,3 ± 5,2%). Разница оказалась не существенной (p > 0,05; χ^2 = 1,24), что, по-видимому, могло быть обусловлено не достаточно корректным проведением исследования (формирования групп по тяжести состояния и пр.).

Еще один аспект лечения больных перитонитом является скорее организационным. Проблема перитонита перестает быть хирургической после устранения источника, физической санации брюшной полости. Затем она становится «патофизиологической», ближе к пониманию патогенеза которой стоят реаниматологи. Именно они могут глубже оценить состояние гомеостаза, те или иные сдвиги и более «рационально» аргументировать лечение. В этом вопросе мы целиком солидарны с мнением В.А. Гологорского, Б.Р. Гельфанда, М.С. Маргулиса [6, 7]. К примеру, трактовка танатогенеза. По данным литературы, причинами смерти при перитоните являются: интоксикация, «шок» (?!), печеночно-почечная недостаточность, непосредственное действие токсинов на сердечную мышцу и пр. Не отвергая сказанное, тем не менее, нельзя не согласиться с мнением ряда исследователей [7] в том, что ведущей причиной смерти больных является сердечная недостаточность в связи с длительной неадекватной коронарной перфузией. Непростая коррекция сниженного ударного объема также лежит вне компетенции хирурга.

В заключении следует подчеркнуть, что неудовлетворительные исходы при распространенных формах перитонита вызывают необходимость более тщательного исследования патогенетических звеньев заболевания, в частности нарушений регионарной висцеральной гемодинамики. И с этих позиций должны быть внесены дополнения в комплекс лечебных, как и организационных, мероприятий. Мы далеки от мысли, что лишь коррекцией микроциркуляции и восстановлении кровотока удастся решить проблему перитонита. Тем не менее, восполнение этого звена должно положительно сказаться на улучшении результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баллюзек Ф.В., Макатун В.Н., Синдаловская И.С. Программированное лечение перитонита с применением современных методов интенсивной терапии // Тезисы докладов 31 Всесоюзного съезда хирургов. – Ташкент: 1986. – С. 28.
2 Башур Ф.А, Геймей А., Эбсолон К.Б. Кровообращение в органах брюшной полости при эндотоксином шоке и гипоксемии //XXIV конгресс Международного общества хирургов. – М.: 1972. - Т.2. – С. 189 - 191.
3 Бондарев В.И., Тараненко Л.Д., Методические особенности комплексного лечения больных острым разлитым перитонитом // Тезисы докладов 31 Всесоюзного съезда хирургов. – Ташкент: 1986. – С. 28 – 29.
4 Ваврик Ж.М. Зеленецкий Р.Г., Кулевник Н.И. Применение гипербарической оксигенации в комплексном лечении больных острым перитонитом // Тезисы докладов 31 Всесоюзного съезда хирургов. – Ташкент: 1986. – С. 32-33.
5 Гельфанд Б.Р., Мамонтова О.А. Интенсивная терапия сепсиса // 50 лекций по хирургии. - М.: Медиа - Медика, 2003. – С. 327 - 334.
6 Гельфанд Б.Р., Сергеева Н.А., Макарова Л.Д. Метаболические нарушения при инфекционно - токсическом шоке у больных перитонитом. //Хирургия. - 1989. - №7. – С. 84 - 88.
7 Гологорский В.А., Гельфанд Б.Р., Багдатьев В.Е. Синдром полиорганной недостаточности у больных перитонитом. //Хирургия. – 1988. - №2. – С. 73-75.

Б.Б. БАЙМАХАНОВ, М.У. ЖУЛОВЧИНОВ

АЙМАҚТЫҚ ЗАТ АЛМАСУ ЖӘНЕ ШАЖЫРҚАЙЛЫҚ ҚАН АЙНАЛЫМ ЖАҒЫНАН ПЕРИТОНИТ МӘСЕЛЕСІ

Түйін: Перитонит кезіндегі қолайсыз салдарлардың туындауы,осы аурудың патогенезінің толық зерттелмеуімен байланысты. Септикалық (перитонеальді) шок ретінде перитонит дамуының негізінде зат алмасу үрдістері мен микроциркуляцияның үдемелі бұзылысы жатыр. Алайда,перитонитті емдеу шараларының жүйесіндегі басты мәселе аймақтық зат алмасу мен бұзылған қан айналысын қалпына келтіру сұрақтарын шешу болып табылады.

Перитонит мәселесі аурудың біріншілік ошағын жойғанға дейін хирургиялық емді талап етеді де,біріншілік ошақ жойылғаннан соң патофизиологиялық тұрғыдан қаралып,бұл мәселе қарқынды емдеу бөлімінде шешіледі.

B.B. BAIMAHANOV, M. ZHULOVCHINOV

Resume: Problem of peritonitis in the light of mesenterial circulation and regional metabolism Evaluation of immediate outcomes in patients with urgent surgical diseases of the abdominal cavity is one of the main criteria of quality of care. The urgency of peritonitis reflects primarily the high postoperative mortality: according to the cumulative number of authors, it is (41,6 ± 2,2)% of cases. The problem is severe peritonitis form its shape - toxic and terminal when the process goes beyond local, local, and becomes the "property" of the whole body, mobilizing its capabilities at arresting the disease. Mortality is at the local and reactive peritonitis does not exceed 0,2-3,3% of cases. It should be noted that such a high mortality in common forms of peritonitis persists for decades, and it is, of course, is much higher in the surgical wards where specifically study the problem of peritonitis are not engaged. The paradox lies in the fact that such disappointing results occur against the backdrop of broader research conducted continuously analyze the causes of unsatisfactory results, as well as reports of the undoubted successes. Justified question: what are the reasons of such anxiety problems and there is a real prospect, at least partially his decision? Significant is the postulate that the results of the treatment of any disease are adequate to their pathogenetic validity. In peritonitis algorithm medical tactics perfected and raises no objections: preoperative preparation in toxic and terminal stages, urgent surgical intervention aimed at eliminating the source of peritonitis, abdominal laundering, in the postoperative period - antibiotics, filling water-electrolyte loss, correction of metabolic processes and hypoproteinemia struggle with paralytic ileus. In addition to the above, in the last 25-30 years, "tested" and received a positive assessment of selective intra-arterial administration of antibiotics and endolymphatic. Dialysis abdominal cavity was considered almost no panacea in the treatment of patients with general peritonitis, but excessive loss of

protein and electrolytes and difficult their compensation significantly reduced the number of supporters of the method. Bowel intubation - a public method in resolving severe motor disorders of the gastrointestinal tract (GIT), facilitates the fight against intoxication, allows enteral correction. However, in many cases, is not statistically proved the role of gastrointestinal decompression in reducing mortality. Mixed assessment was given to methods of detoxification in the form of forced diuresis, hemosorption and so on. The more reserved attitude of the researchers was to methods of hyperbaric oxygenation.

Peritonitis is marked as a surgery problem far force the disease source removal. And after that it is necessary to consider peritonitis as a pathophysiological problem and to solve it in the intensive care department.

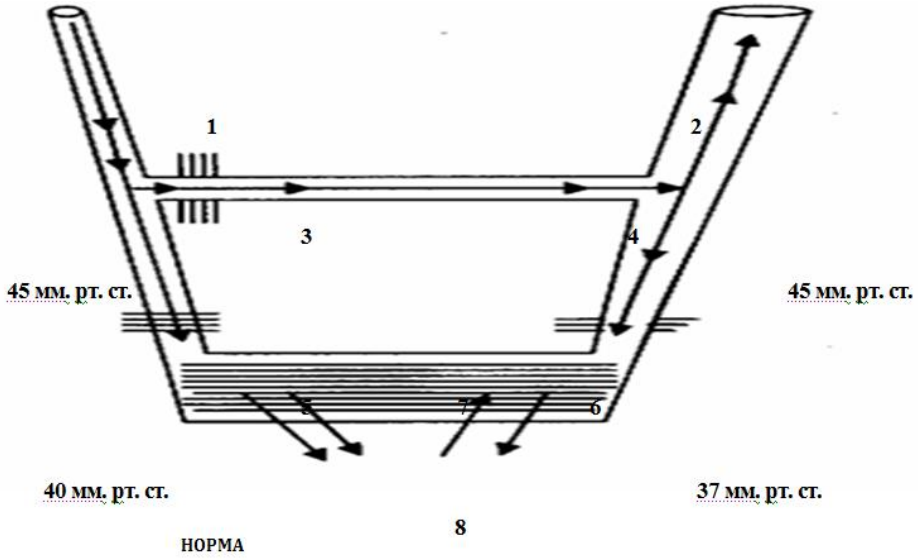
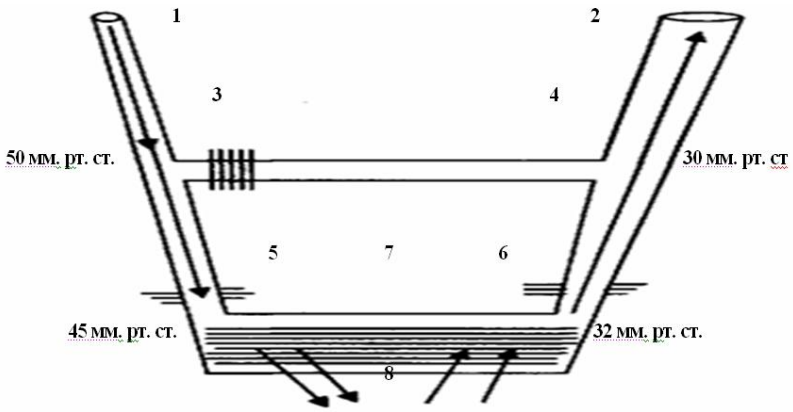


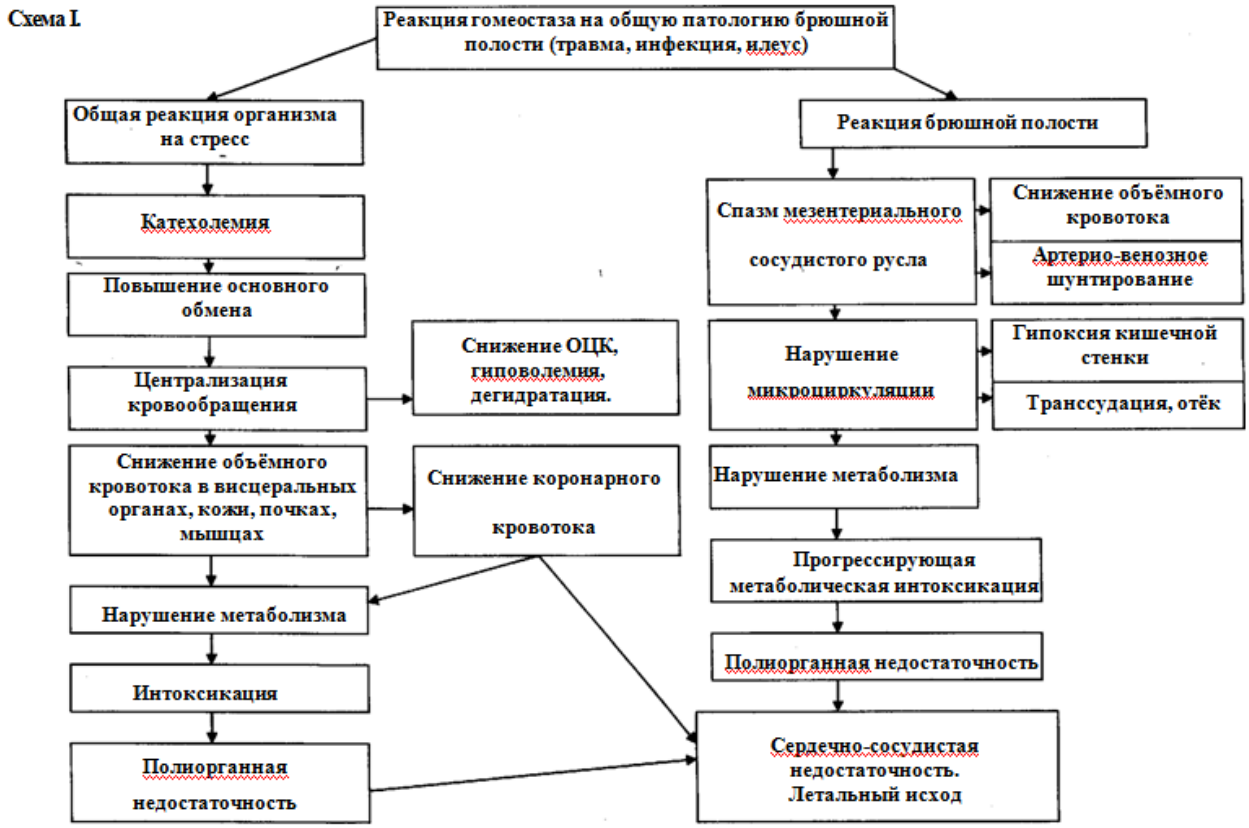
Схема 2 - гемодинамического генеза нарушения микроциркуляции СОСТОЯНИЕ ШОКА

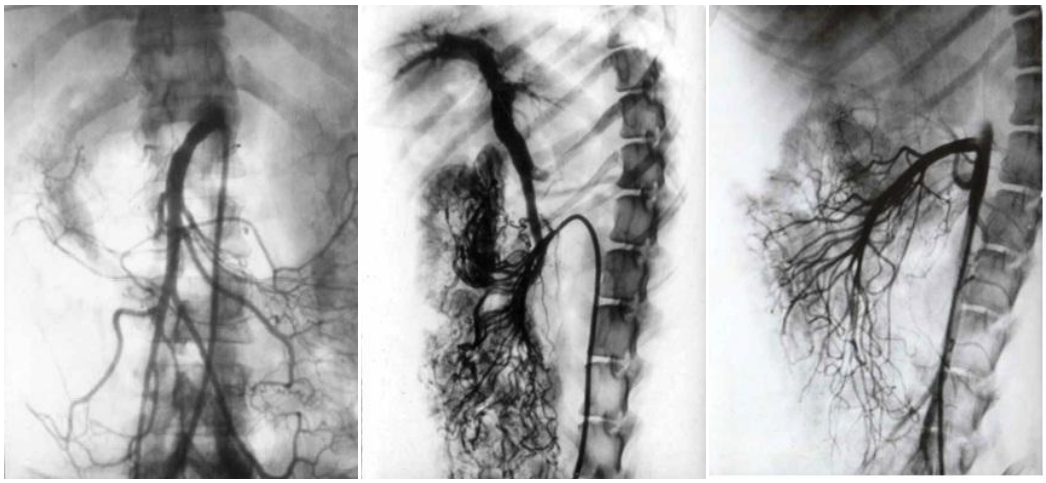
1. Спазм артериолы
2. Повышение давления в венуле
3. Открытие артериоло-венозного шунта
4. Артериоло-венознулярный шунт
5. Закрытие прекапиллярного сфинктера
6. Посткапиллярный сфинктер
7. Капилляры
8. Задержка жидкости в тканях.



1. Артериола
2. Венула
3. Сфинктер артерио-венулярного шунта
4. Артериоло-венулярный шунт
5. Прекапиллярный сфинктер
6. Посткапиллярный сфинктер
7. Капилляры
8. Зона транскапиллярного обмена жидкости.

Схема I.


Реакция гомеостаза на общую патологию брюшной полости (травма, инфекция, илеус)
Общая реакция организма на стресс
Катехолемия
Повышение основного обмена
Централизация кровообращения
Снижение ОЦК, гиповолемия, дегидратация.
Снижение объёмного кровотока в висцеральных органах, кожи, почках, мышцах
Снижение коронарного кровотока
Нарушение метаболизма
Интоксикация
Полиорганная недостаточность
Реакция брюшной полости
Спазм мезентериального сосудистого русла
Снижение объёмного кровотока
Артерио-венозное шунтирование
Нарушение микроциркуляции
Гипоксия кишечной стенки
Транссудация, отёк
Нарушение метаболизма
Прогрессирующая метаболическая интоксикация
Полиорганная недостаточность
Сердечно-сосудистая недостаточность. Летальный исход



УДК 616.12-089.81:616.126.32

И.Е. САГАТОВ
Казахский медицинский университет непрерывного образования,
Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова,
Алматы, Казахстан

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В статье представлен ретроспективный анализ непосредственных результатов протезирования клапанов сердца у 22 пациентов детского возраста, прооперированных в кардиохирургическом отделении Национального научного центра хирургии им. А. Н. Сызганова за последние 5 лет. Летальность в данной группе пациентов составила 4,6%, нелетальные послеоперационные осложнения возникли у 5 пациентов, что составило 22,7%.
Ключевые слова: *протезирование клапана, аортальный клапан, митральный клапан, трехстворчатый клапан, клапан легочной артерии, дети, подростки.*

Введение.
В настоящее время протезирование клапанов сердца у пациентов детского и подросткового возрастов является одной из актуальных проблем кардиохирургии. Морфологическими и клиническими аспектами, отличающими данные операции от таковых у взрослых, являются проявления «рестриктивной» гемодинамики при имплантации протезов малого диаметра, а также развитие картины «перероста» протеза и необходимость его замены на больший размер по мере роста ребенка [1,2].
Протезирование аортального клапана протезами малого диаметра чревато увеличением частоты послеоперационной летальности, сохранением большого градиента между левым желудочком и аортой, отсутствием регрессии массы миокарда левого желудочка и укорочением сроков выживаемости пациентов в отдаленном послеоперационном периоде [1,2,3,6,7,10].
По данным литературы, четверти детей, подвергнувшихся операции реконструкции врожденной патологии митрального клапана, в дальнейшем потребовалась замена клапана [1,2,4,5,8].
Цель исследования – провести анализ непосредственных результатов протезирования клапанов сердца у детей и подростков.
Материал и методы исследования.
Ретроспективному анализу подвергнуты непосредственные результаты хирургического лечения 22 пациентов, которым выполнено протезирование клапанов в сочетании с другими вмешательствами на сердце в период 2009-2013 гг. в Национальном научном центре хирургии им. А. Н. Сызганова (клиническая база КазМУНО). Возраст пациентов колебался от 4 до 15 лет, средний возраст пациентов составил 12,3±3,3 лет. Среди обследованных пациентов было 15 (68,2%) мальчиков и 7 (31,8%) девочек.
Причинами развития клапанных пороков у 17 (77,3%) пациентов явилась врожденная патология, у 3 (13,6%) – хроническая ревматическая болезнь сердца, у 1 (4,6%) – мискоматозная дегенерация митрального клапана, и еще у 1 (4,6%) пациента – вторичный инфекционный эндокардит.
Общее состояние пациентов до операции в большинстве случаев оценивалось как тяжелое. 20 (90,9%) пациентов были отнесены к III ФК, 2 (9,1%) – к IV ФК согласно классификации NYHA. ФВ левого желудочка в дооперационном периоде составляла в среднем (71,4±5,9) %, КСР-(2,9±0,9) см, КСО-(39,0±26,5) мл, КДР-(4,8±1,3) см, КДО-(120,9±67,1) мл, УО-(88,4±43,0) мл.
Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения, кардиоплегии (фармакохолодовой или кровяной) и гипотермии. Среднее время искусственного кровообращения составило (190,8±93,0) мин, а среднее время ишемии миокарда – (113,6±40,1) мин.
Протезирование аортального клапана (ПАК) механическим протезом выполнено у 11 (50%) пациентов, протезирование митрального клапана (ПМК) – у 7 (31,8%), протезирование трехстворчатого клапана (ПТК) – у 1 (4,6%), протезирование аортального и митрального клапанов выполнено у 2 (9,1%). Биопротезирование клапана легочной артерии выполнено (ПКЛА) у 1 (4,6%) пациента (рисунок 1).

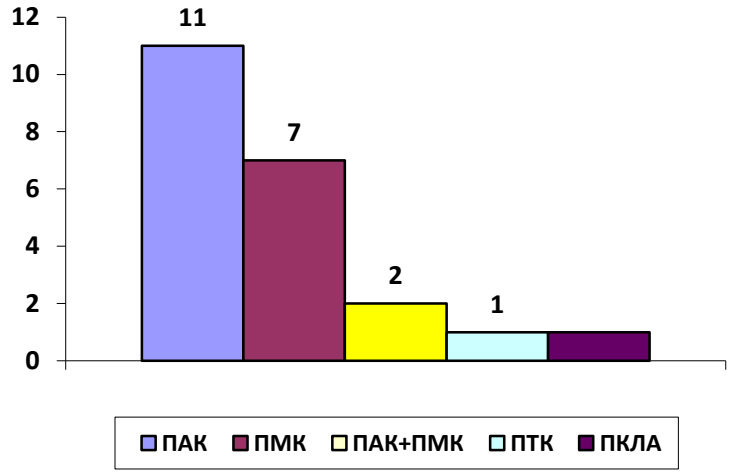


Рисунок 1 - Протезирования клапанов в зависимости от позиции

Статистическая обработка материала произведена при помощи персонального компьютера с использованием программ MS Access, Excel и Statistica 5.5. Средние величины представлены со стандартным отклонением (M±m). Различия между средними величинами считались достоверными при значениях p<0,05.

Результаты.

Основным методом диагностики врожденного поражения митрального клапана явилось ЭхоКГ, посредством которого определялись степень регургитации, состояние клапанных и подклапанных структур и размеры полостей левых отделов сердца. Регургитация на митральном клапане варьировала от 3 степени до тотальной недостаточности. При измерении полостей сердца было выявлено увеличение параметров левого предсердия в два и более раза по сравнению с возрастной нормой, а такие показатели как КСР и КДР левого желудочка были увеличены от возрастной нормы.

Окончательное решение о протезировании пораженного клапана принимали интраоперационно после оценки анатомических изменений клапанных структур. Основанием для замещения митрального клапана на искусственный механический протез было отсутствие возможности выполнения пластики ввиду грубых морфологических изменений.

Операционный риск по шкале Aristotle Basic Complexity Score (ABC Score) в среднем составил 15,2±20,6, что соответствовало 4-му высокому уровню сложности.

Сравнительный анализ уровней сложности по шкале ABC Score показал, что у пациентов, у которых ранний послеоперационный период протекал гладко, были более низкие баллы, чем у таковых, у которых ранний послеоперационный период сопровождался осложнениями: 10,1±5,0 против 12,0±3,2 (p>0,05) (рисунок 2).

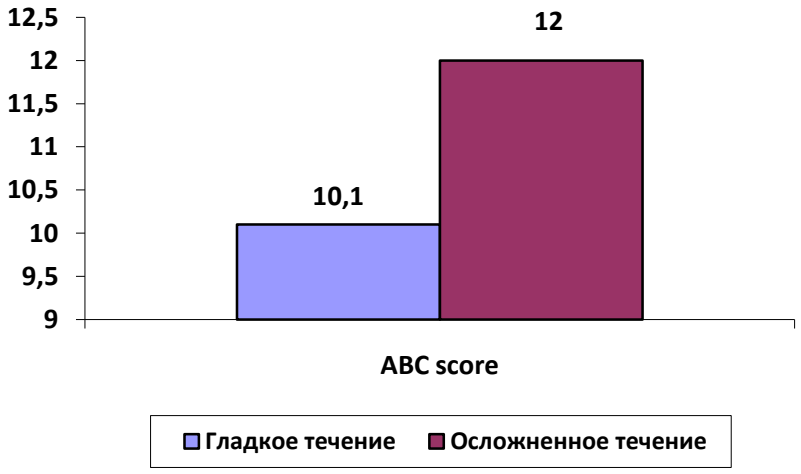


Рисунок 2 - ABC score у пациентов, которым выполнено протезирование клапанов сердца, в зависимости от течения послеоперационного периода

Все пациенты в послеоперационном периоде получали антикоагулянтную терапию. Сразу же после операции назначали гепарин с последующим переходом на непрямые антикоагулянты. Коррекция антикоагулянтной терапии проводилась под контролем показателей свертывающей системы крови.

Послеоперационная летальность в раннем послеоперационном периоде составила 4,6%. После операции Manouguan-Seybold-Epting погиб мальчик 5-летнего возраста от некупирующейся острой сердечной недостаточности. После основного этапа операции, которая включала в себя расширение фиброзного кольца с помощью синтетической заплаты и протезирования аортального клапана механическим протезом, у больного возникла острая сердечная недостаточность, которая в дальнейшем прогрессировала. Ситуация была оценена как ишемия миокарда за счет повреждения сосуда системы правой коронарной артерии. В дальнейшем был наложен аорто-коронарный шунт на правую коронарную артерию. Несмотря на это, спустя 10 мин после окончания операции в ОРИТА у больного отмечается фибрилляция желудочков, асистолия и остановка сердца. Реанимация оказалась безуспешной.

У 5 (22,7%) пациентов ранний послеоперационный период протекал с осложнениями. Кровотечение отмечено у 2 пациентов, потребовавшее рестернотомии в день операции, нарушение сердечного ритма в виде атриовентрикулярной блокады 3ст. возникли также 2 пациентов, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в сочетании с дыхательной недостаточностью наблюдали у 1 пациента.

Обсуждение.

На сегодняшний день предпочтительными являются реконструктивные операции, которые следует рассматривать как процедуру оптимального выбора у детей раннего возраста. По данным многочисленных авторов, реконструкция структур клапана у правильно отобранных пациентов дает удовлетворительные отдаленные результаты и меньшее количество осложнений, чем протезирование. Однако, грубая сочетанная патология клапанов в этой возрастной группе делает пластические операции невозможными. Для данной категории пациентов по мнению большинства кардиохирургов замещение клапана на механический протез является рациональным выбором хирургической тактики [1-8,10].

Следует отметить тот факт, что 3 из 4 постерных презентаций по врожденным клапанным порокам сердца у детей, представленных на последней 22nd Annaul Meeting of ASCVTS, 2014 (Стамбул, Турция) были посвящены реконструктивным операциям и их непосредственным и отдаленным результатам, и только 1 – протезированию клапанов [9].

Обзор литературы и собственный клинический опыт позволили сделать выводы о преимуществах и недостатках протезирования и пластических операций на клапанах сердца у детей и подростков [1-8,10].

Преимущества протезирования клапанов сердца:

– продолжительный срок работы, за исключением тех случаев, когда необходима замена клапана

Недостатки протезирования клапанов сердца:

– постоянное применение антикоагулянтов;
– шум работы протеза;
– необходимость в повторном оперативном вмешательстве из-за «перероста» протеза;
– сравнительно низкие показатели качества жизни в отдаленные сроки после операции.

Преимущества реконструктивных операций:

– отсутствие необходимости применения постоянной антикоагулянтной терапии;

– отсутствие шума работы клапана;
– сравнительно высокие показатели качества жизни в отдаленные сроки после операции.

Недостатки реконструктивных операций:
– ограничение показаний при грубых изменениях клапанных и подклапанных структур, и при сочетании клапанной патологии с другими ВПС.

Известно, что основными показаниями к протезированию клапанов являются выраженность нарушений кровообращения, нарастание интенсивности аускультативной картины порока, а также прогрессирующие изменения на ЭКГ и рентгенограмме. Среди гемодинамических параметров, полученных при ЭхоКГ-исследовании, решающее значение имели пиковый и средний градиенты, эффективная площадь отверстия протеза и др.

Общепринятым является мнение, что сохранение собственного клапана всегда предпочтительнее по сравнению с его протезированием, при условии возможности выполнения адекватной реконструктивной операции. С другой стороны, пластическая операция всегда увеличивает время искусственного кровообращения и пережатия аорты, что в свою очередь может являться фактором риска в раннем послеоперационном периоде у маленьких детей.

Наиболее частыми причинами летальных исходов после протезирования клапанов сердца у детей являются травмы коронарных артерий или сужение их устьев, острая сердечная недостаточность, инфекционный протезный эндокардит, острые нарушения ритма и проводимости, синдром полиорганной недостаточности, парапротезные фистулы, массивное легочное кровотечение, субаортальная обструкция [1-8,10].

Выводы.

Дети и подростки, которым выполнялось протезирование клапанов сердца, представляют контингент пациентов с повышенным операционным риском. Согласно нашим данным, процент свободы от осложнений в раннем периоде после протезирования клапанов сердца у детей и подростков в основном был связан с нарушениями сердечного ритма в виде атриовентрикулярных блокад.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Чиаурели М.Р., Самсонов В.Б., Сабиров Б.Н., Данилов Т.Ю. «Пятнадцатилетний опыт протезирования клапанов сердца у детей» // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2013. - №5. – С.13-18.
2 Константинов О.В. «Результаты расширения корня аорты по методу Manouguan-Seybold-Epting у детей с врожденными пороками аортального клапана» // Дис. … к.м.н. - М.: 2005. – С.58-65.
3 Alsoufi B. Aortic valve replacement in children: Options and outcomes. // J Saudi Heart Assoc. 2014 Jan;26(1):33-41.
4 Gupta U, Valencia G, Khan MS, Morales M. A rare case of hemolytic anemia in a pediatric patient due to ring dehiscence after mitral valve repair: utility of real-time three-dimensional imaging and management. // Pediatr Cardiol. 2014 Jan;35(1):180-182.
5 Jiang Z, Mei J, Ding F, Bao C, Zhu J, Tang M, Ma N, Huang J, Shen S. The early and mid-term results of mitral valve repair for mitral regurgitation in children. // Surg Today. 2013 Dec 22.
6 Kalangos A, Myers PO. Aortic cusp extension for surgical correction of rheumatic aortic valve insufficiency in children. // World J Pediatr Congenit Heart Surg. 2013 Oct;4(4):385-391.
7 Khan MS, Samayoa AX, Chen DW, Petit CJ, Fraser CD Jr. Contemporary experience with surgical treatment of aortic valve disease in children. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Sep;146(3):512-520.
8 Kumar AS. Surgical options in rheumatic mitral valve disease in children: a surgeon's perspective // World J Pediatr Congenit Heart Surg. 2014 Jan 1;5(1):80-84.
9 Sagatov I.Ye. Modeling of the operational risk in patients of cardiosurgical profile // 22nd Annual Meeting of the ASCVTS, Abstract book – Istanbul, Turkey – 2014 – P.789.
10 Saleeb SF, Newburger JW, Geva T, Baird CW, Gauvreau K, Padera RF, Del Nido PJ, Borisuk MJ, Sanders SP, Mayer JE. Accelerated degeneration of a bovine pericardial bioprosthetic aortic valve in children and young adults. // Circulation. 2014 Jul 1;130(1):51-60.

I.E. САҒАТОВ

БАЛА ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМ ЖАСЫНДАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮРЕК ҚАҚПАҚШАЛАРЫН ПРОТЕЗДБЕН АУЫСТЫРУ: ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРҒА ТАЛДАУ ЖАСАУ

Түйін: Мақалада А. Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталғында соңғы 5 жыл ішінде оталау емін қабылдаған 22 науқастың алғашқы нәтижелері көрсетілген. Өлім жиілігі 4,6% құраса, летальдық емес оталалаудан кейінгі асқынуларі 5 науқаста дамып, 22,7% жиілікті құрады.

Түйінді сөздер: қақпақшаны протезбен ауыстыру, қолқа қақпақшасы, митральды қақпақша, үшжармалы қақпақша, өкпе артериясының қақпақшасы, балалар, жасөспірімдер.

I.YE. SAGATOV
Kazakh Medical University Continuing Education,
Syzganov National Research Center of Surgery,
Almaty, Kazakhstan

PROSTHETIC HEART VALVES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Resume: The article presents a retrospective analysis of the immediate results of prosthetic heart valves in 22 pediatric patients who had surgery in the cardiac surgery department of the National Research Center of Surgery. AN Syzganov over the past 5 years. Mortality in this group of patients was 4.6%, non-fatal postoperative complications occurred in 5 patients, accounting for 22.7%.

Currently, prosthetic heart valves in patients childhood and adolescence is one of the pressing problems of cardiac surgery. Morphological and clinical aspects that distinguish these operations from those of adults, are manifestations of "restrictive" hemodynamics in small-diameter prosthetic implantation, as well as the development of the picture "break" the prosthesis and should be replaced at a larger size as the child grows [1,2].

Aortic valve prostheses small diameter is fraught with increasing frequency of postoperative mortality, preserving the large gradient between the left ventricle and the aorta, the lack of regression of left ventricular mass and a shortened term survival of patients in the late postoperative period [1,2,3,6,7,10].
According to the literature, a quarter of children who underwent surgery reconstruction of congenital abnormalities of the mitral valve, further required valve replacement [1,2,4,5,8].
The purpose of the study - an analysis of the immediate results of prosthetic heart valves in children and adolescents.
Material and methods.
Retrospective analysis subjected to immediate results of surgical treatment of 22 patients who underwent valve replacement in combination with other interventions on the heart in the period 2009-2013. National Scientific Center of Surgery. AN Syzganov (clinical base KazMUNO).
The age of patients ranged from 4 to 15 years, the average age of the patients was 12,3 ± 3,3 years. Among the patients studied was 15 (68.2%) boys and seven (31.8%) girls.
The reasons for the development of valvular in 17 (77.3%) patients was congenital abnormality in 3 (13.6%) - chronic rheumatic heart disease, and 1 (4.6%) - miskomatoznaya degeneration of the mitral valve, and a further 1 (4.6%) patients - secondary infective endocarditis.
Keywords: prosthetic repair of valve, aortal valve, mitral valve, tricuspid valve, valve of a pulmonary artery, children, teenagers.

УДК 616.34 – 007.431

А.З. САТХАНБАЕВ, М.Х. БИГАЛИЕВ, Қ. ДҮЙСЕБЕКҰЛЫ, К.Ж. ТУЛЕМИСОВ, С.К. ЖОЛДАСОВ
Х.А.Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің хирургия, анестизиология-реанимация және жедел жәрдем кафедрасы
Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы

ПРОЛЕНМЕН ГЕРНИОПЛАСТИКА НӘТИЖЕЛЕРІ

Авторлар Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасында соңғы үш жылда әр түрлі локализациясымен түскен жарықтардың оталық емінің нәтижелерін, жарықтардың пластикасының классикалық түрлерін және «пролен» аллосеткасын қолданғандағы айырмашылықтарын сараптауды мақсат еткен. Ол үшін 933 ауруды негізгі (186;18%) және бақылауша топтарға бөліп (747;82%), отадан кейінгі жақын және кеш асқынуларды сараптаған. Нәтижесінде Шымкент қаласында соңғы жылдары жарық саны, оның ішінде жедел жағдаймен түскендердің азайғанын, пролен сеткесін қолдануының көбейгенін, оның жақсы нәтижелігін және айтарлықтай асқына бермейтіні дәлелдейді.
Түйінді сөздер: *жарықтар, герниопластика, пролен, Шымкент қалалық жедел медициналық жәрдем ауруханасы (ШҚЖМЖА).*

Кіріспе: Хирургиялық тәжірибеде, әсіресе жедел хирургияда, жарықтарды емдеу сұрағы әлдеде актуалды болып тұр. Жарықтардың пластикасының жүздеген тәсілдері бар, әсіресе шап жарықтарында 10-25% дейін үлкен деңгейде рецидивтері болатын, ең жиі кездесетін шап жарықтарының герниопластикасы хирургияның проблемаларының бірі болып қалып тұр [1,4,5].
Клиникалық тәжірибеге кеңінен еңгізілген синтетикалық тор эндопротездері рецидивтерді 0,9-3,8% дейін азайтуына қол жеткізді [1,2,5]. Бірақ кейбір имплантантты қолдану біраз асқынуларға әкеледі: жараның іріңдеуі, инфилтрат, серома, жыланкөз, имплантант секвестірі түзелуі. Бір жылдың ішінде 30% дейін тордың бүрсінуіне әкелетін асқынуда кездеседі [1,6]. Протездеуші герниопластикадан кейінгі жарық рецидитерінің негізгі себебі тіндердегі репаративті процестердің бұзылуынан болған эндопротездің интеграциясының жетіспеушілігі [6]. Синтетикалық материалдардың жетілдіруі, текстилді негізінің бекемдік қасиеттерінің, биоинерттілігінің және тіндік қасиеттерінің дұрысталуы протездеуші герниопластиканың нәтижелерін жоғарлауына акелді [3,4,7]. Көптеген авторлардың айтуынша полипропиленге қарағанда биоинертті материал ретінде тіндік реакциясын болмашы және пластика аймағында қабыну- тыртықтану процесін аз қоздыратын жарықтарды пластикалауға оптималды синтетикалық материал болып пролен табылады [6,7]. Сонымен бірге, аллотрансплантант пен “тартусыз” герниопластиканы кеңінен қолданғанымен, өзінің тіндерін қолданып жасаған, рецидивсіз герниопластика әлдеде актуалды [1,5].

Жұмыс мақсаты **–** соңғы жылдары Шымкент қалалық жедел медициналық жәрдем ауруханасында неше түрлі локализациядағы жарықтардың қақпаларын классикалық тәсілдермен және аллопластикалық тормен пластикалаудың нәтижелерін сараптау болып табылады.

Материалдар мен тәсілдер.
Жұмыста ШҚЖМЖА соңғы үш жылдағы жарықтармен түскен 933 аурудың ауто және аллопластикалық жолмен жасалған герниопластикалар динамикада салыстырмалы сарапталған. Барлық аурулар 2 топқа бөлінген: 1-негізгісіне герниопластиканы проленмен жасаған 186 (18%) науқас құрады, ал 2-і бақылау тобына жарықтардың қақпасын классикалық әдістермен жапқан 747 (82%) кірді.
Жансыздану әдістері индивидуалды қарастырылды: жергілікті инфилтрациялық, жалпы эндотрахеалды наркоз, жұлындық және эпидуралды анестезия.
Жақын мерзімді нәтижелерді сараптау критериялары - отадан кейінгі ауырсыну синдромы, асқынулар жиылығы және стационарлық емнің ұзақтығы болды. Алыс мерзімді нәтижелерді - созылмалы отадан кейінгі ауырсыну синдромы және рецидивтердің болуын құрады.

Нәтижелер және сараптау.
Соңғы 3 жылда ШҚЖМЖА 933 ауру жарық бойынша хирургиялық ем алды. Олардың 667 немесе 71% жедел жағдайда жарықтың қысылуымен түскен. Осы жылдары қысылуымен асқынған жарықтар санының азаюы байқалады: 2011ж.-354 оның 287 (81%) жедел жағдайда, 2012ж.-308 оның 195 (63%) жедел жағдаймен, 2013ж.-271, оның 187 (68%) жедел жағдаймен түскен.

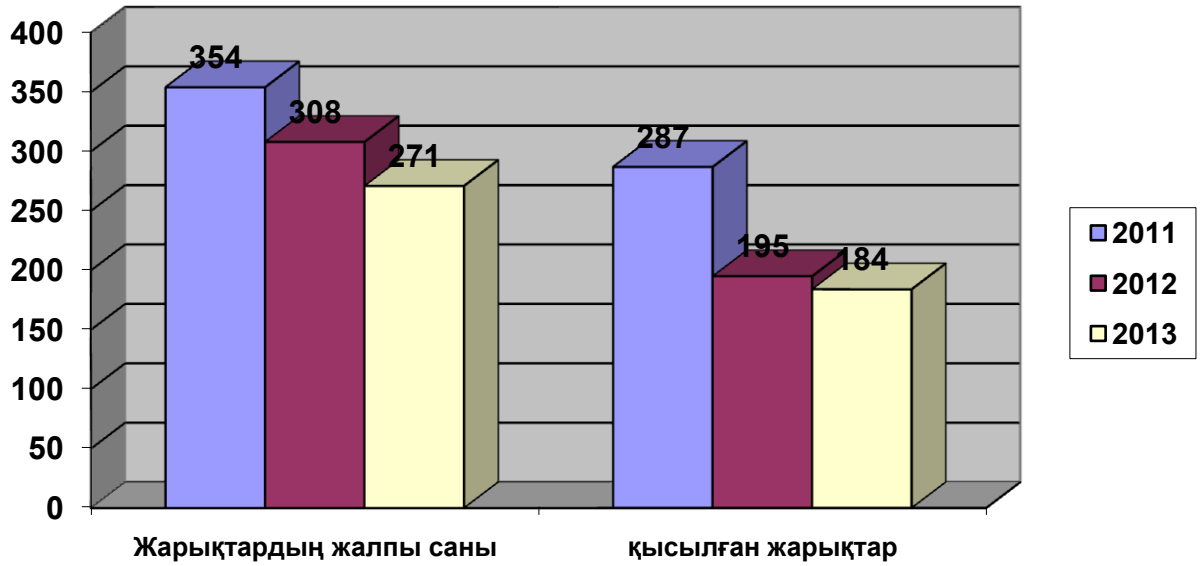


Рисунок 1 - Жарықтар санының динамикасы

Хирургиялық белсенділік жоғарғы деңгейде қалып тұр: 2011ж-97%, 2012ж.-100%, 2013ж.-98%.

Өлім саны созылмалы жүрек шамасыздығы, өкпе артериясының тромбоэмболиясы сияқты қосалқы аурулармен байланысты: 2011ж.- болған жоқ, 2012ж.-5рет немесе 2,6%, 2013ж.-3 рет немесе 1,6%.

Төсекте жату орта есебі төмендеуде: 2011ж.-6,8, 2012ж.-6,7, 2013ж.-6,5. Жарықтардың көбісі 45,9% шап жарықтары, одан кейін 37,7% вентралды жарықтар, кіндік жарықтары – 13,6%, ал сан жарықтары- 3,2% құрады.

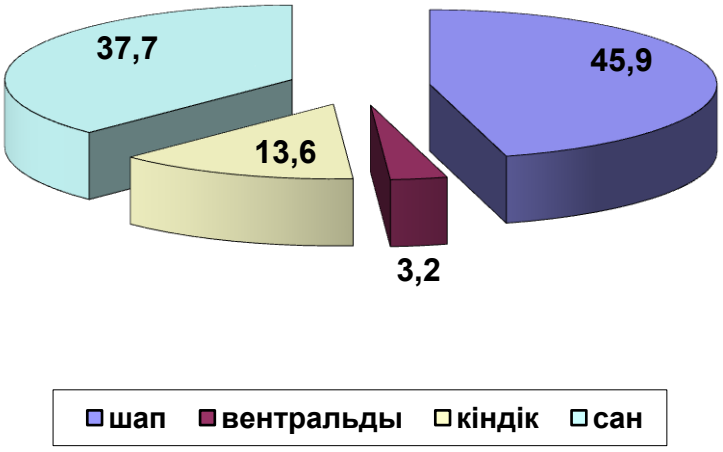


Рисунок 2 - Жарық түрлері

Шап жарықтарының көбісі немесе 83% ерлер құрайды, ал жарақаттардың басқа локализацияларында әйелдер басым: сан жарығында-85,7%, кіндік жарығында-82,7%, вентралды жарықта-76%.

Жасына қарай шап жарықтары біркелкі, сан жарықтары – 85%-те. 70 жастан үлкендерде, кіндік және вентралды жарықтар 50-69 жасқа тән.

Проленмен пластика тек үлкен, гигантты және рецидивті жарықтарда жасалынды, ал қатардағы жағдайларда жарық пластикасының классикалық әдістері қолданылды.

2013 жылы шап жарықтарының пластикасы проленмен 23%, Спасокукоцский-42%, Постемский-23%, Бассини-12% әдістерімен жасалынды. Алдағы жылдармен салыстырғанда проленмен пластика саны көбеюде: 2011ж.-16%, 2012ж.-19%.

Кіндік жарықтарының пластикасында 2013 жылы пролен-24% қолданылғаны, ал Сапешко бойынша -40%, Мейо бойынша-33% жасалынды. Алдынғы жылдарға қарағанда проленмен пластика саны көбеюде: 2011- 11%, 2012-16%.

Вентралды жарықтардың пластикасында 2013 жылы пролен торы 54 % қолданылған, ал Сапешко бойынша 18%, жергілікті ұлпалармен 28% жасалынды. Бұндада алғашқы жылдармен салыстырғанда саны көбеюде: 2011ж-26%, 2012ж-41%.

Сан жарықтарында пролен қолданылған жоқ, пластика негізінен Бассини бойынша жасалынған.

Асқынулар бойынша герниопластикалардың классикалық әдістерімен пролен қолданғандағы статистикалық шынайы айырмашылық табылмады. Жақын мерзімді асқынулар 0,56% құрады. Оның ішінде: жара аймағында қатты ауырсыну классикалық герниопластикада-0,4%, ал проленмен пластикада-0,16%, жаралардың іріңдеуі-0,4% және 0,1%, серома түзелуі-0,2% және 0,6% құрады. Кеш асқынулар жалпы 3,2% болды. Оның ішінде жарық

рецидивтері-2,5%: классикалық пластикаларда-1,6%, проленмен пластикада-0,9%. Жара аймағындағы созылмалы ауырсыну-0,7% кездесті: оның ішінде классикалық пластикада-0,5%, проленмен пластикада-0,2%.

Қорытындылар.

1.Соңғы жылдары Шымкент қаласында жарық бойынша оталар саны азаюда, әсіресе жедел жағдайда. Бұл үрдіс бірте-бірте жарығы бар аурулардың санациясы дұрысталғанын және жоспарлы гаспитализациясының реттелуін көрсетеді.

2. Жарықтардың ең жиі локализациясы шап және вентралды болып қалып тұр.

3. Соңғы жылдары үлкен, гигантты және рецидивті жарықтарда пролен торымен герниопластика саны көбеюде.

4. Пролен ерте және кеш асқынулары аз беретін ең тиімді аллотрансплантант екендігін көрсетті.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Алиев С.А., Алиев Э.С. Модифицированный способ паховой герниопластики // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - СПб: 2013. - Том. 172. - №4. - С. 68-71.

2 Алекберзаде А.В, Калюжная Е.Н. Липницкий Е.М. Результаты пластики пахового канала по Lichtenstein // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов. - М.: 2010. - С.15-17.

3 Алишахов Ш.А, Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л. Результаты применения протезирующих паховых герниопластик // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов. - М.: 2010. - С. 21-23.

4 Бабурин А.Б., Самсонов А.В. Паршаков В.В. Возможные пути профилактики рецидивов паховых грыж // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов. - М.: 2010. - С. 26-27.

5 Десяткин В.Б., Павленко В.В., Старченко С.Б. и др. Результаты лечения больных с паховыми грыжами различными способами герниопластики задней стенки пахового канала // Актуальные вопросы герниологии: Материалы VII конференции герниологов. - М.: 2010. - С. 84-86.

6 Сурков Н. А. Заринская С.А., Виссарионов В.А. и др. Особенности репаративных процессов передней брюшной стенки в зоне имплантации сетки из пролена // Анн. пласт, реконстр. и эстет. хирургии. – М.: 2002. - №1. - С.52-61.

7 Conze J., Kingstnorth A.N., Flament J.B. et al. Randomised clinical trial comparing linhtweight composite mesh with polyester or polypropylene mech for incisional hernia repair // Bz. J.Surg. - 2005. - Vol.92. - № 12. - P. 1488-1493.

А.З.САТХАНБАЕВ, М.Х.БИГАЛИЕВ, Қ.ДҮЙСЕБЕКҰЛЫ, К.Ж.ТУЛЕМИСОВ, С.К.ЖОЛДАСОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРОЛЕНОМ

Резюме: Авторы поставили цель проанализировать результаты хирургического лечения грыж различной локализации за последние 3 года с применением классических способов герниопластики и использования аллопластической сетки. Для этого 933 поступивших больных разделены на 2 группы: основную 186 (18%) и контрольную -747 (82%), среди которых проведен анализ ранних и поздних осложнений. В результате выявлено, что в г.Шымкенте за последние года уменьшается количество госпитализаций с грыжами, особенно в экстренном порядке. Использование проленовой сетки увеличивается, установлено его результативность и малое количество осложнений.

A.Z. SATKHANBAEV, M.H. BIGALIEV, K. DUYSEBEKULI, K.J. TULEMISSOV, S.K. JOLDASOV

RESULTS HERNIOPLASTY WITH PROLENE

Resume: The author set a goal to get result of the performed operations of hernia with different localizations for the last three years in Shymkent Emergency Hospital of emergency medical service and also different classical types of hernias and observance of results of using of prolene mesh. For this purpose he divided 933 patients into the main (186; 18%) and observant (747; 82%) groups, also he investigated patients after operation and patients with advanced stage of hernia. As a result in recent years decrease of patients number with hernia was revealed , namely patients with advanced stage of hernia, also using of prolene mesh was increased, its good results and this prolene mesh does not allow to illness development.

УДК 616.33+616.

А.З. САТХАНБАЕВ, М.Х.БИГАЛИЕВ, У.А. МУКАНОВА, Қ.ДҮЙСЕБЕКҰЛЫ, Ж.Ж.МАЛИБЕКОВ
Х.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университетінің хирургия анестезиология-реаниматология және жедел жәрдем кафедрасы.
Шымкент қалалық жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы

АСҚАЗАН ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ОЙЫҚ ЖАРАЛАРЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл жұмыста соңғы 3 жылда Шымкент қалалық жедел медициналық жәрдем ауруханасында асқазан және 12 елі ішек ойық жараларының асқынуларын емдеу нәтижелері сарапталған. Жалпы 904 емделген аурулардың 96,5%-ы жедел, ал 3,5%-ы жоспарлы түрінде түскен. Асқынулардың 54%-ы жарадан қан кетумен, 25%-ы жараның тесілумен, ал қатты ауырсыну синдромымен, пенетрациямен, стенозбен және малигнизациямен түскендер 21%-ды құраған. Хирургиялық белсенділік жоғарғы деңгейде қалып тұр: жара тесілуінде – 100%, қансырағанда – 23%, ал басқа асқынуларда 52%-дан 58%-ға дейін жоғарылаған. Барлық емделгендердің 67%-ын 12 елі ішек, ал 33%-ын асқазан ойық жаралары құраған. Асқазан резекцияларының көбісі Б-II Ру бойынша анастомозбен жасалынған. Жедел оталар қан кетудің F-I және рецидивінде немесе F-II, яғни рецидивтін жоғарғы ықтималдығында жасалған. Рационалді оталық тактика отадан кейінгі леталностың және асқынулардың төмендеуіне әкелді.

Түйінді сөздер: *асқазан ойық жара ауруы (АОЖА) және он екі елі ішек ойық жара ауруы (ОЕІОЖА), тесілген асқазан ойық жарасын тігу (ТАОЖТ) және (ТОЕІОЖТ), Б-І және Б-ІІ бойынша асқазан резекциясы, асқазан-ішектен қан кетуі (АІКК), ойық жараның тесілуі (ОЖТ).*

Кіріспе. Жедел абдоминалды хирургияда ойық жараларды емдеу әлдеде қиындықтарды туғызады [5]. Оның негізгі себептері: 1. Заманауи гастроэнтерология және фармация жетістіктеріне қарамай ойық жара ауруының біріншілік науқастану санының жоғары болып қалуы-100 мың адамға 2000 рет, және оның асқынулары 15% дейін [3].

2. Хирургиялық стационарлардағы ем тактикасын белгілеу және ота түрін анықтаудағы әртүрлі көзқарастар болуы.

3. Асқазандағы жоғары секрецияның, асқазан және он екі елі ішек кілегей қабатының қорғанысының төмендеуін, протективті простагландиндердің дефицитін, жоғарғы орталық жүйке жүйесінің ықпалын және H.pylorігдың этиологиялық орнын ульцерогенездің және оның асқынуларын қамтитын патогенез механизмдері бүгінгі таңда бұл ауруға бір жақты және қарапайым көз қарасқа жол бермейді [1,2,4,5].

Жұмыс мақсаттары-соңғы 3 жылдағы Шымкент қалалық жедел медициналық жәрдем ауруханасындағы (ШҚЖМЖА) асқазан және он екі елі ішек ойық жарасымен түскен ауруларды хирургиялық ем нәтижелерін сараптау.

Материалдар және тәсілдер.

Соңғы үш жылда ШҚЖМЖА АОЖА және ОЕІОЖА хирургиялық ем нәтижелерін салыстырмалы сараптау жасалынған. Аталған уақытта ШҚЖМЖА жедел хирургиялық патологиямен барлығы 12456 ауру емделген: 2011жылы-4860, 2012жылы-3965, 2013 жылы 3631, яғни ауру санының азаю байқалады. Бірақ хирургиялық белсенділік жоғары болып қалып тұр: 2011ж.-77%, 2012ж.-77%, 2013ж.-79%. АОЖ және ОЕІОЖ асқынуларымен 904 ауру түскен, немесе барлық аурулардың 7%. Олардың 873 немесе 96,5% жедел, ал 31 немесе 3,5% жоспарлы түрінде. 490 ауру немесе 54% асқазан және ішектің қан кетуімен, 227 немесе 25% жараның тесілуімен, ал қалған 181 немесе 21% ауырсыну синдромы, пенетрация, стеноз және малигнозация сияқты басқа асқынулармен түскен.

Жылдар бойынша динамикада ойық жаралармен түскендер саны айтарлықтай азаюы байқалады: 2011ж.-326, 2012ж.-326, 2013ж.-252. Ал асқынулар бойынша: 2011ж.-59% қан кету, 25% жара тесілуі, 16% басқа асқынулар; 2012ж.-52% қан кету, 22% жара тесілуі, 26% басқа асқынулар; 2013ж.-51% қан кету, 29%-жара тесілуі, 20%-басқа асқынулар болды.

Қарап тұрсақ қан кетудің саны-59% дан 51% дейін азайған, ал басқа асқынулардың саны (ауырсыну синдромы, пенетрация, стеноз, малигнизация) 16% дан 26% дейін көбейген.

Хирургиялық белсенділік тесілген жараларда 100% болып қалып тұр, қан кетуде 23-21%, ал басқа асқынуларда 52% ден 58% дейін жоғарлаған.

Леталдық тесілген жараларда 3,6-3,9%, қан кетуде 6,2-9,1%, ал басқа асқынуларда 6,8-5,6%.

Төсекте орташа жату жара тесілуде аздап көбейген – 6,9-7,2-8,8, қан кетудеде – 6,8-7,8-8,6, ал басқа асқынуларда орташа 8,3 құрайды.

Барлық ойық жаралардың 33% асқазан жаралары, ал 67% он екі елі ішек жаралары құрайды. Еркектер -81%, әйелдер-19%.

Жасы бойынша асқазан ойық жараларының 60% 50 жастан жоғары, ал он екі елі ішектің ойық жараларының 59% 49 жасқа дейін кездеседі.

Локализация бойынша: асқазан ойық жарасы денесінде 41%-да, пилорикалық бөлігінде-18%-да, антралды бөліктi-17%-да, кіші иірімде-13%-да, кардий және субкардийде 11%-да кездеседі, ал он екі елі ішек ойық жалары пиязшаның алдыңғы қабырғасында 52%-да, артқы қабырғасында-27%, постбульбарлы-17%-да, ал 4% “сүйісетін” жаралар кездеседі.

Асқазан ойық жараларына аталған асқынулар тән: қан кету-55%, перфорация-17%, стеноз-5%, малигнизация-5%, пенетрация-2%, аралас-2%, ал 14% жараның өршуі. Он екі елі ішек ойық жараларда қан кету -39%-да, перфорация-26%-да, пенетрация-7%-да, стеноз-6,6%-да, аралас 6,4%-да, малигнизация 0,8%, ал 19%-да жараның өршуі кездеседі.

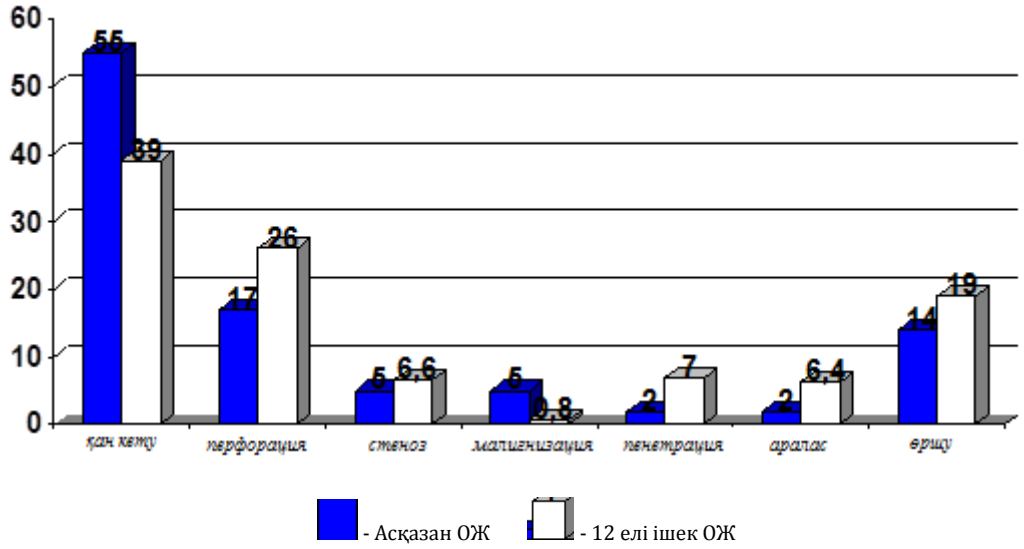


Рисунок 1 - Ойық жара ауруының асқынуларының жиілігі

№1 диограммада көрінгендей қан кету мен малигнизация АОЖ, ал перфорациямен стеноз және пенетрация ОЕІОЖ тән.

Оталық белсенділік жалпы 51% құрады. АОЖ-42%, ал ОЕІОЖ-55% болды. Оталардың саны және түрі төмендегідей болды.

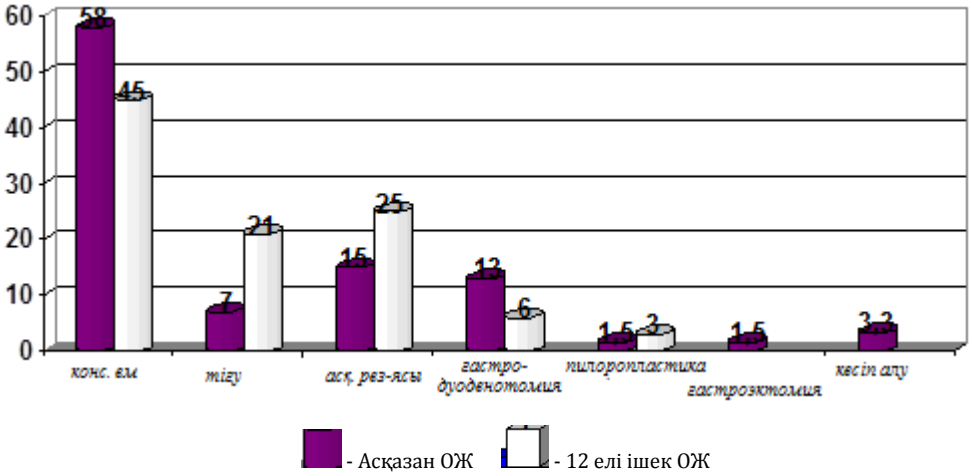


Рисунок 2 - Оталар түрлері

Тесілген жараны тігу ОЕІОЖ 21%, ал АОЖ-7%. Асқазан резекциясы ОЕІОЖ көбірек -25%, ал АОЖ-15%. Гастротомия және қанаған жараны тігу 13% дуоденотопиядан көп кездесті-6%, пилоропластика ОЕІОЖ екі есе көп жасалды 3% және 1,5%, ал гастроэктомия 3,3% және жараны кесіп алып тастау 1,5% тек АОЖ жасалынды.

Асқазан резекциясы көбіне ОЕІОЖ жасалынды.

Жедел оталар қан кетудің өршіген кезінде, консервативті емінің нәтижесіздігінде, рецидивте және рецедивтің жоғары ықтималдығында, яғни Forest I және Forest II жасалынды.

Отаның көлемі аурудың және жараның жағдайына, хирургтың тәжрибелігіне және тәуліктің мерзіміне байланысты болды. Б-II отасы негізінде Ру бойынша гастроэнтероанастомозбен аяқталды.

Отадан кейінгі асқынулар 1,6% тек жараның іріңдеуімен сипатталды.

Қорытындылар.

1. Ойық жара ауруының асқынуларымен түскендердің саны азаюда: 2011ж.-326, ал 2013ж.-252. Бірақ жедел жағдайда түскендер саны жоғары болып тұр – 96,5%.
2. Ойық жараның асқынулары жиылығы сақталуда: қан кету-54%, перфорация-25%, басқалары-21%. Сонымен қатар қан кетудің мөлшері-59%-дан 51%-ға азайған, ал басқа асқынулар саны 16%-дан 26% көбейген.
3. Ойық жаралардың 33% асқазан, ал 67% он екі елі ішек жаралары, ерлер-81%, ал әйелдер 19% құрайды.
4. Хирургиялық белсенділік перфорацияда 100%, қан кетуде 23-21%, ал басқа асқынуларда аздап жоғарлаған 52%-дан 58% дейін. Асқазан резекциясы көбіне 17%-да Б-II Ру тәсілімен, ал 11% Б-I бойынша жасалынды.
5. Рационалды хирургиялық тактика перфорацияда 3,6-3,9%, қан кетуде 6,2-9,1%, басқа асқынуларда 6,8-5,6% леталдыққа қол жеткізді, ал отадан кейінгі асқынулар 1,6% құрады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ
1 Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с H.pylori (материалы консенсуса Маастрихт-3) // Consilium Medicum: Гастроэтерология. - 2006. - №1. - С. 3-8.
2 Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. - СПб.: Гиппократ, 2000. - 360 с.
3 Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. - 2003. - №3. - С. 43-49.
4 Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. - М.: Либерия, 1999. - 416 с.
5 Ромашенко П.Н., Майстренко Н.А., Коровин А.Е. и др. Новые подходы в лечении больных с перфоративной дуоденальной язвой // Вестник хирургии имени И.И.Грекова. – 2013. - №3. - С. 42-50.

А.З. САТХАНБАЕВ, М.Х.БИГАЛИЕВ, У.А. МУКАНОВА, Қ.ДҮЙСЕБЕКҰЛЫ, Ж.Ж.МАЛИБЕКОВ
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме: В работе проанализировано состояние хирургической помощи больным с осложнениями язвенной болезни в Шымкентской городской больнице скорой медицинской помощи за последние 3года. Из всех 904 больных 96,5% поступили в экстренном, а 3,5% в плановом порядке. 54% осложнений составили кровотечения, 25% прободные язвы а 21% другие осложнения. Хирургическая активность остается высокой: при перфорации 100%, кровотечения-23%, а при других осложнении увеличились с 52% до 58% . 67% всех язв составили язвы 12 п. кишки, а 33% язвы желудка. Большинство резекций желудка сделаны по Б-II с анастомозом по Ру.
Экстренные операции проводились при Forest-I и рецидиве или Forest-II, когда была большая вероятность рецидива.
Рациональная хирургическая тактика позволила снизить летальность и послеоперационные осложнения.

A.Z.SATKHANBAEV, M.H.BIGALIEV, U.A.MUKANOVA, K.DUYSEBEKULI, J.J.MALIBEKOV
CLINICAL EXPERIENCE THE SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER

Resume: In this work results of treatment with the complicated diseases of a stomach and duodenal ulcer for the last 3 years in Shymkent Hospital of emergency medical service were investigated. From total 904 patients 63.5 % were admitted in emergency situations, and 3.5 % - routinely. From them 21 of patients were admitted with frank pain syndrome, penetration, stenosis and malignant transformation. Surgical activity is at high level: at perforated ulcer 100%, at gastrointestinal hemorrhage within 23%-21%, and at other complications with some increase from 52% to 58%. Resection B-II is carried out more often with B-II Ru with anastomozy. Emergency operations are made only at bleeding height on F-I and recurrence or at a high probability of recurrence, i.e. at F-II. Rational surgical tactics led to decrease in postoperative lethality and complications.

УДК 616.366-003.7

К.Т. ТУРСУНОВ, А.А. САГЫМБАЕВА, А.А. САГЫМБАЕВА
Кафедра детской хирургии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

В статье представлена частота острого аппендицита (ОА) в структуре детских хирургических заболевании, частота вторичного аппендикулярного перитонита (АП), выявлены причины диагностических ошибок, определены показания к трансректальной интубации кишечника, сопоставлены ближайшие результаты традиционных и лапароскопических методов лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита.
Ключевые слова: *острый аппендицит, перитонит, лапаротомия, лапароскопия, интубация кишечника, результаты.*

Введение: Острый аппендицит (ОА) и аппендикулярный перитонит (АП) по всему миру считаются самыми рапространенными и коварными как в диагностике, так и в тактике лечения, хирургическими заболеваниями детского возраста, требующие экстренного оперативного лечения. Если учесть, что использование ультразвукового сканирования (УЗИ) при диагностике ОА представляет важную информацию, позволяющее значительно снизить вероятности ошибок, особенно при вторичных аппендикулярных перитонитах, то случаи поздней обращаемости родителей за медицинской помощью как правило приводят к развитию тяжелых осложнении, таких как вторичный аппендикулярный перитонит. Поздняя госпитализация детей с острым аппендицитом прежде всего связана с запоздалым обращением за медицинской помощью или попыткой самостоятельного лечения ребенка самими родителями, а также диагностическими ошибками участковых или семейных врачей. По данным литературы летальности после ОА во многих клиниках значительно снизились или не наблюдаются [4], однако их осложнения кроме немимоверного страдания больного ребенка и родителей, нередко способствуют срыва компенсаторной возможности организма больного ребенка, которые иногда представляют непосредственную угрозу жизни.

С внедрением в клиническую практику современной эндовидеохирургии, показания к традиционной аппендэктомии и объем хирургических вмешательств при перитонитах во многом изменились [4]. В связи с этим вопросы диагностики и тактики лечения АП остаются актуальными и в настоящее время, поэтому мы по сей день должны вспомнить образное и яркое высқазывание W Wagner (1876) «Я и мое поколение врачей воспитаны в страхе перед богом и перед перитонитом». К сожелению страх перед перитонитом остаются и в наши дни, даже в XXI веке.

Цель работы: Изучение частоты ОА в структуре детских хирургических заболевании, частоты вторичного аппендикулярного перитонита, выявление вероятности диагностических ошибок, определить показания к трансректальной интубации кишечника, сопоставление ближайших результатов традиционных и лапароскопических методов лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита по архивным материалам приемного покоя экстренной хирургии (ППЭХ) «Центра детской неотложной медицинской помощи» г. Алматы, в сравнении с литературными данными СНГ и некоторых зарубежных литературных источников.

Материалы и методы: Для достижения цели настоящей работы нами проанализированы истории болезни и результаты хирургического лечения острого аппендицита и вторичного аппендикулярного перитонита у детей находившихся на стационарном лечении в период 2005-2009 гг. на клинической базе кафедры детской хирургии КазНМУ. При выполнении данной работы мы придерживались принципа “точная статистика - движущая сила науки”.

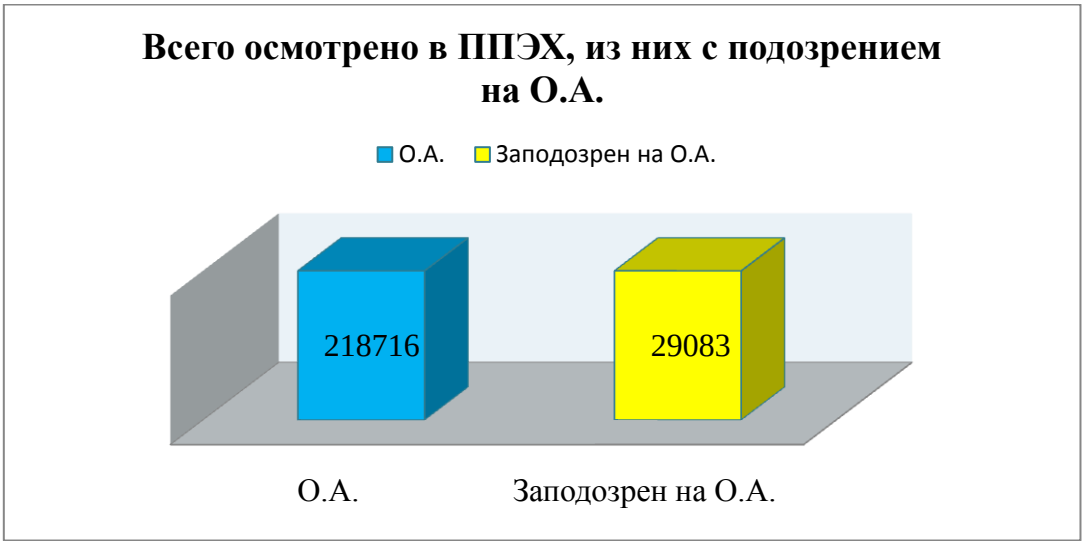


Рисунок 1

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за 5 лет в приемный покой экстренной хирургии обратились 218.716 больных, из них с подозрением на О.А. 29.083 (13,3 %) - рисунок 1.

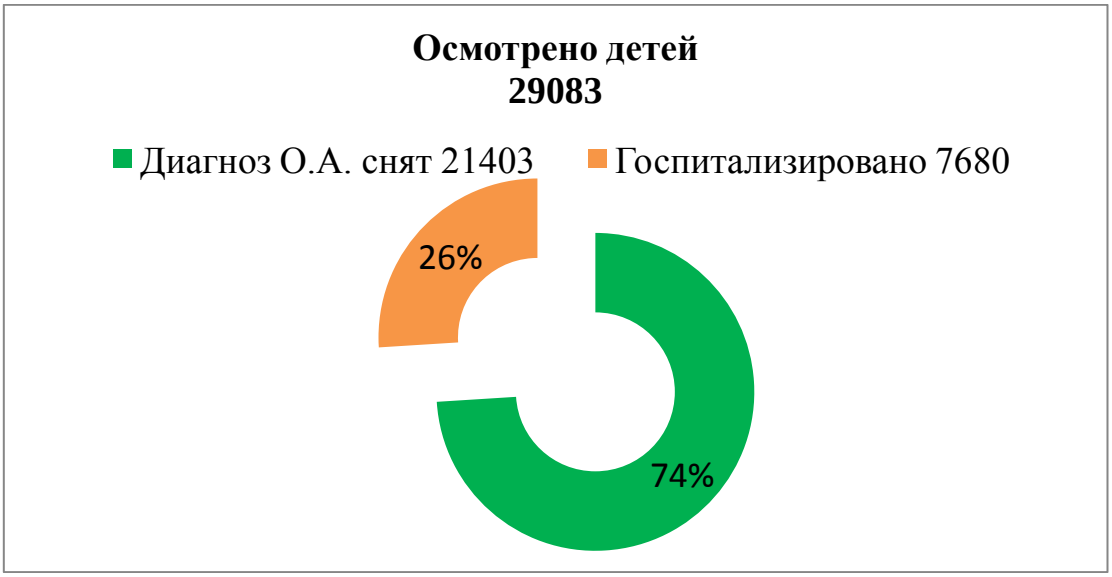


Рисунок 2

Из обратившихся в ППЭХ 29083 больных с подозрением на О.А. в 21.403 (73,6%) случаев диагноз острый аппендицит не подтвержден, т.е. они отпущены домой под наблюдением участкового педиатра или в другие лечебные учреждения, а остальные 7.680 (26,4%) были госпитализированы в хирургический стационар (диаграмма №2).

Из обратившихся 29.083 детей с подозрением на острый аппендицит у 23 (0,07%) больных диагноз острый аппендицит был снят или с подозрением на общесоматические заболевания были направлены из ППЭХ в другие лечебные учреждения, т.е. допущены диагностические ошибки.

Из госпитализированных 7.680 детей с подозрением на острый аппендицит в 58 (0,7%) случаях, операция была произведена по истечению 3-х часов от момента госпитализации, поэтому мы их отнесли к поздней диагностики. Необходимо отметить, что последние два года в связи с внедрением для диагностики О.А. и его осложнений УЗИ, диагностических ошибок или поздние оперативные лечения значительно сократились.

Из госпитализированных 7.680 детей с подозрением на острый аппендицит в 2550 (33,2%) случаев выполнены экстренные хирургические вмешательства. По данным [3] из госпитализированных детей оперируется 25%, а по анализу отделении детской хирургии Тель-Авивь университета [6] доля оперированных детей составляют более 86%.

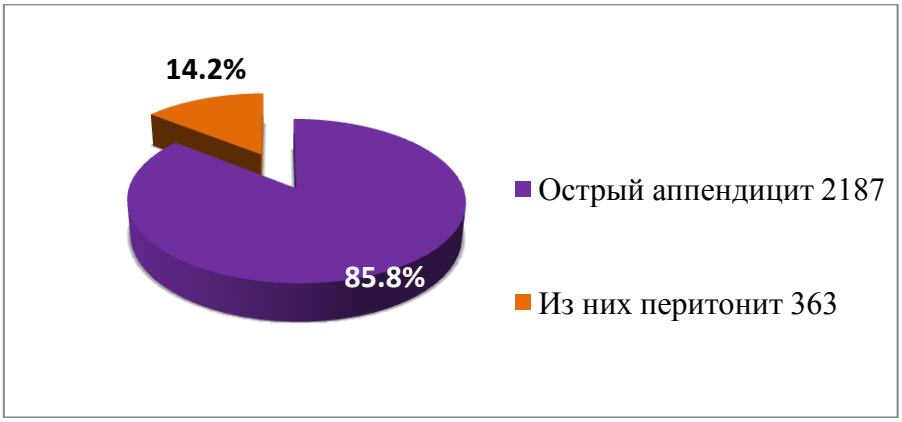


Рисунок 3

Из оперированных 2550 детей различные формы ОА диагностированы у 2187 (85,8%) больных, в остальных 363 (14,2%) случаях (диаграмма № 3) вторичный аппендикулярный перитонит. Таким образом, соотношение О.А. к вторичному аппендикулярному перитониту по нашим данным составляют 7:1. По данным [7] вторичный аппендикулярный перитонит наблюдается в 12,9% случаев, другие авторы [1] указывают о колебании частоты аппендикулярного перитонита в различных регионах России в пределах 6,2 – 25,5%, тогда как в отделении детской хирургии Тель-Авивь университета [6] аппендикулярный перитонит встречается всего лишь у 3,7% детей.

У 20% больных с ОА аппендэктомия выполнена традиционным и в 80% наблюдениях лапароскопическим (ЛС) методом. Следует отметить, что наши данные касаются период 2005-2009 гг. В настоящее время удельный вес ЛС аппендэктомии составляют более 90%.

Из 363 больных с аппендикулярным перитонитом у 221 операции (60,9%) выполнены традиционным лапаротомным разрезом и у остальных 142 (39,1%) больных лапароскопическим (ЛС) методом. Местный перитонит был диагностирован у 38 (10%) детей, диффузный в 207 (57%) случаях и разлитой перитонит у 118 (33%) больных. По данным клиники [5] при АП у 95,1% больных операции выполняются лапароскопическим методом. Следует отметить, и в нашей клинике удельный вес ЛС методов лечения О.А. и его осложнений в последние три года соствляют более 80%.

Из прооперированных 118 больных с разлитым перитонитом у 69 (58,5%) операции были выполнены лапаротомным разрезом. Из них через расширенный разрез Волковича-Дьяконова у 48 детей, срединно-нижняя лапаротомия у 21 ребенка. В остальных 49 (41,5%) случаях операции были выполнены лапароскопическим методом. Однако у 11(22,4 %) больных в связи с аппендикулярным абсцессом III стадии, парезом кишечника II-III ст., нарушением кровообращения и наличием множественных межпетельных абсцессов выполнена конверсия, т. е. операция продолжена срединным лапаротомным разрезом. Иначе говоря, вышеуказанные факторы считали противопоказаниями к ЛС операции.

25 (21,2 %) детей с разлитым перитонитом в связи с парезом кишечника II-III ст., и нарушением кровообращения в тонком кишечнике выполнена трансректальная интубация кишечника полихлорвениловой трубкой различного диаметра. В таких случаях ретроградная трансректальная интубация, считаем патогенетически обоснованным, так как она в себя сочетает комплекс мероприятий направленная, во-первых, для декомпрессии ЖКТ, т.е. для непосредственного снижение внутриорганного давления, что способствуют улучшает кровоснабжения паралитический измененных кишечнике. Во-вторых – эвакуации токсических веществ из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) значительно снижают эндотоксемии.

Частота осложнений после лапаратомных операции по поводу всего перитонита (221) составляли 10 (4,5%). Эти осложнения отмечены у детей 69 с разлитым перитонитом оперированых традиционным методом. Иначе говоря, послеоперационное осложнения у детей с разлитым перитонитом встречались в 10 (14,5%) случаях. По данным [2] частота послеоперационных осложнений встречаются у 13%. После ЛС операции (142) выполненные по поводу О.А и его послеоперационные осложнения встречались всего у 4 (2,8%) детей, тогда как [7] аналогичных осложнений отмечают лишь у 1,2% больных. Летальных исходов после операции по поводу ОА и его осложнений за указанный период нами не отмечены.

Таким образом, диагностика острого аппендицита и его осложнения до сих пор сложны и вызывают определенные затруднения, задача усложняется еще при его атипичном течении, поэтому для того чтобы не допустить лечебно-диагностических ошибок и для ранней диагностики «острого живота», следует активно внедрить УЗ исследование и при наличие одного из симптомов ОА необходимо выполнить диагностическо-лечебную ЛС с решением дальнейшей тактики в зависимости от интраоперационной находки.

Выводы:

1. Больные направленные с диагнозом ОА среди всех обратившихся детей в ППЭХ составляют 13,3%. Из них с подозрением на ОА госпитализируются 26,4% детей. Из госпитализированных детей операции по поводу ОА и его осложнения выполняются в 33,2% наблюдениях. Соотношение О.А. к вторичному аппендикулярному перитониту составляют 7:1.
2. Из обратившихся детей с подозрением на острый аппендицит диагностических ошибок или поздние оперативные лечения наблюдаются в 0,27% случаев.
3. Выявленные при лапароскопии аппендикулярный абсцесс IIIс тадии, пареза кишечника II-III ст., нарушение

кровообращения и наличие множественных межпетельных абсцессов являются показаниями к конверсии (срединно-нижняя лапаротомия) и трансректальной интубации кишечника, т.е. считаются противопоказаниями к ЛС методу лечения перитонитов. В остальных случаях аппендикулярного перитонита считаем рациональным ЛС аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

4. После традиционного (221) и ЛС (142) метода хирургического вмешательство при вторичном аппендикулярном перитонита послеоперационные осложнения соотвтетственно отмечены у 10 (4,5%) больных, тогда как при ЛС операции только в 4 (2,8%) случаях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Иванова. В.А, Степанова. Н.А,Прошина. Е. В и др. Нарушения микроциркуляции и функциональной активности макрофагов, методы их коррекции у больных с аппендикулярным перитонитом // Детская хирургия. – 1999. - № 1. - С.18-21.
2 Исаков Ю.Ф Острый аппендицит детского возраста у детей. - М.: Медицина, 1980. – 251 с.
3 Карасева О.В., Капустин В.А, Брянцев А.В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. - 2005. - №3. - С. 25-29.
4 Карасева О.В., Рошаль Л.М.,.Брянцев А.В и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. – 2007. - №3. - С.23-27.
5 Клепиков. И, Нагар Х, Кесслер.А и др. Лечения аппендикулярного абсцесса у детей с использованием возможности ультразвукового контроля. // Детская хирургия. – 2004. - №1. - С.7-9.
6 Рошаль. Л.М. Неотложенная хирургия детского возраста. - М.: Медицина, 1996. – 328 с.

К.Т. ТУРСУНОВ, А.А. САҒЫМБАЕВА, А.А. САҒЫМБАЕВА
Кафедра детской хирургии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова, Алматы.

БАЛАЛАРДА ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ ПЕН АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ПЕРИТОНИТТІ ЕМДЕУДЕГІ САРАЛАНҒАН ТӘСІЛДЕМЕ

Түйін: Мақалада балалардағы хирургиялық аурулар құрылымындағы жедел аппендицит пен аппендикулярлы перитонит кездесу жиіліктері, диагностикалық қателік себептері, ішектің трансректальды интубациясына көрсеткіштері анықталды және жедел аппендицит пен аппендикулярлы перитонит емдеудегі жақынара дәстүрлі, сонымен қатар лапароскопиялық емдеу әдістерінің нәтижелері салыстырылды.
Түйінді сөздер: жедел аппендицит, перитонит, лапаротомия, лапароскопия, ішек интубациясы, нәтижелер.

K.T. TURSUNOV, A.A. SAGYMBAEVA, A.A. SAGYMBAEVA
Department of Pediatric Surgery of the Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov, Almaty.

DIFFERENTIATED APPROACH IN THE TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS AND APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

Resume: The article presents the incidence of acute appendicitis (AA) in the structure of children's surgical disease, the frequency of secondary appendicular peritonitis (AP), the causes of misdiagnosis, the indications for intubation transrectal bowel compared immediate outcomes of traditional and laparoscopic treatment of acute appendicitis and appendicular peritonitis.
Keywords: acute appendicitis, peritonitis, laparotomy, laparoscopy, bowel intubation, results.

УДК 617-089 617-089.844

В.К.ТЯН, А.Е ЖАЛБАГАЕВ, Т.К. МУХАНОВ, Н.А. СУЛЕЙМАНКУЛОВ
Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д Асфендиярова,
кафедра нейрохирурги, г. Алматы

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВАЯ МЕНИНГИОМА

В данной статье приведен случай из практики, когда своевременно методом МРТ была диагностирована и удалена менингиома интравентрикулярной локализации недоминантного полушария, у девочки подросткового возраста. В просвете бокового желудочка исходным местом роста опухоли явилось сосудистое сплетение, с которым опухоль соединилась тонкой ножкой, что позволило удалить тотально. По литературным данным, клинические проявления внутрижелудочковые менингиомы могут быть обусловлены вентрикуломегалией, вследствие окклюзии ликворопроводящих путей, либо в результате воздействия опухоли на прилегающие зоны мозга, когда достигают уже довольно больших размеров. На ранних стадиях заболевания точный топический диагноз, исходную зону роста, размеры, васкуляризацию опухоли и ее взаимоотношения с прилежащими анатомическими образованиями позволяют установить КТ, МРТ головного мозга.
Ключевые слова: *КТ, МРТ, сердце*

Менингиома головного мозга – это новообразование, которое растет из клеток средней оболочки, покрывающие полушария. Различают несколько видов этой опухоли, которые имеют разную степень злокачественности. Это самый распространенный вид онкологических заболеваний центральной нервной системы, который встречается у пациентов старше 35 лет, чаще болеют женщины.

Менингиома головного мозга чаще всего возникает вследствие:

1.Работы на вредном производстве
2.Генетической предрасположенности
3.Проживания в экологически неблагоприятном регионе;
4.Травма (особенно если удары по голове частое явление, как, например, у спортсменов)
5. Хронические инфекции.

Классификация опухоли по локализации:

1.Обонятельной области.
2.Задней черепной ямки.
3.Поверхности полушарий.
4.Клиновидной кости.
5.Области над турецким седлом.
6.Внутриглазничного расположения.
7.Внутрижелудочковой локализации.

Внутрижелудочковые менингиомы являются довольно редким заболеванием и составляют 0,5-4,5 % всех внутричерепных менингиом .В большинстве своем они доброкачественные и резистентны к химиолучевой терапии. Основной метод лечения - хирургическое удаление /1,2,3/. Первое успешное оперативное вмешательство по поводу менингиомы правого бокового желудочка осуществил W.Dandy в 1918 г./4/.

Наиболее часто внутрижелудочковые менингиомы (ВМ) встречаются в области треугольника боковых желудочков, на их долю приходится до 55-68 %.Первичные менингиомы III желудочка встречаются реже и составляют не более 4-6%.В литературе описаны единичные случаи их обнаружения в IV желудочке. Находясь в области треугольника боковых желудочков, ВМ соединяются с сосудистым сплетением посредством тонкой ножки. Широкое основание более характерно для опухолей , исходящих из III желудочка.

По статистике, данному заболеванию обычно подвержены лица преимущественно в возрасте старше 30 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. У детей ВМ составляет не более 1,5 % всех интракраниальных образований, однако 13 % этих менингиом локализуются именно интравентрикулярно.

Говоря о клинических проявлениях этих опухолей, надо отметить, что их появление обусловлено вентрикуломегалией вследствие окклюзии ликворопроводящих путей, либо в результате воздействия опухоли на прилегающие зоны мозга.

Первыми симптомами обычно бывают приступообразные головные боли, нередко односторонние, возникающие с интервалами от нескольких часов до нескольких недель и месяцев. Возможны зрительные нарушения, вплоть до транзиторных и амблиоопий , эпиприпадки /6,7/.

Для ВМ подвижных опухолей, способных блокировать отверстия Монро, характерно вынужденное положение головы.

Также характерно длительное бессимптомное течение, что связано с медленным ростом опухолей и компенсаторными возможностями мозга, при этом опухоли могут достигать больших и гигантских размеров. Описаны случаи, когда вес менингиом боковых желудочков достигал 200 и 300 гр./8/.

При выборе метода хирургического доступа к ВМ исходят от места локализации опухоли.

Приводим пример, иллюстрирующий диагностику и лечение менингиомы редкой локализации.

Больная М., 17 лет.

Поступила в отделение нейрохирургии с жалобами на периодические головные боли, редкие судорожные подергивания мимических мыщц лица, больше справа.

Из анамнеза известно, что девочка больна в течение одного месяца. Заболевание манифестировало общемозговой симптоматикой в виде периодических головных болей. Несколько позже присоединились судорожные подергивания мыщц лица с обеих сторон , больше справа с частотой 1 раз в неделю. При обследовании на МРТ головного мозга было выявлено объемное образование интравентрикулярной локализации.

Состояние при поступлении относительно удовлетворительное. В неврологическом статусе выявлялся умеренно выраженный общемозговой синдром в виде цефалгией, психо-эмоциональная лабильность, рассеянность внимания, асимметрия носогубных складок. На МРТ головного мозга с контрастированием (Рисунок 1) в режиме Т1 отмечается изо интенсивное объемное образование в проекции заднего рога правого бокового желудочка, неравномерно накапливающее контраст. Расширение желудочковой системы нет.

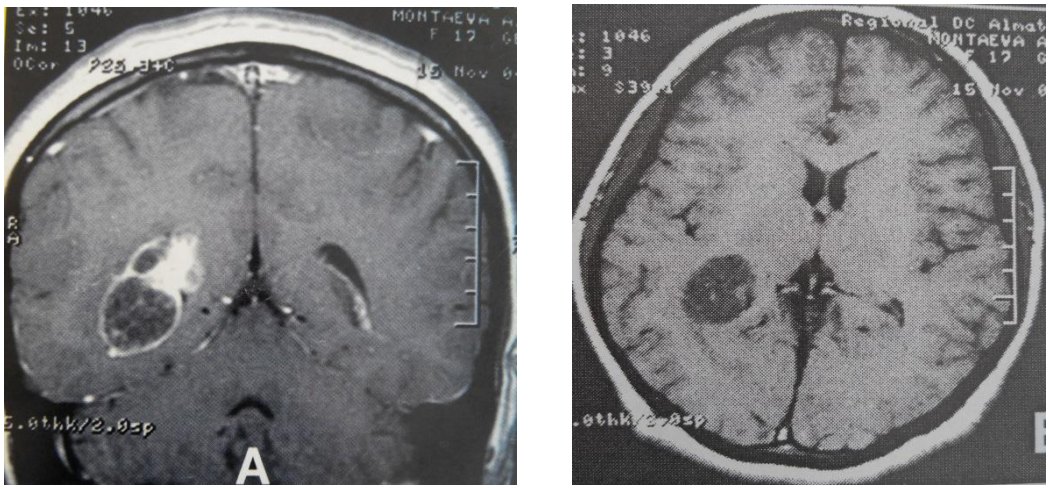


Рисунок 1 - Опухоль в проекции правого бокового желудочка

На электроэнцефалографии - умеренные изменения в виде легкой дезорганизованности биоэлектрической активности головного мозга с преобладанием тета-ритма, больше в теменно-затылочных отведениях справа.
Произведена краниотомия правой теменно-затылочной области в проекции точки Денди. Вследствие того что опухоль соединялась с сосудистым сплетением тонкой ножки удалось удалить ее тотально - единым узлом. Биопсия – менингиома.
В послеоперационном периоде регрессировала общемозговая симптоматика, судорожные подергивания в лице не наблюдались.
Осмотрено через 1 год после операции. Жалоб нет. Девочка активна. Эпипароксизмов не отмечает. На МРТ (Рисунок 2) остатков опухоли нет.

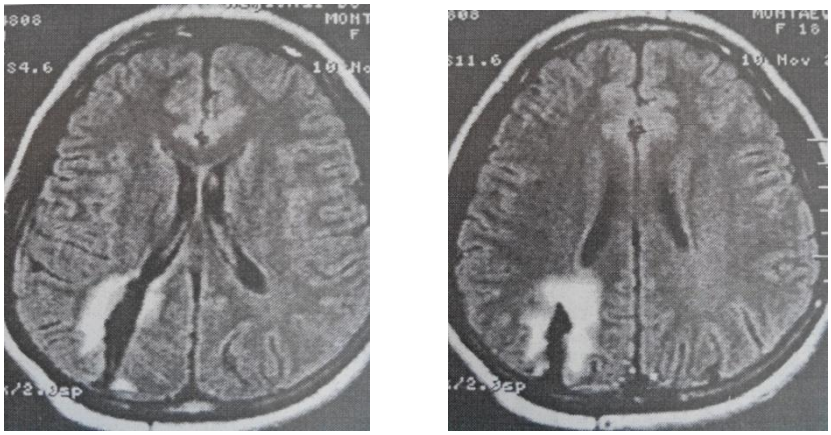


Рисунок 2 - МРТ-контроль через 1 год. Визуализируется ход операционной раны. Остатков опухоли нет

Таким образом, приведенное наблюдение демонстрирует редкий случай из практики, когда своевременная диагностика опухоли позволило провести успешное хирургическое лечение. Методом нейровизуализации - МРТ головного мозга, была диагностирована менингиома интравентрикулярной локализации недоминантного полушария у девочки подросткового возраста .В просвете бокового желудочка исходным местом роста опухоли явилось сосудистое сплетение, с которым опухоль соединялось тонкой ножкой, что позволило удалить менингиому тотально. В отличие от первичных опухолей сосудистого сплетения менингиомы не вызывают гиперсекреторной гидроцефалии, что мы наблюдали в данном случае. В процессе удаления эти опухоли не вызывают технических трудностей, если не достигают больших размеров, воздействуя на прилежащие зоны мозга, или не вызывают окклюзии ликворопроводящих путей за счет близкого расположения к отверстию Монро. В таких случаях ,описанных в литературе /5,6,7/, при менингиомах, распространяющихся в полости боковых желудочков, наиболее типичны двигательные и чувствительные нарушения, развития отека диска зрительного нерва гомонимная гемиоанопсия, речевые нарушения в виде смешанной афазии ,эпилептические припадки с локальными судорогами в конечностях. Далеко зашедших случаях наблюдаются слуховые и вестибулярные нарушения, недостаточность функции VI-VII черепных нервов. При гигантских менингиомах передних отделов боковых желудочков довольно частыми являются интеллектуально - мнистические расстройства /5.6/.
На ранних стадиях заболевания точный топический диагноз ,исходную зону роста ,размеры , васкуляризацию опухоли и ее взаимоотношения с прилежащими анатомическими образованиями позволяет установить КТ и МРТ исследования. На КТ внутрижелудочковые менингиомы представлены плотными, гомогенными образованиями, не редко с участками обызвествления. Приблизительно в 1/5 наблюдений вокруг опухолевого узла визуализируется зона перутоморозных изменений/ 6/. На МРТ патологическое гомогенное образование с четкими контурами накапливает контрастное вещество.
Внутрижелудочковые менингиомы могут быть успешно удалены при комплексном подходе к диагностике и определения тактики хирургического лечения выбор оптимального хирургического доступа. В нашем наблюдении исход и прогноз благоприятны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Тиглиев Г.С., Олюшин В.Е., Кондратьев А.Н.. Внутричерепные менингиомы. – СПб.: Изд-во РНХИ, 2001. - 560 с.
2 Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н.. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. - М.: ВИДАР, 1997. – 315 с.
3 Мацко Д.Е., Коршунов А.Г., Атлас опухоли центральной нервной системы. - СПб.: 1998. - 277 с.
4 Шелия Р.Н. Опухоли желудочков головного мозга. - Л.: 1972. – 355 с.
5 Caner H. B., Acykgoz , Ozgen.T.et al. Meningiomas of the lateral ventricles. Report of six cases //Neurosurg. - 1992. - P.303-306.
6 Delfini R., Acqui M., Oppido P/A., Capone R. Tumours of the lateral ventricles // Neurosurg.Rev.14. - 1991. - P.127-133.
7 Fornari M. , Savoiardo M., Morello G., Solero C. L. Meningiomas of the lateral ventricles: Neuroradiological and surgical considerations in 18 cases // J .Neurosurg. – 1981. –Vol. 51. - P.64-74.
8 Jun G.L., Nutik S/L/ Surgical approach to intravenricular meningiomas of the trigone // Operative Neurosurgical Techniques. - Crude and Stratton: 1988.- Vol.1. - P.597-600.

Түйін: Қарыншаішілік менингиомалар – өте сирек кездесетін қатерсиз ісік.Оның негізгі емі хирургиялық жолмен емдеу.Мақалада жасөспірім кезеңіндегі қыз бала миының доминантты емес жартышарының интравентрикулярлы менингиомасын МРТ зерттеу арқылы практикада уақытылы анықтау келтірілген. Ісік бүйір қарыншаның қан тамырларымен шоғырланған тұсынан өсіп шыққан және сол тамырлармен жіңішке аяқша арқылы байланысқан , сондықтан менингиоманы толығымен алуға мүмкіндік болды.
Әдебиеттердегі келтірілген мәліметтер бойынша қарыншаішілік менингиоманың клиникалық көрінісі ликвор өткізгіш жолдарының окклюзиясы салдарынан болған қарынша ұлғаюы, немесе ісіктің өте үлкен болуына байланысты мидың жақын жатқан бөліктеріне әсер етуімен байқалады. Аурудың бастапқы сатыларында нақты топикалық диагноз қоюға, бастапқы өсу аймағын,ісіктің көлемін, тармақталуын және оның көршілес құрамдарға әсер етуін анықтауға бас миінің КТ ,МРТ зерттеулері мүмкіндік береді.

V.K.TYAN, A.E. ZHALBAGAEV, T.K. Muhanna, N.A. SULEYMANKULOV
Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Neurosurgery, Almaty

INTRAVENTRICULAR MENINGIOMA

Resume: Intraventicular meningioma is a rare type of intracranial benign tumor. The basic method of their treatment is surgery .Authors present the case of inraventricular meningiomas of a nondominant hemisphere in teenage girl. Tumor was diagnosed with MRI. Initial place of tumor growth in the cavity of lateral ventricle was the choroid plexus , to which the tumor connected by thin limb that has allowed to totally remove of meningioma. On literature data, the clinical features of intraventricular meningioma can be caused by ventriculomegaly, owing to occlusion of liquor pathways, or as a result of influence of tumor on the adjacent brain. At early period of disease , CT and MRI gives exact topic diagnosis, an initial zone of tumor growth, tumor sizes, tumor vascularization and its relation to adjacent anatomical structures.
Keywords: CT, MRI, heart

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА RADIATION DIAGNOSIS

УДК 616.7.28.2-001

Н. БУРХАН, Г.А. ДАЛИЕВА, А.Б. АХМЕТБАЕВА
ҚазҰМУ Визуалды диагностика кафедрасы

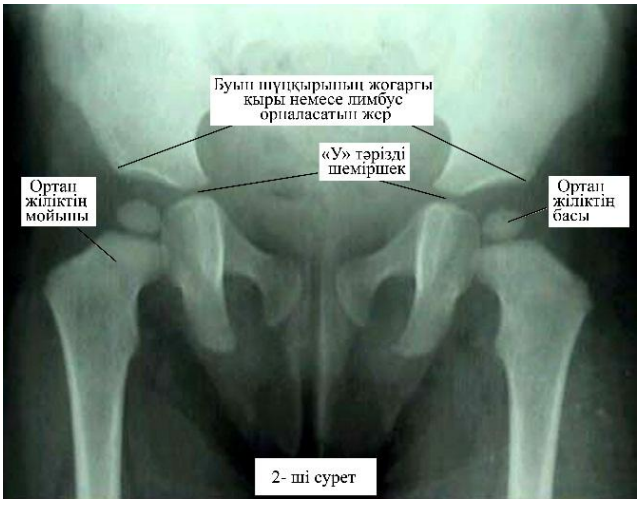
ТУА ҰРШЫҚ ШЫҒУДЫҢ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТЫ

Туа ұршық шығу балалардағы тірек қимыл жүйесіндегі ақаулардың ішіндегі ең жиі кездесетін ақау. Бұл статьяда бір жасқа дейінгі балалардың туадан ұршық шығу ақауының рентгенологиялық белгілерін келтірген. Осы рентгендік белгілері арқылы бір жасқа дейінгі баларға нақты ерте диагностика жасауға болады.
Түйінді сөздер: *туа ұршық шығу, ұршық буыны, ұршық буынының дисплазиясы, туа ұршық шығудың рентгендік белгілері.*

Туа ұршық шығу ақауын айтпас бұрын осы ақаудың алдында кездесетін ұршық буынының дисплазиясына тоқталған жөн. Дисплазия сөзін грекшеден аударғанда δυσ *dys* – бұзылыс + πλάθω *plaseo* – даму – деген мағана береді.

1-ші сурет

Ұршық буынын құрайтын негізгі компененттер: буын шұңқыры, ұршық басы, лимбус, буын қабы, буын байламдары және қантамырлар (1-ші сурет). Осы компоненттердің біреуі немесе бірнешеуі дұрыс дамымай, өзгеріске ушыраған болса, оны дисплазия дейміз. Дисплазия уақтылы анықталмаған және уақтылы ем қабылдамаған жағдайда баланың ұршығы буынынан тайып кетуіне әкеліп соқтырады. Ал кейбір жағдайларда ұршығы буын шұңқырынан туа алшақ орналасқан болады. Сондықтан уақытылы, дұрыс рентгендік диагностика жасау өте маңызды болып табылады.

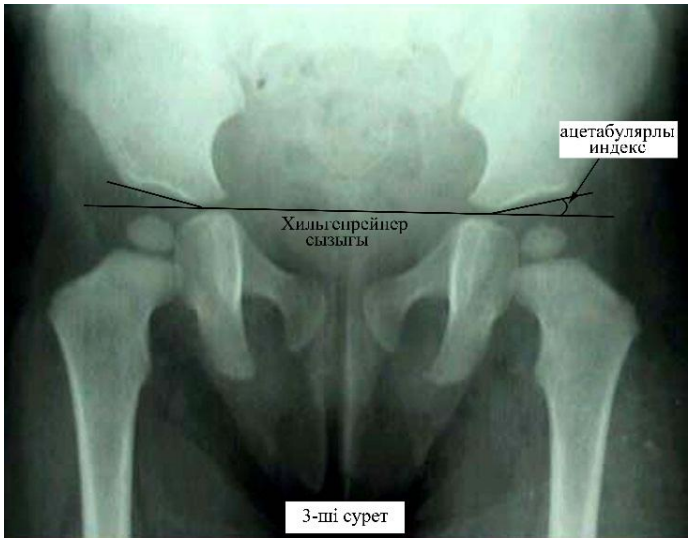


2- ші сурет

Балалардың ұршық буынын рентген әдісімен зерттеу жасау үшін алдын ала дайындық қажет емес. Баланы рентген столына шалқасынан толық жатқызып, жамбас сүйегі мен ұршық буындары симметриялы болуын қадағалап, сонымен қатар сәл де болса баланы мүмкіндігінше қимылдатпай жатқызу керек. Егер бұл шарттар бұзылса, рентген суретке дұрыс сипаттама беруге, нақты диагноз қоюға және қорытынды жасауға кедергі келтіреді. Дұрыс жасалынған рентген суретте жапқыш тесік, шонданай сүйегі және шат сүйегі көлемі мен пішіні екі жақта да симметриялы болып келеді.

Осындай дұрыс түсірілген рентген суретке сипаттама беру үшін алдымен ұршық буынының рентген анатомиясына тоқталған жөн. Жамбас сүйегі үш түрлі сүйектен құралған: мықын, шонданай, шат. Осы үш сүйек бір-бірімен жамбастың буын шұңқырында түйіліседі. Жас балаларда

осы түйісетін жер әлі сүйектенбегендіктен рентген суретте ағарып тұрады, бұны «У» тәрізді шеміршек дейміз. Мықын сүйегінде буынның жоғарғы қыры сәл бұлтиып тұрады. Ол баланың жасына байланысты, жасы өскен сайын ол өте анықталып, сүйірленіп өседі (2-ші сурет). Ортан жіліктің басы жаңа туған нәрестеде қалыпты жағдайда мүлдем көрінбейді. Жасы өсе келе сүйектену нүктесі пайда бола бастағаннан бастап, рентген суретте байқалады. Бұл үрдіс ұлдар мен қыздарда екі түрлі жүреді. Қыздарда сүйектену нүктесі 3-4 айлығында көріне бастаса, ұлдарда бір ай кеш көрінеді. Егер қандай да бір ақау болатын болса, ортан жілік басының сүйектену нүктесі пайда болуы кешеуілдейді. Бір жасқа дейінгі балалардың рентген суретін сараптау өте мұқияттылықты қажет етеді. Себебі, ақау неғұрлым ерте анықталса, соғұрлым ем нәтижесі оң болады.



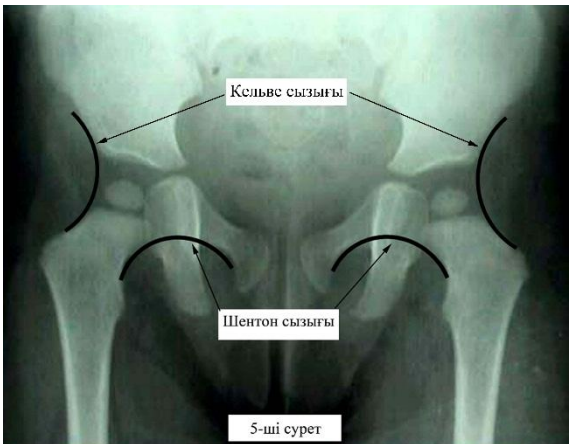
3-ші сурет

Жамбас буынының рентген суретін дұрыс сараптау үшін ең маңызды деген бірнеше авторлардың сызықтарын ұсыну жөн. Алдымен Хильгенрейнер сызығын сызамыз. Қалыпты жағдайда осы сызықтан ортан жіліктің басы жоғары шықпауы тиіс. Ол жоғарыда айтылған екі «У» тәрізді шеміршектен немесе буын шұңқырының түбінен жүргізіледі. Енді осы сызыққа буынның жоғарғы қырынан «У» тәрізді шеміршекке қарай қиғаш сызық жүріледі. Түзілген бұрышты ацетабулярлы индекс дейміз (3-ші сурет). Ол жаңа туған нәрестеде 26°-30° болады да, бала өскен сайын бұл градус кішірейіп отырады. Бұны мына кесте арқылы бақылауға болады.

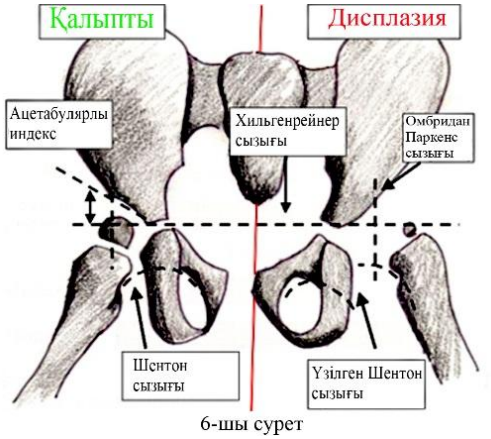
Баланың жасы	*Градус*
1 ай	26,7º
1,5 ай	25º
2 ай	24,7º
2,5 ай	24º
3 ай	23,3º
4 ай	22,6º
5 ай	21,3º
6 ай	21,2º
7 ай	19º
8 ай	18º
9 ай	18º
10 ай	17,5º
1 жыл	17º

Біз бұл арқылы ұршық буынының шыққандығын біле алмаймыз. Тек ұршық буынының жоғарғы қыры тайқыланғанын ғана білеміз. Ацетабулярлы индекс жасына сай емес қатты тайқыланған болса, онда бала өсе келе аяғын тірегенде ортан жіліктің басын тірейтін сүйектің жоқ екендігін көрсетеді. Ортан жілік басының орнынан таюын келесі бір сызықтармен анықтауға болады. Ол Омбридан Паркенс сызығы. Ол буын шұңқырының жоғарғы қырынан немесе лимбус тұратын мықын сүйегінің төмпешігінен төмен қарай Хильгенрейнер сызығына 90° пен түседі де ортан жіліктің диафизінің ортасынан өтеді. Сол кезде ортан жіліктің басы Омбридан Паркенс сызығынан ішке, Хильгенрейнер сызығынан төмен орналасу қажет. Егер Омбридан Паркенс сызығы ортан жіліктің басының тең жартысынан сызылса, онда шығу алды жағдайы, ал жартысынан асып кетсе ұршық шыққан деуге болады (4-сурет).

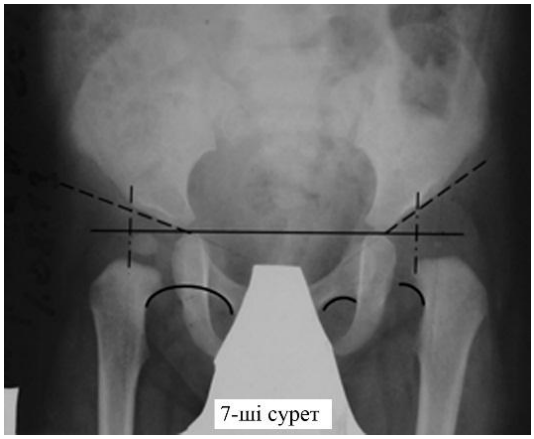
4-ші сурет



5-ші сурет

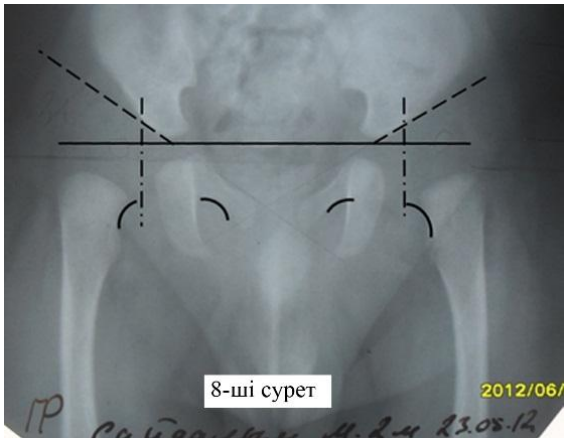


6-шы сурет


7-ші сурет

Келесі сызық Шентон сызығы. Ол ортан жілік мойнының төменгі қырындағы доғалмен өтіп, жапқыш тесіктің жоғарғы қырымен бір деңгейде үзілмеген жарты доға жасау керек. Егер сызықта үзік болса және ол үзік қаншалықты бір-бірінен алшақтаса, сол мөлшерде аяғы қысқа болады. Ол - ұршық басының орнында емес екенінің белгісі (5-сурет).

Кельве сызығы: мықын сүйегінің және ортан жілік мойнының сыртқы қырымен жартылай доға жасалынады. Бұл сызық ақау кезінде үзік болады 5-ші сурет. Осы белгілердің жиынтығы қатесіз диагностика жасауға көмектеседі. Жоғарыда айтылған мәліметтердің нақтылығын дәлелдеу үшін бір жас және екі айлықтағы балалардың жамбас-сан буынының рентгендік суреттері мысалға алынды. Бір жасар баланың ұршық буынының рентгендік зерттеу нәтижесі: оң жақ ұршық буыны сау, сол жағында туа біткен ұшық шығуы бар (7 - сурет). 8- суретте екі айлық баланың ұршық буынының рентгендік зерттеу нәтижесі: екі жақты туа біткен ұршық шығуы бар. 6-суретте сызба нұсқасы.


8-ші сурет

Сонымен, жоғарыда айтылған сызықтар ұршықтың туа біткен ақауларын ерте анықтау үшін ең маңыздылары. Осы рентгендік белгілерді толықтаратын басқа да сызықтар бар, және олар ота жасалатын болса қажет етіледі. Жоғарыда сипатталған рентгендік белгілер көмегімен оңай әрі нақты, дер кезінде диагноз қоюға болады. Ұрпағымыз ақсамасын, дерті уақтылы тоқтатылсын.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ
1 Куценок Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывих и вывих бедра. – Киев: 1992.
2 Бакланова В.Ф., Филиппкина М.А. Рентгено-диагностика в педиатрии 2-том. – М.: 1988.
3 Ерекешов А.Е., Разумов А.А. Врожденный вывих бедра у детей. – Астана: 2004.
4 http://www.medicinform.net/revmo/ther_pop39_2.htm
5 http://www.turner.ru/tzb_vvb.html
6 http://www.det-orto.ru/media/vvb/diagnostika/rentg_diagn.htm

Н. БУРХАН, Г.А. ДАЛИЕВА, А.Б. АХМЕТБАЕВА
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

Резюме: Врожденный вывих бедра считается одной из частых патологий костно-суставного аппарата у детей. В данной статье приведена стандартная методика определения рентгенологических признаков врожденного вывиха бедра у детей до 1-го года жизни. Знание рентгенологической методики определения патологии тазобедренных суставов позволяет рано и своевременно выявить дисплазии суставов у детей до 1 года жизни.
Ключевые слова: врожденный вывих бедра, тазобедренный сустав, дисплазия тазобедренных суставов, рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра.

N. BURKHAN, G.A. DALIEVA, A.B. AKHMETBAEVA
RADIOLOGICAL SYMPTOMS OF CONGENITAL DISLOCATION OF A HIP

Resume: Congenital dislocation of hip is considered one of the most frequent pathologies of bone and joint system in children up to one year of age. In this article including X-ray examination of congenital dislocation of hip. The knowledge of early X-ray signs of congenital dislocation of hip to detect dysplasia in children.
Keywords: Congenital dislocation of hip, coxofemoral joint, displaziya of coxofemoral joints, X-ray examination of congenital dislocation of hip.

УДК 616-006

К.М. НҰРЫМБЕТОВ, Ж.Б. АМАНҚҰЛОВА, Н. БУРХАН
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина Университеті
«Визуалды диагностика» кафедрасы

ЖАҚ –БЕТ АЙМАҒЫНЫҢ ЖИІ КЕЗДЕСЕТІН ІСІК АУРУЛАРЫНЫҢ СӘУЛЕЛІК ДИАГНОСТИКАСЫ

Жақ-бет аймағының қатерсіз және қатерлі ісіктерін анықтауда сәулелік зерттеу әдісін таңдау, сәулелік белгілерін анықтау және ажырату диагностикасын жасау біршама қиындықтар туғызады. Мақалада жиі кездесетін ісіктердің сәулелік зерттеу әдістері, сәулелік белгілері берілген.
Түйінді сөздер: *қатерсіз одонтогенді, одонтогенді емес және қатерлі ісіктер, ісіктің сәулелік белгілері.*

Ісік ауруларынан жақ бет аймағында одонтогенді және одонтогенді емес киста, қатерсіз және қатерлі ісік кездеседі. Ісіктерді анықтауда рентгенологиялық зерттеу әдістері – интра және экстраоралды рентгенография, контрасты заттарды қолданып өткізілетін зерттеулер – сиалография, гайморография, цистография, сызықтық, панорамды және компьютерлік томография, магниттік резонанстық томография, ультрадыбыстық және радионуклидті зерттеулер жасалады. Жақ-бет аймағы жұмсақ тіндерінің қатерлі және қатерсіз ісіктерінің орналасқан орны, пішіні, өлшемі, шеттері, құрылымын анықтауда ультрадыбыстық зерттеу өте мәліметті.Жақ-бет аймағы ісіктерінің радионуклидті зерттеуі арқылы біріншілік ісіктік түзілісті, орналасқан орнының анатомиялық-топографиялық ерекшеліктерін нақтылау, метастаздарды, рецидив-қайталауды анықтау және ем нәтижесін бақылау мүмкін.

Одонтогенді фолликулярлы киста.

Фолликулярлы киста – тісті құраушы эпителийдің даму ақауы болып, жиі 20-30 жаста, жоғарғы жақта кездеседі, дәнекер тінді жұқа қабықтан және қуыс ішінде тұнық, сары түсті сұйық болады. Фолликулярлы кистада ауру сезімі болмайды,тістің жарып шығуының кешеуілдеуі аурудың белгісі болуы мүмкін. Киста асқынып іріңдегенде ауру сезімі болады. Рентгенограммада- сүйекте дөңгелек немесе сопақша пішіндегі, өлшемі 2 см-ге дейін, шеті анық, тегіс немесе кедір-бұдырлы, тіс түбірімен байланысы жоқ деструкциялық ошақ анықталады. Киста ішінде 1-2 тістің конфигурациясы анықталса, ол тістер тіс қатарында болмайды және кистаның экспансивті өсуінен қатардағы басқа тістердің ығысуы байқалады. Жақ сүйегінің сыртқы тығыз қабығы жұқарады, сүйектің кернеулеуінен беттің деформациясы болуы мүмкін. Төменгі жақ бұрышында орналасқан кистаны амелобластомамен ажырату диагностикасын жасау қажет.

Одонтогенді радикулярлы киста.

Радикулярлы киста- метаплазияланған эпителий жасушасының пролиферациясынан келіп шығады. Балада 7-12 жаста, төменгі жақтың азу тістері аймағында, ересектерде жоғарғы жақтың алдыңғы бөлімінде жиі кездеседі, өлшемі 1,5- 2 см, сыртқы қабығы фиброзды, ішкі шеті эпителиалды, қуыс ішінде холестеринге бай сұйықтық болады. Рентгенограммада сүйек ішінде дөңгелек немесе сопақша пішінді, шеті тегіс, анық деструкциялық ошақ түрінде көрінеді. Киста шетінде склерозданған орын доға түрінде және тіс түбірінің ұшы қуысқа еніп тұрады. Киста көлемі ұлғайса сүйектің тығыз қабаты ығысып, жақ сүйегі

деформацияланады, беттің ассиметриялық бұзылысы, қатарда орналасқан басқа тістер түбірінің ығысуы анықталады. Көлемі үлкен киста жоғарғы жақ қойнауына, мұрын қуысы түбіне өтуі мүмкін, анықтау мақсатында панорамды рентгенограмма және компьютерлік томограмма жасау қажет.

Одонтогенді емес киста.

Жоғарғы жақтың шар тәріздес кистасы- рентгенограммада жоғарғы жақ күрек және сүйір (ит) тіс арасында орналасып, тіс аралық қалқаға жайылады, шеті тегіс, анық, сүйектің ошақты деструкциясы түрінде анықталады.

Солитарлы киста- жарақат нәтижесінде болған остеонекроздық үрдіс және гематомадан келіп шығады, рентгенограммада тіс түбірі ұшында пішінсіз, шеті тегіс, анық деструкциялық ошақ, сүйектің қатты қабаты жұқарған, бұзылмаған.

Мұрын-таңдай өзегі кистасы- сүйек ішінде қалған эмбрионалды эпителийден дамиды, рентгенограммада дөңгелек немесе сопақша пішінде, шеті тегіс, анық сиреген сүйек тінінен пайда болған ошақ түрінде, қатты таңдайдың алдыңғы бөлігі орталық күрек тістер түбірінің ұшынан жоғарыда орналасады.

Қатерсіз одонтогенді ісіктердің сәулелік диагностикасы.

Одонтома- тістің әр түрлі тіндерінен (эмаль, дентин, цемент, фиброзды тін, ұлпа) тұратын қатерсіз ісігі. Жиі 20-жасқа дейін кездесіп, баланың тіс шығуының кешігуіне шағымданып рентгенологиялық зерттеуден өткенде анықталады. Құрамды және күрделі одонтома түріне бөлінеді. Құрамды түрі жоғарғы жақта, құрылымында тістің барлық тіндері, ал күрделі түрі жиі төменгі жақта, құрылымында тістің толық қалыптаспаған тіндері және жұмсақ тіндер кездеседі. Рентгенограммада пішінсіз, қою, анық көптеген кальцификатталған ошақтар түрінде, шеткісі толқындалған ашық жолақ түрде анықталады. Одонтомалар баяу өседі, жақ сүйегі тығыз қабатын жұқартып, бұзады.

Амелобластома (адамантинома)- одонтогенді эпителийден, өсуі инвазивті түрде, жиі 40-50 жаста, төменгі жақта, азу тістер аймағында орналасады. Рентгенограммада жиі поликистозды (көп камералы) түзіліс, «сабын көпіршігіне» ұқсас, дөңгелек, сопақша пішінді, бір бірінен сүйектік қалқамен ажыратылған сүйектің деструкциялық ошағы анықталады. Өсуі баяу, төменгі жақтың деформациясына алып келеді. Ісік аймағында тістің ығысуы, түбірдің сорылып кетуі және ісікте бір немесе бірнеше шықпай қалған тістер кездеседі. Сирек жағдайда ісік қатерлігі өтуі мүмкін. Ол кезде ісік шеті анық емес, тегіс емес, араларындағы сүйектік қалқалар жоқ болып жақ сүйегінің сынуына алып келеді.

Цементома-тіс түбірімен тығыз байланысты цемент тәрізді тіннен тұратын қатерсіз ісік. Түрлері: қатерсіз цементобластома, цементтеуші фиброма, периапикалды цементті дисплазия, гигант пішінді цементома.

Қатерсіз цементобластома- төменгі кіші, үлкен азу тістер аймағында, 25- жасқа дейін кездеседі. Рентгенограммада тіс түбірінде дөңгелек пішінді, әркелкі, шеті анық түзіліс түрінде анықталады. Периодонталды қуыс көрінбейді.

Цементтеуші фиброма- орта жаста, кіші және үлкен азу тістер деңгейінде, дөңгелек пішінді, шеті анық, орташа қоюлықтағы, біркелкі көлеңке түрде анықталады.

Периапикалды цементті дисплазия- жиі орта жастағы әйелдерде, төменгі күрек тістер аймағында орналасады. Рентгенограммада тіс түбірімен байланысқан әркелкі ошақты көлеңке және уақыт өтуімен ошақтар бір бірімен қосылып ісік көлемі ұлғаяды. Тісті жұлған кезде жиі түбір сынады.

Гигант пішінді цементома- орта жастағы әйелдерде, бір жанұяның бірнеше мүшесінде кездесуі мүмкін. Рентгенограммада дөңгелек пішіндегі, қою, бірнеше ошақты көлеңкелер және өлшемі өте ұлғайған кезде жақтың деформациясы байқалады.

Одонтогенді емес қатерсіз ісіктер.

Остеома- жетілген сүйек тінінен өсетін қатерсіз ісік болып, құрылымдық ерекшелігіне байланысты жинақы, кеуекті және аралас түрге ажыратылады. Жиі төменгі жақ тіл бетінде, мұрын қойнаулары айналасы, маңдай және торлы сүйекте орналасады. Рентгенограммада сүйекте бір немесе бірнеше дөңгелек пішіндегі, жалпақ табанды немесе жіңішке аяқшалы, шеті тегіс, анық көрінетін көлеңке анықталады.

Остеокластома- жиі төменгі жақта, 20-30 жаста, баяу өсетін ісік. Рентгенологиялық көрінісінің ерекшелігіне байланысты торлы- ұяшық тәрізді, кистозды (қуысты) және литикалық түрге бөлінеді. Торлы- ұяшық тәрізді түрінде деструкциялық ошақта бір- бірінен жіңішке қалқалармен ажыралған көп санды қуыстар анықталады.

Қуысты (кистозды) түрінде рентгенограммада дөңгелек немесе сопақша пішінді, шеті анық, тегіс қуысты көлеңке көрінеді.

Литикалық түрінде сүйектің шеткерісінде шеті анық, құрылымы және қоюлығы әр келкі ошақты деструкция болады.

Ісіктің өсуіне байланысты сүйек тығыз қабаты жұқарып, ығысуы анықталады. Тығыз қабаттың үзілісі ісіктің қатерлі түрге айналғанын білдіреді. Остеокластома жақ сүйегінің деформациясына, тіс түбірінің сорылуы, ығысуы және қимылдауына, мұрын қойнаулары, көзге, мұрынға жайылып өсіп беттің деформациялануына алып келеді. Остеокластоманы кератокиста, амелобластома, миксома, сүйек ішіндегі гемангиома және остеогенді саркомамен ажырату диагностикасын жасау қажет.

Гемангиома- сүйек ішіндегі және жақ сүйегі айналасындағы жұмсақ тіндер қан тамырынан келіп шығады, жиі әйелдерде, қыздарда, 10-20 жас аралығында кездеседі. Сүйек айналасындағы жұмсақ тіндердің гемангиомасының рентген суретінде сүйек шетінде қысым әсерінен табақша тәріздес дефекттің және диаметрі 5-6 мм-лік флеболиттер, ангиолиттердің болуымен сипатталады.

Жақ сүйегі ішіндегі гемангиома рентгенограммада шеті анық немесе анық емес кисталық қуыс, әр түрлі пішіндегі, өлшемдегі көп санды сүйектің ошақты деструкциясы түрінде анықталады («сабынды көпіршік» көрінісі). Жақ сүйегі тығыз қабығы ісік көлемінің ұлғаюына байланысты алдымен ығысады, соңынан жұқарады және жақ сүйегінің деформациясына алып келеді.

Хондрома- шеміршек тінді қатерсіз ісік, жиі жоғарғы жақтың алдыңғы бөлігінде орналасады, өсуі баяу, тістің ығысуы байқалады. Сүйекте орналасуына байланысты: энхондрома-сүйек ішінде және экхондрома- сүйек сыртындағы түрлерге ажыратылады. Рентгенограммада энхондрома дөңгелек пішінді, шеті анық ошақты деструкция, ал экхондрома сүйек тығыз қабатының шеткері дефектісі түрінде анықталады. Қатерлі хондросаркома ісігіне айналуы мүмкін.

Остеохондрома- жоғарғы жақ қойнауы қабырғасы және төменгі жақ айшық тәрізді өсіндіде орналасатын қатерсіз ісік. Рентген суретте шеті анық, кеуекті түзіліс, сүйек өлшемінің ұлғаюы және деформациясы анықталады. Жиі самай- төменгі жақ буыны қызметі бұзылады.

Остеоид- остеома- остеоид және жетілмеген сүйек тінді, қан тамырлы қатерсіз ісік. Сүйектің тығыз қабатында өлшемі 1,0 см-ге дейін, шеті анық деструкциялық ошақ, ал остеобластома-өлшемі 1,0 см-ден үлкен сүйектің кеуекті бөлімінде орналасқан деструкциялық ошақ түрінде анықталады.

Қатерлі ісіктердің сәулелік диагностикасы.

Жақ бет аймағында қатерлі ісіктерден- шырышты қабат эпителиалды ісігі – рак және дәнекер тінді ісігі саркомалар (остеогенді, хондросаркома, ретикулосаркома) жиі кездеседі. Жақ сүйегінің ісіктік бұзылыстары екіншілік, яғни ауыз шырышты қабаты ісігінің сүйекке өтуі нәтижесінен, ал метастаздар сүт безі, қалқанша безі, қуық асты безі және бүйректің қатерлі ісіктерінде болады.

Жоғарғы жақ қойнауы шырышты қабат рагы- ортопантомограммада, бүйір бағыттағы панорамды рентгенограммада, қиғаш бағыттағы ауыз ішілік және ауыздан тыс рентгенограммада, КТ-сканда, МР-томограммада анықталады. Рентгенограммада жұмсақ тінде, таңдай, самай асты шұңқырына жайылған

қойнаудағы ісіктің көлеңкесі және сүйектің деструкциясы болады.

Альвеоляр өсінді және қатты таңдай шырышты қабаты рагы - ерте кезеңінде альвеоляр өсінді шеткері аймағында шеті анық емес деструкциялық ошақ пайда болады. Деструкция үрдісі тереңдеп, тіс аралық қалқа бұзылысынан тіс бөлектеніп көрінеді. Үрдіс мұрын қуысы, жоғарғы жақ қойнауына жайылса, қойнау түбі сүйегі тығыз қабаты анық көрінбейді. Екіншілік қабыну болса рентгенограммада қойнаудың толық, біркелкі көлеңкеленуі анықталады.

Остеогенді саркома- жиі төменгі жақта кездеседі. Рентгенологиялық көрінісіне байланысты остеосклеротикалық (остеобластық), остеолитикалық (остеокластық) және аралас түрлері анықталады. Бастапқы кезеңде рентген суретте сүйекте пішінсіз, шеті анық емес деструкция ошағы пайда болады. Жайылуы нәтижесінде сүйектің тығыз қабаты бұзылады, сүйек пердесі ажыратылады, сызықша тәрізді периостоздық белгі көрінеді. Остеобластық саркомада пішінсіз, бірімен-бірі қабаттасып ретсіз орналасқан және тығыздалған ошақтар анықталады.

Остеолитикалық түрінде сүйек тінінде деструкциялық ошақ, ал аралас түрінде деструкция және тығыздалған орындар байқалады. Сүйек пердесінде ине тәрізді, "маңдайша" тәрізді периостоз анықталады.

Хондросаркома- жиі жоғарғы жақта, 20-60 жас аралығында, ерлерде кездеседі. Рентгенологиялық зерттеуде сүйекте шеті кедір-бұдыр, анық емес деструкциялық ошақтар және шеткерісінде әктенулер болады. Сүйек тығыз қабатына өткенде ине тәрізді периостоз, жұмсақ тінге жайылып ісіктің жұмсақ тіндік компоненті анықталады.

Ретикулосаркома- жиі ерлерде, 20-40 жаста, жоғарғы жақ қойнауы қабырғасында, төменгі жақ дене тұсында кездеседі. Рентгенограммада шеті анық емес деструкциялық ошақтар және остеосклероздық орындардың болуынан сүйектің көлеңкесі ара ұясына ұқсайды. Сүйек пердесінде ине тәріздес периостоз анықталады. Ретикулосаркома лимфа арқылы мойын лимфа түйіндеріне, қан арқылы өкпе және омыртқаға метастаз береді.

Жақ сүйектері метастаздық ісіктері- жиі төменгі жақтың азу тістері деңгейінде, шеті анық немесе анық емес деструкциялық ошақтар анықталады.

Миеломды ауру- жиі 50-60 жаста кездесетін қан түзу мүшелері ісігі, солитарлы және жайылған түрі ажыратылады. Солитарлы түрі жиі төменгі жақта, рентгенологиялық зерттеуде кистаға ұқсас. Миеломды ауруға күмән туғанда бас, жамбас, қабырға, бұғана, омыртқа сүйектерінің рентгенограммасын алу қажет. Осы аталған сүйектерде өлшемі 1-3 см-лік дөңгелек пішіндегі бірнеше деструктивтік ошақтарды анықтау мүмкін.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Васильев А.Ю. «Лучевая диагностика в стоматологии». – М.: ГЭОТАР – медиа, 2010. – 288с.
2 Велбери Ричард, Даггал Монти С, под редакцией Николаевой Т.А., Фоминой Д.А., «Детская стоматология». - ГЭОТАР – медиа, 2014.
3 Лучевая диагностика в стоматологии, Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. DJVU. – 2008. - 176 с.
4 Лучевая диагностика, учебник Т1, под редакцией Г.Е.Труфанова. - 2011.

К.М. НУРУМБЕТОВ, Ж.Б. АМАНКУЛОВА, Н. БУРХАН

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Резюме: доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно–лицевой области представляют определенные трудности при выборе лучевых методов исследования, в определении лучевых признаков и проведении дифференциальной диагностики. В статье представлены методы исследования, лучевые признаки часто встречающихся доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных, а также злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные, одонтогенные и неодонтогенные опухоли, лучевые методы исследования, лучевые признаки.

K.M.NURUMBETOV, ZH.B.AMANKULOVA, N.BURKHAN

RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF COMMON TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL REGION

Resume: benign and malignant tumors of maxillofacial area present certain difficulties at a choice of beam methods of research, in definition of beam signs and carrying out differential diagnostics. Research methods, beam signs are presented in article.

Keywords: benign and malignant, odontogenic, tumors, beam methods of research, beam signs.

ОНКОЛОГИЯ ONCOLOGY

УДК 618.19-006.55

Э.Е. ИСКАКОВА, Б.Ж. АНАЯТОВА, Е.Б. КУЗАТБЕКОВА
КазНМУ, модуль патологической анатомии

КОСМЕТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Роль эстрогенов в развитии и прогрессировании рака молочной железы официально известна. Пути поступления обнаруженных экологических эстрогенов в ткани молочной железы человека изученные в ходе ряда исследований.
Существующий уровень жизни создает предпосылки повышения частоты и количества использования продуктов содержащих эстрогенмимические химические соединения.
***Ключевые слова**: рак молочной железы, косметические средства, алюминия хлоргидрат, подмышечные впадины, антиперсперант, эстрогенмимики.*

Эффект воздействия на организм низких доз мультихимических соединений на протяжении продолжительного времени до настоящего времени остается неизвестным, а обеспеченный ассортимент доступной продукции и разнообразие области применения косметики создает достаточно возможностей развития роста рака.

Возможный механизм связи между гигиеническими косметическими соединениями подмышечной области и раком молочной железы.

Обширное количество косметической продукции, накладываемое выше или вокруг молочной железы ежедневно, зачастую по несколько раз за день включает в себя антиперспиранты, деодоранты, лосьоны и спреи для тела, увлажняющие кремы, солнцезащитные средства, кремы формирующие и увеличивающие молочную железу. Эти средства как правило не смываются, а напротив оставляют для воздействия на кожу, впитываясь в подкожные слои. Количество впитываемых веществ возрастает по мере использования средств после удаления (бритья, выщипывания) волосяного покрова подмышечных впадин [2,3,5-7]. Вид абсорбированных химических элементов избежавших метаболические процессы в данном случае остается неизвестным [5-7].

Существующий уровень жизни создает предпосылки использования этих продуктов с увеличением частоты и количества [8,9] молодежью, детьми и даже младенцами [3], а эффект воздействия на организм низких доз мультихимических соединений на протяжении продолжительного времени до настоящего времени остается неизвестным. Разнообразие области применения косметики, а также обеспеченный ассортимент доступной продукции создает достаточно возможностей развития роста рака вследствие таких факторов как используемое количество, способ применения, индивидуальная предрасположенность к определенному составу продукции [2,3,5-7].

Широкий спектр химических соединений различного функционального назначения (Таблица 1) содержащийся в косметике, используемой для подмышечных впадин уже известен своим токсическим профилем [5-7].

Таблица 1.

Косметическое средство		
Косметическое средство	Механизм действия	Примеры используемых соединений. Известные компоненты с эстрогенной активностью
Антиперспирант	Стимулирует образование пробки в верхней части потового протока, предупреждает выделение пота на поверхность кожи	Соли алюминия: алюминия хлорид, чаще алюминия хлоргидрат. Алюминий является металлоэстрогеном
Деодорант	Маскирует, модифицирует или предупреждает неприятный запах тела. С момента появления неприятного запаха генерируемого воздействием бактерий с потом на поверхности кожи, антимикробные агенты уничтожающие бактерии.	Фенольные компоненты, чаще хлорированные такие как Триклозан.
UV- фильтры	Химикалии абсорбируют UVA и UVB лучи. Также добавляются для поддержки стабильности продукта.	Органические соединения, чаще производные бензофенона. Бензофенон-3, бензофенон-2, октил-метоксицинамат, 3-(4-метилбензилиден)-камфора, октил-диметил-ρ -аминобензойная кислота.
Ароматы/ фиксаторы аромата	Придают используемому продукту приятный аромат.	Синтетические маски, нитро-маски, полициклические маски. Бензил салицилат, бензил бензоат, бутилфенилметилпропионат [Lilial]. Полициклические маски: ННСВ, АНТН. Нитромаски: ксилен, кетон. Бензил салицилат, бензил бензоат, бутилфенилметилпропионат.
Распределяющие /кондиционирующие	Обеспечивают равномерное распределение компонентов по поверхности кожи.	Линейный (диметикон) и циклический (циклометикон) силоксаны. Октаметилциклотетрасилоксан.
Сурфактант – (вещество, уменьшающее	Чистящие средства	Алкиловые фенолы. Нонилфенол

поверхностное натяжение жидкости в котором оно растворено)		
Пластификаторы.	Растворители, увлажнители, носители аромата.	Фталаты: дибутилфталаты, ди(2-этилэксид) фталат, диэтилфталат,бутилбензилфталат.
Консерванты.	Предупреждают рост микроорганизмов	Алкиловые эфиры р-гидроксибензойной килоты (парабены). Метилпарабен, этилпарабен, n-пропилпарабен, n-бутилпарабен, изобутилпарабен, бензилпарабен.

Канцерогенное действие составляющих химикалий включает способность воздействия с ДНК, результатом чего является геннотоксическое воздействие или способность смешиваться с действием эстрогенов [2,3,5]. Роль эстрогенов в развитии и прогрессировании рака молочной железы официально известна [10]. Способность воздействия коктейля экологических эстроген-мимических химических соединений приводящих к развитию и росту рака молочной железы достойно серьезного внимания, особенно в отношении уже известных химикалий, которые присутствуют в ткани молочной железы [5]. Пути поступления обнаруженных экологических эстрогенов в ткани молочной железы человека изученные в ходе некоторых исследований, такие как: особенности питания (хлорорганические пестициды, полихлор бифенилы в животном жиру, фито-эстрогены или гербициды в овощах и фруктах) или окружающая бытовая среда (бифенол А и фталаты пластика, алкилфенолы моющих средств, полибромдфениловые эфиры мягкой мебели) могут быть связаны с ростом развития рака молочной железы. Местное применение косметических химических соединений с эстрогенным свойством обеспечивает еще один путь экспозиции [5].

В процессе проведения ряда экспериментов сделаны попытки связать рака молочной железы с применением косметических средств для подмышечных впадин. Mirick и другие отмечают отсутствие разницы среди женщин страдающих раком молочной железы применявших антиперсперанты/деодоранты и не использовавших (контрольная группа) [11]. В свою очередь McGrath отмечает более молодой возраст пациентов применявших продукцию в популяции с раком молочной железы [9].

Эстрогенная активность косметических химических соединений всасываемых через кожу.

Присутствие многих компонентов косметических химикалий с эстрогенными свойствами было измерено в ткани молочной железы или в грудном молоке [5,12] и прямые доказательства способности этих химикалий [парабены, фталаты, солнцезащитные кремы] всасываться с поверхности кожи в толщу кожных покровов также были опубликованы [13-16]. Кроме того, способность косметических химикалий всасываться в достаточном количестве и оказывать физиологический эффект приведены в примерах публикации “Mortician’s Mystery” (Тайны гробовщика) опубликована в the New England Journal of Medicine (1988) [17]. Этот случай демонстрирует, что долгосрочная экспозиция рук бальзамирующим кремом может привести к эндокринным нарушениям всего организма, в частности может повлиять на ткань молочной железы мужчин.

Большинство недавних исследований докладывают об эндокринных нарушениях у женщин как молодого, так и старшего возраста вследствие воздействия эстрогенных химикалий из продуктов индивидуального пользования. Так у девочки в возрасте 36 месяцев имело место преждевременное развитие молочных желез соответствующее признакам пубертатного периода и появление менструации, после использования лосьона для волос своей матери, содержащего эстрогенный продукт [18]. Другой пример описывает случай 93-х летней женщины с подобными симптомами после длительного применения крема для тела, содержащего в составе этинилэстрадиол [19].

Управление гормонзаместительной терапией путем наложения накожного пластыря предполагает способность абсорбции гормонов через кожу, подтверждая равнозначное мнение эффекта от длительного применения в течение дня различных косметических продуктов содержащих эстрогенные химикалии [5].

В таблице приведены известные химические компоненты косметических средствах с эстрогенной активностью (таблица 1) [5-7].

Хотя многие из этих компонентов, включающих парабены, были названы слабыми эстрогенами из-за их слабой родственной связи с эстрогенным рецепторам, эффект от их воздействия не бесследен, они способны вызвать такую же ответную магнитуду роста клеток рака молочной железы in vitro как и 17β-эстрадиол в достаточном количестве [5-7].

Несмотря на то, что воздействие одного изолированного химического соединения может или не может достичь концентрации в молочной железе, рассмотренной и измереной in vitro [5-7,12], экологическая реальность такова, что молочная железа подвержена экспозиции не одному изолированному, а множеству эстрогенных химикалий. Имеются результаты проведенных экспериментов in vitro, измерения эстрогенного эффекта смеси экологических эстрогенов, тогда как в изолированном виде они не продемонстрировали абсорбционного эффекта [20], подобные результаты получены при проведении воздействия смеси различных парабенов [1]. Более того особо отмечено, что смесь из пяти видов парабенов вызвали рост эстрогенного ответа при низкой концентрации эстрадиола [1], которое в норме присутствует в течение менструального цикла [21], в препубертатном и постменопаузальном периодах. Как известно молочная железа преимущественно подвержена развитию рака в пубертатном периоде [22], большинство симптомов наблюдается в постменопаузальном периоде [23].

Антиперспиранты и рак молочной железы.

Хотя значение опухолевых заболеваний имеет высокий профайл в рейтинге заболеваний, его процентное соотношение среди клинически выявленных случаев патологии молочной железы составляет всего 5%, куда также вошли часто встречающиеся кисты и доброкачественные фиброаденомы [1]. Причина высокого уровня случаев доброкачественных состояний молочной железы неизвестно, однако необходимо отметить, что наиболее частым местом расположения доброкачественных образований является наружно-верхний квадрант молочной железы [1-3,5].

В основе своей дизайн компонентов антиперспиранта направлен на блокирование подмышечных потовых протоков [8] вследствие чего в рядом расположенных тканях образуются кисты молочной железы [1], это правдоподобно и в случае возможного развития кист молочной железы от воздействия достаточного количества химикатов антиперсперантов используемых в течении долго периода времени [3,5]. Недавние исследования докладывают о заметном повышении уровня алюминия в кистозной жидкости молочных желез в сравнении с плазмой крови и лактационным молоком [23], что требует

гарантированных доказательств в дальнейших исследованиях.

Несмотря на то, что косметические средства используются еще со времен Древнего Египта 3500 лет до нашей эры, количество используемых за последние годы средств по уходу за телом достигает беспрецедентного количества, и беспрецедентное воздействие на людей как популяцию в целом. Предоставленная гипотеза связи рака молочной железы и использования косметических химических средств с эстрогенными свойствами основана на доказанных фактах, которые можно протестировать.

Разумеется, изолированный химикалий будет использован с учетом всех правил техники безопасности, но эффект от продолжительного использования комплекса этих химических компонентов людьми разного возраста в течение жизни во всем мире дает право для проведения ретроспективного исследования.

Если использование косметических средств подмышечной области является фактором развития рака молочной железы, то вариантом профилактики может, наконец, стать решение об использовании или не использовании этих продуктов или же изменение его формулировки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Darbre PD: Underarm cosmetics are cause of the breast cancer. //Eur J Cancer Prev 2001, 10:389-393/
2 Darbre PD: Underarm cosmetics and breast cancer. //J Appl Toxicol 2003, 23:89-95/
3 Darbre PD: Recoded quadrant incidence of female breast cancer in Great Britain suggests a disproportionate increase in the upper outer quadrant of the breast. Anticancer Res 2005, 25:2543-2550/
4 Darbre PD: Environmental oestrogen cosmetics and breast cancer. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2006, 20:121-143/
5 Harwey PW, Darbre P: Endocrine disrupters and human health: could oestrogenic chemicals in bodycare cosmetics adversely affect breast cancer incidence in women? A review of evidence and call for further research. J Appl Toxicol 2004, 24:167-176.
6 Darbre P, Harwey PW: Paraben esters: review of recent studies of endocrine toxicity, absorption, esterase and human exposure, and discussion of potential human health risks. //J. Appl. Toxicol 2008, 28:561-578/
7 Janjulia NR, Mogensen B, Andersson AM, Patersen J.H., Henriksen M., Skakkebaek N.E., Wulf H.C. Systemic absorption of the sunscrees benzophenon-3, actyl-methoxycinnamate, and 3-(4-methyl-benzylidene) camphor after hole-body topical application and reproductive hormone levels in humans // J. Invest Dermatology. -2004. -№123. - C.57-61.
8 Janjulia NR, Nortensen GK, Andersson AM, Kongshoj B, Henriksen M, Skakkebaek NE, Wulf HC. Systemic uptake of dietyl phthalate, dibutil phalate, and butyl paraben following whole-body topical application and reproductive and thyroid hormone levels in humans // Environ Sci Technol. – 2007. -№41. -C.5564-5570.
9 Janjua NR, Fredericsen H, Skakkebaek N.E., Wulf HC, Andesson A.M. Urinary excretion of phthalates and paraben after repeated whole-body topical application in humans // Int J Androl. -2008. -№31. -C.118-130.
10 Janjua NR, Kongshoj B, Andersson AM, Wulff HC. Sunscreens in human plasma and urine after repeated whole-body topical application // J Eur Dermatol Venereol. -2008. -№22. -C.456-461.
11 Finkelstain JS, McCully WF, Maclaughlin DT, Godine JE, Crowley WF. The Mortician's Mystery: gynecomastia and reversible hypogonadotropic hypogonadism in an embalmer // N Engl J Med. -1998. -№ 318. -C.961-965.
12 Guarneri MP, Brambilla G, Liozzo A, Colombo I, Chiumello G. Estrogen exposure in a child from hair lotion used by ner mother: clinical and hair analysis data // Clin Toxicol. -2008. -№46. - C.762-764.
13 Komori S, Ito Y, Nakamura Y, Aoki M, Takashi T, Kinuta T, Tanaka H, Koyama K. A long-term user of cosmetic cream containing estrogen developed breast cancer and endometrial hyperplasia // Menopause. -2008. -№15. - C.1119-1192.
14 Rjapakse N, Sliva E, Kortenkamp A. Combining xenoestrogens at levels below individual no-observed-effect concentrations dramatically enhances steroid hormone action // Environ Health Perspect. -2002. -№110. -C.917-921.
15 Wright JV, Schliesman B, Robinson L. Comparative Measurements of serum estriol, estradiol, and estrone in non-pregnant, premenopausal women: a preliminary investigation // Alt Med Rev. -1999. -№4. - C.266-270.
16 Russo J, Russo IH. Biology of disease. Biological molecular bases of mammary carcinogenesis // Lab invest. -1987. - №57. - C.112-137.
17 Key TJ, Vercasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer // Lancet Oncol. – 2001. -№2. -C.133-140.

Э.Е. ИСКАКОВА, Б.Ж. АНАЯТОВА, Е.Б. КУЗАТБЕКОВА

ҚазҰМУ, патологиялық анатомия модулі

КОСМЕТИКАЛЫҚ ӨНІМДЕР ЖӘНЕ СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫ

Түйін: Сүт безі рагы санының артуына эстрогендер себепші екені дәлелденген. Бір неше зерттеулерде қоршаған орта эстрогендерінің организмге ену жолдары анықталған. Бүгінгі күннің сұранысына сай эстроген қосындылары бар: косметика, тұрмыстық химия, ас тағамдарды қолдану жийылығы мен мөлшері өте бийік.

Эстроген әсерлі мультихимиялық қосындылардың төмен дозада және ұзақ уақытта қолдану кезеңінде берер әсері осы уақытқа дейін белгісіз, ал қамтамасыз етілген косметикалық өнімнің кең ассортименты сүт безі рагы дамуына жол ашуда.

Түйінді сөздер: сүт безі обыры, косметикалық өнімдер, алюминий хлоргидрат, антиперсперант, эстрогеннің сіңарлары.

E.E. ISKAKOVA, B.Z. ANAYATOVA, E.B. KUZATBEKOVA

KazNMU, department of Pathology II

COSMETICS AND BREAST CANCER

Resume: The role of oestrogen in development and progression of breast cancer is well known. Variety studies have investigated the entering of the environmental oestrogens by diet, the domestic environments and topical application of cosmetic chemicals with oestrogenic properties.

The long-term low-dose expose of mixtures of multiple chemicals are unknown, and the available range of different products provide ample possibility for cancer to arise.

Keyword: breast cancer, cosmetics, aluminium chlorhydrate, underarm place.

РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 2. THEORETICAL DISCIPLINE

ГИГИЕНА HYGIENE

УДК: 616.98:579.861.1:615.371-084 (574.2)

А.К. КАЙРХАНОВА, С.А. АМИРЕЕВ, Л.Т. ЕРАЛИЕВА, А.М. КУАТБАЕВА
Кафедра эпидемиологии,
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова
г.Алматы, Казахстан

МОНИТОРИНГ ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД 2008-2012 Г.Г.

В статье рассмотрено современное состояние пневмококковой пневмонии среди детей от (0 до 5 лет) в мире и уровень снижения заболеваемости пневмококковой инфекции после введения профилактических прививок в Казахстане.
Ключевые слова: *Streptococcus pneumoniae, вакцина, дети*

Пневмококковые инфекции – это группа широко распространенных антропонозных болезней, вызываемых Streptococcus pneumoniae, представляющих актуальную проблему для практического здравоохранения во всех странах мира. Пневмококки вызывают самую частую бактериальную инфекцию человека, по оценке ВОЗ, она вызывает 1,2 млн. смертей в год, более 40 % смертей детей 0 - 5 лет [1]. У детей самыми частыми клиническими формами пневмококковой инфекции являются острый средний отит (до 60%), синуситы (до 45%) и пневмония (до 65-80% случаев) [2].

В США до введения вакцинации детей от пневмококковой инфекции ежегодно отмечали 1250 случаев госпитализации на 100 000 детей до 2-х лет и 460 случаев на 100 000 детей 2-4 лет с диагнозом пневмония [3]. В странах Европы показатель заболеваемости пневмониями у детей первых двух лет жизни до начала национальных программ по вакцинопрофилактики колебался от 370 до 1010 на 100 000 детей в Германии, от 160 до 1080 на 100 000 детей в Испании, Франции и Великобритании [4]. В Европейском регионе ВОЗ в 2010 году пневмония оставалась лидирующей причиной летальности у детей первых пяти лет жизни [5]. Благодаря вакцинации, в США иммунизация в течение 5 лет снизила частоту бактериемических форм у детей 0 - 5 лет в 46 раз (с 81,9 до 1,7 на 100 000), носительство у иммунизированных детей упало с 42% до 25% (в контрольной группе выросло с 39% до 46%) [1].

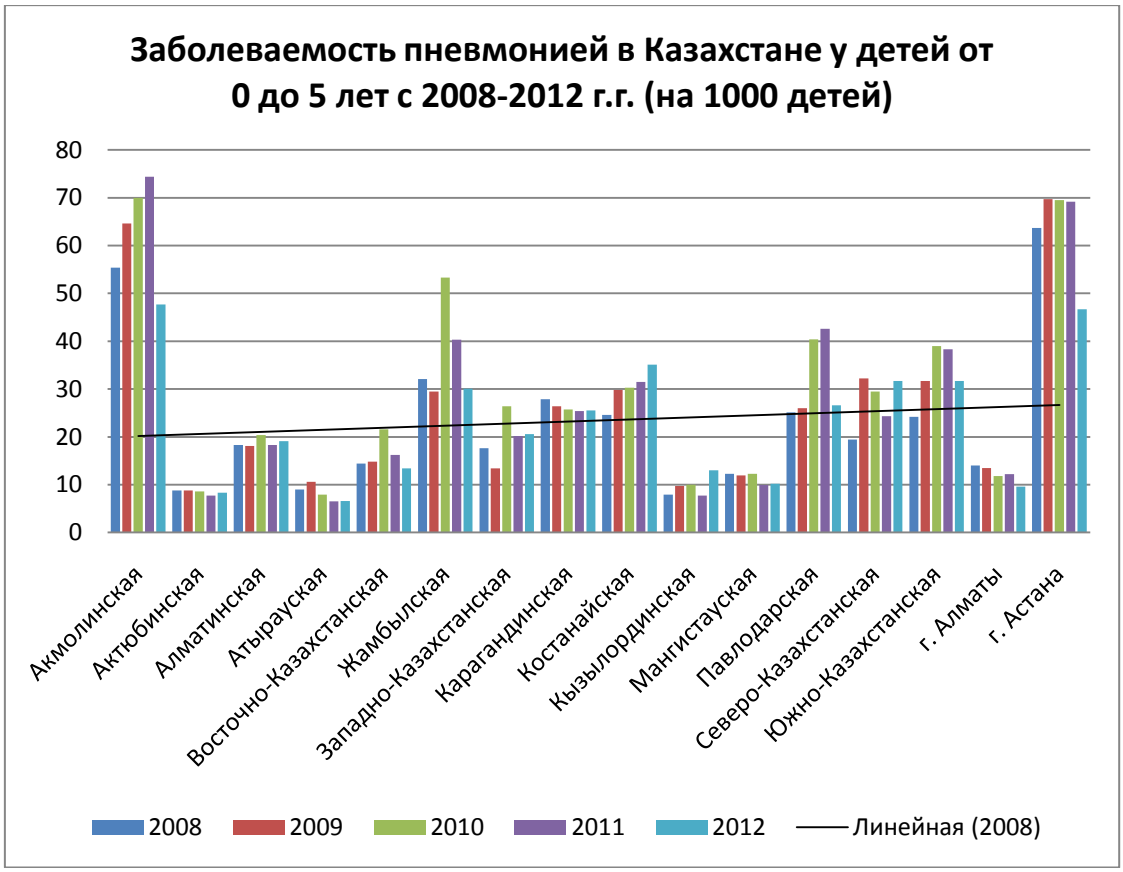
Во Франции были проведены исследования влияния 13-ти валентной пневмококковой конъюгированной вакцины на пневмококковую инфекцию у детей с острым средним отитом. У детей раннего возраста с острым средним отитом это исследование показывает положительный результат, вакцина влияет на серотипы 19A, 7F , и 6C [6].

При микробиологическом исследовании материалов от больных с отитами в 42% случаев выделен Streptococcus pneumonia, в 35% - Haemophilus influenza, в 8% - Str.pyogenes, в 5% - S.aureus, в 5%- E. coli, в 2%- Ps.aeruginosa и в 3%- Candida albicans [7].

Вакцинация является самым эффективным и экономически выгодным профилактическим мероприятием, известным в современной медицине [8-9].

В Казахстане вакцинация проводится пневмококковой вакциной ПКВ-13. Эффективность вакцины в отношении подтвержденных рентгенологически пневмоний (без этиологического диагноза, в том числе вызванных иными, нежели пневмококковыми возбудителями) составила 29-32% [10]. Госпитализация детей 0-2 лет по поводу пневмонии снизилась с 12,5 случаев до 8,1 на 1000 [11]. По данным ВОЗ, Превенар приводит к 39%-ному снижению госпитализации по поводу пневмонии [12].

Вакцинация в Казахстане проводится поэтапно. Первыми областями, где проводилась вакцинация стали Восточно-Казахстанская и Мангистауская области. Показатели заболеваемости пневмонией на 100 тыс населения в Восточно-Казахстанской области до вакцинации в 2010 году составило 1630,1; болезни уха и сосцевидного отростка 3359,6 соответственно; смертность от пневмонии и гриппа 13,87 на 100 000 детей до 1 года. В Мангистауской области число пневмоний в 2010 году составляло 637,5, болезни уха и сосцевидного отростка 3221,1, смертность 10,93 [13]. Через 2 года после вакцинации заболеваемость пневмонией в ВКО снижена до 1,6 раза, болезни уха и сосцевидного отростка на 24%, смертность до 24% соответственно. Аналогичное снижение показателей заболеваемости и смертности зарегистрированы и в Мангистауской области: в 1,8 раза, на 15% и в 1,7 раза соответственно.



Таким образом, анализ заболеваемости пневмонией в Казахстане показал, что наряду со снижением уровня заболеваемости идет снижение смертности. Следовательно, вакцинация против пневмококковой инфекции детей раннего возраста в Республике Казахстан имеет свои перспективы. Полученные результаты свидетельствуют, что пневмококковые вакцины эффективны в предотвращении пневмококковых инфекций в частности пневмонии, а также в снижении уровня смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 С.А. Амиреев, А.С. Есмагамбетова, А.М. Куатбаева, В.К. Таточенко, Ш.У. Жандосов, Н.Жаикбаев «Иммунизация на практике» // Национальное руководство. - Алматы: 2014. - С.155-161.
2 Мельникова А.А., Королева И.С., Белошицкий Г.В. Актуальные проблемы пневмококковой инфекции // Ремедиум. - 2009. – С. 18 – 20.
3 Сидоренко С.В., Лобзин Ю.В., Харит С.М., Королева И.С., Таточенко В.К. Пневмококковая инфекция и современные возможности ее профилактики – эпидемиологический обзор ситуации в мире и в России // Вопросы современной терапии. – 2010. - Т.9. - №1. – С. 54 – 61.
4 Reinert RR. Pneumococcal conjugate vaccines - a European perspective // Int J Med Microbiol. – 2004. - №294(5). – P. 277-294
5 Black R.E., Cousens S, Johnson HL et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis // Lancet. - 2010. – V.375. – P. 1969-1987.
6 Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization - WHO position paper // Weekly epi- demiol. Rec. – 2007. - №82 (12). – P.93-100.
7 Нажмеденова А.Г., Куатбаева А.М., Тулебаева И.К., Ералиева Л.Т. Предварительные результаты детей против пневмонии в Республике Казахстан // Инфекционные болезни. - 2013. - Т.11. - №1. - С. 279.
8 Всемирный Банк: Отчет о тенденциях экономического развития в мире в 1993 году. - Нью-Йорк: Издательство «Оксфорд Юниверсити Пресс», 1993. – 328 с.
9 Таточенко В. К., Озерецковский Н. А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика – 2011 (справочник). – М.: Из-во Союза педиатров России, 2011. - 198 с.
10 Pavia M,, Bianco A., C. Nobile et al. Efficacy of pneumococcal vaccination in children younger than 24 months: a meta-analysis // Pediatrics. – 2009. - №6. – P. 103-110.
11 Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia hospitalizations among young children before and after introduction of pneumococcal conjugate vaccine: United States, 1997-2006 // MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 2009. - №58(1). – P. 1-4.
12 ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный Банк // Положение в мире относительно вакцин и иммунизации. Третье издание. – Женева: 2009. – С. 13-16.
13 Министерство здравоохранения Республики Казахстан Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения // Статистический сборник. - Астана- Алматы: 2011. - С. 70-110.

А.К. КАЙРХАНОВА, С.А. АМИРЕЕВ, Л.Т. ЕРАЛИЕВА, А.М. КУАТБАЕВА
Эпидемиология кафедрасы
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазақҰлттық Медицина Университеті

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ 2008-2012 Ж.Ж. АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ПЕНВМОККОКТЫ ПНЕВМОНИЯ АУРУЫНА ҰШЫРАУЫНЫҢ МОНИТОРИНГІ

Түйін: Мақалада Қазақстандағы профилактикалық егуден кеиінгі қазіргі кездегі балалардағы (0-5 жас аралағындағы) пневмококты инфекцияның дүние жүзіндегі жағдайы және осы аурудың төмендеу деңгейі қарастырылған.
Түйінді сөздер: Streptococcus pneumoniae, егу, балалар

A.K. KAIRKHANOVA, S.A. AMIREEV, L.T. ERALIEVA, A.M. KUATBAEVA
Epidemiology chair
Asfendiyarov's Kazakh National Medical University

MONITORING OF INCIDENCE OF STREPTOCOCCUS PNEUMONIA AT CHILDREN OF EARLY AGE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN DURING OF 2008-2012.

Resume: in a review the current state of a Streptococcus pneumonia infection among children from (0 till 5 years) in the world and level of decrease in incidence of a streptococcus pneumonia infection after introduction of preventive inoculations is considered in Kazakhstan.
Keywords: Streptococcus pneumoniae, vaccine, children

УДК 614.97:618.1-002

С.Р. ДЖАФАРОВА
Азербайджанский медицинский университет
Баку, Азербайджан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА И УРЕАПЛАЗМОЗА У ЖЕНЩИН В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В статье описаны результаты проведенных исследований по распространению и эпидемиологию урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у женщин в Азербайджанской Республике. Было выявлено, что урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз в настоящее время широко распространен среди женщин, особенно в репродуктивном возрасте. Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз 2-3 раза больше встречаются среди женщин, проживающих в городах, у незамужних, у женщин, мужья которых работают в другой стране.
Ключевые слова: *хламидиоз, уреаплазмоз, эпидемиология.*

В Азербайджанской Республике урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз среди женщин репродуктивного возраста выявляется на высоком уровне. Среди женщин эти инфекции отмечаются в моно и в микст формах. Уровень пораженности зависит от возраста, места жительства, семейного положения, от образа жизни.

Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз являются одним из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и имеют тенденцию к увеличению среди людей, особенно в репродуктивном возрасте [1, 2, 3, 4]. Эти инфекции часто встречаются в микст форме в ассоциации друг с другом [5, 6]. Хотя обе инфекции вызываются бактериями, но по биологическим свойствам возбудителя они сильно отличаются. Возбудитель урогенитального хламидиоза – Chlamidia trachomatis – это грамотрицательный, неподвижный, внутриклеточный паразит, развитие и размножение которого происходит только внутри эукариотной клетки.

Возбудитель уреаплазмоза – Ureaplazma ureolyticum грамотрицательный, очень мелкий, неподвижный бактерий бесклеточный стенки. Является паразитами мембран эукариотных клеток. В развитии которой не требуется клетка, но оно происходит в сложных питательных средах. Кроме того, обе бактерии являются условно патогенными и относятся к оппортунистическим инфекциям. Поэтому заражение не всегда реализуется как инфекционный процесс и зависит от иммунного статуса организма, нормальной микрофлоры урогенитального тракта, сопутствующих инфекций и т.д. [7, 8, 9 ,10]. Заражение этими инфекциями зависит от образа жизни, национальной особенности, семейного положения, жилищных условий и т.д. [1, 2, 12, 13].

Учитывая, что обе инфекции играют значительную роль в перинатальной патологии, борьба и профилактика с ними является приоритетом здравоохранения. Для успешной борьбы с этими инфекциями, наряду со своевременной диагностикой и эффективным лечением необходимо изучение эпидемиологии в отдельных регионах и странах [11, 14, 15]. Выявление каждого фактора передачи инфекции характерным по регионам и странам, не только не утратило своей актуальности, но на современном этапе стало одной из основных проблем перед органами здравоохранения.

В этом плане в связи с гиперурбанизацией, гипермиграцией, а также своеобразной национальной особенностью Азербайджан представляет большой интерес для изучения инфекционных болезней, в том числе и урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза. Это, в свою очередь, обостряет необходимость принятия соответствующих мер по профилактике. Основу профилактических мер составляет четкая организация санитарно-просветительских работ, а для правильной организации этих работ необходимо проведение ряда исследований.

Целью проводимого исследования является изучение уровня заболеваемости, и эпидемиологических

особенностей урогенитальных инфекций у женщин в Азербайджане.

Материалы и методы

Нами было обследовано на урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз 4280 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Обследования проводилось серологическими, бактериологическими, молекулярно-биологическими методами. При статистической обработке результатов исследований использовано вычисление средней ошибки к проценту и критерий достоверности различий по Стьюденту. Беременные женщины составляли 2954, не беременные 1326 женщин.

Результаты и обсуждения

Результаты проведенных обследований изучения уровня пораженности беременных и не беременных женщин с урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом показали, что 16,2±0,7% и 17,8±1.1% не беременные были поражены урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом (13,5±0,6% и 11,4±0,9 соответсвенно). Урогенитальный хламидиоз в форме моно инфекции среди не беременных женщин (19,3±0,9%) выявляется больше, чем у беременных (10,0±0,6%; p< 0,001), а уреаплазмоз в форме моно инфекции, наоборот, у беременных (7.2±0,5%) выявляется больше, чем у не беременных (5,9±0,7%; p< 0,05). Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз в микст форме у беременных (6.2±0,4%) и у не беременных (5,5±0,6%; P>0,05) женщин выявляется почти одинаково (таблица 1).

Таблица 1 - Частота встречаемости урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза среди беременных и не беременных женщин

Выявленные инфекции	Беременные, n=2954		Не беременные, n=1326		Всего, n=4280	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Уогенитальный хламидиоз	480	16,2±0,7	236	17,8±1.1	716	16,7±0,6
Урогенитальный уреаплазмоз	398	13,5±0,6	151	11,4±0,9	549	12,8±0,5
Хламидиоз (моноинфекция)	296	10,0±0,6	163	19,3±0,9	459	10,7±0,5
Уреаплазмоз (моноинфекция)	214	7.2±0,5	78	5,9±0,7	292	6,8±0,4
Хламидиоз и уреаплазмоз (микстинфекция)	184	6.2±0,4	73	5,5±0,6	257	6,0±0,4

Как видно из таблицы 1, урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом было инфицировано 1008 (23,6±0,7%) женщин. Из них только урогенитальным хламидиозом были поражены 10,7±0,5% женщин, тольком уреаплазмозом 6,7±0,4% женщин, урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом вместе в микст форме 6,0±0,4% женщин.

Все обследованные пациентки были проанализированы по возрасту, месту жительства, специальности, семейному положению, жилищным условиям и т.д. (таблица 2).

Таблица 2 - Встречаемость урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у разных групп женщин

Разные группы женщин	Число обследо-ванных женщин	Число инфинцированных							
		Урогенитальный хламидиоз		Урогенитальный уреаплазмоз		Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сельские	1802	105	5,8±0,6	110	6,1±0,6	69	3,8±0,6	284	15,8 ±0,9
Городские	2478	354	14,3±0,7	182	7,4±0,5	188	7,6±0,5	724	29,2 ±0,9
Замужные	3796	357	9,4±0,5	224	5,9±0,4	205	5,4±0,4	786	20,7 ±0,7
Разведенные	484	102	21,1±1,9	68	14,1±1,6	52	10,7±1,4	222	45,9 ±2,3
Имеюшие детей	3749	397	10,6±0,5	240	6,4±0,4	229	6,1±0,4	866	23,1 ±0,7
Не имеюшие детей	531	62	11,7±1,4	52	9,8±1,3	28	5,3±1,0	142	26,7 ±1,9
Женщины, мужья которых работают в другой стране	612	113	18,5±1,6	69	11,3±1,3	46	7,5±1,1	228	37,3 ±2.0
Женщины, мужья которых работают в республике	3184	244	7,7±0,5	155	4,9±0,4	159	5,0±0,4	558	17,5 ±0,7

Среди женщин, проживающих в сельской местности, урогенитальный хламидиоз (5,8±0,6%), уреаплазмоз (6,1±0,6%), в моно форме и урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз в микст форме (3,8±0,6%), выявляется намного меньше чем среди женщин, проживающих в городах (соответственно 14,3±0,7%; p<0,001, 7,4±0,5%; p> 0,05; 7,6±0,5%; p<0,001). Кроме того, среди женщин, проживающих в городах, все три формы инфекций (29,2±0,9%) в два раза больше встречается, чем у женщин проживающих в сельской местности (15,8±0.9%, p<0,001). Все три формы инфекций среди разведенных женщин (45,9±2,3%) выявляется намного больше, чем у замужних женщин (20,7 ±0,7 % p<0,001). Эта закономерность отмечается в моно и микст форме этих инфекций. Так, среди разведенных женщин урогенитальный хламидиоз (21,1 ±1,9%), уреаплазмоз (14,1 ±1,6%) в моно, урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз в микст форме (10,7 ±1,4%) выявляется в 2-3 раза больше, чем у замужних женщин. (соответственно 9,4 ±0,5%; p<0,001) 5,9 ±0,4%; p<0,001 и 5,4 ±0,4%, p<0,001).

Среди женщин, имеющих детей (23,1 ±0,7%) и не имеющих детей (26,7±1,9%; p>0,05) эти инфекции выявляются почти одинаково. Среди женщин, мужья которых работают в других местах и странах, эти инфекции встречаются намного чаще (37,3±2,0%), чем у женщин, мужья которых работают в республике (17,5 ±0,7%; p<0,001).

Таблица 3 - Пораженость женщин урогенитальным хламидиозом и уреаплазмозом в зависимости от возраста

Возраст женщин	Число обследованных женщин	Число инфицированных							
		Урогенитальный хламидиоз		Урогенитальный уреаплазмоз		Урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
18-25	1156	108	9,3±0,9	91	7,9±0,8	59	5,1±0,6	258	22,3 ±1,2
26-30	1626	202	12,4±0,8	112	6,9±0,6	117	7,2±0,6	431	26,5 ±1,1
31-39	1070	124	11,6±1,0	77	7,2±0,8	68	6,4±0,7	269	25,1 ±1,3
40-45	428	25	5,8±1,1	12	2,8±0,8	13	3,1±0,8	50	11,7 ±1,6
Всего	4280	459	10,7±0,5	292	6,8±0,4	257	6,0±0,4	1008	23,6 ±0,6

Все обследованные женщины были в репродуктивном возрасте, среди них меньше всего пораженность отмечается у 40-45 летних женщин (11,7±1,6%), больше всего в возрасте 26-30 лет (26,5 ±1,1%; p<0,001) в других возрастных группах пораженность почти одинакова.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о следующем:

1. Урогенитальным хламидиозом женщины, проживающие в городах, в 2 раза больше поражены, чем женщины, проживающие в сельской местности.
2. Замужние женщины (20,7±0,8%) меньше поражены, чем разведенные (45,9±2,3%;p<0,001).
3. Женщины, мужья которых работают в республике, в 2 раза меньше поражены, чем женщины, мужья которых работают в пределах страны.
4. Урогенитальный хламидиоз и уреплазмоз больше выявляется среди женщин в возрастной категории от 26 до 30 лет.
5. Уровень урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоза среди беременных женщин отмечается как в моно, так и в микст форме.

Заключение. В Азербайджанской Республике урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз среди женщин репродуктивного возраста выявляется на высоком уровне. Среди женщин эти инфекции отмечаются в моно- и микст-формах. Уровень пораженности зависит от возраста, места жительства, семейного положения, от образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абдинова А.Н. «Современное состояние диагностики, лечения и профилактики уреаплазмоза среди беременных города Баку»: дис. ...канд. мед. – Баку, 2008. – 308 с.
2 Van de Laar M.J., Morre S.A., Chlamydia: a major callange for public health // Euro Surveel. – 2007. - №12(10). – P. 1-2.
3 Кузьмин В.Н., Гусейнзаде М.И. Эффективная бактериальная терапия микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста // Лечащий врач . - 2014. - №3. - С. 37-42.
4 Николаева Е.В. «Роль моно и микст хламидийной инфекции в развитии хронической плацентарной недостаточности: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Благовещенск, 2005. - 256 с.
5 Никонов А.П., Чилова Р.А., Остроумова М.В., Стецюк О.У., Андреева И.В. – Актуальные вопросы лечения хламидийной инфекции у беременных женщин // Лечащий врач. - 2010. - №3. - С. 42-45.
6 Рюмин Д.В. «Смешанная (сочетанная) урогенитальная инфекция: ретроспектива современное состояние проблемы // Вестник последипломного медицинского образования». – 2003. - №1. – С. 34.
7 Ватагина С.В. «Особенности течения беременности и родов у женщин, перенесщих урогенитальную хламидийную инфекцию»: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Самара: 2009. – 365 с.
8 Paul V.K, Singh M., Gupta U. et al. Chlamydia trachomatis infection among pregnant women: prevalence and prenatal importance // Natl. Med. J. India . – 1999. – Vol.12. - №1. - P. 11-14.
9 Фомичева Е.Н., Зарубина Е.Н., Минаев В.И. и др. Роль уреамикоплазменной и хламидийной инфекций в акушерской практике. // Акушерство и гинекология. – 1997. - №2. - С. 81-88.
10 Остроумов О.А. Влияние хламидийной и микоплазменной инфекции на развитие неблагоприятных исходов беременности // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2001. - №2. – С. 22-24.
11 Land J.A., Van Bergen J.E.A.M., Morre S.A., Postma M.J. Epidemiology of chlamydia trachomatis infection in women and the costeffectiveness of screening // Human Reproduction update. – 2010. - №16(2). – P. 189-201.
12 Abdinova A.N. Hamilə qadınlar arasında urogenital ureaplazmozun yayılmasının epidemioloji qanunauyğunluqları // Azərbaycan Tibb jurnalı. – 2007. - №1. - С. 7-8.
13 Mullick G., Watson-Jones D., Beksinska M. et al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact. on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries // Sex. Trans. Infect. – 2005. - №81. - P. 294-302.
14 Халдин А.А., Чистик О.В. – «Урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем, и заболевания репродуктивной системы: эпидемиология, клиника, терапия » // Лечащий врач. - 2009. - №10. - С. 6-8.
15 Хряпин А.А, Стецюк О.У., Андреева И.В. «Хламидийная инфекция в гинекологии и акушерстве: Тактика ведения пациенток в соответствии с современными зарубежными и российскими рекомендациями» // Лечащий врач. – 2012. - №3. - С. 30-37.

С.Р. ДЖАФАРОВА
Әзербайжан медициналық университеті

ӘЗЕРБАЙЖАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӘЙЕЛДЕРДІҢ УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗ ЖӘНЕ УРЕАПЛАЗМОЗ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Мақалада суретте нәтижелерді өткіздір-өткізу зертте ша таратуға және урогенитал хламидиоза және уреаплазмоза эпидемиологиясін бас әйелдердің әзірбайжан республикада. Бол- айқында, не урогенитал хламидиоз және уреаплазмоз в осы уақытты жаядай әйелдердің арасында таратып жібер-, айрықша репродуктивном возрасте. урогенитал хламидиоз және 2-3 реттің уреаплазмоз неғұрлым ара, ара қалаларда мекенде әйелдердің арасында кездесетін, бас незамужних, бас, нешіншінің күйеулері әйелдердің ара сырттың елінде жұмыс істейді.
Түйінді сөздер: хламидиоз, уреаплазмоз, эпидемилогия.

S.R. JAFAROVA
Azerbaijan Medical University

EPIDEMIOLOGICAL PROPERTIES OF UROGENITAL CHLAMYDIA AND UREAPLAZMOZ AMONG WOMEN IN AZERBAIJAN

Resume: The article describes the results of studies on the distribution and epidemiology of urogenital chlamydia and ureaplasmosis women in Azerbaijan. It was found that urogenital chlamydia and ureaplasmosis currently prevalent among women, especially in the reproductive age.
Urogenital chlamydia and ureaplasmosis 2-3 times more common among women living in urban areas, unmarried, women whose husbands work in another country.
Keywords: chlamydia, ureaplasmosis epidemiology.

УДК 61. 616-092.19-616.418.8]. 614.876

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ[1], М.К. БАЛАБЕКОВА[2], А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА[1], А.С. ОРАЗАЛИНА[1]
[1]ГМУ г. Семей и КазГЮИУ, Семей
[2]КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра патофизиологии, Алматы

ПОСЛЕДСТВИЯ МАЛОЙ ДОЗЫ РАДИАЦИИ НА УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И СОСТОЯНИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ИММУНОГЕНЕЗА У ПОТОМКОВ 1 ПОКОЛЕНИЯ

В работе исследовано влияние малой дозы гамма-радиации в отдаленном периоде на профиль провоспалительных цитокинов и лимфоидные органы иммуногенеза у потомков 1 поколения. Установлено, что миграция лимфоидных клеток при действии малой дозы гамма-излучения у потомков 1 поколения происходит с костного мозга, тимуса и селезенки в лимфатические узлы тонкого кишечника, в периферической крови повышается количество ИЛ-6 и снижается содержание INF-у.
Ключевые слова: *малая доза гамма-излучения, потомки 1 поколения, лимфоидные клетки, ИЛ-6 и INF-у.*

В плане изучения иммунных факторов в регуляции гомеостаза заслуживают внимания цитокины. Продукция цитокинов является частью клеточного ответа, связанного с рапознаванием иммунокомпе-тентными клетками сходных структурных компонентов различных патогенов. Поражение сопровождается разнонаправленными измене-ниями цитокинового профиля крови. Уменьшение концентрации цитокинов приводило к нарушению взаимосвязи между иммунным статусом или к смещению баланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в биологических средах [1,2]. Экспериментальные исследования свидетельствуют о специфике изменений цитокинового профиля у крыс при облучении [3]. Результаты наших исследований дополнят имеющиеся данные о взаимосвязи между иммунным статусом и цитокиновым профилем при действии малой дозы в отдаленном периоде. Однако вклад отдельных иммуномодулирующих цитокинов в регуляции иммунного ответа млекопитающих при облучении остается неясным.

Также актуальной проблемой остаются эффекты малой дозы радиации на лимфоидные органы иммуногенеза в отдаленном периоде, в частности, у облученных и их потомков 1 поколения

Цель нашего исследования – выявить последствия малой дозы гамма-радиации в отдаленном периоде на профиль провоспалительных цитокинов и лимфоидные органы иммуногенеза у потомков 1 поколения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели нами были выполнены 3 серий опытов на 50 белых беспородных половозрелых крысах. 1 серия – интактные (n=15), 2-я серия – облученные + отдаленный период ((n=20), 3-я серия - (n=15) потомки 1 поколения от облученных животных. Подопытных животных 2- серии подвергли общему облучению на радиотерапевтической установке «Луч-1» мощностью 125 Р в час гамма-лучами ^{60}Со в дозе 0,2 Гр. Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла, с изолированными ячейками для отдельных животных.

У всех животных в костном мозге изучали количество лимфоидных клеток, в тимусе, селезенке и лимфатических узлах тонкого кишечника определяли массу, лимфоидный индекс и число лимфоидных клеток. Клеточные суспензии готовили из костного мозга, тимуса, селезенки и лимфатических узлов тонкого кишечника подопытных животных. Осуществляли подсчет кариоцитов и определяли их жизнеспособность. Количество тимоцитов, лимфоидных клеток в костном мозге, селезенке определяли по методике О.И.Белоусовой и М.И.Федотовой (1983) [4]. Содержание клеток костного мозга исследовали в замкнутом пространстве по методике П.Д. Горизонтова с соавт. (1983)[5]. Определение лимфоидного индекса тимуса выполнялась по методике Е. Д.Гольдберга и соавт. (1972)[6],

а в лимфатических узлах тонкого кишечника - по методу Б.А. Жетписбаева (1995)[7].

Для определения отдаленных эффектов цитокиновый профиль у подопытных животных определяли через 3 месяца после воздействия ионизирующих гамма- излучений. В периферической крови у всех животных определяли уровень провоспалительных ферментов – ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и INF-у. иммуноферментным методом на аппарате «Униплан» (Россия).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики [8].

Результаты исследования и обсуждение

Определенный интерес представляет цитокиновый профиль провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения. Влияние малой дозы гамма-радиации на цитокины провоспалительного действия в отдаленном периоде представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Влияние малой дозы гамма-излучения на цитокиновый профиль в отдаленном периоде.

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
Ил-2 пг/мл	59,3+3,7	49,1+4,1
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	57,7+7,0*
TNFa пг/мл	61,7+3,1	69,3+4,2
INFy пг/мл	14,1+1,5	9,8+1,4*
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

Результаты исследования показали, что под воздействием малой дозы гамма-излучения в отдаленном периоде в сыворотке крови имеется тенденция к снижению уровня ИЛ-2 и повышению содержания TNF-а. В сыворотке крови содержание ИЛ-6 достоверно возрастает в 1,94 раза, снижается концентрация INF-у в 1,43 раза.

Неоднозначность полученных результатов свидетельствует о том, что все цитокины полифункциональны, для них характерно значительное перекрывание функций. Цитокины могут усиливать или угнетать как синтез, так и функции друг друга [8].

В иммунной системе ИЛ-6 является стимулирующим фактором пролиферации В-лимфоцитов - стимулятором их терминальной дифференцировки в иммуноглобулин-секретирующие плазматические клетки. Он равномерно стимулирует выработку иммуноглобулинов всех классов. Действуя на зрелые Т- клетки, ИЛ-6 подготавливает их к реакции на ИЛ-2, усиливает вызываемую ИЛ-2 пролиферацию Т-клеток и дифференцировку цитотоксических Т-лимфоцитов, повышает действие INF-у на NK-клетки [9]. Уровень TNF-а в отдаленном периоде соответствовал контрольному показателю.

По данным литературы, источником INF-у служат опосредованные Т-лимфоциты. Среди Т-лимфоцитов продуцентами INF-у являются цитотоксические СД8+-клетки, так и хелперные СД4+-клетки, однако при дифференцировке последних на Th1- и Th2-клетки способность вырабатывать INF-у сохраняют только Th1-клетки [1,2].

INF-у снижает секреторную активность Тх2. В результате всех этих гуморальных взаимодействий INF-у усиливает развитие клеточного иммунитета и подавляет проявления гуморальных иммунных реакций [10].

Важнейшей функцией INF-у являются его участие в опосредованном взаимосвязей между лимфоцитами и макрофагами и в регуляции соотношения клеточной и гуморальной составляющих иммунного ответа. Следовательно, INF-у играет важную роль в иммунорегуляции, являясь ключевым цитокином клеточного иммунного ответа и ингибитором гуморального иммунного ответа [11]. При снижении уровня INF-у повышается секреторная активность Тх2. В результате всех этих гуморальных взаимодействий INF-у снижается развитие клеточного иммунитета и повышается проявления гуморальных иммунных реакций.

Таким образом, в отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения повышено содержание ИЛ-6 и снижена концентрация INF-у, что позволяет судить о напряжении в клеточном звене иммунитета.

Большинство лимфоцитов периферических органов иммунной системы не закрепляется в них постоянно, а через некоторое время покидает их в основном после контакта с антигеном, включаясь в рециркуляцию лимфоцитов. Практически все лимфоциты достигают всех систем органов, так, что ни один антиген не остается незамеченным.

Отсюда возникает вопрос о роли воздействия облучения в малых дозах гамма-радиации на лимфоидные органы в отдаленном периоде и у потомков 1 поколения.

В таблице 2 представлена динамика изменений состояния лимфоидных органов при воздействии малой дозы гамма-излучения в отдаленном периоде и их потомков 1 поколения.

В отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения в костном мозге достоверно увеличивается количество лимфоидных клеток в 3,75 раза. В тимусе отмечается достоверное снижение массы органа в 1,6 раза, количества лимфоидных клеток в 1,35 раза и повышение лимфоидного индекса.

Таблица 2 - Динамика изменений состояния лимфоидных органов при воздействии малой дозы гамма-излучения в отдаленном периодах и у их потомков 1 поколения.

Объекты исследования	Показатели	Серии опытов		
		1.интактные (n=15)	2.облученные (n=12)	1 потомки (n=15)
Тимус	1	0,32±0,020	0,20±0,030*	0,25±0,04
	2	9,2±0,28	6,8±0,04**	3,2±0,80*^
	3	0,18±0,012	1,3±0,06*	0,14±0,05^
Лимфоузлы тонкого кишечника	1	0,15±0,021	0,20±0,06	0,22±0,022*
	2	0,72±0,031	0,40±0,06*	1,35±0,11*^
	3	0,08± 0,002	0,5±0,06**	1,22±0,05*^
Костный мозг	2	0,16±0,041	0,6±0,02*	0,15±0,016^
Селезенка	1	0,70±0,074	0,80±0,011*	0,55±0,08^
	2	2,5±0,39	2,2±0,10	0,9±0,13*^
	3	4,3±0,24	3,3±0,02*	3,0±0,11**
Примечание: * - достоверно к 1 группе, (P<0,05), ** - достоверно к 1 группе, (P<0,001), ^ – достоверно ко 2 группе (P<0,05); 1 - масса органа в мг, 2- лимфоидные клетки (10^6), 3 - лимфоидный индекс, n – количество опытов				

В селезенке в этот период отмечается тенденция повышения массы органа, снижения количества лимфоидных клеток и достоверное снижение лимфоидного индекса в 1,26 раза. В лимфоидных органах тонкого кишечника масса органа практически не меняется, но статистически достоверно снижены количество лимфоидных клеток в 1,8 раза и лимфоидный индекс в 1,9 раза.

У потомков 1 поколения после воздействия малой дозы гамма-излучения в тимусе происходит достоверное снижение числа лимфоидных клеток, тогда как масса и лимфоидный индекс существенного изменения не претерпевают. В лимфоузлах тонкого кишечника достоверно повышены, по отношению к контрольным показателям, количество лимфоидных клеток в 1,87 раза, масса – в 1,46 и лимфоидный индекс – в 15 раза. В костном мозге число лимфоидных клеток соответствует контрольным данным. В селезенке снижается количество лимфоидных клеток в 2,77 раза и лимфоидный индекс – 1,43 раза, со стороны массы значимых изменений не наблюдается.

По полученным данным можно предположить, что миграция лимфоидных клеток при действии малой дозы гамма-излучения у потомков 1 поколения происходит с костного мозга, тимуса и селезенки в лимфатические узлы тонкого кишечника.

Эти результаты являются одними из проявлений отдаленных последствий неспецифической иммунной реакции организма на воздействие гамма-излучения в малой дозе [12].

Нормализация количества лейкоцитов и лимфоцитоз свидетельствует о миграции лимфоидных клеток в органах и тканях, а также специфического действия радиации на кроветворные ткани [12,13].

Таким образом, в отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения в периферической крови повышается количество ИЛ-6 и снижается содержание INF-у.

Возможно, что механизмы развития стресс-реакции зависят от адаптации и недостаточности физиологических мер защиты организма. Нормализация костномозгового кроветворения и увеличение лимфоидных клеток в селезенке и снижение числа лимфоидных клеток в лимфатических узлах тонкого кишечника расширят адаптационные возможности организма, что позволит повысить резистентность организма к радиационным факторам .

Выводы: в периферической крови повышается количество ИЛ-6 и снижается содержание INF-у. Миграция лимфоидных клеток при действии малой дозы гамма-излучения у потомков 1 поколения происходит с костного мозга, тимуса и селезенки в лимфатические узлы тонкого кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шортанбаев А.А., Кожанова С.В. Общая иммунология. - Алматы: 2008. - 469 с.
2 Ярилин А.А., Иммунология. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 749 с.
3 Аргымбекова А.С. Коррекция фитосубстанциями иммунологических и обменных процессов при радиационном поражении организма: дис. ... д-р мед. наук - Астана, 2009. - 43 с.
4 Белоусова О.И., Федотова М.И. Сравнительные данные об изменении количества лимфоцитов селезенки, зобной железы и костного мозга в ранние сроки после облучения в широком диапазоне доз // Радиобиология – радиотерапия. – 1968. - Т.9. - №3. – С. 309-313.
5 Горизонтов П.Д., Белоусова О.М., Федотова М.И. Стресс и система крови. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
6 Гольдберг Е.Д., Штенберг И.Б., Михайлова Т.Н., Шубина Т.С. Состояние лимфоидной ткани при введении животным рубомицина // Пат. физиол. -1972. -№6. - С.67-68.
7 Жетписбаев Б.А. Способ определения лимфоидного индекса в лимфоузлах при стрессе // Информ. лист Семипалатинского ЦНТИ. – 1995. - №68. – С. 95-98.
8 Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. Терапия. – 1961. - №1. - С.71-76.
9 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. Pol. Arch. Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. -№ 5-6. - P.247-251.
10 Arc P.C., Troutt A.B., Clark D.A. Soluble receptors, neutralizing THF-a and IL-1 block stress triggered murine abortum // Am. J. Repord Immunol. – 1997. - Vol.37. - N3. – P. 262-266.
11 Blaschitz A., Hutter H., Dohr G. HLA Class J protein expression in the human plazenta // Early Pregnansy. – 2001. –Vol.5. - N1.-P.67-69.
12 Ильдербаев О.З. Реактивтілігі (γ-сәулелері әсерінен) өзгерген организмнің цемент және асбест шандарына адаптациясының иммунитеттік және биохимиялық механизмдері: дис. ... д-р мед. наук - Астана, 2009. – 46с.
13 Жетписбаев Г.А. Изменения функционального состояния иммунной системы при действии ионизирующего излучения на организм и способы ее коррекции: дис. ... д-р мед. наук - Алматы, 2006. - 36 с.

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ, М.К. БАЛАБЕКОВА, А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА, А.С. ОРАЗАЛИНА

1 ҰРПАҚ ТҰҚЫМДАРЫНДА РАДИАЦИЯНЫҢ АЗ ДОЗАСЫНЫҢ ҚАБЫНУ ЦИТОКИНДЕРІНІҢ ДЕҢГЕЙІНЕ ЖӘНЕ ИММУНДЫҚ ДАМУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЖАҒДАЙЛАРЫНА ӘСЕР ЕТУ САЛДАРЫ

Түйін: Жұмыста 1 ұрпақ тұқымдарындағы қабыну цитокиндері мен иммундық даму ағзаларының деңгейіне алыстатылған кезеңде гамма-радиацияның аз дозасының әсеғрі зерттелді. 1 ұрпақ тұқымдарына гамма-сәулелердің аз дозасымен әсер еткенде лимфоидты жасушалардың миграциясы сүйек миынан, айырша безден және көкбауырдан аш ішектің лимфа түйіндеріне жүретіні, шеткері қанда ИЛ-6 мөлшері жоғарылайтыны және INF-у мөлшері төмендейтіні анықталды.

Түйінді сөздер: гамма-сәулелердің аз дозасы, 1 ұрпақ тұқымдары, лимфоидты жасушалар, ИЛ-6 және INF-у.

B.A. ZHETPISBAYEV, M.K. BALABEKOVA, A.SH. KYDYRMOLDINA, A.S. ORAZALINA

EFFECTS OF LOW DOSE RADIATION ON LEVEL PROINFLAMMATORY CYTOKINES AND LYMPHOID ORGANS IMMUNOGENESIS STATE IN OFFSPRING 1 GENERATION

Resume: The influence of low doses of gamma radiation in the long term on the profile of proinflammatory cytokines and lymphoid organs immunogenesis in the offspring generation 1. It has been established that the migration of lymphoid cells under a low dose of gamma radiation in the offspring generation occurs from one bone marrow, thymus, spleen and lymph nodes of the small intestine, peripheral blood increases the amount of IL-6 content decreases INF-y.

Keywords: small dose of gamma radiation, the descendants of generation 1, lymphoid cells, IL-6 and INF-y.

УДК 61. 616-092.19-616.418.8]. 614.876

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ[1], А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА[1], С.Е. МЫРЗАГУЛОВА[2], А.С. ОРАЗАЛИНА[1], М.К. ЖУКЕШЕВА[2]
[1]ГМУ г. Семей и КазГЮИУ, Семей
[2]КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра патофизиологии, Алматы

ЭФФЕКТЫ СУБЛЕТАЛЬНОЙ ДОЗЫ ГАММА-РАДИАЦИИИ НА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ЛИМФОИДНЫЕ ОРГАНЫ ИММУНОГЕНЕЗА У ПОТОМКОВ 1 ПОКОЛЕНИЯ

В работе исследованы эффекты сублетальной гамма-радиации на провоспалительные цитокины, центральные и периферические органы иммуногенеза у облученных животных и их потомков 1 поколения. Установлено, что у потомков 1 поколения после сублетального гамма-излучения происходит перераспределение лимфоидных клеток из тимуса и лимфатических узлов тонкого кишечника в костный мозг и селезенку. В отдаленном периоде в периферической крови сниженная концентрация ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и повышенная концентрация INF-у в сыворотке крови свидетельствуют о наличии иммунологической недостаточности в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

Ключевые слова: *сублетальное гамма-излучение, тимус, костный мозг, селезенка, лимфатические узлы тонкого кишечника, ИЛ-2,6, TNF-а и INF-у.*

В центральных и периферических лимфоидных органах происходит пролиферация и дифференцировка субпопуляций всех видов Т- и В- лимфоцитов [1]. При радиационном воздействий в центральных и периферических органах иммуногенеза происходит цитолиз, угнетение пролиферации, мобилизации и перераспределе-ния лимфоцитов [2]. При действий сублетальной дозы радиации во всех звеньях иммунной системы происходит иммуносупрессия, формируется иммунодефицитное состояние [3,4,5]. Причем иммунные дисфункции сохраняются довольно длительное время, и, поэтому состояние иммунной системы, как в отдаленном периоде, в том числе у потомков 1 поколения после сублетального гамма излучения представляет большой интерес.

Наряду с общепринятыми методами определения морфо-функционального состояния иммунной системы в настоящее время во всем мире используются чувствительные и информативные методы определения содержания цитокинов. Основная биологическая активность цитокинов – регуляция иммунного ответа на всех этапах его развития. В связи с этим актуальным является изучение особенностей спонтанной продукции цитокинов в условиях сублетального облучения с целью оценки степени влияния ионизирующей радиации на иммунную систему организма.

Поэтому целью настоящей работы явилось изучение эффектов сублетальной гамма-радиации на провоспалительные цитокины, центральные и периферические органы иммуногенеза у облученных животных и их потомков 1 поколения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели нами были выполнены 3 серий опытов на 55 белых беспородных половозрелых крысах. 1 серия – интактные (n=15), 2-я серия – облученные + отдаленный период ((n=20), 3-я серия (n=20) - потомки 1 поколения от облученных животных. Подопытных животных 2 - серии подвергли общему облучению на радиотерапевтической установке «Луч-1» мощностью 125 Р в час гамма-лучами ^{60}Co в дозе 6 Гр. Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла, с изолированными ячейками для отдельных животных.

У всех животных в костном мозге изучали количество лимфоидных клеток, в тимусе, селезенке и лимфатических узлах тонкого кишечника определяли массу, лимфоидный индекс и число лимфоидных клеток. Клеточные суспензии готовили из костного мозга, тимуса, селезенки и лимфатических узлов тонкого кишечника подопытных животных. Осуществляли подсчет кариоцитов и определяли их жизнеспособность. Количество тимоцитов, лимфоидных клеток в костном мозге, селезенке определяли по методике О.И.Белоусовой и М.И.Федотовой (1983) [6]. Содержание клеток костного мозга исследовали в замкнутом пространстве по методике П.Д. Горизонтова с соавт. (1983)[7]. Определение лимфоидного индекса тимуса выполнялась по методике Е. Д.Гольдберга и соавт. (1972)[8], а в лимфатических узлах тонкого кишечника - по методу Б.А. Жетписбаева (1995)[9].

Для изучения отдаленных эффектов цитокиновый профиль у подопытных животных определяли через 3 месяца после воздействия ионизирующих гамма - излучений. В периферической крови у всех животных определяли уровень провоспалительных ферментов – ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и INF-у иммуноферментным методом на аппарате «Униплан» (Россия).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики [10].

Результаты и обсуждение

Раннее нами установлено, что после сублетального гамма-облучения в дозе 6 Гр в вызывает атрофию тимуса, селезенки и лимфоидных узлов тонкого кишечника. Перераспределение лимфоидных клеток наблюдается в сторону костного мозга и селезенки [11].

В отдаленном периоде после сублетального облучения полного восстановления массы тимуса не наблюдается (таблица 1).

Таблица 1 - Состояние лимфоидных органов иммуногенеза у потомков 1 поколения после сублетальной дозы гамма-радиации

Объекты исследования	Показатели	Серии опытов		
		1.интактные (n=15)	2.облученные 3 месяца (n=20)	1 потомки (n=20)
Тимус	1	0,32±0,020	0,28±0,011*	0,26±0,015*
	2	9,2±0,28	7,4±0,26**^{0}	4,4±0,8*^{0}
	3	0,18±0,012	0,15±0,015	0,14±0,011*
Лимфоузлы тонкого кишечника	1	0,15±0,021	0,13±0,020	0,09±0,010*
	2	0,72±0,031	0,50±0,0130*	0,21±0,013*^{0}
	3	0,08± 0,002	0,059±0,003**	0,056±0,005*
Костный мозг	2	0,16±0,041	0,21±0,013^0	0,32±0,060*^{0}
Селезенка	1	0,70±0,074	0,55±0,021*^{0}	0,9±0,025*
	2	2,5±0,39	3,0±0,210	7,5±0,15*^{0}
	3	0,38±0,024	0,33±0,018	0,50±0,022*^{0}
Примечание: * - достоверно к 1 группе, (P<0,05), ** - достоверно к 1 группе, (P<0,001), 0 – достоверно ко 2 группе				

(P<0,05); 1 - масса органа в мг, 2- лимфоидные клетки (106), 3 - лимфоидный индекс, n – количество опытов

Рост числа тимоцитов в 1,89 раза не приводила к нормализации его уровня, оно оставалось низким в сравнении с контрольным показателем, при этом отмечалась нормализация лимфоидного индекса.

В отдаленном периоде в лимфатических узлах тонкого кишечника масса возрастала до контрольного уровня, практически оставались без изменения уровень лимфоидных клеток и лимфоидный индекс; их уровни не достигали контрольных величин.

В отдаленном периоде после сублетального гамма-облучения в костном мозге происходит нормализация количества лимфоидных клеток. В селезенке повышается количество лимфоидных клеток и уровень лимфоидного индекса до контрольных величин. В то же время масса селезенки возрастает, но в отличие от других изучаемых показателей, не достигает контрольного уровня.

Приведенный фактический материал показывает, что в отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения в тимусе и лимфатических узлах тонкого кишечника снижены количества лимфоидных клеток. В тимусе и селезенке сохраняется атрофия, в лимфатических узлах тонкого кишечника - сниженный лимфоидный индекс.

У потомков 1 поколения под воздействием сублетального гамма-излучения в тимусе снижена масса, как и в отдаленном периоде. Количество лимфоидных клеток достоверно ниже контрольного в 2 раза. Сниженным в этот период оказывается и лимфоидный индекс.

В костном мозге продолжает нарастать количество лимфоидных клеток. Его значения достоверно превышает контрольный уровень в 2 раза.

В селезенке повышенными оказываются лимфоидные клетки (в 3 раза), масса и лимфоидный индекс селезенки в 1,28 и 1,32 раза соответственно.

В лимфоузлах тонкого кишечника количество лимфоидных клеток достоверно снижается в 3,4 раза, достоверно сниженным оказываются масса и лимфоидный индекс.

Таким образом, у потомков 1 поколения после сублетального гамма-излучения повышенными оказываются количество лимфоидных клеток в костном мозге и селезенке, тогда как в тимусе и лимфатических узлах тонкого кишечника наблюдается обратная картина. Снижение массы и лимфоидного индекса наблюдается в тимусе и лимфатических узлах тонкого кишечника, повышение – в селезенке.

Цитокины – белковые медиаторы, которые вовлекаются в иммунорегуляцию лейкоцитарного ответа и развитие различных патологических состояний. Покоящаяся клетка продуцирует небольшое количество цитокинов. Чаще всего это клетки крови – лимфоциты и моноциты, реже – гранулоциты [12].

От баланса цитокинов зависит тип иммунного реагирования и эффективность иммунологической реакции, так и процессы пролиферации и дифференцировки в иммунной системе [13].

Анализ экспериментального материала показал (таблица 2), что в отдаленном периоде после сублетальной дозы гамма-излучения достоверно уменьшаются количества ИЛ-2 в 1,28 раза, ИЛ-6 в 2,1 раза и TNF-а в 1,23 раза (таблица 2). В этот период отмечается повышение концентрации INF-у в 1,9 раза (P<0.05).

Таблица 2 – Состояние провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия сублетальной дозы гамма-радиации в дозе 6 Гр

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
Ил-2 пг/мл	59,3+3,7	46,2+3,3*
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	14,1+2,9**
TNF-а пг/мл	61,7+3,1	50,1+3,9*
INF-у пг/мл	14,1+1,5	27,6+4,7*
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

Как известно, продуцентами цитокинов являются практически все субпопуляции лимфоцитов, они способны выделять цитокины, однако, профессиональными продуцентами этих медиаторов являются СД4+ Т-хелперы [14].

Раннее нами в эксперименте получено, что в отдаленном периоде после действия сублетальной дозы гамма-излучения отмечается повышение числа субпопуляций Т-лимфоцитов с хелперной и понижение Т-лимфоцитов с супрессорной активностью [15], следствием этого, по-видимому, происходит уменьшение цитокинпродуцирующей способности Т-клетками с супрессорной активностью, и это отражается на спонтанной секреции ИЛ-2. Недостаточный уровень ИЛ-2 вызывает дисрегуляцию в иммунной системе, снижает процесс пролиферации в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета, что наблюдается и в отдаленном периоде после воздействия сублетальной дозы гамма-радиации [16].

Снижение уровня ИЛ-2 не обеспечивает дифференцировочный фактор для Т-киллеров [16] и для этого требуется действие ИЛ-6 [17], уровень которого тоже низок. Сниженный уровень ИЛ-6 не в состоянии индуцировать конечную стадию созревания В-лимфоцитов в плазматические клетки [17].

К тому же низкая концентрация TNF-а не принимает участия в развитии иммунного ответа в качестве кофактора ростовых цитокинов, обусловливающих пролиферацию В- и Т-лимфоцитов [18,19].

Иммунорегуляторное действие INF-у должно проявляется в усилении выработки некоторых цитокинов (ИЛ-1 и ИЛ-2) [20,21], но этого в нашем случае не наблюдается. К тому же в больших дозах INF-у подавляет как гуморальный, так и клеточный иммунитет [22].

Вывод. 1. У потомков 1 поколения происходит перераспределение лимфоидных клеток из тимуса и лимфатических узлов тонкого кишечника в костный мозг и селезенку.

2. В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения сниженная концентрация ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и повышенная концентрация INF-у в сыворотке крови, свидетельствует о наличии иммунологической недостаточности в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Жетписбаева Х.С., Ильдербаев О.З., Жетписбаев Б.А. Стресс и иммунная система. - Алматы: 2009. - 235 с.
2 Раисов Т.К., Жетписбаев Б.А., Нурмухамбетов Ж.Н. Шабдарбаева Д.М. Эмоциональный стресс и коррекция адаптационных нарушений. – Алматы: 1999. – 152 с.
3 Жетписбаев Г.А. Изменения функционального состояния иммунной системы при действии ионизирующего излучения на организм и способы ее коррекции: дис. ... д-р мед. наук - Алматы, 2006. -36 с.

4 Ильдербаев О.З. Реактивтілігі (γ-сәулелері әсерінен) өзгерген организмнің цемент және асбест шандарына адаптациясының иммунитеттік және биохимиялық механизмдері: дис. ... д-р мед. наук - Астана, 2009. – 46 с.
5 Жетписбаева Х.С. Иммунологические и биохимические механизмы адаптации, прогнозирование и коррекция постстрессорных нарушений: дис. ... д-р мед. наук - Семей, 2009. – 34 с.
6 Белоусова О.И., Федотова М.И. Сравнительные данные об изменении количества лимфоцитов селезенки, зобной железы и костного мозга в ранние сроки после облучения в широком диапазоне доз // Радиобиология – радиотерапия. – 1968. - Т.9. - №3. – С. 309-313.
7 Горизонтов П.Д., Белоусова О.М., Федотова М.И. Стресс и система крови. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
8 Гольдберг Е.Д., Штенберг И.Б., Михайлова Т.Н., Шубина Т.С. Состояние лимфоидной ткани при введении животным рубомицина // Пат. физиол. - 1972. - №6. - С.67-68.
9 Жетписбаев Б.А. Способ определения лимфоидного индекса в лимфоузлах при стрессе // Информ. лист Семипалатинского ЦНТИ. – 1995. - №68. – С.7-11.
10 Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. терапия. – 1961. - №1. - С.71-76.
11 Жетписбаев Б.А., Хамитова Л.К Иммунные дисфункции облученного организма // Наука и Здравоохранение. - 2002. –С. 215-221.
12 Пичугина Л.В., Пинегин Б.В. Внутриклеточные цитокины: проблемы детекции и клиническое значение // Иммунология. – 2008. - №1. - С.55-63.
13 Шурлигина А.В., Дергачева .И., Ковшик И.Г. и др. Клеточный состав лимфоидных органов крыс-самок с экспериментальным острым воспалением внутренних половых органов после введения интерферона-у в разных суточных режимах // Иммунология. – 2008. - №2. - С.114-116.
14 Шортанбаев А.А., Кожанова С.В. Общая иммунология. – Алматы: 2008. -469 с.
15 Шалгинбаева Г.С., Ибраев С.С., Алимбаева А.А. и др. Отдаленные эффекты различных дозовых нагрузок гамма-излучения на Т-систему иммунитета // Наука и здравоохранение.- 2014. - №3. - С. 37-40.
16 Reen G.H., Yen N.H. Interleukin 2 regulates expression of its rezeptor and synthesis of gamma interferon by human T-lymphocytes // Science. – 1984. - №225. – P. 429-430.
17 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. Pol. Arch. // Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. - №5-6. - P. 247-251.
18 Горецкая М.В., Шейбак В.М. Иммунопатология: роль печени в иммунной системе. – М.: 2010. – С. 14-18.
19 Buko V.U., Kirvel P., Lukivskaya O. et al. Effects of TNF-a Blocking antibody on rat experimental alcoholic steatohepatitis //Liver Under Constant Attack-From Fat to Viruses: Abstracts of Invited Lectures Poster Abstracts. – Mainz: 2008. – P.14.
20 Arc P.C., Troutt A.B., Clark D.A. Soluble receptors, neutralizing THF-a and IL-1 block stress triggered murine abortum // Am. J. Repord Immunol. – 1997. - Vol.37. - №3. - P. 262-266.
21 Blaschitz A., Hutter H., Dohr G. HLA Class J protein expression in the human plazenta // Early Pregnansy. – 2001. –Vol.5. - №1. -P. 67-69.
22 Иванов В.В., Сахаров С.П., Поляков А.П. и др. Роль иммунного статуса в прогнозе тяжелой термической травмы у детей. // Иммунология. – 2008. - №3. - С. 161-163.

Б.А, ЖЕТПИСБАЕВ, А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА, С.Е. МЫРЗАҒҰЛОВА, А.С. ОРАЗАЛИНА, М.Қ. ЖУКЕШЕВА

1 ҰРПАҚ ТҰҚЫМДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ ЦИТОКИНДЕРІНЕ ЖӘНЕ ИММУНДЫҚ ДАМУДЫҢ ЛИМФОИДТЫ АҒЗАЛАРЫНА ГАММА-РАДИАЦИЯНЫҢ СУБЛЕТАЛЬДІ ӘСЕРЛЕРІ

Түйін: Жұмыста сәулемен әсер еткен жануарлардың және олардың 1 ұрпақтарының қабыну цитокиндеріне, иммундық дамудың орталық және шеткері ағзаларына гамма-радиацияның сублетальді әсерлері зерттелді. 1 ұрпақ тұқымдарында сублетальді гамма-сәулелерден кейін лимфойдты жасушалардың айырша без бен аш ішек лимфа түйіндерінен сүйек миы мен көкбауырға көшуі анықталды. Алыстатылған кезеңде шеткері қанда ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а мөлшері азайды және INF-у мөлшері жоғарылады
Түйінді сөздер: сублетальді гамма-сәулелену, айырша без, сүйек миы, көкбауыр, аш ішектің лимфа түйіндері, ИЛ-2,6, TNF-а және INF-у.

B.A. ZHETPISBAYEV, A.SH. KYDYRMOLDINA, S.E. MYRZAGULOVA, A.S. ORAZALINA, M.K. ZHUKESHEVA

EFFECTS OF SUBLETHAL DOSE OF GAMMA RADIATION ON PROINFLAMMATORY CYTOKINES AND LYMPHOID ORGANS IMMUNOGENESIS IN OFFSPRING 1 GENERATION

Resume: We studied the effects of sublethal gamma radiation on the pro-inflammatory cytokines, the central and peripheral organs immunogenesis irradiated animals and their descendants one generation. It was established that in the offspring of one generation after sublethal gamma radiation redistribution of lymphoid cells from the thymus and lymph nodes of the small intestine in the bone marrow and spleen. In the late period in the peripheral blood decreased the concentration of IL-2, IL-6, TNF-a and increased concentration of INF-y indicate the presence of immune deficiency in cellular and humoral immunity.
Keywords: sublethal gamma radiation, thymus, bone marrow, spleen, lymph nodes, small intestine, IL-2,6, TNF-a and INF-y.

УДК 61. 616-092.19-616.418.8]. 614.876

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ[1], А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА[1], Д.А. АХМЕДШИНА[2], А.С. ОРАЗАЛИНА[1], М.К. ЖУКЕШЕВА[2]
[1]ГМУ г. Семей и КазГЮИУ, Семей
[2]КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра патофизиологии, Алматы

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ И ЛИМФОИДНЫЕ ОРГАНЫ ИММУНОГЕНЕЗА У ПОТОМКОВ 1 ПОКОЛЕНИЯ, ПОДВЕРГНУТОГО ФРАКЦИОНИРОВАННОЙ ДОЗЕ ГАММА-РАДИАЦИИ

В работе исследовано состояние цитокинового профиля и лимфоидных органов иммуногенеза у потомков 1 поколения. Установлено, что у потомков 1 поколения отдаленный эффект фракционированной дозы гамма-радиации вызывает миграцию лимфоидных клеток в сторону селезенки, лимфатических узлов тонкого кишечника и костного мозга. Отмечается структурное повреждение тимуса. В сыворотке крови снижены содержания TNF-a и INF-y.
Ключевые слова: *потомки 1 поколения, фракционированная гамма-радиация, миграция, лимфоидные клетки, селезенка, костный мозг, тимус, TNF-a и INF-y.*

В настоящее время цитокины выделены в новую самостоятельную систему регуляции основных функции организма, связанную с поддержанием гомеостаза в норме и при патологических процессах. Важными участниками и связывающими звеньями иммунитета, гемостаза и неспецифической резистентности при любой патологии считают цитокины [1].

Про- и воспалительные цитокины контролируют процессы воспаления. Так цитокины ИЛ-4 и ФНО-у регулируют амплитуду и продолжительность воспалительного и иммунного ответов, участвуют в регуляции специфического иммунного ответа [1,2], активно вовлекаются в формирование и регуляцию защитных реакций, играют важную роль в процессах адаптации [3].

Дезорганизация функции иммунной системы, потеря контроля над инкрецией цитокинов и прочих факторов воспаления приводят к тому, что последние вместо ограничения зоны поражения и реализации защитных программ начинают оказывать деструктивное и повреждающее действие на ткани не только в очаге альтерации, но и в других органах [4].

Большой объем клинических и экспериментальных исследований был уделен проблемам высокой дозы ионизирующей радиации. Показано, что высокие дозы излучения могут разрушать не только клетки, но и повреждать ткани и органы, приводя, в конечном итоге, к гибели целого организма [5,6]. В то же время по данным литературы, недостаточно изученным остается влияние фракционированного гамма излучения на иммунологическую реактивность организма в отдаленном периоде и у их потомков 1 поколения [7-9]. Вышеизложенное и определило цель нашего исследования – изучение состояния цитокинового профиля и лимфоидных органов иммуногенеза у потомков 1 поколения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели нами были выполнены 3 серий опытов на 45 белых беспородных половозрелых крысах. 1 серия – интактные (n=15), 2-я серия – облученные + отдаленный период (n=15), 3-я серия - (n=15) потомки 1 поколения от облученных животных. Подопытных животных 2- серии подвергли общему облучению на радиотерапевтической установке «Луч-1» мощностью 125 Р в час гамма-лучами ^{60}Co, фракционированное воздействие гамма-радиацией по 2 ГР х 3 раза в течение трех недель. Во время облучения животные находились в специально сконструированной камере из органического стекла, с изолированными ячейками для отдельных животных.

У всех животных в костном мозге изучали количество лимфоидных клеток, в тимусе, селезенке и лимфатических узлах тонкого кишечника определяли массу, лимфоидный индекс и число лимфоидных клеток. Клеточные суспензии готовили из костного мозга, тимуса, селезенки и лимфатических узлов тонкого кишечника подопытных животных. Осуществляли подсчет кариоцитов и определяли их жизнеспособность. Количество тимоцитов, лимфоидных клеток в костном мозге, селезенке определяли по методике О.И.Белоусовой и М.И.Федотовой (1983) [10]. Содержание клеток костного мозга исследовали в замкнутом пространстве по методике П.Д. Горизонтова с соавт. (1983) [11]. Определение лимфоидного индекса тимуса выполнялась по методике Е. Д.Гольдберга и соавт. (1972) [12], а в лимфатических узлах тонкого кишечника - по методу Б.А. Жетписбаева (1995) [13].

Для определения отдаленных эффектов цитокиновый профиль у подопытных животных определяли через 3 месяца после воздействия ионизирующих гамма- излучений. В периферической крови у всех животных определяли уровень провоспалительных ферментов – ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-a и INF-y. иммуноферментным методом на аппарате «Униплан» (Россия).

Полученные цифровые данные обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики [14].

Результаты и обсуждение

Нами изучено у потомков 1 поколения состояние лимфоидных органов иммуногенеза при фракционированного воздействии гамма-излучения. Результаты исследования отражены в таблице 1. Из таблицы видно, что в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения в тимусе отмечаются изменения аналогичные, как и при ближайшем периоде; атрофия и снижение числа лимфоидных клеток, на постоянном уровне лимфоидный индекс.

В лимфатических узлах тонкого кишечника в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения происходит нормализация массы, достоверно сниженными остаются количество лимфоидных клеток и лимфоидный индекс.

Таким образом, в лимфоидных органах– тимусе и лимфатических узлах тонкого кишечника при фракционированном гамма- облучении происходит снижение массы изучаемых органов и количества в них лимфоидных клеток, при этом лимфоидный индекс у облученных животных достоверно снижается только в лимфатических узлах тонкого кишечника.

Анализ полученных данных будет более объективным и полным после исследования клеточности костного мозга и селезенки, так как они имеют тесную связь с гуморальным звеном иммунитета.

Таблица 1- Состояние лимфоидных органов иммуногенеза у потомков 1 поколения после фракционириованного гамма-облучения

Объекты исследования	Показатели	Серии опытов		
		1.интактные (n=15)	2.облученные месяца (n=20)	1 потомки
Тимус	1	0,32±0,020	0,28±0,011*	0,21±0,013*^
	2	9,2±0,28	7,4±0,26**⁰	3,2±0,12**^
	3	0,18±0,012	0,15±0,015	0,11±0, 011*^

Лимфоузлы тонкого кишечника	1	0,15±0,021	0,13±0,020	0,27 ±0,031*^
	2	0,72±0,031	0,50±0,0130*	1,32±0,76*^
	3	0,08± 0,002	0,059±0,003**	0, 15±0,04*^
Костный мозг		0,16±0,041	0,21±0,013	0,26±0,09*^
Селезенка	1	0,70±0,074	0,55±0,021*0	2,0±0,08*^
	2	2,5±0,39	3,0±0,210	7,23±0,28**^^
	3	0,38±0,024	0,33±0,018	1,11±0,55**^^
Примечание: * - достоверно к 1 группе, (P<0,05), ** - достоверно к 1 группе, (P<0,001), ^ – достоверно ко 2 группе (P<0,05); 1 - масса органа в мг, 2- лимфоидные клетки (106), 3 - лимфоидный индекс, n – количество опытов				

В отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения значимых изменений в костном мозге не фиксируется, тогда как в селезенке отмечается нормализация числа лимфоидных клеток, массы и лимфоидного индекса.

У потомков 1 поколения после фракционированного гамма-излучения в тимусе количество лимфоидных клеток снижено в 2,87 раза, снижение числа лимфоидных клеток сочетается с уменьшением массы и лимфоидного индекса в 1,5 и 1,63 раза соответственно.

В костном мозге число лимфоидных клеток в 1,62 раза превышает контрольные данные. Превышение количества лимфоидных клеток, массы и лимфоидного индекса, в сравнении с контрольными, наблюдается в лимфатических узлах тонкого кишечника и селезенки.

У потомков 1 поколения отдаленный эффект фракционированной дозы гамма-радиации проявляется в увеличении массы и числа лимфоидных клеток в селезенки в 2,8 раза и 2,9 раза соответственно, что и отражается на лимфоидном индексе. Лимфоидный индекс селезенки у потомков 1 поколения достоверно превышал контрольный показатель.

По полученным данным можно предположить, что при фракционированном гамма-излучении миграция лимфоидных клеток оказывается в сторону селезенки, лимфатических узлов тонкого кишечника и костного мозга. Снижение массы тимуса, лимфоидного индекса и числа лимфоидных клеток свидетельствует о структурном повреждении тимуса.

Фракционированное гамма-излучение в отдаленном периоде не вызывает значимых изменений со стороны уровня ИЛ-2 и ИЛ-6 (таблица 2). В этот период достоверно снижены содержания TNF-а в 1,18 раза и INF-у в 1,38 раза.

Таблица 2 – Состояние провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия фракционированного гамма-радиации.

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
ИЛ-2 пг/мл	59,3+3,7	52,4+3,3
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	36,1+4,3
TNF-а пг/мл	61,7+3,1	52,1+3,0*
INF-у пг/мл	14,1+1,5	10,2+1,3*
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

Основными продуцентами ИЛ-2 являются активированные Тх1. Главное действие оказываемое на лимфоциты, является митогенный эффект, т.е. обеспечивает размножение лимфоцитов, стимулирует их дифференцировку: Тх1, Т-киллеров, NK-клеток и В-лимфоцитов, индуцируя синтез IgM и IgG[1]. В то же время ИЛ-6 подготавливает их к реакции на ИЛ-2, усиливает вызываемую ИЛ-2 пролиферацию Т-клеток и дифференцировку цитотоксических Т-лимфоцитов, повышает действие INF-у на NK-клетки [15]. В условиях фракционированного воздействия данные цитокины адекватно выполняют свои функции. Низкое содержание TNF-а не оказывает угнетающего воздействия на лимфопоэз, поэтому свойствен радиозащитный эффект, реализуемый через систему кроветворения.

Нужно отметить, что продукция INF-у усиливается им самим, ИЛ-2 или лейкотриенами. Но этого не происходит, по-видимому, синтез INF-у подавляется ИЛ-10 [16]. Поэтому низкое содержание INF-у недостаточно вызывает его участия в опосредовании взаимосвязей между лимфоцитами и макрофагами и в регуляции соотношения клеточной и гуморальной составляющих иммунного ответа.

Таким, образом, провоспалительные цитокины в отдаленном периоде в условиях фракционированного воздействия образуют систему близкодействующих факторов, тесно взаимосвязаны на уровне продукции осуществления активации клеток иммунной системы.

Выводы: в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения отмечается атрофия тимуса и снижение количества лимфоидных клеток и лимфоидного индекса в лимфатических узлах тонкого кишечника.

У потомков 1 поколения отдаленный эффект фракционированной дозы гамма-радиации проявляется в увеличении массы и числа лимфоидных клеток в селезенке. Лимфоидный индекс селезенки у потомков 1 поколения достоверно превышал контрольный показатель.

Миграция лимфоидных клеток оказывается в сторону селезенки, лимфатических узлов тонкого кишечника и костного мозга. Снижение массы тимуса, лимфоидного индекса и числа лимфоидных клеток свидетельствует о структурном повреждении тимуса.

Фракционированное гамма-излучение в отдаленном периоде не вызывает значимых изменений со стороны уровня ИЛ-2 и ИЛ-6 . В этот период достоверно снижены содержания TNF-а и INF-у.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Шортанбаев А.А., Кожанова С.В. Общая иммунология. – Алматы: 2008. – 469 с.
2 Турдибеков Х.И., Умарова А.А., Хаитова Н.М. и др Изучение сывороточного уровня иммунорегуляторных медиаторов при различных вариантах бронхиальной астмы с тяжелым течением. //Иммунология. - 2008. - №6. - С.354-356.
3 Кетлинский С.А., Симбирцев С.А. Цитокины. - СПб.: ООО «Издательство Фоллиант», 2008. - 211 с.
4 Шаповалов К.Г, Иванов В.А., Михайличенко М.И. и др. Содержание цитокинов в жидкости пузырей, крови и субпопуляции лимфоцитов при местной холодовой травме // Иммунология. – 2008. - №3. - С. 170-172.
5 Ильдербаев О.З. Реактивтілігі (ү-сәулелері әсерінен) өзгерген организмнің цемент және асбест шандарына адаптациясының иммунитеттік және биохимиялық механизмдері: дис. ... д-р мед. - Астана, 2009. – 46 с.
6 Жетписбаева Х.С. Иммунологические и биохимические механизмы адаптации, прогнозирование и коррекция постстрессорных нарушений: дис. ... д-р мед. Наук - Семей, 2009. - 34 с.
7 Жетписбаева Х.С., Ильдербаев О.З., Жетписбаев Б.А. Стресс и иммунная система. - Алматы: 2009. – 235 с.
8 Аклеев А.В., Овчарова Е.А. Иммунный статус людей, подвергшихся хроническому радиационному воздействию в отдаленные сроки // Мед.радиол. и радиац.безопасность. – 2007. - №3. - С. 5-9.
9 Танатова З.А., Распопина Н.И., Жетписбаев Б.А. Способы коррекции центральных лимфоидных органов при стрессорных состояниях //Мат. Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической физиологии». – Алматы: 2001. – С.343-345.
10 Белоусова О.И., Федотова М.И. Сравнительные данные об изменении количества лимфоцитов селезенки, зобной железы и костного мозга в ранние сроки после облучения в широком диапазоне доз // Радиобиология – радиотерапия. –1968. - Т.9. - №3. – С. 309-313.
11 Горизонтов П.Д., Белоусова О.М., Федотова М.И. Стресс и система крови. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
12 Гольдберг Е.Д., Штенберг И.Б., Михайлова Т.Н., Шубина Т.С. Состояние лимфоидной ткани при введении животным рубомицина. //Пат. физиол. -1972. - №6. - С. 67-68.
13 Жетписбаев Б.А. Способ определения лимфоидного индекса в лимфоузлах при стрессе // Информ. лист Семипалатинского ЦНТИ. – 1995. - №68. - С. 11-15.
14 Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. Терапия. – 1961. - №1. - С.71-76.
15 Ярилин А.А. Иммунология. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - С. 749
16 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. // Pol. Arch. Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. - №5-6. - P.247-251.

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ, А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА, Д.А. АХМЕДШИНА, А.С. ОРАЗАЛИНА, М,Қ. ЖУКЕШЕВА

ГАММА-РАДИАЦИЯНЫҢ БӨЛШЕКТІ ДОЗАСЫНА ҰШЫРАҒАН 1 ҰРПАҚ ТҰҚЫМДАРЫНДАҒЫ ЦИТОКИН АҒЫМЫ МЕН ИММУНДЫҚ ДАМУДЫҢ ЛИМФОИДТЫ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Жұмыста 1 ұрпақ тұқымдарында цитокиндер ағымы мен иммундық дамудың лимфоидты ағзаларының жағдайы зерттелді. 1 ұрпақ тұқымдарында ғамма-радиацияның бөлшекті дозасының алыстатылған әсері лимфоидты жасушалардың көкбауыр аймағына, аш ішектің лимфа түйіндеріне және сүйек миына миграциясына әкелетіні анықталды. Айырша бездің құрылымдық зақымдалуы байқалады. Қан сарысуында TNF-а және INF-у мөлшері төмендеген.
Түйінді сөздер: 1 ұрпақ тұқымдары, бөлшекті гамма-радиация, миграция, лимфоидты жасушалар, көкбауыр, сүйек миы, айырша без, TNF-а және INF-у.

B.A. ZHETPISBAYEV, A.SH. KYDYRMOLDINA, D.A. AKHMEDSHINA, A.S. ORAZALINA, M.K. ZHUKESHEVA

STATE CYTOKINE PROFILE AND LYMPHOID ORGANS IMMUNOGENESIS IN OFFSPRING 1 GENERATION SUBJECTED TO FRACTIONATED DOSE GAMMA RADIATION

Resume: We have investigated the state of the cytokine profile and lymphoid organs immunogenesis in the offspring generation 1. It was established that in the offspring of one generation remote effect of fractionated doses of gamma radiation causes the migration of lymphoid cells in the direction of the spleen, lymph nodes, small intestine and bone marrow. There is structural damage to the thymus. Serum reduced content of TNF-a and INF-y.
Keywords: the descendants of generation 1, fractionated gamma radiation, migration, lymphoid cells, spleen, bone marrow, thymus, TNF-a and INF-y.

УДК 61. 616-092.19-616.418.8]. 614.876

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ[1], А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА [1], М.Ж. ТОЛЕПБЕРГЕНОВА[2], А.С. ОРАЗАЛИНА[1], Ж.Г. АБУГАЛИЕВА[2]

[1]ГМУ г. Семей и КазГЮИУ, Семей

[2]КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра патофизиологии, Алматы

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ГАММА-РАДИАЦИЙ

В работе исследована динамика изменений противовоспалительных цитокинов в периферической крови в условиях воздействия различных доз гамма-радиаций в отдаленном периоде. Установлено, что в отдаленном периоде после воздействия различных доз гамма-радиаций изменяется цитокиновый профиль в зависимости от доз радиации, что определяет состояние иммунной регуляции в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

Ключевые слова: *отдаленный период, различные дозы гамма-радиаций, цитокиновый профиль, клеточное и гуморальное звенья иммунитета.*

Цитокинам принадлежит роль в регуляции межклеточных взаимодействий как в норме, так и при различных патологических состояниях. Универсальность действия цитокинов связана с полипептидной природой и участием в формировании регуляторных сигналов для клеток мишеней при взаимодействии на организм различных факторов [1], как медиаторы межклеточных взаимоотношений в иммунной системе участвуют в реализации физиологических функции [2], активно вовлекаются в формирование и регуляцию защитных реакций организма [3]. Иммунные клетки, и секретируемые ими цитокины играют важную роль в процессах адаптации [1-3].

Роль провоспалительных цитокинов в регуляции иммунного ответа и их участие в патогенезе лучевых воздействий в последние годы интенсивно изучаются, однако отдаленные эффекты цитокинов на иммунные механизмы изучены недостаточно.

Оценка цитокинов дает возможность изучению иммунорегуля-торных медиаторов, позволяет получить информацию о функцио-нальной активности различных типов иммунокомпетентных клеток, о тяжести воспалительного процесса, о соотношении процессов Т-хелперов 1-го и 2-го типов [4].

Основная биологическая активность цитокинов – регуляция иммунного ответа на всех этапах его развития. В связи с этим актуальным является изучение особенностей спонтанной продукции провоспалительных цитокинов в условиях сублетального, фракционированного и малой дозы облучения в отдаленном периоде с целью оценки степени влияния ионизирующего излучения на состояние иммунной системы.

Цель работы – изучить динамику изменений противовоспалительных цитокинов в периферической крови в условиях воздействия различных доз гамма-радиаций в отдаленном периоде.

Материал и методы исследования.

Эксперимент выполнен на 55 белых беспородных половозрелых крысах, которые были разделены на 4 группы. Первую группу составили интактные животные (n=10), 2, 3 и 4- опытные группы по 15 животных в каждой группе, все подопытные животные облучались на российском радиотерапевтическом устройстве «Агат-РМ» гамма лучами ^{60} Со. Животные 2 группы поверглись сублетальной дозе гамма-излучения в 6 Гр., 3 – группа - фракционированной дозе гамма-излучения (по 2 Гр х 3 раза в течение 3 недель) и 4 – группа – малой дозе гамма-излучения (0,2 Гр).

Для определения отдаленных эффектов цитокиновый профиль у подопытных животных определяли через 3 месяца после воздействия ионизирующих гамма- излучений. В периферической крови у всех животных определяли уровень провоспалительных ферментов – ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и INF-у. иммуноферментным методом на аппарате «Униплан» (Россия).

Цифровой материал обработан статистическим методом [5].

Результаты исследования и обсуждение

Одними из ключевых противовоспалительных цитокинов, участвующих в реализации иммунного ответа являются ИЛ-2, ИЛ-6, INF-у, TNF-а и другие. Из таблицы 1 видно, что при сублетальном гамма-радиации в дозе 6 Гр в отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения отмечается достоверное снижение уровня ИЛ-2 в 1,28 раза.

Как известно, ИЛ-2 является важным провоспалительным цитокином, который стимулирует пролиферацию и дифференцировку активированных Т-лимфоцитов в эффекторное Th лимфоциты или цитотоксические Т-клетки, стимулирует крупные гранулярные лимфоциты, макрофаги и В-лимфоциты. В свою очередь ИЛ-2 секретируется СД4+Т-лимфоцитами, а также Т-клетками некоторых других субпопуляций лимфоцитов. Мишенями регуляторного действия ИЛ-2 являются субпопуляции Т-клеток, В-клетки, натуральные киллеры и макрофаги. Все эти клетки имеют соответствующий рецептор для восприятия сигнала от ИЛ-2.

Таблица 1 – Состояние провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия сублетальной дозы гамма-радиации в дозе 6 Гр

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
Ил-2 пг/мл	59,3+3,7	46,2+3,3*
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	14,1+2,9**
TNF-а пг/мл	61,7+3,1	50,1+3,9*
INF-у пг/мл	14,1+1,5	27,6+4,7*
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

.

ИЛ-2 усиливает В-клеточный рост и синтез иммуноглобулинов, интерферона (INF-у), модулирует экспрессию рецептора ИЛ-2 [6]. Основным результатом действия ИЛ-2 является обеспечение пролиферации, что определяет его в качестве типичного росткового фактора клеток лимфомиелоидного комплекса.

Раннее нами в эксперименте получено, что в отдаленном периоде после действия сублетальной дозы гамма-излучения отмечается повышение числа субпопуляций Т-лимфоцитов с хелперной и понижение Т-лимфоцитов с супрессорной активностью [7], следствием этого, по-видимому, происходит уменьшение

цитокинпродуцирующей способности Т-клетками с супрессорной активностью, и это отражается на спонтанной секреции ИЛ-2. Недостаточный уровень ИЛ-2 вызывает дисрегуляцию в иммунной системе, снижает процесс пролиферации в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета, что наблюдается и в отдаленном периоде после воздействия сублетальной дозы гамма-радиации.

Анализ фактического материала показывает, что в отдаленном периоде достоверно снижены уровни ИЛ-6 в 2,1 раза и TNF-а в 1,23 раза. Как известно, ИЛ-6 усиливает пролиферацию и дифференцировку В-клеток, способен блокировать синтез ИЛ-1в. Подавление уровня ИЛ-6 способствует ослаблению образования антител и снижению пролиферации и дифференцировки В-клеток [8].

Взаимодействие поврежденных клеток и иммунокомпетентных клеток приводит к массивному выбросу провоспалительных цитокинов, в том числе и TNF-а.

Одним из ведущих цитокинов, способствующих развитию воспалительного процесса является TNF-а [9,10].

Повышение содержания СД4+ и снижение содержания СД8+ Т-лимфоцитов в нашем эксперименте сопровождается значительным снижением уровня провоспалительных цитокинов (TNF-а, ИЛ-6). Как известно, при высоком синтезе TNF-а подает сигнал смерти через рецептор TNF-а 1-го типа и Fas-антиген, индуцирующие каскад реакций, приводящих к апоптозу СД4+ клеток. Низкий уровень ИЛ-6 свидетельствует об усилении функциональной активности Th1. Изменение цитокиновой регуляции, проявляющееся снижением уровня ИЛ-6 и TNF-а, влияет на регуляторную функцию иммунной системы, что способствует дифференцировке и активности цитотоксических Т-лимфоцитов [11,12]. Из всех провоспалительных клеток ИЛ-2 оказывает четкий стимулирующий эффект на выработку TNF-а дуцидуальными клетками.

В нашем эксперименте в отдаленном периоде после сублетальной дозы гамма-излучения существенно повышается уровень INF-у в 1,95 раза. INF-у усиливает специфический иммунитет относится к цитокинам, определяющим ранние цитокиновые реакции организма на введение антигенов.

Повышенный уровень INF-у как одного из регуляторных цитокинов иммунной системы, может служить показателем сдвига иммунных реакций в сторону Т-клеточного ответа, активации макрофагов и NK-клеток. Как известно, моноциты/макрофаги, нейтрофилы и лимфоциты являются источниками цитокинов [13]. Реакция системы INF-у способствует развитию первой ранней неспецифической фазы повышения резистентности еще до формирования специфического иммунного ответа [13].

Таким образом, приведенный материал показывает, что в отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения сниженная концентраций ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-а и повышенная концентрация INF-у. отражает дисрегуляцию в иммунной системе, что проявляется снижением процессов пролиферации и дифференцировки в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

Результаты наших исследований способствуют пониманию механизмов регуляции иммунных механизмов отдаленном периоде после сублеталного воздействия гамма-радиации.

Многие фундаментальные исследования проведены с использованием однократной дозы ионизирующего воздействия, однако ведущим режимом в клинической практике является фракционированная радиотерапия. Поэтому мы исследовали цитокиновый профиль в условиях фракционированного воздействия гамма-радиации в отдаленном периоде.

Фракционированное гамма-излучение в отдаленном периоде не вызывает значимых изменений со стороны уровня ИЛ-2 и ИЛ-6 (таблица 2). В этот период достоверно снижены содержания TNF-а в 1,18 раза и TNF-у в 1,38 раза.

ИЛ-2, известный как фактор роста Т-лимфоцитов, усиливает функциональную активность натуральных киллерных клеток (NK) и индуцирует дифференцировку лимфоидных клеток с широким спектром цитотоксического действия [14], приводящего к лизису патогенных факторов, в том числе и опухолевых клеток.

ИЛ-6 и ИЛ-10 усиливают пролиферацию и дифференцировку В-клеток [15].

ИЛ-2 важный регулятор клеточной активности, вызывает трансформацию NK-клеток в лимфокинактивированные киллеры (LAK), участвующие в процессе отторжения клеток фетального происхождения, продуцируется только активированными Т-клетками и ЛПС-активированными дендридическими клетками [16].

Таблица 2 – Состояние провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия фракционированного гамма-радиации

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
ИЛ-2 пг/мл	59,3+3,7	52,4+3,3
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	36,1+4,3
TNF-а пг/мл	61,7+3,1	52,1+3,0*
INF-у пг/мл	14,1+1,5	10,2+1,3*
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

Задержка размножения Т-лимфоцитов проявляется на уровне G0/G1-фазы клеточного цикла, что ведет к длительному пребыванию Т-клеток в состоянии покоя. Подавление пролиферации сопровождается снижением продукции INF-у Th1-лимфоцитами и увеличением продукции ИЛ-4 Th2 –клетками [17].

INF-у – важнейший эндогенный иммуномодулятор, участвовавшего в индукции клеточного иммунитета, способного активировать NK, клеточную цитотоксичность, усиливать выраженность рецепторов главного комплекса гистосовместимости [16].

Взаимодействие поврежденных клеток и иммунокомпетентных клеток приводит к массивному выбросу провоспалительных цитокинов, в том числе и TNF-а. Одним из ведущих цитокинов, способствующих развитию воспалительного процесса является TNF-а [18,19].

В нашем опыте фракционированное действие гамма-радиации в отдаленном периоде снижает уровни TNF-а и TNF-у.

Таким образом, приведенный материал показывает, что в отдаленном периоде после фракционированного воздействия радиации происходит подавление пролиферации в Т-системе иммунитета.

Определенный интерес представляет цитокиновый профиль провоспалительных цитокинов в отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения. Влияние малой дозы гамма-радиации на цитокины провоспалительного действия в отдаленном периоде представлены в таблице 3.

Под действием малой дозы гамма-излучения в отдаленном периоде имеется тенденция к снижению уровня ИЛ-2 и повышению содержания TNF-а. Содержание ИЛ-6 достоверно возрастает в 1,94 раза и снижается концентрация INF-у в 1,43 раза. Высокое содержание ИЛ-6

усиливает пролиферацию и дифференцировку В-клеток [20]. По данным литературы, источником INF-γ служат опосредованные Т-лимфоциты. Среди Т-лимфоцитов продуцентами INF-γ являются цитотоксические СД8+-клетки, так и хелперные СД4+-клетки, однако при дифференцировке последних на Th1- и Th2-клетки способность вырабатывать INF-γ сохраняют только Th1-клетки.

Таблица 3 – Влияние малой дозы гамма-излучения на цитокиновый профиль в отдаленном периоде

Показатели	Интактные (n=10)	Облученные (3 месяца) (n=30)
Ил-2 пг/мл	59,3+3,7	49,1+4,1
Ил-6 пг/мл	29,6+2,1	57,7+7,0*>
TNFa пг/мл	61,7+3,1	69,3+4,2
INFγ пг/мл	14,1+1,5	9,8+1,4*<
Примечание: * - достоверно к интактному (P<0,05), **-P<0,01; n – количество опытов		

Важнейшей функцией INF-γ являются его участие в опосредованном взаимосвязей между лимфоцитами и макрофагами и в регуляции соотношения клеточной и гуморальной составляющих иммунного ответа. Являясь основным продуктом Th1-клеток INF-γ снижает секреторную активность Th2-клеток. Таким образом, INF-γ усиливает развитие клеточного иммунитета и подавляет проявления гуморального. Следовательно, INF-γ играет важную роль в иммунорегуляции, являясь ключевым цитокином клеточного иммунного ответа и ингибитором гуморального иммунного ответа [4]. При повышении уровня INF-γ повышается секреторная активность Тх2. В результате всех этих гуморальных взаимодействий INF-γ и повышенной продукции ИЛ-6 снижается развитие клеточного иммунитета и повышается проявления гуморальных иммунных реакций.

Выводы:

1.В отдаленном периоде после сублетального гамма-излучения сниженная концентраций ИЛ-2, ИЛ-6, TNF-a и повышенная концентрация INF-γ. отражает дисрегуляцию в иммунной системе, что проявляется снижением процессов пролиферации и дифференцировки в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета.

2. В отдаленном периоде при действий фракционированного гамма-радиации происходит подавление пролиферации в Т-системе иммунитета.

3. В отдаленном периоде после воздействия малой дозы гамма-излучения в периферической крови повышенный уровень ИЛ-6 и низкая концентрация INF-γ, свидетельствует об усилении процессов пролиферации и дифференцировки в В-системе и снижения в клеточном звене иммунитета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Карташова М.Г., Малиновская В.В. Иммунокорригирующая терапия больных саркомой Капоши препаратом виверон // Иммунология. – 2008. - №5. - С. 271-274.
2 Кетлинский С.А., Симбирцев С.А. Цитокины. - СПб.: ООО «Издательство Фоллиант», 2008. – С. 58-63.
3 Кетлинский С.А. Симбирцев А.С. Цитокины. - СПб.: ООО «Издательство Фоллиант», 2008. – С. 95-99.
4 Турдибеков Х.И., Умарова А.А., Хаитова Н.М. и др Изучение сывороточного уровня иммунорегуляторных медиаторов при различных вариантах бронхиальной астмы с тяжелым течением // Иммунология. - 2008. - №6. - С.354-356.
5 Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиол. и эксперим. Терапия. – 1961. - №1. - С.71-76.
6 Reen G.H., Yen N.H. Interleukin 2 regulates expression of its rezeptor and synthesis of gamma interferon by human T-lymphocytes // Science. – 1984. - 225 (4660). – P. 429-430.
7 Шалгинбаева Г.С., Ибраев С.С., Алимбаева А.А. и др. Отдаленные эффекты различных дозовых нагрузок гамма-излучения на Т-систему иммунитета // Наука и здравоохранение. - 2014. - №3. - С.37-40.
8 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. // Pol. Arch. Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. - N5-6. - P. 247-251.
9 Горецкая М.В., Шейбак В.М. Иммунопатология: роль печени в иммунной системе. – М.: 2010. – С. 199-203.
10 Buko V.U., Kirvel P., Lukivskaya O. et al. Effects of TNF-a Blocking antibody on rat experimental alcoholic steatohepatitis //Liver Under Constant Attack-From Fat to Viruses: Abstracts of Invited Lectures Poster Abstracts. – Mainz: 2008. – P.14.
11 Arc P.C., Troutt A.B., Clark D.A. Soluble receptors, neutralizing THF-a and IL-1 block stress triggered murine abortum // Am. J. Repord Immunol. – 1997. - Vol.37. - N3. - P. 262-266.
12 Blaschitz A., Hutter H., Dohr G. HLA Class J protein expression in the human plazenta // Early Pregnansy. – 2001. –Vol.5. - №1.-P.67-69.
13 Иванов В.В., Сахаров С.П., Поляков А.П. и др. Роль иммунного статуса в прогнозе тяжелой термической травмы у детей. // Иммунология. – 2008. - №3. - С.161-163.
14 Ярилин А.А. Основы иммунологии. - М.: 1999. – 305 с.
15 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. // Pol. Arch. Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. - №5-6. - P.247-251.
16 Aggarwal S., Pittenger M.C. Human mesenchimal stem cells molulate allogeneic immune cell responses //Blood. -2005. –V.105. – P. 604-615.
17 Петрова Т.Г., Ефремов А.В. Особенности баланса цитокинов и секреторного IgA в ротовой жидкости при воспалительных заболеваниях парадонта у больных с лимфомами. // Пат физиология. – 2008. - №4. - С.11-14.
18 Горецкая М.В., Шейбак В.М. Иммунопатология: роль печени в иммунной системе. – М.: 2010. – С. 209-215.
19 Buko V.U., Kirvel P., Lukivskaya O. et al. Effects of TNF-a Blocking antibody on rat experimental alcoholic steatohepatitis //Liver Under Constant Attack-From Fat to Viruses: Abstracts of Invited Lectures Poster Abstracts. – Mainz: 2008. – P.14.
20 Lukaszewicz M, Mroczko B, Szmitkowski M. // Pol. Arch. Med. Wewn. - 2007. - Vol. 117. - №5-6. - P.247-251.

Б.А. ЖЕТПИСБАЕВ, А.Ш. КЫДЫРМОЛДИНА, М.Ж. ТӨЛЕПБЕРГЕНОВА, А.С. ОРАЗАЛИНА, Ж.Ғ. АБУҒАЛИЕВА

ГАММА-РАДИАЦИЯСЫНЫҢ ӘР ТҮРЛІ ДОЗАЛАРЫ ӘСЕРІНЕН КЕЙІН АЛЫСТАТЫЛҒАН КЕЗЕҢДЕ ҚАБЫНУ ЦИТОКИНДЕРІНІҢ ӨЗГЕРІС ДИНАМИКАСЫ

Түйін: Жұмыста алыстатылған кезеңдегі гамма-радиацияның әр түрлі дозалары әсері жағдайында шеткері қанда қабыну цитокиндерінің өзгеріс динамикасы зерттелді. Алыстатылған кезеңде гамма-радиацияның әр түрлі дозалары әсерінен кейін радиация дозасына байланысты цитокиндік ағым өзгеретіні анықталды, бұл иммунитеттің жасушалық және гуморальдық тетіктерінде иммундық реттелу жағдайын анықтайды.

Түйінді сөздер: алыстатылған кезең, гамма-радиациялардың әр түрлі дозалары, цитокиндік ағым, иммунитеттің жасушалық және гуморальдық тетіктері.

B.A. ZHETPISBAYEV, A.SH. KYDYRMOLDINA, M.ZH. TOLEPBERGENOVA, A.S. ORAZALINA, ZH.G. ABUGALIEVA

DYNAMICS OF CHANGES IN PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN THE REMOTE PERIOD AFTER THE IMPACT OF DIFFERENT DOSES OF GAMMA RADIATION

Resume: We have studied the dynamics of changes in anti-inflammatory cytokines in peripheral blood under the impact of different doses of gamma radiation in the long term. It was established that in the long term after effects of different doses of gamma-radiation changes in cytokine profile, depending on the dose of radiation, which determines the state of immune regulation in the cellular and humoral immunity.

Keywords: remote period, different doses of gamma radiation, cytokine profile, cellular and humoral immunity.

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА LABORATORY MEDICINE

УДК 616.831.9 – 002 – 053.2 - 092

Л.Т. ЕРАЛИЕВА, А.Т. МУСАЕВ, А.К. ЕШМАНОВА, С.Т. УАЛИЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

В настоящей работе проведено клинико-биохимическое исследование у детей с пневмококковым менингитом. Результаты исследования показали, что у основной группы больных был вторичный менингит в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ), бронхопневмонии и гнойного отита. Вторичные пневмококковые менингиты протекали крайне тяжело особенно у детей до 1 года. Тяжесть болезни характеризовалась резко выраженными синдромами интоксикации, отеком мозга, ДВС-синдромом, острой дыхательной недостаточности (ОДН) и сердечно-сосудистой недостаточности(ССН). Биохимические изменения характеризовались высоким цитозом ликвора в основном нейтрофильного характера. Периферическая кровь сопровождалась как лейкоцитозом так и без изменений.

Ключевые слова: *менингит, клиника, биохимия, пневмококк, дети*

Актуальность проблемы. На долю пневмококкового менингита в индустриально развитых странах мира приходится до 50% случаев от общего числа бактериальных менингитов [6, 8]. Так, в США во всех возрастных группах ежегодно регистрируется около 6000 пневмококковых менингитов со средней летальностью около 30%. Среди детей в возрасте до 5 лет регистрируется 1400 случаев в год, а частота неврологических нарушений и потеря слуха после болезни может достигать 25-50% [1, 10].Отмечено, что показатель летальности от пневмококковых менингитов в США превышает более чем в 2 раза частоту летальных исходов от гемофильного и менингококкового менингитов [4, 9].

Наиболее частые осложнения пневмококкового менингита – выраженный острый гнойный менингит с явлениями дислокации мозга, распространенным инфекционным васкулитом, инфарктами мозга [1, 2, 11].За последнее время эволюция пневмококкового менингита изменилась в благоприятную сторону. Редкостью стали тяжелые формы с молниеносным течением и летальным исходом. Вместе с тем преобладают формы с затяжным и нередко рецидивирующим течением.

Пневмококки обладают уникальными возможностями выработки резистентности к различным классам антимикробных препаратов [3,6,8]. Быстрый и продолжающийся рост резистентности пневмококков во многих странах свидетельствует о потенциальной возможности ее распространения между определенными регионами или странами [6,8]. Анализ эволюции устойчивости S. pneumoniae показывает, что подобный феномен обусловлен импортированием небольшого количества резистентных клонов, которые имеют экологические преимущества перед локальными штаммами в регионах с частым необоснованным использованием антимикробных препаратов [5, 7].

Целью работы является изучение клинических и биохимических критериев пневмококкового менингита у детей.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленных задач был проведен клинико-анамнестический анализ данных больных детей, лечившихся по поводу гнойных бактериальных менингитов, вызванных наиболее часто встречающимися возбудителями менингитов неменингококковой этиологии.Обследование пациентов проводилось с целью подтверждения клинического диагноза и для определения этиологического агента с помощью клинических, бактериологических и молекулярно-генетических методов исследования. При проведении спинно-мозговой пункции ликвор больных для определения этиологического агента гнойно-бактериального менингита засеивали непосредственно в чашку с агаром. Материалом исследования явились данные больных менингитом, состояние которых описывалось множественными показателями. Большая часть показателей были качественными, представленными в конечном множественном значении с градацией. Изучение нейронной сети производилось через вычисление весов входных сигналов (признаков). При построении модели течения менингитов различной этиологии использовались методы логической прозрачности искусственных нейронных сетей. Больных с пневмококковым менингитом (ПМ) было 41(100%), из них 11 (26,8%) были дети до 5 лет, а 30 (73,2%) -дети старше 5 лет. 31 (75,6%) больных были лица мужского пола и 10 (24,4%) женского.

Результаты исследование и обсуждение. Впервые дни после госпитализации у 34,5% больных была установлена двусторонняя бронхопневмония, которая и явилась первичным очагом пневмококковой инфекции, у 37,9% больных ПМ первичными очагами были отиты, синуситы, ангины, у 28,6% больных был рецидив пневмококкового менингита. Из них впервые гнойный менингит 3-е больных перенесли 6 мес, 10 мес и 2 года тому назад, соответственно, это были дети от 7 до 11 лет,перенесшие черепно-мозговую травму (ЧМТ). У остальных 6 больных рецидивы гнойного менингита были 3-4 раза: с промежутком от нескольких месяцев(6-10) до 2-3 лет. В 37,9% случаях родные указывали на перенесенные травмы черепа различной тяжести: от сотрясения головного мозга до оперативных вмешательств. У 31% больных в анамнезе отмечаются посттравматические энцефалопатии, а 37,9% больных страдали иммуносупрессивным состоянием. В анамнезе у 7 из 10 больных с рецидивами кроме ЧМТ были хронический тонзиллит, хронический гайморит, хронический отит.Исследование показали,что у 71,4% больных ПМ был вторичным, у остальных 28,6%)- первичным. У 1 больного не удалось изучить клинико-лабораторные показатели из-за перевода его в другой стационар по семейным обстоятельствам.

Результаты исследование показали (см.рис 1),что вторичный менингит протекал тяжелее: в 45%случаях в виде менингоэнцефалита. Парезы,патологические симптомы, отек мозга III степени инфекционно-токсического шока (ИТШ), миокардиты, летальный исход встречались только при вторичном ПМ. Это объясняется тем,что при первичном ПМ макроорганизм справляется с патологическим процессом,а если поражение ЦНС идет на фоне сепсиса,тяжелой пневмонии или любой другой очаговой инфекции защитные свойства макроогранизма истощаются и заболевание принимает тяжелую форму с летальными исходами. Интересно, что поражение слухового нерва встречается и при первичном ПМ и вторичном ПМ. Рецидивирующие менингиты так же встречаются в этих группах: больные, перенесшие ГБМ в анамнезе,при наличии первых симптомов заболевания сразу же обращались в инфекционную больницу,что отражалось на течении и исходах заболевания.

При первичном ПМ все больные поступали на 1-2 дни болезни – это указывает на то,что менингит у них начинался остро.При вторичном ПМ на 2 день болезни поступили 3 больных,на 3-4 болезни – 6 больных, более позднее

поступление было у 11 больных, причем у 3-х из них заболевание закончилось смертельным исходом. При поступлении все больные или родители детей жаловались на высокую температуру (38-40 С), слабость, головную боль, тошноту, рвоту,боль в горле. Насморк наблюдался у 3 (10,7 %) больных, боли в животе – у 2 (7,1%) больных, судороги – у 5 (17,8%), 11 (39,2%) больных поступили в бессознательном состоянии.

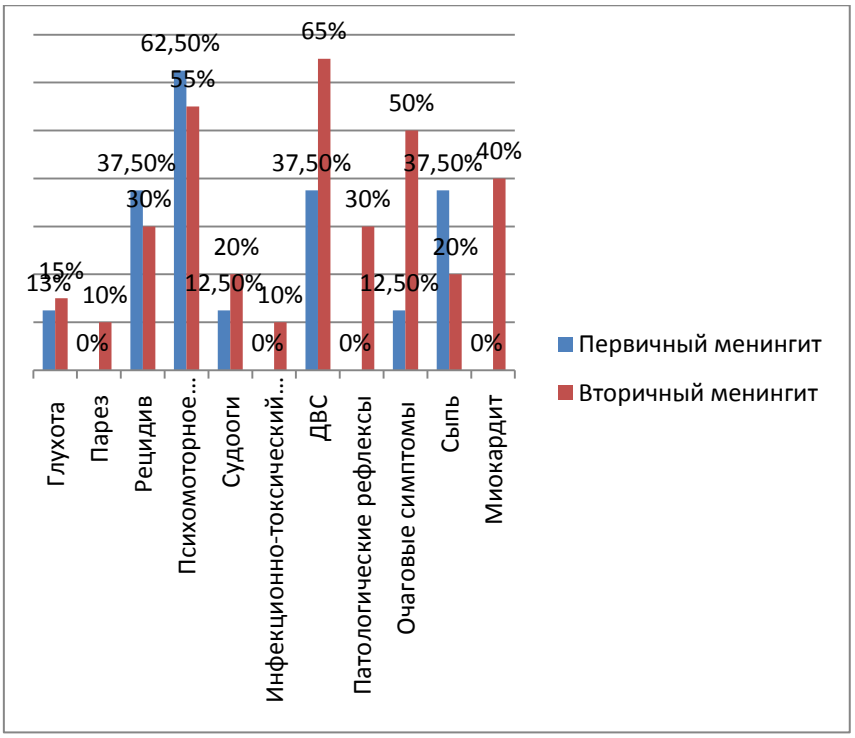


Рисунок 1 - Клинические симптомы при первичном и вторичном пневмококковом менингите

Среди обследованных больных старше с ПМ при клиническом осмотре по тяжести симптоматики у (82,1%) больных было зафиксировано тяжелое состояние и у (17,8%) больных – среднетяжелое.Тяжесть состояния определялась симптомом общей интоксикации за счет возбудителя и его токсинов и осложнениями, среди которых основное место занимали, ДВС -синдром, дыхательная и сердечно -сосудистая недостаточность (рис 1). Признаками отека мозга являются головная боль, рвота, психомоторное возбуждение, судороги, клонико-тонического характера и нарушение сознания.Нарушение сознания у больных ПМ проявлялось оглушенностью у 35,7% больных - больные были возбуждены или заторможены, сонливы, малоподвижны, с трудом вступали в контакт, не понимали вопросов, но основные жизненные функции были сохранены. Сопорозное сознание у 17,8% больных проявлялось более глубоким угнетением сознания, рефлексы были сохранены, глотание не нарушено, болевая чувствительность, зрачковые и корнеальные рефлексы сохранены. Кома у 14,3% больных характеризовалась глубоким бессознательным состоянием, рефлексы понижены, болевая тактильная чувствительность нарушены, снижение глотания. Смерть мозга - у 28,6% больных, констатировалась при полном отсутствии реакции на внешнее раздражение, остановкой дыхательной и сердечно- сосудистой деятельности.

У всех больных были ярко выражены типичные менингеальные симптомы, как ригидность затылочных мышц и симптом Кернинга, в результате воспаления мозговых оболочек. У части больных были признаки поражения вещества мозга в виде очаговой симптоматики. Так глотание было нарушено у 7 больных, птоз левого глаза у 2 больных, косоглазие у 3 больных, симптом заходящего солнца у 4 больных, нарушение слуха у 2 больных, парез глазодвигательных нервов у 4 больных, правосторонний гемипарез с гемианестезией у 1 больного. Патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Пусепа, с 2 сторон или с 1 стороны выявилось у 6 больных. Очаговая симптоматика у части больных выявлялась при восстановлении сознания. Следовательно, у 39,3% больных заболевание протекало в виде менингоэнцефалита, у 35,7% - больных в виде менингита с энцефалитическими реакциями, у 25%- были менингит.

Анализ полученных данных показало, что изменения со стороны других органов характеризовались следущими признаками. Кожные покровы были бледные, холодные с мраморным оттенком у 17,8% больных: сыпь отмечается у 7 больных смешанного характера(петехиальная, геморрагическая размером 0,1-4,0 см). У больного 14 лет на 3 день пребывания в больнице развились пролежни. Лицо было гиперемировано у 25% больных, бледное, с цианотичным оттенком у 17,8% больных, герпес на губах у 32,1%, у 13,6% больного на слизистой полости рта были афты с гнойным содержимым. Зев был гиперемирован у всех больных. Тоны сердца глухие или приглушены у всех больных. Пульс соответствовал температуре и был в пределах 90-140 ударов в минуту. У 7,1% больных давление снизилось до 60\30 (ребенок 6 лет) и 75\40 за счет инфекционно- токсического шока. У 28,6% больных на 5-6 день болезни развился острый миокардит инфекционной природы, с нарушением функций сердца(тахикардия). Можно предполагать инфекционно- аллергическую форму, так как в анамнезе у этих больных отмечаются частые ОРВИ, ангины, аллергическая предрасположенность.

У 39,3% больных наблюдался кашель сухой или влажный с выделением мокроты. Клинический диагноз «бронхопневмония» подтвержден у больных рентгенографией грудной клетки. При аускультации дыхание было различным: жестким, ослабленным, выслушивались сухие и влажные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. В большинстве случаев бронхопневмония предшествовала развитию менингита. У 37,4% больных отоларингологом на основании осмотра и рентгенологических данных выставлен диагноз средний

гнойный отит, синуситы и ангины. При опросе родственники больных указывали, что у больных эти явления были хроническими, можно предположить, что именно они явились первичными очагами инфекции. Мочеиспускание у 89,3% больных было свободным. У 10,7% больных отмечалось снижение диуреза (у больных 27 и 67 лет центрального) генеза, а у ребенка 6 лет, предположительно, за счет ИТШ 2 степени.)У 2 больных температуре не повышалась, у 5- температура была субфебрильная, в 42,8% случаев температура держалось в пределах 38-38,9% С, а в 28,6% случаев температура была гектического характера и достигала 39-40 С. После начала лечения температура на 2-3 день снижалась у 46,4% больных, на 4-6 сутки у 28,6% больных, на 6-8 день у 1 больного. У 10,7% больных температура держалась до 11-19 дней. Повторное повышение температура тела 37,6-38,2 С были у 21,4% больных, при этом повторные волны температуры держались от 1 до 3-4 дней у 4 больных и у 2 больных температура 37,1-38,2 С продолжалось 12-14 дней один из них выписан с субфибрилитетом.Одновременно со снижением температуры улучшалось и неврологическая симптоматика, ликвидировалось симптомы отека, у больных прояснялось сознание на первые 4 дня лечение. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига у 7,1% больных были положительными в течение 5 дней, у 35,7% больных сохранились до 10 дня от начало лечения, а в 28,6% случаев.У большинства больных на 14 день общее состояние расценивалось как среднетяжелое. Постепенно исчезали симптомы поражения других органов и систем. Прекращался кашель, нормализовалось дыхание, исчезали сухие и влажные хрипы. Нормализовались частота пульса, АД и становились более ясными тоны сердца, за исключением 9 больных, у которых сохранялась тахикардия, глухость сердечных тонов и на ЭКГ выявлен инфекционно – токсический миокардОсобенно тяжело протекало заболевание у детей 1 года жизни, двое из которых умерли, а у одного развился неврит слухового нерва, что привело к потери слуха.

У всех детей имелся преморбидный фон: рахит, гипотрофия, ПЭП, анемия, ЧМТ. При поступлении у 75% детей диагностирована бронхопневмония, что явилось первичным очагом инфекции; у ребенка 2 лет, который был переведен в ЛОР отделение, первичным очагом явилось гнойное воспаление среднего уха, подлежащее оперативному вмешательству. Ребенок 4 лет с рецидивирующим менингитом имел очень неблагоприятный фон: пансинусит, мастоидит, судороги, сепсис, частые ОРВИ, рождение с ЧМТ, бронхопневмонии, вирусные гепатиты А, вирусные гепатиты В, аллергодерматит.В первый раз гнойным менингитом он переболел в 20 дневном возрасте после родовой травмы, 2 и 3-раз летнем возрасте с промежутком в 1 мес. После первого гнойного менингита у ребенка наступила полная глухота, задержка психического и физического развития.Двое детей умерли в результате позднего поступления. При поступлении оба были в крайне-тяжелом состоянии: кожа холодная, землянистого цвета, большой родничок выбухает, пульсирует, глотание нарушено, резко положительные менингеальные симптомы. В легких масса сухих и влажных хрипов, явления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Несмотря на проводимую интенсивную и реанимационную терапию дети умерли на 2 сутки от отека и набухание головного мозгаи сдавления ствола мозга. Ребенка 6 мес, на 18-19 дни лечения мать пожаловалась на отсутствие реакции на звук – у ребенка развился неврит слухового нерва.

У детей 2-4 лет заболевание протекало относительно благоприятно. Все дети поступили на 1-4дни болезни и нуждались вреанимационной помощи. У всех больных отмечалось нарушение сознания, а у 3 детей – судороги. Ребенок 4 лет находился в коме в течение 8-9 дней: не вступал в контакте, не реагировал на инъекции, сухожильные рефлексы резко снижены, резко положительные менингеальные симптомы. На 6 день кардиолог ставит диагноз: острый миокардит с постинфекционной этиологии с нарушение функции (тахикардия), на рентгенограмме признаки застойной пневмонии. При этом у больного отмечались 2 температурные волны. К 10 дню у ребенка началось восстановление сознания. В это же время по всему телу появилось пластинчатое шелушение кожи и множество афт на слизистых рта.

Биохимические исследование проводилось в ликворе. При выполнении спинно-мозговой пункции у всех больных ликвор вытекал под давлением: частыми каплями или струей, был мутным молочного или серо - желтого цвета, у 7,1% больных с кеантохромией. У всех больных наблюдали увеличение белка. Значительно увеличивалось белка у 21,7% больных, достигая 13,3 г/л. У 65,5% больных значения белка находились в пределах 1,1 -6,8 г/л. Реакция Панди +3+4. В промежутке между 7-12 днем после поступления производилась повторная люмбальная пункция: давление значительно снизилось. Белок в пределах 0,36-0,99 был у 66,6% больных,1,67 г/л было у до и после лечения больного, у 31,8% больных белок нормализовался.У большинства больных – 65,5%цитоз превышал 2000 клеток в поле зрения, и невозможно было их просчитать. У умершего больного поступившего на 14 день болезни в ликворе цитоз составлял 8 лимфоцитов при белке 3,96 г/л и в поле зрения были видны пневмококки. Но при пункции через 3 и 4 дня цитоз составлял 48 и более 2000 соответсвенно.

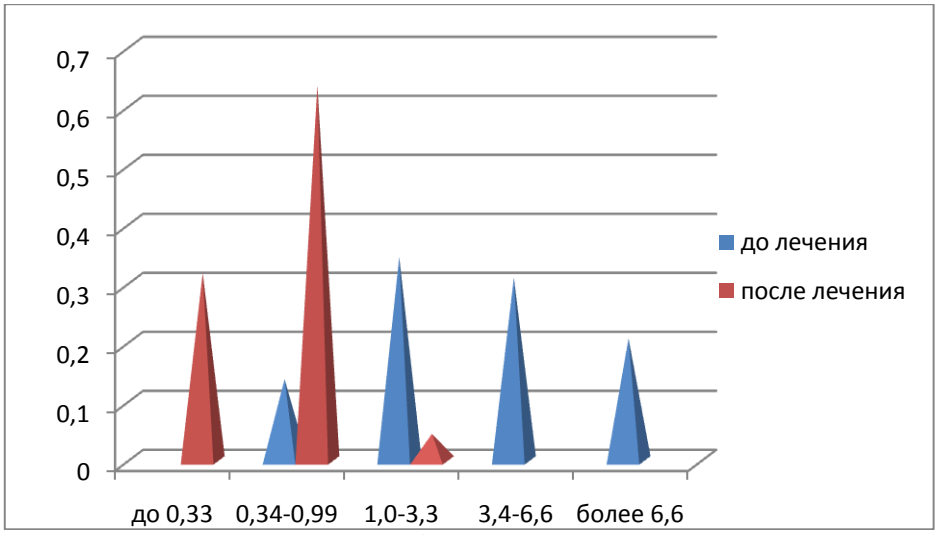


Рисунок 2 - Содержание белка в ликворе до и после лечения

Анализ периферический крови проводился при поступлении больных и на 7-12 дни лечения. Изменения со стороны белой крови были следующими. У 2 (22,2%) детей до5 лет при поступлении лейкоциты были в приделах нормы. У 9 летного мальчика (В анамнезе тромбоцитопениическая пурпура, состояние после спленэктомии, количество лейкоцитов стало повышаться только на 4 день лечения, достигая максимума на 12 день лечения 14,7х10/л). При поступлении на 2 день болезни лейкоциты составляли 6,5х10/л из них миелоциты 3% метамиелоциты 16%,п/я 16%, с/я 59%, моноциты 3%, лимфоциты 5%. На 4 день болезни п/я составляли 2%, с/я 55%, исчезли юные и незрелые клетки. У мальчика 6 лет вообще не наблюдали лейкоцитоза, п/я нейтрофилы были в пределах нормы -2-4%. Этот ребенок также имел неблагоприятные фон (стигмы развития, ЧМТ). У обоих детей в анамнезе выявлено снижение слуха (поражение слухового нерва).

У 3 (33,3%) детей и 15 (75%) взрослых количество лейкоцитов было 9,1-20х10^9/л. Количество с/я нейтрофилов было увеличено у 6 детей (норма 50-54%) и у 12 взрослых (норма 60-70%), у 3 взрослых наблюдали нейтропению. Также наблюдали сдвиг формулы влево: у 2 детей п/я клетки составляли 9-10%, а у 5 детей – 11-30%. У 10 взрослых п/я было 11-30%. К 7-10 дню лечения антибиотиками количество п/я нейтрофилов у всех приходило в норму и не превышало 3-4%. У всех вначале заболевания отмечали лимфопению, которая у 4 детей к периоду отмены антибиотиков нормализовалось. СОЭ у 8 детей и у 14 взрослых в начале болезни было в переделах нормы. Значительное увеличение СОЭ у детей не наблюдалось, а у взрослых было в 1 случае (5,3%).

Со стороны белой крови у 1 ребенка количество лейкоцитов оставалось в пределах 7,1х10^9/л. У 5 больных лейкоцитоз был в пределах 9,1-15х10^9/л, У ребенка с комой – 15,9х10^9/лК 10 дню лечения нормализация была у 3 больных, а у 2 количество лейкоцитов оставалось повышенным. У 4 детей наблюдали лимфопению вначале заболевания, а лимфоцитоз был у 2. На 10 день лечения у 3 детей сохранилась лимфопения, а у 2 сменился на лимфоцитоз. У всех детей наблюдался сдвиг лейкоформулы влево: 9-10% палочкоядерных нейтрофилов было у 2 детей, 11 – 20% - у 2 детей, 20-30% - у 2. На 7-12 суткип/я нейтрофилы не превышали норму.

Таким образом, на основании анализа клинико-биохимических характеристики пневмококкового менингита можно сделать вывод ,что у всех больных детей до 5 лет поражение ЦНС было вторичным в результате ЧМТ, бронхопневмонии, гнойного отита. У детей старшего возраста ПМ в 28,6% был первичным, то есть, не выявлен первичный очаг инфекции, а у 71,4% - вторичным. Вторичные ПМ и ПМЭ протекают крайне тяжело, особенно у детей 1 года жизни. Тяжесть болезни характеризуется резко выраженным синдромом интоксикации, отеком мозга, ДВС, ОДН, ССН, токсическим миокардитом. ІІМ и ПМЭ склонен к рецидивирующему течению.Биохимические изменения характеризовались высокимцитозом ликвора в основном нейтрофильного характера. Периферическая кровь сопровождалась как лейкоцитозом так и без изменений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Гузева В.И. Руководство по детской неврологии // Под ред. В.И. Гузевой В.И. – СПб.: 1998. – С. 233-271.
2 Crook D.W.M. Spratt B.G. Multiple antibiotic resistance in Streptococcus pneumoniae // British Med. Bull. – 1998. – Vol.54. – P.595-610.
3 Doern G.V. Antimicrobial resistance with Streptococcus pneumoniae in the United States // Sem. Resp. Crit. Med. – 2000. –Vol.21(4). – P.273-284.
4 Eskola J., Anttila M. Pneumococcal conjugate vaccines // Pediatr. Infect. Dis. J. – 1999. – Vol.18. – P.543-551.
5 Friedland I.R., McCracken G.H. Jr. Management of infections caused by antibiotic - resistant Streptococcus pneumoniae // N. Eng. J. Med. – 1994. – Vol. 331. – P. 377-382.
6 6. Friedland I.R., Istre G.R. Management of penicillin resistant pneumococcal infections // Pediatr. Infect. Dis. J. – 1992. – Vol.11. – P.433-435.
7 7. John C.C. Treatment failure with use of third-generation cephalosporin for penicillin-resistant pneumococcal meningitis: case report and review // Clin. Infect. Dis. – 1994. – Vol.18. – P.188-193.
8 McDoudal L.K., Facklam R., Reeves M., et.al. Analysis of multiply antimicrobial resistant isolates of Streptococcus pneumoniae from the United States // Antimicrob. Agents Chemother. – 1992. – Vol. 36. – P. 2176-2184.
9 PeaseA. Identification of S. pneumoniae Strains // Brit. J. Biomed. Sci. – 2001.– Vol. 58, № 4. – P. 253-255.
10 Robinson K.A., Baughman W., Rothrock G. et al. Epidemiology of invasive Streptococcus pneumoniae infections in the United States // J.Am. Med. Assoc. – 2001. – Vol. 285. – P.1729-1735.
11 Radetsky M. Duration of symptoms and outcome in bacterial meningitis: an analysis of causation and the implications of a delay in diagnosis // Pediatr. Infect. Dis. J. – 1992. – №11. – P. 694-698.

Л.Т. ЕРАЛИЕВА, А.Т. МУСАЕВ, А.К. ЕШМАНОВА, С.Т. УАЛИЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық МедицинаУниверситеті

БАЛАЛАРДАҒЫ ПНЕВМОКОККТЫ МЕНИНГИТТІҢ КЛИНИКО-БИОХИМИЯЛЫҚ КРИТЕРИІНІҢ МІНЕЗДЕМЕСІ

Туйін: Бұл жұмыста балалардағы пневмококкты менингиттің клинико-биохимиялық зерттеуі жүргізілген. Зерттеу жұмыстары көрсеткендей бас-ми жарақаты,бронхопневмония мен ірінді отитпен ауырған негізгі науқастар тобында екіншілік менингит дамыған. 1 жасқа дейінгі балаларда екіншілік пневмококкоты менингит ауыр ағымда өткен. Аурудың ауырлығы айқын интоксикация синдромымен, ми ісінуімен, ТҚШҰ – синдромымен,жедел тыныс жеткіліксіздігі (ЖТЖ) мен қан-тамыр жеткіліксіздімен(ҚТЖ) сипатталған. Биохимиялық анализінде нейтрофильдік сипаттағы ликвордың көп цитозды өзгерісімен анықталынған. Перифериялық қан лейкоцитоз бен және қалыпты көрсеткішпен жүрген.

Туйінді сөздер: менингит, клиника, биохимия, пневмококк, балалар

L.T. YERALIYEVA, A.T. MUSAEV, A.K. YESHMANOVA, S.T. UALIEVA
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND BIOCHEMICAL CRITERIA FOR PNEUMOCOCCAL MENINGITIS IN CHILDREN

Resume: In thisexperiment has been showed theclinicaland biochemicalstudying of children withpneumococcal meningitis. The results showedthatthe main groupof patientswassecondarymeningitisas a result ofhead injury,pneumoniaandpurulentotitis media.Secondarypneumococcalmeningitisproceededextremely difficultespecially in childrenunder 1 year. The severity ofthe diseasewas characterized bypronouncedintoxication syndrome, cerebral edema, DIC, ARFandCVI. Biochemical changeswere characterized byhighCSFcell or without changes.
Keywords: meningitis, clinical biochemistry, pneumococcus, childrenю.

УДК: 616.831-005.1-056:616.12-008.331.1

А.Ш. ОРАДОВА, А.Д. САПАРГАЛИЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.
НКДЛ, НИИФПМ им.Б.А. Атчабарова.
Кафедра патологической анатомии.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В последнее время значительное количество исследований посвящено поиску наследственных факторов, предрасполагающих к развитию сосудистых заболеваний мозга. Одно из главных направлений в этих исследованиях - изучение роли генов-кандидатов. В настоящем обзоре нами систематизированы результаты молекулярно-генетических исследований последних лет по изучению связи различных классов «кандидатных генов» с риском развития ишемических инсультов у человека.
Ключевые слова: *ишемический инсульт, гены-кандидаты.*

В настоящее время достаточно хорошо изучена роль таких факторов риска развития ишемического инсульта, как артериальная гипертензия, атеросклероз, нарушение ритма сердца, инфаркт, курение, сахарный диабет, нарушение липидного обмена, изменения в системе гемостаза, применение оральных контрацептивов, злоупотребление алкоголем и др. [8]. Известно, что тяжесть ишемического инсульта возрастает при сочетании нескольких факторов риска, среди которых значительными являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, увеличение уровня липопротеинов низкой плотности, курение. Внедрение в клиническую практику рациональной системы профилактики и лечения артериальной гипертензии, гиполипидемической терапии, эффективной эндартериоэктомии и стентирования брахиоцефальных артерий позволило существенным образом снизить частоту возникновения мозговых катастроф. Вместе с тем данные последних лет показали, что у пациентов с высоким теоретическим индивидуальным риском инсульта фактическая частота его возникновения существенным образом разнится. Все это приводит к обсуждению влияния наследственной предрасположенности и механизмов, лежащих в основе повышения индивидуального риска развития ишемического инсульта [5].

Понятие о генах-кандидатах

Благодаря открытию и внедрению в практику метода полимеразной цепной реакции, развития технологии рекомбинантных ДНК, стало возможным выявление генов-кандидатов, белковые продукты которых могут хотя бы потенциально участвовать в развитии инсульта.

Гены, принимающие участие в развитии ишемического инсульта, подразделены на две категории: 1) увеличивающие риск развития ишемического инсульта, 2) влияющие на сосудистую реактивность, устойчивость ткани мозга к ишемии, размер очага. Эти категории не являются взаимоисключающими. Определение роли конкретного гена в развитии ишемического инсульта является сложной задачей. Это связано с взаимодействием гена с другими факторами риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, повышение уровня фибриногена, нарушение липидного обмена) или модулированием их эффекта, а также с так называемым эффектом генной дозы. Эффект генной дозы - увеличение риска болезни при дефекте определенного гена в совокупности с другими. Часто такие комбинации являются синергическими, увеличивающими риск развития ишемического инсульта. Кроме того, каждому подтипу ишемического инсульта соответствует дефект определенного гена, свои этиология и патогенез. В настоящее время лишь в единичных работах учитывается подтип ишемического инсульта. Наиболее изученной моделью для изучения наследственной предрасположенности в развитии инфаркта мозга является атеротромботический инсульт [6]. Кроме того, риск развития ишемического инсульта увеличивается не только под влиянием полиморфизма с участием одной пары нуклеотидов, но и при сочетании аллелей нескольких генов, т.е. имеет полигенную наследственную предрасположенность.

Имеется множество генов, определенные аллели которых ассоциируются с повышенным риском развития цереброваскулярных заболеваний. Так, широко изучаются полиморфные маркеры, относящиеся к генам системы гемостаза (к генам ФБ, тромбоцитарного гликопротеина, V, VIII и XII факторов свертывания, протромбина, тромбомодулина, генов, белков, участвующих в фибринолизе (tPA, PAI-1), ренин-ангиотензиновой системы, NO-синтетазы, липидов крови и гомоцистеина) [9].

Патогенез тромбообразования у больных ишемическим инсультом

Не вызывает сомнения, что одной из основных причин возникновения ишемических инсультов является тромбоз церебральных артерий: до 50% острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу являются тромботическим или эмболическим осложнением атеросклеротического процесса в артериях крупного и среднего калибра. Известно, что процесс тромбообразования зависит от множества факторов: гемодинамических, состояния сосудисто-тромбоцитарного и плазменного компонентов системы гемостаза, стадии развития атеросклеротической бляшки [44]. Р. Вирховым было выделено три фактора, предрасполагающих к развитию тромбозов: 1) нарушение тока крови; 2) повреждение стенки сосуда; 3) изменение реологических свойств крови. Компоненты триады являются лишь

относительно самостоятельными и их значимость в патогенезе венозных и артериальных тромбозов неодинакова: ведущие причины развития венозных тромбозов - стаз и дефицит компонентов системы противосвертывания, артериальных - нарушение структуры сосудистой стенки и активация тромбоцитов [2]. Артериальные тромбы состоят в основном из тромбоцитов с небольшим содержанием фибрина и эритроцитов, поэтому их называют «белыми» тромбами в отличие от венозных - «красных» тромбов, состоящих преимущественно из эритроцитов и фибриновых нитей. Различие венозных и артериальных тромбов не является абсолютным. Состав тромба определяется его возрастом. Так, тромбы, обнаруживаемые в церебральных и коронарных артериях при инфарктах, по составу преимущественно «белые».

Нормальное функционирование системы гемостаза обеспечивается сложными взаимодействиями компонентов плазмы, клеток крови и стенки сосудов, которые должны способствовать сохранению жидкого состояния крови в пределах кровеносных сосудов и быстрому тромбированию их поврежденных участков для предотвращения кровоизлияния в ткань. В норме адгезии тромбоцитов к неповрежденному эндотелию не происходит. Это связано с образованием эндотелиальными клетками таких атромбогенных факторов, как простациклин и оксид азота. Основным субстратом образования тромбов является поражение сосудистой стенки атеросклеротическим процессом. Начальные стадии образования атеросклеротической бляшки связаны с накоплением липидов в макрофагах с пролиферацией гладкомышечных клеток и образованием коллагена. Вследствие этих процессов образуется атеросклеротическая бляшка с ядром, в котором содержатся внеклеточные липиды. Ядро заключено в фиброзно-коллагеновую капсулу. Помимо свободного холестерина, в нем содержатся богатые липидами макрофаги, которые разрушаются, и их липидное содержимое увеличивает ядро. При разрывах мелких бляшек тромботические массы проникают внутрь бляшки, происходит стимуляция пролиферации гладкомышечных клеток и дальнейший рост бляшки. Когда она увеличивается настолько, что артерия теряет способность к ремоделированию, возникает гемодинамический стеноз церебральной артерии. Данные механизмы, лежащие в основе развития хронических стенозов, могут приводить к возникновению транзиторных ишемических атак в определенном сосудистом бассейне [3].

Второй возможный вариант развития процесса - быстрое образование тромба на бляшке, которое начинается либо по причине истончения и повреждения эндотелия, покрывающего бляшку, либо вследствие разрыва покрышки бляшки. При этом происходит снижение отрицательного заряда эндотелия и возникновение условий для формирования пристеночных тромбов из агрегатов тромбоцитов и фибрина (рис. 1). Это связано с тем, что активированные в результате контакта с коллагеном поврежденной сосудистой стенки тромбоциты выделяют коллагеназу и эластазу, расщепляющие соответствующие структурные белки, входящие в ее состав. Помимо этого, тромбоциты высвобождают фактор Виллебранда, серотонин, АДФ, продукты превращения арахидоновой кислоты (простагландин PGI 2, тромбоксан А2). Эти биологические активные вещества вызывают вазоспазм, повышение проницаемости эндотелия, отек, усугубляя повреждение стенки сосуда, что в свою очередь усиливает адгезию и агрегацию тромбоцитов с образованием пристеночных тромбов [3].

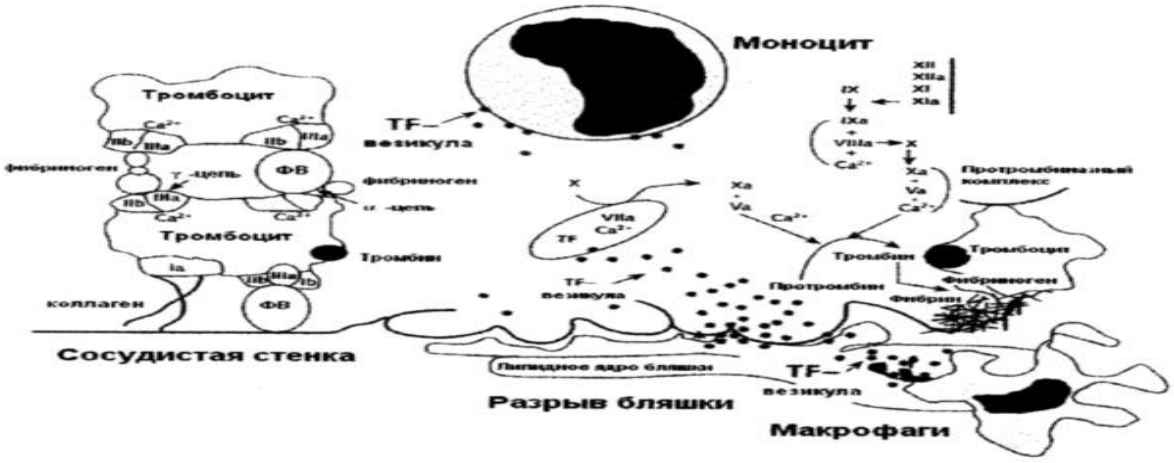


Рисунок 1 - Схема активации клеточного и коагуляционного звеньев гемостаза при разрыве атеросклеротической бляшки

Разрыв бляшек в местах выраженных стенозов сонных артерий может не сказываться на церебральном кровотоке, так как длительно существующий стеноз в сонной артерии способствует развитию коллатерального кровообращения. С другой стороны, разрыв бляшек, умеренно стенозирующих церебральные артерии, чаще проявляется симптомами острой недостаточности мозгового кровообращения из-за отсутствия развитого коллатерального русла [7].

При возникновении инфаркта мозга большая роль отводится изменениям мозгового и магистрального кровотока артерий головы и шеи с формированием стенозов, окклюзий, патологической извитости. При этом причиной ишемии мозга является ограничение кровотока в атеросклеротически суженных сосудах на фоне временного изменения системного артериального давления под влиянием экстрацеребральных факторов, приводящих к возникновению зон так называемого турбулентного типа кровотока, являющегося одним из условий оседания форменных элементов, в первую очередь тромбоцитов. Это сопровождается повреждением сосудистой стенки, изменением реологических свойств крови, способствуя развитию тромботического ишемического инсульта [1, 10].

Приблизительно у 40% больных развитие инсульта происходит по механизму кардиогенной и артериальной эмболии из распадающихся атером, пристеночных тромбов дуги аорты, магистральных артерий, внутрисердечных тромбов в результате аритмий, эндокардита, ревматизма и др. [4].

Роль фибриногена в тромбообразовании у больных с инфарктом мозга

У больных с ишемической болезнью мозга, в том числе у перенесших ишемический инсульт, имеются изменения тромбоцитарного звена гемостаза. В процессах тромбообразования, в основе которых лежат адгезия и

агрегация тромбоцитов, большая роль принадлежит фибриногену (один из факторов свертывания крови, который под действием тромбина превращается в нерастворимый фибрин, составляющий структурную основу тромба). Именно с ним взаимодействуют тромбоциты в области повреждения эндотелия. Фибриноген, иммобилизованный на поверхности эндотелиальных клеток, выполняет роль мостиков, связывающих активированные тромбоциты между собой и с коллагеном субэндотелиальных слоев, взаимодействуя с гликопротеином - специфическим рецептором мембраны тромбоцитов. Известно, что формирование тромбоцитарных агрегатов происходит с помощью этих рецепторова, способных взаимодействовать не только с фибриногеном, но и с фактором Виллебранда, фибронектином и витронектином. Активация GP является ключевым процессом, запускающим агрегацию тромбоцитов. Таким образом, увеличение уровня фибриногена имеет определенное значение в развитии тромботических осложнений.

В международных исследованиях PROCAM (the Prospective Cardiovascular Munster), PRIME (the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction), Framingham study, Northwick Park Heart было установлено, что повышение уровня фибриногена увеличивает в несколько раз риск развития инфарктов мозга и сердца. Механизмы, лежащие в основе связи между повышением уровня фибриногена и риском ишемического инсульта, недостаточно ясны. Это может быть обусловлено тем, что фибриноген повышает вязкость крови, агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, стимулирует пролиферацию эндотелиальных и гладкомышечных клеток, обеспечивая матрикс для роста клеток, задерживая тромбин, обладающий митогенной активностью. Кроме того, накапливаясь в области атеросклеротической бляшки, фибрин стабилизирует тромбоцитарные агрегаты [11]. Некоторые исследователи рассматривают фибриноген как маркер повреждения эндотелия. Считается, что уровень фибриногена является чувствительным и одним из самых ранних факторов, отражающих повреждение эндотелиальных клеток. Определение его концентрации в сыворотке крови имеет значение для оценки тяжести и распространенности повреждения сосудов. Увеличение уровня фибриногена является прогностически неблагоприятным фактором, ассоциированным с увеличением риска смерти у больных с атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга и сердца.

Гены фибриногена находятся на длинном плече 4-й хромосомы. Последовательность каждой из цепей фибриногена кодируется своим геном, однако значительная гомология свидетельствует об их возникновении в результате дупликации одного гена-предшественника.

Фибриноген состоит из трех пар неидентичных полипептидных цепей, обозначаемых α, β и γ , является симметричной, вытянутой, слегка изогнутой молекулой размером 7х48 нм. N-концевые части всех трех полипептидов образуют центральную область взаимодействия двух половин молекулы фибриногена, которые ковалентно связаны между собой тремя дисульфидными мостиками, далее следует область, в которой все три субъединицы закручены в суперспираль, примерно по середине которой имеется короткая область нарушения регулярности структуры, являющаяся одним из участков специфического расщепления плазмином. За суперспиралью каждая из полипептидных цепей фибриногена образует свою структуру (С-концевые фрагменты) [3, 9]. Пространственная организация С-концевых фрагментов β- и γ-цепей во многом сходна. Они образуют на концах молекулы фибриногена глобулы, латерально смещенные от оси суперспирали. За счет наличия S-S связи в β-цепи ее концевая глобула несколько сдвинута к центру молекулы. Глобулярные участки β- и γ-цепей вместе с дистальной частью суперспирали составляют D-фрагмент фибриногена. Согласно модели J. Weisel и соавт. после спирального участка α-цепи загибаются, и их С-концы взаимодействуют друг с другом вблизи центра молекул. α- и β-Цепи фибриногена синтезируются как единственные продукты соответствующих генов и состоят из 610 и 461 аминокислотных остатков соответственно. Фибриноген, содержащий удлиненную γ-цепь, менее эффективно взаимодействует с тромбоцитами, снижая их агрегационную активность.

Уровень фибриногена плазмы крови зависит от многих факторов (возраст, пол, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, курение, инсулинорезистентность).

Фибриноген является белком острой фазы, его уровень в плазме повышается также при воспалении, инфекциях, травме и стрессе. Регуляция синтеза фибриногена осуществляется на уровне транскрипции. Синтез стимулируется гормонами, жирными кислотами, продуктами деградации фибриногена. Основным механизмом стимулирующего действия является секреция интерлейкина-6 макрофагами и моноцитами в ответ на фагоцитоз продуктов деградации фибриногена.

Курение, вирусные инфекции, воспаление влияют на содержание фибриногена плазмы путем повышения количества лейкоцитов, секреции ими эластазы и интерлейкина-6 - основного стимулятора транскрипции β-фибриногена в печени. Прекращение курения приводит к некоторому снижению содержания фибриногена, но его уровень все же остается выше, чем у людей, никогда не куривших. Уровень фибриногена плазмы повышается при увеличении уровня глюкозы крови и инсулина. Сильная положительная связь обнаружена между уровнем фибриногена, индексом массы тела и абдоминальным типом ожирения [10]. С возрастом содержание фибриногена также увеличивается. У женщин уровень фибриногена сыворотки крови выше, чем у мужчин, и более заметно его увеличение с возрастом. Прием эстрогенов приводит к снижению фибриногена, с этим хорошо согласуются данные об увеличении уровня в менопаузе. Обнаружена положительная связь фибриногена с липопротеидами низкой плотности и триглицеридами, хотя зависимости между его концентрацией и липидным профилем крови выявлено не было.

Заключение.

Таким образом, все исследования, связанные с изучением генетических факторов риска возникновения инсультов, демонстрирует, что в их развитии задействовано большое число генов, детерминирующих различные звенья патогенеза заболевания. Дальнейшее исследования функций генома, возможно, позволит выявить новые гены предрасположенности к сосудистым заболеваниям мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Боголепов Н.К. Церебральные кризы и инсульт. - М: Медицина, 1972. – 392 с.
2 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 177 с.
3 Панченко Е.П., Добровольский А.Б. Тромбозы в кардиологии // Механизмы развития и возможности терапии. – М.: Спорт и культура, 1999. – С. 55—59.
4 Шмидт Е.В., Смирнов В.Е. Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга. – М.: Медицина, 1972. – 392 с.
5 Aalto-Setala K., Palomaki H., Miettinert H. et al. Genetic risk factors and ischaemic cerebrovascular disease: role of common variation of the genes encoding apolipoproteins and angiotensin-converting enzyme // Ann Med. – 1998. - №30. – P. 224—233.
6 Adams H.P.Jr., Bendixen B.H., Kappelle L.J. et al.Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment // Stroke. – 1993. - №24. – P. 35—41.
7 Bansal B.C., Sood A.K., Bansal C.B. Familial hyperlipidemia in stroke in the young // Stroke. – 1986. - №17. – P. 1142—1145.
8 Balleisen L., Bailey J., Epping P.H. et al. Epidemiology study on factor VII, factor VIII and fibrinogen in an industrial population, I: baseline data on the relation to age, gender, body weight, smoking, alcohol, pill using and menopause // Thromb Haemost. – 1985. - №54. – P. 721—723.
9 Baumann R.E., Henschen A.H. Human fibrinogen polymorphic site analysis by restriction endonuclease digestion and allele-specific polymerase chain reaction amplification: identification of polymorphisms at positions A 312 and B 448 // Blood. – 1993. - №82. – P. 2117—2124.
10 Broderick J., Brott T., Kothari R. et al. The Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study: preliminary first-ever and total incidence rates of stroke among blacks // Stroke. – 1998. - №29. – P. 415—421.
11 Brown E.T., Fuller G.M. Detection of a complex that associates with the b-fibrinogen G-455-A polymorphism // Blood. – 1998. - №92. – P. 3286—3293.

А.Ш. ОРАДОВА, А.Д. САПАРГАЛИЕВА.

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСТУЛЬТТІҢ ДАМУЫНЫҢ МОЛЕКУЛАЛЫҚ ТАҢБАЛАҒЫШТАРЫ

Түйін: Акырғы уақытта мийдың тамыр ауруларының дамуына бейімдеу тұқым қуу факторлардың көптеген зерттеу ізденуі арналған. Негізгі бір бағыттардың бұл зерттеулердің – ген-кандидаттардың рөлінің зерделеу. Акырғы жылдардың ген-кандидаттардың әр түрлі класстарының байластарың зерделеу адамдарда жүрек ишемиялық инсульттың қатерлі дамуына біз молекулярлы-генетикалық зерттеу осы шақтағы шолу бойынша жүйеліндірдік.
Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, ген-кандидаттар.

A.S.ORADOVA, A.D. SAPARGALIYEVA.

MOLECULAR MARKERS OF DEVELOPMENT OF THE ISCHEMIC STROKE

Resume: In recently quite a number of studies is dedicated to searching for of hereditary factors, predisposing to development of vascular diseases of brain. One of the main directions in these studies - study dug the genes-candidates. In this review us systematized results molecular-genetic studies of lasts of years on study of relationships of different classes "genes-candidates" with risk of development ischemic strokes beside person.
Keywords: ischemic stroke, genes-candidates

УДК: 614;614.2

Б.А. РАМАЗАНОВА, Б.М. ИСМАИЛОВА, Д.Ж. БАТЫРБАЕВА, А.А. АБДРАИМОВА, Н.К. ИБРАЕВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. НИИ фундаментальной и прикладной медицины им. Б.А.Атчабарова. Научно-клиническая диагностическая лаборатория
г..Алматы, Казахстан.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ. ПОСТГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЕ РЕАКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АЛЛОГЕННЫМИ КЛЕТКАМИ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

В статье представлен литературный обзор зарубежных изданий на тему: иммунологические аспекты переливания компонентов донорской. О роли донорских лейкоцитов в возникновении иммунологических, постгемотрансфузионных реакций, рефрактерности к переливаниям концентратов тромбоцитов.
Ключевые слова: *аллоиммунизация, HLA, рефрактерность, фебрильные посттрансфузионные реакции, гемотрансфузия, IL-1ß, IL-6 , лейкоциты, цитокины*

Вопреки распространенному мнению о безопасности гемотрансфузий, риск возникновения различных осложнений предопределен биологически.

Переливание крови и ее компонентов почти всегда влечет за собой цепь иммунологически опосредованных эффектов. Игнорирование влияния гемотрансфузий на иммунную систему может привести к развитию и углублению иммунодефицита и нежелательным клиническим последствиям. Учитывая, что в настоящее время открыто более 400 групповых антигенов эритроцитов объединяемых в групповые системы - MN, Келл, Даффи, Кидд, Лютеран, Сид, Картрайт, Йорк и другие, очевидно, что природа антигенной структуры эритроцитов человека индивидуальна. Это делает невозможным подбор и переливание 100% идентичной донорской крови. Помимо иммунных реакций обусловленных групповыми антигенами эритроцитов, посттрансфузионные осложнения могут быть обусловлены несовместимостью по специфическим антигенам лейкоцитов. Иммунологическая несовместимость аллогенных тканей и организма реципиента при гемотрансфузиях вызывает у пациентов целый ряд тяжелых посттрансфузионных осложнений, которые сопровождаются: расстройством свертывающей системы крови, тяжелыми пирогенными реакциями с гипертермией и сердечнососудистой декомпенсацией, анафилактическими реакциями, гемолизом эритроцитов, острой почечной недостаточностью и т.д. Высокий риск развития гемотрансфузионных осложнений связан с аллоиммунизацией реципиентов донорскими клетками. По данным многих авторов, у взрослых больных имевших неоднократные гемотрансфузии, аллоиммунизация отмечается в 50—90% случаев. (1) Свыше 90% из них связано с наличием лейкоцитов в переливаемых компонентах крови (2,3) Влияние HLA на развитие аллосенсибилизации при гемотрансфузиях была продемонстрирована многими авторами, на больших сериях исследований. Установлено, что аллоиммунизация развивается после получения одномоментно дозы $5x10^6$ лимфоцитов, так называемой, критической иммуногенной дозы. (4,5) Система лейкоцитарных антигенов человека (Human Leukocyte Antigens-HLA), составляет главный комплекс гистосовместимости человека (Major Histocompatibility Complex-MHC) и играет определяющее значение для индивидуальности организма. Ее основная функция: сохранение целостности организма, путем обеспечения взаимодействия между иммунокомпетентными и всеми другими клетками. Антигены системы HLA-рецепторы клеточной мембраны, выполняют распознавательную и регуляторную функции. Выделяют два класса антигенов гистосовместимости: антигены HLA-системы 1 класса (локусы A,B,C) и 2 класса (локусы D, DR, DP, DQ) Молекулы HLA-системы 1 класса экспрессированы на мембране каждой ядросодержащей клетки организма, распознаются Т-лимфоцитами-киллерами и играют основную роль в цитотоксическом эффекте. Молекул HLA-системы 2 класса экспрессированы на поверхности иммунокомпетентных клеток, распознаются Т-лимфоцитами-хелперами. Чужерожный антиген захватывается антигенпрезентирующими клетками (АПК) реципиента, в которых подвергается процессингу в эндосомах клеток, где происходит частичная денатурация и протеолиз до пептидов. Такой низкомолекулярный переработанный антиген перемещается на поверхность клетки, связывается с находящимися здесь молекулами MHC класса 1и 2 и становится доступным для восприятия Т-лимфоцитами. Комплексы антигенов с молекулами MHC 1 MHC класса распознаются цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD8 позитивными клетками), а комплексы антигенов с молекулами антигенов MHC 2 класса на мембране АПК- Е-хелперами (CD4 позитивными клетками), которые как посредники передают сигнал и включают В- и Т –клетки в антителообразование. Таким образом, костимулирующие системы, которые обеспечивают антигенпрезентирующие клетки, несущие антигены 2 класса, преимущественно инициируют активацию В-клеток, при которых увеличивается образование растворимых иммунных медиаторов, включая IL-1ß, IL-6. (6) Для обеспечения эффективного иммунного ответа необходимо тесное взаимодействие между Т и В клеточными системами, так как В-клетки распознают неизмененные чужеродные молекулы главного комплекса гистосовместимости (MHC) через мембранные иммуноглобулины, только при участии Т-хелперов, после чего В-клетки активируются, пролиферируют и дифференцируются в плазматические клетки производящие антитела. (7) Исследованиями R.G. Lechner соавт. установлено, что для индукции первичного иммунного ответа, чужеродные антигены могут быть презентированы АПК- клетками донора. (8) Таким образом, макрофаги и дендритные клетки донора при попадании в организм реципиента могут вызвать опосредованный иммунный ответ. Следовательно, аллоиммунизация может быть предотвращена удалением антигенпрезентирующих клеток из компонентов крови, или они должны быть инактивированны (9). HLA антигены в большом количестве представлены так же на поверхности клеток предшественников эритропоэза. По мере созревания клеток, количество молекул HLA резко уменьшается. (10) Используя моноклональные антитела к детерминантам HLA 1 и 2 класса R.Rivera и J.S. Skornik обнаружили, что на эритроцитах 50 % доноров содержатся молекулы HLA класса 1 (A, B, C), тогда как антигены HLA 2 класса (DR, DQ) не были обнаружены.(11)

Гемолитические реакции обусловленные аллоиммунизацией

Некоторые сублокусы антигенов HLA класса 1, присутствующие на поверхности донорских эритроцитов, могут иметь соответствующие антитела в сыворотке реципиента и являться причиной возникновения реакций гемолитического типа после переливания эритроцитов. Приблизительно 1,5% общей популяции больных и более чем 10% больных с множественными переливаниями, в плазме обнаруживаются соответствующие антитела. К наиболее иммуногенным относятся аллоантигены HLA –A2, HLA –B5, B-7,B-40,B-35 (12) На примере больных с ß-талассемией А.А. Рагимов с соавт. показали, что эритроциты больных обладают более выраженной

гемагглютинирующей и адсорбционной активностью по сравнению с эритроцитами доноров. У трех больных, в сыворотке крови которых были выявлены только полиспецифические лимфоцитотоксины (антиэритроцитарные антитела отсутствовали), при очередной гемотрансфузии эритромассы, подобранной по основным эритроцитарным антигенам, имела место острая гемолитическая реакция. (10) Описаны случаи возникновения острого внутрисосудистого гемолиза после переливания эритромассы у гинекологических больных (осложненная миома, экстирпация матки), при которых наблюдались отрицательные результаты прямой и непрямой реакций Кумбса. В сыворотке этих больных были обнаружены лимфоцитотоксические антитела в титре 1:32-1-64. (13) Очевидно, что присутствующие в организме больных анти- HLA-антитела, могут явиться причиной преждевременной деструкции эритроцитов. В большинстве случаев, гемолиз обусловленный HLA-антителами, в отличие от острых гемолитических реакций, характерных для изоиммунных антител к эритроцитарным антигенам (АВО, Резус, Келл и др.) носит менее выраженный характер и протекает в течение относительно длительного периода-несколько дней или недель. (10) Повышение экспрессии HLA антигенов на поверхности эритроцитов наиболее выражено у больных лейкемиями, лимфомами и др. заболеваниями кроветворной системы. (14) Антиэритроцитарная направленность HLA-антител имеет особое значение для больных, вынужденных в течение всей жизни получать трансфузии клеточных компонентов крови.

Рефрактерность к переливаниям КТ, обусловленная аллоиммунизацией

Геморрагический синдром обусловлен снижением количества тромбоцитов в периферической крови. Внедрение тромбоцитотерапии в клиническую практику снизило летальность от кровотечений при заболеваниях системы крови (с 60-70% до 10% у больных с острым лейкозом и апластической анемией). (15) Серьезным осложнением, препятствующим получению лечебного эффекта от трансфузий тромбоцитов, является рефрактерность, означающая стойкое отсутствие лечебного эффекта у больного, от переливания концентрата тромбоцитов. В 25% случаев рефрактерность к тромбоцитам имеет в основе иммунологический конфликт. (16,17) Наиболее частой причиной рефрактерности является аллоиммунизация, обусловленная многократными трансфузиями крови и ее компонентов, проявляющаяся снижением количества тромбоцитов и их выживаемости после трансфузии, по отношению к ожидаемому, в связи с наличием в крови реципиента аллоантител. (1) По данным P.Rebulla, рефрактерность развивается у 1/3 реципиентов после многократных трансфузий тромбоцитов. (18) В ретроспективном исследовании T.V.Holohan с соавт., у 27 из 100 обследованных педиатрических больных лейкозами и спленомегалией авторы наблюдали положительную реакцию на HLA антитела. Все эти больные получали многократные трансфузии КТ, каждый из них получил как минимум 10 доз КТ, а среднее число перелитых тромбоцитов составило 72 дозы. (19) В то же время необходимо отметить, что корреляции, по мнению N.D.Kalmin, между количеством трансфузий и уровнем аллосенсибилизации нет, поэтому при наличии показаний, боязнь возникновения аллосенсибилизации не должна являться основанием для ограничения числа трансфузий тромбоцитов. (20) После массивных гемотрансфузий лимфоцитотоксические антитела обнаруживаются у большинства реципиентов, антитела как правило появляются на 21-56 дни после переливания. Обычно они представлены иммуноглобулинами класса G. Увеличение уровня IgG свыше 1 нг/ тромбоцит свидетельствует о высокой степени сенсибилизации, менее 0,4 нг/тромбоцит-о низкой степени сенсибилизации, средний уровень концентрации IgG составляет 0,4-1 нг/тромбоцит (21) Нагруженные антителами тромбоциты интенсивно секвестрируются из кровеносного русла органами ретикулоэндотелиальной системы, приводя к их дефициту в кровотоке (22) Причиной тромбоцитарной рефрактерности могут быть и тромбоцит-специфические антигены.(23, 24) Уровень аллоиммунизации по тромбоцит-специфическим антигенам пациентов с большим количеством трансфузий оказалась менее 10% (25) Кроме того, у реципиентов могут возникнуть лекарственно-зависимые антитела, иммунные комплексы, или аутоантитела. (26) Следует иметь в виду, что помимо иммунных механизмов рефрактерности к переливаемым тромбоцитам донора важное значение имеют неиммунные причины: лихорадка, септицемия, кровоточение, ДВС-синдром, гиперспленизм. По данным Doughy H.A.c соавт. у 67 % больных рефрактерность к трансфузиям тромбоцитов обусловлена неиммунными причинами. (16,17) Исследованиями Gralnick H.R., Howard G.E., Mc.Crath показано, что у 40% больных злокачественными заболеваниями, получивших трансфузии компонентов крови, вырабатывались антитела. (27, 28) По данным S.J. Slichter с соавт., у 86% реципиентов, получивших антилейкоцитарный глобулин, либо преднизолон в сочетании с АЛГ, рефрактерности к тромбоцитам не развилось, несмотря на многократные трансфузии от одного рандомизированного донора. (29) Это говорит о том, что больные получающие курс интенсивной химиотерапии, имеют относительно низкий уровень аллоиммунизации, из-за иммуносупрессивного эффекта лечения.

Фебрильные негемолитические посттрансфузионные реакции

Переливание клеточных компонентов крови аллоиммунизированным пациентам часто сопровождается развитием фебрильных негемолитических посттрансфузионных реакций, которые могут сопровождать от 1до 3% трансфузий. (30) По другим данным ФНГТР встречается с частотой 6,8% после переливания эритромассы и 37,5% после переливания тромбоцитов. Доказано, что развитие ФНГТР прямо-пропорционально степени контаминации лейкоцитами переливаемых гемотрансфузионных сред. (31, 32) По мнению Kahn R.A., для профилактики ФНГТР содержание лейкоцитов в трансфузионных средах не должно превышать 250 млн. (33) В инициации ФНГТР играют роль энзимы и биологически активные вещества-цитокины (IL-1ß, IL-6, TNFά), вырабатываемые при дегрануляции лейкоцитов, во время хранения компонентов крови, и организмом реципиента при их переливании (3, 34, 35) Доказательством роли цитокинов в посттрансфузионных ФНГТР, служат данные, свидетельствующие о том, что супернатант концентрата тромбоцитов вызывает пирогенные реакции в 31 % случаев, тогда как собственно клетки-лишь в 9% (36) Удаление лейкоцитов из тромбоконцентрата в процессе его приготовления позволяет избежать повышения концентрации цитокинов IL-1ß, IL-6, TNFά в гемоконтейнере. В этом отношении, очевидны потенциальные преимущества использования аферезных тромбоцитов содержащих меньшее количество лейкоцитов. Уровень фебрильных реакций при использовании аферезных КТ по сравнению с трансфузиями пула от доноров составил 8,4% против 21,5% (37, 38) Установлено, что IL-1ß,I L-6, TNFά содержащиеся в компонентах крови, являются основной причиной посттрансфузионных фебрильных реакций, которые проявляются лихорадкой с повышением температуры, головной болью, кожным зудом, крапивницей, одышкой, беспокойным состоянием больного во время или непосредственно после переливания через 20-60 мин. (39) Могут иметь место и тяжелые клинические симптомы в виде бронхоспазма, острой дыхательной недостаточности, ангионевротического отека. Мощным пирогенном является IL-1ß, который выбрасывается из лейкоцитов, моноцитов при реакциях лейкоцитарных антител реципиента с лейкоцитами доноров, фагоцитозе детрита донорских гранулоцитов и гемолизированных эритроцитов. (40) Большинство эритроконцентратов со сроком хранения не менее 2-х недель и тромбоконцентраты хранившиеся 3-5 дней до трансфузии содержат высокий

уровень цитокинов, влияющий на больного. Исследования in vitro продемонстрировали, что содержание IL-1ß, IL-6 возрастают прогрессивно при хранении тромбоцитов и их концентрация прямо пропорциональна количеству лейкоцитов в ТК. Высвобождение цитокинов связано с дегрануляцией и гибелью лейкоцитов (41) В исследованиях N.M. Heddle с соавт. Наблюдалась четкая позитивная корреляция между реакциями и концентрацией IL-1ß, IL-6 в супернатанте плазмы. (42) В 1995 г. N.M. Heddle с соавт. опубликовали данные, в которых больные при переливаниях тромбоконцентратов реагировали более часто на плазму ТК чем на сами клетки. В результате переливаний 12 больным 64 пар ТК (плазма супернатант и тромбоциты) наблюдали 20 реакций на супернатант плазмы, при этом только 6 реакций на собственно клетки (43) Эти реакции на супернатант плазмы тем более часты, чем старше возраст тромбоконцентратов и чем выше контаминация лейкоцитами. Наиболее старые по времени дозы компонентов крови содержат высокие концентрации пирогенов IL-1ß, IL-6 (44) По данным N.Ishijima с соавт. уровень сывороточного IL-6 у больных колоректальным раком был существенно выше в группе больных получивших периоперационные переливания компонентов крови относительно группы больных, не получавших гемотрансфузии: 269,8pg/ml в группе имевших переливания и 131,78pg/ml в контрольной группе (p=0,020). Подобные выводы были сделаны и по результатам опыта проведенного на мышах, которым было смоделировано состояние острого геморрагического шока. Аллогенные переливания крови привели к повышению уровня IL-6 (45). В представленном исследовании подтверждается, что периоперативные переливания аллогенной крови могут индуцировать чрезмерный выброс цитокинов и могут наносить вред.

В исследованиях J.M.Heal с соавт. установлена роль фрагментов лейкоцитов доноров в возникновении посттрансфузионных реакций у реципиентов (46) M.A. Popovsky продемонстрировал четкую взаимосвязь между временем хранения и степенью деградации лейкоцитов и образованием их фрагментов в ТК. В их исследовании обнаружено двукратное увеличение количества фрагментов лейкоцитов в ТК хранившихся в течение 24 и 96 часов.(47) Высвобождающиеся в результате распада лейкоцитов протеолитические ферменты, продукты арахидоновой кислоты, свободные радикалы ведут к острой активации воспалительной реакции, повреждению эндотелия легочных капилляров, гипоксемии, легочной гипертензии и некардиогенному отеку легких. По данным Рагимова А.А., частота острых респираторных дистресс-синдромов, сопровождающих гемотрансфузии, составляет 0,02%(в пересчете на число перелитых доз) или 0,16% (в пересчете на число реципиентов) (10)

Таким образом: с течением времени многочисленные убедительные клинические наблюдения и тонкие лабораторные исследования показали мировому сообществу врачей, что переливание чужеродной крови может быть не только жизнеспасительным, но и таит в себе скрытую угрозу, часто неочевидную, не сиюминутную, но от этого не менее опасную. Угроза эта может проявляться по-разному. В основе большинства осложнений, связанных с переливанием донорской крови, лежит реакция отторжения организмом чужеродной ткани, т.е. сложный, многокомпонентный и еще недостаточно изученный универсальный механизм иммунитета. Очевидно, что проблема восполнения кровопотери у больных весьма сложна, требует большой осторожности и мудрости и заслуживает дальнейшего тщательного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Slichter S.J. Alloimmune refractoriness to transfused platelets. // Blood. - 1995. - №11. - С. 527-626.
2 Van Marwijk Kooy M., Van Prooijen H.C., Moes M., et al. Alloimmune refractoriness to transfused platelets. // Blood. 1991. №77. С. 201-205.
3 Возилкин О.В.,Логвинов Н.Л. тезисы//Конференция трансфузиология и служба крови // Москва: 1998. С. 45.
4 Reed E., Hardy M. et.al. Anti-idiotypic antibodies to HLA and their influence on patients sensitization.// Transplant. Proc.1987. №19.С. 762-763
5 Duguesnoy R.J ., Whait J. W., Fierst M., et.al. Multiscreen serum analysis of highly sensitized renal dialysis patients for antibodies toward public and private class 1 determinant.// Transplant. № 50. С. 427-437.
6 Akiro S. Et al. HLA antigens on redcells. Implications for achieving low HLA antigen content in blood transfysion.// Transfusion. 1990 №26 С.375-381.
7 Pellegrino M.A., Andorev F.,Fagiolo U., et al. Immunogenecity of serum HLA antigens in allogenic combinations.// Transplantation. 1982. №33 С.530-533
8 Lechler R.J., Batchelor J.R. Restoration of immunogenicity to passenger cell depleted kidney allografts by the addition of donor strain dendritic cells.// Exp.Med. -1982. -№155 С.31-41
9 Deeg H.J., Aprile J., Starb R. et. al. Functional dendritic cells are reguired for transfusion-induced sensitization in canine marrow graft recipients. // Blood. 1988. №77. С. 1138-1140.
10 Рагимов А.А. , Дашкова Н.Г. Трансфузионная иммунология. // ВУМНЦ. М-2000.. С. 283..
11 Rivera R., Skornik J.S. HLA antigens on redcells. Implications for achieving low HLA antigen content in blood transfysion. // Transfusion. 1986. №26. С. 375-381.
12 Marshall J.V., The B antigens and antibodies. // Medicine technology . 1973. №35. С. 26.
13 Головкина Л.Л., Дюгеев А.Н., Фомин М.Д. Роль лимфоцитотоксических антител в развитии гемолитических реакций при трансфузиях эритроцитов.//Новое в трансфузиологии. 1998. № 12. С 37-43.
14 Morton J.A. , Pickles M.M., Turner J.E.et. al. Changes in red cell Bg antigens in haemotological disease.// Immunology Commun. 1980, №9 С.173-190.
15 Bishop I.F.,Mc.Grath K., Walf M.M.,et al. Clinicfl factors in influencing the effectceacy off pooled platelet transfusion. //Blood. 1993. №71. С.383.
16 Doyghty H.A., Murphy M.F. et al. Relative importance of immune and non-immune causes of platelet refractoriness. //Vox Sanguinis 1994. №66(3). С.200-205.
17 Шабалин В.Н., Серова Л.Д., Бушмарина Т.А. Изоимунные посттрансфузионные реакции негемолитического типа. //Методика и техника переливания крови. 1975 С.92-94
18 Rebulla P. Leukodepletion: methods and current indications. Current problems of transfusion medicine in clinical practice. //Transfusion. 1993. №3. С.55-58.
19 Holohan T.V., Terasaki P.J., Deisseroth A.B. Supression of transfusion-related alloimmunization in intensive treated cancer patients.// Blood. 1981. №58. С.122-128
20 N.D.Kalmin., Cridon A.T., Vodler W.R., et al Single donor platelets v.s. pooled platelet concentrates and the development of refractory stade // Transfusion.. 1982. №7. С. 425 .
21 Roy A.J., Jaffe N., Djerassi I Prophilactic platelet transfusion in children with ocute leukemia: a dose response stady // Transfusion. 1973. №13. С. 283-290.

22 Dunstan R. , Simpson M.B., Rosse W.F. Origin of ABH antigens on human platelets// Blood 1985. №65 C.61-85
23 Hanson S.R., Slichter S.I. Platelet kinetics in patients with bone marrow hypoplasia: evidence for a fixed platelet requirement.// Blood. 1985. №66 C.1105
24 Duguesnoy R.J., White J.W., Fierst M. et al. Multiscreen serum analysis of higly sensitized renal dialysis patient for antibodies toward public and private class 1 determinant// Transplant. 1990. №50 C.427-437.
25 Engelfriet C.P., Reesink H.W. Management of alloimmunized, refractory patients in need of platelet transfusion.// Vox Sanguinis 1997. №73. C.191-198.
26 Lee. E.J., Schiffer C.A. ABO compatibility can influence the results of platelet transfusion. Results of randomized trial. // Transfusion. 1989. № 29 C. 384-385.
27 Gralnick H.R., Howard G.E., K. Mc.Crath. Transfusion platelets and HLA antibody formation in multitransfused patient with malignancy. //British J. Hematology.1988 №68 C.345
28 Howard G.E., Perkins H.A. The natural history of alloimmunization to platelets.// Transfusion.1978.№18 C.496.
29 Slichter S.J., Weiden P.L., Kane P.J. et al. Approaches to presventing or reversing platelet alloimmunisation using animal models.// Transfusion. 1988. №28 C.103.
30 Snicienski J., O´Donnell M.R., Nowiski B., Hill L.R. Prevention off refractoriness and HLA-alloimmunisation using filtered blood products. //Blood. 1988. №71 C.1402-1407.
31 Heddle N.M., Soutar R.L., O´Hoski P.L., Singer J.et al. Prospective study to determine the frequency and clinical significance of alloimmunisation post-transfusion.// British journal of haemotology 1995 №91 C.1000-1005
32 Muylle L., Joos M., Woters E. et al. Increased tumor necrosis factor ά (TNF- ά), IL-1 and IL-6 levels in the plasma of stored platelet concentrates: relationship between TNF- ά and IL-6 levels and febrile transfusion reactions.// Transfusion. 1993 №33 C.195-199.
33 Kahn R.A., Daffy B.F., Rodey G.G. Ultroviolet irradiation of platelet concentrate abrogates lymphocyte activation without affecting platelet function in vitro.// Transfusion. 1985 №25 C.547-562
34 Stack G., Snyder E.L. Citokine generation in storage, white cell reduction and bacterially contaminated units of red cells. Transfusion.1995 №35 C.199-203
35 Snyder E.L., Mechanic S., Baril L. Removal of soluble biologic response modifiers by bedside white cell-reduction filter. //Transfusion. 1996 №36 C.707-713.
36 Irving W., Day S., Bennet D.,et. al. Use Anti-GOR testing in the screening of blood donors for hepatitis C virus infection.// Vox Sanguinis. 1993. №65(1) C.38-41
37 Muylle L., Peterman's M.E. Effect of presto rage leukocyte removal on the cytokine levels in stored platelet concentrates.// Vox Sanguinis 1994. №66(1) C.14-17
38 Wolker R.H. Special report: transfusion risk.// Am.J. Clin. Patol., 1987 №88 C.374-378
39 Dunon D., Mackay C.R., Imhof B.A. Adgesion in leukocyte homing and differentiation. //Berlin Heielberg. 1993. №3 C.260.
40 Stack G., Snyder E.L. Cetokine generation in stored platelet concentrates. //Transfusion.1994. №34(10) C.20-25.
41 Cummings M.C., Winterford C.M., Walker N.I.// Am.J.Serg. Patology.1977.№21(1) C.88-101.
42 Heddle N.M., Klama L., et al. The role of the plasma from platelet concentrates in transfusion reactions. //New England Journal of Meicine.1994. №331(10) C.625-629
43 Heddle N.M., Soutar R.L., O´Hoski P.L., Singer J.et al. Prospective study to determine the frequency and clinical significance of alloimmunisation post-transfusion. // British journal of haemotology 1995 №91 C.1000-1005.
44 Nielsen H.J., Hammer J.H.,Krarup A.L. et.al Prestorage leukocyte filtration may reduce leukocyte –derived bioactive substance accumulation in patients operated for burn trauma. //Burns.1999 №25 C.162-170.
45 Ishijima N., Suzuki H. et.al Blood transfusion and postoperative serum IL-6 levels in colorectal cancer patients.// Hepatogastroenterology. 1998. №1
46 Heal J.M., Blumberg N., Masel D. An evaluation of crosshatching HLA and ABO matching for platelet transfusion to refractory patients. // Blood 1987 C. 70-23.
47 Popovsky M.A. Quality of blood components filtered before storage and at the bedside: implications for transfusion practice.// Transfusion. 1996. 36 C.470-474

Б.А. РАМАЗАНОВА, Б.М. ИСМАИЛОВА, Д.Ж. БАТЫРБАЕВА, А.А. АБДРАИМОВА, Н.К. ИБРАЕВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті.
Алматы қаласы, Қазақстан

ДОНОРЛЫҚ ҚАН ҚҰЮДЫҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ.
ДОНОР ҚАНЫНЫҢ АЛЛОГЕНДІК ЖАСУШАЛАРЫНЫҢ ӘСЕРІМЕН НЕГІЗДЕЛГЕН ПОСТГЕМОТРАНСФУЗИОНДЫҚ РЕАКЦИЯЛАР

Түйін: Мақалада донорлық қан құюдың иммунологиялық аспектілері тақырыбы бойыншат әдебиетке шолу жасалған. Донорлық лейкоциттердің иммунологиялық, постгемотрансфузиондық реакциялар, тромбоциттер концентраттарының құюға рефрактерлігі орны туралы көрсетілген .

Түйінді сөздер: гемолитикалық реакциялар, фебрильдік реакциялар, рефрактерлік, лейкоциттер, цитокиндер, аллоимунизация, HLA, IL-1ß, IL-6.

B.M. ISMAILOVA, D.Z. BATYRBAEVA, A.A. ABDRAIMOVA, N. IBRAEVA
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov.
Almaty, Kazakhstan.

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF BLOOD TRANSFUZION.
REACTION AFTER BLOOD TRANSFUSION DUE TO THE EFFECT OF ALLOGENEIC BLOOD CELLS.

Resume: The article presents a literature review of foreing publications on the following topics: immunological aspects of transfusion of donor components, the role of donor leukocytes in the occurrence of Immunological reactions after blood transfusion, refractory to transfusion of platelet concentrates.
Keywords: hemolitic reactions, febrile reactions, refractoriness, leukocytes,cytokines, HLA, IL-1ß, IL-6

УДК: 616.858 – 003.215

А.А. АКАНОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.М. ПИЧХАДЗЕ
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы.
Кафедра фармакологии.
НКДЛ, НИИФПМ им.Б.А. Атчабарова

РОЛЬ ИММУННЫХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В этом обзоре уделено большое внимание ключевым и актуальным в настоящее время вопросам современной нейронауки - попытка поиска истинных причин нейродегенеративных заболеваний для разработки в недалеком будущем методов ранней диагностики, профилактики и лечения.
Ключевые слова: *нейродегенеративные заболевания, Болезнь Паркинсона.*

Цитокины.
Цитокины представляют собой вещества, продуцируемые различными клетками, включая клетки иммунной системы и нервные клетки, которые взаимодействуют и влияют на другие клетки. Они также действуют как иммуномодуляторы. Нарушение синтеза цитокинов может вызывать широкий спектр патогенетических изменений в зависимости от области, в которой произошли нарушения. Такие нарушения в настоящее время в принципе понятны в отношении дисбаланса в Т-клетках, который приводит к преобладанию Th1- или Th2-цитокинов [1,2,3,4]. Это является причиной нарушения гомеостаза и иммунной дисрегуляции, в результате чего развиваются органоспецифические аутоиммунные (преобладание Th1-) или аллергические и некоторые другие (преобладание Th2-) заболевания. При некоторых нейродегенеративных заболеваниях обнаружены как Th1-, так и Th2-цитокины, возможно, в результате преобладающего сдвига Th1- и Th2-цитокинов.

Роль провоспалительных цитокинов при нейродегенеративных заболеваниях.
Несмотря на прогресс последних десятилетий, связанный с результатами фундаментальных исследований по изучению патогенеза нейродегенеративных заболеваний, понимание причин их возникновения и эффективное лечение остаются в сфере непостижимого. При изучении болезни Альцгеймера (БА) в центре внимания продолжает оставаться β-амилоид (Аβ), которому отводится роль причинного фактора болезни. Процесс протеолиза аполипопротеина (APP) с помощью γ секретаз приводит к появлению Аβ пептидов, формирующих амилоидные бляшки. Исследования в области генетики и молекулярной биологии подтверждают тесную связь избыточного синтеза амилоидогенных Аβ-пептидов с мутациями в прекурсоре Аβ APP и пресенилине 1 и 2 (PS1, PS2), определяющими развитие доминантно наследуемой БА и утверждающими существование амилоидной гипотезы в патогенезе БА. Этой гипотезы придерживаются многие исследователи. Хотя образование Аβ является частью нормального метаболизма, до сих пор неясно, где та грань, которая отделяет норму от начала развития болезни. К тому же, данные нейровизуализации подтверждают предшествующие результаты аутопсии о наличии амилоидных бляшек у когнитивно сохранных лиц и их отсутствии у больных БА (то же относится к отложениям α-синуклеина в мозге при болезни Паркинсона, БП). А моделирование гиперпродукции Аβ у экспериментальных животных не приводило к нейродегенерации, что ставит под сомнение постулат о его ключевой роли в неуклонно прогрессирующем нейродегенеративном процессе. Недаром в последние годы попытки клинических исследований новых препаратов для лечения БА, сфокусированные на Аβ, пока не дали обещанных результатов. Наоборот, Grant J. (США) проливает свет на «двуликость» Аβ, способного в одних случаях формировать амилоидные бляшки в мозге больных БА, а при других обстоятельствах превращаться в фактор иммунологической защиты мозга, например при рассеянном склерозе, когда его фракции Аβ 42 и Аβ 40 появляются в очагах воспаления. К удивлению исследователей, введение Аβ при экспериментальных аутоиммунных энцефаломиелитах, являющихся моделью рассеянного склероза, показало существенное улучшение симптоматики: исчезновение параличей у экспериментальных животных и регресс воспалительных реакций как в ЦНС, так и в лимфоидной ткани. Дальнейшие исследования показали, что введение Аβ снижало пролиферацию CD4+ Т-клеток и синтез провоспалительных цитокинов, в частности γ-интерферона. Эти неожиданные находки, изложенные также Hohfeld R. и Wekerle H., ведут к новому пониманию роли Аβ как при БА, так и при рассеянном склерозе. Как амилоидные бляшки при БА, так и α-синуклеиновые агрегаты в виде телец Леви в настоящее время сравниваются с «могильными камнями», т.е. рассматриваются в качестве «свидетелей», а не причин гибели нейронов. Более того, внеклеточные отложения Аβ, похоже, играют защитную роль по отношению к потенциально нейротоксичным фибриллам и олигомерам (Heneka M., Германия).
В противовес этому мнению, D. Borchelt (США) высказывает подтвержденное экспериментально мнение о том, что аккумуляция внеклеточного Аβ нарушает белковую гомеостатическую машину и предвосхищает синтез и агрегацию других патологических протеинов, таких как τ-протеин, α-синуклеин, TDP-43. M.H. Cho (Корея) указывает на нарушение важнейшего пути деградации внеклеточного Аβ в микроглии путем аутофагии, что приводит к избыточному его отложению и запускает порочный круг с

участием серьезных воспалительных реакций в микроглии, в еще большей степени нарушающих процесс деградации и элиминации патологических протеинов.

Вместе с тем множатся доказательства существования других, не зависимых от Аβ, этиологических факторов БА, дающих представление о ее неоднозначной, комплексной этиологии. На последних конференциях по БА и БП особый акцент делался на освещении роли процессов аутофагии и эндоцитоза и их нарушений как причинных факторов развития нейродегенеративных заболеваний. Аутофагия является необходимым звеном жизненного цикла нейрона, обеспечивая его выживаемость путем освобождения от измененных, агрегированных, поврежденных белков. Тесная связь между нейродегенерацией и дисфункцией лизосомальной системы, а не просто избыточным синтезом Аβ как такового, в настоящее время рассматривается как ключевой аспект развития нейродегенеративных заболеваний второго периода жизни, включая в первую очередь БА и БП. Нарушение аутофагии приводит к аккумулированию Аβ или α-синуклеина в аутолизосомах, что оказывает дальнейший токсический эффект на лизосомальную систему. Этой теме были посвящены научные работы Borchelt D. (США), Brion J.P. (Бельгия), Cho M.H. (Корея).

В работе Duff K. (США) прослеживается связь между нарушением системы освобождения нейрона от патологически измененного Аβ при БА из-за угнетения протеасомной активности и стимулированием фосфорилирования таупротеина и его отложением в виде фибриллярных клубков. Это в свою очередь стимулирует процессы эксайтотоксичности и нейрональной гибели с прогрессирующим развитием когнитивного дефицита, что отметили в своих работах Ittner L.M. (Австралия), Kaeser S.A. (Германия). И знания об этом патогенетическом звене уже взяты на вооружение для создания новых диагностических и терапевтических стратегий.

У одного пациента с болезнью Альцгеймера удалось за 10 минут восстановить память инъекцией в спинной мозг ингибитора цитокина TNF-alpha [5]. Таким образом, существует триггерный механизм позволяющий включать и выключать память у человека. И выключение памяти есть не просто результат дегенерации нервной системы, а следствие, видимо, нарушения продукции естественного ингибитора TNF-alpha.

Т.е. симптоматика Альцгеймера определяется не на нейротрансмиттерном, а на цитокиновом уровне. А поскольку TNF-alpha провоспалительный фактор – БА можно трактовать как воспалительное заболевание. Что интересно, сходные данные получены недавно, и для другой нейродегенеративной болезни – болезни Паркинсона. Исследования показали, что блокада провоспалительного цитокина TNF-alpha уменьшает потерю дофаминергических нейронов, что характерно для БП [6].

Заключение.

Таким образом, необходимо проводить исследование крови или СМЖ больных с нейродегенеративными расстройствами на предмет выявления высоких уровней цитокинов в качестве первого шага при установлении возможной цитокиновой дисрегуляции и аутоиммунных процессов и для рассмотрения вопроса о возможном проведении антицитокинового лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Singh V.K., Mehrotra S., Agarwal S.S. The paradigm of Th1 and Th2 cytokines // Immunol Res. – 1999. - №20. – P. 147–161.
2 Nagatsu T., Sawada M. Cellular and molecular mechanisms of Parkinson's disease: eurotoxins, causative genes, and inflammatory cytokines // Cellular and Molecular Neurobiology. - 2006. - № 26. - P. 781–802.
3 Dantzer R. From inflammation to Sickness and depression: when the immune system subjugates the brain // Nat. Rev. Neurosci. - 2008. - № 9. - P. 46–56.
4 Scalzo P. Serum levels of interleukin-6 are elevated in patients with Parkinson's disease and correlate with physical performance // Neuroscience Letters. - 2010. - P. 56–58.
5 Tobinick EL, Gross H. Rapid cognitive improvement in Alzheimer's disease following perispinal etanercept administration J Neuroinflammation // - 2008 . - №5. - P. 2.
6 Tran TA, McCoy MK, Sporn MB, Tansey MG. The synthetic triterpenoid CDDO-methyl ester modulates microglial activities, inhibits TNF production, and provides dopaminergic neuroprotection. J Neuroinflammation // - 2008. - №5. – P. 14

А.А. АКАНОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.М. ПИЧХАДЗЕ

ИММУНДІК ТАҢБАЛАҒЫШТЫҢ РӨЛІ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ АУРУҒА ШАЛДЫҒУДЫҢ ДАМУЫНДА

Түйін: Ара осы шолуда үлкен көңіл қазіргі нейроғылымның бұлақты және осы уақыт көкейкесті сұрақ - нейродегенеративтік ауруға шалдығу ақиқаттық себеп ізденіс амал үшін зерттеме ара әдіс тайыз келешек ерте зерттеу, алдын алу және шипа.
Түйінді сөздер: нейродегенеративтік аурулар, Паркинсонның ауруының.

A.A. AKANOVA, A.S.ORADOVA, G.M. PICHHADZE

IMMUNNOLOGY OF NEURODEGENERATIVE DISEASES

Resume: In this review, great attention is paid to critical and emerging issues of current neuroscience – by monitoring the current immunological status in order to find potential markers of neurodegenerative diseases as well as to develop potential markers for the future early-stage diagnosis, potential prevention and treatment.
Keywords: neurodegenerative diseases, Parkinson's disease.

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ PHARMACY AND PHARMACOLOGY

УДК 615.322:615.014.2:661.112

С.К. ЖЕТЕРОВА, О.В. СЕРМУХАМЕДОВА, С.Б. ТЮРЮБЕКОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ВНЕДРЕНИЕ ПРАВИЛ НАДЛЕЖАЩЕЙ ПРАКТИКИ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ И СБОРА (GACP) ПРИ ТЕХНОЛОГИИ ВЫРАЩИВАНИЯ КАЛЕНДУЛЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ПРЕДПРИЯТИИ «ФИТОЛЕУМ»

В статье описаны действия по обеспечению качества лекарственного растительного сырья посредством разработки технологии выращивания Календулы лекарственной в условиях г.Иссык, Алматинская область на базе предприятия «ФитОлеум» в соответствии с требованиями международных стандартов и научно доказанных методик по культивированию лекарственных растений. Описан весь цикл культивирования Календулы лекарственной с учетом выбора сорта семян, выбора участка для культивирования, анализа почвы на участке культивирования, посадкой, уходом и сбором.
Ключевые слова: *календула лекарственная, Кальта, GMP, GACP, культивирование, растительное сырье.*

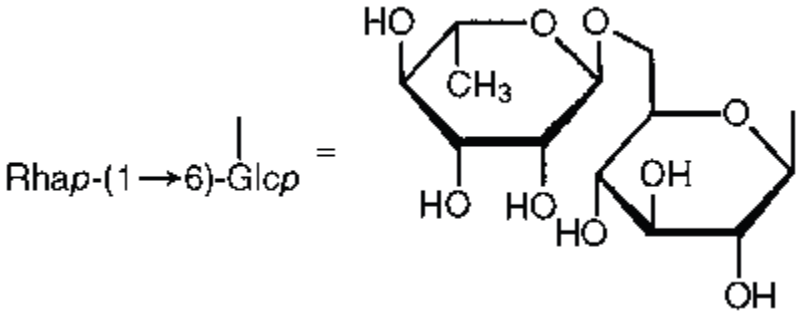
Актуальность: Стандарт GMP, являющийся обязательным к внедрению на предприятиях Республики Казахстан к концу 2014 года согласно Программе по развитию фармацевтической промышленности на 2010-2014 гг., подразумевает использование сырья надлежащего качества, в том числе и лекарственного сырья растительного происхождения. [1] Обеспечение качества лекарственного растительного сырья является трудоемким вследствие зависимости содержания биологически активных веществ от множества факторов: вида, физических свойств, химического состояния почвы, климатических условий, агротехники возделывания, источников орошения и других факторов. В связи с этим, Всемирной Организацией Здравоохранения были разработаны Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора (GACP) лекарственных растений, в которых приводится подробное описание технологий и мер, необходимых для правильного культивирования и сбора лекарственных растений, а также регистрации и документации соответствующих данных и информации во время их обработки. Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора (GACP) лекарственных растений предназначены для обеспечения общего технического руководства в процессе лекарственного сырья растительного происхождения хорошего качества. [2] К настоящему времени на основе GACP разработаны и внедрены собственные стандарты в странах-союзницах Европейского союза, Китайской Народной Республике, Японии, Индии, Малайзии, Украине, Белоруссии и рассматривается к внедрению в Российской Федерации. [3,4]

GACP состоит из пяти разделов: общее введение, надлежащая практика культивирования лекарственных растений, надлежащая практика организации сбора лекарственных растений, этические и правовые аспекты. Имеется шесть приложений, в которых приводятся образец для регистрации культивируемых лекарственных растений и модель структуры монографий о надлежащей практике культивирования отдельных лекарственных растений. В данной практике рассмотрены вопросы идентификации культивируемых лекарственных растений, выбор материалов для размножения, культивирование, воздействие на экологическую среду и социальное окружение, использование удобрений, выбор орошения и дренажа, уход за растениями, сбор урожая, рабочий персонал. Особое внимание уделено особенностям заготовки лекарственного растительного сырья из дикорастущих популяций. Одной из таких особенностей является заблаговременно до сбора определить географическое распределение и плотность популяции вида лекарственных растений, предназначенного для сбора. Сбор лекарственных растений должен способствовать долголетию дикорастущих популяций. [2]

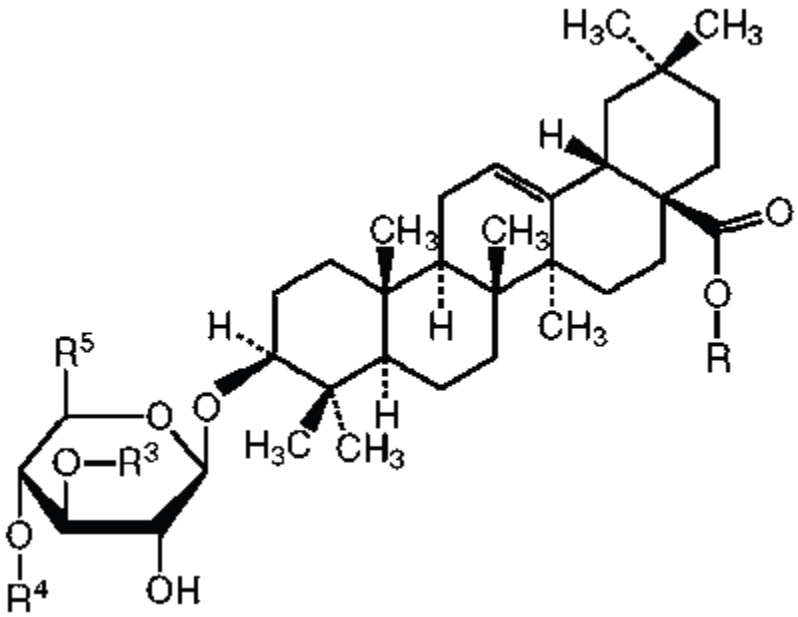
Данный документ следует рассматривать вместе с имеющимися документами и публикациями в области обеспечения качества лекарственных средств растительного происхождения и сохранения лекарственных растений, такие как: Надлежащая практика организации производства фармацевтической продукции (Good Manufacturing Practices for pharmaceutical products: main principles), Надлежащая практика организации производства: дополнительные руководящие принципы по организации производства лекарственных средств растительного происхождения (Good manufacturing practices: supplementary guidelines for manufacture of herbal medicinal products), Методы контроля качества лекарственного сырья растительного происхождения (Quality control methods for medicinal plant materials). [1]

«ФитОлеум» - фармацевтическая компания по производству лекарственных препаратов, парафармацевтических средств по уходу, фито-чаев. На данный момент компания является одной из немногих производителей соответствующим требованиям СМК ИСО 9001-2009, культивирует два наименования лекарственных растений (Календула лекарственная, Мелисса лекарственная) и находится на стадии внедрения стандарта GMP. «ФитОлеум» производит три продукта, имеющих в своих составах лекарственное растительное сырье цветки календулы: фито-чай «Гинекологический», фито-чай «Похудейка», фито-чай «Календула».[5]

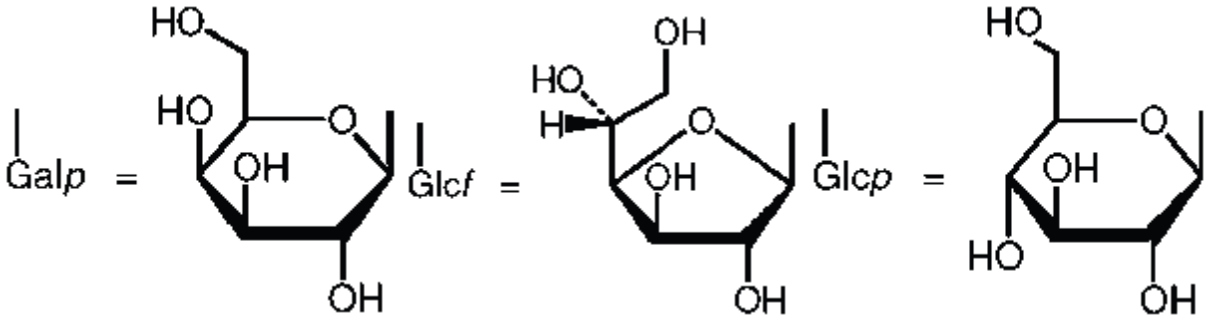
Календула лекарственная – Calendula officinalis L. не требовательное к почвам, неприхотливое растение, хорошо отзывающееся на условия культуры. Из цветков календулы изготавливают экстракты, настойки, вытяжки обладающие антимикробным, противовирусным, противовоспалительным, ранозаживляющим действиями, в связи, с чем является ценным лекарственным растением. [6,7] Основными составляющими являются тритерпеновые сапонины (2–10%), на основе олеаноловой кислоты (т.е. календулозиды) и флавоноиды (3–*О*-гликозиды изорамнетина и кверцетина), а также астрагалин, гиперозид, изокверцитрин и рутин. К другим составляющим относятся эфирное масло, сесквитерпены (напр., кариофиллен) и тритерпены (напр., α- и β-амирины, люпеол и люпенон). Также сообщалось о наличии полисахаридов. [9] Структура характерных тритерпеновых сапонинов и флавоноидов представлена ниже.



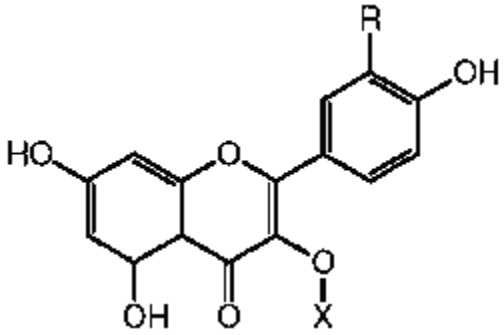
О-6–дезокси-α-L-маннопиранозил- (1→6)-β-D-глюкопиранозил



R R3 R4 R5
A H H Gal*p* CH2OH
E H H H CO2H
F Glc*p* H H CO2H
H Glc*p* Gal*p* H CO2H



β-D-галактопиранозил β-D-глюкофуранозил β-D-глюкопиранозил



R X astragalin H Glc*p*

hyperoside OH
Gal*p* isoquercitrin OH Glc*f*
rutin OH Rha*p*-(1→6) -Glc*p*
астрагалин
гиперозид
изокверцитрин
рутин

Нами проведен анализ методов культивирования Календулы Лекарственной и рекомендованы следующие схема и методические подходы по ее выращиванию.

Технология выращивания календулы согласно традиционным методам возделывания и Руководству состоит из стадий: выбор сорта лекарственного растения, выбор места культивирования, анализ почвы, климатический анализ, подготовка почвы, внесение удобрений, посев, рыхление, прополка, сбор и представлена на рисунке 1.

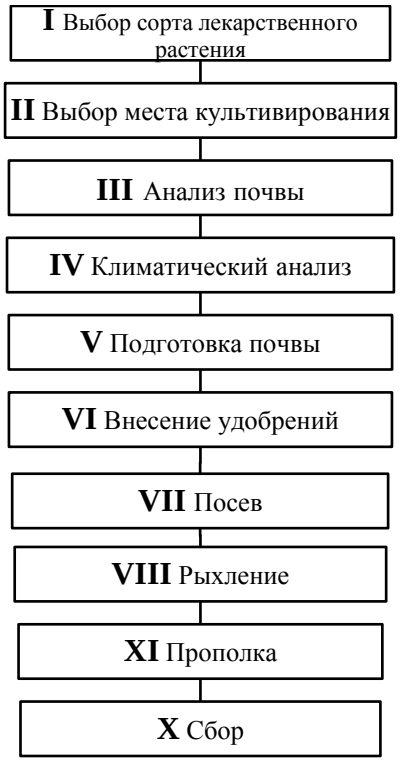


Рисунок 1 - Технология выращивания Календулы Лекарственной сорта Кальта на площади 0.5га в условиях Алматинской области, Республика Казахстан

I. Выбор сорта определяется рекомендациями государственной фармакопеи или другими официальными национальными документами. В случае отсутствия таковых необходимо учитывать сорта, определенные официальными документами других стран.[1] Таким образом, был выбран сорт селекции Всероссийского Института Лекарственных и Ароматических Растений – *Кальта,* включенный в Государственный реестр Российской Федерации в 1984 году, характеризующийся содержанием каротиноидов в соцветиях от 105 до 405 мг %. [10]

II. Календула не требовательна к месту возделывания, но согласно Руководству следует отдавать предпочтение к влажным, открытым солнечным участкам. [11] В связи с чем был выбран участок площадью 0.5га, открытый солнечным лучам на протяжении солнечного дня и влажностью почвы 20-25 %.

III. Почва, вследствие использования растения, как лекарственного сырья, не должна содержать тяжелых металлов.(ГФ РФ X) В исследуемой почве на площади выращивания тяжелые металлы не найдены.

IV. Климатические условия должны соответствовать условиям для прорастания 2-4 °С, роста и развития 15-20 °С календулы лекарственной. [12] Данный температурный режим достигается в г. Иссык, Алматинской области с конца апреля по сентябрь согласно метеорологическим данным за 2010-2013 гг.

V. Подготовка почвы заключается в зяблевой вспашке на глубину 25-27 см осенью вслед за уборкой предшественника. [11] В октябре месяце была проведена вспашка.

VI. Внесение удобрений. Для обеспечения обильного и длительного цветения ноготков необходимо усиленное азотное и фосфорное питание. Осенью под зяблевую вспашку внесли до 20 т навоза на 0.5 га. Используемый навоз в целях соответствия безопасным санитарным стандартам по уровню наличия микробов и деструктированию способности сорняков к прорастанию, был прокомпостирован. [2]

VII. Посев. По данным Г.Ф. Никитенко (1976) разница между дневными и ночными температурами положительно влияет на прорастание. Именно такой температурный режим образуется в III декаде апреля, соответствующий физической спелости почвы. Поэтому посев проводился в III декаде апреля. В таких условиях всходы календулы появляются в на пятый день по данным Е.Н. Вельмисевой (2014) При посеве пользовались значением нормы посева 10

кг на 1 га, засевали глубиной 2 - 4 см, ширина междурядий 60 см при котором легче проводить сбор соцветий и загущением почвы до площади питания 333 $см^2$, соответствующая высокой урожайности по данным Д.А. Костылева (2000).

VIII. Рыхление и прополка являются мерами по борьбе с сорными травами и отлично подходят в условиях культивирования в малых масштабах, и делает возможным избежание применения гербицидов. Междурядные рыхления провели 2-3 раза. Ручная прополка проводилась 2 раза. [11]

IX. Полив. Сухие и жаркие погодные условия вызывают стресс растения. При этом развитие растений ускоряется, сокращается время цветения и снижается урожайность соцветий, уменьшается количество махровых соцветий. [12] В связи с чем с момента всхода побегов проводили прикорневой полив два раза в неделю.

X. Сбор. Планируется провести вручную во второй декаде июня.

Таким образом, при культивировании лекарственных растений важно использование научно доказанных методик выращивания, следование требованиям международных стандартов для получения лекарственного сырья растительного происхождения надлежащего качества. Контроль качества непосредственно влияет на безопасность и эффективность лекарственных средств растительного происхождения. Надлежащая практика культивирования и сбора лекарственных растений представляет собой только первый шаг для обеспечения качества, от которого напрямую зависят безопасность и эффективность лекарственных средств растительного происхождения. Такая надлежащая практика также будет играть большую роль в области защиты природных ресурсов лекарственных растений в целях их стабильного использования. Особенно важным это становится в современных экономических условиях интеграции и повышения требований к лекарственным препаратам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Good manufacturing practice for pharmaceutical products // WHO Technical Report Series. – 2013. - N 823. – P. 45-49.
2 Руководящие принципы ВОЗ по надлежащей практике культивирования и сбора (GACP) лекарственных растений // Всемирная организация здравоохранения. – Женева: 2003. – С. 55-59.
3 Приказ МЗ Украины от 14.02.213 № 118 «Лекарственные средства. Надлежащая практика культивирования и сбора исходного сырья растительного происхождения»
4 Приказ МЗ Белоруссии № 88 от 29.11.2012 «Производство лекарственных средств. Надлежащая практика выращивания, сбора, хранения лекарственного растительного сырья»
5 www.fitoleum.kz
6 Kalvatchev Z et al. Anti-HIV activity of extracts from Calendula officinalis flowers // Biomedicine and Pharmacotherapy. – 1997. - №51. – P. 176–180.
7 Tarle D, Dvorzak I. Antimicrobial substances in Flos Calendulae // Farmacevtski Vestnik. – 1989. - №40. – P. 117–120.
8 Bisset NG. Herbal drugs and phytopharmaceuticals // Boca Raton, FL, CRC Press. - 1994. - №5. – P. 88-92.
9 Удостоверение о качестве семян № 1349-1350 от 29.10.2010 г. Министерство сельского хозяйства Российской Федерации.
10 Терехин А.А., Вандышев В.11В. Технология возделывания лекарственных растений: Учебное пособие. – М.: РУДН, 2008. – 201 с.
11 Исмагилов Р.Р., Костылев Д.А. Календула. – Уфа: БГАУ, 2000. – 102 с.

С.К. ЖЕТЕРОВА, О.В. СЕРМУХАМЕДОВА, С.Б. ТӨРЕБЕКОВА

"ФИТОЛЕУМ" ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНДІРІСІНДЕГІ ДӘРІЛІК ТЫРНАҚГҮЛ ӨСІРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫНА ТИІСТІ ЕГУ ЖӘНЕ ЖИНАУ (GACP) ТӘЖІРИБЕСІНІҢ ЕРЕЖЕЛЕРІН ЕНГІЗУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы облысы, Есік қаласындағы «ФитОлеум» кәсіпорнында дәрілік өсімдік шикізатының сапасын қамтамасыз ету бойынша дәрілік қырмызыгүлді халықаралық стандарт талаптарына сәйкес және дәрілік заттардың ғылыми дәлелденген әдістемелері бойынша технолгиялық өңдеу іс әрекеті сипатталған. Дәрілік қырмызыгүлдің бүкіл егу кезеңі, тұқым сұрыпын таңдау есебі, өсіру аймағын таңдау, өсіру аймағындағы топырақты талдау, отырғызу, күтім және жинау сипатталған.
Түйінді сөздер: тырнақгүл, Кальта, GMP, GACP, өсіру, өсімдік шикізат.

S.K. ZHETEROVA, O.V. SERMUHAMEDOVA, S.B. TYURYUBEKOVA

IMPLEMENTATION OF THE RULES OF GOOD PRACTICE CULTIVATION AND HARVESTING (GACP) IN CALENDULA OFFICINALIS GROWING TECHNOLOGY IN THE PHARMACEUTICAL ENTERPRISE "FITOLEUM"

Resume: This article describes the steps to ensure the quality of medicinal plants through the development of technology of cultivation Calendula officinalis in Issyk city, Almaty region on the basis of enterprise "FitOleum" in accordance with international standards and scientifically proven techniques for the cultivation of medicinal plants. Described the whole cycle of cultivation Calendula officinalis given the choice of seed varieties, site selection for cultivation, soil analysis in the area of cultivation, planting, care and harvesting.
Keywords: marigold, calendula, Calta, GMP, GACP, cultivation, herbal raw materials.

УДК 614.253.5:616-053.9 (075.8)

К. КУНАНБАЙ
Казахский Национальный Университет им. С.Д.Асфендиярова
Кафедра клинической фармакологии,ЛФК и физиотерапии

ОСНОВЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Приступая к лекарственному лечению больных пожилого и старческого возраста, врач должен иметь четкое представление о влиянии физиологических и патологических изменений, происходящих при старении, на эффективность фармакотерапии. В статье изложены современные данные о возрастных изменениях фармакокинетики и фармакодинамики и принципах дозирования лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте.
***Ключевые слова**: пожилой и старческий возраст, фармакокинетика и фармакодинамика, побочные эффекты, принципы дозирования.*

Ұзақ жасап, ұрпағының қызығын көру – кімнің де болса арманы. Өкінішке орай, Қазақстанда осы арманына толық жете алмай кететіндер саны дамыған елдердегімен салыстырғанда әлдеқайда көп екен. Статистикалық деректерге сүйенсек, Қазақстанда орташа өмір сүру жасы 65-67 жас, ұзақ өмір сүру көрсеткіштері бойынша біздің ел 153, ал Украина 151 орында. Бүгінгі күнде жасы 100-ден асқандардың өзі біздің ел үшін таңқаларлық құбылыс. Егде жастағы адамдардың аурулары теориялық және практикалық медицинаның маңызды мәселесі болып отыр. Ағзаның бейімделу қабілетінің жасқа байланысты үдемелі төмендеуі, оның реактивтілігінің өзгеруі патологияның дамуына ыңғайлы жағдай туғызады [3,5]. Жас адамдармен салыстырғанда егде жастағы адамдарда (60-74 жас) аурушылдық деңгейі екі есе жоғары, ал қарт жастағы адамдарда (74 жас және жоғары) 6 есе жоғары.

Антиэйджингтің негізгі мақсаты тек адам өмірін ұзарту емес, адам өмірінің денсаулығы мықты және еңбек белсенділігі жоғары кезеңін ұлғайту. Адам қоғамға керек болып, халқына бір пайдасын тигізсе ғана кәрілікке қарсы ғылымның нәтижелігі туралы сөз қозғауға болады. Қазіргі кезде әлем халқының қартаю үрдісі қарқынды жүріп жатыр, Қазақстанда қартаю шегі 7% аттап кетті. Яғни қазіргі кезде елімізде қарт адамдар қатары 7,7% құрап отырғандықтан, Қазақстанда халқы қартайып бара жатқан елдердің қатарына қосылып отыр. Сондықтан кәрілікке қарсы бағыттағы жасалған әр бір істің маңызы зор – деп түйіндеді сөзін Қазақстан геронтологтар қоғамының президенті. Сондықтан да өмірді ұзарту мен жақсартуды зерттеу тек қана ғалымдардың міндеті ғана емес, ол әр адамның өз өміріне жауапкершілікпен қарауы екенін есте ұстау қажет.

Жас және егде жастағы адамдарда патологиялық үрдістердің дамуында айқын айырмашылықтар бар. Егде және қарт жастағы адамдарда көптеген ауруларға айқындылығы төмен және клиникалық көріністердің ерекше болуы тән. Егде жаста ақырын үдейтін, баяу ағымды патологиялық үрдістер байқалады [5,4,1].

Клинико-эпидемиологиялық зерттеулердің көрсетуі бойынша егде және қарт жастағы бір науқасқа орташадан 2 және 4 аурудан келеді, осыған байланысты жас және орта жастағы науқастармен салыстырғанда егде және қарт жастағы адамдар дәрілік заттарды көп қабылдайды. Дәрілік терапиямен байланысты дамитын асқынулар егде және қарт жастағы науқастарда жиі дамиды, бірақ ол ем көрсетілген жағдайда оны шектеуге негіз бола алмайды.

Егде жастағы науқасқа ем жүргізгенде дәрігер алдына айқын қол жетімді мақсат қою керек. Егер жас адамдарда емдеу мақсаты негізгі ауруды емдеу және бұзылған қызметтерді максималды қалпына келтіру болса, ал егде және қарт жастағы науқастарда – симптомдар айқындылығын төмендету және бұзылған қызметтердің орнын толтыру. Емдеуші дәрігер емді өмір сапасын жақсартуға және сақтауға бағыттау керек, ол гериатрияның негізгі стратегиялық тапсырмасы [4,1]. Дәрігер егде және қарт жастағы адамдарда симптоматика құрылымында өмір сапасына әсер көрсететін және терапевтикалық әсерді қажет ететін белгілерді ажырата білу дағдысын үнемі жоғарылатып отыру керек.

Егде және қарт жастағы дәрілік терапияның мәселелері:

- Бірнеше аурудың болуына байланысты бірнеше дәрілік затты қолданудың қажеттілігі туады.
- Көптеген аурулардың созылмалы ағымына байланысты дәрілік заттарды ұзақ уақыт қолдану қажеттілігі.
- Патологияның болуы, ағзаларда және жүйелерде жастық өзгерістер фонында дәрілік заттардың фармакодинамикасының және фармакокинетиканың бұзылыстары.
- Комплеанстың бұзылыстары – дәрілік терапияның тағайындалған режимін толық емес немесе дұрыс емес орындалуы.

Егде және қарт жастағы науастарға дәрілік терапиясын бастағанда әр дәрігер дәріге көрсеткіштердің дұрыс анықталғандығына, дәрілердің мөлшері науқастың жеке ерекшеліктеріне сәйкес болуына, дәрігер тағайындауы науқастың дұрыс түсінгендігін және оның дұрыс қабылданып жатқанына сенімді болу керек.

Егде және қарт жастағы науастарға дәрілік терапиясын бастағанда дәрігер қартаю үрдісінің фармакотерапия эффективтілігіне әсері, гериатрияда дәрілік заттардың мөлшерлеу қағидасы, қартайған адамдардағы дәрілік заттардың жанама әсері және дәрілік затардың өзара әсерлесуі және дәрілік заттардың жағымсыз әсеріне қартайған ағзаның тұрақтылығын жоғарылату жолдары туралы нақты білімі болуы керек.

Фармакокинетиканың жас ұлғаюына байланысты өзгерістері.

Егде және қарт жастағы науқастардың дәрілік затқа реакциясы негізінен қартаю кезінеде жүретін физиологиялық және патологиялық өзгерістерге байланысты. Ағза қартаюының физиологиялық үрдістері дәрілік заттардың фамакокинетикасының және фармакодинамикасының өзгеруіне алып келеді [3,5]. Егде және қарт жастағы науқастарда көптеген дәрілік заттарда барлық фармакокинетикалық үрдістер баяу жүреді, осыған байланысты қан айналымда бос препараттардың мөлшерінің жоғарылауымен көрінеді. Осы себептерге байланысты егде және қарт жастағы науқастарға қажетті терапевтикалық мақсатқа жету үшін дәрілік заттарды аз мөлшерде қабылдауды қажет етеді.

Дәрілік заттардың жасқа байланысты сіңірілу бұзылыстары.

Егде жастағы науқастарға дәрілік заттарды көбінесе ішке қабылдауға тағайындайды. Қартаю кезінде асқазан-ішек жолында сіңірілудің баяулауы сіңірілу аймағының азаюымен, мотористаның әлсіреуімен, эвакуация баяулауымен, секреторлы белсенділігінің төмендеуімен, мезентериальды тамырларда қан айналымның төмендеуімен байланысты. Жас ұлғаюмен ішке тағайындалатын дәрілік заттардың сіңірілуі төмендейді. Егде және қарт жаста қышқыл түзілудің төмендеуі дәрілік заттардың сіңірілуіне тура әсер көрсетпейді, өйткені абсорбция үрдісі негізінен жіңішке ішекте жүреді. Сонымен бірге көптеген фермнттердің өндірілуі және белсенділігі тұз қышқылына тәуелді. Асқазан ішілік pH өзгеруі дәрілік заттардың асқазанда еруін және ионизациясын және pH-тәуелді абсорбциясын бұзады, ол толық сіңірілуіге әсер етеді. Ахлоргидрия қышқылға тұрақсыз дәрілік заттардың (пенициллиндер) жоғары абсорбциясын шақырады. Темір

сіңірілуі төмендеуі асқазан-ішек жолдарында сіңірілуідің төмендеуіне ғана емес, сонымен бірге кейбір ағзалардың, бірінші орында бауырдың деполық қызметінің өзгерістеріне де байланысты.

Егде жастағы адамдарда ішек моторикасының әлсіреуі және асқазанның эвакуаторлы қабілетінің баяулауы маңызды орын алады. Ол дәрілік заттардың сіңірілуінің баяулауына, терапевтикалық әсердің пайда болу уақыты да ұзарады. Ішектің гипоматорикасы бар науқастарда іш қату, дәрілік заттардың асқазан-ішек жолдарында ұзақ уақыт болуы нәтижесінде олардың толық сіңірілуіне себеп болады. Осыдан дәрілік заттардың терапевтік әсерінің күшеюі мүмкін, оның элеминация баяулауымен қосарласқанда дәрілердің мөлшерінде және тағайындау режимінде түзетуін қажет етеді.

Егде және қарт жастағы науқастарға дәрілік заттарды тері астына және бұлшық етке енгізгенде дәрінің қанға сіңірілуі баяулайды, ол жүрек лақтырысының төмендеуі, қан айналымның баяулауына, тамыр қабырғасының өткізгіштігінің өзгеруінің нәттижесінде болады. Трансдермальды дәрілік формалардың (жанаспалы терілік пластырь, трансдермальды терапевтік жүйелер) сіңірілуі терінің физиологиялық қартаюынан бұзылады. Терінің жасқа байланысты өзгерістері 40 жастан басталады, ал 60 жаста атрофия және дегенерация үрдістерінің нәтижесінде терінің барлық қабаттары бұзылады. Сонымен бірге тамырлар саны және қабырғасының өткізгіштігі төмендейді; микроциркуляцияның бұзылысы , микротромбоздар, капиллярлардың босауымен көрінеді.

Дәрілік заттардың жайылу көлемінің жасқа байланысты өзгерістері.

Жас ұлғаюына байланысты көптеген дәрілердің жайылу көлемі (сарысудағы концентрациясымен тең дәрілік заттың гипотездік сұйықтықтың көлемінде жайыла алатын коцентрациясы) өзгереді. Егде жастағы адамдарда ол 18,4 л тең, ал жас адамдарда 29,1 л. Егде жастағы науқастарда дәрілік заттардың жайылу жылдамдығы және деңгейі жасуша салмағының төмендеуінен және тіндік архитектониканың бұзылауынан, сонымен бірге дене салмағының төмендеуі және оның құрамының өзгеруі, қан айналымның бұзылысы нәтижесінде бұзылады. Жайылу көлеміне әсер көрсететін жастық өзгерістерге метаболикалық белсенді тіндердің май тініне айналуы, ағзада су көлемінің азаюы, тіндік өткізгіштігнің өзгеруі және т.б. жатады.

Бұлшықет салмағының және су көлемінің төмендеуі гидрофильді дәрілік заттардың жайылу көлемінің азаюына және қан сарысуында және тіндерде олардың концентрациясының жоғарылауына алып келеді. Артық мөлшерлеу және дәрілік интоксикация қаупі жоғарылайды. Бұл асқынулар аминогликозидті антибиотиктерге, жүрек гликозидтеріне, гидрофильді β-адреноблокаторларға, Н2-блокаторларға қатысты.

Егде жаста май тінінің көлемінің жоғарылауы тіндерде липофильді заттардың концентрациясының төмендеуіне және олардың жайылу көлемінің жоғарылауына алып келеді, ол өз кезегінде әсерінің басталуының баяулауынажәне әсер ету ұзақтығының жоғарылауына септеседі. Бұл тетрациклиндерге, бензодиазепинді транквилизаторларға, фенотиазинді нейролептиктерге және барбитураттарға қатысты болады.

Дәрілік заттың жайылуының маңызды бөлігіне оның ақуызбен байланысуы жатады, себебі тек байланыспаған препарат тіндерге таралуы және ағзадан шығарыла алады. Ағзаның қартаюы қан сарысуында альбумин құрамының орташа 10-15% төмендеуімен бірге жүреді. Гипольбуминемия препараттың байланысқан фракциясының төмендеуіне және байланыспаған бос фракциясы концентрациясының жоғарылауына алып келеді, ол дәрілік заттың эффективтілігін жоғарылатады, артық мөлшерлеу, токсикалық көріністердің және жанама әсердің пайда болу мүмкіндігін жоғарылатады. Егде жастағы науқастардың сарысуында көптеген препараттардың концентрациясы айқын жоғарылайды, кейде токсикалық деңгейге жетеді, әсіресе терапевтік кеңдігі аз дәрілерде. Бұл сарысу ақуыздарымен жоғары байланысу деңгейі (80% жоғары) бар дәрілік заттарға, көбінесе қышқылдарға қатысты: β-адреноблокаторлар, сульфаниламидтер, салицилаттар, жүрек гликозидтері (дигоксин, дигитоксин), бензодиазепиндік транквилизаторлар, тура емес әсерлі антикоагулянттар, диабетке қарсы заттар, наркотикалық анальгетиктер, тырысуға қарсы заттар. Сонымен қатар егде жастағы адамдарда дәрілік заттарды байланыстыратын α1-гликопротеин концентрациясының жоғарылауы тән, ол керісінше фармакологиялық әсерді баяулатады.

Таза фармакокинетикалық үрдістерден басқа, егде жастағы адамдарда дәрілік заттардың жайылуын циркуляторлы бұзылыстарда өзгертеді: жүрек лақтырысының жылына 1% төмендеуі, қан ағымының баяулауы және аймақтық қан ағымының қайта бөлунуі, тіндік өткізгіштіктің өзгеруі. Компенсаторлы түрде жүрекке және бас миына қан келуін жақсарту мақсатында симпатикалық тонус жоғарылайды. Осы кезде шеткі ағзаларға, бауырға, бүйрекке қан келуі нашарлайды. Осыдан бүйректің қан айналымының төмендеуі зат алмасуы қан айналыммен анықталатын дәрілік заттардың метаболикалық клиренсінің төмендеуін шақырады.

Егде жастағы адамдарда дәрілік заттардың зат алмасуы.

Егде және қарт жастағы адамдарда дәрілік заттардың биотрансформациясы бауыр паренхимасының атрофиясы нәтижесінде және белсенді гепатоцитер санының төмендеуінен, микросомальды ферметтер активтілігінің төмендеуінен және зат алмасудың бұзылуынан баяулайды. 65 жастан асқан адамдарда жас адамдармен салыстырғанда бауыр салмағы 25% төмендейді, бауырлық қан айналым 30-45% төмендейді. Осы айқын өзгерістер дәрілік заттардың биожетімділігінің жоғарылауына және сарысуда концентрациясының жоғарылауына алып келеді. Бауырлық клиренстің төмендеуі нәтижесінде тез және баяу зат алмасу тән дәрілік заттарда бірдей жартылай шығарылу кезеңі өзгереді. Осы өзгерістер психотропты заттарда, наркотикалық анальгетиктерде, β-адреноблокаторларда, антикоагулянттарда, аритмияға қарсы затарда, стероидты емес қабынуға қарсы заттарда үлкен практикалық маңызға ие.

Бауырлық зат алмасудың I фазасы айқын бұзылады – цитохром Р450 микросомальды ферменттер жүйесімен іске асатын (β-блокаторларға, кальций антогонистеріне, теофиллинге) синтетикалық емес реакциялар (тотығу, гидролиз). Бауырлық зат алмасудың II фазасына тән – синтетикалық реакциялар (коньюгация) – бұзылыстар айқындылығы төмен, көбінесе глюкуронилтрансфераза, сульфаттрансфераза белсенділігі өзгереді (стероидты емес қабынуға қарсы заттарға, бензодиазепиндерге).

Зат алмасу бұзылыстары дәрілік заттың атипиялық метаболиттерінің түзілуімен (мысалы, парацетамолдың, спиронолактонның) бірге жүреді, кейде олар аса токсикалық әсер көрсетеді. Сонымен бірге егде жастағы науқастар дәрілік заттардың бауырға зақымдаушы әсеріне (парацетамол және басқа стероидты емес қабынуға қарсы заттар) сезімтал болып келеді.

Қартайған ағзада бірқатар дәрілік заттар басқа дәрілік заттардың зат алмасуын ынталандыруы немесе тежеуі мүмкін. Мысалы, бауырлық зат алмасу индукторлары – барбитураттарды, галоперидолды, аминазинді, амитриптилинді, диазепамды ұзақ қабылдау (2 аптадан көп) тікелей емес антикоагулянттардың эффективтілігін төмендетеді, сол арқылы олардың жоғары мөлшерде қолдануына жағдай туғызады. Зат алмасуды жылдамдататын заттарды қабылдауды тоқтатқанда, геморрагиялық асқынудың алдын алу үшін антикоагулянттар мөлшерін міндетті түрде төмендету қажет. Осы заңдылықты рифампицинге, амидопирингe, бутадионға қатысты сақтау керек. Антикоагулянттарды және ұйықтатушы заттарды бір уақытта тағайындағанда бауырлық зат алмасуға нитразепам (радедорм) ең аз әсер көрсетеді. Зат алмасу индукторларын ұзақ уақыт қабылдау

фолий және аскорбин қышқылының, В6 және D дәрумендерінің биотрансформациясы жылдамдауын шақыруы мүмкін, сол арқылы егде жастағы адамдарда макроцитоз, мегалобласттық анемия, гиперхолестеринемия дамуына алып келеді.

Жас ұлғаюымен жүйелі ғана емес, сонымен бірге жүйеліге дейінгі зат алмасу қарқындылығы төмендейді: осы кезде «біріншілік өтуді» жоғары әсерімен дәрілік заттың биожетімділігінің жоғарылауы тән, ол біріншілік пассаж кезінде зат алмасу төмендеуімен негізделген, бұл үрдіс дәрілік зат ішке қабылдағаннан кейін жүйелі қан айналымға өткенге дейін бауырда зат алмасуға ұшырайды. Егде жастағы науқасты емдеу кезінде препараттың мөлшерін дәрінің жүйелі қан тамырға өткенге дейін жүретін элиминациясын есепке алып тағайындау керек. Біріншілік пассаждың зат алмасудың жоғары қарқындылығы лабеталолға, пропранололға, лидокаинге, нитраттарға тән. Егде жаста бауырдың қауіпсіздендіруші қызметінің төмендеуі ағзада қауіпті препараттардың және олардың зат алмасу өнімдерінің жиналуына септеседі. Осының бәрі егде жастағы адамдарда дәрілік интоксикация дамуын жеңілдетеді.

Егде жастағы адамдарда дәрілік заттардың экскрециясы.

Көптеген дәрілік заттар үшін бүйректік экскреция негізгі болып саналады, ал кейбір дәрілер үшін элиминацияның жалғыз жолы. Бүйрек функциясы жас ұлғаюымен айқын аурулары болмаса да төмендейді. Егде жастағы адамдарда дәрілік заттардың бүйрек арқылы шығуы негізінен кортикалды қабаттың атрофиясы, белсенді шумақтар санының төмендеуі, шумақтардың және өзектердің базальды мембранасының гистологиялық өзгерістері нәтижесінде баяулайды. 50 жастан асқаннан кейін артериолонефросклероз орташа жылына 1% бүйрек қызметінің төмендеуіне алып келеді. Сондықтан егде жастағы адамдарда жеңіл бүйрек жетіспеушілігі болады. Бірақ қанайналымда креатиин деңгейі жоғарыламайды, себебі оның өндірілуі бұлшықет салмағының азаюымен пропоциональды төмендейді. Шумақтық фильтрация жылдамдығының төмендеуімен қатар өзектік секреция және реабсорбцияның өзгерістері жүреді. Физиологиялық өзгерістерге егде жаста жиі көрінетін (төмен лақтырыспен көрінетін жүрек жетіспеушілігі, созылмалы пиелонефрит, нефросклероз) патологиялық үрдістермен шақырылтын бүйрек қызметінің төмендеуі қосылады.

Бүйрек қызметінің төмендеуі өзгермеген түрде экскрецияланатын препараттар концентрациясының, белсенді немесе токсикалық метаболиттердің жоғарылауына алып келеді, сонымен бірге дәрілік заттардың кумуляция, артық мөлшерлеу қаупін және жанама әсерлер дамуын туғызатын жартылай шығарылу кезеңі жоғарылайды. Егде жастағы науқастарда терапевтік әсер кеңдігі аз дәрілік заттардың мөлшерін дұрыстау қажет, олар: жүрек гликозидтері (строфантин, коргликон, дигоксин), аминогликозидтік антибиотиктері, цефалоспориндер, диабетке қарсы, аритмияға қарсы, урикозуриялық заттар, клофелин, стероидты емес қабынуға қарсы заттар. Егде жастағы адамдарға жас адамдарға берілетін дәрілік заттың стандартты мөлшерін тағайындау қан сарысуында заттың пропорциональды емес жоғары құрамына алып келеді.

Егде жастағы адамдарда бүйрек жағдайына баға бергенде қан плазмасындағы креатинин деңгейімен креатинин клиренсінің сәйкес болмауын есепке алу керек. Егде жастағы адамдарда бүйрек қызметінің таза функциональды қабілетін бағалау үшін креатинин клиренсін анықтау қажет.

Егде жастағы адамдарды емдеу кезіндегі негізгі мәселе – эффективті терапевтік деңгейді сақтау үшін енгізілетін дәрілік заттың мөлшерін осы дәрілік заттың элиминация төмендеуімен сәйкес келетіндей етіп азайтамыз.

Осымен егде жастағы адамдарда сіңірілуідің, жайылудың, метаболизмі және шығарылуының жас ұлғаюына байланысты өзгерістері және қосымша аурулардан фармакокинетиканың бұзылуы нәтижесінде дәрілік заттың әсері күшеюі мүмкін.

Дәрілік заттардың фармакодинамиксының жасқа байланысты өзгерістері.

Егде жастағы адамдарда дәрілік заттың ағзаға әсерінің анық ерекшеліктері бар. Дәрілерді тіндерге жеткізу жағдайы төмендегенде арнайы рецепторлар саны азаяды, бірақ олардың дәрілер әсеріне сезімталдығы жоғарылайды немесе өзгереді. Осыған байланысты қартайған ағзаның дәрілік зат әсеріне қандай жауап беруін болжау қиындығы түсіндіріледі. Егде жастағы адамдарда дәрінің өзгерген реакциясы дамуына төмен физикалық белсенділік, тағам мен суды аз мөлшерде қабылдау, іш қатуға бейімділік, дәрумен жетіспеушілігі, тіндердің қан айналымының төмендеуі және жүйке жүйесінің қоздырушы үрдістерінің салыстырмалы басым болуы себеп болады.

Орталық жүйке жүйесіне әсер ететін дәрілер қанда қалыпты концентрацияда күтпеген күшті әсер көрсетеді, ал седативті және ұйықтатушы дәрілер ұзағырақ әсер көрсетеді. Егде жастағы адамдара олар көбінесе тыныс алу қызметін тежейді, аллергия және кома шақыруы мүмкін. Барбитураттар жиі сана қараңғытуын, парадоксальды қозуды, зәр шығарудың баяулауын шақыруы мүмкін. Барбитураттардың тырысуға қарсы әсері аз көрінеді. Егде жастағы адамдарда сана қараңғытумен бірге ұзақ седативті әсер беретін, экстрапирамидті симтомдармен, ортостатикалық гипотензиямен және зәр шығарудың баяулауымен көрініс беретін нейролептиктерге, транквилизаторларға, антидепрессанттарға сезімталдығы жоғарылайды. Егде жастағы адамдардың жүрек-қан тамыр жүйесіндегі өзгерістер вазодилататорларға, гипотензивті заттарға, диуретиктерге сезімталдығының жоғарылауына алып келеді. Ортостатикалық реакция дамуына жүрек лақтырысының және тамы серпімділігінің төмендеуі, миокардтың β-адренорецепторларының катехоламиндердің ынталандырушы әсеріне сезімталдығының төмндеуі, гипотензияға жауап ретінде барорецепторлы реттеудің бұзылуы жағдай жасайды.

Жас адамдармен салыстырғанда егде жаста нитраттарды және новокаинамидтерді қабылдау АҚ анық төмендеуіне және ми қан айналымының мүмкін бұзылуымен бірге жүреді. Сонымен бірге қартайған ағзаға адреналин, эфедрин және басқа да симпатомиметиктер әлсіз әсер етеді. Атропин және платифиллин жүрек жиырылу жиілігіне әлсіз әсер көрсетеді және төмен спазмолитикалық әсер көрсетеді. β-блокаторлардың гипотензивті әсері төмендеген, ал оларды қолдану кезінде жанама әсер көп болады. Антикоагулянтарға сезімталдық жоғарылауы анықталды. Гормональды заттарға жоғары тұрақтылық анықталады.

Фармакокинетика және фармакодинамиканың гериатриялық қарастырылған ерекшеліктері дәрілік заттарды қолдану кезінде токсикалық және жанама әсердің даму қаупінің айқын жоғарылауына алып келеді.

Егде жаста дәрілік заттардың мөлшері.

60 жастан асқан адамдарға орталық жүйке жүйесін тежейтін, жүрек гликозидтерін және зәр айдаушы заттарды қолданғанда препараттың ½ дейін төмендетеді. Басқа күшті әсер көрсететін заттарға жас адамдарға тағайындалатын мөлшердің 2/3 құрайды. Терапевтік әсер мөлшерді баяу жоғарылату жолымен минимальды дәрілік арқылы жолымен жетіледі. Терапевтік әсерге жеткенде мөлшерді төмендетеді.

Гериатрияда дәрілік заттарды мөлшерлеуде бірдей әдістер жоқ, сондықтан нақты дәрілік топтың фармакокинетика және фармакодинамика ерекшеліктеріне мән береміз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ
1 Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология: Избранные лекции. - М.: Медицинское информационное агенство, 2009. – 256 с.
2 Белоусов Ю.Б., Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Вялков А.И. и др. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: руководство для практикующих врачей. - М.: Бионика, 2012. – 368 с.
3 Дворецкий Л.И. Пожилой больной. - М.: Русский Врач, 2011. – 144 с.
4 Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. Руководство по геронтологии и гериатрии: в IV. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т.3. – 896 с.
5 Холодов Л.Е., Яковлев В.П. Возрастные особенности фармакокинетики. Фармакокинетика у лиц пожилого возраста. Клиническая фармакокинетика. - М.: Медицина, 2005. – 464 с.

Қ. ҚҰНАНБАЙ
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Клиникалық фармакология, ЕДШ және физиотерапия кафедрасы

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ ДӘРІЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ НЕГІЗІ

Түйін: Егде және қарт жастағы науқастардың еміне кірісе отырып, дәрігер фармакотерапияның эффективтілігіне қартаю үрдісінде орын алатын физиологиялық және патологиялық әсері туралы нақты білу керек. Мақалада фармакокинетика және фармакодинамиканың жасқа байланысты өзгерістері туралы қазіргі заманғы мәліметтер және егде және қарт жаста дәрілік заттарды мөлшерлеу қағидалары көрсетілген.
Түйінді сөздер: Қарт адамдарға дәрілік заттардың мөлшерлеу ,фармакокинетика және фармакодинамика, жанама әсері болжау.

K. CKUNANBAI
Kazakh National Medical Univercity named after S.D.Asfendiyarov

FOUNDATIONS OF DRUG THERAPY IN ELDERLY AND SENILE AGE

Resume: Getting to drug therapy of patients in elderly and senile age, the doctor should have a clear idea of the impact of physiological and pathological changes that occur with aging, the effectiveness of pharmacotherapy. In lecture presented current data on age changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics and the principles of dosage in elderly and senile age.
Keywords: elderly and senile age, pharmacokinetics and pharmacodynamics, the principles of dosage.

УДК 615.1:65.9(2Рос)

К.С. ЖАКИПБЕКОВ[1], И.Е. КАУХОВА[2], У.М. ДАТХАЕВ[1], З.Б. САКИПОВА[1], Э.А. СЕРИКБАЕВА[1]
[1]Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан
[2]Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, г. Санкт-Петербург, Россия

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ИНЖЕНЕРНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ФАРМАЦИИ

Основным приоритетным направлением государственной политики Республики Казахстан в области лекарственного обеспечения населения является наличие на фармацевтическом рынке доступных, эффективных и качественных лекарственных средств. Поскольку строительство новых фармацевтических предприятий является мегапроектом регионального уровня, для определения и оценки различных вариантов развития фармацевтических производств, необходимо проведение фармацевтического инжиниринга. Учитывая вышеизложенные, в данной статье рассмотрены основные аспекты инжинирингового управления в рамках инфраструктуры поднадзорных компании, занимающей деятельностью по проектированию.
Ключевые слова: *фармация, менеджмент, инжиниринг.*

Основным приоритетным направлением государственной политики Республики Казахстан в области лекарственного обеспечения населения является наличие на фармацевтическом рынке доступных, эффективных и качественных лекарственных средств.

Современное казахстанское фармацевтическое производство формировалось в результате приватизации производственных активов. Это привело к довольно хаотичному производству на избыточных мощностях узкого ассортимента продукции.

Потребность в лекарственных препаратах в Казахстане только на 10% обеспечивается за счет внутреннего рынка. Согласно осуществляемой по поручению Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева Государственной программы по форсированному индустриально-инновационному развитию РК на 2010-2014 годы фармацевтическая отрасль определена одной из приоритетных. Обозначена цель – достижение к 2014 году 50% уровня удовлетворения потребностей страны в лекарственных препаратах в натуральном выражении за счет отечественного производства. Одним из задач государственной программы является строительство новых фармацевтических предприятий в рамках реализации инвестиционных проектов.

Поскольку строительство новых фармацевтических предприятий является мегапроектом регионального уровня, для определения и оценки различных вариантов развития фармацевтических производств, необходимо проведение фармацевтического инжиниринга.

Реальное использование сравнительно новой для Стран СНГ концепции инжинирингового управления (Проектный

инжиниринг, Project Engineering) началось около 15 лет назад в условиях реформирования экономики этих стран [1]. Методы, принятые в новой концепции, стали применяться в различных отраслях промышленности. Можно говорить об их массовом применении в инвестиционных проектах и различных программах с иностранным участием, а также широком использовании в кредитно-финансовой сфере [2]. Практика использования процесса инженерного управления доказала ее высокую эффективность и, соответственно, создала реальную потребность в значительном числе специалистов нового профиля – проект-менеджеров (руководителей проектов) высокой квалификации [3].

Применение концепции инженерного управления, безусловно, целесообразно в проектах, связанных с коммуникационными, электронными, строительными, фармацевтическими и некоторыми другими технологиями, что обусловлено присущей указанным отраслям особой динамикой. Их развитию сопутствует рост размеров и сложности организаций или предприятий, осуществляющих указанные проекты [4].

Учитывая вышесказанные, мы рассмотрели процесс инжинирингового управления в рамках инфраструктуры поднадзорных компаний, занимающихся деятельностью по проектированию.

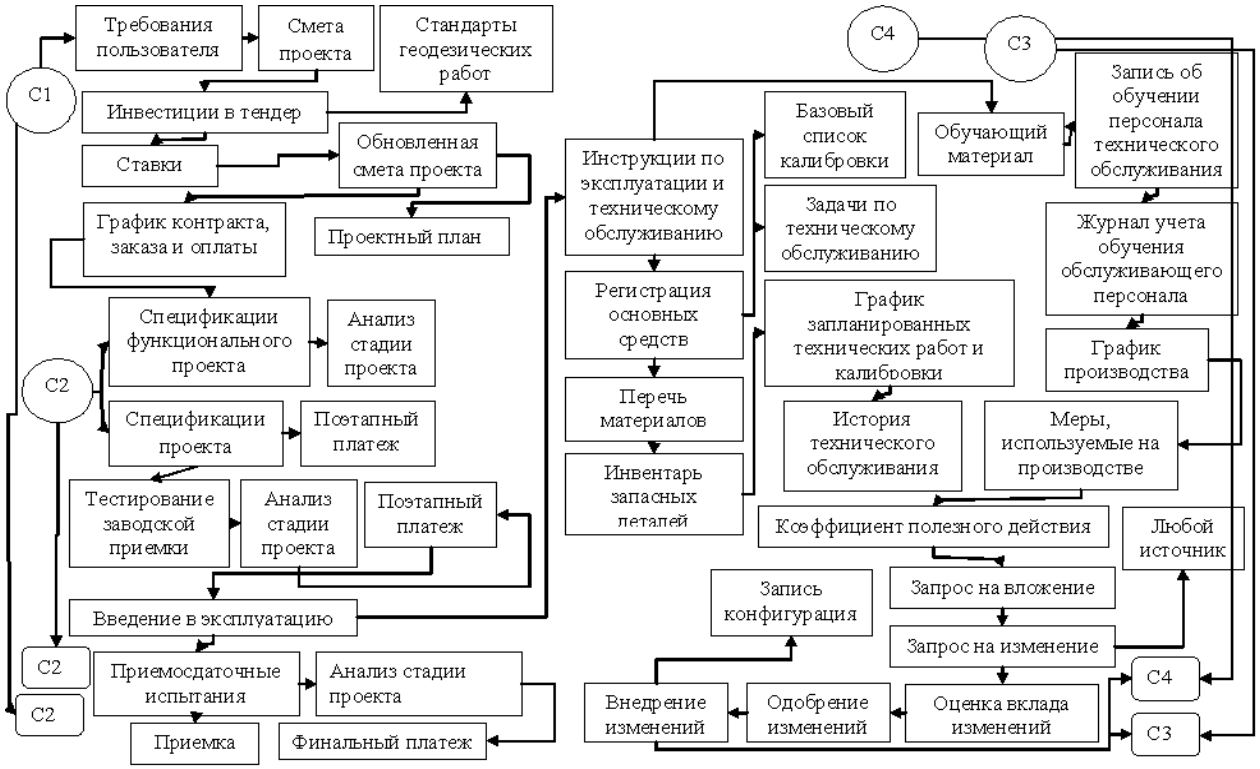


Рисунок 1 – Основные аспекты инженерного управления [5]

На данном рисунке показан пример процесса управления спецификациями, покупками и проектами, а также введение в эксплуатацию, принятие, техническая поддержка и использование функционального оборудования.

Каждый прямоугольник в диаграмме представляет задокументированное действие. Он группирует эти действия в столбики. Слева направо эти столбики:

– спецификации и тестирование;
– финансовый и контрактный контроль;
– управление проектом и анализ проекта;
– регистрация основных средств инжиниринга и рекомендованное хранение запасных деталей;
– калибровка и график технической поддержки и задания;
– обучение и использование в коммерческих целях.

При этом поддерживающими действиями выступают два последних пункта:

– история обслуживания;
– меры изготовления.

Информация об этих двух деятельностях постоянно отражается в анализе ключевого индикатора производительности. Результаты анализа ключевого индикатора производительности создают запросы на улучшение.

Запросы на улучшение, как и любые другие запросы об изменении, снабжают процесс управления изменениями. Каждое изменение оценивается на вклад по:

– требованиям спецификаций на этапе осуществления проекта;
– спецификации конструкции на этапе осуществления проекта;
– затратам/времени на этапе осуществления проекта;
– технической поддержке и использованию основных средств.

Изменение может иметь одно или больше влияний. Диаграмма показывает моменты в процессе, где эти вклады имели эффект. Как только влияние изменения было оценено, принимается решение о подтверждение или об отказе от внесения изменении.

Осуществленные изменения влияют на форму записей, предназначенных для учета активов. Данные записи ведется для обозначения пути аудиторской проверки изменения в соответствии с вкладом.

Диаграмма не показывает конкретно деятельность по оценке рисков. Вместо этого она показывает, используя серые прямоугольники, задокументированные действия в процессе, который может потребовать улучшения как результат критической оценки или оценки рисков.

Таким образом, нами рассмотрены основные аспекты инжинирингового управления в рамках инфраструктуры поднадзорных компании, занимающей деятельностью по проектированию в фармации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Беляев С.Г. Организационно-экономический инструментарий для управления проектами: современное состояние и задачи развития // ВЕСТНИК ЮРГТУ (НПИ). – 2009. – №1. – С. 35-42.
2 Grime J. P.Plant strategies and vegetation processes. – Chichester: W and S, 1979. - 222 p.
3 Martin J.Enterprise Engineering // The Key to Corporate Survival. - UK: Savant Institute, 1994. - V.1. – P. 24-26.
4 Roberts E.B. Entrepreneurs in High Technology: Lessons from MIT and Beyond // Oxford University Press. - New York: 1991. - P. 124-159.
5 ISPE Good Practice Guide: Good Engineering Practice. – ISPE, 2008. https://www.ispe.org/gamp-guides/good-engineering-practice-table-of-contents.pdf.

К.С. ЖАКИПБЕКОВ, И.Е. КАУХОВА, У.М. ДАТХАЕВ,
З.Б. САКИПОВА, Э.А. СЕРИКБАЕВА

ФАРМАЦИЯДАҒЫ ИНЖЕНЕРЛІК МЕНЕДЖМЕНТТІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Қазақстан Республикасының тұрғындарды дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету саласына бағытталған мемлекеттік саясаттың негізгі алғышартты бағыты болып, фармацевтикалық нарықта қолжетімді, тиімді және сапалы дәрілік заттардың бар болуы саналады. Жаңа фармацевтикалық кәсіпорындардың құрылысын салу аймақтық деңгейдегі мегажоба болғандықтан, фармацевтикалық өндірісті дамытудың алуан сұлбаларын анықтау мен бағалау үшін фармацевтикалық инжинирингты жүргізу қажет№ Жоғарыда аталғандарды ескере отырып, бұл мақалада жобалау қызметімен айналысатын тиесілі компанияның инфрақұрылым аясында инжинирингтік басқарудың негізгі аспектілері қарастырылған.
Түйінді сөздер: фармация, менеджмент, инжиниринг.

K.S. ZHAKIPBEKOV, I.E. KAUKHOVA, U.M. DATKHAYEV,
Z.B. SAKIPOVA, E.A. SERIKBAYEVA

BASIC ASPECTS ENGINEERING MANAGEMENT IN PHARMACY

Resume: The main priority of the state policy of the Republic of Kazakhstan in the field of drug supply of the population is the presence in the pharmaceutical market of affordable, effective and quality medicines. Since the construction of new pharmaceutical companies is a mega-project at the regional level, to identify and assess the various options for the development of pharmaceutical industries, it is necessary to conduct pharmaceutical engineering. This article discusses the main aspects of engineering management within the supervised infrastructure companies engaged in designing activities.
Keywords: pharmacy g, management, engineering.

УДК 552.576.12-012:633.18-078.

С.Е. КЕЛІМХАНОВА, С.Ш. КУППАНОВА, Л.Г. САТАЕВА
С.Ж. Асфендиаров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

КСИЛИТ ӨНДІРУ ҮШІН КҮРІШ ҚАЛДЫҚТАРЫН ШИКІЗАТ РЕТІНДЕ ҚОЛДАНУ ЖОЛДАРЫН ЗЕРТТЕУ

Қазақстан Республикасының бүгінгі күнгі экономикалық қарқынды даму жағдайында бәсекеге қабілетті 30 елдің қатарына кіру стратегиясында ел экономикасының күре тамыры болып табылатын ауылшаруашылық өнімдерін өндіруді жан-жақты дамытуға аса көңіл бөлу қажет екенін ҚР Президенті Н.Ә. Назарбаев Қазақстан халқына жолдауында атап көрсеткен болатын. Осы бағытта Қызылорда облысының да аймақтық-индустриалдық инновациялық даму бағыттары анықталған, аймақта күріш кластерін дамытуға мемлекет тарапынан қолға алынып отыр.
Түйінді сөздер: *кислит алу, күріш қалдығы, күріш өңдеу технологиясы*

Егістік көлемі бойынша дүние жүзінде күріш бидайдан кейінгі екінші орында. Қызылорда облысы жағдайында табиғи байлығымыз болып есептелетін күріш өндірісінің қалдықтарын тиімді пайдалану мәселесі әлі толық шешілмеген мәселе. Күріш өңдейтін зауыттарда жылына 50 мың тонна күріш қалдығы қоқыс ретінде шығарылады және өртелінеді, ауада газды және улы заттар түзіп, бұл ауданда экологиялық проблемалар туындатады. Егер күріш ақтайтын зауыттың қасынан сол күріш қалдықтарын өңдейтін зауыт ашылса, пайдалы өнімдер алуға болады. Сол өнімдердің бірі – ксилит. [2]

Ксилит фармацевтика, медицина және тағам өнеркәсібінде қанттың орнына пайдаланылатын өнім болып табылады. Ксилит бактерицидті қасиет көрсетеді, асқазан шырынын және өтті ұлғайтады, бір адам күніне ксилиттің 30 г тамақтануы нормаға сай жоғары калориялы азық .

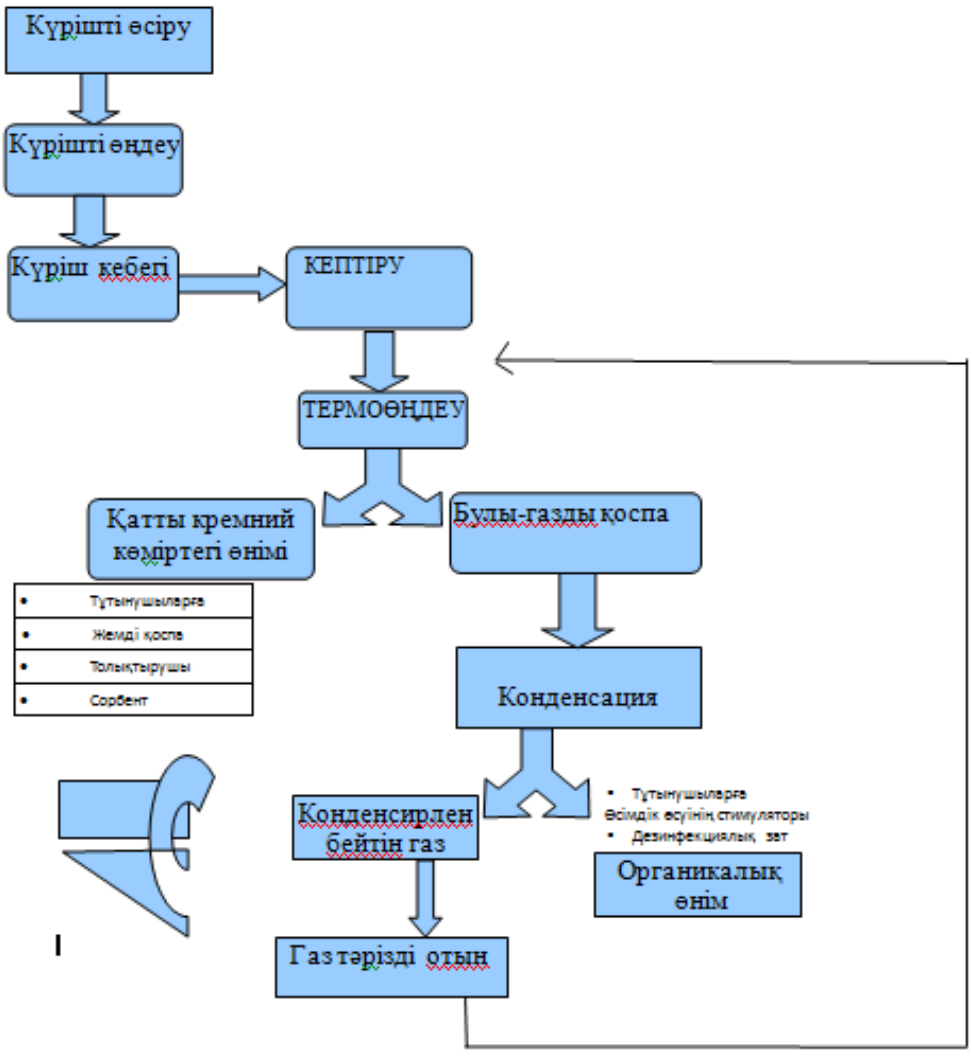
Ғылыми-зерттеу жұмысының мақсаты: Күріш кебегінен адам денсаулығына пайдалы, тиімді және экологиялық таза өнім – ксилит өндіру мүмкіншілігін анықтау. Ксилиттің тиімді өндіру технологиясын енгізіп, қант диабетімен және семіздікпен ауыратын ауруларға арнайы диета ретінде пайдалану.

Құрамында пентозан бар шикізаттан жаңа эффективті комплексті технология арқылы жоғары сапалы ксилит алу маңызды ғылыми-техникалық проблема болып табылады. Оның шешімі тек ғылыми және техникалық қана емес, сонымен қатар экономикалық және әлеуметтік мағынаға ие

Материалдар мен әдістер: Ксилит – жоғары сапалы, түссіз болып келетін химиялық зат, көп атомды спирттердің өкілі. Молекулалық массасы 152,15. Қайнау температурасы 215-217°С. Оптикалық белсенді емес. Су, метил және этил спирттерінде, сірке қышқылында жақсы ериді, ал эфирлерде, көмірсутектерде, пропил және бутил спирттерінде мүлдем ерімейді. Калориясы 4,06 ккал/г.

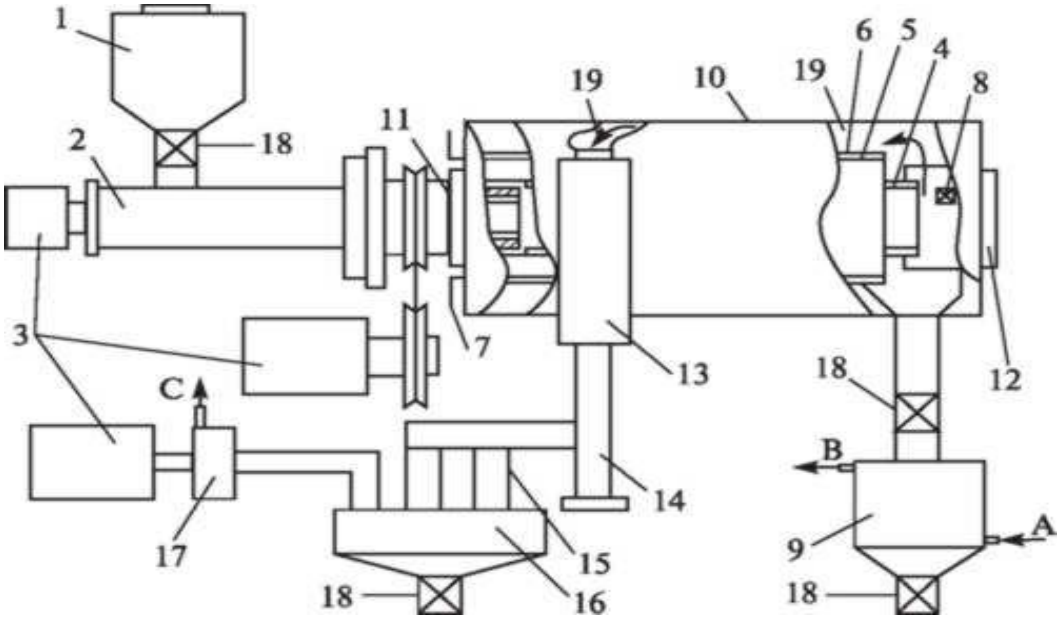
Күріш кебегінің құрамында құнды компоненттер 15% кремний, 80% органикалық заттар, 5% микроэлементтер бар. Күріш кебегінің 1 тоннасынан 80 кг ксилит өндіруге

болады. Ксилит қанттан 3 есеге қымбат, энергетикалық қанттың орнында (қант алмастырғыш) жүретін өнім. [3]
Соңғы кезде ксилитті кең қолданатын тұтынушылар көбеюде, өйткені оның сұранысы жоғары болып келеді.
Ксилиттің артықшылығы:
3. бактерицидтік қасиетке ие.
4. денсаулыққа зияны жоқ;
5. ағзаға тез және толық сіңеді;
6. қанның құрамындағы қант мөлшеріне әсер етпейді;
7. улы емес;
8. ішектің, асқазан сөлінің, ағзадағы алмасу процестеріне әсер етпейді;
9. өт айдағыш ретінде қолданады;
10. тіс жиегінің (кариес) алдын алады;
11. ағзаның физиологиялық қасиеттерін қалпына келтіреді;
Ең алғаш рет күріш қалдығын 1947 жылы АҚШ-та қолдануды бастаған. Шет елдерде ксилит өндіретін әйгілі зауыттар Ресейде, Үндістанда, Германияда және Жапонияда орналасқан. Бүгінгі күнде ксилит өндірісінде алда тұрған өнеркәсіп - Финляндиядағы «Култор-Ксирофин» корпорациясы және Ресейдегі «КсилемаБалтФарм» компаниясы.
Зерттеу кезеңдері мен процедурасы: Кристалды ксилит алу – көп сатылы өте күрделі процесс. Күріш кебегінде пентоздардың (ксилан) мөлшері жоғары, ал минералды және органикалық қоспалары аз мөлшерде болғандықтан күріш қалдықтарын ксилозан алудың шикізаты ретінде қолданылады. Финляндиядағы «КултторКсирофин» компаниясының қолданып отырған технологиясы ксилит өндіруде өте тиімді екені дәлелденген. Оның дәлелі бұл технологияны Қытай, Бразилия, Болгария елдерінің кеңінен қолдануы.



Тәжірибелік бөлім: 3-5 % ылғалдылыққа дейін кептірілген шикізатты 600–650 °С температурада 30 мин бойы термоөңдеуішке салады. Қатты кремнилі өнім үзіліссіз қабылдағыш бункерге түсіріледі. Булы -газды қоспаны сұйық органикалық өнім алуға дейін конденсирлейді. Конденсирленбеген газдар шикізатты кептіру кезеңінде отын ретінде қолданылады .
Тәжірибеге ұсынылған технологияны мақұлдау және процесс параметрлерін таңдауда 300 кг/күніне күріш кебегі тәжірибелі қондырғылар қолданылды. Келесі аппараттартар:
1) Күріш кебегін кептіретін аппарат ;
2) Айналатын реакторы бар трубкалы пеш;
3) шикізатты жүктейтін 2-шлюзді узел ;
4) қатты өнімді жүктейтін шлюзді узел ;
5) Газ айдағыш;
6) Су айналмалы насос;
7) қалдық газдарды конденсациялау жүйесі;
8) Жүктелеген бункерлерді сулы суыту жүйесі;

9) вентиляция жүйесі;
10) өлшемді-бақылау құрылғылары;
11) қыздыру қуатының көзі.



1 — жүктемелі бункер (2 .); 2 — шнекті қуаттандырғыш; 3 — электроқозғалтқыштар; 4 — айналдыратын реактор; 5 — қыздыратын элемент; 6 — қыздыратын элементтің қаптамасы; 7 — ток жеткізуші; 8 — температура реттейтін датчик ; 9 — кремний-көміртегі өнімінің су суытатын қабылдағыш бункер (2 шт.); 10 — пеш корпусы ; 11 — алдыңғы сүйеніш мойынтірегі 12 — артқы сүйеніш мойынтірегі ; 13 — форконденсатор; 14 — смола жинағы; 15 — конденсатор; 16 — конденсат жинағы; 17 — су айналмалы насос; 18 — шлюзді клапан; 19 — реактордан булы-газ қоспасының шығуы; А — Суық су беру; В — Суық судың шығуы; С — конденсирленбеген газдардың шығуы

Күріш кебегін ыстық ауамен ылғалдылығы 3–5 % болғанша кептіреді және 1,0 м^3 көлемдегі екі бункерге (дозатор қызметін атқаратын бекітпесі бар) себеді. Жүктелген жүйе герметикалы. Күріш кебегі үзіліссіз (біреуінен және қалған жүктемелі бункерлер кезекпен) ашық бекітпе арқылы шнекке келіп түседі және кейін реакторға жіберіледі. Ұзындығы 3м және диаметрі 0,3м реактор вакуум аппаратының талаптарына сәйкес тот баспайтын болаттан жасалған, екі жағы мойынтірекпен бекітілген және айналатын (3–5 айн./мин) тартпамен жабдықталған. Реактор әрқайсысы ұзындығы 0,75 м екі ажырайтын секциядан тұратын түтікшелі кедергі пеште орналастырылған. Пеш 3–5° көкжиекте орнатылған. Реакторда күріш кебегі 30 мин бойы 600–650 °С температурада және газ жіберетін су айналмалы насос жолымен бекітілген атмосфералық қысымда термореттегішке салады.Реакторды айналдыруды күріш кебегін араластыру және біркелкі қыздыру арқылы жүзеге асырады. Пеш еңкейінкіреп орналасқандықтан пеш есебінен қатты өнім үзіліссіз жүктемелі құрылғыға жіберіледі және бекітпе арқылы кезектесіп екі көлемге суытылған су құйылады, әрқайсысының көлемі 0,3 м^3, 50–60 °С -қа дейін суытады. Құрамында 52 % көміртегі болғандықтан, өздігінен тұтануы болмас үшін суытады. Қабылдағыш бункер жарылғыш клапандармен және ауа ағымына арналған штуцермен жабдықталған. Узел вакуум аппартының талаптарына сәйкес жасалған. Булы-газ қоспасы газайдағыш арқылы шығарылады және форконденсаторы мен конденсаторы бар конденсациялық жүйеге жіберіледі. Конденсат ары қарай периодты түрде тараға құйятын сұйық өнімдер жинағына құйылады. Конденсирленбеген газдар отын ретінде және кептіретін кезінде қыздырыру үшін қолданылады. [4]

Кесте 1 - Күріш кебегін термоөңдеудегі процестің технологиялық параметрлері

Стадия	Параметр		Өлшемі
Кептіру	Температура, °С		100 ± 5
	Ұзақтығы, мин		60
Термореттеу	Температура, °С		600–650
	Ұзақтығы, мин		30
	Қысым, кПа		101,3
	Газды қоспа кезіндегі қысым, атм		1
Қатты өнімді суыту	Температураға дейін, °С		50–60
Газды қоспа конденсациясы	форконденсаторда	Температура, °С	300–350
	конденсаторда		20–40

Зерттеу жаңалығы: күріш қалдықтарынан экологиялық таза және пайдалы өнім – ксилит өндіруді Қазақстан Республикасы Қызылорда облысы үшін ұсынуы зерттеу жұмысының жаңалығы болып табылады.
Жұмыс нәтижелері мен қорытынды: Ксилит өндірісі – арзан да , экологиялық және экономикалық жағынан тиімді өнімдердің бірі, оны өндіру үшін күріш қалдықтарын шикізат ретінде қолдануы химия өндірісінің пайда болуына алып келеді. Ксилит алу мүмкіншілігін зерттей келе, күріш өндірісі қалдығынан ксилитті өндіру жағдайы, барысы, бүгінгі күні пайдалану салаларын талдай келе, күріш кебегінің химиялық құрамына сүйене отырып, Қызылорда облысы жағдайында одан ксилит алу мүмкіншілігі бар деп есептеуге болады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Жайлыбай К.Н. Күріш егіншілігі және экология. – Алматы: 2006. – 308 б.
2 Қазақстан күріші: ізденіс, тәжірибе, проблема. – Астана: 2003. – 183 б.
3 Алешин Е.П., Алешин Н.Е. Рис. – М.: 1993. – 256 с.
4 Шарков В.И., Куйбина Н.И., «Химиялық гемицеллюлоза». – М.: 1972. - 212 б.
5 Корольков И.И. «Технология гидролизных производств». – М.: 1973. – 188 с.
6 Сапотницкий Е.С., «Перколяционный гидролиз растительного сырья». - М.: 1978. – 322 с.
7 Істаев Ә., Отыншиев Б. «Астықтану және диқаншылық негіздері». – Алматы: Қайнар, 1994. – 336 б.
8 «Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаев «Қазақстан халқына жолдауы». – Астана: Елорда, 2006. – 251 б.

С.Е. КЕЛІМХАНОВА, С.Ш. КУППАНОВА, Л.Г. САТАЕВА
ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РИСОВОЙ ШЕЛУХИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КСИЛИТА

Резюме: В данной статье рассмотрены методы получения ксилита из отходов рисовой шелухи, для Кзылординской области - это очень дешевый и выгодный, как с экономической так и с экологической стороны продукт производства.
Ксилит находит широкое применение в фармацевтике, медицине и как продукт питания, так как оказывает бактерицидное действие, способствует повышению желудочного секрета и оттоку желчи и восстанавливает нарушенный обмен веществ.
Ключевые слова: получение ксилита,отходы риса, технология обработки рисовой шелухи.

S.E. KELIMHANOVA, S.SH. KUPPANOVA, L.G. SATAEVA
RESEARCH OF METHODS OF THE USE OF RICE HUSK FOR THE RECEIPT OF XYLITOL

Resume: In this article the methods of receipt of xylitol are considered from wastes of rice husk, for the Kyzylordinskoy area - it very cheap and advantageous, as with economic so from an ecological side product of production.
Xylitol finds a wideuse in pharmaceutics, to medicine and as food stuff, because renders a bactericidal action, assists the increase of gastric secret and outflow of bile and restores the broken metabolism.
Keywords: receipt of xylitol, wastes of rice, technology of treatment of rice husk.

УДК: 616-089. 5-031. 84: 547. 298.4

Г.М. ПИЧХАДЗЕ, И.И. КИМ, К. У. ЕСЕТОВА, Д.М. КАДЫРОВА, Г.С. МУХАМЕДЖАНОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Кафедра фармакологии

МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОСТРАЯ ТОКСИЧНОСТЬ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА

Изучены острая токсичность и местноанестезирующая активность при поверхностной анестезии вновь синтезированных производных пиперидина. Соединения не оказали эффекта при поверхностной анестезии. Наименее токсичным оказалось соединение под шифром МАВ – 174.
***Ключевые слова**: местная анестезия, острая токсичность, поверхностная анестезия*

Известно, что наиболее частой проблемой, с которой сталкивается врач любого профиля, это устранение и профилактика болевого синдрома. Одним из путей решения этой проблемы является общее обезболивание, но при его использовании возможны серьезные осложнения и побочные эффекты. Все это во многих случаях препятствует применению общей анестезии в клинике, особенно в поликлинических условиях, где большинство амбулаторных операций и болезненных манипуляций проводится под местной анестезией. Местное обезболивание остается высокоэффективным и надежным способом борьбы с болевым синдромом. Кроме того, местная анестезия позволяет оказать скорую помощь и уменьшить время пребывания больного в стационаре [1].

Методическая простота и доступности выполнения в самых примитивных условиях способствует широкому распространению местной анестезии при оперативных вмешательствах на месте происшествия, особенно при массовом потоке пострадавших в экстремальных условиях. Кроме того, применение местных анестетиков в какой-то мере позволит избежать многих побочных эффектов, характерных для анальгетиков, в частности лекарственной зависимости. Это, несомненно, сыграет положительную роль в решении такой социальной проблемы, как наркомания [2].
Несмотря на определенные достижения отечественных и зарубежных фармакологов, химиков и клиницистов в области создания местноанестезирующих лекарственных

средств, многие традиционные и современные местные анестетики не лишены побочных эффектов, явлений непереносимости, а нередко обладают низкой активностью при поверхностной анестезии [3].

Поэтому, одной из важнейших задач фармакологии по-прежнему является поиск и изучение новых более эффективных и менее токсичных веществ, оказывающих местноанестезирующее действие.

Среди органических соединений, которые можно использовать для синтеза местных анестетиков, большой интерес представляют производные пиперидина. Они являются продуктами восстановления пиредина и обладают низкой токсичностью. Налаженный синтез производных пиперидина облегчает проблему сырья и промышленной технологии для получения соединений этого ряда, среди которых выявлены соединения с высокой местноанестезирующей активностью [4,5].

Целью данного исследования явилось изучение местноанестезирующей активности при терминальной анестезии и острой токсичности вновь синтезированных производных пиперидина.

Материалы и методы исследования

Для экспериментального изучения специфической местноанестезирующей активности и острой токсичности вновь синтезированных соединений (под лабораторными шифрами МАВ – 161, МАВ – 166, МАВ– 167, МАВ– 169, МАВ– 170, МАВ– 172, МАВ– 174, МАВ– 175 нами были использованы методы первичного скрининга, рекомендованные Фармакологическим комитетом РК [6,7].

Модель поверхностной анестезии. Метод Ренье-Сетникара.

В опытах были использованы ненаркотизированные кролики-самцы массой 2,0- 2,5 кг. Определялся порог чувствительности роговицы глаза кролика к тактильному воздействию. Раствор исследуемого вещества в объеме 0,2 мл (4 капли) инсталлировали в конъюнктивальный мешок глаза кролика в 2 раза с интервалом в 1 минуту.Первое определение поверхностной анестезии проводили на 3 минуте и повторяли через определенные промежутки времени (всего 13 определений). Каждый раз отмечали минимальное число прикосновений одинаковой силы и ритма вызывающее смыкание век.Каждую концентрацию вещества проверяли 8 раз. Определялась сила анестезии, выраженная в индексах Ренье (максимальный индекс - 1300), длительность полной анестезии и общая продолжительность анестезирующего эффекта.

Активность испытуемых соединений сравнивалась с эталонным анестетиком дикаином. Одновременно с выявлением местноанестезирующих свойств определялось раздражающее действие исследуемых соединений на ткани глаза кролика.

Методы определения острой токсичности.

Острая токсичность определялась при однократном подкожном введении соединений и эталонных препаратов мышам. В эксперимент брали белых беспородных мышей массой 17,0 - 22,0 г, разделенных на сериипо 6 животных в каждой испытуемой группе. Животные находились на стандартной диете в условиях вивария университета (предварительный карантин составлял 14 дней). Фиксировался характер внешних симптомов отравления, скорость их наступления, выраженность скорости регрессии и смертность. За животными, не погибшими в первые 24 часа, устанавливалось наблюдение до полного восстановления поведения и аппетита. Степень токсичности соединений и эталонных препаратов определяли по показателю ($ЛД_{50}$), котораярассчитывалась по методу БеренсаРезультаты исследований статистически обработаны по общеизвестной методике.

Сравнение активности испытуемых соединений с эталонным анестетиком проводилось по индексам Ренье, длительности полной анестезии и общей продолжительности действия.

Изученные соединения испытывались в 1% растворах.

Результаты изучения терминальной анестезии вновь синтезированных производных пиперидина показали, что все изученные соединения вызывали мало выраженную анестезию, которая, как по силе действия (индекс Ренье – 13-20), так и по продолжительности местноанестезирующего эффекта значительно уступала дикаину. Все испытуемые соединения не вызывали полной анестезии, а общая продолжительность их действия составляла в среднем 5-10 мин. и оказывали умеренное раздражающее действие.

Результаты исследований и вычисленные из опытов данные средней смертельной дозы – $ЛД_{50}$ со стандартной средней арифметической ошибкой представлены в таблице 1.

Таблице 1.

№	Соединение	$ЛД_{50}$ (мг/кг)	Стандартная средняя арифметическая ошибка
1.	МАВ 161	>1000	
2.	МАВ 166	175,8	19,6
3.	МАВ 167	225	19,6
4.	МАВ 169	>1000	
5.	МАВ 170	550	23,45
6.	МАВ 172	212,5	9,63
7.	МАВ 174	325	19,6
8.	МАВ 175	245	19,3
9.	Тримекаин	375,0	3,1
10.	Лидокаин	248,6	18,4
11.	Новокаин	480,0	1,0
12.	Дикаин	41,5	1,0

Результаты опытов показали, что соединение под шифром МАВ - 174 по токсичности приближается к тримекаину и менее токсично, чем дикаин и лидокаин. Токсичность соединений МАВ -167 и МАВ - 175 соответствует лидокаину и меньше, чем у дикаина. Наименее токсичными оказались соединения МАВ - 161 и МАВ - 169 (плохо растворимые в воде), которые вводились в виде взвесей. $ЛД_{50}$ их превышает 1000 мг/кг. МАВ - 170 по токсичности соответствует токсичности новокаина. Наиболее токсичными оказались соединения МАВ – 166, а$ЛД_{50}$соединения МАВ – 172 приближалось к $ЛД_{50}$лидокаина. Таким образом, можно заключить, что все испытанные соединения оказались мало активными при поверхностной анестезии и оказывали умеренно раздражающее действие на роговицу глаза кроликов. Наибольший интерес представляет МАВ – 174, который по токсичности оказался менее токсичным, чем лидокаин и дикаин, и приближался к тримекаину.Острая токсичность большинства изученных

соединений, кроме плохо растворимых, приближалась к лидокаину.

В связи с чем, представляется интересным изучение специфической местноанестезирующей активности большинства из них.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Стягайло С.В. Эффективность местной анестезии современными анестетиками при лечении пульпита и кариеса // Клиническая медицина. Вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения. - Алматы, 2007. - С. 373-380.
2 Каттерал У. Местные анестетики // Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. - М.: 2006. - С. 291 - 306.
3 Фесенко,В.С. Интоксикация местными анестетиками: старая опасность, современные мифы, новые препараты и «серебряная пуля» // Клинические вопросы. – 2008. –№ 4(17). – С. 135-142.
4 Пралиев К.Ж., Пичхадзе Г.М., Кадырова Д.М., Насырова С.Р. и др. Итоги и перспективы фармакологического изучения производных пиперидина в качестве мембраностабилизирующих средств // Вестник. - 2006. - №1. - С.251-255.
5 Насырова С.Р., Имашова Ш.О. Изыскание новых местноанестезирующих средств среди вновь синтезированных производных пиперидина //Сб. тезисов респуб. Науч. Конф., посвящ. 50-летию Западно-Казахстанской государственной медицинской академии им. М. Оспанова. – Актобе: 2007. - С. 25.
6 Кузденбаева Р.С., Рахимов К.Д., Шин С.Н. Доклиническое изучение местноанестезирующей активности новых биологических веществ // Методическое пособие для фармакологов. – Алматы: 2000. – 28 с.
7 Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М.: 2005. – 832 с.

Г.М. ПИЧХАДЗЕ, И.И. КИМ, К. У. ЕСЕТОВА, Д.М. КАДЫРОВА, Г.С. МУХАМЕДЖАНОВА

Қазақ Ұлттық медицина Университеті им. С.Д.Асфендиярова

Фармакология кафедрасы

ЖАҢАДАН СИНТЕЗДЕЛГЕН ПИПЕРИДИН ТУЫНДЫЛАРЫНЫҢ БЕТКЕЙЛІК АНЕСТЕЗИЯДАҒЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРАТЫН БЕЛСЕНДІЛІГІ МЕН ЖЕДЕЛ УЫТТЫЛЫҒЫ

Түйін: жаңадан синтезделген пиперидин туындыларының жедел уыттылығы мен жергілікті жансыздандыратын белсенділігі беткейлік анестезияда зерттелген. Қосылыстар беткейлік анестезияда әсер көрсеткен жоқ. ЖЖЗ-174 қосылысының уыттылығы төмен болып шықты.

Түйінді сөздер: жергілікті анестезия, жедел уыттылық, беткейлік анестезия

G.M.PICHKHADZE, I.I.KIM, K.U.ESETOVA, D.M.KADYROVA, G.S.MUKHAMEDZHANOVA

Asfendijarov Kazakh national medical university

Chair of pharmacology

LOCAL ANESTHETIC ACTIVITY AT TERMINAL ANESTHESIA AND ACUTE TOXICITY OF NEWLY SYNTHESIZED PIPERIDINE DERIVATIVES

Resume: The acute toxicity and local anesthetic activity in surface anesthesia of newly synthesized derivatives of piperidine were investigated. The compounds didn't have effect at the surface anesthesia. Compound under the code LAC - 174 had the least toxic.

Keywords: local anesthesia, acute toxicity, surface anesthesia

УДК: 616-089. 5-031. 84: 547. 298.4

Г.М. ПИЧХАДЗЕ, Г.С. МУХАМЕДЖАНОВА, Д.М. КАДЫРОВА,
И.И. КИМ, К. У. ЕСЕТОВА
Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова
Кафедра фармакологии

ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ В РЯДУ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА

Изучена местноанестезирующая активность при инфильтрационной анестезии среди новых производных пиперидина. Изученные соединения оказались эффективными в разной степени при инфильтрационной анестезии. Наиболее перспективным из них является соединение под лабораторным шифром МАВ – 174, которое может быть рекомендовано для углубленного исследования.
***Ключевые слова**: местная анестезия, инфильтрационная анестезия, пиперидин*

Одной из наиболее актуальных проблем практической медицины является профилактика и устранение болевого синдрома. Одним из важнейших направлений в решении проблемы обезболивания является создание лекарственных препаратов, обладающих анестезирующим действием [1]. Альтернативой общей анестезии была и остается местная анестезия, которая является наиболее безвредным, биологически обоснованным и технически простым методом обезболивания. Поэтому, в последнее время значительный объем оперативных вмешательств проводится под местной анестезией [2]. Успешное внедрение в клиническую практику местных анестетиков длительного действия расширило показания к их применению – использование для терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных, в послеоперационном периоде и в травматологии на этапе транспортировки больных. Возможности местной анестезии еще больше увеличились благодаря синтезу и изучению новых местноанестезирующих средств.

Такие поиски в течение многих лет ведутся в ИХН МОН РК, где среди производных пиперидина был выявлен целый ряд соединений, представляющих потенциальный интерес в качестве местноанестезирующих средств [3,4].

Одним из путей поиска новых лекарственных средств является изучение фармакологических свойств соединений целенаправленного синтеза среди различных аналогов известных, применяемых в медицине веществ. Таковыми являются производные пиперидина, обладающие широчайшим спектром фармакологической активности [5]. В связи с чем, изучение перспективных местноанестезирующих средств среди вновь синтезированных производных пиперидина является весьма актуальной проблемой.

Материалы и методы исследования.

Экспериментальное изучение специфической местноанестезирующей активности при инфильтрационной анестезии вновь синтезированных соединений (под лабораторными шифрами МАВ – 166, МАВ – 167, МАВ – 169, МАВ – 170, МАВ – 172, МАВ – 174), было проведено с использованием методов первичного скрининга, рекомендованных Фармакологическим комитетом РК и Руководству по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ [6,7].

Модель инфильтрационной анестезии.

Метод Бюльбринг-Уэйда.

Исследования проводились на морских свинках-самцах массой 200-250 г. В область спины каждого животного, предварительно удалив с него волосяной покров, в 4 точках (по углам квадрата со стороной *3* см.) внутрикожно вводили в объеме 0,2 мл изотонические растворы изучаемого соединения и эталонных препаратов. Местноанестезирующая активность оценивалась 6-8 раз для каждой из выбранных концентраций. Чувствительность в месте введения определялась прикосновением притупленной инъекционной иглой сериями по 6 прикосновений с промежутками 3-4, через каждые 5 минут, в течение 30 минут.

Определялась глубина анестезии, выраженная в “индексах анестезии” (среднее из 6 опытов, максимальный индекс - 36), длительность полной анестезии и общая продолжительность анестезирующего эффекта. Активность соединений сравнивалась с эталонными препаратами - с тримекаином, лидокаином и новокаином в соответствующих концентрациях. Результаты исследований обработаны статистически.

Результаты исследований.

Анализ экспериментальных данных свидетельствует, что все вещества в разной степени эффективны при инфильтрационной анестезии. Наиболее активно соединение МАВ-174, которое вызывает максимально глубокую анестезию (индекс анестезии 36), статистически достоверно превышающую таковую всех препаратов сравнения изученных соединений. МАВ-174 в 0,25% концентрации действовал продолжительнее всех препаратов сравнения, приготовленных в такой же концентрации. Длительность полной анестезии его статистически достоверно превышала таковую тримекаина в 1,6, лидокаина - в 2,25 и новокаина в 3,2 раза.

Соединение МАВ-174 превосходило другие изученные вещества (кроме МАВ-166), включая препараты сравнения, и по общей продолжительности действия. По этому параметру оно было эффективнее тримекаина и лидокаина в 1,6 и 2 раза, соответственно, новокаина в - 2,1 раза и несколько превышало этот показатель МАВ-166 ($p>0,05$).

Довольно выраженную инфильтрационную анестезию оказало соединение МАВ-166. В 0,25% растворах МАВ-166 не отличался по глубине анестезии (индекс анестезии) от тримекаина, был сильнее лидокаина и новокаина.

В указанной концентрации он вызвал полную анестезию в 2,4 раза большей продолжительности, чем новокаин, и действовал несколько длительнее, чем тримекаин и лидокаин. Общая продолжительность анестезии МАВ-166 превышала показатели тримекаина в 1,5 раза, лидокаина в 1,8 раза и новокаина в 1,9 раза. Остальные вещества были менее активны.

Умеренную активность при инфильтрационной анестезии проявили соединения МАВ-167, МАВ-169, МАВ-170 и МАВ-172, вызывая примерно одинаковой силы анестезию.

Индексы анестезии МАВ-169 и МАВ-172 уступали тримекаину, новокаину и были несколько ниже, чем у лидокаина по этому показателю. МАВ-167 в 0,25 % растворах по силе анестезии был слабее тримекаина и несколько уступал таковой лидокаина и новокаина.

0,25 % растворы МАВ-167 по продолжительности действия близки к лидокаину и новокаину, но слабее тримекаина.

По продолжительности действия 0,25% растворы МАВ-169 соответствовали эталонным препаратам, хотя этот его показатель выше, чем у лидокаина и новокаина, однако эта разница статистически недостоверна.

Общая продолжительность действия соединения МАВ-172 в указанной концентрации близка к лидокаину, тримекаину и длительнее в сравнении с новокаином.

МАВ-170 уступал по всем параметрам, как препаратам сравнения, так и всем изученным веществам.

Таблица 1 - Активность и длительность действия 0,25% концентрации соединений при инфильтрационной анестезии

Соединение, препарат	0,25%					
	Индекс анестезии М±м		Длительность полной анестезии мин.		Продолжительность действия мин.	
МАВ-166	32,66±0,83	p_1>0,05 p_2<0,001 p_3<0,01	24,67±5,3	p_1>0,05 p_2>0,05 p_3<0,05	57,5±4,81	p_1<0,01 p_2<0,001 p_3<0,001
МАВ-167	21,17±3,18	p_1<0,01 p_2>0,05 p_3>0,05	0		29,17±1,54	p_1<0,01 p_2>0,05 p_3>0,05
МАВ-169	21,67±1,31	p_1<0,001 p_2>0,05 p_3<0,05	0		29,17±1,54	p_1>0,005 p_2>0,05 p_3>0,05
МАВ-170	10,0±1,0	p_1<0,001 p_2<0,001 p_3<0,001	0		20,0 ±2,0	p_1<0,05 p_2<0,05 p_3>0,05
МАВ-172	20,5±1,57	p_1<0,01 p_2>0,05 p_3<0,05	0		37,5±3,07	p_1>0,05 p_2>0,05 p_3<0,05
МАВ-174	36,0±0	p_1<0,05 p_2<0,001 p_3<0,001	32,0±1,64	p_1<0,001 p_2<0,001 p_3<0,001	62,0±3,17	p_1<0,001 p_2<0,001 p_3<0,001
Тримекаин	32,1±1,5		20,0±1,7		38,3±1,05	
Лидокаин	23,1±0,9		14,2±0,8		30,8±0,8	
Новокаин	25,0±1,0		10,0±1,2		29,1±1,5	

Примечания: p_1- коэффициент корреляции по сравнению с тримекаином; p_2 - по сравнению с лидокаином; p_3 - по сравнению с новокаином.

Таким образом, результаты проведенных исследований на этапе первичного скрининга показали, что представленные для изучения 6 новых соединений пиперидина проявили в разной степени выраженную местноанестезирующую активность при инфильтрационной анестезии. Наибольший интерес представляет МАВ-174, которое является наиболее активным из всех изученных соединений и превышает по всем параметрам при инфильтрационной анестезии все испытанные вещества и препараты сравнения, и может быть предложен для углубленного изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Машковский М.Д. Лекарственные средства. Издание шестнадцатое. - М.: Изд-ль Умеренков, 2012. – С. 557-565.
2 Рабинович С.А. Клинико-фармакологическое обоснование местноанестезирующих средств в стоматологии // Клиническая стоматология. - 2008. - №1. - С.58-62.
3 Пралиев К.Д. С- и N-замещенные моно- и бициклические пиперидины: синтез, стереохимия, превращения и свойства. Новые синтетические анальгетики и анестетики // Мат-лы I Междунар. Конф. «Азотистые гетероциклы и алкалоиды». – М.: 2001. - С. 130-138.
4 Пралиев К.Д., Пичхадзе Г.М., Кадырова Д.М., Насырова С.Р. и др. Итоги и перспективы фармакологического изучения производных пиперидина в качестве мембраностабилизирующих средств // Вестник. - 2006.- №1. - С. 251-255.
5 Насырова С.Р., Имашова Ш.О. Изыскание новых местноанестезирующих средств среди вновь синтезированных производных пиперидина //Сб. тезисов респуб. Науч. Конф., посвящ. 50-летию Западно-Казахстанской государственной медицинской академии им. М. Оспанова. - Актобе.-2007.- С.25.
6 Кузденбаева Р.С., Рахимов К.Д., Шин С.Н. Доклиническое изучение местноанестезирующей активности новых биологических веществ // Методическое пособие для фармакологов. – Алматы: 2000. – С. 28.
7 Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М.: 2005. – 832 с.

Г.М. ПИЧХАДЗЕ, Г.С. МУХАМЕДЖАНОВА, Д.М. КАДЫРОВА,
И.И. КИМ, К. У. ЕСЕТОВА
С.Ж.Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық медицина Университеті
Фармакология кафедрасы

ЖАҢАДАН СИНТЕЗДЕЛГЕН ПИПЕРИДИН ТУЫНДЫЛАРЫ ҚАТАРЫНЫҢ ИНФИЛЬТРАЦИЯЛЫҚ АНЕСТЕЗИЯДАҒЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРАТЫН БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Түйін: жаңадан синтезделген пиперидин туындыларының инфильтрациялық анестезиядағы жергілікті жансыздандыратын белсенділігі зерттелген. Зерттелген қосылыстар инфильтрациялық анестезияда әртүрлі дәрежеде белсенділік көрсетті. Олардың ішінде лабораториялық шифры ЖЖЗ-174 қосылысының келешегі зор, сондықтан терең зерттеуге ұсынуға болады.

Түйінді сөздер: жергілікті анестезия, инфильтрациялық анестезия, пиперидин

G.M. PICHKHADZE, G.S. MUKHAMEDZHANOVA, D.M. KADYROVA,
I.I. KIM, K.U. ESETOVA
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Chair of pharmacology

STUDY OF LOCAL ANESTHETIC ACTIVITY AT INFILTRATION ANESTHESIA IN A SERIES NEWLY SYNTHESIZED PIPERIDINE DERIVATIVES

Resume: The local anesthetic activity in infiltration anesthesia of new piperidine derivatives was investigated. Investigated compounds have been effective in varying degrees at infiltration anesthesia. The most promising of these is the compound under laboratory code LAC - 174, which may be recommended for study in depth.
Keywords: local anesthesia, infiltration anesthesia, piperidine

UDK 615.1:378.147-322

G.M. PICHKHADZE, D.M. KADYROVA, I.I.KIM, B.Y. KALIULLAYEV
Asfendiyarov Kazakh National medical university
Department of Pharmacology

WAYS OF ACTIVATION OF THE STUDENTS' INDEPENDENT WORK AT THE DEPARTMENT OF PHARMACOLOGY

Innovative methods and forms of the students' training at the Department of Pharmacology are discussed in this article for activation of the students' independent work. The peculiarities of main competencies and their formation in students during the learning of discipline are considered. Methods of assessment and control of competencies are represented.
***Keywords**: competence, innovative methods, learning, assessment, control*

Introduction. The signing of the Bologna Declaration by Kazakhstan entailed the inclusion of national universities in the process of reforming of higher education, whose main aim is to improve the quality of education. The need for new solutions is dictated by the changes that occur in the world nowadays [1]. First of all, it is the globalization of the economy and the rapid development of new technologies.

In order to be a qualified expert not only the disciplinary, but also interdisciplinary knowledge and skills are needed [2]. It is obvious that such knowledge have to be formed and developed, and high school is an institution which can and has to solve this problem [3,4].

Changing of education in accordance with the modern needs of society has to be accompanied by the changes in learning strategies as well. The new approach in learning involves a preliminary determination of the list of competencies that have to be formed in medical institutes.

It is known that the main characteristics of a graduate student are his/her competence and mobility. In this regard, the emphasis in the study of educational disciplines are transferred to the process of learning, the effectiveness of which depends entirely on cognitive activity of the student [5,6].

Competence-based approach can be considered not only as a mean of updating the content of medical education, but also as a mechanism that brings it to the accordance with the requirements of modernity [7].

Actuality. Key and general competencies distributed by the levels of learning for particular disciplines are determined in Asfendiyarov Kazakh National Medical University [8]. In this regard, the competence approach introduced by the Department of Pharmacology is the competencies that were chosen by university. So, there are five main competencies: cognitive, axiological, operational, legal competencies, and the competence of continuous learning and education (self-improvement and self-development). The above competences for students of different majors can optimize the learning process at the department, focus the teachers on final result and improve the educational system. Moreover, they are aimed to improving the psychological and communicative competence of students, strengthening and development of informational and material-technical base of the department and suggest the concentration of resources for its implementation. This approach corresponds to new requirements in the health care system and it will lead to the forming of professional and competent, competitive specialist.

It is known that the teaching methods are one of the most important components of educational process as well as its aims and tasks, content, organizational forms and results [9,10]. The task of a teacher is to teach the practical use of theoretical knowledge. She is a facilitator who creates the psycho-pedagogical conditions for self-development; meaningful learning of the basics of professional activity and development of the professional activity of future doctors.

It is known that a variety of classroom and extracurricular forms of learning, such as lectures, practical sessions, consultations, examinations, competitions of students' works and other are used in high school educational practice. The forms are in interrelationship and in logical sequence. None of the forms can be considered as universal and capable for replacing the other ones. The choice of forms depends on the educational goals, tasks of a specific theme, the individual style of a teacher and students' experience.

Basic part. Variety of innovative teaching methods and forms for classes and for the extracurricular time are used at the Department of Pharmacology a [11].

Lectures contain new directions in science which have not been included to the textbooks yet; if necessary, correction of materials that are described in textbooks; explanations of different contradicting approaches in which it is difficult for students to understand it by themselves. Different methods of students' activation are used in lectures. The examples from practice are provided at the lectures; it allows students to develop the elements of clinical thinking, i.e. to involve them to professional activities.

In the study of pharmacology different types of business and educational role-playing games that are represented by different methods are used. This is one of the most effective methods which provide an opportunity for students to apply the theory: what they learnt during the classes and from the textbooks to use in practice and generate a certain level of skills. Using the games and role-play closes learning sessions to real situations of the doctor's work. They are exciting and entertaining; it significantly increases the interest and activity of students.

One of the effective methods for involving all students to the group analysis of a task is "Brainstorm". The result of "Brainstorm" is a list of creative solutions, or solutions to the

problem created by the participation of students, including the use of the interactive whiteboard. At the applying of "Brainstorm" method a teacher gives a practical problem to students, whose solution requires the mobilization of all necessary knowledge "right now", right this minute.

Education at the Department is also carried out by using the elements of TBL method, which includes work in small groups, enabling a coordinated interaction between students, allows acquiring the skills of cooperation, mutual responsibility and other important interpersonal skills that allow students to resolve differences in their opinion. The process of performing tasks in the group is based on the exchange of opinions, estimates.

Moreover, the solution of situational tasks that simulate the clinical situation with the use of methodological material is widely used in the classes. At the studying the accent is done to the solution of simulated situations; they are as close as possible to the professional activities and contribute to the formation of exploratory thinking style in students, equips them with the methods of mastering and synthesis of new knowledge in any subject area for the effective use in practice; this determines the use of innovative methods of learning. Practical or modeling practice problems and exercises solved by students direct their mental actions to the right direction, lead to the acquisition of the general method of focused analysis of the situation conditions and, ultimately, to the development of professional activity. Group discussion problem solving process is particularly interesting and at the same time, it is the complex form of work, as it requires the teacher and the students' attention and constant readiness for action. In medical school such work is especially important because a doctor has to be able to formulate his/her ideas correctly, clearly justify decisions; these both moments are taught by teamwork.

On "Round Table" classes the main themes of discipline are discussed, learning of which determines the quality of professional learning; questions that are most difficult for understanding and mastering are submitted, such topics are discussed collectively; it provides active participation of each student. Round table assumes an equal exchange of opinions on the studied topic among the participants. For a small amount of time and in live communication it is possible to identify and understand the points of contention, and sometimes significantly go beyond the boundaries of the question.

Consequently, the use of innovative forms and methods of teaching allows developing the skills of generalization, independence of thought and they are the prerequisite for the preparation of highly qualified specialists.

New approaches and new tasks given to universities in connection with the process of integration into the world educational space require the revision not only of educational programs, but also the quality control criteria of the educational process.

Various types (current control, midterm control, final control) and methods (oral questioning, independent work, written work, computer-based testing) of control are used at the department.

The current control is an organic part of the whole learning process. It is held in the form of oral questioning and written work at the department. Oral questioning on the theme of a class allows defining the initial level of knowledge and skills of students, identifying which questions should be given more attention to in the class with a particular group, and also outlines the ways of eliminating the problems identified in the knowledge of students. A teacher by method of individual and frontal survey consolidates and at the end of lessons summarizes the passed material.

One of the methods of control at the Department is written work, which includes writing prescriptions for commonly used drugs with their analysis. Furthermore, written work includes test tasks on material of the subject. Written control allows present the same requirements to all students; it increases the objectivity of assessment of results of learning and provides an opportunity to check the mastering of learning material by all students of a group during the shortest time simultaneously; it makes possible to determine the direction for individual work with each student.

Independent work of students which includes the solving of situational problems, tasks by the outlines for practical classes on pharmacology, work in a small groups, the analysis of tables, figures, solving the crosswords, scanwords, work with electronic equipment, the Internet and etc. forms the critical attitude of students towards the results of their work, exactingness to themselves, instills in students the skills of self-control.

Midterm (periodic) control allows determination the quality and strength of mastering the competencies by students on the certain sections of pharmacology. This control is carried out 3-5 times during the process of learning, depending on the specifics of the faculty. This type of control includes a significant volume of course sections; it reveals the logical interrelations with other sections and subjects. Midterm control is carried out in the form of oral questioning, written work, including prescribing of medications with their analysis, tasks solving in test form. Control in the form of tests is the most convenient for creating of immediate feedback and it makes the process of pedagogical control more effective, focusing it on the use of modern information technologies.

The final control is directed to the checking of particular learning results, to determination of the degree of mastering the competencies obtained in the course of studying the discipline by students. The final control at the Department is carried out at transfer exams that consist of two stages: in the form of tests tasks performing in the test center, and also in oral form that allows the determining of acquisition the operational and communicative competencies by students.

At the department the modern and objective form of assessment of learning outcomes of students is introduced: it is rating-point assessment system of competences, which is more flexible and efficient, encourages them to quantitative measurement of the quality of teaching. Depending on number of points got by a student for each type of performed learning activity by the completion of the course the student takes an adequate total mark. This approach allows evaluate the student's diligence, his/her educational activity and the level of mastering of material. The rating system is primarily aimed to the increasing of students' motivation to mastering of educational programs by higher differentiation of assessment of their educational work.

It is known that one of the obligatory conditions of the rating system is its openness. In this case, students have the ability to implement the self-control, to correct the own work, thereby becoming an active participant of the educational process.

The final grade for the discipline includes the marks of admission rating and final control. Final mark is the total sum of the student's work during the period of studying at the department. Each step is independent from each other; it provides the student's mobility.

Opportunities of rating system are sufficiently large. Rating system of knowledge allows to extend the range of qualitative characteristics of knowledge even within the mark by their interval limits; ultimately it allows to determine the volume, level and method of pedagogical influence to a student in accordance with his/her individual rating. The rating system provides the encourage of students for regular work. In terms of rating system the number of unmotivated absences at classes is decreased very significantly. One of the positive results of the introduction of rating is the intensification of educational-research and extracurricular activities. This method has dramatically reduced the number of students who have not completed the curriculum at the end of the semester. The rating system encourages students to deep self-study of the subject.

Conclusion. Thus, the transition to credit system with the use of new methods and forms of education, by properly chosen, competent supervision of competences allows passing to more effective level of studying at the university. This teaching approach helps to optimize the learning process and improve the efficiency of pharmacology studying.

REFERENCES
1 V. B. Kasevich, R. V. Svetlov, A. V. Petrov, A. A. Cyb. Bolonskij process v voprosah i otvetah. – SPb.: Izd-vo S, 2004. - 108 p.
2 Poholkov Ju, Chuchalin A., Mogil'nickij S., Boev O. Obespechenie i ocenka kachestva vysshego obrazovanija.//Vysshee obrazovanie v Rossii. - 2004. - № 2. – P.12-27.
3 Baskaev, R. M. O tendencijah izmenenij v obrazovanii i perehode k kompetentnostnomu podhodu // Innovacii v obrazovanii. - 2007. - N1. - P. 10-15.

Г.М.ПИЧХАДЗЕ, Д.М. КАДЫРОВА, И.И.КИМ, Б. КАЛЛИУЛАЕВ
ПУТИ АКТИВИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФАРМАКОЛОГИИ

Резюме: В статье обсуждаются инновационные методы и формы обучения студентов, используемые на кафедре фармакологии, для активизации самостоятельной работы студентов. Рассматриваются особенности основных компетенций и их формирования у студентов при изучении дисциплины. Изложены методы оценки и контроля компетенций
Ключевые слова: компетенции, инновационные методы, обучение, оценка, контроль

Г.М.ПИЧХАДЗЕ, Д.М. КАДЫРОВА, И.И.КИМ, Б. КАЛЛИУЛАЕВ
ФАРМАКОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫН БЕЛСЕНДІРУ ЖОЛДАРЫ

Түйін: мақалада студенттердің өзіндік жұмысын белсендіру үшін фармакология кафедрасында қолданылатын студенттерді оқытудың инновациялық әдістері мен түрлері талқыланған. Пәнді оқытуда студенттерде негізгі құзыреттіліктің ерекшеліктері мен оларды қалыптастыру қарастырылған. Құзыреттілікті бағалау және бақылау әдістері келтірілген
Түйінді сөздер: құзыреттілік, инновациялық әдістер, оқыту, бағалау, бақылау

УДК 547-313.241.632.2+615.014.23:587.11

Д.К. КИЯШЕВ, Р.И. ИСКАЛИЕВ, С.А. БЕЙСЕКЕЕВА, Л.Г. САТАЕВА
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова
Аптека «РС ДОСТЫК»

ПОЛУЧЕНИЕ РАСТВОРА КЛАРИТРОМИЦИНА В 60% СПИРТЕ

Получен раствор кларитромицина в 60% спирте и определен его антимикробная активность.
Ключевые слова: *Кларитромицин, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherihia coli, Candida albicans*

Гнойно-воспалительные заболевания в медицинской практике составляют 30-40% от общего числа заболеваний. В настоящее время отмечается тенденция к повышению частоты этого заболевания. Раны, с момента своего возникновения, содержащие микроорганизмы, называют микробно загрязненными. Инфицированными же считают раны при развитии в них клинических признаков воспаления и наличия общих реакции организма на этот процесс /1/. Определяющее значение в разработке лечебной тактики имеет правильная диагностика фаз течения раневого процесса, который разделяют на I фазу воспаления, состоящую из двух воспалительных периодов (сосудистых изменений и очищения раны), II фазу регенерации (или реперация), образования и созревания грануляционной ткани; III фазу реорганизации рубца и эпителизации. Эта схема едина для заживления ран любого генеза и локализации, что диктует единую тактику их лечения /2/.

Одной из лекарственных форм, обеспечивающих целенаправленную профилактику и лечение местной гнойной инфекций, являются растворы. Эффективность местного лечения при гнойных ранах можно повысить путем регулирования оптимальных доз лекарственных средств /3-5/. Многие антимикробные препараты позволяют вылечивать различные заболевания, вызываемые бактериями. В этой связи создание высокоэффективных лекарств и определение их антимикробной активности в целях их профилактики и лечения является актуальной задачей. Целью нашей работы явилось создание эффективного препарата для местного лечения гнойных ран, оказывающей воздействие на различные стороны воспалительного процесса с расширенным спектром фармакологического действия, т.е. растворы, обладаюшие антимикробными действиями.

Продолжая исследования в указанной области, нами получены спиртовый раствор, содержащий 0,2% кларитромицина. При выборе дозы действующего ингредиента взяты литературные данные /4 /.

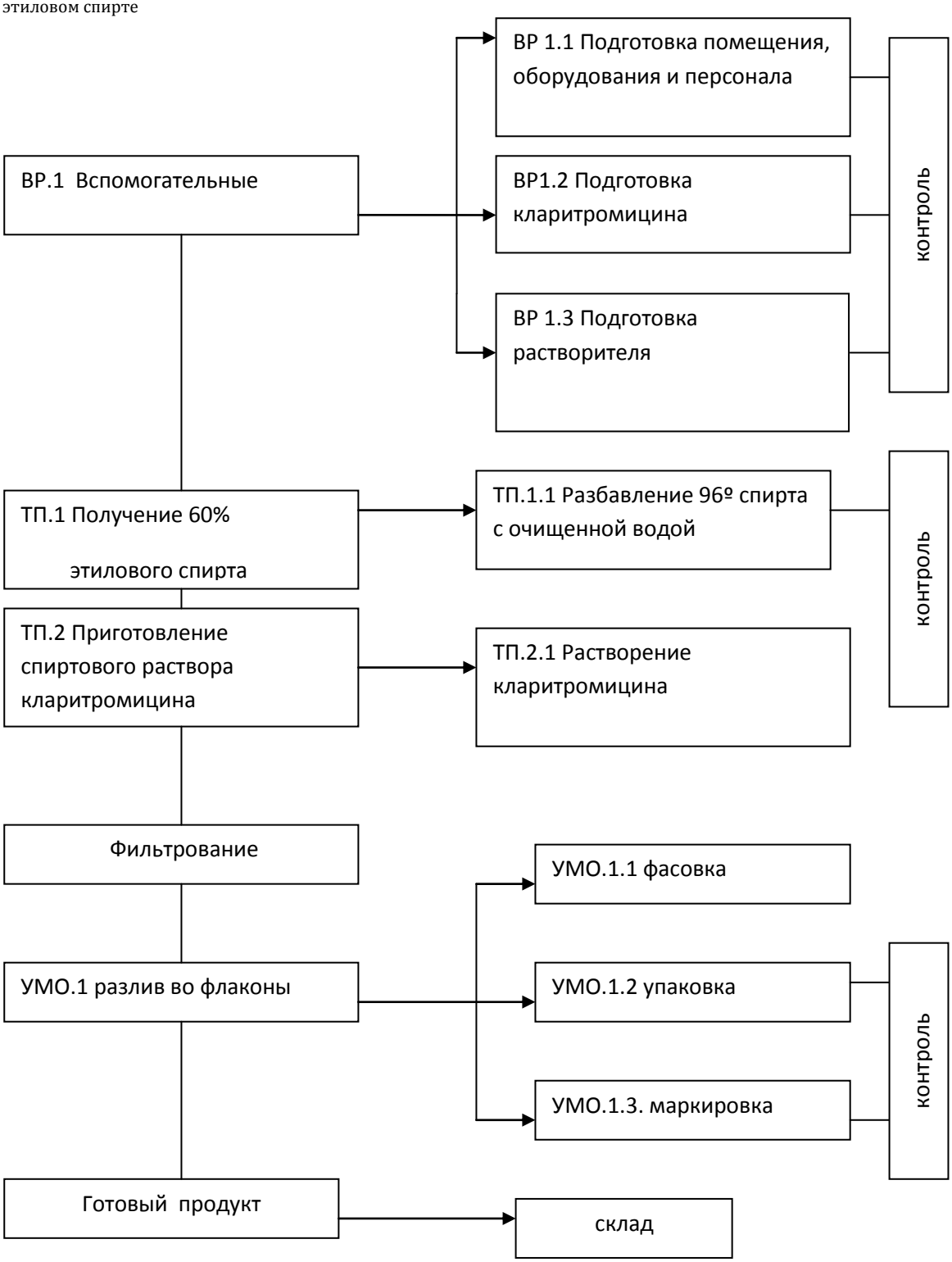
Активно действующий ингредиент - кларитромицин 0,2% и растворитель (спирт 60%) со следующим соотношением на 100 мл:

Кларитромицин – 0,2
Димексид -1,0
Спирт этиловый 60% до – 100 мл

Технология производства указанного модели спиртового раствора кларитромицина в промышленных условиях включает в себя 3 стадии ВР, 2 стадии ТП и 3 УМО.

Технологическая схема производства модели спиртового раствора кларитромицина в промышленных условиях на 60% этиловом спирте приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Технологическая схема производства модели спиртового раствора кларитромицина в промышленных условиях на 60% этиловом спирте



ВР - стадия вспомогательных работ
ТП - стадия технологического процесса
УМО - стадия упаковки, маркировки и отпуска на склад.

Цель работы:
Изучение антимикробной активности спиртовых растворов кларитромицина 0,2% в 60 % этиловом спирте проводилось по отношению к штаммам грамположительных бактерий Staphylococcus aureus, Pseudomonas auregenosa, к грамотрицательному штамму Escherichia coli и к дрожжевому грибку Candida albicans.

Краткое описание метода исследования:
В чашку Петри заливали мясо-петонный агар и культуру разводили в 0,9% растворе хлорида натрия, бактерии вносили по 1 мл в чашки с мясопептонным агаром стерильной петлей и растирали по всей поверхности агаровой пластинки, а кандиду - в среду Сабуро и засевали по методу получения «сплошного газона». Лунки готовили диаметром 6 мм специальным дыроколом, в которые помещали исследуемые образцов спиртовых растворов кларитромицина, растворенные в 96% этиловом спирте в концентрации 1 мг/мл и 96% этиловый спирт в качестве контроля. Чашки Петри помещали в термостат при температуре 37±1ºС на 24 часа. Учет активности образцов спиртовых растворов кларитромицина после инкубации проводили путем измерения зоны задержки роста микроорганизмов штангенциркулем, в мм (таблица 2). Опыты проводились с каждым образцом по 3 раза.
Антимикробная активность образцов оценивалась по диаметру зон задержки роста тест-штаммов (мм). Диаметр зон задержки роста меньше 10 мм оценивали как отсутствие антибактериальной активности, 10-15 - слабая активность, 15-20 - умеренная, 20 мм и выше - выраженная. Результаты исследовании образцов 1-4 приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Результаты исследований антимикробной активности 0,2% кларитромицина

№1	Шифр	Процентное содержание кларитромицина в 60% спирте	Staphylococcus aureus	Escherihia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
1	ДК-1	0,2	20	-	-	-

Исходя из экспериментальных данных, мы предлагаем изготавливать спиртовый раствор, следующего состава:
Кларитромицин - 0,2
Димексид -1,0
Спирт этилового 60% - 100 мл

Заключение: В результате исследования установлено, что 0,2% спиртовый раствор кларитромицина обладает избирательной выраженной антибактериальной активностью при Staphylococcus aureus, а на Escherihia coli, Pseudomonas aeruginosa и на Candida albicans не действуют.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кузин М.И., Костюченок Б.М., Карлов В.А. и др. Общие принципы лечения гнойных ран.//Методические рекомендации. – М.: 1985. – С.43.
2 Кузин М.И., Костюченок Б.М., Кулешов С.Е. Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии // Раны и раневая инфекция. /Тез.Докл. 11 Всесоюз. Конф.. - М.: 1986. – С. 201-202.
3 Кияшев М.Д. Определение биологической активности 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого и 1% спиртового раствора кислоты салициловой в спиртах различной концентрации // Материалы международной научно-практической конференции «Фармация Казахстана: интеграция науки, образования и производства». – Шымкент: 2009. – С. 331-333.
4 Ушбаев К.У. Кларитромицин // Новые лекарственные препараты. – Алматы: 2000. – С. 237-238.
5 Кияшева А.К., Шакиев С.Ш., Бисенбаев Э.М., Кияшев Д.К. Противомикробная активность и количественное определение ингредиентов препарата «Левисал» // Фармация Казахстана. - Алматы, 2009. - № 12. – С. 32-35.

Түйін: Кларитромициннің 60% спирттегі ерітіндісі алынды және оның антимикробтық белсенділігі анықталды.

D.K. KIYASHEV, R.I. ISKALIEV, S.A. BEYSEKEEVA, L.G. SATAEVA
Asfendiyarov KazNMU
Pharmacy "PC DOSTYK"

CLARITHROMYCIN SOLUTIONS WITH DIFFERENT CONCENTRATION IN 60% SPIRIT

Resume: Clarithromycin solutions with different concentration in 60% spirit were acquired and their antimicrobial activity was determined. Pyo-inflammatory diseases in medical practice accounts for 30-40% of the total number of diseases. Currently, there is a tendency to increase the frequency of this disease. Wounds, since its inception, containing microorganisms called microbial contamination. Infected wounds, however, consider when developing them in the clinical signs of inflammation and the presence of the common reaction to this process the body / 1 /. Decisive importance in the development of medical tactics is the correct diagnosis phase of wound healing process, which is divided into the I phase of inflammation, consisting of two periods of inflammatory (vascular changes and cleanse the wound), the regeneration phase II (or reperatsiya) formation and maturation of granulation tissue; III phase of the reorganization of the scar and epithelialization. This scheme is the same for the healing of wounds of any genesis and localization that dictates a common tactic of treatment / 2 /. One of the dosage forms provide targeted prevention and treatment of local purulent infections are solutions. The effectiveness of topical treatment with festering wounds can be improved by adjusting the optimal doses of drugs / 3-5 /. Many antimicrobial drugs can cure a variety of diseases caused by bacteria. In this regard, the development of highly drug discovery and their antimicrobial activity for the purpose of prevention and treatment is an urgent task. The aim of the work was to create an effective drug for the local treatment of purulent wounds, having an impact on various aspects of the inflammatory process with an extended range of pharmacological effects, ie, solutions obladayushie antimicrobial action.
Keywords: Clarithromycin, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherihia coli, Candida albicans

УДК 615.7:658+341.24

А.А. АЗЕМБАЕВ
АО «Научный центр противоинфекционных препаратов»

ГАРМОНИЗАЦИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Выполнение требований стандарта надлежащей производственной практики является нормой для производства лекарственных средств. Но есть еще ряд других стандартов, требования которых необходимо учитывать и гармонизировать с производственной технологией.
Ключевые слова: *международные стандарты; гармонизация; требования GMP; производство.*

Целью данного исследования явилось выявление степени влияния гармонизации нескольких международных стандартов на качество производимой продукции в процессе производства лекарственных средств и улучшении конкурентоспособности предприятия.

Актуальность: Процесс гармонизации охватывает все уровни стандартизации. Региональные стандарты гармонизируются с международными, национальные с международными, региональными и национальными стандартами иностранных государств, а также стандартами организаций ведущих стран мира (далее международные стандарты). Стандарты организаций со всеми указанными категориями стандартов. Ограничивающим фактором для гармонизации во всех случаях является отсутствие заинтересованности в применении того или иного международного стандарта в силу каких-либо обоснованных условий. К примеру, климатических условий, особенностей географического расположения или низких технологических возможностей.

Уровень гармонизации национальных стандартов Казахстана по состоянию на 01.01.2013 года составляет 72 %.

В этой связи, например, в странах Северной Европы значительную часть фонда национальных стандартов составляют международные (региональные) нормативные документы, где национальные стандарты в значительном объеме гармонизованы с международными.

При разработке и пересмотре стандартов проводится их гармонизация с международными аналогами. Применению в Казахстане зарубежных стандартов в качестве государственных обязательно должен предшествовать анализ адаптированности их к условиям государства.

Одним из фундаментальных элементов обеспечения качества процесса производства является свод правил о надлежащей производственной практике GMP (Good manufacturing practice — GMP) лекарственных средств.

Проведение сертификации на соответствие GMP позволяет предприятиям повышать качество и конкурентоспособность продукции и исключает нестабильность качества в процессе производства и хранения, что является защитой потребителя от некачественной и опасной продукции.

Стандарт GLP (Good laboratory practice GLP) - надлежащая лабораторная практика - представляет собой набор критериев, по которым осуществляется оценка результатов и выводов лабораторных исследований. Эти правила распространяются на исследования, связанные с оценкой эффективности и безопасности лекарственных препаратов, проводимые при изучении влияния химического производства на окружающую среду и в практике фармацевтического анализа.

Стандарт GCP (Good Clinical Practice), Надлежащая клиническая практика - международный стандарт этических норм и качества научных исследований, описывающий правила разработки, проведения, ведения документации и отчётности об исследованиях, которые подразумевают участие человека в качестве испытуемого (клинические исследования).

ISO 13485:2003 является международным стандартом, который определяет требования к системе менеджмента качества для организации производства медицинских изделий и оказания сопутствующих услуг, удовлетворяющих клиента и соответствующих нормативным требованиям, предъявляемым к медицинским изделиям и связанным с ними услуг.

Система менеджмента качества по СТ РК ИСО 13485- 2008 может быть переведена или интегрирована в другую систему управления, но она должна быть тщательно рассмотрена и оставаться в рамках конкретных медицинских требований.

Правила GMP устанавливают требования к системе управления качеством, контролю качества, персоналу, помещениям и оборудованию, документации, производству продукции и проведению анализов по контрактам, рекламациям, порядку отзыва продукции и организации самоинспекций.

Одни и те же процессы, происходящие на производственных предприятиях, также как процессы обмена информацией между сотрудниками, участвующими в исследованиях одного и того же образца материала, при оформлении документов часто дублируются. Порой такое дублирование вызывает непонимание толкований одних и тех же процессов с точки зрения разных стандартов. Поэтому разработка системы обеспечения совместимости систем менеджмента GMP, GLP, GCP, GDP, GPP; ISO 9001, ISO 13485 является *очень актуальной*. Внедрение такой системы позволит избежать двусмысленности в документировании, а также уменьшения объема количества документов.

Под интегрированной системой менеджмента понимается часть системы общего менеджмента организации, отвечающей требованиям двух или более международных стандартов на системы менеджмента и функционирующую как единое целое.

Как показал анализ и опыт практического ведения работ, практическое создание интегрированных систем менеджмента осуществляется по одному из следующих вариантов:

- создание аддитивных моделей ИСМ, когда к системе менеджмента качества (СМК), выполняющей роль базовой системы организации, в необходимых случаях последовательно добавляются системы GMP / GLP/ GCP. При применении данного варианта разрыв между началом работ по внедрению одной системы и началом внедрения следующей может составлять от полугода до нескольких лет;
- создание полностью интегрированных моделей, когда все системы менеджмента объединяются в единый комплекс одновременно.

При построении ИСМ «с нуля», необходимо опираться на принципы, установленные во всех международных стандартах менеджмента. При этом, в качестве базовых должны приниматься принципы, сформулированные в стандартах ИСО серии 9000, и, в первую очередь такие, как процессный и системный подходы.

Реализация именно этих принципов позволяет наилучшим образом обеспечить интегрирование отдельных стандартов в единую систему.

В условиях АО «Научный центр противоинфекционных препаратов» переходы одних надлежащих практик в другие, базирующих на принципах стандартов ИСО серии 9000, можно отследить в представленной ниже схеме:

Рисунок 1 - Схема перехода GLP, GMP, GCP, GDP, GPP

В лабораторных условиях синтезируется новый препарат, разрабатывается дизайн, проводится оптимизация молекулы препарата, отрабатывается биоскрининг и проводится доклиническое исследование. На этом этапе все процедуры проводятся согласно требованиям стандарта лабораторной надлежащей практики - **GLP**

На стыке лабораторной **- GLP** и производственной практики **-GMP** происходит состыковка процедур, где лабораторный регламент (ЛР) плавно перетекает в опытно-промышленный (ОПР), когда вся наработанная процедура технологии в лабораторных условиях передается в производство. В опытном производстве производится масштабирование технологии и и составление опытно-производственного регламента (ОПР) согласно требованием стандарта производственной надлежащей практики **GMP**.

Произведенные опытные серии передаются для клинического исследования. На стыке требовании стандартов производственной надлежащей практики **-GMP** и клинической надлежащей практики **–GMP** идет отработка расфасовки и оформления определенных доз лекарственного средства применительно к определенной категории больных, которые конкретно расписаны в СОПах, разработаными совместно сотрудниками опытного производства и отдела клинических исследовании.

По окончанию клинического исследования **(GCP)**, опытно-производственный регламент перерабатывается в промышленный регламент **(GMP)**. Производственный регламент на лекарственное средство является окончательным документом в технологии производства, который совместно с Аналитическим Нормативным Документом – АНД составляет основу в регистрационном досье на лекарственное средство.

После регистрации препарата начинается промышленное производство **(GMP)**.

При реализация принципов интеграции, во всех случаях действуют требования стандартов **ISO 9001, ISO 13485,** с учетом которых обеспечивается гармонизация отдельных стандартов в единую систему.

Таким образом, в опытном производстве АО «Научный центр противоинфекционных препаратов» присутствуют и в гармонии выполняются все международные требования стандартов по производству лекарственных средств.

Выводы:

1. Работа фармацевтического предприятия по стандартам GMP исключает нестабильность качества в процессе производства и хранения, что является защитой потребителя от некачественной продукции и отражается на повышении качества конкурентоспособности.
2. Гармонизированная система двух или более международных стандартов поднимает уровень качества производимой продукции и представляется как единое целое, отражая требования всех стандартов надлежащих практик.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Азембаев А.А. Внедрение GMP путем создания интеграционной системы управления производ ством в современных условиях // Журнал Вестник КГМА им. Ахунбаева.- Бишкек: 2012. - №2. – С.107-109.
2 Азембаев А.А., Демидова З.Н. Интеграция систем СТ РК ИСО 9001-2009, 13485:2003, ИСО/МЭК 17025-2007 в стандарты GMP, GLP, GCP, GDP, GPP // Методические рекомендации согласованные Казахстанским Институтом стандартификации и сертификации» и утвержденные НЦПП. - 2013. – С. 45-49.
3 В. Береговых, А.П. Мешковский Нормирование фармацевтического производства. – М.: 2001. - 527 с.
4 Орлова, Е. В. Интегрированная система управления производством медицинских иммунобиологических препаратов // Фармация. – 2010. – № 7. – С. 29–32.

Ә.А. ӘЗІМБАЕВ
«Инфекцияға қарсы препараттар ғылыми орталығы» АҚ

ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ӨНДІРУ КЕЗІНДЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ СТАНДАРТТАР ҮЙЛЕСІМДІЛІГІ

Түйін: Дәрілік заттар өндіру үшін тиімді өндірістік практикалық стандарттар талаптарының орындалуы өндіріс үшін қалыпты шарт.Бірақ басқа да бірқатар стандарттардың талаптарын ескере отырып, оларды да өндіріс технологиясымен үйлестіру қажет.
Түйінді сөздер: халықаралық стандарттар; үйлесімділік,GMP талаптары;өндіріс;

A.A. AZEMBAYEV
Joint-stock company "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"

HARMONIZATION OF INTERNATIONAL STANDARDS AT THE PRODUCTION OF MEDICINAL FACILITIES

Resume: Implementation requirement of standard of the proper productive practice is a norm for the production of medicinal facilities. But there is yet a row of other standards the requirements of that it is necessary to take into account and harmonize with productive technology
Keywords: international standards; harmonization; requirements of GMP; production.

УДК 615.4:658/785+003.3

А.А. АЗЕМБАЕВ
АО «Научный центр противоинфекционных препаратов»

ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ СКЛАДА ПРОИЗВОДСТВА В РАЗРЯДЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ЦИКЛА В УСЛОВИЯХ GMP

Особенностью склада фармацевтического производства является то, что он является неотъемленной частью производственного цикла. От его проектирования и выполнения поставленной задачи зависит слаженность в работе всех производственных процессов.
Ключевые слова: *Склад фармацевтического производства; организация складского учета; материальные потоки; хранение; требования GMP; интеграционные процессы; эффективность бизнеса.*

Целью данного исследования явилось выяснение интеграционных процессов складской системы опытного производства для дальнейшей стабильной работы.

Актуальность: правильно организованная работа складского хозяйства, обеспечивает высокую сохранность хранящихся ценностей, повышает эффективность работы склада и является одним из факторов стабильной работы фармацевтического производства.

Соблюдение стандартов надлежащей производственной практики наглядно показывает о путях интеграции склада в разряд подразделений фармацевтического производства

Правильная организация складского учета

Создание слада начинается с проектирования.

проектирование складских имеющихся помещений для производства подразумевает, что:

– санитарное состояние должно учитывать удобство помещения для соблюдения возможности контроля температуры и влажности воздуха;

– планировка должна предельно рационально использовать площади склада, чтобы на меньшем пространстве можно было хранить больше продукции;

– грузопотоки следует направлять таким образом, чтобы встречные потоки были совсем исключены или же были минимальными;

– необходимо обеспечивать соблюдение правил охраны труда, техники безопасности и противопожарной безопасности;

– нужно учитывать соответствие ширины проходов между оснащением склада техническим характеристикам применяемых механизмов.

Кроме того, одним из основных факторов является рациональное использование оборудования и техники.

Требования к стеллажному оборудованию:

– стеллаж должен выдерживать вес хранимой на поддоне продукции;

– при эксплуатации использовать предельно полезную высоту складских помещений;

– обеспечивать свободный подход к укладке и выемке продукции с помощью механизированных средств складирования и подъемно-транспортного оборудования;

– учитывать особенности планировки здания склада;

– соблюдать нормы безопасности и качества, предъявляемые к складскому оборудованию.

Склад – специально оборудованное помещение представляет собой существенную часть технологического процесса фармацевтического производства и является помещением, где содержатся товары и различные устройства, специально предназначенные для их приемки, размещения и хранения.

Склад обслуживает три материальных потока: входной, внутренний и выходной.

При входном потоке осуществляются операции получения, контроля количества и качества прибывшего груза. Внутренний поток представляет собой перемещение материальных ценностей внутри склада. Обслуживание выходного потока включает отпуск готовой продукции.

Склад сырья и исходных материалов осуществляет операции по приему продукции, распределению и хранению с учетом требований и подготовки ее к использованию в производственном процессе.

На складе готовой продукции проводятся такие операции, как складирование, хранение, сортировка или дополнительная обработка продукции перед ее отправкой, маркировка, подготовка к погрузке и погрузочные операции.

Функционирование всех компонентов технологического процесса на складе должно осуществляться скоординировано. Необходимо четко координировать деятельность всех подразделений склада.

Основной смысл снабжения запасами заключается в обеспечении склада продукцией и сырьем в соответствии с необходимостью и с потенциальными возможностями их переработки и мощностью склада.

При грамотной организации склада с учетом всех необходимых факторов решаются и другие задачи:

*Экономические, к*оторые включают в себя:

– рациональное использование трудовых, материальных и финансовых ресурсов для повышения производительности труда;

– правильный подбор и расстановку кадров;

– дисциплину и контроль.

Методология решения указанных задач ориентирована на достижение в конечном итоге главной цели складского хозяйства: предотвращение потерь и обеспечение сохранности материальных ценностей. Во главе внимания экономических задач стоит имущество, хозяйство, а не человек.

Социальные, которые включают в себя:

– повышение коммуникабельности работников, их взаимодействие с сотрудниками прочих подразделений предприятия;

– повышение самостоятельности, инициативности и самоконтроля работников.

Все это ведет к интеграции склада в разряд подразделений фармацевтического производства, осуществляющих различные формы внутреннего и внешнего взаимодействия.

Хранение.

Рационально организованное хранение материалов на складах защищает их от механических повреждений и загрязнения, предотвращает воздействие одних материалов на другие, не допускает изменений физико-химических свойств запасов. Подобная организация хранения возможна только в том случае, если работники склада хорошо знают свойства хранимых ценностей и неукоснительно соблюдают все требования условий и техники хранения данных запасов. Выбор условий и техники хранения того или иного материала определяется физико-химическими свойствами этого материала. Для материалов с близкими физико-химическими свойствами условия и техника хранения одинаковы.

На примере складской зоны АО «Научный центр противоинфекционных препаратов» можно увидеть, что она является звеном потоков (материальных, информационных, финансовых) в производственной цепи предприятия.

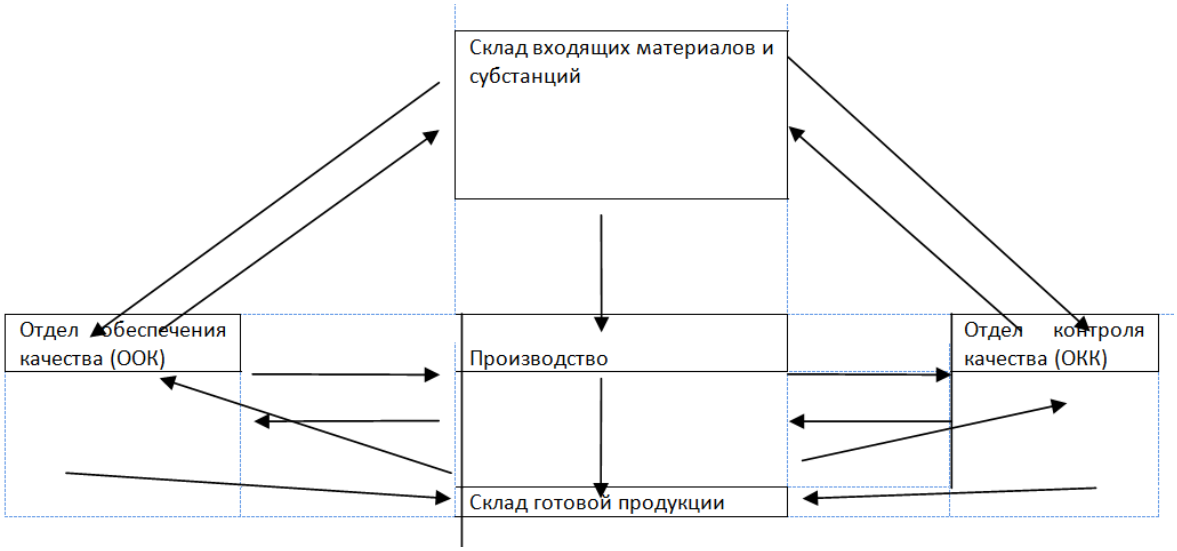


Рисунок 1 - схема основных звеньев контроля за поступающим товаром, их продвижением и выходом на склад готовых лекарственных средств

Необходимо отметить, что на условия хранения материалов влияет не только окружающая среда (складской микроклимат), но и сроки хранения. В зависимости от продолжительности размещения запасов на территории складского комплекса принято различать долгосрочное и краткосрочное хранение.

Структура склада зависит от объема производства, номенклатуры товаров и других факторов. Склады опытного производства от складов промышленного производства отличаются тем, что в постоянном хранении имеется небольшое количество готового товара. Это связано с тем, что на опытном производстве производится масштабирование лабораторных разработок, отработка технологических регламентов и производство только опытных серии лекарств. Поэтому по площадям и по штатному расписанию между этими производствами имеется существенная разница.

Организационная структура складской зоны опытного производства АО «Научный центр противоинфекционных препаратов»:

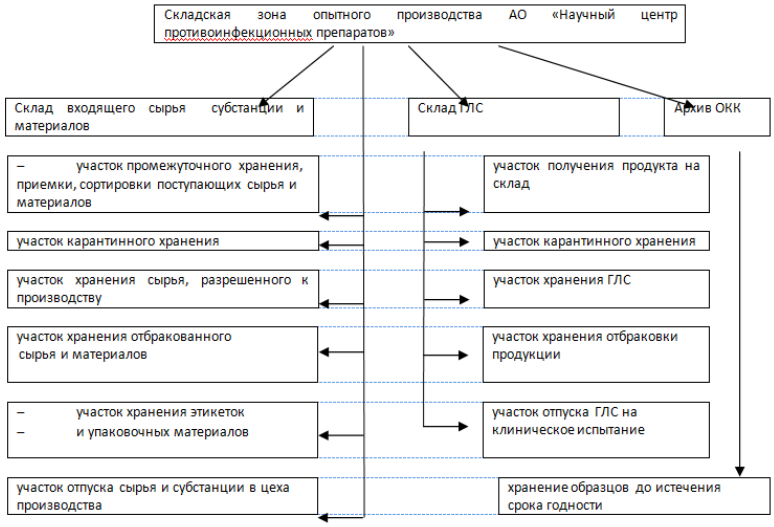


Рисунок 2 - Схема складской зоны производства

Как видно из рисунка 2, складская структура опытного производства состоит из таких основных подразделений:

- склада входящего сырья и материалов;
- склада готовой продукции;
- архива отдела контроля качества (ОКК) для хранения серийных образцов, произведенных в опытном производстве лекарственных препаратов.

Структура склада входящего сырья и материалов

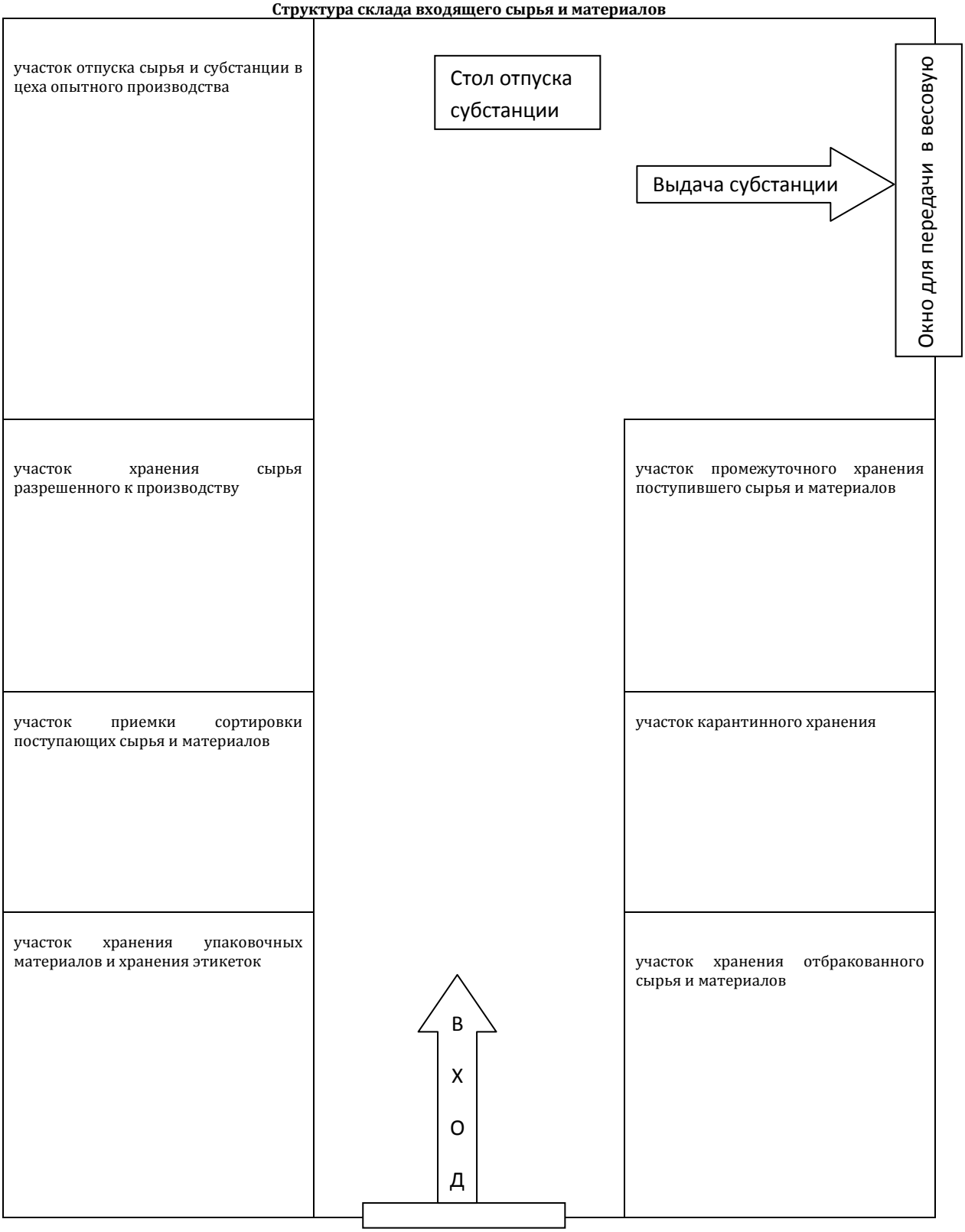


Рисунок 3 - Схема склада входящего сырья и материалов опытного производства

Итак, склады входящего сырья и материалов опытного производства АО «Научный центр противоинфекционных препаратов» объединены в одно целое и расположены в одном помещении, но четко распределены на участки, как показано на Рисунке 3.

Кроме того, при необходимости создаются специальные склады, например:

– для хранения наркотических, ядовитых, сильнодействующих веществ;
– для хранения прекурсоров;
– для хранения в прохладном месте, в объемных промышленных холодильниках с регулятором температуры;
– для хранения взрывоопасных и горючих материалов.

Принимая во внимание, что опытное производство отличается от промышленного производства объемами и небольшими размерами в потреблении субстанции и расходных материалов, а также несколькими сериями готовой продукции, в целях рационального использования имеющихся помещении и удобства в обслуживании решено ограничиться малыми объемами складских площадей.

В данном случае единый склад является легко управляемым, удобным для контроля продвижения всего товара, находящегося на складе. Нет необходимости дублирования таких параметров, как определение температуры и влажности помещения.

Склад входящего сырья и материалов представляет собой следующие различные участки:

– участок приемки и сортировки поступающих сырья и материалов;
– участок промежуточного хранения поступившего сырья и материалов;
– участок карантинного хранения;
– участок хранения сырья, разрешенного к производству;
– участок хранения отбракованного сырья и материалов;
– участок хранения упаковочных материалов;
– участок хранения этикеток;
– участок отпуска сырья и субстанции в цеха опытного производства

Все эти участки расположены последовательно на одном складе, разделены перегородками и стеллажными полками.

Склад готовой продукции производит следующие операции:

– получение продукта на склад;
– «готовая продукция - карантин» (этикетка желтого цвета);
– «готовая продукция- реализация разрешена» (этикетка зеленого цвета);
– отпуск продукта из склада.

Способы учета.

Способы ведения складского учета. С точки зрения разделения складского и бухгалтерского учета, учет материальных ценностей может вестись двумя способами – сортовым и партионным.

Сортовой способ учета. Сортовой способ учета на складах применяется в том случае, если хранение материальных ценностей организовано по наименованию и сортам без учета времени поступления и цены их приобретения.

Партионный способ учета. При этом способе складской учет ведется в таком же порядке, как и при сортовом, но отдельно по каждой партии материальных ценностей. Применение этого способа должно осуществляться одновременно и на складе, и в бухгалтерии, поскольку в противном случае возникнет несогласованность между данными складского и бухгалтерского учета.

Например, на складе вспомогательного материала и субстанции в опытном производстве учет ведется по первому способу, в то же время на складе готовой продукции ведется по второму способу.

Таким образом, при грамотном планировании склада и рациональной организации работы на меньшем пространстве можно хранить больше продукции. Для решения мгновенного и безошибочного процесса идентификации продукции необходимо ввести в работу складского хозяйства компьютеризацию с элементами сканирования. Правильно организованная работа складского хозяйства - залог стабильной работы производства, а в целом - всего предприятия. Все действия по улучшению работы складской службы должны быть нацелены на предотвращение потерь и обеспечение сохранности материальных ценностей.

Идентификационная (информационная) этикетка.

Каждый контейнер поступившего сырья и материалов маркируется. Для этого заполняется идентификационная этикетка белого цвета, в которую вносится вся информация о продукте.

После отбора проб сотрудник Отдела контроля качества, проводивший пробоотбор, маркирует контейнер этикеткой желтого цвета с надписью «Карантин».

Контейнер, из которого была взята проба, маркируется специальной этикеткой «Отбор пробы» голубого цвета.

При получении формального разрешения удаляется маркировка карантинного хранения желтого цвета, приклеивается этикетка зеленого цвета «Разрешено к производству» и продукт перемещается из карантинной зоны на участок хранения продуктов и материалов, разрешенных к производству.

При получении заключения о несоответствии продукта по качеству составляется «Акт об изъятии продукта» и оформляется этикеткой красного цвета, что означает «Брак»

При регистрации входящих сырья и материалов на каждую серию приемщиком заполняется карточка складского учета по форме F-МА-002.

После заполнения карточки складского учета приемщиком вносится запись в журнал регистрации и учета продуктов и материалов по форме F-МА-001.

В производство разрешается отпускать только продукты и материалы, получившие разрешение, имеющие зеленую маркировочную и белую идентификационную этикетку. Материалы передаются из зоны хранения в весовую комнату через материальный шлюз.

Факт и дата отпуска сырья и материалов фиксируется в карточке складского учета с указанием даты и количества отпущенного продукта.

Выводы:

1. Соблюдение стандартов надлежащей производственной практики наглядно показывает о путях интеграции склада в разряд подразделений фармацевтического производства
2. Организованная работа складского хозяйства является одним из факторов стабильной работы фармацевтического производства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 СТ РК 1617-2006 Надлежащая производственная практика.
2 Азембаев А.А. Демидова З.Н. // Методические рекомендации согласованные Казахстанским институтом стандартизации и сертификациии и утвержденные директором НЦПП. – Алматы: 2013. – С. 45-49.
3 Азембаев А.А. // Журнал Вестник ЮКГМА. – Шымкент: 2012. - №2 (59). - С. 28-30.
4 Азембаев А.А. // Журнал Вестник КГМА им. Ахунбаева. – Бишкек: 2012. - №2. - С. 107-109.
5 Мешковский А.П. Управление качеством в процессе производства: старые и новые подходы // Фарматека. - 2001. - № 3. - С. 14-21.

А.А. АЗЕМБАЕВ
«Инфекцияға қарсы препараттар ғылыми орталығы» АҚ

GMP ЖАҒДАЙЫНДА ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КЕЗЕҢ ДӘРЕЖЕСІНДЕ ӨНДІРІСТІК ҚОЙМАДАҒЫ ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ПРОЦЕССТЕР

Түйін: Өндірістік қойманың фармацевтикалық үрдісінің ерекшелігі, өндірістің кезеңнің айрылмас бөлшегі болып табылады. Барлық өндірістік үрдістер жұмысының ретті болуы -алдағы міндеттердің орындалуы мен оның жобалануына байланысты болады.
Түйінді сөздер: Өндірістік фармацевтикалық қойма; қойма есебін ұйымдастыру, ағымдағы материалдар; сақтау, GMP талаптары,интеграциялық үрдістер, бизнес тиімділігі

A.A. AZEMBAYEV
Joint-stock company "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"

INTEGRATION PROCESSES OF STORAGE OF PRODUCTION IN THE DIGIT OF SUBDIVISIONS OF PHARMACEUTICAL CYCLE IN THE CONDITIONS OF GMP

Resume: The feature of storage of pharmaceutical production is that he is неотъемленной part of productive cycle. On his planning and performance of the put objective harmony depends in-process all productive processes.
Keywords: Storage of pharmaceutical production; organization of ware-house account; material streams; storage; requirements of GMP; integration processes; business efficiency.

УДК 631.4; 633.11

К.Н. САРСЕНБАЕВ[1], Э.С. БОРИБАЙ[2]
[1]Евразийский Национальный университет им. Л.Гумилева, г.Астана
[2]Казахский Экономический университет им.Т.Рыскулова, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ КОНОПЛИ

В статье рассматривается методы получения медпрепаратов из дикорастущей шуйской конопли. Лекарства, созданные на основе веществ, выделенных из конопли, которые используют при лечении ВИЧ-инфицированных больных, лейкемии, эпилепсии, астмы, глаукомы, множественных склерозов, язв, и других нервно-мышечных расстройств, а также методы получения химически чистого тетрагидроканнабинола из дикорастущей конопли. Исследования проводились совместно с немецкой фирмой «THC Pharm» GmdH, у которой имеется единственная в Европе лицензия по изготовлению и реализации препарата из конопли – дронабинола.
***Цель исследования** - наличие в Казахстане Шуйской долины с огромными запасами дикорастущей конопли, отсутствие собственных сильнодействующих медицинских препаратов обусловили необходимость проведения исследований по созданию казахстанского фармпрепарата.*
Методология – обзор научных материалов, экспериментальный анализ полученных научных результатов.
***Ключевые слова:** тетрагидроканнабинол, каннабидиол, Левонантрадол, Маринол, ДНК, РНК, Cannabis sativa, Cannabis ruderalis, Cannabis sativa L., indica, хроматография, хлорофилл, экстракт, мацерия, перколяция, экстракция, каннабинол, каннабихромин.*

Одним из актуальных и горячо обсуждаемых вопросов мировой фармации заключается в рациональности легализации каннабиноидов для использования в медицинских целях. Эти вещества уже достаточно широко применяются в клиниках Канады и в Соединенных Штатах.

Cannabis является одним из сильнодействующих лекарственных растений и еще в древности применялась в медицинских целях. В Азии она в различных препаратах рекомендовалась для лечения ряд заболеваний, как кашель, усталость, ревматизм, астма, белая горячка, головная боль, тяжелые формы менструации и др., хотя объем ее потребления снижался из-за внедрения синтетических снотворных препаратов и анальгетиков. Долгое время это растение входила в Фармакопеи многих стран мира, но потом была запрещена. Открытие способа снижения внутриглазного давления с помощью каннабиноидов оживил интерес к ее использованию в терапевтических целях, в частности глакоумы [1]. Для профилактики тошноты и рвоты ассоциированной с химиотерапией рака используется Маринол [2]. Он способен устранять тошноту и рвоту в дозах, которые не влияют на мышление. В течение последних нескольких лет в мире ведется активная работа над созданием новых медицинских препаратов из конопли. Такие страны, как Бельгия, Франция, Германия, Нидерланды, Великобритания и Финляндия, проводят эксперименты с целью определить степень эффективности марихуаны в лечении [3]:

- ✓ тошноты и рвоты в ходе химио- и радиотерапии;
- ✓ глаукомы;
- ✓ множественного склероза;
- ✓ истощенности и потери аппетита при СПИДе;
- ✓ повреждениях или заболеваниях позвоночника;
- ✓ хронических болей, например, при артрите;
- ✓ синдрома Туретта

Каннабиноиды – это биологически активные вещества особого строения, которые в природе встречаются исключительно в растениях семейства коноплёвых (*Cannabaceae*). Растительные каннабиноиды также называют фитоканнабиноидами. Растение Cannabis содержит более 421 химических веществ, из которых 61 являются каннабиноидами [4].

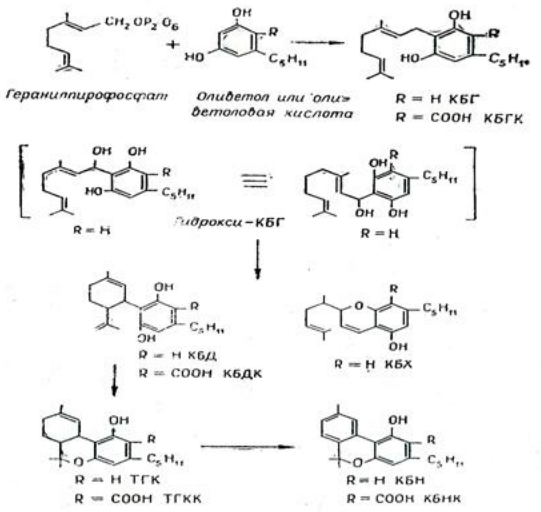


Рисунок 1 - Схема биосинтеза каннабиноидов (Г.В. Лазурьевский, 1972)

Предшественником всех растительных каннабиноидов является каннабигероловая кислота, которая под воздействием трёх независимых ферментов класса циклаз превращается в каннабихроменовую, каннабидиоловую и дельта-9-тетрагидроканнабиноловую кислоты (рис.1). Данные кислоты в результате декарбоксилирования дают свободные каннабиноиды – каннабихромен, каннабидиол и дельта-9-тетрагидроканнабинол соответственно. Остальные каннабиноиды являются продуктами биотрансформации основных каннабиноидов.

В современной литературе много данных по испытанию действия отдельных синтетических и натуральных компонентов марихуаны на лечение отдельных болезней. В настоящее время конопля очень модна среди современных создателей лекарств, т.к. к ней обычно, в отличие от опиатов, у тяжелобольных, не происходит привыкания. Каннабиноиды в растворенном состоянии быстро модифицируются [5]. Только у тетрагидроканнабинола (ТГК) известно более 60 изомеров. Стабилизировав структуру этого соединения можно легко получить мощное лекарство от различных болезней, что и было сделано американской фирмой «ROXANE» (с 1999 г. Unimed. Solvay Pharmaceuticals, Inc, США), выпустившей в продажу в 1985 году лекарственный препарат под названием «Marinol». Отношение к производным конопли сейчас становится положительным. Недавно было доказано, что ТГК не накапливается в жировых клетках мозга человека, не убивает их, и сама по себе не делает его ленивым и тупым. Основной мишенью ТГК является головной мозг, где он взаимодействует со специфическими рецепторами CR_1, CR_2 (18, 20, 21), максимальное количество которых расположено в коре головного мозга (фронтальных отделах), лимбической системе, гиппокампе и мозжечке [6]. Более того, Alan Leshner [7] уже выделен компонент (его назвали SR141716), который блокирует рецепторы каннабиноидов в головном мозге и тем самым влияние каннабиноидов. Уже доказано, что сами каннабиноидподобные соединения являются обычными компонентами человеческого тела. Их роль в организме пока неизвестна. Хотя выявленный компонент SR141716 тормозит протекание химических процессов в мозге возможно, использовать его для лечения редких случаев ТГК-зависимости.

Когда говорят об использовании конопли, то подразумевают использование листьев соцветий и верхушечных листьев. На их внутренней поверхности формируются ворсинки, наполняемые каннабиноидами. Обычно в сухих листьях дикорастущих и культурных наркотических растений накапливается от 0,03 до 4,8 психоактивного ингридиента – дельта-9-тетрагидроканнабиола или THC (англ)-ТГК (рус).

В современных культурных наркотических сортах в верхушках содержится до 20% THC (на сухой вес). Другие каннабиноиды, такие как каннабидиол (КБД), каннабинол (КБН) и каннабихромин, содержащиеся в растении не обладают психоактивным действием, но биологически активны, в частности они ингибируют синтез ДНК, РНК и белков [8].

Термин «медицинская марихуана» включает в себя несколько веществ, которые имеют различный юридический и медицинский статус:

1. Растение каннабис и его смола – любая часть Cannabis sativa L., indica, ruderalis или смола, полученная из его верхушек.
2. Экстракт каннабиса – обычно масло, полученное из растения, а также препараты, полученные из него; известно как гашишное масло.
3. Каннабиноиды. Класс химических веществ, имеющих общую структуру. Cannabis содержит более 60 каннабиноидов.

В США официально вместо термина экстракт каннабиса используется термин Ботаническая наркотическая субстанция «Botanical Drug Substances» полученная из растительного материала конопли. Растения каннабис включают в себя дикий генотип *Cannabis sativa* и его сорта, а также другие хемотипы натурального происхождения, содержащие различное количество индивидуальных каннабиноидов. Согласно «Guidance for industry Botanical Drug Products Draft Guidance, August 2000, US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research» она определяется как: «Наркотическая субстанция, полученная из одного или нескольких растений, водорослей или макроскопических грибов приготовляется из сырого ботанического материала с помощью одного или нескольких процессов: простого высушивания, растирания до порошкообразного вида, экстракции водой или спиртом, или сходных процессов». Термин ботаническая наркотическая субстанция не включает химически чистые или модифицированные вещества, полученные из натурального сырья. Т.е. в случае конопли термин «botanical drug substances» не включают в себя химически чистые каннабиноиды.

Полученный из конопли медицинский экстракт (CBMEs), приготовленный одним из вышеперечисленных методов классифицируется как ботаническое наркотическое вещество «botanical drug substances», в соответствии, с определением данном в «Guidance for industry Botanical Drug Products Draft Guidance, August 2000, US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research».

Ботаническая наркотическая субстанция «Botanical drug substances» полученная из растений конопли, включает

первичный экстракт, полученный таким процессом как, например, мацерия, перколяция, экстракция растворителями, такими как Cl до C5 спирты (т.е. этанол), Norflurane (HFA134a), HFA227 и жидкой двуокисью углерода при низких температурах. Первичный экстракт может быть в дальнейшем очищен с помощью ступенчатой экстракции, возгонки или хромтографии. Дальнейшее превращение ботанического наркотического вещества «Botanical drug substances» в Ботанический наркотический продукт «Botanical drug substances» определяется в «Guidance for industry Botanical Drug Products Draft Guidance, August 2000, US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research» как: «Ботанический продукт, который намереваются использовать как лекарственное средство или лекарство, полученное из ботанической наркотической субстанции» [9].

Наличие в Казахстане Шуйской долины с огромными запасами дикорастущей конопли, отсутствие собственных сильнодействующих медицинских препаратов обусловили необходимость проведения исследований по созданию казахстанского фармпрепарата. Это и является целью исследований данной работы.

Разработка технологии получения высокоочищенных каннабиноидов из низко- и высококаннабиноидной конопли.

В настоящее время в мире официально выпускается два препарата из конопли – Маринол и Дронабинол. Первый производится в США путем последовательного химического синтеза Δ-9-ТГК начиная из двух углеродных молекул. Дронабинол производится немецкой фирмой «THC Pharm» GmbH путем синтеза из ненаркотических каннабиноидов. В обоих случаях использование в качестве сырья конопли с высоким содержанием ТГК в этих странах запрещено законом.

В литературе имеются сведения о способах получении дельта-9-ТГК из марихуаны [10]. Так, в 1942 году Wolver et all (1942) опубликовали статью, где описали выделение ТГК путем получения этанольного экстракта красного цвета, его очистке эфиром путем многократной дистилляции при вакууме, хроматографии на колонках с силикагелем и пропускания через активированную окисью алюминия и ТХУ. Полученный препарат не был химически чистым.

De Ropp [11] в 1960 году выделил ТГК используя верхушки листьев *Cannabis sativa.* После экстракции метанолом он хроматографировал экстракт через колонку с Celite с последующей перегонкой при вакууме. Чистота выделения контролировалась путем хроматографии полученных экстрактов на бумаге. Наиболее чистые каннабиноиды были получены Gaoni and Mechoulam [12] в 1964 году из гашиша. Путем многократного хроматографирования через колонки с florisil и окисью алюминия, последующего синтеза промежуточного соединения 3,5-динитрофенилуретана с ТГК, очистки этого соединения и мягкого гидролиза был получен ТГК. Его чистота контролировалась путем хроматографии на пластинках с силуфолом и спектроскопическим анализом (IR и NMR).

Korte et all [13] в 1965 году выделили грубый экстракт из женских растений Cannabis sativa indica и Cannabis sativa non indica. Для удаления примесей типа хлорофилла, каротиноидов, ксантофилла экстракт хроматографировали через колонку с активированным алюминием. Все каннабиноидные фракции были сконцентрированы в виде гашишного масла красного цвета. Дальнейшая очистка производилась по схеме Gaoni и Mechoulam (1964).

В 1967 году Gaoni и Mechoulam повторно сообщили об очистке ТГК. Была использована следующая схема: каннабиноиды извлекали из гашиша гексаном. Экстракт разделяли на кислую и нейтральную фракции. Кислую фракцию хроматографировали через колонку с Frosil или промытой кислотой окисью алюминия. Элюировали смесью пентана с эфиром постепенно увеличивая полярность раствора. ТГК находилась во фракции, содержащей 15% эфира в пентане. Дальнейшая хроматография была связана с получением кристаллического деривата – ТГК-3,5,-динитрофенилуретана и его последующего гидролиза.

В 1972 году Verwey Witte [14] опубликовали методику выделения ТГК-А. Каннабиноиды выделяли гексаном из гашиша, затем экстракт помещали в сосуд с двумя слоями – 2% NaOH и 2% сульфитом натрия. Щелочной слой был подкислен H_2SO_4 pH≤2, что приводит к выпадению в осадок кислых каннабиноидов. ТГК получали путем выпаривания при 300^0C эфирного раствора THC-A.

Бриану Вайту [15] пришлось обобщить все эти методы и запатентовать в Американском патентном ведомстве. Положительное решение получено в 2003 году. В качестве лекарственных средств им названы THC, CBD, CBN, THCAc, CBDCOOH, THCV как в отдельности, так и в комбинации, как натуральные (из растений), так и синтетические, а также их рецепторы. Отличием от ранее использованных методов является использование жилкой двуокиси углерода для экстракции.

Нами также разрабатывались препаративные методы получения химически чистого ТГК из дикорастщей конопли. Исследования по этому разделу проводились совместно с немецкой фирмой «THC Pharm» GmdH, у которой имеется в Европе лицензия по изготовлению и реализации препарата из конопли – дронабинола. Нами разработана подробная технология получения наркотического вещества THC из дикорастущей конопли. Т.к. этот раздел имеет ряд моментов «ноу-хау», некоторые этапы не были описаны подробно.

Краткое описание этапов технологического процесса получения каннабиноидов из шуйской конопли

1. Скашивание растений производится в период с июля по сентябрь месяцы. Общая продуктивность сплошных диких зарослей конопли обычно составляет около 10-35 ц/ га, культурных посевов около 30-60 ц/га. После высушивания от стеблей простым встряхиванием отделяются листья и соцветия. Их тщательно перемешивают до однородной массы и эту сухую массу помещают в мешки весом около 10-15кг.

2. Мешки с сухими листьями и соцветиями под охраной милиции перевозятся в лабораторию и помещаются в специальную комнату хранения.

3. Общие потери сырья при высушивании составляет около 80 %. Из общего веса растения около 15% приходится на листья и соцветия. 20% от общего веса листьев остается на ветках. Таким образом, из 1000 кг свежескошенной конопли можно получить около 200 кг сухих растений. Из этих 200кг 30кг приходится на листья и соцветия. После отделения стеблей от листьев мы получаем около 24кг сухих листьев и соцветий. Из них около 2кг камни, песок и другой мусор.

4. Обычно в шуйской конопле содержание ТГК составляет от 2 до 8%. Сухие листья и соцветия (5кг) помещают в 30л бочки из нержавеющей стали, заливают петролейным эфиром и закрывают крышкой, время от времени встряхивая. Через 24 часа экстракт переливают в другую бочку со следующими 5 кг листьев и процесс повторяется. Обычно берут 5 бочек. После прохождения экстракта через пять бочек он насыщается, затем выпаривается на роторном испарителе при 60^oC и вакууме. Оставшиеся в бочках остатки растительного материала вновь заливаются петролейным эфиром, и процесс повторяется заново. Таким образом, производят многократную экстракцию каннабиноидов из растительного материала петролейным эфиром не содержащего примесей ароматических соединений.

5. Полученный экстракт выпаривается под вакуумом и нагреве. После экстракции каннабиноиды очищаются методами жидкостной хроматографии используются хроматографические колонки различного диаметра. Очищенные таким образом различные фракции каннабиноидов эстерифицируются диазометаном. Затем после очищаются путем дистилляции под глубоким вакуумом. В результате получаются каннабиноиды:

1. Тетрагидроканнабинол
2. Каннабинодиол
3. Метилканнабинолат

4. Метилтетрагидроканнабинолат
6. Процентный выход чистого сырья составляет примерно 45% от исходного содержания ТГК. Таким образом, в тонне чистого сырья конопли содержится тотчас после высушивания 30кг ТГК. Из него можно получить 5-8кг чистых каннабиноидов.

Нами и «THC Pharm» GmbH была начата разработка методики получения ТГК из каннабидиола (КБД). Необходимость разработки данной технологии связана с наличием в Шуйской долине зарослей конопли с высоким содержанием этого соединения; более простой по сравнению с ТГК процедурой очистки КБД от сопутствующих веществ путем переосаждения последней; наличием КБД в культурных сортах ненаркотической конопли.

Были взяты образцы культурной ненаркотической конопли. В них содержание каннабидиола составляло 3%. Высушивание и экстракция образцов были проведены как описано выше. CBD осаждали путем подкисления раствора, перерастворяли и несколько раз очищали путем дистилляции. Затем производили изомеризацию CBD в Δ^1-ТГК. Этот процесс проводили в присутствии катализатора – солей бора в растворе метилен хлорида. Через 30минут добавляли равные количества эфира и воды. Органический слой был отделяли и промывали растворами бикарбоната натрия и сульфата натрия. После выпаривания и хроматографическую колонку с Florisil и элюировали пентаном с возрастающей концентрацией эфира. Первый компонент Δ^1-ТГК был элюирован при концентрации эфира 1%, последний Δ^9-ТГК при 2-4% эфира в пентане. После многократной дистилляции получали чистый ТГК. Этот метод дешевле, чем разработанный ранее, т.к. очистка ТГК от других каннабиноидов очень трудоемка и дорога. Данный метод намного проще и быстрее. Содержание ТГК составляет 99.5%. По качеству эта ТГК не отличается от той, которая реализуется через сеть аптек фирмой «THC Pharm» GmbH в Германии.

В течение ряда лет вся работа была сосредоточена на разработке дешевого метода получения каннабиноидов. Разработанный ранее был очень дорог, т.к. реактивы для экстракции и хроматографии в Казахстане не выпускаются. Кроме того, в большом числе публикаций было доказано, что чистый THC не столь терапевтически активен, как в сочетании с другими каннабиноидами. Так, только одно ТГК снимает боль в меньшей степени, чем в присутствии небольшого количества экстракта из соцветий. Фармакологическое обьяснение этого в настоящее время выясняется. Однако в некоторых случаях одноврменного применения THC и каннабидиола (CBD) в предклинических испытаниях получаются совершенно разнонаправленные результаты. Например, в некоторых описаниях указано на модификацию психоактивного действия этих каннабиноидов позволяет понять терапевтическое действие грубых экстрактов из разных регионов мира. Обнаружено увеличение эффекта при совместном применении THC и CBD, хотя фармакологическое действие обоих компонентов резко отличаются. Клинически доказано, что токсичность THC для организма выше, чем смеси THC и CBD. Аналог ТГК тетрагидроканнабиноварин имеет более сильно выраженный терапевтический эффект, чем THC и CBD. Исследования этого соединения только начались, но его лечебный эффект уже запатентован Brian White[17-18]. Так как в Шуйской долине произрастает огромное количество популяций с разными комбинациями каннабиноидов, то не трудно подобрать нужные растения и создать препарат с нужным сочетанием каннабиноидов.

В основу методов были положены:
1. Метод просеивания
2. Ступенчатой экстракции
3. Холодной экстракции с последующей хроматографией

По первому методу у растений до первых морозов брали листья с верхушек веток и стеблей. Высушивали и просеивали через сита с концентрацией THC около 20%. После получения от фирмы «Pollinator» установки просеивание стали вести механизировано и более производительно.

По второму методу экстракцию вели с помощью петролейного эфира, затем экстракт возгоняли. Высушивали. Концетрация THC составляла около 62%. В его состав входят также CBD и CBN – не наркотические каннабиноиды.

По третьему методу использовали физические свойства ворсинок листьев: при 0 -4о они отрываются от листа и скатываются в микроскопические шарики. Их пропускали через сита с диаметром пор 100 и 40 мк. В результате получали в экстракте 60% THC, 9% CBD, 10% CBN, 5% CBDCOOH.

Полученный с помощью аналога этого метода самый дорогой голландский гашиш ice-o-lator содержит всего 15-20% THC. Это связано с высоким качеством растительной «пыли», которую мы собирали (без просеивания) в Шуйской долине в конце сентября. С помощью этих простых методов мы получили 3 препарата. Разведенные растворы их были переданы для предклинических испытаний. По предварительным данным они эффективно действуют на животных и модельные системы.

Таким образом, в процессе изучения количественного и качественного состава каннабиноидов Шуйской долины нами были Разработаны 3 схемы получения фармацевтических препаратов из конопли:

1. 99% препарат из ТГК. Он был получен путем многократного переосаждения и хроматографии через колонки с силикагелем экстракта из соцветий конопли.
2. Препарат с содержанием 62% ТГК. В его состав входят также CBD и CBN – не наркотические каннабиноиды. Сочетание этих трех каннабиноидов дает синергический эффект. Препарат ближе к природному экстракту и получен путем многократного переосаждения экстракта из соцветий конопли. Схема его получения намного проще и дешевле первой.
3. Препарат с содержанием ТГК около 60%. Получается путем осаждения ворсинок, содержащих каннабиноиды при низкой температуре и последующего фильтрования через систему сит с различными размерами пор. Эта схема наиболее простая и дешевая.

Работа с полученными препаратами возможна только в исследовательских целях. Продвижение наших медпрепаратов на рынок требуется множества согласований, что входит в противоречие с УПК Республики Казахстан. Для промышленной переработки конопли с целью реализации дешевого препарата на рынке требуется получение разрешения Правительства и ряд законодательных мер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 ElSohly, M. A., Harland, E. and Waller, C.W. Cannabinoids in glaucoma II: The effect of different cannabinoids on the intraocular pressure of the rabbit // Curr. Eye Res.- 1984. - №3(6). – P. 841-850.
2 El-Mallakh, R. S. Marihuanna and migraine // Headanche. – 1987. - №27(3). – P. 442-443.
3 Volfe, Z.; Dvilansky, I. A., and Nathan, I.; Cannabinoids block release of serotonin from platelets induced by plasma from migraine patients // Int. J. Clin Pharmacol. Res. – 1985. - №5(4). – P.243-246.
4 Лазурьевский Г. В., Николаева Л. А. Каннабиноиды. – Кишинев: Штиинца, 1972. – 263 с.
5 Turner C. E., M. A. Elsohly and E. G. Boeren Constituents of Cannabis sativa L. XVII. A review of the natural constituents // Journal of Natural Products. – 1980. - №43 (2). – P. 169—234.
6 Svendsen K.B., Jensen T.S., Bach F.W. Does the cannabinoid dronabinol reduce central pain in multiple sclerosis? // Randomised double blind placebo controlled crossover trial. BMJ. – 2004. - №329. - 253 p.
7 Тихомиров В.Т., Барашкин В.А., Зеленина О.Н. «Перспективы и основные направления использования продуктов переработки конопли» // Сельскохозяйственная биология, 2001. - №3. – С. 225-229.
8 Rodriguez de Fonseca F., Del Arco I., Bermudez-Silva F.J., Bilbao A., Cippitelli A., Navarro M. The endocannabinoid system: physiology and pharmacology // Alcohol Alcohol. – 2005. - №40(1). – P. 13-19.
9 Verwey, A. M. A.; and Witte, A. H.; A rapid method of preparation of THC by isolation of THCA from hashish // Pharm. Weekblad. – 1972. - V. 107. - P. 415-416.
10 DeRopp, R. S., Chromatographic separation of the phenolic compounds of Cannabis sativa. //J. Am. Pharmacol. Assoc., Sci. -1960. - №49. - P. 756.
11 Gaoni, Y., Mechoulam, R. Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. //J. Am. Chem. Soc. – 1964. - №86. – P. 1646-1647.
12 Korte, F.; Sieper, H.; and Tira, S.; New results on hashish-specific constituents // Bull.Narcotics. – 1965. - №17. - P. 35-43.
13 Verwey, A. M. A.; and Witte, A. H.; A rapid method of preparation of THC by isolation of THCA from hashish // Pharm. Weekblad. – 1972. - V. 107. - P. 415-416.

К.Н. САРСЕНБАЕВ[1], Э.С. БОРИБАЙ[2]
[1]Л.Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, Астана қ.
[2]Т.Рысқұлов атындағы Қазақ экономикалық университеті, Алматы қ.

КЕНЕПШӨПТЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ПРЕПАРАТ АЛУДЫҢ ҚАЗІРГІ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Мақалада Шу өңірінде өсетін кенепшөп құрамынан медпрепарат алудың әдістері туралы қарастырылған. Кенепшөп құрамынан алынған дәрілік препараттарды ВИЧ-науқастарды, лейкемия, эпилепсия, демікпе, глаукома, склероз түрлерін, жараларды және басқа да жүйке ауруларын емдеуде клиникада кең қолданады. Жабайы кенепшөп түрінен химиялық таза тетрагидроканнабинолды алудың әдісін анықтау «THC Pharm» GmdH неміс фирмасымен бірлесе атқарылды. Аталған фирма кенепшөп құрамынан дронабинол препаратын алу бойынша Европа елдерінде алғаш лицензияланған фирмалардың бірі қатарында.
Зерттеу мақсаты – Қазақстанның Шу өңірінде жабайы кенепшөптің биологиялық бай қоры болуымен қатар, елімізде науқастарды емдеуде әсері күшті отандық медициналық препараттарды алу әдістерін анықтау зерттеудің басты мақсатына жатады.
Методология – ғылыми материалдарға шолу, алынған тәжірибелік мәліметтерді талдау.
Түйінді сөздер: тетрагидроканнабинол, каннабидиол, Левонантрадол, Маринол, ДНҚ, РНҚ, Cannabis sativa, Cannabis ruderalis, Cannabis sativa L., indica, хроматография, хлорофилл, экстракт, мацерия, перколяция, экстракция, каннабинол, каннабихромин.

K.N. SARSENBAEV[1], E.S. BORIBAY[2]
[1]Eurasian University named after L. Gumilev, Astana
[2]Kazakh Economic University named after T.Ryskulov, Almaty

MODERN METHODS OF OBTAINING HEALTH PREPARATIONS OF CANNABIS

Resume: The article discusses methods for obtaining medications from Shuya wild hemp. Medications that are based on substances extracted from hemp, which is used in the treatment of HIV-infected patients, leukemia, epilepsy, asthma, glaucoma, multiple sclerosis, ulcers, and other neuromuscular disorders, as well as methods for the preparation of chemically pure THC of wild hemp . The studies were conducted in collaboration with the German company «THC Pharm» GmdH, in which there is a single European license for the manufacture and sale of the drug from hemp - dronabinol.
The purpose of the study - the presence in Kazakhstan Shuya valley with huge reserves of wild hemp, lack of own potent medications necessitated research on the creation of the Kazakhstan pharmaceuticals.
Methodology - a review of scientific materials, experimental analysis of scientific results.
Keywords: tetrahydrocannabinol, cannabidiol, Levonantradol, Marinol, DNA, RNA, Cannabis sativa, Cannabis ruderalis, Cannabis sativa L., indica, chromatography, chlorophyll extract, Matsera, percolation, extraction, cannabinol, cannabichromene.

УДК: [615.33+547.5871]:615.451.13

Д.К. КИЯШЕВ
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ КОМПОЗИЦИОННЫХ СПИРТОВЫХ РАСТВОРОВ И ИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ

Исследованы композиционные спиртовые растворы, содержащие кислоту салициловую и на основании антимикробной активности указанных растворов и их составляющих, определены совместимость, а также синергетическое действие кислоты салициловой.
Ключевые слова: *штаммы, граммположительные бактерий Staphylococcus aureus, граммотрицательные Pseudomonas aeruginosa , Escherihia coli и дрожевые грибы Candida albicans. «Азисал», «Левисал», «Ципросал», «Брисал» и «Бирас». синергетическое действие, кислота салициловая. Толерантность.*

Несмотря на большой арсенал антибактериальных средств в современной медицине, проблема борьбы с гноеродной инфекцией остается актуальной. Приоритет в лечении местных инфекционых процессов отдается антибиотикам и антисептикам. Описано более 6 тысяч природных и десятки тысяч полусинтетических производных антибиотиков, однако наибольшее значение в медицинской практике имеют около 50 антибиотиков, выпускаемых в разнообразных лекарственных формах и предназначенных для различных целей. Основной преградой, препятсвующей успеху лечения антибиотиками, является устойчивость (резистентность) к ним микроорганизмов. Широкое распространение устойчивых форм микроорганизмов, прежде всего к пенициллину, стрептомицину, тетрациклину обусловливает необходимость внедрения к практику новых эффективных препаратов, а также рационального применения на основе предварительной идентификации выделенных возбудителей заболевания и определения их чувствительность к антибиотикам /1,2/.

Антисептики в основном применяются наружно, а некоторые из них используются для воздействия на микроорганизмы, локализирующиеся в желудочно-кишечном тракте и мочевыводящих путях. В зависимости от концентрации они оказывают бактериостатическое или бактерицидное действие. Но, в общем антисептика прочно и навсегда вошла в хирургию. Например, из хирургических клиник исчезли такие страшные осложнения, как рожа и госпитальная гангрена. Поэтому вопросы разработки способов синтеза и технологии приготовления различных антисептиков и противовоспалительных средств имеют первостепенное значение /3-5/.

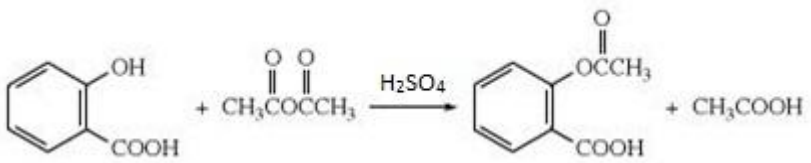
В этой связи нами разработан новый способ синтеза бриллиантового зеленого из бензальдегида с помощью капельной подачи кислоты хлороводородной. При этом реакция протекает с эквивалентными количествами бензальдегида и N, N^1- диэтиланилина, в связи с чем, отпадает необходимость отгонки его водяным паром /6.7/.

Бриллиантовый зеленый как антисептическое средство применяют в виде водных или спиртовых растворов при заболеваниях и повреждениях кожи /8/. *Бриллиантовый зеленый /9/* регламентируется нормативными документациями (НД) производителей данного антисептика. В медицине применяется в виде 1 % или 2 % спиртового раствора на 60 % или на 70% этиловых спиртах. Является высокоактивным и быстродействующим антисептиком в отношении грамположительных бактерий, также оказывает фунгицидное действие в отношении некоторых патогенных грибов. На грамотрицательные бактерии практически не влияет. Успешно применяется в ветеринарной практике.

Оригинальным способом с использованием соли этилугольной кислоты в инертной газовой среде (аргон, диоксид углерода) была синтезирована кислота салициловая /10/. Салициловая кислота при местном применении оказывает слабое антисептическое, а также раздражающее, отвлекающее действие. В низких концентрациях оказывает кератопластическое, а в высоких — кератолитическое действие Кератолитические средства действуют размягчающе на роговой слой эпидермиса, вызывают его отшелушивание. Кроме того, они обладают антипаразитарным действием, так как удаляют вместе с пораженным роговым слоем микроорганизмы. Размягчая роговой слой, кератолитические средства способствуют проникновению в кожу лекарств, в сочетании с которыми они назначаются.

Далее из салициловой кислоты нами синтезирована ацетилсалициловая кислота /11,12/. Ацетилсалициловая кислота оказывает противовоспалительное, жаропонижающее, а также болеутоляющее действие. Противовоспалительное действие ацетилсалициловой кислоты объясняют ее влиянием на процессы, протекающие в очаге воспаления. Жаропонижающее действие связано также с влиянием на гипоталамические центры терморегуляции. Одним из основных механизмов действия ацетилсалициловой кислоты является инактивация фермента циклооксигеназы, в результате чего нарушается синтез простагландинов. Ацетилсалициловая кислота обладает также антиагрегационным действием. Наиболее частым осложнением при применении ацетилсалициловой кислоты является раздражение слизистой оболочки желудка, развитие эрозий, иногда с кровотечением. Кроме того, не учитывается устойчивость кислоты ацетилсалициловой в кислой среде.

Самым простым способом синтеза ацетилсалициловой кислоты считается следующая схема реакции /13/.



Кислота салициловая Кислота ацетилсалициловая

Как видно из уравнении; реакция проходить в присутствии серной кислоты, это доказывает устойчивость кислоты ацетилсалициловой в кислой среде, то есть, кислая среда поддерживает устойчивость ацетилсалициловой кислоты. Как известно, в желудке содержится до 3% хлороводородной кислоты и распад пищевых продуктов происходит с участием хлороводородной кислоты и энзимов желудка, однако хлороводородная кислота, содержащаяся в желудке, должна увеличивать устойчивость ацетисалициловой кислоты, а энзимы должны действовать наборот, таким образом, в присутствии кислоты ацетилсалициловой в желудке появляется противоположное конкурентное явление между действиями хлороводородной кислоты и энзимов. До сегодняшнего дня специалистами не исследовано конкурентное действие хлороводородной кислоты и энзимов желудка в присутствии кислоты ацетилсалициловой. Поэтому к особому фактору осложнения надо отнести устойчивость

ацетилсалициловой кислоты в кислой среде, то есть, в желудке.

Традиционные лекарственные средства ограниченно воздействуют лишь на отдельные компоненты воспалительного процесса, поэтому изыскание новых комбинированных препаратов, обладающих одновременно полифункциональным действием, является перспективным и актуальным направлением в лечении данного вида заболевания. При этом следует учитывать простоту, доступность, безвредность, растворимость, химическую совместимость компонентов лекарственной формы, а также возможность серийного промышленного производства в РК /14-17/. Препараты содержащие антибиотики и антисептики для наружного применения обычно готовятся в виде жидких и мягких лекарственных форм. Эти лекарственные формы могут содержать подходящие консерванты и другие вспомогательные вещества. Консерванты действительно не относятся к веществам, дружественным коже. Многие консерванты занимают далеко не последние места в списке аллергенов. К тому же они убивают естественную кожную флору, которая состоит из безвредных бактерий. Эти бактерии держат друг друга в равновесии и препятствуют размножению других, болезнетворных микроорганизмов. Таким образом, консервант способен нарушить биологическое равновесие на коже. В настоящее время количество веществ, используемых в качестве консервантов, достигает 200. Это обусловлено как тем, что какие-то консерванты могут быть несовместимы с другими веществами определенной лекарственной композиции, так и поиском новых, более эффективных соединений с широким антимикробным действием. Синтетические же консерванты часто раздражают кожу, а природные, то есть, растительные оказывают слабую активность. Наиболее распространенные из синтетических — парабены (нипагин и нипазол). Так для создания композиционных препаратов мы использовали следующие антибиотики: азитромицетин, левомицетин, ципрофлоксацин и нестероидные противовоспалительные средства ацетилсалициловой- и салициловой кислоты, кроме того был использован как антисептик бриллиантовый зеленый. В качестве консерванта кислота салициловая нашла применение в различных дерматологических препаратах, реже - в косметологических средствах. Поэтому нами поставлена цель использовать кислоту салициловую одновременно в качестве консерванта, а так же как действующего вещества. В начале исследования нам было интересно изучить совместимость антибиотиков азитромицетина, левомицетина, ципрофлоксацина и бриллиантового зеленого с кислотой салициловой. Учитывая вышеизложенное, мы обратили внимание к медицинским растворам, так как они широко используются в медицинской практике как наружные и внутренние средства, кроме того, растворы готовятся без особого труда. В состав раствора можно вводить различные лекарственные вещества, в основном, это антисептики, местные анестетики, противомикозные, антибактериальные, противовоспалительные и болеутоляющие средства. Широкое применение спиртовых растворов обусловлено простотой их изготовления, разнообразием способов назначения и более высокой, чем у водных растворов, стабильностью, так как спирты также применяются при приготовлении экстрактов в качестве консервантов /18/. **С научной точки зрения, любой растворитель не может быть абсолютно инертной матрицей препарата.** Он всегда оказывает на препарат определенное влияние, что может найти отражение в развитии фармакотерапевтического эффекта. Иными словами, растворы любого лекарственного вещества в различных растворителях терапевтически не эквивалентны. Особенно это относится к случаям резкого различия свойств растворителей. Например, в водных растворах йодидов бром легко вытесняет ион йода, а в растворах диметилсульфоксида — нет. Также, например, точным экспериментом установлено, что абсолютная и относительная эффективность таких известных препаратов, как хлордиазепоксид, диазепам и ряд других, в большей степени зависит от вида используемого растворителя. Выбор растворителя требует научного обоснования и в производстве лекарств не может быть обусловлен иными соображениями. Не менее важным является необходимость расширения спектра обычно используемых в производстве растворителей, поскольку во многих случаях, как эквивалентность, так и стабильность экстемпоральных лекарств зависят от природы используемых растворителей. Прежде чем перейти к характеристике растворителей, необходимо напомнить, что в фармацевтической практике для выражения растворимости лекарственных веществ используется узаконенная условная терминология, согласно которой различают: очень легко растворимые, легко растворимые, трудно растворимые, мало растворимые, очень мало растворимые и практические нерастворимые вещества. Нами взятые все препараты оказались растворимыми в этиловом спирте. Как известно, комбинированные лекарственные средства для местного применения состоят из простой или сложной основы, в которой обычно растворены или диспергированы одно или более активное вещество. В сответствии с этим основы и вспомогательные вещества, а также подходящие консерванты могут влиять на активность препарата. Нами поставлена цель определить антимикробную активность самой кислоты салициловой, бриллиантового зеленого и левомицетина в различной концентрации этилового спирта (40-90%), кроме того из указанных веществ приготовление композиционных препаратов и изучение их антимикробной активности. Для этого нами сначало были получены 1% раствор кислоты салициловой, 1% раствор бриллиантового зеленого и 1% раствор левомицетина на основе 40, 50, 60, 70, 80, 90 % этиловых спиртов /19-21/. Антимикробная активность кислоты салициловой в различных концентрациях спирта (40-90 %) приведены в таблице № 1 и графиках № 1-4

Краткое описание антимикробного метода исследования.

Изучение антимикробной активности всех указанных образцов проводилось по отношению к штаммам бактерий Staphylococcus aureus, Escherihia coli, Pseudomonas aeruginosa и дрожжевому грибу Candida albicans методом диффузии в агар (лунок). Исследуемые образцы растворяли в 96% этиловом спирте в концентрации 1 мг/мл. Культуру выращивали при температуре 37^0С в течение 18-24 часов. Культуру разводили в 0,9% растворе хлорида натрия, бактерии вносили по 1 мл в чашки с мясопептонным агаром, а кандиду - в среду Сабуро и засевали по методу получения «сплошного газона». Формировали лунки диаметром 6 мм, куда вносили препараты и 96% этиловый спирт в качестве контроля. Антимикробная активность образцов оценивалась по диаметру зон задержки роста тест-штаммов (мм). Учет активности препарата всех образцов №1-6 после инкубации проводили путем измерения зоны задержки роста микроорганизмов в мм штангенциркулем. Диаметр зон задержки роста меньше 10 мм оценивали как отсутствие антибактериальной активности, 10-15 - слабая активность, 15-20 - умеренная, 20 мм и выше - выраженная. Опыты проводились с каждым образцом препарата по 3 раза.

Таблица 1 - Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор кислоты салициловой					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%-спирт.	50%-спирт.	60%-спирт.	70%-спирт.	80%-спирт.	90%-спирт.
1	S. aureus ATCC6538	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,2	13±0,3	13±0,2
2	Bacillus Subtilis ATCC6633	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3	13±0,3
3	Escherichia coli ATCC25922	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	Candida albicansATCC885653	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2	11±0,2

Графическое изображение действие 1% спиртового раствора кислоты салициловой в различных концентрациях этилового спирта (1-6).

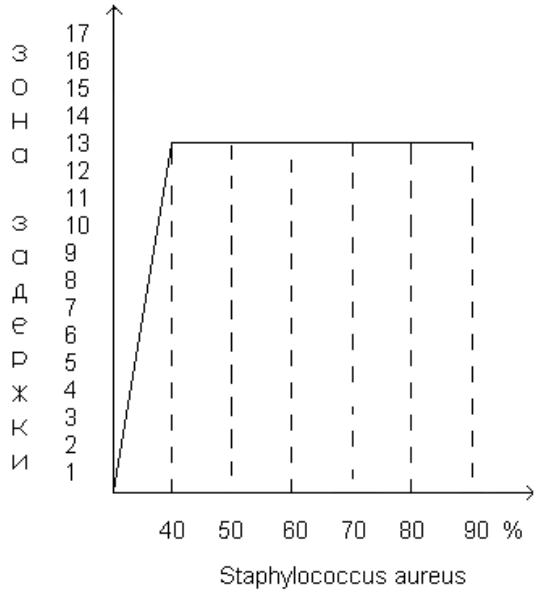


График 1

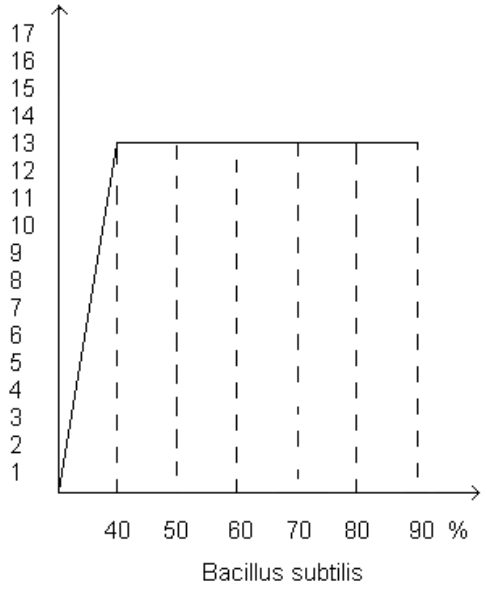


График 2

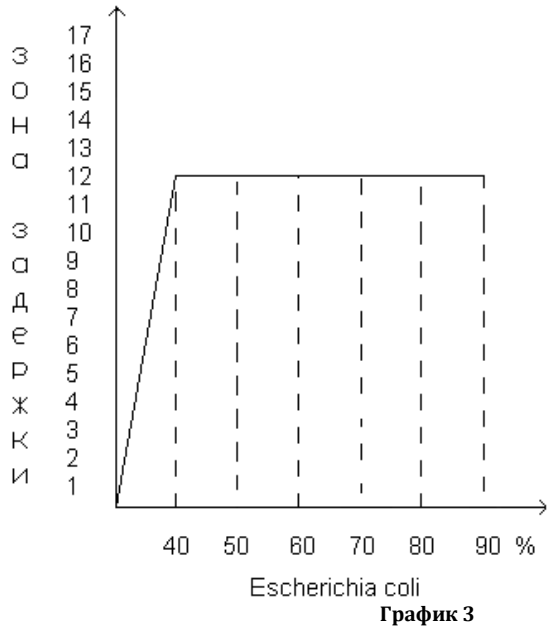


График 3

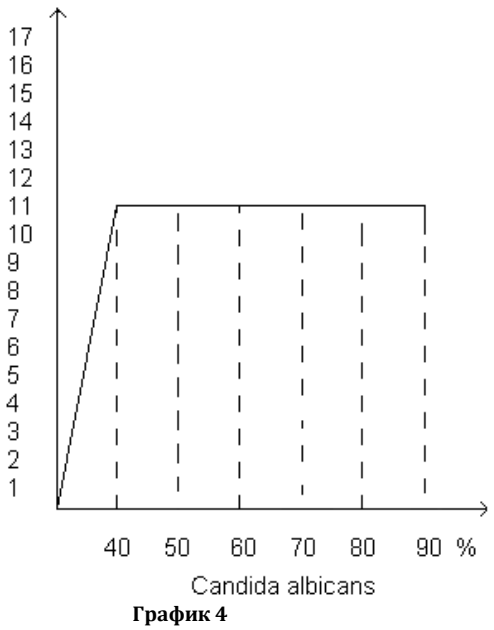


График 4

1% спиртовый раствор кислоты салициловой влияет на соответствующие штаммы бактерий с одинаковой активностью независимо от концентрации этилового спирта (40%, 50%, 60%, 70%, 80%, 90%). Это показано в таблице №1 и графиках №1-4. Такое действие кислоты связано с его растворимостью в разбавленных спиртах и полным распадом молекулы кислоты салициловой на ионы. Кроме того, спирт и кислота салициловая обладают раздражающим, противовоспалительным действиями. Таким образом, на основании проведения биологических исследований, доказана необходимость приготовления 1% раствора бриллиантового зеленого в 60%-70% спиртах, а для кислоты салициловой возможно использование этилового спирта любой концентрации. Приготовление 1% спиртового раствора кислоты салициловой в 40% этиловом спирте был бы более экономичным.

Результаты исследований антимикробной активности образцов раствора бриллиантового зеленого (1-6) в таблице 2 и графиках 5-8

Таблица 2 - Сравнительный анализ антимикробной активности 1% раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6)

№ п/п	Штаммы	1% раствор бриллиантового зеленого					
		1-обр.	2-обр.	3-обр.	4-обр.	5-обр.	6-обр.
		40%- спирт.	50%- спирт.	60%- спирт.	70%- спирт.	80%- спирт.	90%- спирт.
1	S. aureus ATCC6538	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	15±0,1	15±0,1
2	Bacillus Subtilis ATCC6633	14±0,1	14±0,1	14±0,1	15±0,1	16±0,1	14±0,1
3	Escherichia coli ATCC25922	13±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2	12±0,2
4	Candida albicans ATCC885653	14±0,2	14±0,2	14±0,2	14±0,2	11±0,2	11±0,2

Графическое изображение действие 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого в различных концентрациях этилового спирта (1-6).

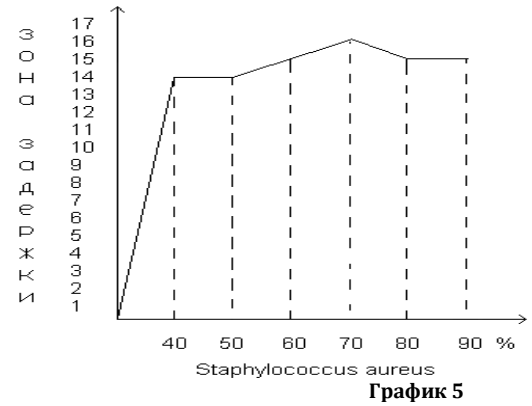


График 5

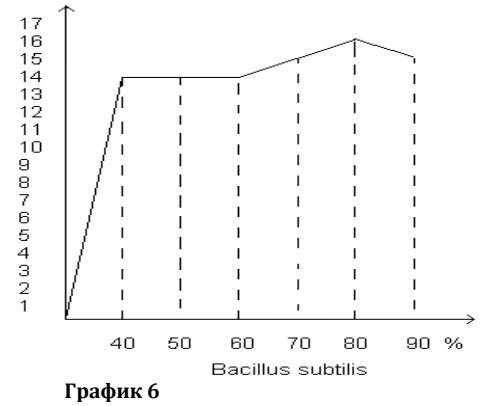


График 6

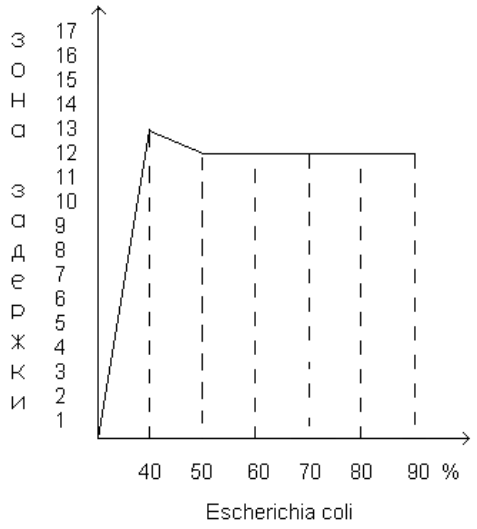


График 7

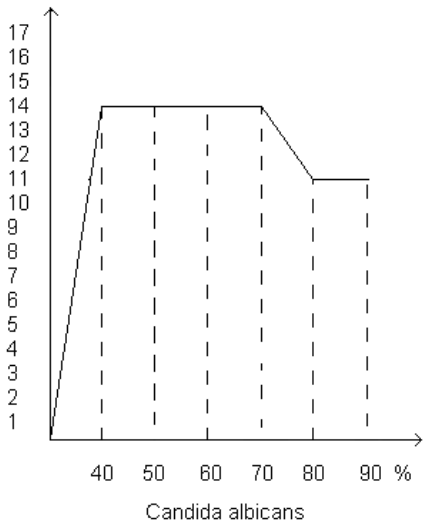


График 8

Выводы. Таким образом на основании биологических исследований спиртовых растворов бриллиантового зеленого и сравнивая данные таблицы №2 и графиков №5-8 мы установили, что 1% раствор бриллиантового зеленого в малых и больших концентрациях этилового спирта показывает более низкую противомикробную активность, а в 60% и 70% спиртах -более максимальную эффективность. Слабую активность бриллиантового зеленого мы объясняем их низкой растворимостью в разбавленных спиртах, а в крепких спиртах слабая активность бриллиантового зеленого объясняется тем что в больших концентрациях этиловый спирт за счет свращивание растворимых белков образует на поверхности ткани плотные гелифицированные пленки, мешающие достижению глубоких слоев эпидермиса, что уменьшает терапевтическую активность. Следовательно, оптимальную лечебную активность показывает бриллиантовый зеленый в 60% и 70% спиртовых растворах, так как при обработке кожи антисептический эффект наиболее выражен в этих концентрациях. В данном случае бриллиантовый зеленый и 60% и 70% спирт оказывают прямое синергетическое действие. Продолжая исследования в указанной области в целях повышения лечебной эффективности лекарственной формы, нами разработан новый композиционный препарат под условным назвыанием «Брисал», содержащий ,бриллиантового зеленого и кислоты салициловой/22/, а также компзиционный препарат «Бирас» содержащий бриллиантового зеленого и кислоты ацетилсалициловой в 70% этиловом спирте в целях определения их противомикробной активности /23/. Состав композиционного спиртового раствора «брисал» приведен в таблице 3, а спиртового раствора «Бирас» в таблице 4.

Таблица 3 - Образец композиционного препарата «Брисал»

№ серий	Наименование компонентов	№ образцов
1		Ингредиенты
	Бриллиантовый зеленый	1,0 г
	Кислота салициловая	1,0 г
	Спирт этиловый 70% до	100мл

Таблица 4 - Образец композиционного препарата «Бирас»

№ серий	Наименование компонентов	№ образцов
1		Ингредиенты
	Бриллиантовый зеленый	1,0 г
	Кислота ацетилсалициловая	1,0 г
	Спирт этиловый 70% до	100мл

Результаты исследований антимикробной активности препарата «Брисал» приведены в таблице №5, а препарата «Бирас» в таблице №6

Таблица 5 - Антимикробная активность препарата «Брисал»

№	шифр	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Bacillus subtilis	Candida albicans
«Брисал»	№1	11,0±0,2	12,0±0,3	12,0±0,2	14,0±0,2

Таблица 6 - Антимикробная активность препарата «Бирас»

№	шифр	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Bacillus subtilis	Candida albicans
«Бирас»	№2	18,0±0,2	16,0±0,3	20,0±0,2	30,0±0,2

Сравнивая данные таблицы №5 и №6 установили, что комбинированный препарат «Бирас» показывает максимальную эффективность по отношению к дрожжевым грибам, усиливая активное кандидомикозное действие, что обусловлено синергизмом двух препаратов: бриллиантового зеленого и кислоты ацетилсалициловой, кроме того ацетилсалициловая кислота подвергаясь реакции гидролиза распадается на уксусную и салициловую кислоту, а уксусная кислота повышает растворимость бриллиантового зеленого, тем самым способствует повышению антимикробной активности препарата «Бирас».

Задачей нашей работы была создание эффективного отечественного спиртового раствора для местного лечения гнойных ран, усиление расширение спектра фармакологического действия с одновременным уменьшением побочных эффектов; то есть, создание спиртового раствора, обладающей антимикробным действием. В качестве такого препарата нами предлагается спиртовый раствор содержащий азитромицина в различных концентрациях (0,25; 0,5; 0,75; 1,0 г) /24/. Готовят спиртовый раствор азитромицина путем растворения порошка азитромицина в 60% этиловом спирте.На весах отвешивают предварительно мелко измельченный порошок по 0,25г азитромицина и загружают его в реактор, где содержится 60% этиловый спирт . После этого включают электромеханическую мещалку и перемешивают до их полного растворения, затем раствор фильтруют. Полученные образцы - прозрачная жидкость с запахом спирта.

Технологический процесс производства спиртового раствора азитромицина состоит из 2 технологических процессов, 3 вспомогательных работ и 3 УМО.

Нами была подобрана модель лекарственной формы следующего состава:

Азитромицин 0,25-1,0 г
Этиловый спирт . 60% до 100 мл.

Результаты исследований антимикробной активности образцов приведены в таблице 7.

Таблица 7 - Антимикробная активность спиртовых растворов азитромицина 1-4 в различных концентрациях:

№	шифр	Процентное содержание азитромицина в 60% спирте	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
1	3	0,25	25±0,2	12±0,1	14±0,1	0
2	4	0,5	29±0,2	7±0,1	27±0,2	0
3	5	0,75	26±0,2	0	16±0,1	0
4	6	1,0	26±0,2	0	25±0,2	0

Продолжая исследования в указанной области в целях повышения лечебной эффективности лекарственной формы, нами разработан новый композиционный препарат, содержащий азитромицетин и кислоты салициловой в 60% этиловом спирте в целях определения антимикробной активности комбинированного спиртового раствора под условным названием «Азисал» следующего состава /25/:

Аэитромицина 0,25
Кислота салициловая 1,0
Спирт 60% до 100мл

Таким образом, нами разарботан состав и технология нового композиционного спиртового раствора «Азисал» .

Результаты исследований антимикробной активности препарата «Азисал» приведены в таблице 8.

Таблица 8 - Антимикробная активность препарата «Азисал»

№	шифр	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
«Азисал»	7	29±0,2	7±0,1	27±0,2	10±0,1

Выводы: Результаты антимикробного иссдования азитромицина в различних концентрациях показали, что различные дозы азитромицина на Staphilococcus aureus действуют с высокой антимикробной активностью в среднем задерживая рост микробов на 26 мм, и на Escherichia coli оказывают слабую активность. При взаимодействии с Pseudomonas aeruginosa задерживают рост от 14 мм до 27 мм, однака на Candida albicans не действуют. Комбинированный препарат «Азисал» задерживают рост Staphilococcus aureus до 29 мм, на Escherichia coli оказывают слабую активность, однака по отношеню Pseudomonas aeruginosa проявляют высокую активность задерживая рост микроба до 27 мм и хотя антибиотик азитромицин не действуют на Candida albicans,а композиционный препарат «Азисал» по отношению к дрожжевым грибам дополнительно проявляет кандидомикозное действие, что обусловлено синергизмом двух препаратов: азитромицина и кислоты салициловой.

Нами проведена работа по изучению антимикробного действия 6 моделей 1% раствора левомицетина в различных концентрациях спирта (40-90%) /21/.

Состав раствора:

Левомицетин 1,0
Спирт этиловый (40-90%) до 100мл

Результаты исследований антимикробной активности препарата левомицетина 6 моделей 1% раствора приведены в таблице №9. Графическое изоброжение приведены в №9-11.

Таблица 9 - Противомикробная активность образцов 1%-раствора левомицетина в различных концентрациях этилового спирта (40-90%)

№ Обр.	Концентрация спирта, %						Staphylococcus aureus	Pseudomonas aerugenosa	Escherichia coli
	40	50	60	70	80	90			
	1г левомицетин в 100 мл.						Зона задержки роста, мм.		
1	1						30±2	-	12±2
2		1					30±2	7±1	14±2
3			1				30±2	8±1	14±2
4				1			30±2	10±1	14±2
5					1		30±2	10±1	15±2
6						1	30±2	10±1	15±2

График 9 – Действие 1% спиртового раствора левомицетина в различных концентрациях этилового спирта (1-6).

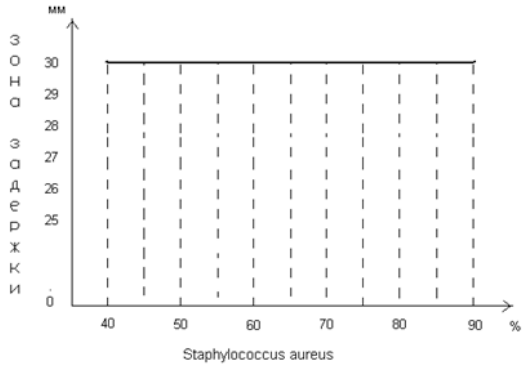


График 10 – Действие 1% спиртового раствора левомицетина в различных концентрациях этилового спирта (1-6).

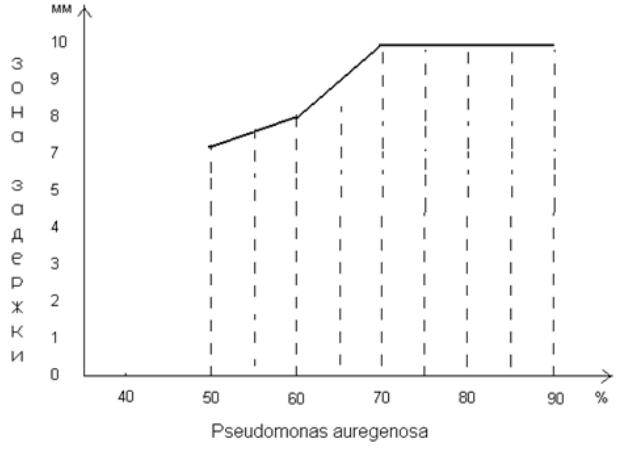
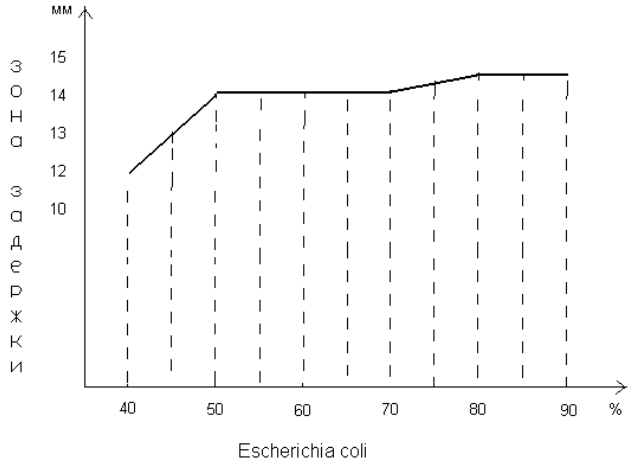


График 11 – Действие 1% спиртового раствора левомицетина в различных концентрациях этилового спирта (1-6).



Результаты биологических исследований в графике № 9 показывают, что все образцы 1% раствора левомицетина № 1-6 на Staphylococcus aureus действуют одинаково с наибольшей активностью, при этом зона задержки роста составляют 30±2мм. Как известно слабая концентрация этилового спирта раздражает кожу, вызывает гиперемию, рефлекторные, сосудистые реакции, улучшающее кровоснабжение и трофику тканей. Следовательно, хорошо растворимые в спирте левомицетин свободно проникает вглубь микробной клетки, при этом левомицетин и 40% этиловый спирт оказывают наилучший синергетический эффект, то есть антимикробное действие. Поэтому, мы рекомендуем изготовить 1% раствор левомицетина в 40% этиловом спирте, для лечения стафилококковых инфекций кожи. Антимикробное действие образцов № 1-6 в графике №10 на Pseudomonas auregenosa начинается с 1% раствора левомицитина в **50 %** этиловом спирте. При этом зона задержки роста составляет лишь 7±1 мм. Дальнейшее увеличение концентрации этилового спирта от 60% до 70% повышает зону задержки от 7,5±1 мм до 9±1мм. А повышение концентрации спирта от 80 % до 90% не влияет на активность образцов № 5, № 6. Данный эффект образцов №1-6 мы объясняем тем, что спирты с высокой концентрацией на поверхности тканей образуют гелифицированные пленки, мешающие образцам № 1-6 достигать глубокие слои микробной клетки и уменьшающие терапевтическую активность образцов № 5 и № 6. Образцы № 2-6 оказывают слабое противомикробное действие. В графике № 11 показано действие образцов № 1-6 на Escherichia coli. Все образцы оказывали среднюю антимикробную активность, при этом зона задержки кишечной палочки составила от 12±2 мм до 14±2 мм. На дрожжевые грибки Candida albicans все образцы №1-6 не действуют. Исходя из экспериментальных данных, мы предлагаем изготавливать композиционные спиртовые растворы, содержащие более активные компоненты для лечения кожных болезней вызванных грамотрицательными бактериями. А для лечения кожных инфекций вызванных грамположительными микроорганизмами использовать спиртовые растворы следующего состава:

Левомицитина -1,0

Спирт этилового 40%- 100 мл

Продолжая исследования в указанной области в целях повышения лечебной эффективности лекарственной формы, нами разработаны новые композиционные препараты, содержащие левомицетина и кислоты салициловой в 60% этиловом спирте с целью определения пртивомикробной активности комбинированного спиртового раствора под условным названием «Левисал» /26/. Многие лекарственные средства, применяемые наружно для местного лечения гнойных ран не всегда оказывают высокую терапевтическую эффективность. Так, для лечения тяжелых инфицированных или длительно незаживающих ран, ожогов, язв применяют 5 и 10% линимент левомицетина, пропитывая им тампон или нанося непсредственно на пораженную область и такое лечения больных может вызвать аллергические реакции, так как левомицетин может оказать токсическое влияние на на кроветворную систему (Ушбаев К.У. Новые лекарственные препараты Алматы.2000.с.228-229). Использование комбинированного раствора «Левисал» для данной цели уменшает токсическую дозу левомицетина и одновременно увеличивать лечебную эффект.

Задачей исследование является создание эффективного отечественного комбинированного спиртового раствора для местного лечения гнойных ран, оказывающей одновременное воздействие на различные стороны воспалительного процесса: усиление расширение спектра фармакологического действия с одновременным уменьшением побочных эффектов, то есть, создание раствора, обладающей антимикробным, дегидратирующим, некролитическим, противовоспалительным действием.

Спиртовый раствор, содержащий активно–действующие вещества, состоит из комбинированных препаратов левомицетина и салициловой кислоты в 70% этиловом спирте с объемом 100 мл/26/ .

Состав препарата «Левисал»:

Левомицетин 1,0
Кислота салициловая 1,0
Спирт 70% до 100,0 мл

Таблица 10 - Антимикробная активность препарата «Левисал»

№	шифр	Staphilococcus aureus	Escherichia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
«Левисал»	7	29±1	25±2	27±2	0

Далее нами изучены антимикробные активности спиртовых растворов ципрофлоксацина и композиционного спиртового раствора «Ципросал» проводилось по отношению к штаммам грамположительных бактерий Staphylococcus aureus, Pseudomonas auregenosa, к

грамотрицательному штамму Escherichia coli и к дрожжевому грибку Candida albicans./27,28/.

Изучали растворов ципрофлоксацина следуюшего состава:

1. Раствор ципрофлоксацина в 60% этиловым спирте 0,25 % (ДК-1)
2. Раствор ципрофлоксацина в 60% этиловым спирте 0,5 % (ДК-2)
3. Раствор ципрофлоксацина в 60% этиловым спирте 0,75 % (ДК-3)
4. Раствор ципрофлоксацина в 60% этиловым спирте 1,0 % (ДК-4)

Антимикробная активность образцов оценивалась по диаметру зон задержки роста тест- штаммов (мм). Диаметр зон задержки роста меньше 10 мм оценивали как отсутствие антибактериальной активности, 10-15 - слабая активность, 15-20 - умеренная, 20 мм и выше - выраженная.

Таблица 11 - Результаты исследований антимикробной активности образцов (1-4) .

№1	Шифр	Процентное содержание ципро-флоксацина в 60% спирте	Staphylococcus aureus	Escherihia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
1	ДК-1	0,25	25±2	14±1	22±2	0
2	ДК-2	0,5	26±2	25±2	26±2	0
3	ДК-3	0,75	24±2	25±2	24±2	0
4	ДК-4	1,0	24±2	25±2	25±2	0

Выводы. В результате исследования установлено, что образец № 1-4 обладают выраженной антибактериальной активностью при Staphylococcus aureus, Escherihia coli, Pseudomonas aeruginosa и на Candida albicans не действуют.

Продолжая исследования в указанной области в целях повышения лечебной эффективности лекарственной формы, нами получены комбинированный спиртовый раствор под условным названием «Ципросал» /26/.

Активно действующие вещества и растворитель со следующим соотношением компонентов на 100 мл:

Ципрофлоксацин – 0,75
Кислота салициловая – 1,0
Спирт этиловый 60**% до – 100 мл**

Таблица 2 - Результаты исследований антимикробной активности комбинированного спиртового раствора «Ципросал»

№2	Название препарата	Staphylococcus aureus	Escherihia coli	Pseudomonas aeruginosa	Candida albicans
1	Ципросал	25±2	26±2	27±2	0

Выводы. В результате исследования установлено, что образец № 1 обладает выраженной антибактериальной активностью при Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Escherihia coli и на Candida albicans не действуют.

Заключение.

Для доказательство совместимости в композиционных спиртовых растворах кислоты салициловой с антибиотиками нами для исследования были взяты три антибиотика азитромицин, левомицетин, ципрофлоксацин и антисептик бриллиантовый зеленый и изучена их антимикробная активность в различных концентрациях спирта (40-90%) на штаммы граммположительных бактерий Staphylococcus aureus, граммотрицательных Pseudomonas aeruginosa , Escherihia coli и дрожевые грибы Candida albicans. Далее нами полученные копозиционные препараты «Азисал», «Левисал», «Ципросал», «Брисал» и «Бирас» также были изучены на антимикробную активность. Сравнивая антимикробную активность всех спиртовых растворов мы установили совместимость и синергетическое действие кислоты салициловой с антибиотиками и антисептиком бриллиантовым зеленым, кроме того нами по ходу исследования замечены препятствующие действия кислоты салициловой на толерантность микробов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мельников Л.И.,Мельникова З.Н. Антибиотики в терапии гнойных ран. - М.: Медицина, 1975. – С. 103-107.
2 Ершов Ю.В. Поиск потенциальных антибиотиков ингибитров изопреноидов на основе природного метаболита немевалонатного пути 2-С-метил-Д-эритрит-2,4-циклодифосфата // Антибиотики и химиотерапия. - 2010. - № 5,6. - С.3-7.
3 Красильников А.П., Адарченко А.А., Абаев Ю.К. Современное проблемы антисептики // Здровоохранение Белоруссии.-1990. - №1. - С.52-58.
4 Мелишевич А.В., Свидченко А.А., Мелишевич М.В. Эффективность различных антисептиков при микротравмах // Здравоохранение Белоруссии. - 1979. - №11. - С. 49-51.
5 Верлан Н.В. К вопросу безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов // Журнал неврологии психиатри им. С.С. Карсакова. - 2012. - №4. - С. 96-98.
6 Кияшев Д.К., Дильбарханов Р.Д. Способ получения бриллиантового зеленого // Предварительный патент №1073. Национальное патентное ведомство РК, 5 сентября. - 1994.
7 Кияшев Д.К. Синтез и определение биологической активности производных тетрагидротиопирана, кислоты салициловой, триарилметана и приготовление на их основе лекарственных форм // АО «КазГИС центр». – Алматы: 2011. – С. 192.
8 Машковский М.Д. Лекарственные средства // М.: Медицина, 1984. – Т.2. - С. 413-424.
9 Н.А. Ляпунова, В.А. Загория, В.П. Георгиевского, Е.П. Безуглой Надлежащая производственная практика лекарственных средств. Активные фармацевтические ингредиенты. Готовые лекарственные средства // Руководства по качеству.– Киев: МОРИОН, 2001. – С. 472.
10 Суербаев Х.А., Михненко О.Е., Шалмагамбетова, Кияшев Д.К., Келимханова С.Е., Тулеуова Ш.Р., Дарикулова Б.О. «Новый способ получения салициловой кислоты // Фармация Казахстана. - 2004. - №5. - С. 39-40.

Түйін: Құрамында салицил қышқылы болатын композициалы спиртті ерітінділер зерттелді және олардың, құрамындағы заттар ерітінділерінің микробқа қарсы белсенділіктерін анықтау арқылы салицил қышқылының антибиотиктермен сиымдылығын әрі синергетикалық әсерін анықтадық.

D.K. KIYASHEV
S.D.Asfendiyarov KazNMU

ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF COMPOSITE ALCOHOLIC SOLUTIONS AND THEIR COMPONENTS

Resume: Salycilic acid containing composite spirit solutions were investigated. And based on antimicrobial activity of these solutions and their components, synergistic effect and compatibility of salycilic acid were determined.
Composites studied alcoholic solutions containing salicylic acid and based on the antimicrobial activity of these solutions and their components to determine the compatibility and synergistic effects of salicylic acid.
Despite the large arsenal of antibacterial drugs in modern medicine, the problem of dealing with pyogenic infection remains relevant. Priority in the treatment of local infection is given antibiotics and antiseptics. 6000 described in more natural and semisynthetic derivatives of tens of thousands of antibiotics, but the most important in the medical practice there are about 50 of antibiotics produced in a variety of dosage forms and for different purposes. The main obstacle, prepyatsviya success of antibiotic treatment is resistance (resistance) to them microorganisms. Widespread resistant forms of microorganisms, especially to penicillin, streptomycin, tetracycline, necessitates the introduction to the practice of new effective drugs, as well as the rational use based on the provisional identification of isolated pathogens and determine their sensitivity to antibiotics.
Antiseptics primarily used externally, and some of them are used to affect microorganisms localizes in the gastrointestinal tract and urinary tract. Depending on the concentration, they exert a bactericidal or bacteriostatic effect. But, in general antiseptic firmly and permanently entered the surgery. For example, of the surgical clinics have disappeared such terrible complications such as erysipelas and hospital gangrene. Therefore, the issues of development processes for the synthesis and preparation technology of various antiseptics and anti-inflammatories are of paramount importance.
In this regard, we have developed a new method for the synthesis of diamond green benzaldehyde via drip feed of hydrochloric acid. When this reaction occurs with equivalent amounts of benzaldehyde and N, N1- diethylaniline, and therefore, it eliminates the need for steam stripping .
Keywords: strains, gram-positive bacteria Staphylococcus aureus, gram-negative Pseudomonas aeruginosa, Escherihia coli and drozhevye fungi Candida albicans. "Azisal" "Levisal" "Tsiprosal" "Brisal" and "Biras". synergistic effect, salicylic acid.

УДК 615.252.349.7:616.349-008.64

БУХТИЯРОВА ИРИНА ПЕТРОВНА
кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации Донецкого национального медицинского университета имени Максима Горького (Украина)

ДРОГОВОЗ СВЕТЛАНА МЕФОДЬЕВНА
доктор медицинских наук, професор кафедры фармакологии Национального фармацевтического университета, г. Харьков (Украина)

ЩЕКИНА ЕКАТЕРИНА ГЕННАДЬЕВНА
доктор фармацевтических наук, професор кафедры фармакологии Национального фармацевтического университета, г. Харьков (Украина)

ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РАЛЕЙКИНА НА МОДЕЛИ АЛЛОКСАНОВОГО ДИАБЕТА У КРЫС

Сахарный диабет (СД) занимает важное место в структуре смертности населения, а также среди причин нарушения трудоспособности и ухудшения качества жизни. Поэтому оптимизация терапии СД является одной из актуальных медицинских проблем. В статье приведены результаты экспериментального изучения гипогликемических свойств рекомбинантного антагониста рецепторов ИЛ-1 ралейкина, полученного в Санкт-Петербургском НИИ ОЧБП, на модели аллоксанового диабета у крыс. Доказано, что на модели аллоксанового диабета у крыс антагонист рецепторов интерлейкина-1 проявляет гипогликемическое действие, по выраженности которого не уступает анакинра и превосходит метформин. Можно предположить, что гипогликемическое действие ралейкина является результатом не только блокады рецепторов интерлейкина-1 в поджелудочной железе и последующей защиты β-клеток от повреждающего действия аллоксана, но также связано со способностью препарата тормозить образование продуктов неферментативного гликозилирования и подавлять развитие воспалительных процессов в β-клетках. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о перспективности дальнейшего экспериментального изучения антидиабетических свойств ралейкина с целью последующего включения препарата в комплексную терапию СД I типа.

Сахарный диабет (СД) занимает важное место в структуре смертности населения, а также среди причин нарушения трудоспособности и ухудшения качества жизни [1, 6]. По данным Международной федерации диабета в 2011 году количество больных СД в мире достигло 366 млн, а в 2030 году составит 552 млн [2, 8]. Поэтому оптимизация терапии СД является одной из актуальных медицинских проблем.

Сегодня известно много причин, способных вызвать это заболевание, а именно, генетические или метаболические нарушения, неправильное питание, гиподинамия, стрессы, интоксикации, осложнения в результате применения некоторых лекарственных препаратов и др. [1, 10]. Одним из пусковых моментов развития СД является также увеличение продукции свободных радикалов [7, 13]. Следовательно, СД является полиэтиологическим заболеванием, что доказывает целесообразность использования комплексной терапии. Особого внимания заслуживают антидиабетические препараты с комплексной фармакодинамикой, которые наряду с гипогликемическим действием обладают антиоксидантным эффектом и способны сохранять и улучать секреторную функцию β-клеток [7, 10].

В основе патогенеза наиболее серьезных осложнений СД (тромбозы, атеросклероз, почечная недостаточность,

катаракта и др.) лежат процессы неферментативного гликозилирования. Образование продуктов гликозилирования начинается с формирования ковалентной связи между альдегидной группой молекулы глюкозы и реактивной аминогруппой протеинов, локализованной на N-конце лизинового фрагмента, и заканчивается образованием гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) [1, 9]. Неферментативное присоединение глюкозы к белку приводит к необратимым метаболическим нарушениям [1].

Учитывая наличие у рекомбинантного антагониста рецепторов интерлейкина-1 (ИЛ-1) антиоксидантных свойств [12], а также доказанного гипогликемического действия и влияния на начальные реакции неферментативного гликозилирования на модели дитизонового диабета у кролей, представляло интерес выяснить его влияние на развитие аллоксанового диабета у крыс.

Целью данной работы стало экспериментальное изучение гипогликемических свойств рекомбинантного антагониста рецепторов ИЛ-1 ралейкина, полученного в Санкт-Петербургском НИИ ОЧБП (Россия), на модели аллоксанового диабета у крыс.

Материалы и методы. Абсолютную инсулиновую недостаточность прямого β-цитотоксического ґенеза вызывали с помощью одноразового подкожного введения аллоксана в дозе 20 мг на 100 г массы тела белым беспородным самкам крыс весом 160-220 г, которых предварительно сутки держали на голодной диете [3].

В качестве препаратов сравнения использовали синтетический гипогликемический препарат метформин, который входит в стандарты лечения СД обоих типов, и анакинра, рекомбинантный антагонист рецепторов ИЛ-1 с доказанной гипогликемической активностью, который является структурным аналогом исследуемого препарата [12]. Препараты вводили в лечебном режиме один раз в сутки в течение 10 суток, начиная с 4 дня после воспроизведения модельной патологии: ралейкин в дозе 7 мг/кг и анакинра в дозе 8 мг/кг – подкожно [12], метформин в дозе 30 мг/кг – внутрижелудочно [7, 5].

Гипогликемическое действие исследуемых препаратов оценивали по следующим показателям: выживаемость животных и базальная гликемия в сыворотке крови в динамике через 3 часа, на 3 и 14 сутки после введения аллоксана; уровень гемоглобина (Hb), HbA_{1c} и С-реактивного белка (С-РБ) в сыворотке крови на 14 сутки исследования. Содержание глюкозы в сыворотке крови определяли глюкозооксидазным методом при помощи ферментативного анализатора глюкозы «Эксан-Г» (Литва), уровень Hb - унифицированным гемоглобинцианидным методом, уровень $HbA1_c$ - колориметрическим методом по реакции с тиобарбитуровой кислотой, содержание С-РБ – иммунотурбидиметрическим методом при помощи тест-наборов фирмы «Lachema» [4].

В случае учета результатов в виде средняя ± стандартная ошибка статистическую достоверность внутригрупповых различий оценивали по критерию Вилкоксона, межгрупповых - по t критерию Стьюдента с поправкой Бонферони.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований приведены в Таблица 1-3 и позволяют рассматривать модель аллоксанового диабета как приближенную к СД 1 типа у человека [7]. Несмотря на отсутствие аутоиммунной составляющей в механизмах аллоксанового диабета, токсическое действие аллоксана модулирует события, подобные аутоиммунному повреждению β-клеток поджелудочной железы в условиях СД 1 типа, а именно, свободнорадикальные повреждения, модификацию белков и нуклеиновых кислот, индукцию апоптоза [3, 7].

Аллоксан представляет собой нестабильный пиримидин (2,4,5,6-тетраоксогексагидропиримидин), обладающий выраженным диабетогенным действием. После введения в организм аллоксан связывается с мембранами панкреатических β-клеток, что приводит к быстрому снижению секреции инсулина. Токсический эффект аллоксана проявляется в течение первых минут после введения, выраженная инсулиновая недостаточность - через несколько суток. Известно, что развитие аллоксанового диабета у животных происходит при участии активных форм кислорода и сопровождается апоптозом [3].

Как свидетельствуют данные табл. 1, развитие аллоксанового диабета привело к гибели части экспериментальных животных. Через 3 часа и 3 суток после введения диабетогенного вещества экспериментальные животные во всех группах были живы. На 14 сутки эксперимента в группах контрольной патологии и получающих анакинра погибло по 3 животных из 8 (выживаемость составила 62,5%). В группах животных, которым вводили ралейкин и метформин, выжило 6 крыс из 8 (выживаемость составила 75%).

Одним из главных признаков СД является уровень глюкозы в крови (базальная гликемия). Так, содержание глюкозы в сыворотке крови животных группы контрольной патологии через 3 ч после введения аллоксана достоверно увеличилось в 1,7 раза, через 3 суток – в 1,9 раза, через 14 суток –в 2,3 раза относительно показателей группы интактного контроля (Таблица 2).

Использование всех исследуемых препаратов способствовало достоверному снижению уровня базальной гликемии в сыворотке крови экспериментальных животных. Так, на фоне ралейкина на 14 сутки эксперимента содержание глюкозы в сыворотке крови животных достоверно снизилось в 2 раза относительно показателя в группе контрольной патологии, хотя при этом достоверно (в 1,2 раза) превышало соответствующий показатель в группе интактного контроля.

Таблица 1 - Влияние ралейкина на динамику выживаемости животных на модели аллоксанового диабета у крыс (n =8)

Группы животных	Выживаемость (в %) на		
	3 часа	3 суток	14 суток
Интактный контроль	100	100	100
Контрольная патология	100	100	62,5*
Ралейкин, 7 мг/кг	100	100	75
Метформин, 30 мг/кг	100	100	75
Анакинра, 8 мг/кг	100	100	62,5*

Примечание: *Статистически значимые различия (p ≤ 0,05): * - к группе интактного контроля; ** - к группе контрольной патологи; n – количество животных в группе.*

Под действием метформина на 14 сутки исследования базальная гликемия была достоверно в 1,4 раза ниже, чем гликемия в крови животных группы контрольной патологии, но достоверно превышала (в 1,4 раза) гликемию в группе животных интактного контроля. На фоне введения анакинра содержание глюкозы в сыворотке крови крыс на 14 сутки эксперимента было достоверно ниже в 2 раза, чем в группе контрольной патологии и достоверно не отличалось

от показателя в группе интактного контроля. Гипогликемическое действие метформина достоверно уступало активности анакинра и ралейкина. Достоверных отличий в уровне базальной гликемии в группах анакинра и ралейкина, не зафиксировано.

Таблица 2 - Влияние ралейкина на динамику базальной гликемии на модели аллоксанового диабета у крыс

Группы животных	Базальная гликемия (ммоль/л) на		
	3 часа	3 суток	14 суток
Интактный контроль	5,4 ± 0,3 (n =8)	5,6 ± 0,3 (n =8)	5,5 ± 0,3 (n =8)
Контрольная патология	9,0 ± 0,5* (n =8)	10,6 ± 0,4* (n =8)	12,8 ± 0,4* (n = 5)
Ралейкин, 7 мг/кг	9,6 ± 0,4* (n =8)	10,2 ± 0,5* (n =8)	6,6 ± 0,4*/** (n = 6)
Метформин, 30 мг/кг	9,3 ± 0,4* (n =8)	10,2 ± 0,5* (n =8)	7,9 ± 0,4*/**# (n = 5)
Анакинра, 8 мг/кг	9,4 ± 0,4* (n =8)	10,5 ± 0,4* (n =8)	6,4 ± 0,4**# (n = 6)

Примечание: *Статистически значимые различия (p ≤ 0,05): * - к группе интактного контроля; ** - к группе контрольной патологи; # - к группе метформина; n – количество животных в группе.*

Развитие модельного диабета сопровождалось активацией начальних реакций неферментативного гликозилирования. Так, на 14 сутки исследования процентное содержание $HbA1_c$ в сыворотке крови животных группы контрольной патологии достоверно увеличилось в 1,7 раза, при этом соответственно содержание Hb достоверно уменьшилось в 1,3 раза относительно соответствующего показателя в группе животных интактного контроля (Таблица 3).

Под действием ралейкина содержание Hb в сыворотке крови крыс достоверно возросло в 1,3 раза, содержание $HbA1_c$ – достоверно снизилось в 1,5 раза по сравнению с показателями группы контрольной патологии и достоверно не отличалось от показателей группы интактного контроля. На фоне метформина содержание Hb в сыворотке крови экспериментальных животных достоверно возросло в 1,1 раза, содержание $HbA1_c$ – достоверно снизилось в 1,2 раза по сравнению с показателями в крови животных группы контрольной патологии. При этом указанные показатели достоверно отличались от соответствующих показателей в группе интактного контроля. Полученные результаты являются подтверждением данных литературы про способность метофрмина тормозить нефрементативное гликозилирование при СД [9].

Таблица 3 - Влияние ралейкина на концентрацию продуктов неферментативного гликозилирования и уровень С-реактивного белка в сыворотке крови на модели аллоксанового диабета у крыс (14 сутки)

Группы животных	Гемоглобин, г/л	Гликозилированный гемоглобин, %	С-реактивный белок, мг/л
Интактный контроль (n = 8)	154,1 ± 6,7	5,2 ± 0,5	1,5 ± 0,1
Контрольная патология (n = 5)	118,4 ± 7,0*	8,8 ± 0,4*	5,8 ± 0,3*
Ралейкин, 7 мг/кг (n = 6)	148,8 ± 7,6**#	5,7 ± 0,4**#	3,1 ± 0,2*/**#
Метформин, 30 мг/кг (n = 6)	124,4 ± 5,6*/**	7,3 ± 0,3*/**	4,0 ± 0,2*/**
Анакинра, 8 мг/кг (n = 5)	142,0 ± 8,1**#	6,1 ± 0,4**#	3,1 ± 0,2*/**#

Примечание: *Статистически значимые различия (p ≤ 0,05): * - к группе интактного контроля; ** - к группе контрольной патологии; # - к группе метформина; n – количество животных в группе.*

Введение анакинра способствовало достоверному повышению содержания Hb в сыворотке крови животных в 1,2 раза, снижению уровня $HbA1_c$ – в 1,4 раза относительно показателей группы контрольной патологии. Данные показатели достоверно не отличались от соответствующих показателей группы интактного контроля. По нормализующему влиянию на содержание Hb и $HbA1_c$ в сыворотке крови экспериментальных животных ралейкин и анакинра достоверно не отличались друг от друга. При этом оба препарата достоверно превосходили действие метформина на неферментативное гликозилирование.

Подтверждением того, что одним из патогенетических звеньев инсулинзависимого диабета является воспаление [1, 8, 11], служит достоверное повышение в сыворотке крови экспериментальных животных с аллоксановым диабетом содержания одного из известных маркеров воспаления – С-РБ в 3,9 раза по сравнению с показателем группы интактного контроля. Под действием ралейкина уровень С-РБ в сыворотке крови крыс достоверно снизился в 1,9 раза по сравнению с аналогичным показателем в группе контрольной патологии, под действием метформина – в 1,5 раза, на фоне анакинра – в 1,7 раза. То есть, все исследуемые препараты снижали выраженность воспалительных процессов при модельном диабете, однако по нормализующему влиянию на содержание С-РБ в сыворотке крови крыс ралейкин и анакинра превосходили метформин.

Выводы. Таким образом, на модели аллоксанового диабета у крыс оригинальный рекомбинантный антагонист рецепторов интерлейкина-1 проявляет гипогликемическое действие, по выраженности которого не уступает анакинра и превосходит метформин. Можно предположить, что гипогликемическое действие ралейкина является результатом не только блокады рецепторов интерлейкина-1 в поджелудочной железе и последующей защиты β-клеток от повреждающего действия аллоксана, но также связано со способностью препарата тормозить образование продуктов неферментативного гликозилирования и подавлять развитие воспалительных процессов в β-клетках. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о перспективности дальнейшего экспериментального изучения антидиабетических свойств ралейкина с целью последующего включения препарата в комплексную терапию СД I типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Балаболкин М.И. Лечение сахарного диабета и его осложнений. – М.: 2005. – 512 с.
2 Дедов И.И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. - №1. – С. 7-13.
3 О.В. Стефанова Доклінічні дослідження лікарських засобів. – К.: Авіценна, 2001. – 528 с.
4 Камышников В.С. Справочник по клиническо-биохимической лабораторной диагностике: в 2 т. – Минск: «Беларусь», 2002. – Т.1. – 495 с. – Т.2. – 463 с.
5 Полторак, В.В. Стандарт современных пероральных антидиабетических препаратов // Medicus Amicus. – 2005. – № 5. – С. 16.
6 Тронько, М. Д. Поширеність цукрового діабету в областях України за 2008 рік // Основні показники діяльності ендокринологічної служби України за 2008 рік. – К.: АМНУ, МОЗУ, 2009. – С. 18.
7 Шумейко О. Г. Експериментальне обґрунтування застосування екстракту з мідії чорноморської *(Mytilus galloprovincialis Lam.)* у комплексній терапії цукрового діабету : Дис. …. канд. мед. Наук - Х., 2009. – 153 с.
8 Ю.И. Сунцов, Л.Л. Болотская, О.В. Маслова и др. Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности // Сахарный диабет. – 2011. - №1. – С. 15-18.
9 Beisswenger P. Metformin inhibition of glycation processes // Diabetes. Metabol. – 2003. – Vol. 29. - № 4. – P. 95–103.
10 Börjesson A. Altered proinsulin conversion in rat pancreatic islets exposed long-term to various glucose concentrations or interleukin-1beta // J Endocrinol. – 2007. – Vol. 192 (2). – P. 381-387.
11 T. Mandrup-Poulsen, K. Bendtzen, C.A. Dinarello et al. Human tumor necrosis factor potentiates human interleukin 1-mediated rat pancreatic beta-cell cytotoxicity / // J Immunol. – 1987. – Vol. 139 (12). – P. 4077-4082.
12 J.O. Sandgerg, A. Andersson, D.L. Eizirik et al. Interleukin-1 receptor antagonist prevents low dose streptozotocin induced diabetes in rats // Biochem Biophys Res Commun. - 1994. - Vol. 202 (1). - P. 543-548.
13 C. Lagathu, L. Yvan-Charvet, J.P. Bastard, et al. Long-term treatment with interleukin-1β induces insulin resistance in murine and human adipocytes // Diabetologia. – 2006. - № 49. – P. 2162–2173.

УДК 615.1:331.108.2

Э.А. СЕРИКБАЕВА, Г.Ж. УМУРЗАХОВА, У.М. ДАТХАЕВ, К.С. ЖАКИПБЕКОВ
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В ФАРМАЦИИ

Эволюция кадрового менеджмента от обычной работы с кадрами до управления человеческими ресурсами, характерная в последнее время и для отечественных фармацевтических фирм и предприятий, означает развитие менеджмента фармацевтического персонала как науки. Поэтому в исследовании кадрового менеджмента в фармации необходимо учитывать особенности фармацевтической сферы в экономических и социальных аспектах. Учитывая вышеизложенное в данной статье рассмотрены направления, подходы и задачи кадрового менеджмента в фармации.
Ключевые слова: *кадровый менеджмент, фармация, управление.*

Как известно, на протяжении последних ста лет место управления персоналом в системе менеджмента многократно изменялось. В процессе общественного развития пересматривались взгляды, подходы и теоретические положения ученых и практиков, работающих в системе кадрового менеджмента. Совершенствование производственных, информационных и управленческих технологий, а так же переоценка соотношения индивидуальных и общечеловеческих ценностей, позволили гармонизировать отношения между человеком и организацией [1, 2].

Основываясь на общих методологических подходах и теоретических положениях в областикадрового менеджмента, методы, технологии и процедуры управления персоналом в сфере фармации можно объединить в три направления:

1) методы формирования кадрового состава субъектов сферы обращения лекарственных средств;
2) методы поддержания работоспособности фармацевтического персонала;
3) методы оптимизации кадрового потенциала и его реорганизации.

Само же управление фармацевтическим персоналом можно разделить условно на две части:

1. установление правил, предписываемых специалистам фармацевтической организации – какми образом они должны действовать;
2. практическое обеспечение выполнения этих правил в деятельности фармацевтической организаций.

Эволюция кадрового менеджмента от обычной работы с кадрами до управления человеческими ресурсами, характерная в последнее время и для отечественных фармацевтических фирм и предприятий, означает развитие менеджмента фармацевтического персонала как науки. Поэтому в исследовании кадрового менеджмента в фармации неоходимо учитывать особенности фармацевтической сферы в эконмоческих и социальных аспектах. Анализ кадрового менеджмента, как отмечает ряд авторов, является сложнейшей задачей, требующей привлечения высококвалифицированных специалистов различных сфер экономики и науки [3, 4].

В формирующейся теории и практике управление фармацевтическим персоналом в современных условиях можно выделить три основных подхода:

- экономический;
- органический;
- гуманистический.

Экономический подход связан с концепцией использования трудовых ресурсов в сфере фармации, и в данном подходе можно выделить следующие правила:

- обеспечение единств руководства фармацевтическим персоналом (подчиненные получают приказы только от одного начальника);
- соблюдение строгой управленческой вертикали (цепь управления от руководителя к подчиненному спускается сверху вниз по всей фармацевтической организации и используются как канал для комуникации и принятие решения);

- установление необходимого и достаточного объема контроля;
- достижение баланса между властью и ответственностью руководителя фармацевтической организацией;
- обеспечение дисциплины (подчинение, исполнительность и проявление внешних знаков уважения должны осуществляться в соотвествии с принятыми в данной фармацевтической организации правилами и обычаями);
- достижения подчинения индивидуальных интересов общему делу.

В рамках органического подхода сочетается концепция управление фармацевтическим персоналом и концепция управлениями человеческими ресурсами.Кадровая функция из регистрационно-контрольной трансформировалась в поиск и подбор работников, планирование карьеры значимых для организации специалистов, оценку работнкиов, повышение их квалификации.

Привлекательность рассматриваемого подхода определятся еще и тем, что в последнее время возрастает осознание факта, что принятие управленческих решений никогда не может быть полностью рациональным, поскольку в практических ситуациях управленческие работники:

- действуют на основе неполной информации;
- способны исследовать только ограниченный набор вариантов каждого решения;
- неспособны точно оценить результаты принятого управленческого решения.

При органическом подходе можно выделить следующие правила:

- необходимость делать акцент на окружающей среде, в которой функционирует фармацевтическая организация;
- фарацевтическую организацию надо представлять как множество взаимосвязанных подсистем, между которыми необходимо поддерживать равновесие и устранять дисфункции.

Гуманистический подход в управлении фармацевтическим персоналом мы связываем с представлением о фармацевтической организации как о культурном феномене. При этом культуру необходимо рассматривать в рамках эталонов развития, отраженных в ситеме знаний, идеологии, ценностей, повседневных ритуалов, внешних по отношению к фарацевтической организации.

На наш взгляд, в современных условиях в сфере управления фармацевтическим персоналом преобладающее влияние имеет экономический подход, распространненость органического подхода ограничена, а гуманистический подход пока еще не занимает заметных позиций, что является большим упущением в процессе управления фармацевтическим персоналом.

Кадровый менеджмент в фармации в широком смысле можно также рассматривать как совокупность этических принципов и норм, которыми должны руководствоваться работники структур (независимо от места, занимаемого в иерархии управления) в сфере фармацевтического предпринимательства. Данная совокупность включает положения различного масштаба: внутренную и внешнюю политику фармацевтического субъекта в целом, профессиональную мораль, психологический климат в коллективе, нормы делового этикета.

Исходя из этого можно выделить следующие регуляторы в системе кадровогоменеджмента в фармации:

- этические принципы, доминирующие во внешней среде фармацевтического рынка:
- нормативные акты, регламентирующие поведение сотрудников фармацевтической структуры;
- коллектив сотрудников фармацевтической организации, фирмы;
- индивидуальные мотивы сотрудников фармацевтической организации, фирмы.

Высокопрофессиональное ядро кадровго потенциала являеся основным конкурентным преимуществом любой компании, стремящейся упрочнить сови позиции на рынке [5]. Отсюда следует, что фармацевтический персонал составляет конкурентоное преимуществ организации и предприятий в сфере обращения лекарственных средств.

Кадровый менеджмент в фармации призван решать две стратегические задачи:

- создать конкурентные преимущества фармацевтической организации, фирмы путем повышения уровня ответственоти ее работников, привлечения и удержания профессиональных исполнителей. Плоды их труда создают высокую репутацию фармацевтической организации, фирме, притиягивают к ней новых потребителей и высококвалифицированных работников. Необходимо обеспечивать обратную связь между работниками и потребителями. Вовлечение персонала в маркетинговую деятельность фармацевтической фирмы способстует повышению у них инициативвы и уровня профессиональной самооценкт;
- обеспечивать конкурентные преимущества фармацевтической организации и фирмы путем наращивания ее человеческого капитала,постоянного стимулирования роста профессиональной компетентности ее работников.

Человеческий капитал – имеющийся у каждого работника запас знаний, навыков и мотиваций. Инвестициями в человеческий капитал служат образование, накопление профессионального опыта, охрана здоровья, географическая мобильность кадров.

В связи с этим в последние годы центральное место в проводимых исследованиях по кадровому менеджменту заняла концепция человеческого капитала. В соответсвии с ней эффективность работы фармацевтической фирмы в решающей степени зависит от доли средств, которые фармацевтическая фирма вкладывает в развитие профессиональных способностей и качества жизни своих работнкиов.

Для формировнаия кадрового состава требуется сформулировать кадровые характеристики к работникам фирмы, найти источники наимеенее затратного привлечения персонала и его адаптации.

Кадровая служба в фармацевтических организациях и фирмах тесно связана со следующими функциями:

- подбор фармацевтических кадров;
- расстановка и адаптация фармацевтических кадров;
- повышение квалификации и аттестация фармацевтических кадров;
- создание безопасных условий труда [6].

Таким образом можно выделить следующие существенные черты кадрового менеджмента в современных условиях:

- помощь руководству фирмы в достижении ее тактических и стратегических целей;
- эффективное использование трудового потенциала работников:
- обеспечение фирмы высококвалифицированными и заинтересованными работниками;
- развитие и поддержание на должном уровне качества жизни персонала;
- взаимодействие службы управление персоналом со всеми работниками;
- обеспечение и сохранение хорошего морально-психологического климата среди сотрудников.

В условиях рыночной конкуренции персонал фармацевтической организации, фирмы является основным фактором, определяющим ее успех в фармацевтическом персонале является частью работы по общему планированию организации и предприятия сферы обращения лекарственных средств.

В ходе организации работ по кадровому планированию решаются следующие задачи:

- сколько работников, какой квалификации, когда и где потребуется;
- как лучше использовать персонал в соответсвии с его способностями, умениями и мотивацией;

– каким образом обеспечит условия для развития персонала;
– каких затрат потребуют запланированные мероприятия.

Кадровая политика в условиях рынка претерпела серьезные изменения и возникла необходимость более широкого учета мотивационных процессов в работе с персоналом, что обуславливает отказ от понимания работы с кадрами только как организационно-методичекой.

Таким образом, нами рассмотренные основные направления, подходы и задачи учитывающие в разрабатываемых положениях о стандарте менеджмента качества системы управления фармацевтическим персоналом в современных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аширова Д.А. Управление персоналом. – М.: Высшее образование и наука, 2010. – 311 с.
2 Веснин В.Р. Менеджмент персонала. – М.: Элит, 2009. – 219 с.
3 Армстронг М. Стратегическое управление человеческими ресурсами. – М.:ИНФРА, 2002. – 123 с.
4 Базаров Т.Ю. Управление персоналом развивающейся организации. – М.: ИПК ГС, 2011. – 294 с.
5 Михайлов Ф.Б. Управление персоналом: классические концепции и новые подходы. – Казань: 2008. – 468 с.
6 И.В. Косова Организация и экономика фармации. – М.: 2002. – 293 с.

Э.А. СЕРИКБАЕВА, Г.Ж. УМУРЗАХОВА, У.М. ДАТХАЕВ, К.С. ЖАКИПБЕКОВ

ФАРМАЦИЯДАҒЫ КАДРЛЫҚ МЕНЕДЖМЕНТ

Түйін: Соңғы кездегі отандық фармацевтикалық фирмалар мен кәсіпорындар үшін кадрлық менеджменттің мамандармен жас жұмыс жасауымен адами ресурстарды басқаруға дейін дамуы фармацевтикалық мамандардың менеджментінің ғылым ретінде дамуына ықпал етті. Сондықтан фармациядағы кадрлық менеджмент мәселесін зерттеу кезінде фармацевтика саласындағы экономикалық және әлеуметтік ерекшеліктерді қарастыру қажет. Осы ретте бұл мақалада фармация саласындағы мамандар менеджментінің бағыттары мен міндеттері қарастырылған.
Түйінді сөздер: кадрлық менеджмент, фармация, басқару.

E.A. SERIKBAEVA, G.Zh. UMURZAKHOVA, U.M. DATKHAYEV, K.S. ZHAKIPBEKOV

PERSONNEL MANAGEMENT IN PHARMACY

Resume: Evolution of personnel management from normal operations personnel to human resource management, which is characteristic of late and for domestic pharmaceutical companies and enterprises, means the development of the pharmaceutical personnel management as a science. Therefore, the study of personnel management in pharmacy must be considered especially in the pharmaceutical sphere of economic and social aspects. In clause the directions, approaches and tasks of personnel management in pharmacy are considered.
Keywords: personnel management, pharmacy, management.

УДК 615.322:615.262.1:615.454.1:577.127.4

О.В. ЦУЛУН, Л.В. ДЕРИМЕДВЕДЬ, И.Ю. ТИЩЕНКО
Кафедра фармакотерапии Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина,
Кафедра патофизиологии Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МАЗИ С ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНОМ, КОЭНЗИМОМ Q10 И СУХИМ ЭКСТРАКТОМ СОЛОДКИ

В статье представлены данные по экспериментальному исследованию противовоспалительной активности новой комбинированной мази на основе дигидрокверцетина, коэнзима Q10 и сухого экстракта солодки (далее именуемая, мазь СКД). Установлено, что на модели острого асептического воспаления у крыс мазь СКД проявляла выраженное антиэкссудативное действие, которое не уступало действию препарата сравнения. Это дает основания для дальнейшего углубленного фармакологического исследования новой комбинированной мази СКД.
Ключевые слова: *дигидрокверцетин, экстракт солодки, каррагениновый отек, мазь.*

Вступление. Воспалительные процессы кожи являются наиболее распространенной патологией, с вовлечением ряда биологических реакций организма на повреждение [1, 7, 10]. В результате воздействия различных экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к нарушению целостности клеток и тканей организма, развивается воспалительная реакция, сопровождающаяся экссудацией, фагоцитозом и пролиферацией [10]. Воспалительные процессы хронического характера обуславливают необходимость длительного применения лекарственных средств. Поэтому, актуальным направлением является разработка новых противовоспалительных препаратов, которые обладают большей безопасностью и широтой терапевтического действия. С этой целью на кафедре заводской технологии лекарств Национального фармацевтического университета под руководством проф. Рубан Е.А. была создана мазевая композиция, в которую вошли такие вещества, как дигидрокверцетин, обладающий антиоксидантными, противовоспалительными, капилляроукрепляющими свойствами [3]; коэнзим Q10, эффективно защищающий липиды биологических мембран и липопротеины крови от перекисного окисления [8], а также сухой экстракт солодки, который широко применяют в дерматологии благодаря его противовоспалительным, репаративным, отбеливающим свойствам [9, 11].

Ранее нами были изучены и опубликованы данные относительно противовоспалительного и фотопротекторного действия мази СКД на модели УФ-эритемы [5] а также исследование острой токсичности данной мази [6].

Ключевые слова: дигидрокверцетин, коэнзим Q10, экстракт солодки, антиоксиданты, мазь, каррагениновый отек, противовоспалительная активность.

Цель работы. Определение противовоспалительной активности комбинированной мази, в состав которой входит дигидрокверцетин, коэнзим Q10 и сухой экстракт солодки.

Материалы и методы. Исследование проводили на 24 белых беспородных крысах, весом 280-320 г. Всех животных разделили на 3 группы: 1-я группа – контрольная патология; 2-я группа – животные, которым наносили мазь СКД; 3-я группа – животные, которым наносили мазь метилурациловую (препарат сравнения). Моделью острого воспаления служил каррагениновый отек, который индуцировали субплантарным введением 0,1 мл 1% раствора каррагенина в правую заднюю лапку крыс [2]. Объем лапы определяли онкометрически через 1, 2, 3, 4 и 24 часа после введения флогогена. Противовоспалительную активность рассчитывали по формуле:

$$A = \frac{П_к - П_о}{П_к} \times 100\%,$$

где А – противовоспалительная активность, %
$П_к$ – прирост объема лапки в контроле, у.е.
$П_о$ – прирост в объеме лапки в опыте, у.е.

Все вмешательства и эвтаназию животных осуществляли с соблюдением принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и научных целей (Страсбург, 1986) и I-го Национального конгресса по биоэтике (Киев, 2001). Статистическую обработку полученных результатов осуществляли на персональном компьютере Pentium III, с помощью программы «Satistica 6» при уровне достоверности $p \le 0,05$ [4].

Результаты исследования. После введения флогогена у животных всех групп наблюдали отек лапки, который был наиболее выраженным в группе контрольной патологии и достиг своего максимума на 4-й час эксперимента. При этом было установлено, что мазь СКД и метилурациловая мазь в разной степени угнетали проявления воспалительного процесса у крыс. Данные сравнительной характеристики антиэкссудативной активности обеих мазей приведены в *таблице 1* и на *рисунке 1*.

Анализ полученных результатов показал, что при профилактическом нанесении мази СКД прирост объема лапки у животных составил 10±1,6; 11,9±2,3; 16,3±2,1; 20,6±2,9 и 14,4±1,5 на 1-й, 2-й, 3-й, 4-й и 24-й час наблюдения, соответственно. И был достоверно ниже по сравнению с животными контрольной группы на 2-й, 3-й и 4-й час наблюдения (табл.1) ($p \le 0,05$). Прирост объема лапки в группе животных, которым наносили метилурациловую мазь с 1-го по 4-й час и через сутки был равен 11,3±1,6; 14,4±1,8; 20,6±3,6; 25,1±2,8 и 16,3±1,8, соответственно. Метилурациловая мазь снижала отечность лапки относительно нелеченого контроля, но достоверные отличия были выявлены только на 2-й час после воссоздания патологии (табл.1) ($p \le 0,05$). Показатели разности объема лапки до и после введения флогогена в группе животных, у которых применяли мазь СКД, были ниже, чем в группе животных, которым наносили метилурациловую мазь, тем не менее достоверных отличий не было обнаружено.

Таблица 1 - Влияние мази СКД и метилурациоловой мази на течение каррагенинового отека лапок у крыс (n=8)

Время наблюдения	$\Delta V_x \pm S_x$		
	контрольная патология	мазь СКД	метилурациловая мазь
1-й час	15,6±3,3	10±1,6	11,3±1,6
2-й час	21,3±2,0	11,9±2,3*	14,4±1,8*
3-й час	23,1±2,1	16,3±2,1*	20,6±3,6
4-й час	28,1±2,1	20,6±2,9*	25,1±2,8
24-й час	20,0±2,9	14,4±1,5	16,3±1,8

Примечания: * - достоверное отклонение относительно контрольной патологии ($p \le 0,05$); ΔV – прирост объема лапки, у.о.; n – количество животных в группе.

При исследовании антиэкссудативной активности мази СКД на модели каррагенинового отека лапки у крыс было установлено, что наиболее выраженный противовоспалительный эффект мазь оказывала на 1-й (36%) и 2-й (44,1%) час наблюдения (рисунок 1).

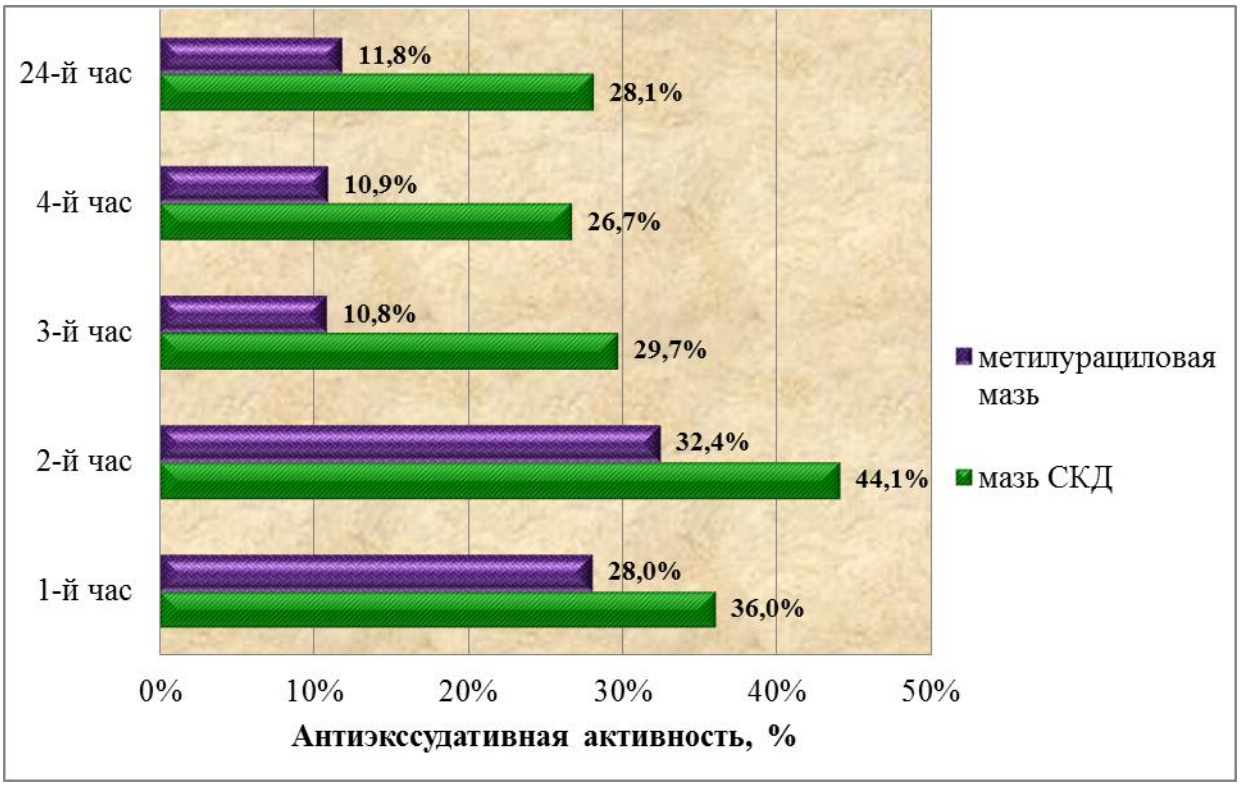


Рисунок 1 - Сравнительная антиэкссудативная активность мази СКД и метилурациловой мази на модели острого асептического отека у крыс (в %, прирост по отношению к объему лапки интакта; n=8)

В группе животных, которым наносили мазь метилурациловую максимальная антиэкссудативная активность также наблюдалась на 1-й (28%) и 2-й (32,4%) час после воспроизведения острого воспалительного процесса (рис.1). В среднем за сутки показатель антиэкссудативной активности для метилурациловой мази составил 20,2%, для мази СКД – 32,9%, что на 12,7% выше по сравнению с референс-препаратом.

Выводы. Обобщая полученные данные, можно сделать вывод о наличии антиэкссудативной активности у мази СКД, которая на модели каррагенинового отека у крыс не уступала по действию препарату сравнения – мази метилурациловой. Выраженная противовоспалительная активность, способность влиять на свободно-радикальные процессы в организме позволяют считать предложенную комбинированную мазь СКД перспективной для углубленного исследования в качестве средства для профилактики и лечения воспалительных заболеваний кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Березняков А.В. Протизапальна та репаративна дія нової комбінованої мазі «Глітацид» на основі сухого екстракту солодки // Запорожский медицинский журнал. – 2009 - Т.13. – С. 31-33.
2 О.В. Стефанова Доклінічні дослідження лікарських засобів: Методичні рекомендації . – К.: Авіценна, 2001. – 528 с.
3 Плотников М.Б., Тюкавкина Н.А., Плотникова Т.М. Лекарственные препараты на основе диквертина. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. – 228 с.
4 Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.
5 Цулун О.В. Ефективність нової комбінованої мазі з дигідрокверцетином, коензимом Q10 та екстрактом солодки за умов ультрафіолетової еритеми у щурів // Проблеми екол. та мед. генетики і клінічн. імунології: збірник наук. праць. – Київ – Луганськ: 2013. – Вип. 5 (119). – С. 262-272.
6 Цулн О.В. Дослідження гострої токсичності комбінованих мазей природного походження // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць. – Київ – Луганськ: 2014. - Випуск 1 (121). – С. 264-272.
7 Lisa Lucas Molecular Mechanisms of Inflammation. Anti-Inflammatory Benefits of Virgin Olive Oil and the Phenolic Compound Oleocanthal // Current Pharmaceutical Design. – 2011. – Vol. 17. - P. 754-768.
8 Littarru G.P. Bioenergetic and antioxidant properties of coenzyme Q10: recent developments // Mol Biotechnol. – 2007. – Vol.37(1). – P. 31-38.
9 Marjan Nassiri Asl. Review of Pharmacological Effects of Glycyrrhiza sp. and its Bioactive Compounds / Marjan Nassiri Asl, Hossein Hosseinzadeh // Phytotherapy research. – 2008. – Vol. 22. – P.709-724.
10 Sabine A. Eming Inflammation in Wound Repair: Molecular and Cellular Mechanisms // Journal of Investigative Dermatology - 2007. – Vol. 127. – P. 514–525.
11 Vijay Singh J. Recent Pharmacological Trends of Glycyrrhiza glabra Linn / Vijay Singh Jatav, Santosh K Singh, Pankaj Khatri And Ashish K Sharma // IJPFR. – 2011. – Vol.1(1). – P.170-185.

O.V. TSULUN, L.V. DERYMEDVID,I.Y. TISHENKO
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

ANTIEXUDATIVE ACTIVITY OF A NEW COMBINED OINTMENT WITH DIHYDROQUERCETIN, COENZYM Q10 AND LICORICE EXTRACT

Resume: The present study was aimed to investigate antiexudative effect of an ointment containing dihydroquercetin, coenzyme Q10 and licorice extract on carrageenan-induced paw edema in rats and compare it with the effect of methyluracil ointment. It was found that treatment with experimental ointment inhibited the edema moderately, and the inhibition was significant on the 2nd, 3rd and 4th hour of observation, compared to the control group (P≤0.05). The average percent of antiexudative activity for methyluracil ointment was 20.2%, and for the study ointment – 32.9%, which exceeded reference drug on 12.7%. Thus, the results of the study demonstrate that topical application of the ointment with suggested formulation possesses significant antiexudative activity, and it can be recommended for further investigation in order to implement in clinical practice.
Keywords: dihydroquercetin, licorice extract, carrageenan-induced paw edema, ointment.

УДК 615.214.24:543.422.3-76:543.054

Л. Ю.КЛИМЕНКО[1], С.Н. ТРУТ [2], Т.А. КОСТИНА[1], И.М. ИВАНЧУК[3]
[1]Национальный фармацевтический университет,
кафедра аналитической химии,
г. Харьков, Украина
[2]ГП «Укрвакцина» МОЗ Украины,
г. Киев, Украина
[3]ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»,
кафедра фармации,
г. Ивано-Франковск, Украина

ВАЛИДАЦИЯ УФ-СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОКСИЛАМИНА В КРОВИ: ПРЕЦИЗИОННОСТЬ

Подходы к процедуре определения и оценке приемлемости прецизионности УФ-спектрофотометрических методик количественного определения аналитов в биологических жидкостях, применяемых в судебно-токсикологическом анализе, предложенные авторами в предыдущей работе, апробированы на примере УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови.
Ключевые слова: *валидация, прецизионность, УФ-спектрофотометрия, доксиламин, биоаналитические методики.*

Введение. Данная статья является продолжением работы авторов [1 – 4, 6, 7] в области разработки подходов к валидации методик количественного определения для целей судебно-токсикологического анализа и посвящена вопросам разработки процедуры определения и формирования критериев приемлемости для валидационного параметра «прецизионность».

Целью данной работы является апробация подходов к процедуре определения и оценке приемлемости прецизионности УФ-спектрофотометрических методик количественного определения аналитов в биологических жидкостях, применяемых в судебно-токсикологическом анализе, предложенных в нашей предыдущей работе [4], на примере УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови.

Материалы и методы исследования. *Рабочие растворы*: 1000,0 мг доксиламина сукцината вносили в мерную колбу емкостью 250,0 мл, растворяли в воде очищенной и доводили объем раствора этим же растворителем до метки (стандартный раствор 1, концентрация 4000 мкг/мл). В семь мерных колб емкостью 100,0 мл вносили из бюретки 32,50; 30,00; 25,00; 20,00; 15,00; 10,00 и 5,00 мл стандартного раствора доксиламина сукцината 1 соответственно и доводили объемы растворов водой очищенной до метки (рабочие растворы 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 соответственно, концентрация 1300, 1200, 1000, 800, 600, 400 и 200 мкг/мл соответственно).

400,0 мг доксиламина сукцината вносили в мерную колбу емкостью 100,0 мл, растворяли в воде очищенной и доводили объем раствора этим же растворителем до метки (стандартный раствор 2, концентрация 4000 мкг/мл). В пять мерных колб емкостью 100,0 мл вносили из бюретки 32,50; 30,00; 20,00; 10,00 и 5,00 мл стандартного раствора доксиламина сукцината 2 соответственно и доводили объемы растворов водой очищенной до метки (рабочие растворы 8, 9, 10, 11 и 12 соответственно, концентрация 1300, 1200, 800, 400 и 200 мкг/мл соответственно).

Модельные растворы: 100,0 мг доксиламина сукцината вносили в мерную колбу емкостью 500,0 мл, растворяли в 0,1 моль/л растворе кислоты хлористоводородной и доводили объем раствора этим же растворителем до метки (стандартный раствор 3, концентрация 200 мкг/мл). В семь мерных колб емкостью 100,0 мл вносили из бюретки 26,00; 24,00; 20,00; 16,00; 12,00; 8,00 и 4,00 мл стандартного раствора доксиламина сукцината 3 соответственно и доводили объемы растворов 0,1 моль/л раствором кислоты хлористоводородной до метки (модельные растворы 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 соответственно, концентрация 52, 48, 40, 32, 24, 16 и 8 мкг/мл соответственно).

Раствор сравнения: 400,0 мг доксиламина сукцината вносили в мерную колбу емкостью 100,0 мл, растворяли в 0,1 моль/л растворе кислоты хлористоводородной и доводили объем раствора этим же растворителем до метки (стандартный раствор 4, концентрация 4000 мкг/мл). В мерную колбу емкостью 100,0 мл вносили из бюретки 18,00 мл стандартного раствора доксиламина сукцината 4 и доводили объем раствора 0,1 моль/л раствором кислоты хлористоводородной до метки (стандартный раствор 5, концентрация 720 мкг/мл). В мерную колбу емкостью 50,0 мл вносили 2,00 мл стандартного раствора доксиламина сукцината 5 и доводили объем раствора 0,1 моль/л раствором кислоты хлористоводородной до метки (раствор сравнения, концентрация 28,8 мкг/мл).

Калибровочные образцы: 3 серии по 7 образцов (20,00 мл) модельной крови (матрица), полученной от 3 различных источников, в которые введено по 1,00 мл рабочих

растворов 1 – 7 соответственно.

Модельные образцы: 3 серии по 5 образцов (20,00 мл) модельной крови, полученной от 3 различных источников, в которые введено по 1,00 мл рабочих растворов 8 – 12 соответственно;

Анализируемые растворы: полученные по валидируемой методике [3] растворы для калибровочных и модельных образцов.

Измеряли оптическую плотность анализируемых растворов, модельных растворов и раствора сравнения по 3 раза с выниманием кюветы при длине волны 262 нм на спектрофотометре СФ-46 в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве компенсационного раствора использовали 0,1 моль/л раствор кислоты хлористоводородной.

Результаты исследования и их обсуждение. Ранее [4] нами были предложены следующие критерии и процедура оценки приемлемости прецизионности УФ-спектрофотометрических методик количественного определения аналитов в биологических жидкостях, применяемых в судебно-токсикологическом анализе:

- применение нормализованных координат;
- подтверждение прецизионности методики проводят в двух направлениях – на модельных растворах (без матрицы) и на образцах матрицы;
- проверку прецизионности методики по модельным растворам проводят путем расчета их концентрации с использованием соответствующей линейной зависимости; полученные значения X_{calc}^{model}, % используют для расчета RR^{model}, % и Δ_{sample}^{model};
- для оценки величины Δ_{sample}^{model} предложены критерии приемлемости в рамках двух подходов, основанных на: 1) предположении равенства неопределенности процедуры пробоподготовки и неопределенности количественного определения аналита в модельных растворах (Δ_{sample}^{model} ≤ 10,00%); 2) предположении незначимости неопределенности количественного определения аналита в модельных растворах (Δ_{sample}^{model} ≤ 4,52%);
- оценку прецизионности методики на образцах матрицы проводят на двух уровнях – within-run и between-run – с использованием калибровочных и модельных образцов;
- определение within-run прецизионности проводят путем расчета концентрации калибровочных образцов для каждой последовательности по индивидуальным значениям оптической плотности с использованием линейной зависимости, полученной для данной последовательности; полученные значения X_{calc}, % используют для расчета *RR*, % и Δ_{sample}, для оценки которой предложен следующий критерий приемлемости:

$$\Delta_{sample} \le \max\Delta_{sample} = 0{,}707 \cdot \max \Delta_{As} = 14{,}14\%;$$

- определение between-run прецизионности проводят в три этапа – рассчитывая разность между средними значениями $\overline{RR}, \%$ в разные дни (она не должна превышать 4,52%), а также рассчитывая концентрации модельных образцов и средние концентрации калибровочных образцов с использованием линейной зависимости, полученной по средним значениям параллельных последовательностей;
- исследования модельных образцов проводят для трех параллельных последовательностей/run, образцы биологической матрицы для которых получены из различных источников; для *D* = 25 – 125% каждая последовательность состоит из 3 модельных образцов (концентрации соответствуют точкам 25%, 50% и 100% в нормализованных координатах), для *D* = 25 – 150% и 25 – 175% – из 4 образцов (концентрации соответствуют точкам 25%, 50% и 150% или 175% соответственно в нормализованных координатах);
- полученные значения X_{calc}, % для модельных и калибровочных образцов используют для расчета *RR*, %, а также величин Δ_{sample}^{intra} и Δ_{sample}, для оценки которых предложены критерии приемлемости (Δ_{sample}^{intra} ≤ 20,00% и Δ_{sample} ≤ 14,14%).

Для иллюстрации предложенных подходов к определению и оценке прецизионности использовали УФ-спектрофотометрическую методику количественного определения доксиламина в крови [3]; за 100% принимали летальную концентрацию доксиламина в крови [5] – 25 мг/л (что соответствует 36 мг/л доксиламина сукцината).

В табл. 1 приведены результаты измерений значений оптической плотности модельных растворов, рассчитанные значения концентраций модельных растворов и величины *RR*, % для различных диапазонов применения методики. Данные таблицы 1 относительно величины Δ_{sample}^{model}, % свидетельствуют, что требования к сходимости результатов выдерживаются и для *Подхода 1*, и для *Подхода 2*.

В таблице 2 – 3 приведены результаты измерений значений оптической плотности для калибровочных и модельных образцов, соответствующие им значения X_{calc}, % и величины *RR*, % для различных диапазонов применения методики. Из приведенных в табл. 2 – 3 данных видно, что требования к сходимости и внутрилабораторной прецизионности выполняются для всех предложенных вариантов диапазонов применения методики и для обоих вариантов методики – с ТСХ-очисткой и без нее.

Для диапазона применения 25 – 125% в случае выполнения анализа без предварительной ТСХ-очистки величина Δ_{sample}^{intra} достигает критических величин – 19,54%, поэтому для данного варианта методики лучше пользоваться более широким диапазоном применения.

Необходимо отметить, что в целом методики с выполнением предварительной ТСХ-очистки обладают лучшей внутрилабораторной прецизионностью и худшей сходимостью, чем методики без ТСХ-очистки, что объясняется введением дополнительных стадий пробоподготовки, естественным образом ухудшающих within-run прецизионность (оценивающую, в первую очередь, случайную ошибку, вносимую пробоподготовкой), но нивелирующих влияние смены источника происхождения матрицы на результаты анализа за счет более качественной очистки пробы (и тем самым улучшающих between-run прецизионность).

Выводы. Подходы к процедуре определения и оценке приемлемости прецизионности УФ-спектрофотометрических методик количественного определения аналитов в биологических жидкостях, применяемых в судебно-токсикологическом анализе, предложенные в нашей предыдущей работе [4], апробированы на примере УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови. Полученные результаты показали адекватность сформированных подходов.

Таблица 1 - Результаты определения прецизионности УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина сукцината по модельным растворам

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в модельном растворе (C_{st} = 28,8 мкг/мл)		Оптическая плотность (A_{st} = 0,801)	Найдено в % к стандартной оптической плотности	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в модельном растворе	$RR,\% = \frac{X_{i,calc}^{model}}{X_{i,fact}^{model}} \cdot 100$
$C_{i,fact}^{model}$, мкг/мл	$X_{i,fact}^{model}$, %		Y_i^{model}, %	$X_{i,calc}^{model}$, %	
D = 25 – 175% (*g* = 7)					
8,00	27,78	0,226	28,21	28,35	102,05
16,00	55,56	0,444	55,43	55,70	100,26
24,00	83,33	0,657	82,02	82,42	98,91
32,00	111,11	0,890	111,11	111,66	100,49
40,00	138,89	1,121	139,95	140,64	101,26
48,00	166,67	1,348	168,29	169,12	101,47
52,00	180,56	1,421	177,40	178,27	98,73
				$\overline{RR}^{model}$,%	100,45
				RSD_{RR}^{model},%	1,27
$\Delta_{sample}^{model},\% = \Delta_{RR}^{model} = RSD_{RR}^{model} \cdot 1{,}943$			подход 1	≤ 10,00%	2,47
			подход 2	≤ 4,52%	
D = 25 – 150% (*g* = 6)					
8,00	27,78	0,226	28,21	27,90	100,43
16,00	55,56	0,444	55,43	54,82	98,67
24,00	83,33	0,657	82,02	81,12	97,34
32,00	111,11	0,890	111,11	109,89	98,90
40,00	138,89	1,121	139,95	138,41	99,65
48,00	166,67	1,348	168,29	166,44	99,86
				$\overline{RR}^{model}$,%	99,14
				RSD_{RR}^{model},%	1,09
$\Delta_{sample}^{model},\% = \Delta_{RR}^{model} = RSD_{RR}^{model} \cdot 2{,}015$			подход 1	≤ 10,00%	2,20
			подход 2	≤ 4,52%	
D = 25 – 125% (*g* = 5)					
8,00	27,78	0,226	28,21	28,07	101,04
16,00	55,56	0,444	55,43	55,15	99,27
24,00	83,33	0,657	82,02	81,61	97,94
32,00	111,11	0,890	111,11	110,56	99,50
40,00	138,89	1,121	139,95	139,25	100,26
				$\overline{RR}^{model}$,%	99,60
				RSD_{RR}^{model},%	1,16
$\Delta_{sample}^{model},\% = \Delta_{RR}^{model} = RSD_{RR}^{model} \cdot 2{,}132$			подход 1	≤ 10,00%	2,47
			подход 2	≤ 4,52%	

Таблица 2 - Результаты определения прецизионности УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови без предварительной ТСХ-очистки

D = 25 – 175%; g = 7

***within-run* прецизионность (сходимость)**

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%			$RR,\% = \frac{X_{i,calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,222	0,195	0,205	41,73	36,65	38,53	26,82	26,38	26,59	96,54	94,96	95,72
20,00	55,56	0,368	0,347	0,352	69,17	65,23	66,17	54,45	54,76	54,09	98,00	98,56	97,35
30,00	83,33	0,545	0,526	0,537	102,44	98,87	100,94	87,95	88,17	88,69	105,54	105,81	106,43
40,00	111,11	0,662	0,644	0,654	124,44	121,05	122,93	110,11	110,19	110,57	99,10	99,17	99,51
50,00	138,89	0,795	0,779	0,783	149,44	146,43	147,18	135,28	135,40	134,70	97,40	97,49	96,98
60,00	166,67	0,986	0,970	0,979	185,34	182,33	184,02	171,44	171,05	171,36	102,86	102,63	102,81
65,00	180,56	1,021	1,008	1,015	191,92	189,47	190,79	178,06	178,14	178,09	98,62	98,66	98,63
										$\overline{RR}$,%	99,72	99,61	99,63
										RSD_{RR},%	3,26	3,56	3,76
										Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·1,943 ? 14,14%	6,33	6,92	7,31

***between-run* (внутрилабораторная) прецизионность**

$\lvert RR_1 - RR_2 \rvert$	$\lvert RR_1 - RR_3 \rvert$	$\lvert RR_2 - RR_3 \rvert$
? 4,52%	0,11	0,09	0,02

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам				
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	$RR,\%$	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	$RR,\%$
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %					$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %				
10,00	27,78	0,207	38,91	26,55	95,57	10,00	27,78	0,188	35,34	22,99	82,76
20,00	55,56	0,356	66,92	54,50	98,09	10,00	27,78	0,231	43,42	31,05	111,77
30,00	83,33	0,536	100,75	88,26	105,92	10,00	27,78	0,235	44,17	31,80	114,47
40,00	111,11	0,653	122,74	110,21	99,19	20,00	55,56	0,336	63,16	50,75	91,34
50,00	138,89	0,786	147,74	135,16	97,31	20,00	55,56	0,377	70,86	58,43	105,17
60,00	166,67	0,978	183,83	171,18	102,71	20,00	55,56	0,332	62,41	50,00	89,99
65,00	180,56	1,015	190,79	178,12	98,65	40,00	111,11	0,633	118,98	106,46	95,81
						40,00	111,11	0,675	126,88	114,34	102,91
						40,00	111,11	0,671	126,13	113,59	102,23
						65,00	180,56	1,034	194,36	181,69	100,63
						65,00	180,56	0,998	187,59	174,93	96,88
						65,00	180,56	1,040	195,49	182,82	101,25
				$\overline{RR}$,%	99,63					$\overline{RR}$,%	99,60
				RSD_{RR},%	3,52					RSD_{RR}^{inter},%	8,98
				Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·1,943 ? 14,14%	6,84					Δ_{sample}^{inter},% = $\Delta_{RR}^{inter} = RSD_{RR}^{inter} \cdot 1{,}796 \le 20{,}00\%$	16,13

D = 25 – 150%; g = 6

***within-run* прецизионность (сходимость)**

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%			$RR,\% = \frac{X_{i,calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,222	0,195	0,205	41,73	36,65	38,53	27,48	27,02	27,24	98,92	97,26	98,06
20,00	55,56	0,368	0,347	0,352	69,17	65,23	66,17	54,67	54,96	54,32	98,40	98,92	97,77
30,00	83,33	0,545	0,526	0,537	102,44	98,87	100,94	87,65	87,84	88,37	105,18	105,41	106,05
40,00	111,11	0,662	0,644	0,654	124,44	121,05	122,93	109,45	109,52	109,91	98,51	98,57	98,92
50,00	138,89	0,795	0,779	0,783	149,44	146,43	147,18	134,23	134,33	133,66	96,64	96,72	96,23
60,00	166,67	0,986	0,970	0,979	185,34	182,33	184,02	169,81	169,43	169,74	101,88	101,66	101,84
										$\overline{RR}$,%	99,92	99,76	99,81
										RSD_{RR},%	3,08	3,26	3,57
										Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,015 ? 14,14%	6,21	6,57	7,19

***between-run* (внутрилабораторная) прецизионность**

$\lvert RR_1 - RR_2 \rvert$	$\lvert RR_1 - RR_3 \rvert$	$\lvert RR_2 - RR_3 \rvert$
? 4,52%	0,16	0,11	0,05

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам					
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	$RR,\%$	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_R= 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	$RR,\%$
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %					$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %				
10,00	27,78	0,207	38,91	27,21	97,95	10,00	27,78	0,188	35,34	23,70	85,31

20,00	55,56	0,356	66,92	54,75	98,54	10,00	27,78	0,231	43,42	31,64	113,89
30,00	83,33	0,536	100,75	88,01	105,62	10,00	27,78	0,235	44,17	32,38	116,56
40,00	111,11	0,653	122,74	109,63	98,67	20,00	55,56	0,336	63,16	51,05	91,88
50,00	138,89	0,786	147,74	134,22	96,64	20,00	55,56	0,377	70,86	58,62	105,51
60,00	166,67	0,978	183,83	169,70	101,82	20,00	55,56	0,332	62,41	50,31	90,55
						40,00	111,11	0,633	118,98	105,94	95,35
						40,00	111,11	0,675	126,88	113,71	102,34
						40,00	111,11	0,671	126,13	112,97	101,67
						60,00	166,67	0,995	187,03	172,85	103,71
						60,00	166,67	0,955	179,51	165,46	99,27
						60,00	166,67	0,965	181,39	167,30	100,38
				$\overline{RR}$,%	99,87					$\overline{RR}$,%	100,54
				RSD_{RR},%	3,29					RSD_{RR}^{intra},%	9,09
				Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,015 ? 14,14%	6,63					Δ_{sample}^{intra},% = Δ_{RR}^{intra} = RSD_{RR}^{intra} ·1,796 ≤ 20,00%	16,32

D = 25 – 125%; g = 5

within-run прецизионность (сходимость)

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{st} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_{st} = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%			$RR,\% = \frac{X_{i,calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,222	0,195	0,205	41,73	36,65	38,53	26,15	25,85	25,94	94,13	93,05	93,38
20,00	55,56	0,368	0,347	0,352	69,17	65,23	66,17	54,29	54,69	53,94	97,71	98,43	97,08
30,00	83,33	0,545	0,526	0,537	102,44	98,87	100,94	88,42	88,64	89,17	106,11	106,37	107,01
40,00	111,11	0,662	0,644	0,654	124,44	121,05	122,93	110,98	111,02	111,45	99,88	99,92	100,31
50,00	138,89	0,795	0,779	0,783	149,44	146,43	147,18	136,62	136,63	136,02	98,37	98,37	97,93
										$\overline{RR}$,%	99,24	99,23	99,14
										$\delta = \lvert 100 - \overline{RR} \rvert \le 6{,}40\%$	0,76	0,77	0,86
										RSD_{RR},%	4,38	4,77	5,05
										Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,132 ? 14,14%	9,34	10,17	10,77

between-run (внутрилабораторная) прецизионность

	$\lvert \overline{RR}_1 - \overline{RR}_2 \rvert$	$\lvert \overline{RR}_1 - \overline{RR}_3 \rvert$	$\lvert \overline{RR}_3 - \overline{RR}_2 \rvert$
? 4,52%	0,01	0,10	0,09

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам					
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{st} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_{st} = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	RR,%	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{st} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_{st} = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%	RR,%
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %					$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %				
10,00	27,78	0,207	38,91	25,93	93,34	10,00	27,78	0,188	35,34	22,31	80,31
20,00	55,56	0,356	66,92	54,37	97,86	10,00	27,78	0,231	43,42	30,51	109,83
30,00	83,33	0,536	100,75	88,72	106,47	10,00	27,78	0,235	44,17	31,27	112,56
40,00	111,11	0,653	122,74	111,04	99,94	20,00	55,56	0,336	63,16	50,55	90,98
50,00	138,89	0,786	147,74	136,42	98,22	20,00	55,56	0,377	70,86	58,37	105,06
						20,00	55,56	0,332	62,41	49,79	89,61
						40,00	111,11	0,633	118,98	107,22	96,50
						40,00	111,11	0,675	126,88	115,24	103,72
						40,00	111,11	0,671	126,13	114,48	103,03
				$\overline{RR}$,%	99,17					$\overline{RR}$,%	99,07
				RSD_{RR},%	4,76					RSD_{RR}^{intra},%	10,51
				Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,132 ? 14,14%	10,15					Δ_{sample}^{intra},% = Δ_{RR}^{intra} = RSD_{RR}^{intra} ·1,860 ≤ 20,00%	19,54

Таблица 3 - Результаты определения прецизионности УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови с предварительной ТСХ-очисткой

D = 25 – 175%; g = 7

within-run прецизионность (сходимость)

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{st} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_{st} = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови $X_{i,calc}$,%			$RR,\% = \frac{X_{i,calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,159	0,147	0,151	31,18	28,82	29,61	30,87	28,56	29,26	111,12	102,81	105,33
20,00	55,56	0,297	0,295	0,287	58,24	57,84	56,27	57,66	57,32	55,60	103,78	103,17	100,07
30,00	83,33	0,415	0,420	0,410	81,37	82,35	80,39	80,56	81,62	79,44	96,68	97,95	95,33
40,00	111,11	0,583	0,579	0,573	114,31	113,53	112,35	113,18	112,52	111,02	101,86	101,27	99,92
50,00	138,89	0,704	0,698	0,695	138,04	136,86	136,27	136,67	135,64	134,65	98,40	97,66	96,95
60,00	166,67	0,882	0,874	0,877	172,94	171,37	171,96	171,23	169,84	169,92	102,74	101,90	101,95
65,00	180,56	0,937	0,931	0,929	183,73	182,55	182,16	181,91	180,92	180,00	100,75	100,20	99,69
										$\overline{RR}$,%	102,19	100,71	99,89

RSD_{RR}, %	4,65	2,21	3,25
Δ_{sample}, % = Δ_{RR} = RSD_{RR}·1,943 ? 14,14%	9,04	4,29	6,32

between-run (внутрилабораторная) прецизионность

	$\lvert RR_1 - RR_2 \rvert$	$\lvert RR_1 - RR_3 \rvert$	$\lvert RR_2 - RR_3 \rvert$
? 4,52%	1,48	2,30	0,82

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам					
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{in} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i, %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc_i}, %	RR_i, %	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{in} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i, %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc_i}, %	RR_i, %
C_{fact_i}, мкг/мл	X_{fact_i}, %					C_{fact_i}, мкг/мл	X_{fact_i}, %				
10,00	27,78	0,152	29,80	29,48	106,12	10,00	27,78	0,138	27,06	26,77	96,36
20,00	55,56	0,293	57,45	56,82	102,27	10,00	27,78	0,154	30,20	29,87	107,52
30,00	83,33	0,415	81,37	80,48	96,58	10,00	27,78	0,158	30,98	30,64	110,30
40,00	111,11	0,578	113,33	112,10	100,89	20,00	55,56	0,279	54,71	54,11	97,39
50,00	138,89	0,699	137,06	135,57	97,61	20,00	55,56	0,290	56,86	56,24	101,22
60,00	166,67	0,878	172,16	170,29	102,17	20,00	55,56	0,297	58,24	57,61	103,69
65,00	180,56	0,933	182,94	180,95	100,22	40,00	111,11	0,592	116,08	114,82	103,34
						40,00	111,11	0,566	110,98	109,77	98,79
						40,00	111,11	0,582	114,12	112,88	101,59
						65,00	180,56	0,944	185,10	183,09	101,40
						65,00	180,56	0,923	180,98	179,01	99,14
						65,00	180,56	0,917	179,80	177,84	98,49
				$\overline{RR}$,%	100,84					$\overline{RR}$,%	101,60
				RSD_{RR}, %	3,18					RSD_{RR}^{intra}, %	4,12
				Δ_{sample}, % = Δ_{RR} = RSD_{RR}·1,943 ? 14,14%	6,18					Δ_{sample}^{intra}, % = Δ_{RR}^{intra} = RSD_{RR}^{intra} ·1,796 ≤ 20,00%	7,40

D = 25 – 150%; g = 6

within-run прецизионность (сходимость)

Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{in} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i, %			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc_i}, %			RR_i, % = $\frac{X_{calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
C_{fact_i}, мкг/мл	X_{fact_i}, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,159	0,147	0,151	31,18	28,82	29,61	30,90	28,56	29,26	111,23	102,81	105,33
20,00	55,56	0,297	0,295	0,287	58,24	57,84	56,27	57,72	57,32	55,60	103,89	103,17	100,07
30,00	83,33	0,415	0,420	0,410	81,37	82,35	80,39	80,64	81,62	79,44	96,77	97,95	95,33
40,00	111,11	0,583	0,579	0,573	114,31	113,53	112,35	113,29	112,52	111,02	101,96	101,27	99,92
50,00	138,89	0,704	0,698	0,695	138,04	136,86	136,27	136,81	135,64	134,65	98,50	97,66	96,95
60,00	166,67	0,882	0,874	0,877	172,94	171,37	171,96	171,40	169,84	169,92	102,84	101,90	101,95
										$\overline{RR}$,%	102,53	100,79	99,93
										RSD_{RR}, %	5,05	2,41	3,56
										Δ_{sample}, % = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,015 ? 14,14%	10,18	4,86	7,17

between-run (внутрилабораторная) прецизионность

	$\lvert RR_1 - RR_2 \rvert$	$\lvert RR_1 - RR_3 \rvert$	$\lvert RR_2 - RR_3 \rvert$
? 4,52%	1,74	0,86	2,60

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам					
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{in} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i, %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc_i}, %	RR_i, %	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови (C_{in} = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i, %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc_i}, %	RR_i, %
C_{fact_i}, мкг/мл	X_{fact_i}, %					C_{fact_i}, мкг/мл	X_{fact_i}, %				
10,00	27,78	0,152	29,80	29,48	106,12	10,00	27,78	0,138	27,06	26,77	96,36
20,00	55,56	0,293	57,45	56,82	102,27	10,00	27,78	0,154	30,20	29,87	107,52
30,00	83,33	0,415	81,37	80,48	96,58	10,00	27,78	0,158	30,98	30,64	110,30
40,00	111,11	0,578	113,33	112,10	100,89	20,00	55,56	0,279	54,71	54,11	97,39
50,00	138,89	0,699	137,06	135,57	97,61	20,00	55,56	0,290	56,86	56,24	101,22
60,00	166,67	0,878	172,16	170,29	102,17	20,00	55,56	0,297	58,24	57,61	103,69
						40,00	111,11	0,592	116,08	114,82	103,34
						40,00	111,11	0,566	110,98	109,77	98,79
						40,00	111,11	0,582	114,12	112,88	101,59
						60,00	166,67	0,865	169,61	167,76	100,65
						60,00	166,67	0,887	173,92	172,03	103,22
						60,00	166,67	0,893	175,10	173,19	103,91
				$\overline{RR}$,%	100,94					$\overline{RR}$,%	102,33
				RSD_{RR}, %	3,47					RSD_{RR}^{intra}, %	3,97
				Δ_{sample}, % = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,015 ? 14,14%	6,99					Δ_{sample}^{intra}, % = Δ_{RR}^{intra} = RSD_{RR}^{intra} ·1,796 ≤ 20,00%	7,13

D = 25 – 125%; g = 5													
within-run прецизионность (сходимость)													
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови ($C_н$ = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)			Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i,%			Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc},%			$RR_i\% = \frac{X_{i,calc}}{X_{i,fact}} \cdot 100$		
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день	1-й день	2-й день	3-й день
10,00	27,78	0,159	0,147	0,151	31,18	28,82	29,61	32,08	29,47	30,53	115,48	106,08	109,90
20,00	55,56	0,297	0,295	0,287	58,24	57,84	56,27	59,92	59,14	58,01	107,85	106,44	104,41
30,00	83,33	0,415	0,420	0,410	81,37	82,35	80,39	83,71	84,20	82,88	100,46	101,04	99,46
40,00	111,11	0,583	0,579	0,573	114,31	113,53	112,35	117,60	116,08	115,82	105,84	104,47	104,24
50,00	138,89	0,704	0,698	0,695	138,04	136,86	136,27	142,02	139,94	140,48	102,25	100,76	101,14
										$\overline{RR}$,%	106,38	103,76	103,83
										RSD_{RR},%	5,86	2,71	3,99
										Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,132 ? 14,14%	12,49	5,78	8,51
between-run (внутрилабораторная) прецизионность													
											$\lvert RR_1 - RR_2 \rvert$	$\lvert RR_1 - RR_3 \rvert$	$\lvert RR_2 - RR_3 \rvert$
										? 4,52%	2,62	2,55	0,07

Расчет по калибровочным образцам						Расчет по модельным образцам					
Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови ($C_н$ = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc},%	RR_i,%	Фактическая концентрация доксиламина сукцината в крови ($C_н$ = 36 мкг/мл)		Оптическая плотность ($A_x = \frac{A_{reference} \cdot R}{100} = 0{,}532$)	Найдено в % к стандартной оптической плотности Y_i %	Рассчитанная концентрация доксиламина сукцината в крови X_{calc},%	RR_i,%
$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %					$C_{i,fact}$, мкг/мл	$X_{i,fact}$, %				
10,00	27,78	0,152	29,80	30,63	110,26	10,00	27,78	0,138	27,06	27,81	100,11
20,00	55,56	0,293	57,45	59,04	106,26	10,00	27,78	0,154	30,20	31,04	111,74
30,00	83,33	0,415	81,37	83,63	100,36	10,00	27,78	0,158	30,98	31,84	114,61
40,00	111,11	0,578	113,33	116,47	104,82	20,00	55,56	0,279	54,71	56,23	101,21
50,00	138,89	0,699	137,06	140,86	101,42	20,00	55,56	0,290	56,86	58,44	105,18
						20,00	55,56	0,297	58,24	59,86	107,74
						40,00	111,11	0,592	116,08	119,30	107,37
						40,00	111,11	0,566	110,98	114,06	102,66
						40,00	111,11	0,582	114,12	117,29	105,56
				RR,%	104,62					RR,%	106,24
				RSD_{RR},%	3,97					RSD_{RR}^{betra}, %	4,76
				Δ_{sample},% = Δ_{RR} = RSD_{RR}·2,132 ? 14,14%	8,46					Δ_{sample}^{betra},% = Δ_{RR}^{betra} = RSD_{RR}^{betra} · 1,860 ≤ 20,00%	8,85

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Клименко, Л. Ю. Анализ подходов к определению специфичности / селективности при проведении валидации аналитических методик в судебно-токсикологическом анализе. // Укр. мед. альм. – 2013. – Т. 16. - №1. – С. 47 – 49.

2 Клименко, Л. Ю. Подходы к определению специфичности / селективности при валидации УФ-спектрофотометрических методик количественного определения в судебно-токсикологическом анализе / Л. Ю. Клименко, Г. П. Петюнин, Т. А. Костина // Фармация Казахстана. – 2013. – №8. – С. 53 – 56.

3 Л. Ю. Клименко, С. Н. Трут, Г. П. Петюнин, И. М. Иванчук Модификация и валидация УФ-спектрофотометрической методики количественного определения доксиламина в крови: специфичность // Укр. журн. клін. та лаборатор. медицини. – 2013. – Т. 8. - №4. – С. 191 – 199.

4 Klimenko, L. Yu. Approaches to determination of precision for UV-spectrophotometric methods of quantitative determination in forensic and toxicological analysis // Фармация Казахстана. – 2014. – №3. – С. 43 – 50.

5 A. C. Moffat, M. D. Osselton, B. Widdop Clarke's analysis of drugs and poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material. – London: Pharmaceutical Press, 2011. – 2609 p.

6 L. Yu. Klimenko, S. M. Trut, G. P. Petyunin, I. M. Ivanchuk Validation of UV-spectrophotometric methods of quantitative determination in forensic and toxicological analysis: recovery // Фармация Казахстана. – 2013. – №12. – С. 42 – 48.

7 Klimenko, L. Yu. Development of approaches to validation of UV-spectrophotometric methods of quantitative determination in forensic and toxicological analysis: linearity and range // Фармацевтичний часопис. – 2014. – №1 (30). – С. 41 – 48.

L. YU. KLIMENKO, S.M. TRUT, T.A. KOSTINA, I.M. IVANCHUK

VALIDATION OF UV-SPECTROPHOTOMETRIC METHOD OF DOXYLAMINE QUANTITATIVE DETERMINATION IN BLOOD: PRECISION

Resume: The approaches to procedure of determination and acceptability estimation of precision for UV-spectrophotometric methods of analytes quantitative determination in biological fluids used in forensic and toxicological analysis, which were offered in our previous paper, have been tested by the example of UV-spectrophotometric method of doxylamine quantitative determination in blood.

Keywords: validation, precision, UV-spectrophotometry, doxylamine, bioanalytical methods.

РАЗДЕЛ 3. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ
CHAPTER 3. INNOVATIVE TEACHING METHODS

УДК 4А(ЛАТ.):378.147:61(071.1)

Т.Д. ТАТАРЕНКО, А.А. ТОКПАНОВА
Модуль латинского языка

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЕ

В статье говорится о необходимости преподавания латыни в высшей медицинской школе РК и включение этого предмета в ГОСО. На базе обширной литературы на латинском языке были заложены основы научной и культурной терминологии практически во всех сферах человеческой деятельности. Латинский язык служит основным источником для образования и пополнения непрерывно и прогрессивно возрастающей международной общественно-политической и научной терминологии практически во всех областях науки и техники.

Поэтому знание латинского языка для медика дает возможность понимать терминологию других, смежных наук. Изучение латыни улучшает лексический запас медика и облегчает процесс заучивания новых слов, имеющих иностранное происхождение. Специальные понятия на латинском языке студенты встречают с самых первых шагов в медицинской науке. Латынь в медицине традиционно используется как международная терминология анатомии и фармакологии, а также при составлении рецептов. Знание латыни позволяет врачам разных стран без труда понимать друг друга. Давняя традиция использования латинского языка в медицине служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования.

Ключевые слова: *латинский язык, медицина, терминология, медицинская терминология*

Изучение латинского языка в медицинских вузах было исключено из государственного стандарта образования (ГОСО). В результате сложилась ситуация, когда традиционно применяемый язык в международной медицинской практике, стал необязательным для медицинских работников. Существующее положение отрицательно влияет, как на профессиональную подготовленность медицинского персонала, так и на уровень медицинского обеспечения в стране в целом.

Необходимость изучения латинского языка в медицинских вузах обусловлена следующими обстоятельствами.

Первое. Более полутора тысяч лет латынь была для многих стран языком культуры и науки, и медицины в том числе. На базе обширной литературы на латинском языке (исторические хроники, романы, поэмы, научные, философские и богословские трактаты) были заложены основы научной и культурной терминологии практически во всех сферах человеческой деятельности.

И в настоящее время латинский язык служит основным источником для образования и пополнения непрерывно и прогрессивно возрастающей международной общественно-политической и научной терминологии практически во всех областях науки и техники.

Таким образом, знание латинского языка для медика дает возможность понимать терминологию других, смежных наук. А то обстоятельство, что в наш век самые интересные открытия происходят на стыке наук, представляет собой весьма немаловажное преимущество для получения информации о них и практического применения результатов открытий в медицинской науке и практике.

Второе. Латынь лежит в основе всех без исключения англо-саксонских языков (французского, испанского, португальского, итальянского, немецкого, английского и других), которые произошли или многое взяли от латыни. Например, во французском, итальянском, испанском, румынском языках 89% слов имеют латинское происхождение. В английском, немецком 65%. Поэтому, изучение латыни улучшает лексический запас медика и облегчаем процесс заучивания новых слов, имеющих иностранное происхождение.

Третье. И в настоящее время латынь – неотъемлемый атрибут современного мира. Латинские выражения и словосочетания, пословицы, изречения, цитаты (на латыни или в переводе) востребованы постоянно и сегодня, в XXI веке, так же интересны и необходимы, не только как древние мудрости, но и как идиоматические выражения, позволяющие глубже, отчетливее воспринять сущность получаемой информации . Они применяются в документах официальных международных организаций, в специальных науках, в терминологии медицины, ветеринарии, фармакологии, в речах адвокатов. Их применяют и в художественной литературе, театре и кино.

Люди часто используют латынь, даже сами не замечая этого. Многие латинские слова ассимилировались в современные языки и являются широко распространенными и общеупотребительными, а фразы на латыни уже давно стали крылатыми выражениями. Их даже называют «крылатая латынь».

Четвертое. Одной из дисциплин, имеющих большое значение при подготовке будущих специалистов в области медицины, несомненно, является латинский язык. Специальные понятия на латинском языке студенты встречают с самых первых шагов в медицинской науке. Это, прежде всего, названия органов и частей тела, химических соединений и лекарственных препаратов, болезней и методов их лечения и т.п. В отдельности такие слова и словосочетания называют ***медицинскими терминами***, а их совокупность – ***медицинской терминологией***. И тот факт, что латинский язык до настоящего времени лежит в её основе, придаёт особое значение его изучению не только, как языка одной из древнейших культур, но и как языка, необходимого в практической деятельности специалиста-медика. Латинский язык также помогает студентам лучше понимать и другие языки, лексика которых в значительной мере насыщена словами латинского происхождения, которые стали интернационализмами, т.е. словами, совпадающими по своей внешней форме и частично (или полностью) по смыслу, и выражающими понятия международного характера.

Латынь в медицине традиционно используется как международная терминология анатомии и фармакологии, а также при составлении рецептов. Знание латыни позволяет врачам разных стран без труда понимать друг друга. Давняя традиция использования латинского языка в медицине служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования. Поскольку научная медицинская терминология относится к области интернациональной лексики, в значительной мере построенной на основе латинского языка и его форм, то она одинаково понятна и доступна медикам всего мира. Поэтому изучение латинского языка, поддержание высокого уровня знаний в этой области является весьма насущной задачей современного образования.

То же самое относится к названиям лекарств. В этой области унификация особенно важна, так как без нее невозможно ориентироваться в безбрежном море

лекарственных препаратов. Рецепты издавна выписываются на латинском языке и по определенным правилам, так что рецепт, выписанный, например, в любой другой стране, может без труда быть понятым в Казахстане.

Изучение латинского языка в медицинском вузе открывает путь студентам к сознательному усвоению и грамотному употреблению постоянно обновляющейся медицинской терминологии – профессионального языка будущей специальности врача. Основы для овладения медицинской терминологией на латинском языке должны быть заложены на начальных курсах путем практического изучения элементов грамматики и принципов словообразования, а также значений латинских словообразовательных элементов и определенного минимума терминологической лексики. Знание терминов латинского происхождения и элементов латинской грамматики облегчит студентам на последующих курсах работу с учебной и специальной литературой по многим дисциплинам, как на родном, так и на иностранных языках

Поэтому не подлежит никакому сомнению необходимость изучения латинского языка в медицинских вузах, а знание элементов латинского языка необходимо будущим медикам для успешного освоения своей специальности и грамотного использования в дальнейшем профессионального языка врачей – медицинской терминологии.

Таким образом, медицинское образование невозможно без владения основ латыни. Изучение латинского языка имеет большое значение в подготовке медицинских специалистов, поскольку помогает сознательно усваивать и понимать медицинские термины латинского происхождения, с которыми он будет встречаться, и будет пользоваться в своей практической деятельности. Медикам с древних времен известна такая латинская пословица: Invia est in medicina via sine lingua Latina (непроходим путь в медицине без латинского языка). Справедливо это утверждение и в наше время. И его необходимо реализовать на практике, определив изучение латинского языка, как обязательный элемент государственного стандарта образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Акт ЮНЕСКО о позиции в образовании «Образование в многоязычном мире»//Когда, где, как и почему это произошло. - М.: Ридерз Дайджест, 1998. - С. 45-48.
2 Истрин В.А. Возникновение и развитие письма. - М.: 1965. – 256 с.
3 Сапрыкин В.А. Введение в культурологию. - М.: Изд-во Российского открытого университета, 1999. – 186 с.
4 Шайкевич А.Я. Введение в лингвистику: учебное пособие. - М.: Изд-во российского открытого ун-та, 1995. – 235 с.
5 Сепир Э. Коммуникация Избранные труды по языкознанию и культурологи. - М.: «ТЕРРА», 1995. – С. 22-29.

Т.Д. ТАТАРЕНКО, А.А. ТОКПАНОВА

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА ЛАТЫН ТІЛІН ОҚЫТУДЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ

Түйін: Мақалада латын тілін ҚР медициналық жоғары оқу орындарында оқытуды енгізудің қажеттілігі жайында және бұл пәннің ГОСО-ға (мемлекеттік стандарт) енгізілуі туралы айтылады. Латын тілінідегі әдебиеттердің негізінде барлық қызмет саласында ғылыми және мәдени терминологияның негізі қаланған. Латын тілі ғылым мен техниканың барлық саласында үздіксіз және озық ұлғайушы халықарлық қоғамдық-саяси және ғылыми терминологияның қалыптасуының және толықтырылуының негізгі бастау көзі болып табылады. Сондықтан латын тілін меңгеру дәрігер үшін басқа да шектес ғылымдардың терминологиясын түсінуге мүмкіндік береді. Латын тілін оқу дәрігердің сөздік қорын байытады және шет тілінен енген жаңа сөздерді жаттау үрдісін жеңілдетеді. Латынша арнайы ұғымдарды студенттер медицина ғылымдарында алғашқы қадамнан бастап кездестіреді. Дәстүрлі түрде латын тілі медицинада анатомия және фармакологияда, сонымен қатар рецепт құрастыруда халықаралық терминология ретінде қолданылады. Латын тілін білу әр түрлі елдердің дәрігерлерінің өзара қиындықсыз түсінісуіне мүмкіндік береді. Ежелден қалыптасқан латын тілін медицинада қолдану дәстүрі барлық дүниежүзі дәрігерлері үшін біріктіруші фактор және медициналық білімнің бірегейлендіруі болып қызмет етеді.

Түйінді сөздер: латын тілі, терминология, медициналық терминология.

T.D. TATARENKO, A.A. TOKPANOVA

NEED OF TEACHING LATIN LANGUAGE IN HIGH SCHOOL OF MEDICINE

Resume: This issue talks about the need of including the teaching of Latin language in high school of medicine RK and adding this subject in state educational standards. The literature of Latin language has influenced a lot of scientific and cultural terminology in almost every professional field. Latin language works as a main source for education and makes a contribution to development of constantly progressing international community-political and scientific terminology in almost every field of science and technique.

Therefore the knowledge of Latin language for doctors gives an opportunity to understand terminology of other relative sciences. The studying of Latin language helps doctors to improve their lexical storage and makes the process of remembering and understanding new foreign words easier. Students face with the professional terminology in Latin language as soon as they start studying medical science. Latin language has been used as a traditional medical language for anatomy and pharmacology and for composing prescriptions for medication. Also Latin language works as universal communication language for doctors from all around the world.

Keywords: Latin Language, medicine, terminology, medical terminology.

ӘОЖ 54:379.8-057.875:378.184

Н.Ө. ӘЛИЕВ, А.Қ. ҚҰСАИНОВА, Г.А. ҚАҒАЗБЕКОВА, Г.С. САДЫҚОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ,
Химия кафедрасы

ХИМИЯНЫ ОҚЫТУДЫҢ ИНТЕРАКТИВТІ ӘДІСІ

Бұл мақалада медициналық жоғары оқу орындарының бірінші курс студенттеріне химияны оқытуда топ мүшелерін сабаққа толық жұмылдыратын интерактивті оқыту әдісін пайдалану ұсынылған. Бұл әдіс бойынша ақпараттық технология жетістіктерін пайдалана отырып кіші топтармен және жұптармен жұмыс істеу қарастырылған.
Түйінді сөздер: *медицина жоғары оқу орны бірінші курс студенттері, химия, интерактивті оқыту әдісі, кіші топтар және жұптармен жұмыс істеу.*

Қазіргі күні Қазақстанның әлемдік білім беру кеңістігіне ену процесі заманауи жағдайда, Болон декларациясының талаптарына сәйкес жүргізілуде және жоғары білікті мамандарды даярлау мен тәрбиелеуде тың жаңа әдістер мен тиімді жұмыс тәсілдерін пайдалануды талап ететіндігі сөзсіз. Әлеуметтік тұрғыдан белсенді, келешекте базалық құзіреттілігін өзінше шыңдай алатын, кәсіби мамандығын жетік білетін жеке тұлға қалыптастыру үшін заман талабына сай жаңа ақпараттық технологиялар жетістіктерін пайдаланатын оқу әдістерін қолдану қажеттігі айқын.

Жаратылыстану ғылымдарын оқыту барысында дәрістер, практикалық және зертханалық сабақтарды жүргізу үшін инновациялық белсенді әдіс – интерактивті оқыту әдісін қолдану мынандай мүмкіндіктер береді:

- терең және тиянақты білім беруге;
- практикалық және коммуникативтік дағдыларды қалыптастыруға;
- аналитикалық және сараптамалық шеберлік пен дағдыларды қалыптастыруға;
- креативтілікті дамытуға, яғни мәселе немесе сұрақты шешу үшін шығармашылық көзқараспен жаңа қырынан қарай алуға;
- білгенін жеткізе білу шеберлігін шыңдауға.

Интерактивті оқыту әдісі деп сабақ барысында топ студенттерін оқу процесіне түгел жұмылдырып, ойлануға, тануға және түсінуге мүмкіндік бере алатын оқу үрдісі өткізілуінің арнайы түрін айтамыз. Сабақ үстінде оқу материалын шәкірттердің біріге, пікір алмаса отырып танып, түсініп меңгеруі барысында әр қайсысы сабақ тақырыбын игеруге өз үлесін қосады, идеялары, біліктілік әдіс-тәсілдері және білгендерімен алмасу жүреді. Аталмыш процесс тілектестік және өзара қолдау атмосферасында жүретіндіктен шәкірттердің коммуникативтік дағдыларын жетілдіретіндігі сөзсіз, атап айтқанда өзгенің пікірін тыңдап ескеруге, әр түрлі көзқарастарды бағалап, електен өткізе білуге, пікір алмасуға қатысып, өз ойын тиянақты түрде жеткізе алуға және бірге отырып ортақ шешім қабылдауға үйретететіндігі анық. Интерактивті жұмыс формаларының тәрбиелеу процесіне қосары да қомақты. Олар шәкірттер арасында эмоционалдық байланысты қалыптастырып, командамен жұмыс істеуге үйретеді, жүйкеге түсер жүктемені азайтып, қорғаныш сезімін арттырады, өзара түсіністікті молайтып, материалды табысты түрде игере алатын сезім тудырады.

«Интерактивті» деген сөз өзара қарым-қатынаста болу қабілетін немесе пікір алмасу (диалог) режимінде болуды білдіреді. Сонымен интерактивті оқыту дегеніміз бәрінен бұрын диалог режимінде, яғни шәкірттермен пікір алмаса отырып оқыту. Әрине, диалог режимі дәстүрлі оқыту әдісін қолдану кезінде де пайдаланылуы мүмкін, бірақ бұндай жағдайда пікір алмасу, яғни диалог «оқытушы – студент» немесе «оқытушы – студенттер тобы (аудитория)» арасында болады. Интерактивті оқыту кезінде диалог, яғни пікір алмасу әр түрлі болуы ықтимал, мысалы, «студент – студент» (жұптағы жұмыс), «студент – студенттер тобы» (топтағы жұмыс), «студент – аудитория» немесе «студенттер тобы – аудитория» (топтардың презентациялық жұмысы), «студент – компьютер» және т.б. түрлері болады [1].

Дәстүрлік оқытумен салыстырғанда интерактивті оқытуда оқытушы мен студент арасындағы байланыс өзгереді, яғни оқытушы белсенділігі студенттер белсенділігіне орын береді, оқытушының міндеті студенттерді ынталандырып диалогқа жағдай жасау болып табылады [2].

Интерактивті оқыту барысында да оқу процесі дәстүрлі формалар бойынша жүргізіледі: дәрістер, практикалық, семинарлық, зертханалық сабақ, ОСӨЖ және СӨЖ.

Жоғары оқу жүйесінде қазіргі күні қолданылатын кредиттік технология оқытушыдан «ашықтықты» талап етеді, мысалы, дәрістер жайлы сөз болар болса оның материалдары қол жетімді және көрнекі болғаны абзал. Бұл мақсатты іске асыру үшін MS Power Point бағдарламасын пайдалана отырып орындалған дәріс-презентацияларды қолданған дұрыс. Заманауи дәрістер ақпараттық технологиялар құралдары және амалдарын қолданусыз өз мағанасын жоғалтады, бірақ дәрісті техникалық құралдармен молынан жабдықтап асыра пайдалану нәтижелі бола бермейтіндігін де естен шығармаған абзал. Дәрісті сабақ материалдары бойынша дайындалған ақпараттық текстерден тұратын слайдтарды тек презентациялау үрдісіне айналдыруға болмайды. Дәріс материалын презентациялау оқытушы үшін «шпаргалка» ролін атқарса студент үшін көңілін қарастырып отырған сұраққа тұйықтайтын көрнекі құрал болуы керек. Дәрісті презентациялау арқылы өткізу үшін материалдарды беру тәртібі мен құрылымын мұқият ойластырған жөн, себебі презентация материалдарын кредиттік жүйе бойынша оқытудың талаптарына сәйкес тарату материалдары ретінде қолдануға болады [3].

Интерактивті оқыту кезінде танымдық процесін ұйымдастырудың арнайы формасы, атап айтқанда оқытудың ұтымды және ыңғайлы (комфорттық) жағдайы (презентациялау) қолданылып, студенттер оқу процесіне белсенді түрде жұмылдырылып, оқыту өнімділігі артады. Сондықтан дәрісті дайындау кезінде презентацияға көптеген әдебиет көздерін тарту керек, мысалы негізгі оқулыққа қосымша ретінде ғылыми мақалаларды, монографияларды және т.б. дерек көздерін тарту сабақ үстінде материалдарды ұйымдасқан пікір алмастыру мен пікір-таластар түрінде талқылауға мүмкіндік береді. Дәріс немесе сабақ тақырыбының негізгі бөлімдері бойынша студенттерге өзіндік жұмыс ретінде тапсырмалар берген дұрыс.

Зертханалық сабақ студенттердің құқықтық құзіретін, яғни қауіпсіздік техникасы ережелерін сақтай отырып жүргізілуі керек. Себебі химиядан зертханалық жұмыс барысында химиялық тәжірибелерді жүргізу үшін әр түрлі қауіпті химиялық заттар қолданылуы мүмкін, әсіресе кейбір органикалық қосылыстар қопарылыс беруі ықтимал, ал кейбірінің өрт қауіптілігі жоғары болса, кейбірі өте улы немесе уытты болады. Сондықтан, осындай органикалық қосылыстар қолданылатын көрнекілік сапалы реакцияларды арнайы компьютерлік оқыту бағдарламаларын пайдаланып көрсеткен дұрыс. Мысалы, пиридин және туындыларының қасиеттерін өткен кезде. Тәжірибелік сабақ пен ОСӨЖ барысында негізгі оқу материалдарын игеру мен пысықтау жұмыстарына көңіл

бөлген абзал. Аталмыш сабақтарды кіші топтармен және жұппен өткізген ыңғайлы, жұмыс формалары әр алуан болуы, мысалы, тақырыпқа байланысты ақпарат іздеуге, интеллектуалдық ойындарға, ситуациялық есептер шығаруға, рефераттар жазып, презентациялар дайындауға және басқа да жұмыстарға бағышталуы мүмкін.

Кіші топтармен жұмыс істеу әдісі. Бұл әдісті пайдалану барысында студенттер берілген тақырып бойынша белгілі бір заттың қасиеттері жазылған немесе белгілі бір фармпрепараттың (айталық, ацетилсалицил қышқылының) тиімді алу жолы жазылған алдын ала дайындалған таратылу материалын алады. Содан кейін оқу тобы 3-4 адамнан тұратын кіші топтарға бөлініп, кіші топтың әрбір мүшесіне белгілі бір ролді орындау тапсырылады. Айталық, бір топтың мүшелері провизор, технолог, сарапшы, аптекарь, дәрігер немесе науқастың ролдерін орындауы мүмкін. Ролдерді орындаушылардың әрқайсысына жеке тапсырма беріліп, нақты орындау тәртібі мен ережелері тапсырылады. Әр топ сұрақтарын талдайды және өздерінің ұсыныстарын жасайды. Тапсырманы дұрыс шешкендерін бағалаумен бірге міндетті түрде тобымен жұмыла қатысу деңгейін де бағалаған дұрыс.

Жұптармен жұмыс істеу әдісі. Бұл әдісті әдетте практикалық сабақ кезінде, яғни зертханалық жұмыстарды жасау барысында пайдаланған тиімді. Әдістің ерекшелігі сол, студент жұптағы серігімен пікір алмасып, біріне-бірі ойындағысын айта алады, жолдасының қолдауы мен демеуін сезінеді, жұмыс барысында өзара қателіктер жібермеуін қадағалайды. Жұптар іс жүзінде ұқсас реакцияларды орындап, нәтижелерін алған соң жұп мүшелері өзара пікір алмасып, сараптап, шешімін бүкіл топ мүшелеріне жария етеді. Осылай бүкіл топ мүшелері зертханалық жұмыспен қамтылады. Мысалы, органикалық заттың (этил спирті, ацетосірке эфирі, ацетальдегид) алу жолын, функционалдық топты анықтау үшін сапалық реакцияны іске асыруды немесе белгілі бір фармпрепаратты (фурацилин, ацетилсалицил қышқылы, аналгин) тиімді алу әдісін талқылау.

Ақпарат іздеу өткен материалды пысықтап, бекіту кезінде қолданылады. Оқу тобының студенттері бірнеше топқа бөлінеді. Өткен материал бойынша сұрақтар құрастырылады және әр командаға (топқа) сұрақтардың тізімі беріледі (әдетте 20 сұрақтан). Әдіс материалды бекіту үшін есептелген. Сұрақтардың дұрыс жауаптары дайын болатын уақыт белгіленеді. Жауаптары топ мүшелерімен кеңесе бағаланады.

Интерактивті оқыту әдісін пайдалану кезінде оқытушының ролі дәстүрлі әдістегіге қарағанда өзгеше, атап айтсақ оқытушы студенттерге бағыт-бағдар берумен, яғни олардың іс-әрекетін сабақтың мақсатына жеткізу үшін бағыттаумен шектеледі. Кіші топтармен жұмыс істегенде оқытушы сабақ үрдісіне тікелей араласпайды, бірақ студенттер жұмыстарын қадағалай отырып, бір минутта байланысын үзбейді. Оқытушының негізгі функциясы сабақ үрдісіне қатыспай топтар жұмысын үндеместен байқау, осының нәтижесінде аудиторяның көңіл-күйі мен құлқын аңғара отырып, тапсырмалардың кем-кетігін бағалап, келешекте оқыту әдістері мен тапсырмаларды жетілдіріп отыру. Интерактивті сабақтардың негізгі құрамына студенттердің орындайтын интерактивті жаттығулары мен тапсырмалары енеді. Интерактивті жаттығулар мен тапсырмалардың дәстүрлі әдістегіден маңызды айырмашылығы студенттер оларды орындау арқылы өткен материалдарды ғана пысықтап игеріп қоймай жаңа мағлұматтарды қабылдауында [3].

Сонымен, білім сапасының жоғары болуы білім беру мекемесінің, коллективтің, әрбір ұстаз бен шәкірттің білім беру-қабылдау процесіне белсене және нәтижелі қатысуымен анықталады. Өз кезегінде нәтижелі және сапалы білім беру дәрежесін оқу орны түлегі – жас маманның еліміздегі динамикалық түрде өзгеріп жатқан талаптарға сай бәсекелестікке қабілетті болуымен анықтауға болады. Бұл үшін оқу орнын бітіруші жас маманның белгілі (стандарт бойынша) білім жиынтығын, дағдыларды, іскерлікті меңгеруі жеткіліксіз, сонымен бірге оның қоршаған ортамен (ұжым, әріптестері, таныстары, достары және т.т.) қарым-қатынасы және әрекеттесуі ойдағыдай болуы тиіс. Ізденіске, зерттеуге, жобалауға, жоспарлауға, ұйымдастыруға, қарыс-қатынасқа және саналы түрде қимыл-іс-әрекетін бағалай алуға қабілетті болуы жас түлектің құзіреттілігін анықтайды. Олай болса әрбір білім ошағы білім берудің инновациялық әдісі – интерактивті оқыту технологиясына көшуі қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Бортникова Г.В. Использование интерактивных методов обучения на уроках химии как средство формирования ключевых компетенций обучающихся // Преподавание химии. Общепедагогические технологии. - М.: 2012. – С. 95-99.

2 Двуличанская Н.Н. Интерактивные методы обучения как средство формирования ключевых компетенций - М.: МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2011. – 329 с.

3 Ткачева Т.А. Применение активных и интерактивных методов обучения на лабораторных занятиях по химии - Оренбург: ОГУ, 2012. – 241 с.

Н.У. АЛИЕВ, А.К. КУСАИНОВА, Г.А. КАГАЗБЕКОВА, Г.С. САДЫКОВА

Кафедра химии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ИНТЕРАКТИВНЫЙ СПОСОБ ОБУЧЕНИЯ ХИМИИ

Резюме: В статье рассматриваются вопросы организации преподавания химии студентам первого курса медицинского вуза интерактивным способом, который позволяет активизировать всех членов группы. По данному способу предлагается использование достижений информационной технологии и работать с малыми группами и парами студентов.

Ключевые слова: Студенты первого курса медицинского вуза, химия, интерактивный способ обучения, работа с малыми группами и парами.

N.U. ALIYEV, A.K. KUSAINOVA, G.A. KAGAZBEKOVA, G.S. SADYKOVA

KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Department of Chemistry

INTERACTIVE WAY OF TEACHING CHEMISTRY

Resume: This article discusses the organization of teaching chemistry to the first year students in the medical school in an interactive way, which allows to stir up all members of the group. This method proposes using the developments in information technology and work with small groups and pairs of students.

Keywords: First-year students of the medical school, chemistry, interactive way of learning, work with small groups and in pairs.

УДК 811.161

Г.С. АРКАБАЕВА, З.К. КОКЕНОВА, Т.К. БЕРДАЛИЕВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
Алматы, Казахстан

ИНТЕНСИВНАЯ И ИНТЕРАКТИВНАЯ МЕТОДИКИ ОБУЧЕНИЯ РКИ

В статье рассматриваются инновационные формы обучения в преподавании русского языка как иностранного, методы использования новых технологий в практике обучения неродного языка, преимущества и недостатки новых мультимедийных образовательных систем, интенсивной и интерактивной методик обучения.
Ключевые слова: *Интенсивная методика, интерактивная методика, мультимедийные средства, Интернет, веб-страницы, аудиочаты, суггестопедия, аудирование, полилог, on-line, интернет-ресурсы.*

Введение.
В последнее время интенсивная и интерактивная методики наиболее востребованы у учащихся.
Интенсивный курс, а именно методика введения учебного материала основывается на суггестопедической системе Георгия Лозанова, который явился основоположником науки о внушении, основным принципом которой является запоминание обильной информации. В отличие от обычных приёмов запоминания (за день от 30 до 50 лексических единиц) в особом суггестивном состоянии запоминание достигает 200 слов за урок.
Целью и средством интенсивного курса обучения является овладение иноязычным общением. Интенсивный курс обучения предусматривает групповую, коллективную деятельность как средство для решения жизненных задач, а также предполагает энергичные действия преподавателя. Интенсивный курс – это цепь событий, в которых учащиеся принимают участие, а преподаватели реализуют свою программу. Преподаватель здесь является ключевым звеном, так как снимает психологические барьеры, активизирует речевую деятельность учеников, их лексико-грамматические знания, показывает им коммуникативную целесообразность использования в речи тех или иных речевых оборотов.
Речь идёт о двуплановой организации общения, когда основным принципом учебного процесса становится принцип косвенного целеполагания.
Метод интенсивного обучения.
Интенсивный курс является большой, хорошо организованной ролевой игрой. В связи с этим смена имён является одним из важнейших психологических и педагогических условий. Наряду с новым именем (русским) и «легендой» участник курса должен выполнять новые для него социальные обязанности, выстраивать своё поведение и отношения с людьми, при этом учащийся должен учитывать нормы и правила новой среды. Причём «маски» и «легенды» обычно престижны и интересны, «вживание» в роль не обязательно. Таким образом, снимаются психологические барьеры, активизируются творческие возможности учащихся, а также отрабатывается лексика, грамматические конструкции. Обучаемые должны видеть друг друга, поэтому они располагаются полукругом. Состав группы 6-12 человек. Преподаватель ненавязчиво демонстрирует, что и как нужно делать, так как он носитель речевого образца. Учебный материал интенсивного курса – это сюжетно организованный текст-полилог, в котором задействованы все участники, получившие роли-легенды. Учебный материал организует ситуация, которая должна быть моделью общения, а речевые единицы представляются во множестве вариантов. Полилог обычно состоит из коммуникативных блоков, которые состоят из коммуникативных единиц, обладающих связанностью и ценностью речевого произведения, со сменой нескольких коммуникативных ролей. При отборе лексических и грамматических структур учитывается их функциональность и паралингвистический критерий (мимика, жесты, интонация, движение и др.). Текст полилога даётся весь и сразу, и предъявляется 4 раза.
Первое предъявление – это краткое введение в новую тему. При этом не заостряется внимание на новом материале. Обязательным является предъявление текста с переводом на родной язык, сопровождается мимикой и жестами. Всё должно быть направлено на то, чтобы вызвать интерес учащихся. Причём необходима тщательная подготовка со стороны преподавателя. Никаких экспромтов, чёткое ограничение во времени. Доминирующий вид речевой деятельности – аудирование.
Аудирование – это рецептивная деятельность, представляющая собой одновременное восприятие и понимание звучащей речи. Процесс восприятия состоит из анализа и синтеза разноуровневых языковых единиц (фонем, слов, предложений), в результате чего происходит преобразование воспринятых звуковых сигналов в смысловую запись, то есть наступает смысловое понимание.
Достижения современной психолингвистики показывают, что аудирование – это восприятие и понимание звучащей речи; особый вид речевой деятельности; активный творческий процесс; способствует восстановлению и развитию других видов деятельности (чтение, говорение, письмо).
При восприятии и понимании надо учитывать факторы:
Характеризующие содержание речевого сообщения.
Условия предъявления информации, степень участия слушающего в акте коммуникации.
Степень сформированности определенных навыков и умений учащегося.
Понимание смысла речевого сообщения возможно при условии, если учащиеся могут одновременно преодолевать трудности аудирования – извлекать необходимую им информацию, при этом, не осознавая языковой формы сообщения. Это значит, что языковая форма должна быть ясной и знакомой до прослушивания сообщения.
Воспринимая речь, это когда мы реагируем на известное смысловое и образное сообщение. В основе слухового восприятия лежат слуховые, речедвигательные и зрительные ощущения, которые объединяются на основе речедвижений.
У учащихся надо формировать четкие произносительные навыки. Ведь узнавание и понимание новых слов происходит, если учащиеся умеют правильно “озвучивать” новые слова во внутренней речи. Именно на начальном этапе учащиеся недостаточно владеют языком и им надо объяснять очень много признаков.
На начальном этапе обучения учащиеся не обладают в полной мере фонематическим слухом на русском языке, внутренняя речь не носит развернутого характера, скорость ее замедлена, что не обеспечивает аудирования речевых сообщений в нормальном темпе.
Целостность и динамичность процесса аудирования обеспечивается работой речевых механизмов:
– механизм оперативной памяти;
– механизм вероятного прогнозирования;
– механизм долговременной памяти;
– механизм осмысливания.
Все эти механизмы должны быть сформированы уже на родном языке, причем они не переносятся автоматически на русский язык, их надо развивать.
Чтобы понять предложение, ученик должен держать в сознании всю звуковую последовательность слов, из которых состоит данное предложение. Начинать надо с

коротких предложений. Потом постепенно надо удержать в сознании “смысловые куски”. Так постепенно отрабатывается механизм оперативной памяти. Объем оперативной памяти ограничен. Это значит, что на начальном этапе не следует предъявлять предложения или тексты с большим количеством “смысловых кусков”. Чем короче, тем легче.

Долговременная память делает возможным применять полученные знания в процессе обучения. Узнавание слов, понимание структуры предложения, его смысла происходит благодаря работе долговременной памяти. В связи с этим необходимо обучать учащихся перефразированию услышанных высказываний, сокращению и сжатию полученной информации.

На восприятие речевых сообщений влияют:

– отчетливость;
– громкость произношения;
– умение говорящего делать правильные интонационные выделения смыслового предиката;
– паузы.

Понимание звучащей речи представляет собой сложный процесс умственной переработки информации. При аудировании с процессом понимания вступает в действие и процесс запоминания. Нельзя запомнить все сообщение полностью. Нужно ориентировать учащихся на запоминание главных мыслей сообщения.

Очень важна для понимания речи в деталях направленность внимания, которая может концентрироваться или на основных мыслях высказывания или на его деталях.

В случае ориентации на детали, понимание ухудшается, поэтому необходимо научить учащихся концентрировать внимание на основном содержании высказывания, воспитывать привычку вдумываться в смысл речевого сообщения. Большую и, пожалуй, главную роль играет здесь учитель, именно он создает правильную обстановку.

Важную роль при аудировании играет длительность звучания. Психологи считают, что после 4-7 минут звучания начинается утомление учащихся. Для начального этапа рекомендуется длительность звучания сообщения 1,5-2 минуты.

Неоднократное предъявление одного и того же сообщения улучшает его понимание. В процессе обучения преподаватели должны стремиться приблизить учебные условия общения к реальным, поэтому необходимо сформировать навыки и умения аудирования сообщений, предъявляемых один раз.

Успешность обучения аудированию определяется системой упражнений. При составлении упражнений необходимо, прежде всего, учитывать цель обучения – определить навыки и умения, которые должны быть сформированы у учащихся, а также выделить трудности, связанные с особенностями речевых сообщений.

На начальном этапе необходимо сформировать умение:

– узнавать на слух усвоенные речевые элементы;
– членить речевой поток на предложения, на слова;
– осмысливать тип интонационной конструкции;
– узнавать слова, претерпевшие изменения в потоке речи;
– дифференцировать слова, близкие по звучанию;
– понимать высказывания, содержащие изученную и неизученную лексику;
– понимать интернациональные слова.

Постепенно надо учащихся научить понимать содержание речевых высказываний:

– умение выделять факты;
– умение отделять их друг от друга;
– умение следить за последовательностью развития действия;
– умение выделить наиболее информативные отрезки сообщения;
– умение соотносить часть и целое;
– умение выделить главные мысли;
– умение понять общее содержание, несмотря на непонимание отдельных сообщений;
– умение отделить новое от известного.

В практике речевого общения возникает необходимость слушать русскую речь в разных условиях:

– на уроках;
– при прослушивании радиопередач, телепередач;
– при просмотре кинофильмов;
– в процессе непосредственного обучения с собеседником.

Поэтому необходимо у учащихся сформировать умения понимать речевое высказывание, принимаемые от различных источников информации, как при наличии, так и в случае отсутствия зрительной опоры, понимать речь незнакомых лиц, уметь осмысливать речевые сигналы, поступающие в среднем и быстром темпе.

При обучении аудированию осуществляется контроль на уровне узнавания и воспроизведения. Проверка понимания услышанного на уровне узнавания строится по принципу выбора:

– одной картинки, соответствующей содержанию сообщения, из нескольких;
– правильного ответа на вопрос из нескольких предложенных вариантов;
– фраз, соответствующих содержанию речевого сообщения или предложенному плану.

Следует отметить, что эти формы проверки не всегда выявляют глубину понимания сообщения.

Понимание проверяется на уровне воспроизведения услышанной информации. Можно предложить следующие виды работы по проверке понимания содержания:

– ответы на вопросы;
– постановка вопросов, составление плана к тексту;
– выделение главной мысли и фактов, раскрывающих идею;
– пересказ (краткий, подробный, выборочный);
– характеристика действующих лиц;
– определение отношения автора к героям, изображаемым событиям.

Проверка осуществляется в письменной или в устной форме. Наиболее эффективным способом контроля считают беседу, в ходе которой выделяются затруднения в понимании. Преподаватель показывает, на что надо обращать внимание при прослушивании, выявляет глубину и точность понимания речевого сообщения.

Во втором предъявлении раскрывается языковой и речевой материал урока. Целью второго предъявления является обеспечение непроизвольного запоминания нового учебного материала. Для этого этапа введения материала характерно хоровое проговаривание за преподавателем. Материал даётся с подтекстом, произносится с различной эмоциональной окраской, используются мелодия, ритм и рифма, жест и мимика, наглядность, комментарии этимологического и лингвострановедческого плана. Преподавателю необходимо знать текст наизусть, чтобы естественно вовлекать учащихся в общение.

Третье предъявление служит произвольному запоминанию. Текст даётся пофразно, можно провести чтение текста в музыкальном сопровождении.

На четвёртом предъявлении ученикам предлагается слушать музыку и текст урока. По окончании текста нет ни обсуждения, ни вопросов – учащиеся встают и уходят.

После введения нового материала наступает период его обработки. Преподаватель составляет систему заданий, но исходить нужно из того целью обучения является речевая деятельность.

Одним из принципиальных положений интенсивного метода является глобальное введение большого по объёму речевого материала, не объяснённого с точки зрения грамматики. Но это не значит, что формулирования правил не может быть, так как языковые явления были представлены хаотично и воспринимались интуитивно, могут быть введены определённые дни для осмысления тех или иных языковых явлений.

Интерактивное обучение РКИ

Во многих учебных заведениях за последние годы стали широко использоваться компьютерные технологии, а именно особенно популярным стало интерактивное обучение (обучение на расстоянии). Этому способствует много факторов. Внимание преподавателей русского языка привлекают следующие возможности компьютерных языковых курсов:

1) наличие в таких курсах комплекса учебных материалов (видеофрагментов, автоматического словаря, грамматического комментария, аудиотекста, текстов для чтения, контрольных упражнений);
2) возможность организации учебного материала в таких курсах в виде гипертекста, позволяющего быстро переходить от одного раздела программы к другому, осуществлять поиск информации;
3) представление учебного материала в разнообразной форме (в виде диалогов, либо озвученных текстов для слушания и чтения);
4) коммуникативная функция;
5) возможность контроля;
6) использование различных видов тренировочных упражнений, построенных на предсказуемости ответа учащегося (анализ ответов проводится путём сравнения с эталоном, хранящимся в банке данных);
7) возможность оценки ответа учащегося с помощью специальных алгоритмов.

В работе с компьютерными технологиями преподаватели используют четыре вида программ, реализованных в большинстве компьютерных курсов:

– Направленные на овладение средствами общения (фонетическими, лексическими, грамматическими).
– Ориентированные на овладение речевой деятельностью.
– Обеспечивающие возможность контроля уровня сформированности речевых навыков и умений.
– Познавательные программы страноведческой направленности.

Некоторые из этих программ доступны для свободного пользования в Интернете. Наиболее важной функцией образовательных интернет - технологий является сетевое взаимодействие между пользователями. Эта возможность реализуется в тестировании on-line, в дистанционном обучении и др. Вышеуказанные ресурсы имеют специальные сервисы и возможности, обеспечивающие интерактивное взаимодействие с пользователем.

Также существуют информационно-образовательные ресурсы для преподавателей языков, имеющие свою специфику, и включающие:

1) курсы дистанционного обучения для преподавателей;
2) виртуальные библиотеки;
3) форумы учителей.

Дистанционное образование – это образование, которое реализуется через дистанционное обучение. Рассмотрим основные факторы, определяющие дистанционную форму обучения:

1) расстояние;
2) учебные средства, способные объединить усилия учителя и учащихся и обеспечить усвоение содержания курса;
3) преобладание самоконтроля.

Дистанционный курс - это совокупность средств аппаратно-программного и организационно-методического обеспечения, ориентированного на удовлетворение образовательных потребностей пользователей. Обязательными составляющими дистанционного обучения являются: учебный центр, информационные ресурсы, средства обеспечения технологий дистанционного обучения, преподаватели-консультанты, обучающиеся. Необходимо функционирование всех этих составляющих. Всё вышеуказанное является необходимым условием выполнения данного проекта.

Принципиальными особенностями дистанционных форм обучения являются индивидуальный подход к обучению, диалоговый характер взаимодействия, использование информационных ресурсов, постоянно находящихся в Интернете, проведение текущего и итогового контроля, регулярное обновление учебных материалов, сочетание традиционных и дистанционных форм обучения. Ресурсы Интернета решают несколько типов дидактических задач:

1) формировать навыки и умения чтения, используя материалы Интернета;
2) совершенствовать умения аудирования на основе аутентичных звуковых текстов Интернета;
3) совершенствовать умения письменной речи, участвуя в переписке, письменном обсуждении проблемы;
4) знакомиться с социокультурными аспектами языка, особенностями речевого поведения, речевым этикетом;
5) формировать устойчивую мотивацию на основе систематического изучения наглядных материалов, обсуждения актуальных для данной культуры проблем.

Важным вопросом являются критерии отбора интернет - ресурсов для использования на уроке. Особенно важны такие параметры, как языковая сложность материала, надёжность информации, её актуальность и объективность информации, соответствие программе обучения и уровню владения языком учащихся. Основными критериями оценки того или иного ресурса являются:

1) Авторство сайта, которое определяет достоверность и качество информации (надежными считаются сайты, созданные правительственными организациями, известными учебными заведениями и библиотеками, научными центрами).
2) Периодичность обновления информации. Регулярное обновление означает развитие сайта, изменение в соответствии с теми или иными задачами или информационными потребностями.
3) Удобство поиска информации.
4) Оформление сайта.

Портал «Грамота.ру» (gramota.ru) – ведущий справочно-информационный портал, посвященный русскому языку. Здесь публикуются статьи, посвящённые культуре речи, реформе орфографии, даются сведения из истории русских слов. Интересными являются включённые в данную систему интерактивные словари, позволяющие проверить правописание слов и познакомиться с их значением.

Полезным интернет-ресурсом для преподавателей является также образовательный портал «Культура письменной речи». Количество курсов дистанционного обучения русскому языку постоянно увеличивается. Хотелось бы выделить несколько курсов дистанционного обучения русскому языку, заслуживающих особого внимания. Интересным является мультимедийный интерактивный курс дистанционного обучения русскому языку «Новости из России». Этот курс дистанционного изучения русского языка и культуры основан на материалах популярных программ телевидения России, создан на базе учебника А.Н. Богомолова «Новости из России». Учебный материал курса (телевизионные сюжеты, система упражнений, тестовые задания и задания на перевод)представлен в виде автономных уроков, которые сгруппированы по тематическим блокам. Регулярно обновляемый учебный материал курса позволит учащимся изучать русский язык и следить за событиями, которые освещаются в информационных и аналитических программах телевидения России. Много интересного и полезного (образцы уроков, методические рекомендации, грамматический справочник) можно найти при работе с курсом «Время говорить по-русски», подготовленного в Центре международного образования МГУ. Интересны материалы серверов www.learningrussian.com и www.masterrussian.com, где представлены различные типы дистанционных курсов по русскому языку. Они включают информацию по различным разделам преподавания русского языка как иностранного. Интересны ссылки на другие ресурсы Интернета для изучающих русский язык, различная страноведческая информация, а также информация о новых учебных изданиях для изучающих русский язык. Интернет позволяет получать доступ к

неограниченному количеству текстовых, звуковых и видеоматериалов на разных языках (электронные газеты и журналы, электронные версии печатных изданий, каталоги библиотек; архивы, сайты музеев, учебных заведений; транскрипты некоторых телевизионных программ, сценарии кинофильмов; веб-странички известных политических деятелей и деятелей культуры и т.д.). Электронная почта, телеконференции (форумы), текстовые и аудиочаты, гостевые книги, сетевые дневники, телефонную сеть Skype и т.д. относятся к коммуникативным ресурсам Интернета. Необходимо отметить, что в последнее время возможности Интернета как средства электронной коммуникации стали активно применяться в учебном процессе.

Принципами использования тренировочных тестовых компьютерных программ являются: независимость алгоритма выполнения теста от текстового наполнения, формализованность способов анализа сообщения, многофакторный сбор статистической информации, наличие различных модулей для учащегося и преподавателя, использование аудиовизуальной информации.

Тестовые задания могут быть созданы при помощи специальной компьютерной программы Hot Potatoes (Версия 6.0.1998–2003). Hot Potatoes – инструментальная программа-оболочка, предоставляющая преподавателям возможность самостоятельно создавать интерактивные задания без знания языков программирования.

Минусами дистанционного обучения является отсутствие учета принципа сознательности при обучении, поскольку построено на имитационном повторении. В целом, отсутствие интерактивности в виде контакта с преподавателем ставит тот или иной ресурс в ряд самоучителей.

На сегодняшний день представлено некоторое количество мультимедийных интерактивных обучающих программ по русскому языку как иностранному, размещённых на CD или в сети Интернет. Основную массу данных электронных учебников составляют лексико-грамматические тренажёры, направленные на активизацию речевых умений учащихся, расширение их словарного запаса. В основном, дистанционное обучение не предусматривает обратную связь с преподавателем, программы рассчитаны только на самостоятельную работу учащихся, без проверки выполнения заданий со стороны преподавателя.

Для создания тестовых заданий используются несколько программ. Учащиеся могут получать доступ к тестовым материалам с помощью специальной веб-страницы. Упражнения создаются с помощью специальных блоков программы.

Задания в тестовой форме, в основном, подразделяются следующим образом:

– Вопросы с множественным выбором ответа.
– Заполнение пропусков в тексте.
– Установление соответствий между словами, предложениями.
– Восстановление последовательности.

Выводы.

В организации учебного процесса важно перенести образовательные акценты на усвоение знаний каждым студентом на максимально возможном для него уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аванесов В.С. Методические и теоретические основы тестового и педагогического контроля. – М.: 1994. – С. 3-18.
2 Аванесов В.С. Формы тестовых заданий. // Учебное пособие. - М.: Центр тестирования, 2005. – С. 24-28.
3 Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: 2003. – С. 58-61.

Түйін: Бұл мақалада орыс тілді шет тілі ретінде оқытудың инновациялық нысандары, ана тілі емес тілге үйрету тәжірибесіндегі жаңа технологиялардың қолдану әдістері, жаңа мультимедиялық білім беру жүйелерінің артықшылықтары мен кемшіліктері, оқытудың интенсивтік пен интербелсенді әдістері қаралады.
Түйінді сөздер: Интенсивті әдістеме, интербелсенді әдістеме, мультимедиялық құралдар, Ғаламтор, веб-беттер, дыбысчаттары, суггестопедия, аудиттеу, полилог, on-line, ғаламтор-қорлары.

G.S. ARKABAEV, Z.K. KOKENOVA, T.K. BERDALIEVA
S.D. Asfendiyarov KazNMU
Almaty, Kazakhstan

INTENSIVE AND INTERACTIVE TEACHING METHODS RCTS

Resume: The article deals with innovative forms of learning in teaching Russian as a foreign language, methods of using new technologies in the practice of teaching second language, the advantages and disadvantages of new multimedia educational systems, intensive and interactive teaching methods.
Keywords: Intensive technique, interactive techniques, multimedia, internet, web pages, audio chats, suggestopediya, listening, polylogue, on-line, Internet resources.

УДК 811.161

Т.К. БЕРДАЛИЕВА, Г.С. АРКАБАЕВА, З.К. КОКЕНОВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
Алматы, Казахстан

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

В статье рассматриваются образовательные акценты на усвоение знаний каждым студентом на максимально возможном для него уровне с помощью новых образовательных технологий, в числе которых метод квантования учебных текстов. Уяснение смысла изучаемого текста предполагает понимание его частей, а уяснение смысла частей требует понимания текста в целом. Уровень усвоения учебного материала проверяется использованием заданий в тестовой форме. Этот подход лежит в основе методики создания квантованных текстов с заданиями в тестовой форме.
Ключевые слова: *Тесты, тестовый контроль, задания в тестовой форме, квантованные тексты, метод тестового контроля, задания фасетного типа, информационно-коммуникативные технологии, супертесты.*

Введение.
Проблема контроля знаний обучаемых всегда занимали важное место в педагогике. Существуют разные виды контроля, но одним из эффективных средств контроля считается тест.

Актуальность.
Тестовая форма контроля знаний в системе образования востребована самим временем.

Метод тестового контроля знаний даёт возможность быстрого получения информации о качестве усвоения преподаваемого предмета. Этот вид контроля знаний предоставляет возможность самостоятельного выбора правильного решения, способствует акцентированию внимания на сознательное изучение учебного материала.

В практике тестирования нет однозначной классификации заданий в тестовой форме. По мнению Н.И.Шевандрина, можно выделить следующие типы тестовых заданий:

1) Задания закрытого типа (утверждения).
   - с двумя ответами
   - с тремя ответами
   - с четырьмя ответами
2) Задания открытой формы (дополнить утверждения).
3) Задания на соответствия.
4) Задания на установление правильной последовательности.
5) Фасетные задания (задания фасетного типа – это цель к которой должны стремиться разработчики тестовых заданий. Такие задания являются основой для конструирования параллельных форм теста).
6) Ситуационные задания.

В зависимости от времени обучения тестовый контроль делят на текущий, тематический, рубежный и итоговый.

По мнению профессора Аванесова В.С., в современной парадигме образования возросла роль:

– новых учебных тестов
– творческой самостоятельной работы (её надо методически обеспечить)
– новых образовательных технологий (их надо изучать и применять)

Профессор Аванесов В.С. считает, что педагог вуза владеет информационно–коммуникационными технологиями и умеет мотивировать каждого студента на рост собственного учебного потенциала.

Я.А.Коменский выделил три уровня учения:

– понимание
– усвоение
– применение.

По Аванесову, понимание обеспечивает использование квантованных текстов. По мнению Аванесова В.С., новыми направлениями модернизации учебного процесса в вузе являются:

1. Разработка и применение супертестов.
2. Тематические квантованные учебные тексты.

В числе новых образовательных технологий постепенное признание получает метод квантования учебных текстов. Квантование – это разделение текста на части.

Профессор Аванесов В.С. предлагает следующий **метод квантования учебного текста:**

1. Разбить текст на части и дать подзаголовки для каждой части.
2. Разбить весь текст на абзацы по логическому принципу (6-8 строк, примерно)
3. Ключевые слова пишутся ближе к началу.
4. Фразы строятся просто, по возможности, без придаточных предложений, без причастных и деепричастных оборотов.
5. Как можно меньше научных и редко используемых слов.
6. Мысль начинается и заканчивается в абзаце.

Уяснение смысла изучаемого текста предполагает понимание его частей, а уяснение смысла частей требует понимания текста в целом. Уровень усвоения учебного материала проверяется использованием заданий в тестовой форме. Этот подход лежит в основе методики создания квантованных текстов с заданиями в тестовой форме. В качестве примера предлагаем квантованный текст с заданиями в тестовой форме для иностранных студентов, владеющих русским языком в объёме базового уровня В1.

Первый ректор КазНМУ

Дата и место рождения
Санжар Джафарович Асфендияров родился 20 октября 1889 года в Ташкенте, в семье военного переводчика.

Образование
В 1907 году он поступил учиться в Петербургскую военно-медицинскую академию. Асфендияров получал стипендию, потому что он был из многодетной семьи. В 1912 году, когда Асфендияров закончил академию, его послали работать врачом в далёкое пограничное село. А через несколько лет он стал народным комиссаром здравоохранения Туркестана.

Работа в Москве
С 1924г. по 1927г. Асфендияров работал в Москве, преподавал в Московском государственном университете. Там он получил звание профессора. Несколько лет был ректором Московского института востоковедения.

Работа в Казахстане
Когда в 1927 году Асфендияров вернулся в Алма-Ату, он начал заниматься вопросами науки и высшего образования. В начале 20-го века, для того чтобы получить высшее образование, юноши и девушки должны были ехать в Россию. Асфендияров хотел, чтобы республика имела свои вузы и своих учёных.

Открытие медицинского вуза
Так как Асфендияров был врачом, он понимал, что в такой большой республике должен быть медицинский институт.
20 апреля 1931 года был открыт АГМИ, в этом была большая заслуга Асфендиярова. Он стал первым ректором медицинской академии. Вначале преподаватели и учёные приглашались из Москвы, из Ленинграда, из Киева.

Великий учёный, государственный и общественный деятель
В 1931 году Санджар Асфендияров начал писать книгу об истории Казахстана с древнейших времён, поэтому он перешёл работать в научно-исследовательский институт национальной культуры.
С.Д. Асфендияров был государственным и общественным деятелем, большим учёным, талантливым педагогом,

человеком, который много сделал для развития науки в Казахстане.

Вашему вниманию предлагаются задания, в которых могут быть один, два, три и большее число правильных ответов. Нажимайте на клавиши с номерами всех правильных ответов:

1. С.Д.АСФЕНДИЯРОВ РОДИЛСЯ
   1) в 18 веке
   2) в 1889 году
   3) 3 мая 1921 года
   4) в 19 веке
   5) в 1905 году
   6) 20 октября 1889 года

2. С.Д.АСФЕНДИЯРОВ
1) работал врачом в далёком пограничном селе
2) стал народным комиссаром здравоохранения Туркестана
3) получал стипендию, потому что был из многодетной семьи
4) поступил учиться в Петербургскую военно-медицинскую академию
5) несколько лет был ректором Московского института востоковедения
6) с 1924 по 1927гг. работал в Москве, преподавал в Московском государственном университете
7) заведовал больницей

3. В 1927 ГОДУ АСФЕНДИЯРОВ ВЕРНУЛСЯ В
   1) Алма-Ату
   2) Москву
   3) Лондон
   4) Пекин
   5) Туркестан
   6) Кызылорду

4. АСФЕНДИЯРОВ ХОТЕЛ ,ЧТОБЫ
1) в Казахстане был университет
2) республика имела свой медицинский центр
3) в республике был медицинский институт
4) республика имела свои вузы и своих учёных

Дополнить

5. 20 АПРЕЛЯ 1931 ГОДА БЫЛ ОТКРЫТ_____, В ЭТОМ БЫЛА БОЛЬШАЯ ЗАСЛУГА АСФЕНДИЯРОВА.
6. ОН СТАЛ ПЕРВЫМ_____МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.

7. В 1931 ГОДУ САНДЖАР АСФЕНДИЯРОВ НАЧАЛ ПИСАТЬ КНИГУ ОБ ИСТОРИИ КАЗАХСТАНА, ПОЭТОМУ ОН
1) уехал в аул
2) вышел на пенсию
3) начал заниматься политикой
4) перешёл работать в научно-исследовательский институт национальной культуры.

Выводы.
Тестовые задания чётко ориентированы на реальный практический результат. Они позволяют учитывать индивидуальные особенности обучаемых, проверять качество усвоения теоретического и практического материала на каждом этапе обучения, оживляют процесс обучения, экономят время, затрачиваемое на опрос, обеспечивают оперативность проверки выполненной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аванесов В.С. Методические и теоретические основы тестового и педагогического контроля. – М.: 1994. - С. 3-18.
2 Аванесов В.С. Формы тестовых заданий. // Учебное пособие. - М.: Центр тестирования, 2005. - С. 24-28.
3 Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: 2003. - С. 58-61.

Түйін: Мақалада оқыту акценттер білімнің меңгерушісі бас-басына студентпен ол барынша ықтимал деңгейде көмек жасайды.Жаңа оқыту технологияларың қарастырады. Оқылытын мәтіннің мағынасының түсіндіруі оның бөлігінің түсінушілігін болжайды, ал бөліктің мағынасының түсінігін мәтіннің түсінушілігін арада бүтіндікте сұрайды. Оқу материалдың меңгеру - деңгейі тапсырманың игерушілігінің тестілік пішінінде тексеріледі. Осы тіл табу тапсырмалармен тестілік пішінде квантованных мәтіннің жаралғаныны әдістемесінің негізінде жатады.
Түйінді сөздер: Тест, тестілік тексеріс, тестілік пішінде тапсырмалар, квантованные мәтіндер, тестілік тексерістің, фасетного үлгінің тапсырмасының әдісі, информациялық-коммуникатив технологиялар, супертесты.

T.K. BERDALIEVA, G.S. ARKABAEV, Z.K. KOKENOVA
S.D. Asfendiyarov KazNMU
Almaty, Kazakhstan

JOB IN THE TEST FORM AS A WAY OF KNOWLEDGE CONTROL, SKILLS AND ABILITIES

Resume: This article discusses the educational emphasis on mastery of knowledge by each student at the highest possible level for him with the help of new educational technologies, including the method of quantization of educational texts. Clarification of the meaning of the text being studied involves an understanding of its parts, and clarification of the meaning of parts requires an understanding of the text as a whole. Level of Learning checked using tasks in the test form. This approach is the basis of methods of creating quantized texts with tasks in the test form.
Keywords: Tests, test control, test tasks in the form of quantized texts, method of test control, job facet type of information-communication technologies, supertests.

УДК 415.61:611:378.14

М.Т. ЖАНУЗАКОВА, С.У. ЖАНТАСОВА
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Латын тілі модулі

АНАТОМИЯЛЫҚ АТАУЛАР МЕН ҚИМЫЛ – ҚОЗҒАЛЫСТАРҒА БАЙЛАНЫСТЫ ФРАЗЕОЛОГИЗМДЕР

Бұл мақалада қазақ тілі фразеологизмдерінің құрамында кездесетін анатомиялық атаулар және осы атаулармен байланысты қимыл – қозғалысты білдіретін фраземалар сипатталады. Адамның өзі мен оның мүше-ағзаларының негізінде пайда болған соматикалық фразеологизмдер жан-жақты зерттеуді талап ететін қыры-сыры көп күрделі құбылыс. Мұндай фразеологизмдерде ең жиі қолданылатын анатомиялық атаулар ауыз, бас, жүрек, көз және тіл сияқты атаулар болып табылады. Олар сөзге арқау, ойға тірек болып, тілдің фразеологиялық бай қорын жасауда ерекше қызмет атқарады. Әсіресе, медициналық жоғары оқу орындарының студенттерінің сөйлеу қабілетін арттыру мақсатында құрамында қазақша анатомиялық атаулары бар соматикалық фразеологизмдерді кеңінен қолданудың маңыздылығы дау тудырмайды.
Түйінді сөздер: *анатомиялық атаулар, соматикалық фразеологизмдер, кәсіби бағдарлы оқыту.*

Қазіргі заман талабынан туындап отырған қажеттіліктердің бірі – мемлекеттік тілді жоғары деңгейде меңгерген маман дайындау. Мемлекетіміздің тәуелсіздік алғанына 20 жылдан астам уақыт өтсе де, орыс бөлімі студенттерінің басым бөлігі қазақ тілінде әлі де таза сөйлеп, еркін ой бөлісе алмайды. Сондықтан тілді оқыту жүйесіне арналған оқу материалының мазмұны студенттердің қоршаған ортасына, әлеуметтік қызметіне, болашақ мамандықтарының ерекшеліктеріне сәйкес болуы керек.

Студенттерді ауызекі сөйлеуге үйрету барысында қазақ тілінің бай фразеологиялық қорына жүгінудің пайдасы өте зор. Әсіресе, медициналық жоғары оқу орындарының студенттерінің сөйлеу қабілетін арттыру мақсатында құрамында қазақша анатомиялық атаулары бар соматикалық фразеологизмдерді кеңінен қолданудың маңыздылығы дау тудырмайды деген ойдамыз. Орыс тілді студенттерде мемлекеттік тілде коммуникативті қарым-қатынасты қалыптастыру тіл дамыту мүддесінің негізгі басымдылығы болғандықтан әлеуметтік лингвистиканың, этнолингвистиканың негіздеріне сүйенген жаңа әдістемелердің пайда болуы заңды құбылыс.

Фразеологизмдер – тілдің сөздік қорына ұйытқы болып, оның бейнелілігін, ажарын кіргізіп, көңілдегі ойды образдар арқылы бейнелеп, өзіндік нақыш-бояумен жеткізетін тұрақты сөз тіркестері.

Фразеологизмдердің күрделі табиғатын толық біліп, терең түсіну үшін оның толып жатқан тың проблемалары жан-жақты зерттелу үстінде. Фразеологиялық жүйені тіркеп талдау және даму барысын анықтау үшін оларды тақырыптық топтарға бөліп қарастырудың маңызы зор. Қазақ тілі фразеологиясының семантикасын зерттеуші ғалым Р.Ә. Авакова фразеологиялық бірліктердің ішкі формаларының туындау көздеріне байланысты шартты түрде топтастырулар жасай келе, оларды көптеген топтарға бөледі: адамның анатомиялық атаулары (соматизмдер) мен қимыл-қозғалыстарына байланысты туған фраземалар; жануарлар (зооморфтық фраземалар) әлемі; өсімдіктер (флора) әлемі; табиғат құбылыстары; өлшем бірліктері (метеорология); сандық (нумеративтік) фраземалар; түр-түс және сындық; алғыс және қарғыс мәнді; мифтік және діни; тарихи кезеңдермен және тұлғалармен байланысты туған фраземалар және т.б [1, 53-55]. Осылардың ішінен тілде ең жиі кездесетіндері адамның анатомиялық атаулары мен қимыл-қозғалыстарына байланысты туындаған фразеологизмдер. Осыған орай, бүгінде терең зерттеліп жатқан фразеологизмдердің үлкен бір тармағы - *соматикалық фразеологизмдер*. Бүгінгі таңда бұл топ фразеологизмдерінің нысаны, қолдану аясы мен қызметі жан-жақты толық зерттеуді қажет етеді. Олардық мәні мен мазмұнын танып білу бұл жұмыстың мақсаты болып табылады.

Лингвистикада ең алғаш «соматизм» терминін енгізген финн-угортанушы ғалым Ф.Вакк болды. Ол еңбегінде эстон тілінің құрамындағы соматикалық фразеологиялық бірліктерді қарастыра отырып, мұндай бірліктер осы тілдің фразеологиялық қорының өте ежелгі класы деген тұжырымға келді.

Соматикалық фразеологизмдер - адамның өзі мен оның мүшелері мен ағзаларына (бас, көз, қол, аяқ, жүрек, тіл және т.б.) қатысты пайда болған алуан түрлі тұрақты сөз тіркестері мен сөз оралымдары. Лексикографтардың пікірінше, кез келген тілдің фразеологиялық қорының 30% соматикалық тіркестер құрайды. Соматикалық фразеологизмдер (грек. soma – дене) әр тілде көлемі жағынан үлкен және жиі қолданылатын тұрақты тіркестері. Олар коммуникативтік мағынасы зор тіл бірліктері. Қандайда бір соматикалық процесті іс жүзіне асырушы, орындаушы - адамның өзі.

Адам – табиғат туындысы, ондағы себептіліктің жемісі. Адам сыртқы ортамен белсенді қарым-қатынас жасай отырып, бірте-бірте өз табиғатын да, қоршаған ортаны да өзгертіп отыратын белсенді тұлға. Оған қимыл-қозғалыс, іс-әрекет, амал, қалып, жай-күй, ойлау, сөйлеу, көру, есту, бағыт-бағдар, бейнелеу сияқты өзге де процестер тән. Оның сезім

мүшелері арқылы қоршаған ортаны қабылдауының көрінісін фразеологизмдерге адамның дене мүшелерінің ұйытқы болғанынан көруге болады.

Сонымен қатар, адамның өмір сүруіне, тіршілік етуіне аса қажетті физиологиялық, биологиялық, психологиялық процестерді, ойлау, сезіну, түйсіну және белгілі бір іс-қимылдарды орындау жайлы ақпараттарды қарапайым сөз тіркестері түрінде емес, адамға әсер ететін, ой салатын, көз алдына елестететін айшықты бейнелер арқылы, теңеу-салыстыру тәсілімен бейнелеудің маңызы өте зор.

Қазақ тіліндегі етістікті фразеологизмдерді этнолингвистикалық жағынан зерттеген Б.К. Уызбаева 83 дене мүшесінің атауына қатысты мың соматикалық етістікті фразеологизмдер жинағанын айта келіп, тілдегі қазіргі таңда айқындалған соматикалық етістікті фразеологизмдердің жалпы саны адам болмысына тән соматикалық процестерден әлдәқайда аз деген тұжырым жасайды [2,6].

Б.К. Уызбаева өзінің еңбегінде соматикалық фразеологизмдердің ішінен *соматикалық етістік фразеологизмдерді* бөліп қарастырады [2,3]. Соматикалық етістік фразеологизмдер адамның анатомиялық атауларын ғана емес, оның дене мүшелері мен ішкі ағзаларына қатысты әр түрлі қимыл-қозғалыстар мен іс-әрекеттердің тілдегі сипатын көрсетеді.

Соматикалық фразеологизмдерде ең жиі қолданылатын анатомиялық атаулар ауыз,бас, жүрек, көз және тіл сияқты атаулар болып табылады. Осы топ фразеологизмдерінің қалыптасуына бұл дене мүшелерінің қызметі айрықша. Адамның анатомиялық атаулары, сол атаулардың қимыл-қозғалыстарымен тікелей байланысты. Сезімді, көңіл-күйді, іс-қимыл әрекетін көп сөзбен айтпай-ақ ыммен, ишаратпен, еппен сездіретін және соларды дәл бейнелейтін ойлы, сесті ұғымдар бар. Адамның дене мүшелерінің қатысымен белгілі бір ойды білдірудің мүмкіндігі мол.

Қазақ және неміс соматикалық фразеологизмдерін салғастыра зерттеуші М.Х.Абилгалиева осы топ фразеологизмдерін ым-ишарат және эмоциялық деп екі топқа бөледі. Ишаратты соматикалық фразеологизмдер тек ишарат, қимыл негізінде қалыптасып қана қоймай, сонымен қатар оларды өз құрамына қосады. Эмоционалды соматикалық фразеологизмдер ишаратпен байланысты емес. Олар адамның психологиялық жағдайын, ішкі сезімдерін көрсетеді. Сонымен қатар олар белгілі бір ишарат, қимыл негізінде қалыптасуы да мүмкін [3,4]. Осы топтауды негізге ала отырып соматикалық фразеологизмдерді екі топқа бөлуге болады – ым-ишарат және көңіл-күйді білдіретін фразеологизмдер. Мысалы, *көз жүгіртті* ‘шолып қарады, ой жіберді’, *көзімен тізді* ‘көптеп, лек-легімен деген мағынада’, *құлағын бұрды* ‘үгіттеп, айтқанына көндірді’, *маңдайы ашылды* ‘бағы жанды, бақытты болды’, *өкпесін қолына алып жетті* ‘бар пәрменінше жүгірді’ деген фразеологизмдер белгілі бір дене қозғалысын, ым мен ишаратты білдіріп, бірінші топқа жататын болса, *бармағын шайнау* ‘өткен іске өкіну, қапыда қалғанда қатты қиналу’, *жүрегі тас төбесіне шықты* ‘қатты үрейленді шошыды’, *көзінен от шашты* ‘ашу-ыза төкті, ызбар шашты’, *жүрек қылын шертті* ‘сезіміне әсер етті, көңілін аулады’, *көкірегі қарс айырылды* ‘уайымдады, қайғырды’ деген фразеологизмдер адамның дене мүшелері мен ағзалары негізінде, әр түрлі қимыл-қозғалыс негізінде оның ішкі жан дүниесінде, көңіл-күйінде болатын алуан түрлі психологиялық жағдайлардын, сезімдерін көрсетеді. Тек көрсетіп қана қоймай, өкіну, үрейлену, қиналу, ашулану, қайғыру, қуану, тебірену сияқты адамның терең сезімдерін мәнерлі, айшықты түрде бейнелейді. Қазақ тілінде көңіл-күйді білдіретін фразеологизмдерің өте көп кездесетін, кең таралған фразеологизмдер болып табылатындығын байқауға болады.

Адамның барлық мүшелері мен ағзалары осы топ фразеологизмдерін құрауға белсенді түрде тең жағдайда араласпайды. Ф.Вакктың пайымдауынша, соматикалық фразеологизмдерде атқаратын қызметі мен мағынасы айқын дене мүшелерінің атаулары ғана өте жиі қолданылады. Осы атаулар негізінде қалыптасқан соматикалық фразеологизмдер тобының мөлшері мен тақырыптық алуан түрлілігі осы дене мүшелерінің негізгі қызметінің маңыздылығы мен айқындылығына байланысты болады. Бұл құбылыс қазақ тіліне де тән. Көзге көрінер негізгі мүшелер мен ағзалардың негізінде, олардың атқарар қызметі негізінде қалыптасқан соматикалық фразеологизмдер басқа анатомиялық атаулар негізінде қалыптасқан фразеологизмдерден басым түседі. Ішкі ағзалардың адам өміріндегі маңыздылығы мен қажеттілігіне қарамастан, бұл атауларды тірек еткен фразеологизмдер сирек кездеседі. Сондай-ақ адамның бас, көз, қол, жүрек, аяқ, тіл сияқты дене мүшелері мен ағзалары шаш, маңдай, мойын, арқа т.б. мүшелерге қарағанда өмірлік маңызы бар қызметтер мен қозғалыстарды көбірек атқарады. Сонымен қорыта айтар болсақ, адамның өзі мен оның мүше-ағзаларының негізінде пайда болған соматикалық фразеологизмдер жан-жақты зерттеуді талап ететін қыры-сыры көп күрделі құбылыс. Қазақ тіл білімінде бұл топ фразеологизмдері әр түрлі мақалалар, диссертациялық еңбектер дәрежесінде зерттелініп жатыр. Мұндай фразеологизмдерде ең жиі қолданылатын анатомиялық атаулар ауыз,бас, жүрек, көз және тіл сияқты атаулар болып табылады. Олар сөзге арқау, ойға тірек болып, тілдің фразеологиялық бай қорын жасауда ерекше қызмет атқарады.

Жалпы соматикалық фразеологизмдер қорын қарастыру, зерттеу тіліміздегі фразеологизмдерді жаңа қырынан тануға, жаңа тұрғыдан зерттеуге зор мүмкіндік тудырады. Сыры мол, мазмұны терең, тұлғасы сан алуан фразеологизмдердің күрделі табиғатын толық біліп, терең түсіну үшін оның толып жатқан тың проблемларын жанжақты зерттеу өте қажет. Осы зерттеулердің ғылыми-теориялық мәні де, практикалық қажеттілігі де бүгінгі таңда ешқандай дау тудырмайды.

Анатомиялық атаулардың фразеологизмдердің құрамында көптеп кездесуі заңды құбылыс. Себебі адам өмірді, қоршаған ортаны тануды өзін-өзі танудан бастайды. Адамға етене таныс, жақын атаулар - өзінің дене мүшесі. Өз өмірінің алғашқы қадамынан бастап адам алдымен өз денесін, кейіннен өзге де адамдарды бақылап, олардың дене қозғалысы нені білдіретінін, сол қозғалыс арқылы не айтпақ болғанын, қандай ым-ишарат жасағанын білуге тырысады. Адамның дене қозғалысы қарама –қайшылықтарға толы. Дене тілі қарым-қатынас үстінде өте көп ақпарат алуға болатын коммуникацияның ерекше құралы. Адамның өз табиғатын тану үшін, өзге адамдармен қарым-қатынас жасауы үшін тілдің маңызы өте зор. Әсіресе, адам өміріндегі, қоғамдағы сан алуан қимыл-әрекет, қозғалыс, қалыпты, адамның көңіл-күйін әр қырынан танып білуде фразеология сияқты тілдік құбылыстың атқарар қызметі өте жоғары. Адамның дене тілінің, ым мен ишаратарының мағынасын ашуға фразеологизмдер негіз бола алады. Әлемнің тілдік бейнесін жасауда ұлттық өмірдің айнасы болып табылатын фразеологизмдердің алатын орыны ерекше.

Фразеологизмдердің бұл тобын оқып үйрену студенттердің дұрыс сөйлеуін, сауатты жаза білуін, тілдік біліктілігін, сөздік қорын жетілдіріп қана қоймай, танымдық көзқарасын кеңейтеді. Болашақ маман – дәрігер ретінде кәсіби тілді үйрену сапасын жоғарлатады. Мемлекеттік тілді кәсіби бағдарлы үйретудегі алға қойылған мақсаттар мен міндеттерді шешуде, студенттердің коммуникативтік құзыреттілігін қалыптастыруда тигізер септігі өте жоғары.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ
1 Авакова Р.Ә. Фразеологиялық семантика. - Алматы: Қазақ университеті, 2002. - Б. 53-55.
2 Уызбаева Б.К.. Қазақ тіліндегі соматикалық етістік фразеологизмдердің этнолингвистикалық сипаты: дис. ... канд. Филол. ғыл-ң - Алматы, 1994. – Б. 3-5.
3 Абилгалиева М.Х.. Сопоставительный анализ соматической фразеологии казахского и немецкого языков: Автореф. дис. ...канд. филол. наук. - Алма-Ата, 1992. - С. 3-5.
4 Исабеков С.Е. Некоторые вопросы фразеологической семантики // Материалы международной научно-практической конференции «Мир языка». – Алматы: 2005. – Т.1. – С. 22-28.
5 Момынова Б., Бейсембаева С. Қазақ тілідегі ым мен ишараттың қазақша-орысша түсіндірме сөздігі. – Алматы: 2003. - Б. 6-7.
6 Кеңесбаев І. Қазақ тілінің фразеологиялық сөздігі. – Алматы: 1977. – 156 б.

М.Т. ЖАНУЗАКОВА, С.У.ЖАНТАСОВА

Резюме: В данной статье описываются фразеологизмы казахского языка с анатомическимим наименованиями и связанные с данными наименованиями фраземы, обозначающие движение. Соматические фразеологизмы (от древ. греч. soma- тело) как словосочетания, один из компонентов которых называет часть тела человека или орган, представляют собой особую группу, которые требуют всестороннего изучения. В данных фразеологизмах чаще всего встречаются такие анатомические наименования как голова, рот, сердце, глаза и язык. Сама семантика этих фразеологических единиц направлена на человека, потому что используются в качестве основы ФЕ обозначений частей тела и органов человека. Пласт соматических фразеологизмов постоянно пополняется.
Ключевые слова: анатомические наименования, соматические фразеологизмы, профессионально-ориентированное обучение.

M.T. ZHANUZAKOVA, S.U. ZHANTASSOVA

Resume: This article deals with phraseologies of Kazakh language with anatomical terms and connected with given names of phrasemes meaning moments.
Somatic phraseologies (from ancient Greek soma- body) as a word-combinations, one of the components which names the part of the human body and organs, represents the special group which demants much studying.
Anatomical terms as head, mouth, heart, eyes and tongue are found in these phraseologisms. Semantic of these phraseological units is directed to the person, because it is used as a base of phraseological units meaning of human body parts and organs.
Keywords: anatomical names, somatic phraseologies, professionally-oriented education.

УДК 811.161

З.К. КОКЕНОВА, Г.Ж. ТУРЫСБЕКОВА, Г.С. АРКАБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

КУЛЬТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ ВРАЧА

В данной статье поднимается проблема нарушения нормы литературного языка медицинскими работниками, одной из задач совершенствования культуры речи будущего специалиста — введение учебной дисциплины «Культура речи молодого врача» в учебный процесс медицинских вузов. Предполагаемый вариант работы в этом направлении позволит, на наш взгляд, повысить речевую культуру будущих врачей.
Ключевые слова: *языковая личность, прагмалингвистические параметры, речевая культура, лингвоактивная профессия.*

Личность говорящего и предъявляемый ею образ играют весьма важную роль в процессе человеческого взаимодействия. Наблюдая за по-ведением, манерами, мимикой и пантомимикой, внешностью, осанкой, одеждой — всем тем, что позволяет личности так или иначе проявить себя, у нас складывается представление о ней, формируется в нашем сознании ее образ и делаем вывод, что представляет собой данная личность.

Говоря о человеке, с точки зрения его речевого поведения, мы имеем в виду прагмалингвистические параметры языковой личности и рассматриваем общение как деятельность, имеющую мотивы, цели, стратегии и способы реализации. Изучение речевого поведения предполагает учет как невербальных средств, так и различных компонентов риторической ситуации, таких как адресант, адресат, отношения между ними, тональность общения, время, место, обстановку. Каждый из указанных компонентов оказывает непосредственное влияние на формирование речевого поведения, на создание образа личности и его предъявление. Такой подход позволяет не только увидеть, как говорит человек, какие языковые средства он задействует в процессе общения, но и понять, почему и зачем он это делает, установить причины, побуждающие его придавать значение одному аспекту действительности, игнорируя при этом другие.

«Состояние русского языка в наши дни вызывает общую озабоченность» — с этим утверждением одного из ведущих специалистов в области культуры русской речи согласятся многие лингвисты, педагоги, общественные деятели и все, кому небезразлична судьба русского языка.

Свобода слова в годы перестройки, названная некоторыми специалистами «свободой самовыражения», «полной вольницей» привела, в частности, к проникновению в официальную речь просторечия, жаргонизмов, диалектизмов; к потоку заимствований, далеко не всегда обоснованных, к «размыванию» границ литературной

нормы. Одной из важных составляющих любой профессиональной деятельности, в том числе и врача, является речевое общение. В зависимости от сферы деятельности речевое общение может занимать до 90 % рабочего времени специалиста. Современный русский язык характеризуется определенными нормами его употребления, без знания которых человек не может считать себя образованным, т.к. сегодня высокая речевая культура — непременное качество общественно активной личности. Ценность и востребованность специалиста на современном рынке труда во многом зависит от наличия у него грамотной устной и письменной речи, умения общаться, воздействовать на других людей посредством слова. Еще В.Вересаев сказал: «Врач может обладать огромным распознавательным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, но все это останется бесплодным, если у него нет способности покорять и подчинять себе душу больного». Нарушение языковых норм, речевые ошибки даже очень авторитетного в своей области специалиста субъективно снижают в сознании слушающих и читающих уровень достоверности излагаемой им информации. Психологи предупреждают, что деформация речи может вести к деформации сознания.

В подготовке врача роль изучения естественно-научных и клинических дисциплин неоспорима, однако очень важным является и умение доктора хорошо владеть своей речью, его умение слушать и слышать. Профессиональный уровень специалиста медицинского профиля во многом зависит от степени его владения языковыми нормами устной и письменной речи. Поэтому можно сказать, что профессия врача — это лингвоактивная профессия. Не секрет, что работники медицинских учреждений зачастую концентрируют свое внимание лишь на медицинской стороне лечения па-циента и уделяют минимум времени для общения с ним, т.е. лечат заболе-вания, а не человека. Это приводит к сложностям в установлении контакта между врачом и пациентом, что может негативно сказаться на результатах лечения.

Происходящие в нашей стране экономические и, как следствие, социальные изменения оказывают существенное влияние на взаимоотношения между врачом и пациентами: с одной стороны, более внимательное, соответствующее деонтологическим нормам отношение врачей к пациентам, с другой — более критическое отношение к врачам самих пациентов, желающих самим выбирать лечащего или участкового врача. Осуществляемые в настоящее время изменения их взаимоотношений, конечно же, оказывают большое влияние на поведение врача, включая также и речевое, т.к. правильная, стилистически грамотная речь или, наоборот, бедная, изобилующая лексическими, орфоэпическими, морфологическими, стили-стическими и орфографическими ошибками, всегда, явно или скрытно будет оказывать влияние на положительное или отрицательное мнение о компетентности врача, вплоть до отказа от его медицинских услуг.

Анализ речи студентов, ординаторов, аспирантов и врачей часто свидетельствует о наличии в ней разного рода ошибок, состоящих не только в нарушении норм русского литературного языка, но и в искажении смысла сказанного, вследствие чего происходит разрушение коммуникации, столь необходимой между врачом и пациентом, их родственниками, коллегами. Поэтому, на наш взгляд, очень важной является задача введения в медицинских университетах курса культуры речи. В свете сказанного актуальной признается, задача совершенствования культуры речи будущего специалиста (в нашем случае — врача).

Современная трактовка культуры речи, как части культуры общения и культуры в целом, понимание под культурой речи «степени владения языковыми нормами (в области произношения, ударения, словоупотребления и грамматики), умения пользоваться всеми выразительными средствами языка в разных условиях общения (коммуникации) и в соответствии с поставленными целями и содержанием высказываний» выбора и организации языковых средств, которые в определенной ситуации общения при соблюдении современных языковых норм и этики общения позволяют обеспечить наибольший эффект в достижении поставленных коммуникативных задач» предоставляет широкие возможности для создания учебных программ дисциплин гуманитарного, социального и экономического цикла «Русский язык и культура речи» и вариативной части профессионального цикла «Культура речи врача». Для будущего специалиста необходимо: — знать ключевые понятия раздела; задачи нормативного аспекта культуры речи; нормы современного русского литературного языка, их типы, причины изменения, варианты норм (равноправие, неравноправие); структуру нормативных словарей; классификации речевых ошибок и способы устранения ошибок в устной и письменной речи.

В рамках дисциплины «Русский язык и культура речи» в результате освоения раздела «Нормативный аспект культуры речи» студенты-медики должны: — знать ключевые понятия раздела; задачи нормативного аспекта культуры речи; нормы современного русского литературного языка, их типы, причины изменения, варианты норм (равноправие, неравноправие); структуру нормативных словарей; классификации речевых ошибок и способы устранения ошибок в устной и письменной речи; организации языковых средств, которые в определенной ситуации общения при соблюдении современных языковых норм и этики общения позволяют обеспечить наибольший эффект в достижении поставленных коммуникативных задач» предоставляет широкие возможности для создания учебных программ дисциплин гуманитарного, социального и экономического цикла «Русский язык и культура речи» и вариативной части профессионального цикла «Культура речи врача». - уметь оперировать ключевыми понятиями раздела; критически относиться к собственной речи, реагировать на устные и письменные высказывания, замечая и исправляя ошибки; владеть основными нормами литературного языка (орфоэпическим, акцентологическими; орфографическими, пунктуационными; лексическими, фразеологическими, словообразовательными, морфологическими, синтаксическими, стилистическими); методами и приемами предупреждения и исправления речевых ошибок; навыками работы с нормативными словарями и справочниками. Вышесказанное приводит к мысли о необходимости в целях повышения уровня подготовки специалиста включения в процесс обучения курса по культуре речи врачей. Курс предполагает также совершенствование профессиональной речи врачей. В нем выделяют следующие основные разделы: I). Речевая коммуникация (устная форма). Беседа с пациентом: - разнообразие клише русского речевого этикета: знакомство, приветствие, просьба, совет (назначение, указание), сочувствие, утешение (с соблюдение правил этикета);

- предпочтение смягчающих синтаксических конструкций, формирующих у пациента позитивное отношение к врачу. Здесь желательно: а) заменять глаголы совершенного вида на несовершенный (как менее директивный): *разденьтесь/раздевайтесь; пройдите/проходите;* б) использовать синонимичные синтаксические конструкции: *садитесь/присаживайтесь, пожалуйста; одевайтесь/уже можно одеться; Вы обследуйтесь у эндокринолога/Вам следует пройти обследование у эндокринолога;* в) употреблять сослагательное наклонение: *Вам нужно было бы следовать рекомендациям врача/Было бы лучше пройти стационарный курс лечения;* г) заменять личные предложения, придающие в ряде случаев необоснованную категоричность, неопределенно-личными, имеющими смысл общепринятых в медицине тенденций, методик, правил и пр., нивелирующих, возможно, излишнюю категоричность врача: *Я рекомендую Вам пройти обследование/Вам рекомендуется пройти обследование.* Иногда в ряде случаев, в зависимости от психологических особенностей пациента, при необходимости, по мнению

врача, следует сохранять настойчивость (возможны оба варианта: более и менее жесткий); разнообразить правила ведения беседы, используя ролевые установки, способы поддерживания беседы, приемы, подтверждающие внимательное слушание собеседника, соблюдение ролевой и пространственной дистанции, соответствующей ситуации;
- активизировать лексическое наполнение (замена терминов понятными пациенту синонимами): стенокардия — грудная жаба; иррадиация — распространение; локализация — местоположение и т.д.
2) Публичное выступление в клинике:
а) утреннее совещание врачей стационаров.
По структуре и содержанию информация будет различной в зависимости от категории больных: вновь поступившие; продолжающие курс лечения; завершающие курс лечения.
б) инструктаж медперсонала.
3) Участие в дискуссии на конференциях, совещаниях. Здесь предлагается использование общепринятых клише: вопросительные предложения; конструкции с двумя отрицаниями; формулы, выражающие согласие, несогласие, возражение одобрение; совершенно справедливо; присоединяюсь к словам (мнению, рекомендации) предыдущего выступающего (оратора); трудно согласиться; давайте посмотрим; поймите меня правильно.
Разрабатывая курс «Культура речи молодого врача», следует строго учитывать нормы русского литературного языка.
В каждом разделе предлагаемого пособия, кроме теоретических сведений по культуре речи, необходимо включить различные упражнения по всем указанным нормам, а также упражнения, направленные на формирование навыков речевого поведения в официально-деловой сфере общения и развитие умений публичного выступления. В конце пособия рекомендовать перечень тем для подготовки устных выступлений и письменных рефератов.
В заключение отметим, что совершенствование культуры речи будущего специалиста — одна из задач, которые должна решить учебная дисциплина «Культура речи молодого врача». Предположенный вариант работы в этом направлении позволит, на наш взгляд, повысить речевую культуру будущих врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. – М.: 2004. – 355 с.
2 Скворцов, Л.И. Язык, общение и культура. - Л.: 1990. – 256 с.
3 Аксенова, Г.Н., Белый В.В. Культура речи молодого врача. – Минск: 2011. – 208 с.
4 Красивова А. Деловой русский язык: учебно-практическое пособие. – М.: 2012. – 456 с.

З.К.КӨКЕНОВА, Г.Ж.ТҰРЫСБЕКОВА, Г.С.АРҚАБАЕВА
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ДӘРІГЕРДІҢ КӘСІБИ СӨЙЛЕСУІНІҢ МӘДЕНИЕТІ

Түйін: Бұл мақалада медицина қызметкерлерімен әдеби тіл нормаларының бұзылу мәселесі қаралады, болашақ маманның сөйлеу мәдениетін жетілдіру мақсатының бірі «Жас дәрігердің сөйлеу мәдениеті» деген оқу пәнін медициналық ЖОО-да енгізу қажет. Ұсынылған осындай жұмыс бағыты, біздің ойымызша, болашақ дәрігерлердің сөйлеу мәдениетін арттыруға ықпалын тигізбек.
Түйінді сөздер: тілдік тұлға, прагмалингвистикалық мөлшемелер, сөйлеу мәдениеті, лингвобелсенді мамандық.

Z.K.KOKENOVA, G.ZH.TYRYSBEKOVA, G.ARKABAEVA
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov

PROFESSIONAL SPEECH~S CULTURE OF PHYSICIANS

Resume: In this article is raised a problem of violation of normal literature language by medical employees, one of purpose of improvement of future employee's speech culture – introduction of learning disciplines "Young doctor's speech culture" in learning process in medical universities. Offered variation of work in this direction will give us, in our opinion, to raise speech of culture of young doctors.
Keywords: language personality, pragmalinquistical parameters, speech culture, lingual active profession.

УДК 379.179:61(071.1)

Е.К. ЛИСАРИДИ, Б.Н. НУРМУХАМБЕТОВА
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, модуль латинского языка

КОНЦЕПЦИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ВУЗЕ

В данной статье поднимается вопрос о проблеме совершенствования воспитательной работы в вузе. С каждым годом усложняется социальная и культурная среда, которая формирует современную молодежь. В связи с этим воспитательная работа в вузе должна рассматриваться как одно из приоритетных направлений деятельности вуза. Комплексная программа воспитательной работы должна включать в себя прежде всего постоянное повышение квалификации профессорско-преподавательского состава в сфере воспитательной работы.
Цели воспитания и задачи воспитательной работы реализуются в образовательном процессе, во внеучебное время. В учебном процессе определение воспитательных и развивающих задач осуществляется в контексте целей, задач и содержания профессионального образования.
Особенностью обучения в медицинском вузе является выраженная дезадаптация в процессе учебы на первых трех курсах. Поэтому на младших курсах необходима поддержка наставника, куратора.
Воспитательная работа должна иметь свои количественные и качественные индикаторы и критерии, направленные на оценку ее результативности.
Ключевые слова: *воспитание, цели воспитательной работы в вузе, критерии оценки результативности.*

По словарю Ожегова воспитание – это «навыки поведения, привитые семьей, школой, средой и проявляющиеся в общественной жизни». Воспитание должно быть направлено на подготовку молодого поколения к жизни в обществе и осуществляться через специально создаваемые государственные и общественные структуры.

В последние годы воспитание молодежи существенно усложнилось. Сложнее стала молодежь, усложнилась социальная и культурная среда, формирующая ее, возросли требования к личности. В современных условиях рыночной конкуренции воспитательная работа в вузе должна рассматриваться как одно из приоритетных направлений деятельности вуза по формированию и становлению личности будущего высококвалифицированного специалиста с активной жизненной позицией, трудовой активностью, интеллигентностью и культурой.

Основные направления комплексной программы воспитательной работы должны предусматривать прежде всего постоянное повышение квалификации профессорско-преподавательского состава в сфере воспитательной работы. Каждый преподаватель должен понимать, что воспитывать – значит «научать, наставлять, обучать всему, что для жизни нужно»[4].

Для совершенствования воспитательной работы в вузах необходимо создание системы информационного обеспечения.

Очень важным фактором является формирование патриотического воспитания студентов. Это, можно сказать, и является основной целью воспитательной работы. Ежегодно преподавателями модуля латинского языка КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова проводится мероприятие, посвященное Дню Независимости Республики Казахстан. Это мероприятие имеет познавательное значение и воспитывает у студентов чувство патриотизма и национальной гордости.

Также задачами воспитательной работы является духовно-нравственное и эстетическое воспитание студентов и преподавателей; формирование здорового образа жизни; интернациональное воспитание студентов.

Всё это ярко отражается в мероприятиях, проводимых на нашем модуле в течение учебного года. Конкурс плакатов «Коррупции – НЕТ!» помогает студентам и преподавателям глубоко вникнуть в суть антикоррупционной политики Государства. Проведенный в рамках Дней Университета диспут «Эвтаназия – убийство или милосердие?» раскрыл актуальную проблему современности – продолжать бороться за жизнь тяжело больным людям или добровольно уйти из жизни. К празднику Наурыз на модуле проводится концерт, в котором принимают участие студенты разных национальностей, демонстрируя культуру (песни, танцы и т.д.) своего народа.

Основными задачами воспитания является развитие творческих качеств личности, способной к самообразованию; формирование уверенности в себе и своих возможностях; формирование личности, стремящейся решать жизненные проблемы разумно, осознанно, способной критически мыслить; формирование самосознания, самоутверждения; формирование личности, нацеленной на достижение поставленных целей.

Цели воспитания и задачи воспитательной работы реализуются в образовательном процессе, во внеучебное время.

Воспитание через внеучебную воспитательную деятельность по изучаемым дисциплинам должно осуществляться преподавателями конкретных учебных дисциплин путем использования различных форм: тематических вечеров, конкурсов, участия студентов в научно-исследовательских и предметных кружках, конференциях, студенческих объединениях, встречах с практическими работниками, мастер-классах и т.п.

Необходимо помнить об особенностях студенческой среды при получении образования в медицинском университете. Студент первого курса в большинстве своем достаточно грамотный, с высоким духовным и нравственным потенциалом. Вуз продолжает формирование личности будущего специалиста после семьи, школы и т.д.

Все студенты-первокурсники имеют уже сформировавшуюся нравственную позицию. Судить о ней можно по их действиям. Для этого необходимо наблюдать за повседневной жизнью и деятельностью первокурсников, обдумывать их слова и соотносить их содержание со своими наблюдениями. Ведь можно правильно и красиво рассуждать о справедливости, провозглашать патриотизм и доброту, призывать к гуманности - и при этом не быть нравственным человеком.

В учебном процессе определение воспитательных и развивающих задач осуществляется в контексте целей, задач и содержания профессионального образования. Производится отбор содержания воспитывающего материала при опоре на основные образовательные программы и получаемые студентами дополнительные квалификации и специализации. С переходом на новые государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования, в которых четко выражен воспитательный аспект профессионального образования, упор делается на формирование профессиональных и общекультурных компетенций обучающихся посредством реализации основных образовательных программ, использования различных аудиторных и внеаудиторных форм работы. Широкое использование в учебном процессе вуза должны иметь такие активные формы воспитательной и развивающей деятельности, как деловые, ролевые, интеллектуальные игры, дискуссии, открытые трибуны, конкурсы, викторины, тренинги, олимпиады, презентации, круглые столы. В 1 семестре 2013-2014 уч.г. на модуле латинского языка была проведена межвузовская Олимпиада

«Знаешь ли ты латинский язык?» В ней приняли участие студенты 1 курса факультета ОМ КазНМУ и студенты 2 курса КРМУ. Им были предложены письменные задания по анатомической и фармацевтической терминологии. По результатам проверки работ были распределены призовые места.

Особенностью обучения в медицинском вузе является выраженная дезадаптация в процессе учебы на первых трех курсах. Поэтому на младших курсах необходима поддержка наставника, куратора.

Для определения приоритетных направлений воспитательной работы, максимального учета мнений, пожеланий студентов и преподавателей необходимо проводить социологические опросы, исходя из результатов которых делать выводы, каким аспектам воспитательной работы требуется больше уделять время.

Большое значение в воспитании студентов должны иметь также органы студенческого самоуправления, служба учета и анализа общественного мнения студентов.

Современное студенчество — это активная, целеустремленная, творческая сила. Студенческое самоуправление является элементом общей системы учебно-воспитательного процесса, позволяющим студентам участвовать в управлении университетом и организации своей жизнедеятельности в нем через коллегиальные органы самоуправления различных уровней и направлений. Участие в работе органов студенческого самоуправления создает возможности для накопления опыта управленческой работы и способствует формированию и развитию у студентов таких качеств, как лидерство, организованность, ответственность, дисциплина и самодисциплина, ответственный подход к принимаемым решениям, прививает навыки управления коллективом.

Воспитательная работа должна иметь свои количественные и качественные индикаторы и критерии, направленные на оценку ее результативности. Разработка критериев эффективности воспитания, которые можно рассматривать как разновидность образовательных стандартов –тонкая и сложная работа, представляющая самостоятельное направление научного обеспечения воспитательного процесса.

Исходя из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы: важнейшими компонентами в системе воспитательной работы должны быть: нравственное воспитание в процессе изучения естественно-научных, медицинских и гуманитарных дисциплин; эффективная внеучебная воспитательная работа; воспитательная деятельность общественных организаций и органов студенческого самоуправления по обеспечению высокого нравственного климата и высокой культуры быта в студенческих общежитиях; воспитательная деятельность спортивных и творческих объединений; нравственное самовоспитание студентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Авдеева А.В., Пучков Н.П. Организация воспитательной работы в вузе по формированию лидерских качеств обучающихся. – Тамбов: Издательство ТГТУ, 2009. – 160 с.
2 Андреева, А.А. Инновационная диагностика измерения стрессоустойчивости студентов в процессе модульно-рейтинговой системы контроля обучения // Вестн. Тамбовского ун-та. – 2008. – № 11. – С. 45-48.
3 Бурдуковская Е.А. Информационное обеспечение воспитательной деятельности в социокультурной среде вуза // Теория и практика общественного развития. – 2012. - № 6. - С. 73-75.
4 Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка (современное написание слов). – М.: Изд. "Цитадель", 1998. – 98 с.
5 Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. – М.: 1990. – 102 с.
6 Руденко И.В. Воспитание в профессиональном контексте // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. - 2012. - № 1. - С.64-67.

Е.К. ЛИСАРИДИ, Б.Н. НУРМУХАМБЕТОВА

С.Ж.Асфендияров атандағы КазҰМУ

ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРНЫНДА ТӘРБИЕЛІК ЖҰМЫСТЫ ЖЕТІЛДІРУДІҢ КОНЦЕПЦИЯСЫ

Түйін: Аталаған мақалада жоғары оқу орнындағы тәрбие жұмысын жетілдіру мәселесі жөнінде сөз қозғалады. Жыл өткен сайын заманауи жастарды қалыптастыратын әлеуметтік және мәдени орта күрделеніп келеді. Осыған орай жоғары оқу орнындағы тәрбие жұмысы ЖОО қызметінің басым бағыттарының бірі ретінде қарастырылуы тиіс. Тәрбие жұмысының кешенді бағдарламасы ең алдымен профессорлық-оқытушылық құрамның тәрбие жұмысы саласындағы біліктілігін ұдайы арттыру мәселесін қамтиды.

Тәрбие мақсаттары мен тәрбие жұмысының міндеттері білім беру үрдісінде де, оқудан тыс уақытта да іске асырылады. Оқу үрдісінде тәрбие және дамыту міндеттерін анықтау кәсіби білім берудің мақсат, міндеттері мен мазмұны құрамында астаса жүзеге асырылады.

Медициналық жоғары оқу орнында оқытудың ерекшелігі алғашқы үш курста оқу үрдісіндегі айқын қайта бейімделу болып табылады. Сол себепті төменгі курстарда тәлімгерге, кураторға қолдау көрсету қажет.

Тәрбие жұмысы оның нәтижелілігіне баға беруге бағытталған өзіндік сандық және сапалық индикаторлар мен критерийлерге ие болуы тиіс.

Түйінді сөздер: тәрбие, ЖОО-дағы тәрбие жұмысының мақсаттары, нәтижелілік бағасының критерийлері.

Y.K. LISSARIDI, B.N. NURMUKHAMBETOVA
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University

CONCEPT OF IMPROVING EDUCATIONAL WORK IN NIGH SCHOOL

Resume: A problem of educational work improvement at colleges was brought up in that article. Social and cultural environment gets complicated every year forming modern youth. Therefore, educational work at colleges must be considered as one of the priorities. A comprehensive program of educational work must include constant professional development of college staff.
The goals of education and tasks of educational work are brought into effect during the extracurricular process. Educational and developing tasks determination in educational process is put into practice according to the goals, tasks, and substance of professional education.
The particularity of education at the schools of medicine is a marked disadaptation during first 3 years of school. Therefore, during the first years students are needed support from supervisors.
Educational work must have its own quantitative and qualitative indicators and criteria directed on evaluation of its effectiveness.
Keywords: education, goals of educational work at college, criteria of evaluation effectiveness.

УДК 616-002.77:378.147

О.В. МАШКУНОВА, М.Г. НОГАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ РЕВМАТОЛОГИИ В КАЗНМУ ИМ.С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

В статье рассматривается ступенчатость в освоении знаний и практических навыков по ревматологии, начиная от 4 и заканчивая на 7 курсе на компетентностной основе с применением методов TBL, PBL, CBL, с каждым годом углубляя и расширяя объем материала и уровень практических навыков.
Ключевые слова: *ревматология, силлабус, инновационные методы преподавания, компетенции, практические навыки.*

Введение.
Согласно Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы» планируется формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи. Врач общей практики (ВОП) часто работает на пересечении общественного здравоохранения, профилактической медицины и самостоятельного укрепления здоровья пациентами. Универсальность, доступность, профилактика, непрерывное обслуживание, ориентация на конкретного пациента и общину, догоспитальный этап оказания медицинской помощи – основные причины, по которым врач любой специальности может оказаться в роли ВОП. Изучение ревматических болезней имеет большое значение в подготовке бакалавра медицины, соответствующего квалификационным требованиям – быть компетентным в вопросах диагностики типичных проявлений болезней, профилактики наиболее распространенных заболеваний, укрепления здоровья населения. В последнее время появились новые методы иммунологической диагностики и инновационные методы лечения генно-инженерно-биологическими препаратами (ГИБП) о которых можно подробнее узнать при изучении модуля «ревматология».
Целью дисциплины явилось сформировать у студентов компетентностный подход к умению применять дифференциально-диагностические алгоритмы при ревматических заболеваниях в терапевтической практике, научить основным принципам дифференциальной диагностики, сформировать умения по обследованию больного с заболеваниями суставов и соединительной ткани и выбору тактики ведения пациентов пациентов с суставным синдромом, способствовать совершенствованию навыков межличностного общения и консультирования пациентов, сформировать умения учитывать права пациентов в практической деятельности, мотивировать профессиональный рост и саморазвитие обучающихся.
Ступенчатость в освоении знаний и практических навыков по ревматологии, начиная от 4 и заканчивая на 7 курсе на компетентностной основе с применением методов TBL, PBL, CBL, с каждым годом углубляется и расширяет объем материала и уровень практических навыков.

На модуле студенты составляют алгоритмы диагностики и лечения того или иного заболевания, готовят презентации, составляют графологические структуры темы, глоссарии, интерпретируют ЭКГ, ЭхоКГ, читают рентгенограммы, проводят подсчет болевого синдрома по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ – 100 мм), по Международным индексам DAS (активность заболевания), подсчет индексов BASDAI, BASFI (активность заболевания и функциональные нарушения суставов), индекс DASES (для клинической диагностики активности и мониторинга лечения реактивного артрита), получен инновационный патент № 27591 и авторское свидетельство № 79998 от 15.11.2013 года.
Самостоятельно осуществляют курации тематического больного: заполняют документации (истории болезни, амбулаторные карты, направляют на госпитализацию, готовят справки на ВКК), курируют больных в дневном стационаре – вводят инфузии лекарственных средств, измеряют АД, участвуют при внутрисуставных пункциях, работают в кабинете функциональной диагностики (тренинг, интерпретация ЭКГ), составляют кейс-стадии, презентации, участвуют на научно-практических конференциях, пресс конференциях, мини-лекциях. Обучение на цикле проводится на трех языках опытными преподавателями – врачами-ревматологами, имеющими научную степень, категорию или серт
В соответствии с внедрением инновационных образовательных технологий в учебный процесс в университете, они непосредственно внедряются на кафедре, например: метод проблемно-ориентированного обучения (ПОО) или Problem Based Learning (PBL) внедрён на практическом занятии по теме: «Суставной синдром в работе врача общей практики. Остеопороз. Нарушение функции суставов», «Школа для больных с остеопорозом» на практическом занятии по теме: «Жалпы тәжірибелік дәрігер тәжірибесіндегі буындық синдром».
Для врачей-интернов терапевтов разработан элективный модуль под названием «Алгоритмы дифференциальной диагностики заболеваний суставов и соединительной ткани в практике терапевта». Необходимость предложения этого модуля была продиктована тем, что многообразие клинических проявлений системных заболеваний часто представляет для терапевта сложности для диагностики в

реальной клинической практике. Сходство дебюта ревматических заболеваний с гематологическими, инфекционными, онкологическими, эндокринными, неврологическими заболеваниями, которые могут протекать под «масками» ревматических заболеваний, затрудняют диагностический поиск. Поэтому терапевт должен быть вооружен конкретным планом диагностических этапов диагностики в виде дифференциальных алгоритмов. На элективе основной упор делается на дифференциальную диагностику ревматических заболеваний. По окончании модуля студенты могут уже часть практических навыков производить самостоятельно, такие как осмотр ревматологического пациента, постановка диагноза, заполнение истории болезни, интерпретация анализов, снятие ЭКГ, аускультация сердца и некоторые под прямым контролем – назначение базисной, биологической (генно-инжерной) терапии (инфликсимаб, ритуксимаб), внутрисуставные инъекции и т.д.

Таким образом, кредитная система обучения в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова предполагает ступенчатость в освоении знаний и практических навыков по ревматологии, начиная от 4 курса и заканчивая на 7 курсе. Когнитивная компетенция с каждым годом предполагает углубление объема теоретических знаний, а операциональная компетенция - возрастание уровней практических навыков от II до V уровней. Для подготовки более квалифицированных специалистов возможно обучение в двухгодичной резидентуре по ревматологии на модуле ревматологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Новые подходы в системе обучения студентов КазНМУ.// Методические рекомендации семинара для ППС КазНМУ. – Алматы: 2010. – С. 25-32.
2 «Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова» в 4 частях. – Алматы: 2010. – С. 7-12.
3 Исаева Б.Г. Вопросы клинической ревматологии // Учебно-методическое пособие. – Алматы: 2009. – С. 53-57.
4 Исаева Б.Г. Системная красная волчанка. Современные критерии диагноза, мониторинг активности и рекомендации по терапии // Пособие для врачей. – Киев: 2013. – С. 3-10.
5 Машкунова О.В. Острая ревматическая лихорадка и хронические ревматические болезни сердца в современном аспекте // Учебное пособие. – Алматы: 2008. – С. 5-13.
6 Ногаева М.Г. Суставной синдром в работе врача общей практики // Учебно-методическое пособие. – Алматы: 2013. – С. 3-9.
7 Силлабус по элективному модулю «Современные методы диагностики и лечения больных с заболеваниями суставов и соединительной ткани» для студентов 5 курса факультета «Общая медицина» ». – Алматы: 2012. – С. 7-15.

О.В. МАШКУНОВА, М.Г. НОГАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗҰМУ РЕВМАТОЛОГИЯ ОҚЫТУЫНЫҢ БЕРІЛУІ

Түйін: Мақалада компетенцияға негізделген TBL, PBL, CBL әдістерін қолданумен 4 курстан бастап 7 курсты аяқтай білімді және тәжірибелік дағдыларды сатылы түрде игерушілігі қарастырылған, жыл сайын материал көлемін, тәжірибелік дағдылар деңгейін кеңейте және тереңдете отырып.

Түйінді сөздер: ревматология, силлабус, инновационные методы преподавания, компетенции, практические навыки.

O.V. MASHKUNOVA, M.G. NOGAYEVA

Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov

CONTINUITY TEACHING RHEUMATOLOGISTS KAZNMU S. D. ASFENDIYAROV

Resume: The article tells about the stages of learning practical skills in rheumatology, starting from year 4 through year 7 using competence-based approach with TBL, PBL, CBL methods by increasing the range and depth of materials and level of practical skills.

Keywords: rheumatology, syllabus, rating, innovative methods of teaching, competence, practical skills.

УДК : 001.86:32.973 (477)

А.В. КАБАЧНАЯ, Э.В. ШЕЛКОВАЯ, А.Г. КАБАЧНЫЙ
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ВНЕДРЕНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ В УКРАИНЕ

Важнейшим аспектом внедрения многоуровневой системы оказания медицинской помощи в Украине является процесс стандартизации как один из стратегических инструментов управления качеством предоставляемых услуг, а также рациональный отбор и применение лекарственных средств. Решающую роль в этом вопросе играет внедрение в практику работы учреждений здравоохранения формулярной системы.
В целях стандартизации и унификации формы локального и регионального формуляров разработана компьютерная программа, позволяющая использовать ее при их создании.

Весомой составляющей процесса реформирования в здравоохранении является внедрение национальной формулярной системы, нормативно-правовой базой которой является целый ряд законодательных актов Кабинета Министров Украины и профильного министерства [1,2,3,4,5].

Так, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины от 22.07.2009 года № 529 «О создании формулярной системы обеспечения лекарственными средствами учреждений здравоохранения» предусмотрено создание формуляров трех уровней: государственного, регионального и локального [6].

Функционирование формулярной системы (ФС) обеспечивается Центральным формулярным комитетом (ЦФК) Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, региональными формулярными комитетами департаментов (управлений) областных государственных администраций (ОГА), а также фармакотерапевтическими комиссиями (ФТК) учреждений здравоохранения всех уровней оказания медицинской помощи. Разработка и регулярное обновление государственного формуляра (ГФ) осуществляет ЦФК МЗ Украины. Разработанные и обновленные версии ГФ утверждаются после обнародования на сайте МЗ Украины и ЦФК. В настоящее время приказом МЗ Украины от 08.04.2014 № 252 утвержден уже шестой выпуск ГФ [7,8].

По данным ЦФК МЗ Украины по состоянию на 01.01.2014 года в департаментах (управлениях) здравоохранения всех ОГА, а также г. Киева созданы региональные формулярные комитеты, которые призваны разрабатывать и ежегодно обновлять региональные формуляры, оказывать методическую помощь ФТК учреждений здравоохранения при создании ими локальных формуляров (ЛФ).

Принимая во внимание тот факт, что учреждения здравоохранения, по сути, являются важнейшими объектами внедрения ФС, наши исследования были посвящены изучению процесса разработки ЛФ на первичном, вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи [9].

В соответствии с определением, которое приводится в приказе МЗ Украины от 22.07.2009 года № 529, ЛФ – это перечень лекарственных средств (ЛС) с наибольшей доказательной базой относительно их эффективности, безопасности и экономически выгодного использования ресурсов учреждения здравоохранения. Он разрабатывается ФТК при участии коллектива лечебного учреждения на основе ГФ (п.2 Положения о локальном формуляре лекарственных средств в учреждениях здравоохранения), действующих нормативных документов по стандартизации медицинской помощи (стандарты и клинические протоколы оказания медицинской помощи), результатов анализа структуры заболеваемости населения в регионе обслуживания, мониторинга эффективности и безопасности применения ЛС. Пересмотр ЛФ осуществляется не реже одного раза в год [6].

В то же время в нормативно-правовых документах, касающихся внедрения ФС на локальном и региональном уровнях, отсутствуют стандартизированные формы локального и регионального формуляров, что значительно усложняет и удлиняет процесс их разработки, а также не позволяет использовать компьютерные технологии.

Исходя из вышеизложенного, целью проведенных нами исследований стала разработка на базе ГФ стандартизированных и унифицированных форм локального и регионального формуляров с использованием компьютерных технологий.

Как показали результаты проведенного нами анкетирования врачей – членов ФТК учреждений здравоохранения всех уровней оказания медицинской помощи Харьковской, Днепропетровской, Донецкой, Киевской, Запорожской, Сумской и других областей Украины (более 500 качественно заполненных анкет) по вопросу определения необходимого объема и структуры информации ЛС, которая должна быть включена в ЛФ, а также его формы, 95% респондентов отметили, что сведений, которые должны быть в соответствии с нормативными документами представлены в ЛФ, явно не достаточно для его эффективного использования в клинической практике. Кроме того, отсутствие утвержденной формы ЛФ приводит к неоправданному многообразию их даже в учреждениях здравоохранения одной области. Эта ситуация не позволяет также использовать компьютерные технологии при разработке региональных формуляров, т.к. обработка такого массива информации (от 100 до 300 ЛФ учреждений здравоохранения области) вручную не представляется возможным.

В результате проведенного исследования нами были установлены наиболее значимые для респондентов аспекты информации о ЛС, планируемых для включения в ЛФ, и представляющих профессиональный интерес для врачей:

- название группы и подгрупп ГФ (5 уровней);
- международное непатентованное название (МНН);
- торговое название ЛС;
- производитель/страна;
- форма выпуска;
- дозировка;
- количество доз в упаковке;
- доза DDD;
- цена DDD;
- результаты VEN-анализа.

Внимательно изучив структуру информации о ЛС, предложенную респондентами, можно сделать вывод о том, что вся она представлена в ГФ, за исключением показателя «Результаты VEN-анализа», являющегося уникальным для каждого учреждения здравоохранения, и может быть реализована для составления ЛФ в формате таблиц Excel.

В то же время перенос всей информации о конкретном ЛС из ГФ может привести к огромному числу опечаток и несоизмеримыми с результатом затратами времени на разработку и оформление ЛФ.

Принимая во внимание все технические трудности, связанные с созданием ЛФ, нами была разработана специальная компьютерная программа (далее Программа), которая позволила все данные об ЛС, необходимые для составления ЛФ, перенести из ГФ в форме электронной таблицы. Для этого текст ГФ (на примере четвертого выпуска) в формате информационно-поисковой системы «Электронный формуляр» был перенесен с сайта «Государственный экспертный центр Украины» на компьютер. Все необходимы для разработки ЛФ данные в

формате Word были перенесены в таблицу в формате Excel. Далее все данные о ЛС из таблицы Excel конвертировались в CSV-файлы (Coma Separated Values).

Программа для реформатирования ГФ, реализованная на кроссплатформенном языке Java 1.6, проходит по каждой строке его текста. Для анализа строк был использован метод, который позволяет определить по содержанию строки, в какую колонку окончательной Excel-версии ГФ его необходимо внести. Затем Программа формируют необходимую для дальнейшей обработки форму ГФ в формате Excel, выделяя соответствующие поля с информацией, заданной нами в соответствии со структурой ЛФ: название групп и подгрупп ГФ, МНН и т.д. (Рис.1).

На данную компьютерную Программу получено Свидетельство Государственной службы интеллектуальной собственности Украины о регистрации авторского права №52007 от 04.11.2013 года.

В соответствии с заявками, в адрес региональных формулярных комитетов Харьковской, Днепропетровской, Донецкой, Киевской, Запорожской, Сумской и др. областей нами регулярно направляется компьютерный вариант ГФ в формате Excel, что позволило учреждениям здравоохранения, начиная с 2011 года, организовывать разработку ЛФ в соответствии с предложенной нами технологией. Получив компьютерный вариант Excel-версии действующего ГФ, ФТК анализирует его с точки зрения целесообразности включения тех или иных ЛС в ЛФ. Для этого в колонке “Результаты VEN-анализа” проставляется соответствующий индекс (V, E, N), выделяя таким образом данный препарат для включения в ЛФ. В дальнейшем неиспользованные ЛС программа исключает, оставляя только те ЛС, которые и составят ЛФ, где ЛС будут расположены строго в соответствии со структурой ГФ.

Применив, таким образом, стандартизированную форму ЛФ нами с использованием Программы в указанных выше областях разработаны региональные формуляры, куда вошли ЛС из локальных формуляров всех учреждений здравоохранения региона с их заданной характеристикой [10-15].

Таким образом, ГФ, реформатированный из формата Word в Excel, может быть использован учреждениями здравоохранения для разработки ЛФ, структура которого стандартизирована и унифицирована в полном соответствии с нормативными требованиями. В этом случае исключаются опечатки, намного ускоряется процесс создания ЛФ, а пользователям предоставляется полная достоверная информация о ЛС, внесенных в ГФ. В дальнейшем ЛФ, созданные на основе разработанной нами Программы, будут использованы для проведения членами ФТК ABC/VEN-анализа.

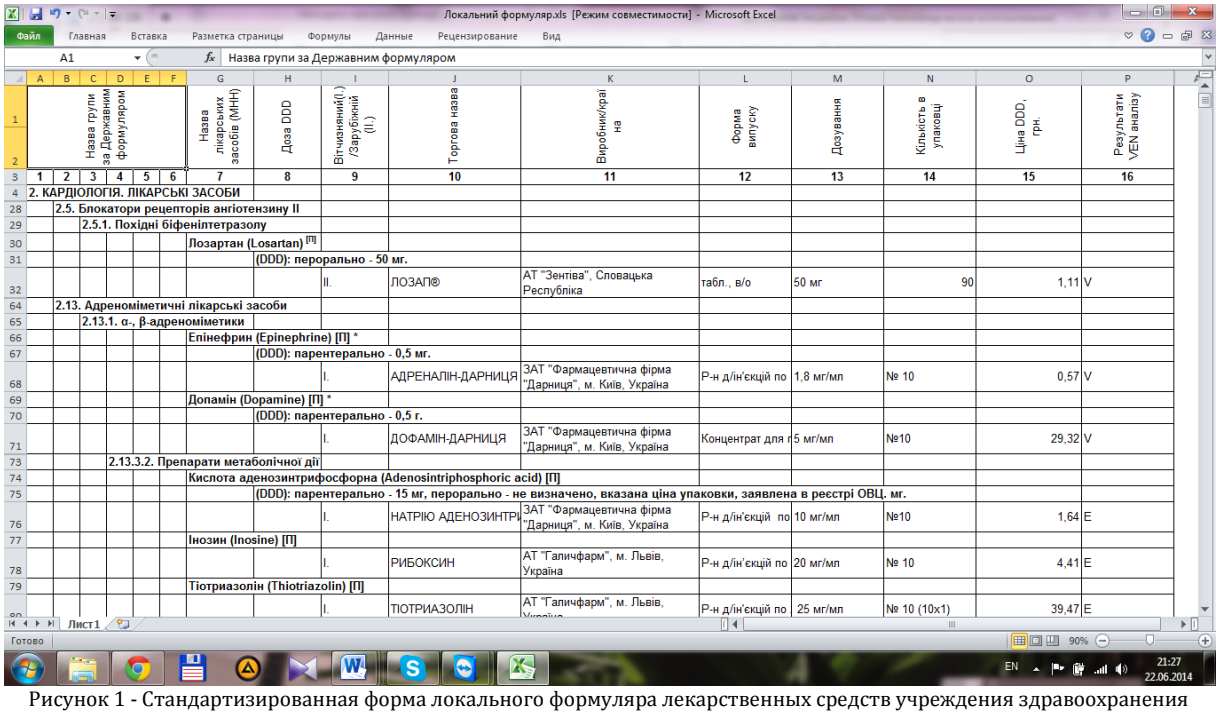


Рисунок 1 - Стандартизированная форма локального формуляра лекарственных средств учреждения здравоохранения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Гордиенко С. Реформа здравоохранения в Украине. От теории к реальной практике / С. Гордиенко // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 9 (325). – С. 6–7.

2 Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011-2020 роки : наказ МОЗ України від 13.09.2010 № 769 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100913_769.html

3 Про затвердження Плану заходів щодо покращання здійснення післяреєстраційного нагляду за безпекою та ефективністю лікарських засобів та моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 01.09.2009 № 654 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090901_654.html

4 Про затвердження плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення : розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.09.2008 № 1247-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1247-2008-%D1%80

5 Про затвердження Порядку проведення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 24.07.2009 № 531 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090724_531.html

6 Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров’я: наказ МОЗ України від 22.07.2009 № 529 [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090722_0529.html

7 Про затвердження першого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності : наказ МОЗ України від 17.03.2009 № 173 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090317_173.html

8 Про затвердження шостого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності : наказ МОЗ України від 08.04.2014 № 252 [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140408_0252.html
9 Впровадження формулярної системи у практику роботи лікувально–профілактичних закладів : метод. рек. / А. В. Кабачна, О. Г. Кабачний, Е. В. Шелкова та ін. – Х. : НФаУ, 2011. – 33 с.
10 Регіональний формуляр лікарських засобів Сумської області / П. О. Павлюк, Н. А. Лисенко, С. І. Кривцун та ін. – Суми: 2012. – Вип. 1. – 310 с.
11 Регіональний формуляр лікарських засобів Харківської області / О. В. Галацан, Ю.В. Сорокопат та ін. – Харків: 2014. – Вип. 4. – 295 с.
12 Регіональний формуляр лікарських засобів Дніпропетровської області/ В. Г. Гінзбург, В.Й. Мамчур та ін. – Дніпропетровськ: 2013. – Вип. 4. – 310 с.
13 Регіональний формуляр лікарських засобів Київської області/ О. І. Ременник, О. Ф. Глушаниця та ін. – Київ: 2012. – Вип. 1. – 438 с.
14 Регіональний формуляр лікарських засобів Запорізької області/ С. І. Бєляєва, Ю. А. Косогор та ін. – Запоріжжя: 2013. – Вип. 3. – 267 с.
15 Регіональний формуляр лікарських засобів Вінницької області/ Л.У. Діденко, Г.І. Степанюк та ін. – Вінниця: 2014. – Вип. 2. – 268 с.

A.V. KABACHNAYA, E.V. SHELKOVAYA, A.G. KABACHNYI

EXPERIENCE IN THE USE OF COMPUTER TECHNOLOGY IN THE IMPLEMENTATION OF THE FORMULARY SYSTEM IN UKRAINE.

Resume: The most important aspect of the introduction of tiered healthcare system in Ukraine is the standardization process as one of the strategic tools for control the quality of services, as well as the rational selection and use of drugs. Decisive role in this question plays introduction in the practice of healthcare facilities formulary system.
For standardization purposes and unification the forms of local and regional formulars was developed a computer program used for they are created.

УДК 378.1:371.128.1:371.03

Б.Н. НУРМУХАМБЕТОВА, Е.К.ЛИСАРИДИ
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, модуль латинского языка

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ МАСТЕРСТВО. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ПЕДАГОГУ КАК К ЛИЧНОСТИ

В данной статье рассматривается вопрос о роли личности современного педагога, о требованиях, предъявляемых к нему.Речь идет о том, что в становлении личности педагога важнейшее значение имеют фундаментальные общеобразовательные, психолого-педагогические и специальные знания, изучение современных педагогических технологий, формирование установки на инновации и творчества.Авторы обращают внимание на тот факт, что важнейшей стороной профессионального становления педагога является постижение педагогического мастерства. По мнению авторов, главным и постоянным требованием, предъявляемым к педагогу, является любовь к детям, к педагогической деятельности.Статья содержит материал, содержащий информацию об обязанностях преподавателя, о необходимых для него умениях и навыках, об используемых в его работе воспитательных средствах, о его профессиональных качествах.Данная статья адресована всем преподавателям, заинтересованным в своём профессиональном росте и стремящимся к вершинам педагогического мастерства.
Ключевые слова: *педагогическое мастерство, опыт, требование к личности.*

Стратегическое направление экономического и социального развития нашей страны требует новых высококвалифицированных субъектов профессиональной деятельности во всех сферах, отличающихся прежде всего тем, что они являются носителями новейших знаний и технологий. Со сменой требований к субъекту деятельности меняются требования к процессу его профессионализации, что вызывает необходимость проектирования профессиональной и образовательной среды и соответствующего концептуального, теоретического и технологического обеспечения данного процесса. Разработка концепции профессионального развития субъекта деятельности становится сегодня актуальной научно-практической задачей.

В современных условиях возникает необходимость изучения вопроса о роли самого человека в построении себя как профессионала. Особо актуальной данная проблема становится сейчас, поскольку процесс профессионализации требует от современного специалиста самостоятельной работы по постоянному самоопределению и построению себя как профессионала.

Рассматривая профессиональное становление личности, многие исследователи выделяют стадии, которые проходит специалист в своем профессиональном продвижении. Воспользуемся одним из вариантов, предложенных К.М.Левитаном. Он выделяет три стадии:

1) Подготовительная (довузовская), связанная с выбором профессии;

2) Начальная (вузовская) стадия, во время которой формируются основы профессионально важных умений и свойств личности учителя;

3) Основная (послевузовская) стадия. Это период развития всех сущностных сил личности учителя с целью ее полной самореализации в педагогической деятельности. Именно на этом этапе происходит становление личности педагога – профессионала [1, 56].

В становлении личности человека важнейшее значение, безусловно, имеет образование. Оно обеспечивает не только познание мира, но и развитие индивидуальности каждого человека, его самобытности. Особую роль играют профессионально значимые личностные качества, педагогические способности владение педагогической техникой [2, 62].

Профессиональная подготовка современного специалиста включает в себя фундаментальные общеобразовательные, психолого-педагогические и специальные знания, изучение современных педагогических технологий, формирование установки на инновации и творчество. В связи с этим важнейшей стороной профессионального становления педагога является постижение педагогического мастерства. Что такое педагогическое мастерство? На этот вопрос каждый учитель – практик даст определение с позиций собственного опыта. Кто только начинает свой педагогический путь, для него мастерство - понятие более абстрактное, а для тех, кто не первый год работает в системе образования, мастерство воспринимается более конкретно, и, как правило, включает себя то, чего ему недостает. В целом, для каждого педагога мастерство- это определенная педагогическая вершина, к которой он стремится. «Мастер» (в переводе с лат. - начальник, учитель)- это человек, достигший высокого уровня совершенства и творчества в деле.

Педагогическое мастерство правомерно рассматривать как важнейшее качество личности преподавателя, которое обуславливается высоким уровнем его психолого-педагогической подготовленности, способностью оптимально решать педагогические задачи[3, 3].

Из каких составляющих складывается педагогическое мастерство преподавателя?

* Совокупность знаний, умений, навыков;
* Единство личных качеств, знаний, умений и навыков; необходимых педагогу.

Структурными слагаемыми педагогического мастерства являются:

*Коммуникативныеумения;
*Диагностические умения (определение общей способности группы и индивидуальных способностей учащихся, прогнозирование результатов);
*Психолого-методические умения;
* Организаторские умения;
* Гностические умения (умения передавать знания);
* Исследовательские умения;
*Творческие умения.

Овладеть всеми составляющими в стенах учебного заведения не представляется возможным, поэтому процесс формирования мастерства продолжается и в период самостоятельной педагогической деятельности. Проходит не один год, прежде чем он по своей квалификации поднимается на уровень педагога – мастера. К сожалению, этого уровня достигают далеко не все педагоги.

К личности современного педагога предъявляется ряд требований. Главным и постоянным требованием, предъявляемым к педагогу, является любовь к детям, к педагогической деятельности.

Педагог должен иметь огромное желание преподавать и общаться со студентами и это должно быть главной радостью его существования.

Преподаватель обязан уметь интегрировать знания, как в самом предмете, так и владеть обширными знаниями родственных предметов. Он должен знать разнообразные исторические сведения, занимательные факты, примеры современного этапа развития науки, которой обучает студентов.

Часто преподаватель, зная многое о своем предмете, не способен научить студентов. И все потому, что он не владеет технологией отбора материала к теме, к данному занятию. Есть определенная закономерность, определённая динамика видоизменений методов обучения в зависимости от цели занятия, отобранного материала занятия и

результата, который мы хотим получить на данном занятии. Преподаватель - Мастер знает эту динамику, как и многообразие существующих методов обучения. Не следует придерживаться только одной формы обучения. Опытные преподаватели знают, как добывать знания, как экономить время для получения наибольшего эффекта в обучении. А это не что иное, как умелое сочетание форм обучения. Грамотный подбор средств обучения, рациональный подход к их отбору – мастерство преподавателя.

Особое место в структуре мастерства учителя занимает педагогическая техника. Это та совокупность умений и навыков, которая необходима для эффективного применения системы методов педагогического воздействия на отдельных учащихся и коллектив в целом,умение выбрать правильный стиль и тон в обращении с воспитанниками, умение управлять вниманием, чувство темпа, навыки управления и демонстрация своего отношения к поступкам учащихся и др. Владение основами педагогической техники-необходимое условие вооружения технологией.

Необходимая в деятельности учителя культура речи – это четкая дикция, «поставленный голос», правильное дыхание и разумное использование в речи мимики и жестикуляции… Воспитательдолжен уметь организовывать, ходить, шутить, быть веселым, сердитым. Воспитатель должен себя так вести, чтобы каждое его движение воспитывало, и всегда должен знать, что он хочет в данный момент и чего не хочет ». Таким образом, наличие у педагога специальных знаний в той области, которой он обучает детей, широкая эрудиция, педагогическая интуиция, высокоразвитый интеллект, высокий уровень общей культуры и нравственности, профессиональное владение разнообразными методами обучения и воспитания детей предполагает успешную педагогическую работу.Все эти свойства не являются врожденными.Они приобретаются систематическим и упорным трудом, огромной работой педагога над собой. Дополнительными, но относительно стабильными требованиями, предъявляемыми к педагогу, являются общительность, артистичность, хороший вкус и другие. Главные и второстепенные педагогические качества в совокупности составляют индивидуальность педагога, в силу которой каждый хороший педагог представляет собой уникальную и своеобразную личность.

Современный мир переживает период технического и информационного развития, что не может не отразиться в наш век на сознании, способности и духовном развитии личности. Следует обратить внимание на мировоззрение, поведение и сознание подрастающего поколения, которое получает информацию и сведения в огромном количестве. Новая ситуация, складывающаяся в обществе, задает новые цели обучения и воспитания. Для того чтобы вовремя и точнее установить эти требования, необходимо сделать следующее:

1.Правильно оценить тенденции политического, социального и экономического развития общества.

2. Определить, какими качествами в этом обществе должен будет обладать человек, чтобы общество непрерывно развивалось.

3. Установить, какими достоинствами должен располагать и от каких недостатков должен быть избавлен современный человек, оканчивающий высшее учебное заведение.

4. Выяснить, каким должен стать современный педагог, обеспечивающий формирование и развитие личности, необходимой обществу.

Для того чтобы сделать учащегося личностью, сам педагог должен обладать независимостью, инициативностью, самостоятельностью и многими другими качествами, систематически развивать их у себя. Для того чтобы успешно справляться со своей работой, он должен иметь незаурядные общие и специальные способности. В число общих способностей входят те, которые определяют высокие результаты в любой человеческой деятельности, а к специальным относят те, от которых зависит успех именно педагогической деятельности, обучения и воспитания детей.

К специальным педагогическим способностям относится и способностьк педагогическому общению. Данное умение обычно связывают с коммуникативными способностями педагога. Владение профессионально - педагогическим общением – важнейшее требование к личности педагога, так как через него осуществляется главное в педагогической работе: воздействие личности преподавателя на личность студента.

Особой сферой проявления способности к педагогическому общению является применение педагогом поощрений и наказаний. Они стимулируют успехи студента, особенно тогда, когда поощрения и наказания справедливы. Педагог должен обладать терпением и верить в студента. Терпение педагога должно быть безграничным. Ему необходимо сохранять выдержку и самообладание в ожидании нужных результатов от студентов[5, 42]. Каждый хочет стать Мастером своего дела. Преподаватель-Мастер должен блестяще знать свой предмет и уметь научить других, вызывать интерес к своему предмету, заниматься исследовательской работой, изучать и применять новые методики и технологии, уметь работать с методической работой. Он никогда не останавливается в самосовершенствовании, повышении своей квалификации, участвует в различных профессиональных конкурсах, всегда рад поделиться своим педагогическим опытом с коллегами. Только при огромной работоспособности, самоотдаче во всем, терпении и постоянном пополнении профессиональных знаний можно сделать из себя Профессионала и Мастера.

Таким образом, профессиональное становление личности – это целостный, динамически развертывающийся во времени процесс от формирования профессиональных намерений до полной реализации себя в творческой педагогической деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Левитан К.М. Личность педагога: становление и развитие. – Саратов: 1991. – 255 с.
2 Коджаспирова Г.М. Педагогика в схемах, таблицах и опорных конспектах. - М.: 2007. – 169 с.
3 Кухарев-Гомель Н.В. Как овладеть педагогическим мастерством. – СПб.: ГОСПО БССР, ГОИУУ,2006. – 245 с.
4 Палтышев, Н.Н. Постижение педагогического мастерства. – М.: Изд. центр АПО, 2002. – 182 с.
5 Березина В.А. Воспитание в современном вузе: новые подходы // Творческая педагогика. - 2002. - №11. – С. 88-95.

Б.Н. НУРМУХАМБЕТОВА, Е.К.ЛИСАРИДИ
С.Ж.Асфендияров атандағы КазҰМУ

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ МАМАН.
ПЕДАГОГҚА ТҰЛҒА РЕТІНДЕ ҚОЙЫЛАТЫН ТАЛАПТАР

Түйін: Айтылмыш мақалада заманауи педагогтың рөлі және оған қойылатын талаптарқарастырылады. Педагогтың тұлға ретінде қалыптасуында психолого-педагогикалық арнайы білім сонымен қатар заманауи педагогикалық технологияны меңгеру, инновациялық және шығармашылық үлкен орын алады.
Мақала авторлары педагогтың кәсіби қалыптасуына педагогикалық маманның шыңына жету екендігін баса айтады. Авторлардың пікірі бойынша педагогқа қойылатын негізгі талап ол балаларға және өзінің ісіне деген сүйіспеншілік.
Мақала оқытушының міндеттері, оған қажетті дағдылар, жұмыс барысында қолданатын тәрбиелік тәлімдер және кәсіби сапалары туралы мәліметтерден құралған. Айтылмыш мақала педагогикалық маманның кәсіби деңгейде өсуіне және шыңына жетуіне деген қызығушылық тудырған барлық оқытушыларға арналған.
Түйінді сөздер: педагогикалық шеберлік, тәжірибе, жеке адамға деген талаптар.

Y.K. LISSARIDI, B.N. NURMUKHAMBETOVA
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University

PEDAGOGICAL SKILL.
REQUIREMENTS TO THE TEACHER AS TO THE PERSONALITY

Resume: In this article consider a question of a role of the identity of the modern teacher, of requirements imposed to it.
The question is that a fundamental educational, psychological, pedagogical and special background, study of modern pedagogical technologies, forming of setting on an innovation and work, have a major value in becoming of personality of teacher.
Authors pay attention to circumstance that the major side of the professional becoming of teacher understands of pedagogical mastery. In opinion of authors, the main and permanent requirement produced to the teacher is love of children, to pedagogical activity.
Article contains the material containing information on duties of the teacher, about skills necessary for it, about educational means used in his operation, about his professional qualities.
This article is addressed to all teachers interested in the professional height and aspiring to the tops of pedagogical mastery.
Keywords:pedagogical skill, experience, requirements to the personality.

УДК 617.7:681.518

А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛЬБАЕВА, С.К. ИСМАИЛОВА
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Статья посвящена использованию информационных технологий при изучении офтальмологии студентами и интернами-хирургами. Каждое занятие сопровождается демонстрацией слайдов, видеофильмов продолжительностью 5-7 минут. Во время самостоятельной студенты вместе с преподавателем работают с заимствованной компьютерной программой. Все это позволяет приобщить студентов и интернов к получению информации через владение информационными технологиями, формировать знания и навыки работы с информацией.
***Ключевые слова**: офтальмология, информация, технологии, слайды, видеофильмы.*

Педагогический процесс в высшей школе реализуется в рамках многообразной, но целостной системы организационных форм и методов обучения (лекции, практические занятия, самостоятельная работа студентов и интернов с преподавателем, самостоятельная работа студентов и интернов) решают свои специфические задачи формирования специалистов и опирается на использование определенных методов организации педагогического труда преподавателей и учебной работы обучаемых, способов передачи и усвоения знаний.

Реформа высшего медицинского образования в целях повышения эффективности подготовки медицинских кадров предполагает постоянное совершенствование учебного процесса и поиска новых путей в решении традиционных проблем педагогики.

Инновации или нововведения характерны для любой профессиональной деятельности человека. Понятие «инновация» означает в переводе с латинского языка «обновление, новшество или изменение». Применительно к педагогическому процессу инновация означает введение нового в содержание, методы, формы обучения и воспитания, организацию совместной деятельности преподавателя и студента. Педагогическая инновация – нововведение в педагогическую деятельность, изменение в содержании и технологии обучения и воспитания, имеющие целью повышение их эффективности. Студенты, обучающиеся с применением инновационных способов обучения, имеют более высокий уровень развития по различным показателям, чем студенты с применением только традиционных способов обучения.

Одним из перспективных направлений повышения эффективности учебного процесса является использование новейших технологических средств, к числу которых относятся системы программированного контроля знаний студентов и использование наглядных средств обучения.

На кафедре офтальмологии внедрены разнообразные формы активной подачи учебного материала, в частности на лекциях: проблемная лекция, лекция с заранее запланированными ошибками. Мультимедийные презентации на лекциях позволяют мобилизовать внимание, интерес обучающихся и стимулирует их познавательную деятельность. Лекции читаем студентам 4 курса факультета общей медицины по темам, включающим зрительные функции, катаракту, глаукому и травмы органа зрения, студентам 3 курса стоматологического факультета

по темам, включающим глазную патологию, связанную с патологией зубо-челюстной системы.

Офтальмология одна из немногих специальностей, которая предполагает использование очень большого количества аппаратуры. Офтальмохирургия полностью использует микрохирургическую технику, и многие ее разделы также предполагают использование большого количества специальной аппаратуры. Все эти особенности накладывают особый отпечаток на преподавании офтальмологии. Изучение офтальмологии студентами факультета общей медицины включает 4 занятия, на стоматологическом факультете – 5 занятий, интернами – 10 занятий. За такие короткие циклы не всегда представляется возможным продемонстрировать пациентов соответственно теме занятия. В связи с этим на практических занятиях со студентами 4 курса факультета общей медицины, 3 курса стоматологического факультета, 5 курса элективная дисциплина, с интернами мы используем инновационные методы преподавания с применением информационных технологий. Каждое практическое занятие проводится с использованием компьютерных технологий: демонстрацией атласа глазных болезней, включая анатомию органа зрения, болезней век, слезных органов, конъюнктивы, роговицы, сосудистого тракта, глаукому и травмы органа зрения. Кроме того, на практических занятиях согласно теме демонстрируются видеофильмы современных операций, такие как факоэмульсификация катаракты с имплантацией гибких и жестких интраокулярных линз. В фильме представлена инновационная техника операции по удалению катаракты, которая применяется во всем мире. Указанная техника включает тоннельные малые бесшовные разрезы, современную технику капсулорексиса, дробление ядра хрусталика с помощью ультразвука, имплантацию жестких и мягких складывающихся искусственных хрусталиков. При глаукоме широко используется операция трабекулэктомия, в видеофильме представлены все этапы операции начиная от выкраивания лоскутов конъюнктивы, эписклерального лоскута, вскрытия Шлеммова канала и заканчивая наложением швов. В настоящее время эксимерлазерная рефракционная хирургия получила широкое распространение во всем мире, позволяющая пациентам отказаться от ношения очков или контактных линз, что в значительной мере улучшает качество жизни человека. Указанные операции представляют для студентов и резидентов особый интерес, поскольку нередко они сами выступают в роли пациентов. В фильме представлено предоперационное обследование пациента, сама методика эксимерлазерной операции, которая длится не более одной минуты. Операция по замене роговой оболочки или кератопластика относительно редко проводимая операция, поэтому у студентов и интернов просмотр видеофильма является единственной возможностью. В фильме представлены методики сквозной и послойной кератопластики. Кроме того, мы располагаем фильмами по амбулаторной офтальмохирургии, такие как удаление халязиона, птеригиума и др. После демонстраций фильмов проводится обсуждение операций. Применение демонстрационого материала представляет для студентов и интернов несомненный интерес, так как теоретические данные, полученные ими при изучении той или иной темы, подкрепляется реальными зрительными впечатлениями.

Сотрудниками кафедры для проведения практических занятий со студентами и интернами сняты учебные фильмы, посвященные методам обследования органа зрения в офтальмологии. Первый фильм включает такие методы обследования как наружный осмотр, метод бокового освещения, биомикроскопия, офтальмоскопия. Второй фильм посвящен методам обследования при глаукоме: тонометрия по Маклакову, бесконтактная тонометрия и тонография. В фильмах подробно изложена и показана техника проведения описанных методов обследования, в последующем студенты и интерны на практических занятиях сами проводят указанные методы обследования.

Во время самостоятельной работы под руководством преподавателя студенты и интерны работают с компьютерной программы (заимствованной) по закреплению знаний по офтальмологии. Большой интерес вызывает у студентов и интернов блиц-игра, во время которой они получают дополнительные знания в виде игры. Полученные знания на долго сохраняются в памяти обучающихся. Кроме того, во время практических занятий интерны работают в кабинетах функциональной диагностики, оснащенных инновационной техникой: оптический когерентный томограф, гейдельбергский ретинальный томограф, переднекамерный ретинальный томограф, ультразвуковой аппарат с расчетом силы интраокулярной линзы, ультразвуковой биомикроскоп, компьютерный периметр.

В кабинете оптической когерентной томографии интерны знакомятся с исследованием глазного дна: диска зрительного нерва и макулярной области. Данное исследование позволяет выявить более ранние изменения диска зрительного нерва при глаукоме, изменения макулярной зоны при возрастной макулярной дегенерации по сравнению с офтальмоскопией. Картина глазного дна четко и детально видна на мониторе прибора в цветном изображении. Изменения диска зрительного нерва выявляются при исследовании на гейдельбергском ретинальном томографе, кроме того, картину глазного дна можно увидеть в трехмерном 3 д изображении. Переднекамерный ретинальный томограф Visante позволяет выявить тонкие изменения в углу передней камеры, что особенно важно при обследовании больных с глаукомой.

Ультразвуковая биомикроскопия позволяет выявить изменения положения хрусталика в передней камере, что не диагностируется при обычной биомикроскопии. Исследование на компьютерном периметре относится к ранним методам выявления глаукомы. После обследования больных в кабинетах функциональной диагностики проводится обсуждение результатов согласно теме практических занятий.

Особое внимание уделяется проведению самостоятельной работы студентов. Многочисленные исследования педагогов и психологов подтверждают высказывание академика К.М.Бера о том, что человек по настоящему владеет лишь тем, чем овладел самостоятельно. В связи с этим самостоятельную работу студенты представляли на занятиях в виде презентаций, докладов с использованием видео-и аудиоклипов, которые проводили в виде конференций. При подготовке к таким занятиям студенты используют дополнительную литературу, пользуются ресурсами сети Интернет, что помогает им получить больше современной информации по изучаемой проблеме.

Проведение практических занятий, СРСП, СРИП позволяет более полно осветить материал, способствует активному восприятию и закреплению материала.

Таким образом, проведение занятий с включением инновационных методов обучения позволяет приобщить студентов и интернов к получению информации через владение информационной компьютерной технологией, формировать умения и навыки работы с информацией. Использование инновационных методов диагностики глазных заболеваний дает возможность заинтересовать будущих врачей в выборе специальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Захарова И.Г. Информационные технологии в образовании. - М.: 2006. – 254 с.
2 Садвакасова З.М. Инновационные методы обучения. – Алматы: 2010. – 169 с.
3 Хуторский А.В. Педагогическая инноватика: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2008. – 351 с.

А.Ж АУБАКИРОВА, З.Т УТЕЛЬБАЕВА, С.К.ИСМАИЛОВА
ОФТАЛЬМОЛОГИЯНЫ ОҚЫТУДА АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Түйін: Статья, офтальмология курсын студенттерге және интерн-хирургтерге оқытуда ақпараттық технологияларды қолдануға арналған. Әр-бір сабақ 5-7 минут слайдтар, видеофильмдер көрсетумен жүргізіледі. Студенттер өзіндік жұмысы уақытында, оқытушымен бірге компьютерлік бағдарламалармен жұмыс жасайды. Булардың бәрі студенттерді, ақпараттық технологияларды игеру арқылы ақпараттар алуға үйретеді, білімін және жұмыс істеу дағдысын қалыптастырады.
Түйінді сөздер: офтальмология, ақпарат, технология, слайдтар, видеофильмдер.

A.ZH. AUBAKIROVA, Z.T. UTELBAYEVA, S. K. ISMAILOVA
USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN THE STUDY OF OPHTHALMOLOGY

Resume: Article is devoted to the use of information technology in the study of ophthalmology students and interns surgeons. Each lesson is accompanied by a slide show, videos of 5-7 minutes. During the independent work of students with a teacher working with a borrowed computer program. All this allows to involve students and interns to obtain information through the ownership of information technology, build knowledge and skills to work with the information.
Keywords: information technology, ophthalmology, slide show

УДК 612.0:378.144/.146

А.Д. СОКОЛОВ, Т.А. ЖУМАКОВА, Г.У. ШАРДАРБЕКОВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра нормальной физиологии

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТНОШЕНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ-СТУДЕНТ

В статье рассмотриваются следующие вопросы: работа преподавателей, работа студентов и работа со студентами. Методы, применяемые преподавателем для улучшения успеваемости отстающих студентов. Преподаватель должен выяснить причины слабой успеваемости студентов, одновременно проанализировать свою работу, так как каждый неуспевающий студент с одной стороны может рассматриваться как неудача преподавателя
Ключевые слова: *работа, преподаватель, студент, успеваемость, методы.*

Актуальность работы Реформы медицинского образования в КазНМУ ставят целый ряд новых задач перед преподавателями университета. Несмотря на повышение общего уровня успеваемости студентов в каждой группе (подгрупп) находятся 1-2 студента, которые плохо успевают учебный материал и получают низкие оценки. Такие студенты снижают общую успеваемость и являются кандидатами на превращение в будущем во врачей низкой квалификации. Эти студенты также как и студенты – отличники обращают на себя внимание, но в отличие от вторых требуют специальных дополнительных усилий со стороны преподавателей.

Целью исследования работы является проведение анализа результатов многолетней работы, обобщение накопленного опыта и высказывание некоторых положений и рекомендаций. Их можно разделить на две группы: работа преподавателей, работа студентов и работа со студентами.

Нам представляется, что работа преподавателей состоит из нескольких моментов, первое: каждый неуспевающий студент может в той или иной степени рассматриваться как неудача и даже поражение преподавателя. Большинство студентов прошли длительную подготовку до поступления в университет и на первых курсах. Эта подготовка может быть неодинаковой в зависимости от способностей студентов и качества предыдущего образования. Но все таки студенты уже что-то знают и умеют. Поэтому преподаватель должен самокритично продумать свой подход к студенту. Многолетний опыт говорит, что достаточно часто студенты слабые на первых курсах подтягиваются на старших, и в ряде случаев становятся блестящими специалистами. То есть преподаватель должен четко понимать, что перед ними личность, которая по разным причинам выбивается из общей колеи и отстает от однокурсников. Преподаватель, по нашему мнению, должен проанализировать свою работу и выяснить причину создавшегося положения. Преподаватели часто говорят, что студент не имеет предварительной подготовки, лентяй, не проявляет к учебе интереса, выпрашивает оценки и т.д. Всё это может иметь место. Однако преподаватель должен найти подход к студенту, заинтересовать его примерами из медицинской практики показать значимость данной дисциплины или её раздела, можно использовать другой приём. Если отстающий студент, где-то ответил чуть лучше, можно ему немного завысить оценку. В ряде случаев это вдохновляет студента и его успеваемость повышается. Если добавит реплику: «Вы можете учиться, сегодня ответ был нормальным. Давайте и дальше готовиться таким же образом». На студенте никогда нельзя ставить крест. Полезны доброжелательные советы [1,2,3]. Необходимо интересоваться причинами его неуспеваемости, можно

просто побеседовать со студентом о его проблемах, поделиться своими неудачами в прошлом и тем, как они преодолевались. Вы должны быть старшим, желательно мудрым, добрым наставником. Мы должны помнить, что у человека в любом возрасте, на любом посту масса проблем самого разнообразного характера. У студентов их достаточно много. Это адаптация к университетским условиям жизни, материальные проблемы (многие студенты работают), огромная сфера эмоциональных переживаний, проблемы в семье и т.д. Не все студенты справляются с ними успешно. Помочь им справиться с неприятностями – важнейшая задача воспитательной работы преподавателей. Эта работа должна проводиться не только в курируемых группах. Преподаватель остается воспитателем всегда. Практика показывает, что ряд студентов в своих учебных неприятностях обвиняют преподавателей. Делят преподавателей на добрых и сердитых, справедливых и несправедливых. Преподавателей, у которых можно выпросить оценку и с которыми это не получается. Отстающие студенты часто предлагают что-то сделать для кафедры, оформить стенды, сделать таблицы, слайды. Это должно быть отвергнуто самым резким образом. Альтернативой данным просьбам должно быть предложение больше учить. Теоретически хорошим подспорьем в повышении успеваемости может быть проведение дополнительных занятий. Однако, студенты даже, когда назначено время, на них не приходят.

В настоящее время все формы учебного процесса совершенствуются с целью активизации самостоятельной работы студентов. Реальная ситуация сложна и многообразна в ней модели, схемы изучаемые в учебниках не проявляются прямолинейно. Учебный процесс заключается не только в передаче знаний и умений о преподавателя к студенту, но и во всемерном развитии у студентов способности к постоянному, непрерывному самообразованию, стремления к пополнению знаний, их обновлению всемерному их использованию в практической деятельности. Удельный вес самостоятельной работы в учебном процессе постоянно повышается[4].

Важным моментом студенческой жизни являются отношения между студентами. Эти отношения проявляются по-разному у студентов живущих в общежитих, и на дому с родителями. Как это не печально преподаватели ходят в общежития неохотно, в основным на официальные дежурства. Вместе тем в общежитиях в студенческой среде бурлят события разного плана. Они могут быть по своему характеру положительными, но могут возникать и напряженные ситуации. Желательно, чтобы были в курсе этих событий. Часто в общежитиях жизнь активизируется после 11:00 часов ночи, когда преподаватели уходят. Студенческие отношения делятся в принципе на три группы. 1) отношения между студентами одной или соседних комнат. 2) отношения между студентами и студенческим советом. 3) отношения между студентами и студенческим советом (студенческим самоуправлением). 4) отношения между студентами младших и старших курсов. Все эти отношения временами бывают достаточно сложными, в ряде случаев студенты скрывают от преподавателей свои проблемы. Разобраться в них, помочь добрым советом, поддержать направить студента-это долг преподавателя.

Общеизвестно убыстреющися ритм жизни предъевлят все большие требования к каждому члену общества. Преподаватели в этом отношением на одном из первых мест. Все в большей степени проявляются равноправые отношений находят на одном из первых мест. Все в большей степени проевляется ровнопровие отношений преподователь студент. Эффективность этих отношений должно повышаться если у преподавателя преобладают положительные эстетические чувства как показатель человечности, гуманности, творчество работоспособности и результативности. Данная сторона деятельность преподавателя сопрекасается искусством и всегда является таланта и мастерства. Мастерство это подготовки, который обобщает все лучшие традиции и опыт предыдущих поколений, развивает и обостряет природные задатки студента и преподавателя, дает им необходимые знания и навыки, развивает способности, позволяет им быть гибкими и умелыми в решении любой задачи, любой научной и человеческой проблемы.

Имеет смысл сказать, что преподаватель должен быть высокой степени профессионалом всвоей области. Но этого недостаточного, он должен знать принципы учебно-методической и воспитательной работы. Все свои знания, умения и культурный потенциал преподаватель должен передавать студентам в процессе живого и непосредственного обучения. Для преподавателя должно быть очевиден тот факт, что отношения е преподавателем студент перености не тот предмет, который ведет педагог. Эти отношении должны включаться в сложную систему позволяющию воспитать в студенте не только конкурентноспособного специалиста но и угаждание гражданина своей страны. Эмоционально-психологического состояния студента важный момент учебного процесса. Снять напряжение простой шуткой перед ответом или перед занятием является с естественным педагогическим приемом. Следует помнить, что студенты ценят преподавателя строго, но если он абсолютно справедлив и если с ним можно поговорить на отвлеченные темы после занятие. В обсуждением отвлеченных тем формируется будущий специалист и гуманная личность. При этом преподаватель был и остается объектом много писменных обсуждений в разговорах студентов. Это преподавателю нужно помнить и повышать требовательность к себе, т.к. он является живым примером для всех студентов.

Таким образом, актуальность работы с неуспевающими и отстающими студентами объясняется тем, что несмотря на общедоступность и общеизвестность по преодолению и предупреждению отклонений студентов в поведении и учебной деятельности, эта проблема продолжает существовать у нас в университете. Важным моментом воспитания студентов является развитие у них самокритики и убеждения, что только самостоятельная работа является выходом из создавшейся трудной ситуации. В нашем университете получила развитие новая форма обучения, сочетающая традиционное обучение и широкое применение современных технологий. Для неуспевающих студентов необходимо создавать условия доводить до их сведения, добиваться глубокого понимания, что у них создается новая траектория развития, зависящая от его психологической, теоретической и практической готовности. В этом одна из наших задач.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Битенас Б.П. Процесс воспитания: Приобщение к ценностям - М.: 1994. - С. 13-16.
2 Кукушкин В.С. Теория и методика воспитательной работы – Ростов-на-Дону: 2002. - С. 23-27.
3 Кукушкин В.С. Теория и методика воспитательной работы – Ростов-на-Дону: 2006. - С.56-61.
4 Хмелькова О.И. Образование. – 2006. - С.130-135.

А.Д.СОКОЛОВ, Т.А.ЖҰМАҚОВА, Г.У.ШАРДАРБЕКОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, қалыпты физиология кафедрасы

ОҚЫТУШЫ – СТУДЕНТ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСЫН КӨТЕРУ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Бұл мақалада келесі сұрақтар қарастырылады: оқытушылардың жұмысы, студенттердің жұмысы және студенттермен жұмыс жасау. Сабақты нашар оқитын студенттердің оқу үлгерімін жақсарту үшін оқвтушылардың қолданатын әдістері. Оқытушы студенттердің оқу үлгерімінің нашар болуының себебін анықтау тиіс, сонымен қатар өзініңде жұмысының нәтиежесін талдауы қажет, себебі әрбір үлгерімі нашар студент бір жағынан оқытушының кемшілігі болып қарастырылуыда мүмкін.
Түйінді сөздер: жұмыс, оқытушы, студент, үлгерім, әдістер.

A.D. SOKOLOV, T.A. ZHUMAKOVA, G.U. SHARDARBEKOVA
KazNMU of S. D. Asfendiyarov, chair of normal physiology

INCREASE OF EFFICIENCY OF THE RELATIONS TEACHER STUDENT

Resume: In article the following questions are considered: work of teachers, work of students and work with students. The methods applied by the teacher to improvement of progress of lagging behind students. The teacher has to find out the reasons of weak progress of students, at the same time analyse the work as each poor student on the one hand can be considered as failure of the teacher.
Keywords: work, teacher, student, progress, methods.

УДК 378.(075):002

А.В. БАЛМУХАНОВА, Э.К. КУЛЕБАЕВА, Г.Ш.ТОЙЛЫБАЕВА,
К.Е. ХАБДИН, В.Н. БАЛМУХАНОВ, Л.С. ДАУЛЕТОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ГОСО–2006г В ИНТЕРНАТУРЕ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В статье приведен первый опыт модульной технологии обучения с интеграцией дисциплин на постбакалавриатском уровне, которая имеет свои приоритеты и проблемные точки. Учитывая, что модульное обучение должно явиться основанием для подготовки квалифицированных специалистов-клиницистов, считаем важным сделать акцент на данном сообщении и решить перспективные задачи.
Ключевые слова: *модульное обучение, технология, ГОСО - 2006, компетенции врача.*

Акту развитие медицинской науки, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий, стремительное расширение спектра лекарственных препаратов определяют неуклонное повышение требований к качеству подготовки выпускников медицинских ВУЗов, способных удовлетворить потребности меняющегося рынка труда. Повышение качества выпускников медицинских вузов, является обязательным условием дальнейшего развития всей области здравоохранения в целом, как ее практического, так и научного звеньев. Достижение все более высокого качества обучения в медицинской школе может быть обеспечено только за счет интеграции науки, образования, и инновационной деятельности. Современный этап развития высшей медицинской школы Республики Казахстан характеризуется сменой образовательной парадигмы, заключающейся в изменении структуры содержания подготовки и ее качественного обновления с учетом перехода на опережающее образование. При этом новая концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования делает особый акцент на его многоаспектный и многомодальный характер, направленный на клиническую подготовку студентов с младших курсов.

Реализация данного положения возможна лишь при внедрении в учебный процесс инновационных технологий, основанных на интегрированном принципе обучения, который позволяет за период обучения повысить общую медицинскую культуру специалистов и выработать у них высокий уровень мышления, отвечающий современному научному подходу к решению профессиональных проблем. Этот принцип базируется на системном анализе конечного объекта изучения – организма человека и раскрытия его многогранности с помощью модульного подхода в обучении. Модульная технология обучения одной из своих целей ставит обеспечение гибкости, приспособление к индивидуальным потребностям личности и уровню ее базовой подготовки, создает условия для развития мышления, памяти, творческих наклонностей и способностей студентов. В связи с этим, переход на модульную технологию повышает требования и к преподавателю, осуществляющему обучение. При модульном обучении педагог выполняет помимо

информирующей и контролирующей функций, еще и функции консультанта и координатора при сохранении его ведущей роли в педагогическом процессе. Модульное обучение отличается его значимостью для стимулирования учебно-познавательной активности студентов и организации их познавательной деятельности по овладению профессиональными научными знаниями, умениями и навыками. Переход к модульному обучению предполагает увеличение удельного веса и значения самостоятельной работы в учебном процессе, и требует значительного повышения самостоятельности, инициативы, творчества, социально-профессиональной активности будущих специалистов. Модульная система, располагая планом работы, информационно-дидактическим банком и методическими рекомендациями по достижению поставленных целей обучения, определяет для студента более самостоятельное, чем при традиционной системе, овладение разделами учебной программы. Следовательно, при модульном обучении у студента в большей степени, чем при традиционном обучении, формируются навыки самообразования. Вместе с тем, и при модульном обучении у студента всегда есть возможность получить помощь, советы и критическую оценку своей деятельности у преподавателя и у других студентов, что позволяет развивать такое личностное качество, как коллективизм, способствует приобретению навыков командной работы. Все это указывает на перспективность использования модульной технологии и побуждает приступить к ее реализации в образовательном процессе по специальности «Общая медицина», сохранив преемственность между традиционным образованием и новациями.

Согласно ГОСО -2006 г прохождение клинических дисциплин в интернатуре основывается на вышеназванном модульном подходе обучения. Практическое и научное значение модульной технологии заключается в следующем: в ней сочетаются новые подходы к обучению и традиции комбинированного занятия; она интегрировала многое из опыта педагогической теории и практики, в том числе теории программированного обучения, теории развивающего обучения и др.; из психологии используется рефлексивный подход; позволяет избежать тяжелого стресса у студентов, поскольку постоянная рефлексия дает информацию преподавателю о состоянии учебного процесса; при модульной технологии обучающийся сам оперирует учебным содержанием, что ведет к осознанному и более глубокому усвоению материала.

В целом, отличия модульного обучения в интернатуре от других заключаются: содержание обучения представляется в законченных самостоятельных комплексах (модулях); дидактическая цель формулируется для обучающегося и содержит в себе не только указание на объем и вид изучаемого материала, но и на уровень его усвоения; меняется форма общения студента и преподавателя, отношения становятся более паритетными; студент самостоятельно определяет конкретные цели учебно-познавательной деятельности в процессе работы с модулем и учится способам их достижения: самостоятельному планированию, самоорганизации, самоконтролю и критической самооценке.

Модель Учебного плана, использующегося в высшей медицинской школе Казахстана, построенная в соответствии с Государственным образовательным стандартом, нацелена на достижение конечных целей обучения, определяемых квалификационной характеристикой выпускника. Государственный образовательный стандарт обеспечивает единство образовательного пространства нашей страны, обязывая сохранять инвариантность целевого и содержательного компонента образования. Несомненно, что как любая другая модель построения учебного плана, интегративная система обучения имеет свои преимущества и недостатки. К числу несомненных достоинств данной образовательной технологии, концептуальная и содержательная схемы которой стали использоваться в ВУЗах Республики с 2009 года для студентов 3 курса по специальности «Общая медицина», относится, прежде всего, преемственность обучения в виде четко продуманной логичной последовательности получения знаний по восьми системам организма, начиная с кафедр базовых дисциплин, заканчивая кафедрой пропедевтики внутренних болезней. Это, с одной стороны, позволило определить конкретный объем знаний, необходимых для формирования у студентов основ клинического мышления, с другой стороны, - снизить информационную перегруженность, обусловленную желанием преподавателей кафедр дать студенту как можно более глубокую подготовку по каждой изучаемой дисциплине. Кроме того, изменилась форма общения студента и преподавателя - отношения стали более паритетными. Таким образом, новая образовательная технология объединяет преимущества индивидуального и коллективного обучения и при этом позволяет реализовать концепцию направляемого и контролируемого самообучения [5, 6].

Вместе с тем, имея почти 2-летний опыт работы по модульной системе в интернатуре, мы считаем, что в интегрированном обучении имеется ряд проблем.

Во-первых, недостаточно цельное представление у студентов об организме из-за «дозированного» получения знаний по восьми системам организма на кафедрах анатомии, гистологии и физиологии, что затрудняет и снижает качество освоения последующих дисциплин, включенных в интеграцию. Кроме того, незнание анатомо-физиологических особенностей организма и детского, в частности, в общем контексте не позволяет студентам полностью осознать значение фундаментальных дисциплин для будущей практической деятельности врача

Мы считаем, что приемлемым вариантом для решения данной проблемы будет разделение преподавания восьми дисциплин, входящих в интегрированный курс, на два блока, при сохранении принципа модульного и междисциплинарного подходов. В первый блок необходимо включить три предмета - «Анатомия-2», «Гистология-2» и «Физиология-2», которые необходимо изучать на 2 курсе. После завершения первого блока студенты должны сдать интегрированный экзамен по указанным дисциплинам. Лишь после этого студенты могут приступать к последовательному изучению остальных пяти дисциплин, которые будут включены во второй блок – «Патологическая физиология-2», «Патологическая анатомия-2», «Фармакология-2», «Визуальная диагностика», «Пропедевтика внутренних болезней». При этом необходимо пересмотреть содержание интегрированных Типовых программ с определением номенклатуры общих и частных модулей и модульных единиц, адаптируя их к уровню предварительной подготовки студентов. После завершения второго блока студенты сдают вначале интегрированный экзамен по патофизиологии, патанатомии и фармакологии, затем – по визуальной диагностике и пропедевтике внутренних болезней.

Таким образом, модульное обучение, имеющее своей главной целью достижение эффективного результата в усвоении научных знаний и формировании профессиональных и личностных качеств будущих врачей, можно рассматривать в качестве перспективного средства совершенствования образовательного процесса в медицинских ВУЗах. Перестройка образовательного процесса с внедрением модульной технологии будет способствовать более тесной интеграции медицинских ВУЗов с другими образовательными учреждениями, научно-исследовательскими институтами и учреждениями практического здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Литвинова Т.Н. Интегративно-модульное обучение общей химии студентов медицинского вуза // Успехи современного естествознания. – 2004. – № 3. – С. 71-73.
2 Юцявичене П.А.Теория и практика модульного обучения. – Кауна: 1989. – 271 с.
3 Данильсон Т.С., Румбешта Е.А. Модульно-деятельностный подход в обучении физике. Вестник Томского государственного педагогического университета. - №10. – 2010. – С. 35-38.
4 Педагогика: Большая современная энциклопедия. - Минск: «Современное слово», 2005. – 720 с.
5 Итоговый документ международной научной конференции «Опыт международного сотрудничества российских университетов: Болонский процесс и концепция модернизации образования. – Екатеринбург: 2003. – 129 с.

А.В. БАЛМУХАНОВА, Э.К.КУЛЕБАЕВА, Г.Ш.ТОЙЛЫБАЕВА,
К.Е. ХАБДИН, В.Н. БАЛМУХАНОВ, Л.С. ДАУЛЕТОВА
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

2006ж. МЖМБС БОЙЫНША ИНТЕРНАТУРДА АЛҒАШҚЫ ТӘЖІРИБЕ: ЖАҒДАЙЫ, МӘСЕЛЕЛЕРІ, БОЛАШАҒЫ

Түйін: Мақалада бакалавриаттан кейінгі деңгейде пәндерді біріктіру арқылы модульдік технологиямен оқытудың алғашқы тәжірибесі келтірілген, аталған оқытудың өз артықшылығы және қиындықтары бар. Білікті клиникалық-мамандар даярлау үшін модульдік оқыту негіз болуын есепке ала отырып, осы мақалаға ден қою және болашақтағы міндеттерді шешу маңызды деп санаймыз.
Түйінді сөздер: модульдік оқыту, технология, МЖМБС-2006, дәрігер біліктілігі.

A.BALMUKHANOVA, E.KULEBAYEVA, G.TOILYBAYEVA, K.KHABDIN, V.BALMUKHANOV, L.DAULETOVA
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

THE FIRST EXPERIENCE OF STATE OBLIGATORY STANDARD OF EDUCATION – 2006 IN INTERNSHIP: STATUS, PROBLEMS AND PROSPECTS

Resume: The paper presents the first experience of modular technology education with the integration of disciplines on postgraduate level, which has its own priorities and problems. It is thought that the modular training should be the basis for the training of qualified specialists – clinicians, so that it is important to focus on this message and solve future challenges.
Keywords: modular training, technology, SOSO -2006, the competence of the doctor.

РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
CHAPTER 4. PUBLIC HEALTH

УДК 616.89:615.017

Г.К. КАУСОВА, Е.О. ОНГАРБЕК, Е.К. БЕКБОТАЕВ
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Возрастающая значимость острых лекарственных отравлений выдвигает требование полноценного владения ситуацией по данной проблеме, повышения эффективности медицинской помощи и профилактики отравлений. Однако, в связи с несовершенством учета острых отравлений, до настоящего времени отсутствует объективная картина сложившейся ситуации. Результаты исследования могут быть использованы для профилактики суицидального поведения больных с острым лекарственным отравлением.

Ключевые слова: *суицид, суицидальные попытки, больница скорой неотложной помощи*

Введение. В настоящее время суицид рассматривается как одна из ведущих причин смертей во всем мире. По собственной воле уходит из жизни большое количество людей, нанося огромный моральный и материальный урон обществу. Самоубийства входят в первую десятку причин смертности среди населения развитых стран. Предотвращение и профилактика суицидов является одним из главных направлений государственной политики в сфере социальной помощи и здравоохранения. В последние десятилетия повсеместно наблюдается тенденция роста суицидов во многих странах мира, в том числе и в Казахстане. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от самоубийства к 2020 году займет второе место в мире по причинам смертности, а за 2010 год Республика Казахстан (РК) заняла третье место по количеству суицидов в мире [1]. По определению ВОЗ к суицидальным попыткам (СП) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». Сюда же включают действия, прерванные другими лицами до нанесения самоповреждения [2, 3].

Несмотря на данную дефиницию и многочисленные исследования суицидологи не могут провести четкой границы между истинным покушением на самоубийство и СП в силу отсутствия между ними четких разграничений, сложности достоверной оценки «намерения умереть» при самоповреждениях.

По данным ВОЗ уровень самоубийств в мире за последние 45 лет вырос на 60 %. Наиболее высоким суицидальным риском характеризуется население Восточной Европы [1, 3], где уровень самоубийств варьируется от 3,8 до 40 на 100 000 населения [4]. Если учесть число неудавшихся самоубийств, которые происходят в 20 раз чаще, то масштабность проблемы возрастает еще более.

В Российской Федерации (РФ) число самоубийств и динамика их роста превышают аналогичные показатели большинства европейских стран. В РФ с начала 90-х годов прошлого века, отмечен рост суицидов с 26,4 - в 1990-1991 гг. до 38,6 случаев в 2008 году. В 2009 году частота самоубийств достигала 36-38 случаев на 100 тысяч населения [5, 6].

Согласно данным Агентства по статистике Республики Казахстан (РК), в 2011 году в Казахстане зафиксировано 3433 случая суицида (23,7 случая на 100 тыс. населения), что превышает «критический уровень» ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. населения) и значительно превосходит показатель распространенности завершенных самоубийств, установленный в качестве среднего для 53 стран мира. Он равен 15,1 на 100 тыс. населения в год, т.е. в 1,6 раза ниже, чем в Казахстане.

Распопова Н.И. отмечает, что в 2011 году в Казахстане зарегистрировано 1175 случаев самоубийств среди детей и молодежи в возрасте до 29 лет (22,9 случая на 100 тыс. человек данной возрастной категории), что отражает мировую тенденцию «омоложения» суицидов [2]. В списке самых депрессивных регионов, где больше всего наблюдается проявлений суицида, Южно-Казахстанская область, Актау, Северный Казахстан, а также город Караганда [7].

Актуальность проблемы и значимость острых лекарственных отравлений выдвигает требование полноценного владения ситуацией по данной проблеме, повышения эффективности медицинской помощи и профилактики отравлений. Вместе с тем, в связи с несовершенством учета острых отравлений, до настоящего времени отсутствует объективная картина сложившейся ситуации. Но, несмотря на заметные успехи клинической токсикологии, многие организационные аспекты оказания токсикологической помощи, учёта и профилактики острых отравлений к настоящему времени решены не полностью. Для профилактики острых лекарственных отравлений и принятия управленческих решений данная проблема требует подготовки комплекса организационных, информационно-аналитических, лечебно-профилактических, образовательных мер, направленных на снижение медико-социальных потерь, обусловленных острыми отравлениями.

Цель исследования. Изучить число госпитализированных больных, совершивших суицидальные попытки лекарственными препаратами, в отделение токсикологии городской больницы скорой и неотложной помощи для профилактики данного поведения.

Методы. Объектом исследования являлась больница скорой неотложной помощи г.Алматы. Изучены и проанализированы официальные отчетные данные Министерства здравоохранения (МЗ) РК и больницы скорой неотложной помощи г.Алматы за 2010-2012 гг., результаты анкетирования лиц**,** совершивших суицидальные попытки лекарственными препаратами.

Результаты. Отделение токсикологии на базе городской больницы скорой и неотложной помощи (ГБСНП) является единственным в г. Алматы, оказывающим круглосуточную, специализированную, экстренную, токсикологическую помощь, пострадавшим от химической травмы. Отделение развёрнуто на 40 коек палат реабилитации, а так же 6 коек в составе отделения реанимации и интенсивной терапии, для оказания помощи больным с тяжёлой степенью отравления.

В отделение токсикологии БСНП г.Алматы в 2010 году обратились с отравлением медикаментами 1359 человек, что составляет 10,2% от общего числа обращений (рисунок 1). В 2009 году данный показатель был равен 12,0%. Сравнительный анализ показал, что в 2011 году число обратившихся больных снизилось по отношению к 2010 году на 11,3% (рисунок 2) и составило 1205 человек. Число обращений с отравлением медикаментами в данном году составляют 9,8% от общего числа обращений в приемный покой БСНП.

За исследуемый период, наибольшее число обращений с лекарственным отравлением было отмечено в 2012 году,

где их количество увеличилось на 649 человек (или на 53,9% по отношению к 2011 году) и составило 1854 больных. Данное число обращений с отравлением медикаментами составляют 10,3% от общего числа обращений.

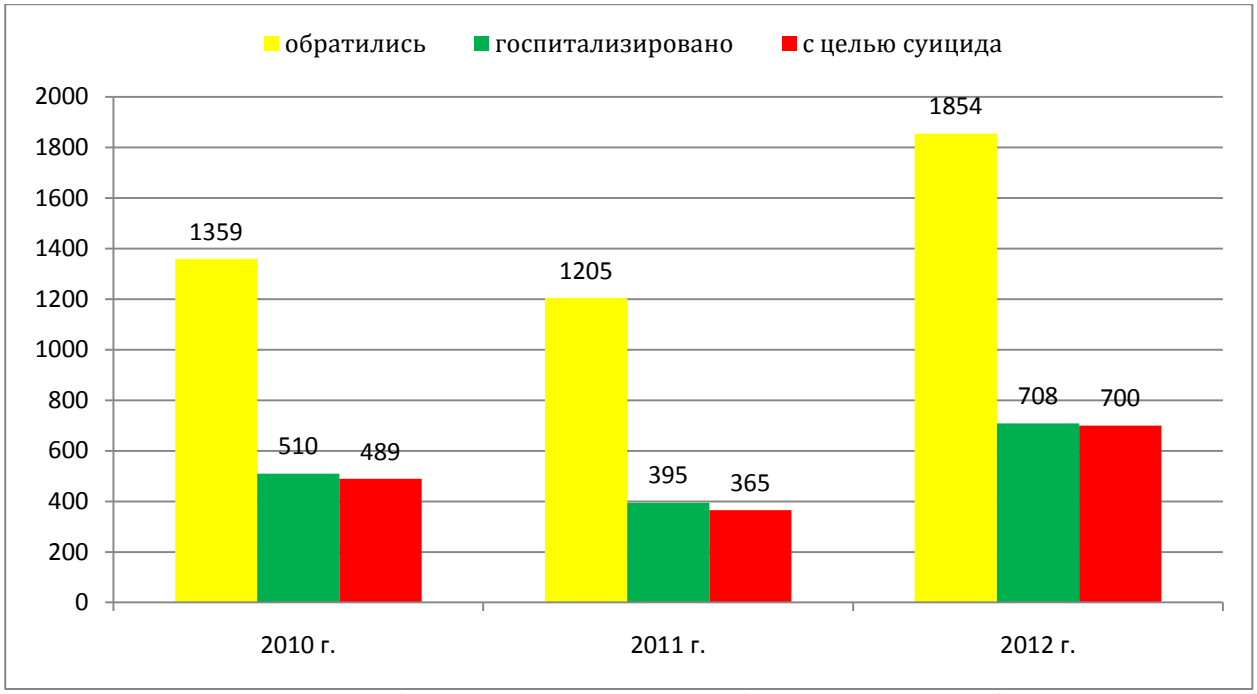


Рисунок 1 – Динамика числа обращений и госпитализированных больных с лекарственной формой отравления в отделение токсикологии БСНП г. Алматы

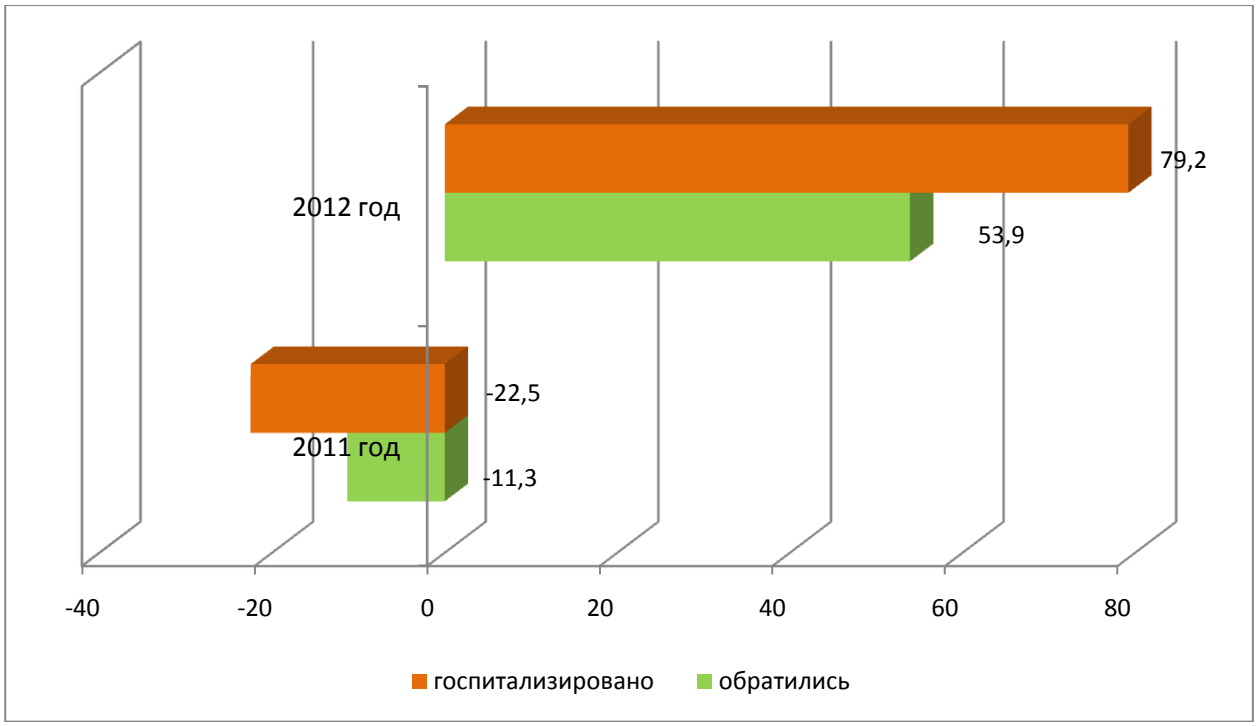


Рисунок 2 – Тенденция числа обратившихся и госпитализированных больных с лекарственной формой отравления в отделение токсикологии БСНП г. Алматы, в %

Из вышеприведенного рисунка 1 видно, что в 2010 году было показано к госпитализации с острым лекарственным отравлением 510 больных. Данная цифра госпитализации по отношению числа обратившихся больных составила 37,5% (рисунок 3).

Следует отметить, что число госпитализированных больных в 2011 году по сравнению с 2010 годом снизилось на 22,5%, и составила 395 госпитализаций. От общего числа обратившихся больных в приемный покой БСНП г.Алматы, число госпитализированных с отравлением медикаментами в данном году составляют 32,8%. Наибольшее число госпитализированных больных с лекарственной формой отравления за анализируемый период исследования было установлено в 2012 году – 708. Кроме того, закономерно отмечен рост госпитализации на 79,2% по отношению к 2011 году.

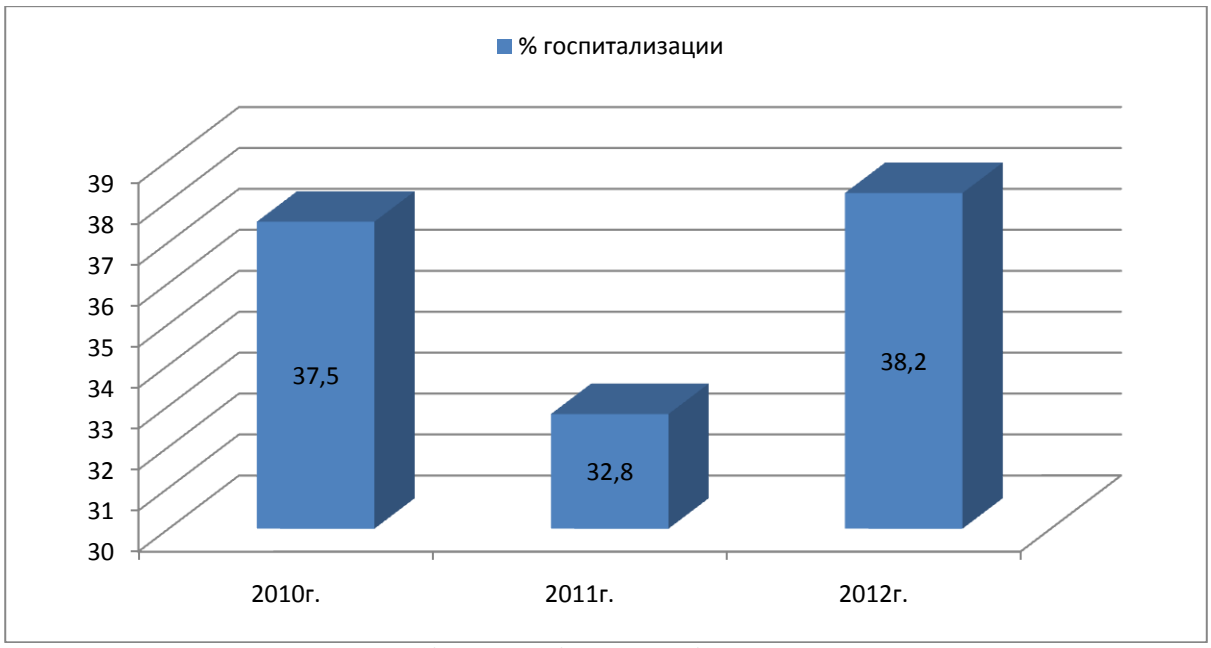


Рисунок 3 – Показатель госпитализации больных от общего числа обратившихся с отравлением медикаментами в динамике в токсикологическом отделении БСНП г. Алматы, в %

Наряду с этим, отмечен высокий процент показаний к госпитализации (38,2%), соотношение от общего числа обратившихся больных в приемный покой БСНП г.Алматы.

Среди основных причин отказа от госпитализации основную массу составляли отсутствие показаний к госпитализации (отравления легкой степени, отравления мало- и нетоксичными веществами), не профильные, а также добровольный отказ от госпитализации.

Суицидальное поведение, в силу тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий причисляют к категории не только общемедицинских, но и глобальных проблем человечества. Значимость изучения проблемы суицидального поведения обусловлена несколькими причинами: регистрируемым ростом количества самоубийств и суицидальных попыток, прогнозируемым увеличением числа депрессивных состояний, имеющих непосредственную связь с патогенезом суицидального поведения, которое неминуемо вслед за собой повлечет рост суицидальных проявлений, динамикой современной социально-экономической ситуации.

Базовой концепцией для психиатров является трактовка суицида по ВОЗ, как «действия с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения». Определение суицидальных попыток является более сложным и включает «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную».

За анализируемый период исследования (2010-2012 гг.) удельный вес больных с острым лекарственным отравлением токсикологического отделения БСНП г.Алматы госпитализированных по поводу суицида, от общего числа госпитализированных больных чрезвычайно высока. Так, в 2010 году к числу госпитализации с целью суицида с острой формой лекарственного отравления были отнесены 489 больных, что составляет от общего числа госпитализированных больных с данной патологией - 95,8% (рисунок 4).

Число госпитализированных больных с целью суицида в 2011 году составила 365 человек, или 92,4% от общего числа госпитализированных больных с острой формой лекарственного отравления в токсикологическое отделение БСНП г.Алматы. Наибольший показатель числа госпитализированных больных с целью суицида с лекарственной формой отравления за анализируемый период исследования было установлено в 2012 году – 98,8%, то есть 700 по отношению 708 больным.

Для оценки качества стационарной помощи нами была использована общепринятая методика моделей конечных результатов хирургической помощи, где в качестве эталонов использовались качественные показатели деятельности отделений токсикологического отделения БСНП г.Алматы - общая летальность. Было отмечено, что от общего числа госпитализированных больных с острым лекарственным отравлением летальность составила в 2010 году – 5 человек, в 2011 году – 5 и в 2012 году – 4. Так, показатель общей летальности больных с острой формой лекарственного отравления за исследуемый период остается достаточно стабильным (Рисунок 5), и составил в 2010 году – 0,9, в 2011 году – 1,2 и в 2012 году – 0,6.

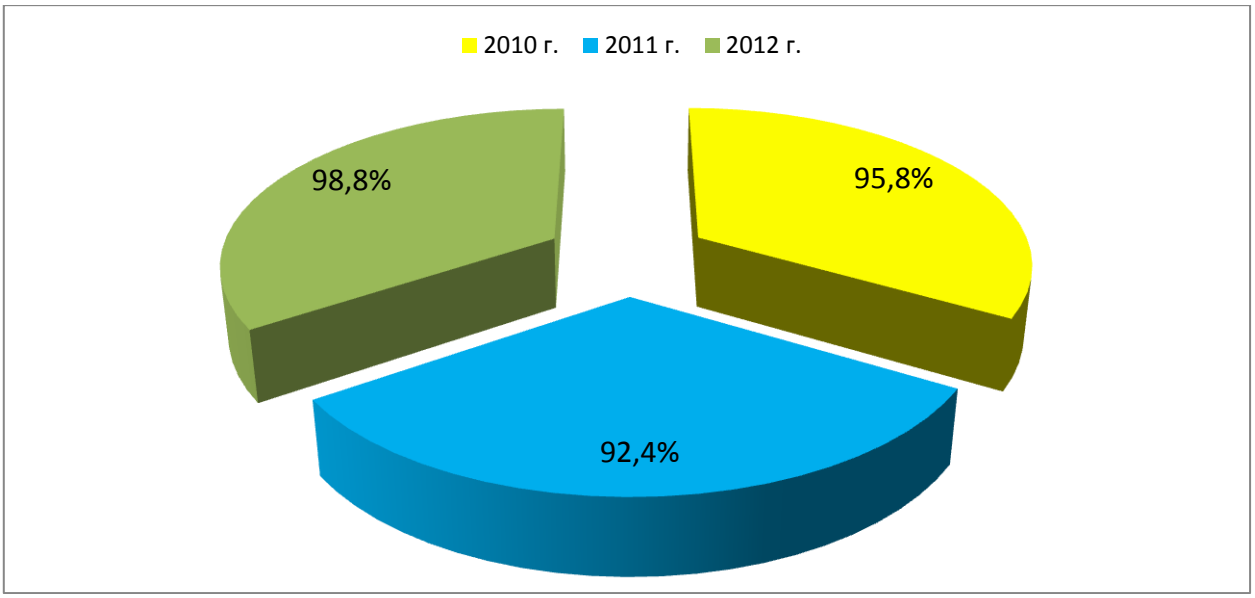


Рисунок 4 - Показатель госпитализации больных с целью суицида от общего числа госпитализированных с острым отравлением медикаментами в динамике в токсикологическом отделении БСНП г. Алматы, в %

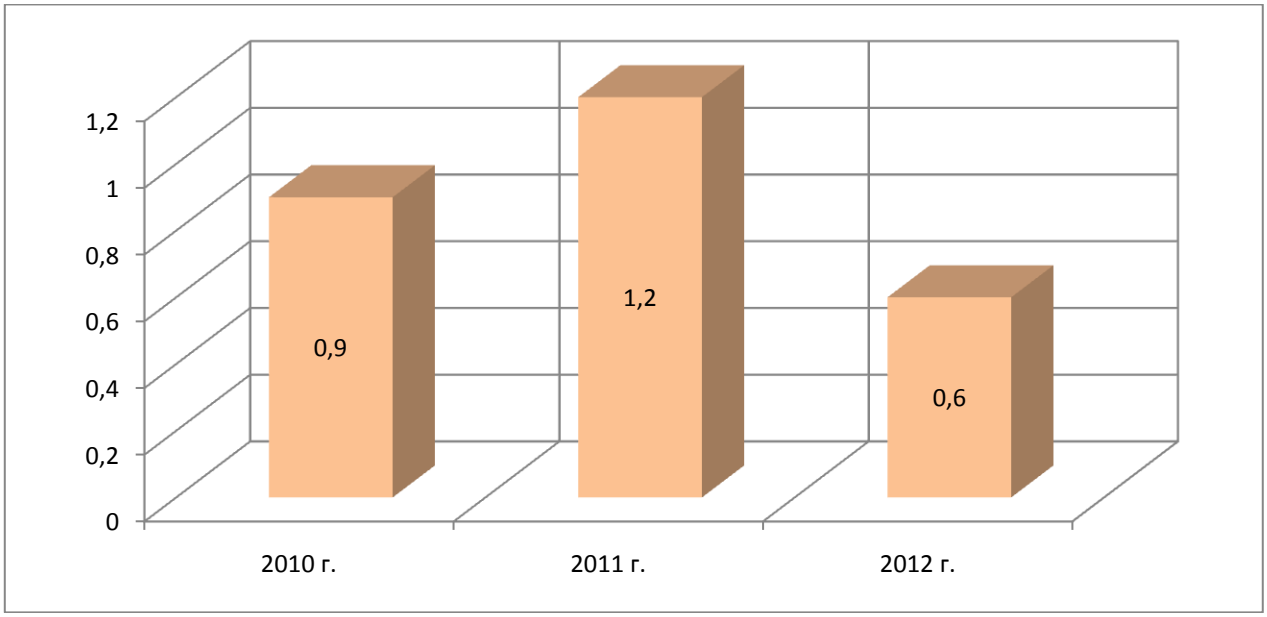


Рисунок 5 – Показатель общей летальности больных с острой формой лекарственного отравления в отделении токсикологии БСНП г. Алматы в динамике

Выводы. Несмотря на заметные успехи клинической токсикологии, многие организационные аспекты оказания токсикологической помощи, учёта и профилактики острых отравлений к настоящему времени решены не полностью. Существует необходимость подготовки комплекса организационных, информационно-аналитических, лечебно-профилактических, образовательных мер, направленных на снижение медико-социальных потерь от суицида, обусловленных острыми лекарственными отравлениями. К ним относятся: уменьшение доступа к средствам самоубийства (таким, как пестициды, лекарственные препараты); лечение людей с психическими расстройствами (особенно тех, кто страдает депрессиями, алкоголизмом и шизофренией); последующее наблюдение за людьми, совершившими попытку самоубийства; ответственный подход СМИ к представлению информации; подготовка работников по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Работа с пациентом в постсуицидальном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Официальная статистика самоубийств в мире // http://www.who.int/ru/
2 World Health Organization. World report on violence and health // Krug EG et al., eds. - Geneva: World Health Organization, 2012. – P.155-158.
3 World Health Organization (WHO) // Mental health in the WHO European Region. - Geneva: World Health Organization, 2013. – P. 56 - 59.
4 Jenkins R., Kovess V. Evaluation of suicide prevention: A European approach // International review of psychiatry. - 2002. - Vol. 14. - №1. – P. 34-41.
5 Яковлева С.В., Войцех В.Ф., Ваулин С.В., Лапицкий М.А. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клинико-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004 – Т. 14. - вып.1. - С. 28-33.
6 Положий Б.С. Психологическое здоровье как отражение социального состояния общества // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – М.: 1993. - №4. - С. 6 - 11.
7 Распопова Н.И. Основные тенденции динамики распространенности суицидов в республике Казахстан // Медицинская психология в России: (электронный научный журнал). – М.: 2013. – № 2 (19). – С. 81-92.

Г.К.КАУСОВА, Е.О.ОҢҒАРБЕК, Е.К.БЕКБОТАЕВ
ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

ДӘРІЛІК ПРЕПАРАТТАРМЕН СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Зерттеудің сараптамалық кезеңінде (2010-2012 ж.ж.) Алматы қаласындағы жедел жәрдем көрсету ауруханасының токсикология бөлімінде дәрілермен уланған аурулардың суицид бойынша үлес салмағы, ауруханаға жатқызылған аурулардың жалпы санынан аса жоғары. Ауруханаға жатқызылған аурулардың жалпы санынан өткір дәрілермен уланған аурулар, 2010 жылы - 95,8%, 2011 жылы - 92,4% және 2012 жылы - 98,8% енгізілген. Осыған байланысты, айтулы дәрілермен уланулардың, суицидтен медициналық-әлеуметтік шығынды төмендетуге бағытталған, біліми шараларды, ақпараттық талдау, емдеу-профилактикалық ұйымдастыруды кешенді дайындау қажет.

G.K.KAUSOVA, E.O.ONGARBEK, E.K.BEKBOTAEV
Kazakhstan School of Public Health

ON THE ISSUE OF THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR WITH DRUGS

Resume: During the analyzed period of the study (2010-2012 yy) the proportion of patients with an acute drug poisoning and hospitalized due to suicide in toxicology department of Almaty Emergency Hospital of the total number of hospitalized patients is extremely high.
Thus, in 2010, attributed - 95.8%, in 2011 92.4% and in 2012 - 98.8% of patients with acute drug poisoning of the total number of hospitalized patients. Therefore, it is necessary to prepare complex of organizational, informational and analytical, health-care, educational measures aimed at reducing the health and social losses from suicide due to acute drug poisoning.

УДК: **615 851**

Г.К. КАУСОВА, Г.К. ТУЛЕПБЕРГЕНОВ
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК
Городской кардиологический центр г. Алматы

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОРОДСКОМ КАРДИОЦЕНТРЕ Г.АЛМАТЫ

В статье описаны результаты изучения организации стационарной помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в городском кардиоцентре г.Алматы с позиции общественного здравоохранения. Определена положительная динамика в показателях летальности. Выявлена низкая укомплектованность (физическими лицами) младшим, средним и старшим медицинским персоналом, а так же, не высокая категорийность персонала. Рассчитана потребность пациентов в имплантируемых устройствах и радиочастотной аблации.
Ключевые слова: *стационарная помощь, кардиологический центр, показатели деятельности*

Введение:
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ [1]. По оценкам, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти в мире [1]. Из этого числа 7,3 миллиона человек умерло от ишемической болезни сердца (ИБС) и 6,2 миллиона человек в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [2]. Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 80% случаев смерти от ССЗ происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин [1]. К 2030 году около 23,3 миллионов человек умрет от ССЗ [1,3], в основном, от ССЗ и ОНМК, которые, по прогнозам, останутся единственными основными причинами смерти. Большинство ССЗ можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности, повышенное артериальное давление (АД), сахарный диабет

и повышенный уровень липидов. 9,4 миллиона ежегодных случаев смерти, или 16,5% всех случаев смерти, может быть обусловлено повышенным АД [4]. В это число входят 51% случаев смерти в результате ОНМК и 45% случаев смерти в результате ИБС [5].

Население республики Казахстан (РК) – это самое главное богатство страны и все действия государства должны быть направлены на увеличение продолжительности жизни и улучшение качества жизни. Одной из важнейших проблем РК в последние годы стало медицинское обеспечение населения страны, что имеет огромную общественную и социальную значимость. В Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнуто, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения [6]. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года [7]. Постановление правительства РК от 13.02.2007г. №102 «Об утверждении программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи 2007-2009 годы». Основными задачами которой являются развитие и совершенствование организационной структуры кардиологической и кардиохирургической помощи в РК,внедрение эффективных методов профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных и инвалидов с ССЗ, подготовка и повышение квалификации

специалистов кардиохирургического профиля [8]. В рамках программы «Саламатты Қазақстан» [9] реализуются мероприятия по совершенствованию методов диагностики, лечения и реабилитации сердечно-сосудистой патологии.

В связи с этим, нами рассмотрены вопросы оптимизации организации стационарной помощи в городском кардиоцентре г.Алматы.

Цель исследования. Изучение состояния организации стационарной помощи больным с ССЗ в городском кардиоцентре г.Алматы и определить потребность в оснащении.

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось на базе ГКП на праве хозяйственного ведения «Городской кардиологический центр» управления здравоохранения г.Алматы. Основным методом исследования послужил контент-анализ. Изучалась отчетно-учетная документация городского кардиоцентра г.Алматы за период 2011-2013 года. Проанализированы годовые отчеты, конъюнктурные обзоры, отчетные данные из программы 1С-Бухгалтерия; так же изучалась отчетность кадровой службы. Проводилась выкопировка изучаемых признаков с последующим подсчетом абсолютных и расчетом относительных показателей и стандартной ошибки. Для основных показателей деятельности (длительность пребывания больного, оборот койки, средняя занятость койки и показатель летальности) центра составлен прогноз на ближайшие 7 лет. Прогноз рассчитан методом линейной регрессии.

Результаты:

Показатели деятельности городского кардиологического центра – это количественная и качественная оценки состояния и результатов. Часть показателей, используемых в деятельности центра, регламентируются государственными законами и принятой государственной статистической отчетностью, другие – вводятся в ходе деятельности центра.

В настоящем исследовании рассмотрены основные показатели, характеризующие деятельность городского кардиологического центра в целом.

В таблице 1 представлены фактические данные изучаемых показателей и прогноз на 2020г.

Таблица 1 - Фактические показатели деятельности ГКЦ за 2011-2013 г. и прогнозный показатель на 2020 г.

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2020 г.
Длительность пребывания больного	10,5	10,3	10,5	10,4
Оборот койки	34,9	36,5	34	31,5
Средняя занятость койки	366,4	376,4	356,8	328,1
Общая летальность по клинике	4,2	3,6	3,8	2,3
Досуточная летальность	37,3	37,4	37,4	37,7

По прогнозным данным ожидается снижение показателя оборота койки и средней занятости койки. Следует отметить, что по среднесрочному прогнозу к 2020 г. так же ожидается снижение общей летальности по клинике, а показатель досуточной летальности – незначительно увеличится.

На рисунке 1 представлена структура заболеваний госпитализированных больных в 2011, 2012 и 2013 годах.

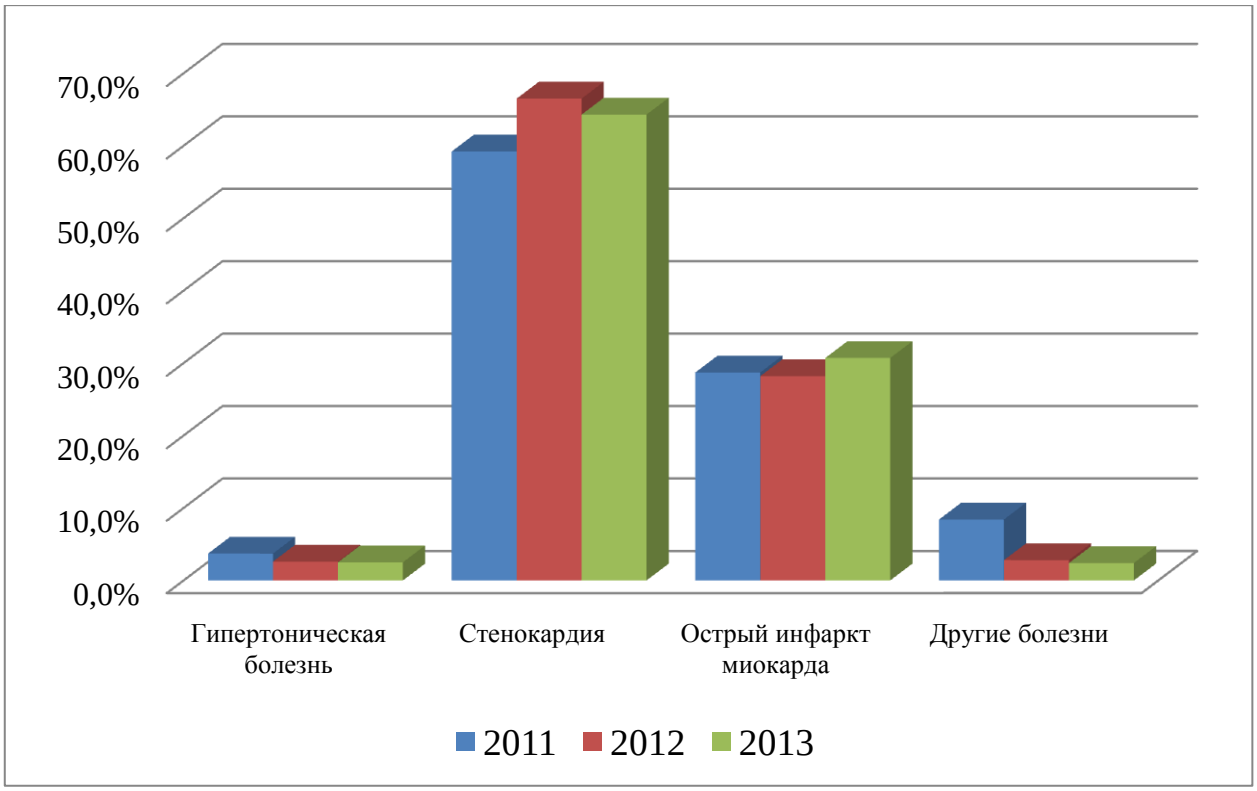


Рисунок 1 - Структура заболеваний госпитализированных больных

Среди всех госпитализированных заболеваний, основная доля представлена различными формами стенокардии (около 70%) и острым инфарктом миокарда (около 30%). Гипертоническая болезнь в структуре госпитализированных заболеваний составляет около 5%.

Уровень качества системы здравоохранения зависит от многих факторов: состояния материально-технической базы, финансово-экономических условий функционирования организаций, однако в первую очередь определяется уровнем укомплектованности (таблица 2) и квалификации специалистов (таблица 3).

Таблица 2 - Распределение штатных единиц среди младшего, среднего и старшего медицинского персонала ГКЦ за период 2011-2013 г.

Должность	Год	Штатные единицы				
		Всего ставок	Занято			
			ставки		физ. лица	
			Абс.	%	Абс.	%
Врачи	2011	164,75	154,75	93,9±1,86	114	69,2±3,60
	2012	175	144	82,3±2,89	111	63,4±3,64
	2013	161,5	146	90,4±2,32	115	71,2±3,56
Средний мед. персонал	2011	304,25	287,75	94,6±1,30	246	80,9±2,25
	2012	328,5	289	88,0±1,79	248	75,5±2,37
	2013	299,5	293	97,8±0,85	252	84,1±2,11
Младший мед. персонал	2011	261,75	218,75	83,6±2,29	178	68,0±2,88
	2012	266,5	211,5	79,4±2,48	169	63,4±2,95
	2013	240,5	197	81,9±2,48	160	66,5±3,04

Таблица 3 - Квалификационные категории у среднего и старшего медицинского персонала ГКЦ за период 2011-2013 г.

Должность	Год	Всего	Имеют категорию							
			всего		в т.ч. высшая		в т.ч. первая		в т.ч. вторая	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Врачи	2011	114	35	30,7±4,32	16	45,7±8,42	15	42,9±8,37	4	11,4±5,37
	2012	111	43	38,7±4,62	19	44,2±7,57	14	32,6±7,15	10	23,3±6,45
	2013	115	51	44,3±4,63	13	25,5±6,10	18	35,3±6,69	20	39,2±6,84
Средний мед. персон.	2011	246	22	8,9±1,82	9	40,9±10,48	7	31,8±9,93	6	27,3±9,50
	2012	248	117	47,2±3,17	72	61,5±4,50	19	16,2±3,41	26	22,2±3,84
	2013	252	112	44,4±3,13	73	65,2±4,50	19	17,0±3,55	20	17,9±3,62

Обсуждение:
Стратегией развития Республики Казахстан "Казахстан-2030" одним из основных долгосрочных приоритетов государство определило здоровье и благополучие граждан [10].
На сегодняшний день в Казахстане происходит интенсивная модернизация кардиологической службы, главной целью которой является снижение смертности от болезней системы кровообращения и улучшения качества оказываемой помощи.
В международной практике под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.
В проведенном исследовании изучены основные аспекты деятельности городского кардиологического центра г. Алматы, характеризующие показатель качества оказываемой помощи. Проведен количественный и качественный анализ кадрового потенциала центра, в том числе, изучена штатная обеспеченность врачебным и средним медперсоналом, а так же изучен уровень квалификации специалистов.
В связи с этим для оптимизации организации высокоспециализированной медицинской помощи для больных с ССЗ в городском кардиоцентре г.Алматы необходимо рассчитать потребность в имплантируемых устройствах и радиочастотной аблации (РЧА), а так же в коронарографии. В г. Алматы с населением в 1,5 млн. населения.
По оценкам экспертов NASPE на 1 миллион населения требуется 3 хирурга, имплантирующих ЭКС, 2-3 специалиста для выполнения РЧА и 6 – специалистов по программированию аппаратов. То есть, РК нуждается в 170-190 специалистах по хирургической аритмологии. Коронарографий на 1 млн населения - 4000, следовательно на Алмату около 6000 коронарографий в год. Открытые операции на сердце на 1 млн населения 800-1000, следовательно на Алмату - 1300-1500 операций в год.

Таблица 4 - Потребность в имплантируемых устройствах и РЧА:

	на 1 млн. населения	**г.Алматы**
Брадикардии	175-200	240-300
ИКД (имплантируемы кардиовертер-дефибриллятор)	50	75
СРТ (кардиоресинхронизирующая терапия)	10	15
Тахикардии	250	375

Выводы. Отмечается положительная динамика показателя общей летальности. Прогноз показателя общей летальности на 2020 предположительно составит 2,3%. Укомплектованность (физ. лица) врачебными кадрами в городском кардиологическом центре – низкая, и составляет около двух третей от общего количества выделенных ставок (в 2011 г. – 69,2±3,60%, в 2012 г. – 63,4±3,64%, в 2013 г. – 71,2±3,56%). Так же отмечается низкая укомплектованность (физ. лица) младшим медицинским персоналом (в 2011 г . – 68,0±2,88%, в 2012 г. – 63,4±2,95%, в 2013 г. – 66,5±3,04%). Укомплектованность (физ. лица) средним медицинским персоналом составляет: в 2011 г. – 80,9±2,25%, в 2012 г. – 75,5±2,37%, в 2013 г. – 84,1±2,11%. Укомплектованность кадрами должна стремиться к 100%. А, как известно, дефицит кадров ведет к перегруженности в работе и снижению качества оказываемой помощи. Низкая квалификация персонала. Менее половины медицинских работников имеют квалификационные категории: врачи (в 2011 г. – 30,7±4,32%, в 2012 г. – 38,7±4,62%, в 2013 г. – 44,3±4,63%), средний медицинский персонал (в 2011 г. – 8,9±1,82%, в 2012 г. – 47,2±3,17%, в 2013 г. – 44,4±3,13%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям. – ВОЗ. - Женева: 2010 . - С. 45-49.
2 Global atlas on cardiovascular disease prevention and control // World Health Organization. - Geneva: 2011. – P. 58-61.
3 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 // PLoS Med. – 2006. - №3(11). – P. 442.
4 Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study // Lancet. - 2010. – P. 2224-2260.
5 The global burden of disease: 2004 update // World Health Organization. - Geneva: 2008. – P. 85-89.
6 Послание Президента РК Назарбаева Н.А. народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире». - Астана: 2007.
7 Стратегия развития здравоохранения Казахстана до 2020 года. – Астана: 2008.
8 Постановление правительства РК от 13.02.2007г. №102 «Об утверждении программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи 2007-2009 годы». – Астана: 2007.
9 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. – Астана: 2010. - №1113.
10 Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана «Казахстан – 2030. Безопасность, процветание и улучшение благосостояния всех казахстанцев». - Алматы: 1997.

Г.К.КАУСОВА, Г.К.ТӨЛЕПБЕРГЕНОВ
ҚР ДСМ қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі
Алматы қ. қалалық кардиология орталығы

АЛМАТЫ ҚАЛАЛЫҚ КАРДИООРТАЛЫҒЫНДА ЖҮРЕК-ТАМЫР АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫМЕН АУЫРАТЫН АУРУЛАРҒА СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ОҢТАЙЛАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Мақалада қалалық кардиология орталығында дәрігер кадрлармен (физикалық тұлғалар) толықтыру – төмен және жалпы бөлінген ставканың кемінде 2/3-ін құрайтындығы белгіленген. Кадрлардың тапшылығы жұмыста жұмысбастылыққа және көрсетілетін көмектің сапасының төмендеуіне алып келеді. Қызметкерлердің санатының төмендігі. Медицина қызметкерлерінің кемінде жартысының біліктілік категориясы бар. Емделушілердің қажеттілігіне радиожиілік аблациясы мен қондырғы құрылғысы есептелген.

G.K. KAUSOVA, G.K.TULEPBERGENOV
Kazakhstan School Of Public Health
Cardiological Center of Almaty

ON THE QUESTION OF OPTIMIZING THE ORGANIZATION OF HOSPITAL CARE FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE CARDIOLOGICAL CENTER OF ALMATY

Resume: The article noted manning (natural persons) medical staff in urban cardiology center - low and is around 2/3 the total number of allocated rates. Deficiency of the staff leads to the congestion in the work and reducing the quality of care. The low categorization of the staff. Less than half of health care workers have the qualification category. Calculated need of patients in implantable devices and radiofrequency ablation.

УДК 611+572]-053.2:574

Н.С. АХМАД
Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Экологические аспекты антропометрических исследований включают, в частности, изучение влияния факторов окружающей среды на возрастную изменчивость морфологических признаков как на индивидуальном и на популяционном уровнях.
Ключевые слова: *ученики, физическое развитие, антропометрия.*

Эти исследования являются составной частью, причем наиболее информативной, проблемы «Окружающая среда-физическое развитие (состояние) и здоровье населения».Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что физическое развитие является одной из сторон развития индивидуума и представляет с собой биологический процесс, детерминирующий средовыми и генетическими факторами, которые определяют индивидуальные темпы морфологического и функционального созревания организма (Livshits G.Etal.,2007; Jelenkovic etal.,2011).

Объективная оценка физического развития становится возможной лишь при наличии местных показателей, т.е стандартов физического развития в каждом территориальном районе, характеризующемсяоднородным этническим составом, а также идентичными климатогеографическими условиями и социально-экономическими уровнями жизни.

Для характеристики физического развития детей обычно принимается во внимание 3 основных признака, длина и вес тела, окружность грудной клетки. Размерные признаки физического развития и их соотношение являются индикатором социально-гигиенического состояния населения, прогнозом уровня здоровья и биологической ценности популяции в ближайшем будущем. В современном понимании здоровье-это наиболее полной физической, умственной и социальной продуктивности, а не отсутствие болезней.При такой постановке вопроса показатели физического развития,собранные на основе обследования однородных групп населения являются репрезентативным материалом для построения стандартов физического развития, которые по праву считаются важнейшим инструментом первичного контроля за состоянием здоровья молодого поколения.

В связи с этим,нами обследованы 2603 детей г.Алматы в возрасте от 8 до 17 лет, из них 1378 мальчиков коренной , и 1225 русской национальности. Для изучения влияния окружающей среды на морфологические структуры организма мы провели анализ особенностей роста и развития детей, пооживающих в двух гигиенических зонах (чистая и грязная зоны) с различными суммарными коэффициентами качества атмосферного воздуха.

Результаты наших исследований показывают,что суммарный прирост длины тела мальчиков коренной национальности в изученный возрастной интервал (8-17лет) составляет в чистой зоне43,98 см, и не имеет существенных различий в величине этого показателяс экологической неблагоприятной зоной. Однако, при сопавставлении максимальных годичных приростов длины тела мальчиков двух гигиенических зон отмечено, что наибольшие значения в чистой зоне приходятся на 11, 14,15 лет (9,5; 7,35 и 8,18), а в грязной зоне на 11, 15, и 16 лет (7.07; 10,95 и 8,78см). При этом просматривается следующая закономерность: в чистой зоне гоичные приросты длины тела в большинстве изученных возрастных периодов значительно выше, чем в грязной зоне. Кроме того, в 17 лет у мальчиков коренной национальности в чистой зоне процессы роста не снижают своей интетсивности,тогда как в грязной зоне отмечается заметное снижение и даже затухание ($P<0,001$). Отсюда следует, что загрязнение окружающей среды обитания субъектов является мощным фактором, существенно влияющим на онтогенетическое развитие детей.

Высокие пики прироста длины тела у русских мальчиков, проживающих в чистой зоне приходится на 9,12,14, и 16 лет (7,1; 9,7; 13,69;И 9,см соответственно), хотя в 11 и 13 лет также отмечается значительное увеличение величины прироста на 6.1 и 5,4 см. У мальчиков русской национальности, проживающих в грязной зоне в большинстве случаев годичные приросты длины тела достоверно ниже, по сравнению с чистой зоной. При этом наблюдается волнообразный характер изменений величины гоичного прироста; максимальное увеличение показателя приходится на 15 лет и составляет 12, 07см. Суммарный прирост длины тела мальчиков русской национальности в период от 8 до 17 лет в чистой зоне составляет 59.6см, а в грязной зоне-48,3 см.

Сравнительный аеализ показателей длины тела двух этнических зон свиетельствует о достоверном различии в величине суммарных приростов в обеих гигиенических зонах у мальчиков русской национальности.

У обследованных мальчиков 8-17 лет обеих этнических групп отмечается значительное увеличение массы тела детей,проживающих в грязной зоне. Суммарный прирост показателя за исследованный возрастной интервал составляет у мальчиков коренной национальности 35,0кг (чистая зона)и 36,9кг (грязная зона); аналогичные величины у мальчиков русской национальности-38,5и 41,5кгсоответственно.

На основании этих двух данных можно предположить, что загрязнение атмосферного воздуха могут приводить опосредованно к снижению обменных процесов в организме детей.

Если судить о возрастной динамике изменений массы тела мальчиков-казахов, то наиболее годичные приросты отмечаются в 12,14,15 и 17 лет, и в чистой зоне в 13,14,15 и 16 лет в грязной зоне. При сопоставлении массы тела мальчиков коренной национальности, проживающих в двух гигиенических зонах города, достоверная разница в величине показателя наблюдается в 9,13,16лет. У мальчиков русской национальности в чистой зоне колебания массы тела в сторону увеличения и приходится на 9.12,14,и 16 лет; в грязной зоне происходит, начиная с 11-летнего возраста, четко выраженный волнообразный характер изменений: периоды резкого повышения показателя сменяющийся лишь некоторым подъемом.

Интересная закономерностьнаблюдается у мальчиков казахской национальности 8-17 лет в скорости роста окружности грудной клетки. В чистой зоне в возрасте 8-9 лет этот показатель остается практически без изменений, затем в 10 лет отмечается резкий подъем, сменяющейся вновь снижением скорости роста. Максимальный пик годичного прироста показателяприходится на 12-летний возраст15,8 см. Следовательно, нарастание величины окружности грудной клетки носит выраженный волнообразный характер: пики увеличения сменяющиесяпиками уменьшения показателя,причем резкое уменьшение скорости роста до 0,3-0,4 см приходится на 9,11,13, и16лет.Суммарный прирост окружности грудной клетки за изученный возрастной интервал мальчиков казахской национальности, проживающих в гигиенической чистой зоне составляет 18,68см, а в грязной зоне 22,5см. Большая величина суммарного прироста ОГКв грязной зоне характеризуется равномерным увеличением показателя во все возрастные периоды.В отличие от чистой зоны максимальная скорость роста окружности грудной клетки приходится на 15-летний возраст, составляя 5,2см. Последнее обстоятельство вероятно, связано с более позднимвключением компенсаторных адаптационных механизмов к изменяющимся условиям окружающекй среды, в частности к загрязнению атмосферного воздуха.

У мальчиков русской национальности максимальный годичный прирост окружности грудной клетки так же, так же как у мальчиков казахской национальности, в чистой зоне приходится на 12-летний возраст (7,9см), а в грязной зоне –на 15 лет (5,58см), т.е. в обеих этничесеих группах исследованных детей наблюдается общая направленность процесса. Между тем, суммарный прирост окружности грудной клетки за изученный возрастной период у мальчиков-русских имеет противоположную тенденцтию, т.е. эта величина в чистой зоне несколько выше, чем в грязной зоне (24,4 и 22,3см сответственно).

Результаты наших исследований используютсяв лекционном курсе по возрастной анатомии, индивтидуальной изменчивости органов и систем, при рассмотрении вопросов конституцианальных особенностей и пропорций тела, а также по совершенствованию схем возрастной периодизации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Livshits G., Kato B., Wilson S., spector T. Linkage of genes to total lean body mass in normal women // J Clin Endocrinol Metab. -2007. - №93. – P. 3171-3176.

2 Jelencovic A., Poveda A., Rebato E. Quantative genetics of human morphology and obesity-related phenotypes in nuclear families from the Greater bilbao (Spain): comparasion with other populations // Ann Hum Biol. - 2011. - №38. – P. 471-478.

Н.С. АХМАД

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

ЖЕТКІНШЕК ҰРПАҚТЫҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГІ ЖӘНЕ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУЫ

Түйін: Атмосфералық ауаның ластануы деңгейі мен сипатыәр түрлі болсада, қазақ балаларының өсуі мен даму үрдістеріні мектеп жасының өн бойында(8-17) әсер етеді. «Лас»аймақтағы балалардыңболалардың бойларының ұзындықтары мен дене салмақтары «таза» аймақтағы балалардан жас шамаларының барлық кезендерінде әлдеқайда жоғары. «Лас» және «таза» аймақтағы қазақ балалардың кеуде шеңберінің өсу қарқыны бірдей екені байқалады ал «лас» аймақтағы балалардың бойларының ұзын болуы лас аймақтағы балалардың әлсізденуін білдіреді.

Түйінді сөздер: оқушылар, физикалық даму, антропометрия.

N.S. AHMAD
S.D.Asfendiyarov Kazakh national medical Universiry

ENVIRONMENTAL MONITORING AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF THE YOUNGER GENERATION

Resume: Atmosphere pollution influenced on processes of boys Kazakhs height and development for the whole school age period (8-17years), but degree and character of influence were different.A mean value of body length and body mass in boys of dirty zone was higher in boys of clean zone in majority of age periods. Kazakh boys of «dirty» band «clean» zones have similar summary gainingindex of chest circumference chat at simultaneous increase of body length in children of dirty zone causedasthenisation in children,residing in «dirty» zone.
Keywords: children. physical development. Anthropometry

UDK 378.016:6111:378:005.6

S.N. ROMANIUK, T.M. DOSAEV
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

OPERATION OF THE ANATOMY DEPARTMENT OF THE KAZNMU UNDER CONDITIONS OF EDUCATION REFORMING

Reforms are being carried out in Kazakhstan Medical Universities. The main reason making them necessary has objective and global character: recently qualitative changes in educational sphere have been occurred. The program structure is a decisive factor in a success of education. It must be efficient, balanced in theoretical and clinical directions of training. The program structure must characterize educational programs and arrangements of all courses, ensure efficacy and transparence of medical faculties' activities. Besides, a future doctor must be ready to process information systematically and integrate knowledge of new subjects. That is why not only programs and curricular but teaching methods and forms of education must correspond to these requirements. There is no doubt of using innovative technologies in educational process. But in teaching Anatomy it must be done gradually taking into consideration a level of students' preparation.
Keywords: *innovative technologies, case-studies, competence.*

The use of rating system of knowledge estimation under conditions of module organization of teaching gives a possibility to control educational achievements of a student systematically by current and formative tests, evaluate the level of the acquired knowledge and practical skills objectively at every lesson[1].

In 2012-2013 academic year a credit-module system of education was introduced at the faculties of "General Medicine" and "Stomatology". The 2nd and 3rd year students in speciality "General Medicine" and 1st year students in speciality "Stomatology" were taught at the department of Anatomy during the 1st term. The quantity of academic hours in Anatomy constituted 108 hours including 36 hours of SIW (students' individual work) during the II course according to the linear system. The remaining 72 hours were divided into practical classes (36 hours) and students' individual work (36 hours). Academic plans of classes, students' individual work under the teacher's guidance (SIWTG) and curricular plans have been made up.

Methodical instructions have been done over again .Transition to the credit-module system has shown certain difficulties in teaching and mastering the subject. Academic hours intended for teaching anatomy have been reduced. There were 2 credits at the 1st course and .3 credits at the 2nd course.

These hours were evenly distributed into in - class lessons 1/3 (lecture + practical classes 3) and out-of- class lessons: 1/3 (SIWTG) +1/3(51W). We understand that students' individual work under the teacher's guidance must deepen and supplement topics of practical classes. Unfortunately, it didn't turn so. A great amount of the material in Anatomy did not permit to make up academic plans this way. Topics intended for independent studying which the students had to master under the guidance of a teacher were included into Individual students' work.

The negative features are: I. Reduction of time intended for in-class lessons.2. Topics for individual students' work under the guidance of a teacher are very extensive and differ in subject-matter from topics of practical classes. 3. Students independent work is formalized and depends upon the level of a student's training. Students must be interested in the subject by a teacher. It is impossible to abolish the explanation of a material referring to the new approaches because our students are not ready to it, they demand an individual approach in obtaining knowledge.

Credit-module system of education at the faculty of "General Medicine" sets thinking deeply and evaluate all advantages and disadvantages. On the one hand we have no way backwards and on the other hand we are in a hurry.

To our mind, firstly, we had to transform a secondary education. Then, it was necessary to analyse a credit-module system at all faculties and consider its results. The estimation of knowledge is carried out according to five competences. Every student is evaluated according to two competences at each lesson: theoretical knowledge and practical skills. Marks for legal and communicative skills are put down during a formative control. Communicative skills are evaluated by means of checklists. During the first course the students fulfill only one individual work and two at the second course. There are methodical instructions as to the fulfilment of individual student's work (the form of the fulfillment is explained there).

Epoch of reforms occurring everywhere, restructuration of educational process demands veritable understanding and competent approach to the problem.

The main purpose of professional education is the training of a qualified specialist capable to effective professional work in specialty and competitive on labor market.

Traditional training of specialists, directed towards the formation of knowledge, practical skills in object-sphere lags behind more and more of up-to-day requirements.

The basis of training specialists must become rather educational subjects than ways of thinking and activities. It is necessary not only to train a specialist of a high level, but to include him (her) already on a stage of training to the development of new technologies, to adapt to the conditions of a definite industrial sphere, make him a provider of new decisions successfully fulfilling the functions of a manager.

Practice shows that students having developed their own social project, are ready to defend, argue their position, carry on discussion with opponents and give reason for this purpose to mastering the theory of the question and keep the material well in memory for a long period of time. The analysis of case-study, the method of activation of educational-cognitive activities, which are described by the following signs: the presence of specific situations; development of variants of situation decisions (by groups, subgroups of students or individually); public recognition of the developed variants of situation decision with

the following opposition; summing up the results and estimation of classes promote this situation as well. As to the students opinion they must feel themselves as the participants of social actions.

This year at the department of anatomy case studies in such topics as "The Respiratory System", "The Nervous System", ''The Digestive System" have been developed. These case-studies are used at practical classes "Thorax", "Abdomen", " Head and neck", " Upper and lower extremities".

Being an interactive method of teaching, case studies conquer a positive attitude from the students' side, who consider it as a possibility to show initiation, to feel self-independence in mastering theoretical propositions and practical skills. The fact that analysis of situations influences much upon professionalization of students, promoting them to become adults, and forms an interest and positive motivation to learning is also very important. One of the conditions of higher medical education in order to be competitive is stimulation of clinical thinking of students, use of interdisciplinary approaches in giving them deep knowledge, practical skills and know-how.

REFERENCES

1 Талынов Е.И. Кредитно-модульная система – что это? // Кредитно-модульная система организации учебного процесса в вузе. - СПб.: 2009. - №8. - С. 90-93.

С.Н. РОМАНЮК, Т.М. ДОСАЕВ
Қалыпты анатомия кафедрасы, ҚазҰМУ

ҚАЗҰМУ-ДЫҢ АНАТОМИЯ КАФЕДРАСЫНЫҢ РЕФОРМА КЕЗІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Дәріс және практикалық сабақтардың жалпы сағаттарының қысқартылуына байланысты әрбір тақырыпта негізгі маңызды сұрақтарды қамтып, әрбір дәріс пен практикалық сабақтарда ақпаратты барынша мол беру керек. Бұл үшін кафедрада оқу үрдісін жетілдіруде бірнеше іс-шаралар қолға алынды.
Түйінді сөздер: инновациялық іс-шаралар, кейс-стадилар, компетенциялар.

С.Н. РОМАНЮК, Т.М. ДОСАЕВ
Кафедра нормальной анатомии, КазНМУ

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ АНАТОМИИ КАЗНМУ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Резюме: В связи с сокращением общего количества часов на лекции и практические занятия по анатомии необходимо определить круг основных и обязательных вопросов по каждой теме. Обеспечить максимальное информационное сопровождение каждой лекции и каждого практического занятия. Для решения этой проблемы на кафедре проводится ряд организационных мероприятий.
Ключевые слова: инновационные технологии, кейс-стади, компетенции.

УДК 614.02: 613.14/.8-039.75-078 (574)

Ж.А. КАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ, М.Д. БРИМЖАНОВА, А.Б. СКАКОВ
Высшая школа общественного здравоохранения

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Рассмотрены вопросы к подбору современных методов исследования качества жизни, как универсального критерия для оценки состояния основных функций человека. Изучение качества жизни с помощью международных опросников являются общепринятым в международной практике. Использование показателей качества жизни может содействовать повышению эффективности приоритетных национальных и региональных программ в области здравоохранения как населения в целом, так и отдельных социальных групп общества.
Ключевые слова: *методология, качество жизни, международный опросник, здоровье*

Введение. К знаменательным научным событиям XX века относят формирование нового научного направления в медицине – исследования качества жизни, как универсального критерия для оценки состояния основных функций человека [1, 2, 3]. Поэтому повышение качества жизни рассматривается как важнейшая государственная задача, и с этой целью многие страны провозгласили основным политическим направлением улучшение КЖ населения.

Традиционные критерии оценки эффективности лечения, опирающиеся на показатели лабораторных и инструментальных исследований, отражают лишь биологическую составляющую картину болезни и необходим критерий для оценки состояния основных функций человека – физической, психологической, социальной и духовной. Исследование качества жизни – это новый подход, во многом изменивший традиционный взгляд на проблему болезни и больного [4, 5]. Исследование качества жизни по данным опроса является общепринятым в международной практике, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки социального благополучия как населения в целом, так и отдельных социальных групп общества [6].

Качество жизни QoL (quality of life) – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [7].

В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» - HR QoL (Health Related Quality of Life) [8]. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни человека, оценивая все составляющие здоровья [9]: физическое, психологическое, социальное и духовное благополучие.

Исследование качества жизни впервые делает возможным оценить субъективное мнение человека о своем физическом, психическом и социальном благополучии. Мнение самого человека о качестве своей жизни, мнение родителей о качестве жизни своего ребенка может служить отзывчивым индикатором процессов, происходящих во всех сферах жизни общества. Следовательно, данный новый подход значительно повышает актуальность исследования качества жизни в самых различных областях медицины.

В настоящее время зарегистрированы 3 представительства Международного общества исследования качества жизни (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL) [9, 6]: Американское, Азиатское и Российское представительство. ISOQOL способствует формированию у специалистов знаний и единых подходов в области исследования КЖ. Кроме того, в мире существует более 50 научных групп и институтов, занимающихся разработкой методов исследования КЖ. Данными научными группами созданы несколько сотен методик, которые различаются как по объему, так и по спектру охвата различных аспектов исследования качества жизни.

В Республике Казахстан в сфере медицинской науки качество жизни изучено недостаточно, встречаются единичные работы. В научных публикациях встречаются единичные исследования [10], касающиеся качества жизни детей младших классов на фоне потребления полноценной питьевой воды.

Материалы и методы. Высшая Школа общественного здравоохранения (ВШОЗ) являлась соисполнителем научно-технической программы РГКП «Научного центра педиатрии и детской хирургии» на тему: «Научное обоснование технологий оказания медицинской помощи детям в Республике Казахстан», где основным фрагментом (задачей) исследования была разработка рекомендаций по повышению качества жизни детей в возрасте от 2 до 6 лет с хроническими инвалидизирующими заболеваниями.

Для решения данной задачи, для социологического исследования был выбран общий международный опросник оценки качества жизни детей Pediatric Quality of Life Inventory, версия 4.0 (PedsQL™4.0) [11]. Опросник состоит из 21-23 вопросов в зависимости от возраста респондента, которые формируют 4 шкалы: Физическое функционирование (ФФ), Эмоциональное функционирование (ЭФ), Социальное функционирование (СФ) и Жизнь в школе/ детском саду (РФ). Так же подсчитываются суммарные баллы по шкалам ЭФ, СФ и РФ, которые составляют психо-социальное функционирование (ПСФ) и по всем 4 шкалам (СШ). КЖ оценивается в баллах от 0 до 100 (чем выше балл, тем выше КЖ респондента).

Для социологического исследования и, с целью соблюдения авторских прав были установлены контакты и проведена переписка с Международным институтом исследования качества жизни – MAPI Research Institute (Лион, Франция) для проведения социологического исследования детей в возрасте 2-4 и 5-6 лет. На установленную форму заявки Background Information Form (требование MAPI Research Institute) получено официальное разрешение на ее использование и было проведено социологическое исследование данного контингента населения.

Исследуемую группу составили 706 детей в возрасте 2-6 лет, проживающих в Алматинской и Кызылординской областях, страдающих хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Контрольную группу составили 1072 условно здоровых ребенка 2-6 лет, проживающих в данных регионах.

Результаты. Профиль КЖ больных и условно здоровых детей по регионам в виде векторных диаграмм показывает (рисунок 1), что КЖ больных детей по всем шкалам с высокой достоверностью ниже, чем у условно здоровых в обоих регионах. При этом в обеих возрастных группах КЖ мальчиков оказалось несколько ниже, чем у девочек (рисунок 2).

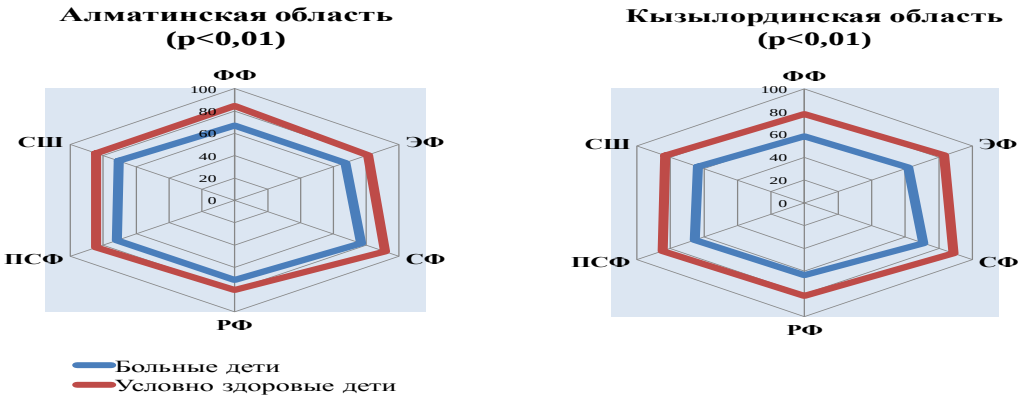


Рисунок 1 - Качество жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и условно здоровых детей

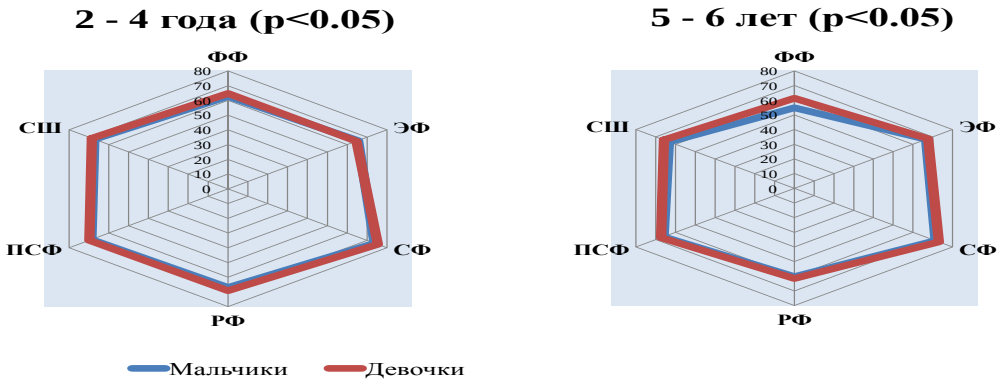


Рисунок 2 - Качество жизни мальчиков и девочек с хроническими инвалидизирующими заболеваниями

Среди всех исследованных нозологий и групп заболеваний, чаще всего приводящих к инвалидизации, превалировали: врожденные аномалии центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, травмы, бронхиальная астма и другие врожденные аномалии, которые составили 88,7 % от всех опрошенных респондентов.

На рисунке 3 представлены профили КЖ по данным пяти доминирующим нозологиям и группам заболеваний. Более всего страдает КЖ детей с врожденными аномалиями центральной нервной системы, в особенности их физическое и социальное функционирование.

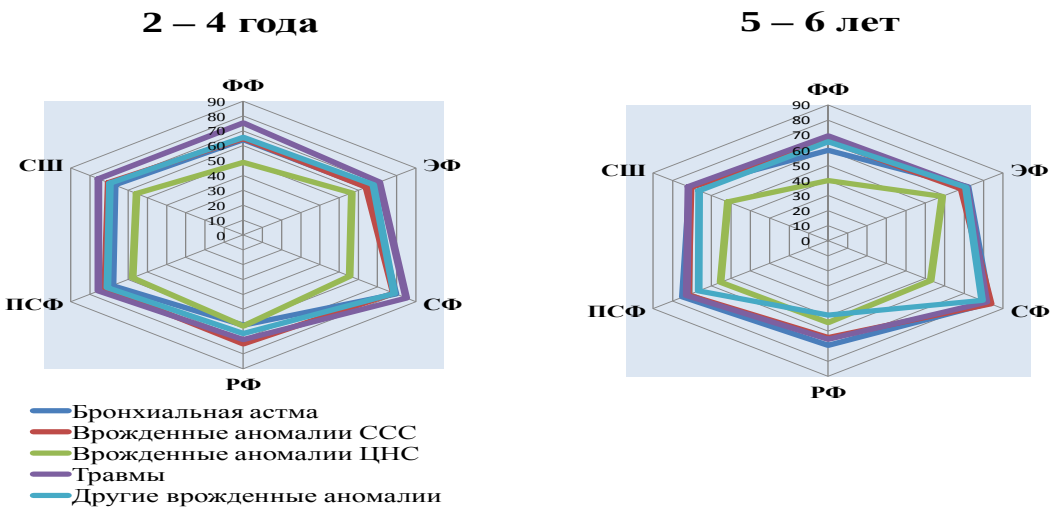


Рисунок 3 - Качество жизни детей с различными инвалидизирующими заболеваниями

Обсуждение и заключение. Исследование показало возможность использования данного подхода, как дополнительного критерия оценки состояния здоровья детского населения, а так же для оценки эффективности различных методик лечения, профилактических, реабилитационных программ. Целесообразно использовать показатели качества жизни при разработке индивидуальных планов наблюдения и реабилитации детей дошкольного возраста с определением приоритетных направлений. Следуя международным требованиям культурной, языковой адаптации необходимо создать казахскую версию общего опросника PedsQL™ 4.0 и определить региональные популяционные нормы детского населения для всех областей Республики Казахстан.

Широкое использование данного метода может способствовать повышению эффективности приоритетных национальных программ в области детского здравоохранения [12] в Республике Казахстан. Поэтому, на начальном этапе исследования была изучена демографическая характеристика изучаемых регионов страны, половозрастная численность детей, оценена структурная и динамическая характеристика распространенности хронических инвалидизирующих заболеваний детей.

Выводы. Следовательно, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы: все исследованные хронические инвалидизирующие заболевания с высокой достоверностью ($p<0.01$) негативно влияют на параметры качества жизни детей дошкольного возраста. Качество жизни больных детей 2-4 лет, проживающих в Кызылординской области с высокой достоверностью ($p<0.01$) ниже, чем у детей Алматинской области. При этом качество жизни девочек достоверно ($p<0.05$) выше, чем качество жизни мальчиков в обеих возрастных группах. В обеих возрастных группах более всего страдает качество жизни у детей с врожденными аномалиями (пороками развития) центральной нервной системы, и в особенности их физическое и социальное функционирование.

Таким образом, в Республике Казахстан впервые предпринят международный подход к изучению качества жизни детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями. Изучение и проведение исследования качества жизни среди специалистов общественного здравоохранения Казахстана, предоставит возможность широко использовать полученные результаты в медицинской практике для комплексной оценки состояния больного и формирования клинического мышления медицинских работников, опирающегося на доказательную информацию базу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: РАЕН, 2012. – 528 с.
2 Fayers P., Hays R. Assessing Quality of Life in Clinical Trials // Methods and Practice. - Oxford, New York: 2005. – P. 45-49.
3 Torres M.S., Calderon S.M., Diaz I.R. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population // Qual. Life Res. - 2004. – №13(8). – P. 1401-1407.
4 Кайнд П., Вильямс А. Оценка эффективности медицинской помощи.//Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2006. - №7-8. – С. 46-55.
5 Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2007. - №9-10. – С. 4-14.
6 Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. 2-е издание. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.
7 Quality of life assessment in clinical trials // Ed. M.J. Staquet. – Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1998. - 360 p.
8 Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б., Сухонос Ю.А., Киштович А.В., Цепкова А.А. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – М.: 2001. - №4.- С. 22-31.
9 Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем //Качественная клиническая практика – М.: 2010. - №1. – С.36-38.

10 Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Сливкина Н.В., Пятов Е.А., Балкешева З.М., Никитина Т.П.. Курбатова К.А. Качества жизни детей на фоне потребления биогенной воды «Туран» // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2012. - №19-20. - С. 72-82.
11 Varni J., Seid M., Kurtin P. The PedsQLтм4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory тм Version 4.0 Generic Core Scales in health and patients populations // Med. Care. – 2001. – Vol.39. - P. 800-812.
12 Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии. – М.: РАЕН, 2008. – 108 с.

Ж.А. КАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ, М.Д. БРИМЖАНОВА, А.Б. СКАКОВ
Денсаулық сақтау жоғары мектебі

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨМІР СҮРУ САПАСЫ КӨРСЕТКІШТЕРІН ПАЙДАЛАНУ ТУРАЛЫ СҰРАҚҚА

Түйін: Адамның негізгі функцияларын бағалау үшін универсалды критерий ретіндегі өмір сүру сапасын зерттеудің заманауи әдістерін таңдау мәселелері қарастырлған. Халықаралық сауалнама көмегімен өмір сүру сапасын зерделеу халықаралық тәжірибеде жалпы қолданысқа ие. Өмір сүру сапасы көрсеткіштерін пайдалану - денсаулық сақтау саласында жалпы тұрғындар, сонымен қатар қоғамның жеке әлеуметтік топтарында ұлттық және аймақтық деңгейде басым бағыттағы бағдарламалардың тиімділігін арттыруға жағдай жасайды.

J.A. KALMATAEVA, E.K. BEKBOTAEV, M.D. BRIMZHANOVA, A.B. SKAKOV
High School of Public Health

ON THE USE OF QUALITY OF LIFE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: The problems of the selection of modern methods of research in quality of life as a universal criterion for the assessment of the most basic human functions were studied. The study of quality of life with the help of international questionnaires are generally accepted in the international practice. The use of quality of life can contribute to the efficiency of priority national and regional programs in the field of health care as the general population, as well as individual social groups.
Keywords: methodology, quality of life, international questionnaire of health

УДК 616.12-008.3. 616.831-005.4(23.03)(575.2)

Н.Т. КУДАЙБЕРГЕНОВА
к.м.н., с.н.с. зав.отделом медицинской реабилитации. Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЦИОНАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРНОГО СТАЦИОНАРА

Проведен анализ 1050 историй болезней, у больных перенесших инсульт, проходивших восстановительное лечение в условиях среднегорного стационара за период с 2001-2006гг. Изучение распространенности инсульта показал, преобладание его частоты у лиц коренной национальности в относительно молодом трудоспособном возрасте с мягкой и умеренной формами артериальной гипертензии.
Ключевые слова: *инсульт, распространенность, национальность.*

Инсульт занимают одно из ведущих мест в мире по частоте летальных исходов и развитию инвалидизации населения [1,2,3]. В мире ежегодно переносят первый или повторный инсульт около 15 млн. человек [4]. В мире ежегодно регистрируется до 20 миллионов инсультов в год, в США 700 тыс. (5), в России более 400 тыс. инсультов и в нашей республике более 7 000 инсультов в год (6,7,8). Лечебные мероприятия, которые должны начинаться с первых часов возникновения симптомов заболевания наиболее эффективны при сочетании с реабилитационными мероприятиями, которые могут осуществляться в палатах интенсивной терапии и в отделениях нейрореанимации и продолжается на санаторном этапе восстановительного лечения (9). Санаторный этап является важным звеном в этапной системе реабилитации и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. На санаторном этапе реабилитации на первое место выдвигаются применение немедикаментозных методов восстановительного лечения, включающие двигательный режим, массаж, аппаратную физиотерапию, которые назначаются с учетом стадии заболевания, тяжести клинических проявлений, возраста и сопутствующих заболеваний. Пациенты на санаторный этап реабилитации направляются через 1-1,5 месяца после ОНМК после стационарного этапа реабилитации.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение распространенности инсульта у больных прошедших восстановительное лечение в условиях среднегорного санатория Кыргызстана.

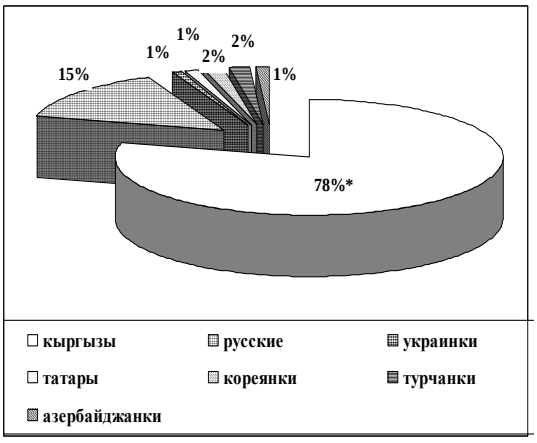
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ:

Всего было проанализировано 1050 историй болезни пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, прошедших восстановительное лечение в условиях среднегорного санатория в Кыргызской республике за 2001-2006гг. Из них были отобраны 731 истории болезни. 37 больных были исключены из анализа в связи с наличием у них дисциркуляторной энцефалопатии различного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая и смешанная) без инсульта. В результате анализа историй

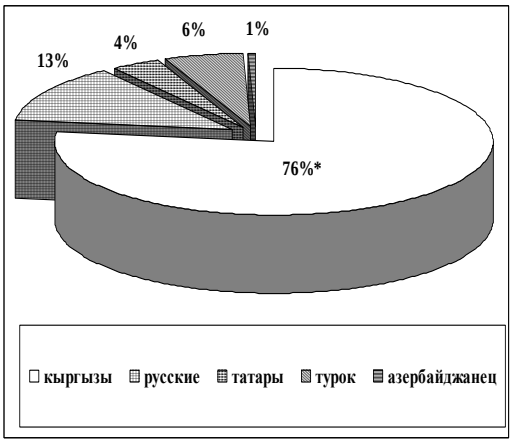
болезней был выявлен практически одинаковый половой состав пациентов, где мужчины составили 54% и женщины 46%.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=553) – пациенты коренной национальности, 2 группа (n=178) – пациенты некоренной национальности. При распределении пациентов по национальным принадлежностям было отмечено преобладание лиц коренной национальности, что составило 76% против 24% (p<0,01) пациентов некоренной национальности. Пациенты в обеих группах между собой по половому составу, по возрасту не различались, однако количество мужчин в двух группах было больше чем женщин и составило 60% мужчин в 1 группе и 57% во 2 группе.

При рассмотрении различий в зависимости от национальных принадлежностей были выявлены следующие данные: как в женской, так и в мужской популяции количество пациентов коренной национальности было 78% среди женщин, 76% среди мужчин. Пациенты некоренной национальности были представлены в следующими: русские, корейцы, азербайджанцы, татары, украинцы, турки. Русские встречались одинаково часто в 2 группах, среди мужчин не было украинцев и корейцев (рисунок 1).



женщин



мужчин

Рисунок 1 - Национальные различия среди

Средний возраст пациентов в 1 группе составил 55,5±0,81 лет и во 2 группе 49,5±0,37 лет, что свидетельствовало о развитии мозгового инсульта у лиц относительно молодого трудоспособного возраста. При анализе росто-весовых показателей различий по росту в двух группах не было, однако, вес пациентов во 2 группе был больше, чем в 1 группе: 95,0±0,53 кг против 71,9±0,56 кг соответственно. Гемодинамические параметры, такие как частота сердечных сокращений, уровень систолического и диастолического артериального давления в группах между собой не различались (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика пациентов

Показатели	1 группа	2 группа
ЧСС, уд в мин	74,5±0,37	78,0±0,85
САД, мм.рт.ст.	161,9±1,04	165,0±1,59
ДАД, мм.рт.ст.	95,9±0,68	100,0±1,06
ПТИ,%	112,0±0,02	94,0±0,02

Возрастной состав, росто-весовые и гемодинамические параметров были оценены в зависимости от национальных принадлежностей (таблица 2). Для этого пациенты были разделены на мужчин и женщин, А- группа женщины, С группа – мужчины, каждая группа подразделялась по 3 подгруппам: А.1 подгруппа (n=312) - кыргызы, А.2. (n=58) – русские, А.3. (n=31) - разные и С.1. (n=356), С.2. (n=59) – русские, С.3. (n=45) - разные. Достоверные различия между группами не наблюдались.

Таблица 2 - Характеристика пациентов в зависимости от национальности

Показатели	А группа			С группа		
	А.1.	А.2.	А.3.	С.1.	С.2.	С.3.
Средний возраст, лет	61,6± 0,43	60,75± 0,47	58,23± 1,59	56,97± 0,56	59,70± 1,51	55,67± 1,56
Вес, кг	67,6± 0,73	68,9± 0,75	71,17± 2,22	74,39± 0,67	75,33± 1,57	74,70± 2,07
Рост, см	156,1± 0,94	157,5± 0,62	157,0± 1,17	165,6± 0,94	170,1± 0,75	169,7± 1,04
ЧСС,уд в мин	75,2± 0,51	75,36± 0,51	74,89± 0,95	74,05± 0,46	75,0± 2,04	74,55± 1,12
САД, мм.Hg	165,6± 1,58	170,7± 1,67	165,6± 4,15	160,5± 1,23	164,2± 3,38	171,9± 3,92
ДАД, мм.Hg	96,02± 0,88	93,27± 1,14	98,46± 2,47	97,27± 0,71	97,3± 1,72	99,4± 1,86
ПТИ,%	88,0± 0,005	89,0± 0,05	92,0± 2,22	126,0± 0,32	88,0± 0,01	91,0± 0,02

При изучении факторов риска у пациентов было выявлено, что во всех группах наблюдалось наличие у пациентов избыточного веса, в 69,1% случаев в 1 группе и 66,5% случаев во 2 группе. Артериальная гипертензия встречалась в 79,7% и 83,8% в 1 и 2 группах соответственно. Такие факторы риска как сахарный диабет, курение, избыточное употребление алкоголя оценить не удалось в связи с отсутствием достоверных данных по историям болезней.

Анализ уровня артериального давления при поступлении в стационар показал, что более половины пациентов госпитализированных в отделение ангионеврологии были с неоткоррегированным уровнем артериального давления.

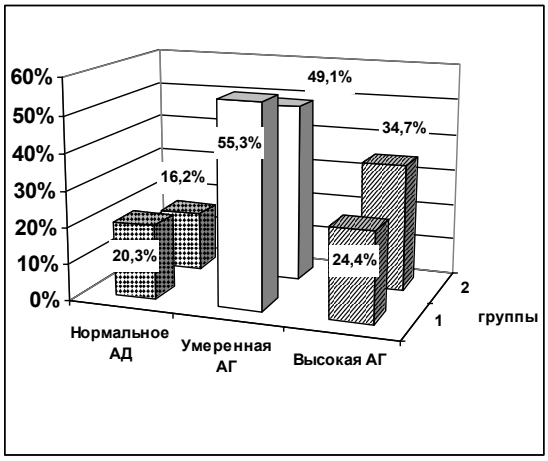


Рисунок 2 - Частота выявления нормального уровня АД, умеренной и высокой артериальной гипертензии у пациентов коренной и некоренной национальности

Как показано на рисунке 2 нормальные цифры АД наблюдались у 20,3% в 1 группе и 16,2% во 2 группе. Мягкая и умеренная артериальная гипертензия выявлена у 55,3% в 1 группе и у 49,1% случаев во 2 группе. Высокие цифры АД у 24,4% в 1 группе и 34,7% во 2 группе. Как видно, наибольшая частота инсультов приходится на долю пациентов, которые имеют мягкую и умеренную формы артериальной гипертензии. В обеих группах у пациентов после перенесенного инсульта наблюдались высокие цифры АД (у 79,7% и у 83,8% в 1 и 2 группах соответственно), что может служить плохим прогностическим признаком у этих пациентов.

Обнаружено, что ишемический инсульт чаще встречался, чем геморрагический инсульт в обеих группах (Рисунок 4), что соответствует данным Регистра мозгового инсульта, где доля ишемического инсульта составляет 68,6% от общего числа инсультов. Случаи повторных инсультов составили 3,1% случаев в 1 группе и 5,2% случаев во 2 группе. У пациентов коренной национальности геморрагический инсульт встречался реже, чем у пациентов некоренной национальности, 7% против 14,5% случаев в 1 и 2 группах соответственно.

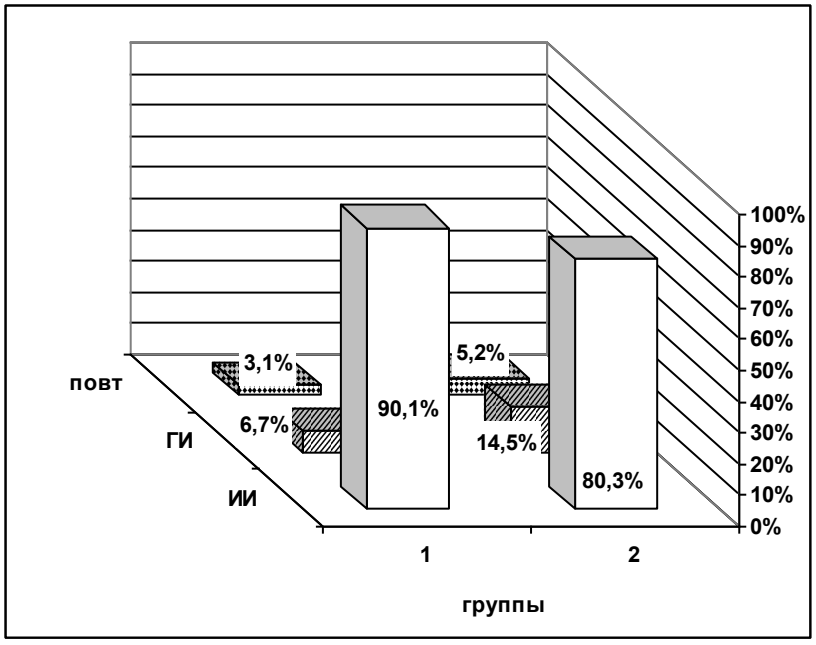


Рисунок 3 - Структура инсульта

В условиях среднегорного санатория проводились реабилитационные мероприятия, включающие в себя базовое медикаментозное и немедикаментозные методы лечения: диетотерапию, физиолечение: переменное электромагнитное поле, иод-электрофорез, лечебную физкультуру, трудотерапию, массаж шейно-воротниковой зоны и паретичных конечностей.

Таким образом, изучение распространенности инсульта у больных прошедших восстановительное лечение в условиях среднегорного санатория Кыргызстана показал, преобладание частоты инсульта у лиц коренной национальности в относительно молодом трудоспособном возрасте. Было выявлено преобладание распространенности геморрагического инсульта у лиц некоренной национальности. Анализ частоты выявления артериальной гипертензии показал преобладание мягкой и умеренной форм артериальной гипертензии, как у лиц коренной, так и у лиц некоренной национальностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 AHA/ASA Guideline. Primary Prevention of Ischemic Stroke // Stroke. – 20067 - №37. – P. 1583.
2 Ralph L. AHA/ASA Guidelines. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. // Stroke. – 2006. - №37. – P. 577.
3 Hackam G, David J. Combining Multiple Approaches for the Secondary Prevention of Vascular Events After Stroke. A Quantitative Modeling Study // Stroke. – 2007. - №38. – P. 1881.
4 Виленский, Б.С. Инсульт: Современное состояние проблемы // Неврол. журнал. – 2008. – №2. – С. 4-10.
5 Верещагин Н.В. Недостаточность кровообращения в вертебро-базилярной системе // Consilium medicum, журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2003. – Т.5. - № 2. – С. 56-61.
6 Острые нарушения мозгового кровообращения // Бюллетень ГСВ. – 2008. -№5. – С. 17.
7 Скворцова В.И., Соколов В.И., Шамалов Н.А. Артериальная гипертония и цереброваскулярные нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. - 2006. – №11. – С. 57-64.
8 Боголюбов В.М., Хостикоева З.С. Электрическое поле высокой частоты и электросон в лечении больных после инсульта в позднем восстановительном периоде // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. - №3. – С. 3-8.
9 Симоненко В.Б., Широков Е.А., Виленский Б.С. Совершенствование профилактики инсульта требует пересмотра концепции факторов риска // Неврологический журнал. – 2006. - №2. – С. 39-44.

N.T. KUDAIBERGENOVA

Ph.D., Senior Scientist Head of the Department of Medical Rehabilitation. Kyrgyz Research Institute of Balneology and rehabilitation treatment under the Ministry of Health Kyrgyz Republic

OVERVIEW OF THE PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR STROKE, DEPENDING ON NATIONAL IN PATIENTS UNDERGOING TREATMENT IN THE MID-HOSPITAL

Resume: We are analyzed 1050 history of disease patients with stroke, who treated in moderate altitude rehabilitation hospital in 2001-2006 years. Resulrs of this analyze showed prevailing of stroke in relatively young kyrgyz patients with mild and moderate hypertension.

Keywords: stroke, prevalence, nationality.

УДК 614.2:658.272(1-21)

А.Д. КЫЗАЕВА [1], А.Б. КУДАМАНОВА [1], А.О. МЫСАЕВ [2], Г.К. АБЕНОВА [1], Ш.Р. БУТУМБАЕВА [1], Г.А. ЕРДЖАНОВА[1]

[1]КазНМУим.С.Д. Асфендиярова

[2]Государственный медицинский университет г.Семей

АНАЛИЗ МНЕНИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И АКУШЕРОК ПО ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА В КАЗАХСТАНЕ

Научные исследования последних лет доказали, что ведение физиологической беременности акушеркой или врачами общей практики улучшают исходы беременности и более предпочтительны для женщин. Однако, в Казахстане, сожалению, до сих пор роль акушерки в женской консультации фактически сводится только к ассистенции работы врача. В настоящей работе приводятся результаты мнения врачей акушер-гинекологов и акушерок по вопросу организации антенатального ухода при нормальной беременности в Казахстане, повышению роли акушерки и передачи полномочий по ведению физиологической беременности от врача к акушерке.

Ключевые слова: *антенатальный уход, физиологическая беременность, акушерка, акушер-гинеколог*

Введение.

Научные исследования последних лет доказали, что ведение физиологической беременности акушеркой или врачами общей практики улучшают исходы беременности и более предпочтительны для женщин. [1-5].

Однако, в Казахстане, сожалению, до сих пор роль акушерки в женской консультации фактически сводится только к ассистенции работы врача, хотя согласно приказу МЗ РК [6] допускается ведение физиологической, неосложненной беременности акушеркой.

Цель исследования: провести анализ мнения врачей акушер-гинекологов и акушерок по вопросу организации антенатального ухода в Казахстане, повышения роли акушерки в ведении нормальной беременности и передачи полномочий от врача акушеркам.

Материалы и методы:

Мы провели анкетирование врачей и акушерок женских консультаций г.Алматы по вопросам организации антенатального ухода при физиологической беременности.

Для проведения анкетирования было получено одобрение локальной этической комиссии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова.

Данное исследование было проведено в следующих женских консультациях г. Алматы: ГП №5,3,8,6,17,11,1,19,12 ВОВ

Для участия в исследовании приглашались все врачи акушер-гинекологи и акушерки ЛПУ(соответственно критериям включения/исключения). Т.к. участие в анкетировании было добровольным, то к исследованию были привлечены только те респонденты, которые подписали информированное согласие и прошли инструктаж.

Критерии включения:

врачи акушер-гинекологи, заведующие отделениями, врачи-ординаторы и интерны, а также акушерки, осуществляющие ведение нормальной (физиологической) беременности

Критерии исключения:

врачи акушер-гинекологи и акушерки женских консультаций, которые не принимают непосредственного участия в ведении нормальной (физиологической) беременности- врачи кабинета планирования семьи, курсов дородовой подготовки, патронажные акушерки

Статистический анализ проводился в программе SPSS версии 20.Критический уровень значимости *p* при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

В исследовании приняли участие 72 акушерки и 35 врачей акушер-гинекологов женских консультаций г. Алматы.

Результаты:

Распределение респондентов-врачей по возрасту представлено на рисунке 1 (Хи-квадрат = 31,857 df =3 p<0.001)

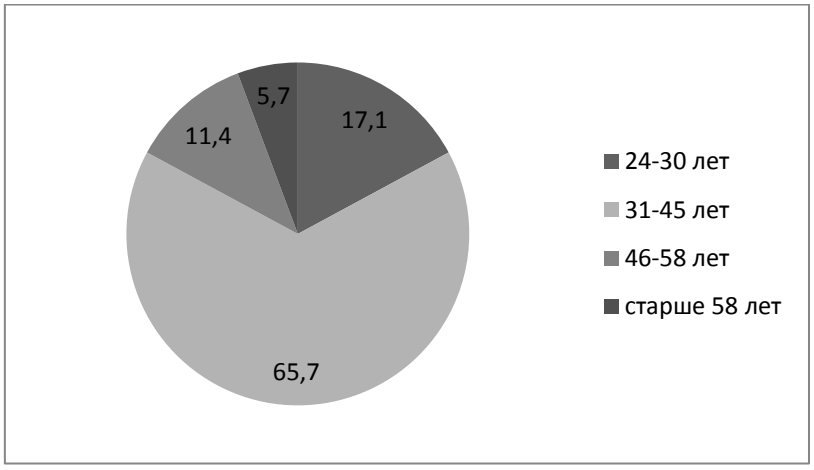


Рисунок 1 - Распределение врачей акушер-гинекологов ЖК по возрасту, %

Распределение акушерок ЖК по возрасту представлено на рисунке 2.

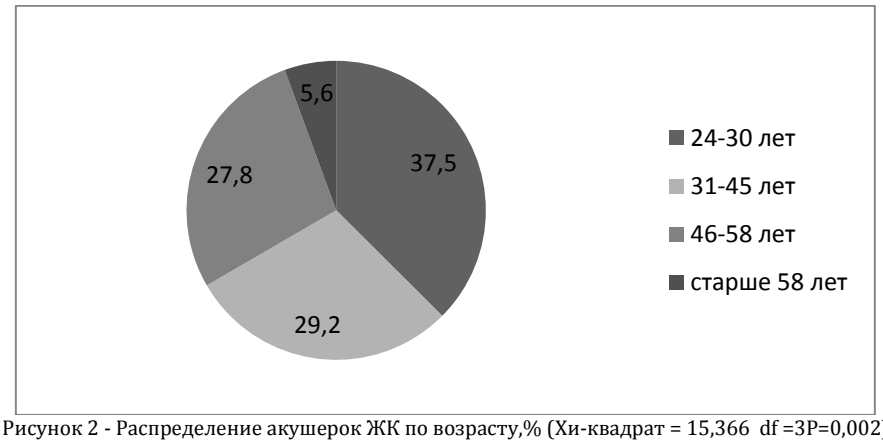


Рисунок 2 - Распределение акушерок ЖК по возрасту,% (Хи-квадрат = 15,366 df =3P=0,002)

Все респонденты - врачи и акушерки- женщины (100%).

Среди опрошенных врачей акушер-гинекологов больше всего было выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (60% Хи-квадрат =41,091 df = 4 p<0.001), также часть респондентов являлись выпускниками медицинских университетов г. Актобе, Караганды, Шымкента.

Среди опрошенных акушерок больше всего было выпускников медицинских колледжей г. Алматы- 58,3%

При оценке мнения врачей и акушерок по организации антенатального ухода при физиологической беременности, было выявлено:

На вопрос, кто должен вести нормально протекающую беременность у женщин низкой группы риска распределение ответов было следующим (рисунок 3):

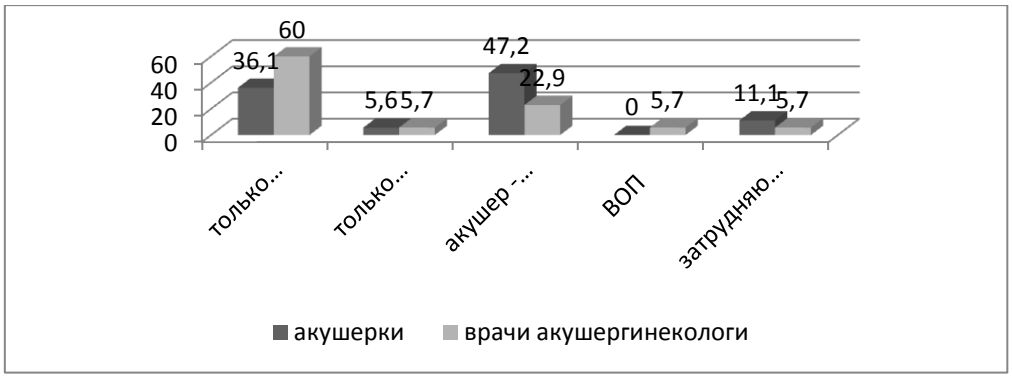


Рисунок 3 - Распределение ответов респондентов (ЖК) на вопрос, кто должен вести физиологическую беременность, %

Данные результата статистически значимы (Хи-квадрат = 22,625 df =2 p<0.001 и Хи-квадрат = 29,182 df =3 p<0.001 соответственно).

Т.о. для большинства опрошенных ведение нормальной здоровой беременности акушеркой наиболее предпочтительнее, в особенности для врачей акушер-гинекологов.

На вопрос, устраивает ли вас распределение обязанностей между врачом и акушеркой при ведении беременности, большинство опрошенных акушерок ответили положительно (более 69,4%, Хи-квадрат = 15,059 df =1 p<0.001)

Но в то же время, более 77,8% (Хи-квадрат = 32,061df =1 p<0.001) акушерок ЖК считают, что им необходимо предоставлять больше свободы в своих действиях.

Мы также проанализировали мнение врачей акушер-гинекологов и акушерок по вопросу профессиональных знаний и компетенций акушерок для ведения нормальной физиологической беременности.

В таблице 1 представлены результаты опроса акушерок на вопрос о профессиональных знаниях.

Таблица 1 - Распределение ответов акушерок ЖК на вопрос, достаточно ли у акушерок профессиональных знаний, чтобы вести неосложненную, физиологическую беременность самостоятельно?

	Частота	Процент		
ДА	58	80,6	Хи-квадрат = 33,882 df =1	p<0.001
НЕТ	10	13,9		
Затрудняюсь ответить	4	5,6		
Итого	72	100,0		

На рисунке 4 представлено, как распределились ответов врачей акушер-гинекологов на вопрос о профессиональном уровне акушерок, с которыми они работают.

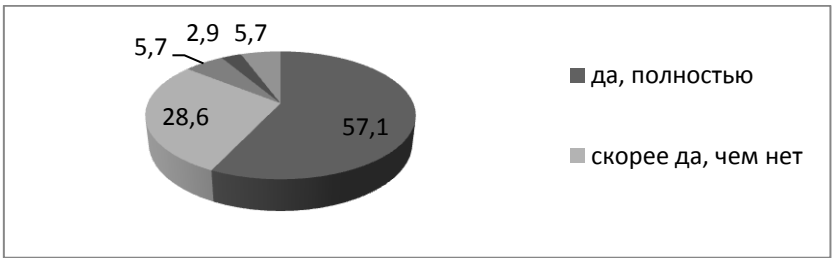


Рисунок 4- Распределение ответов врачей акушер-гинекологов на вопрос, удовлетворены ли Вы профессиональным уровнем акушерок, с которыми Вы работаете

Т.о., более 85% (Хи-квадрат = 28,212df =3 p<0.001) опрошенных респондентов удовлетворены работой акушерок.

При этом, большинство опрошенных акушер-гинекологов готовы предоставить акушеркам большую самостоятельность в принятии решений при ведении нормальной физиологической беременности (рисунок 5):

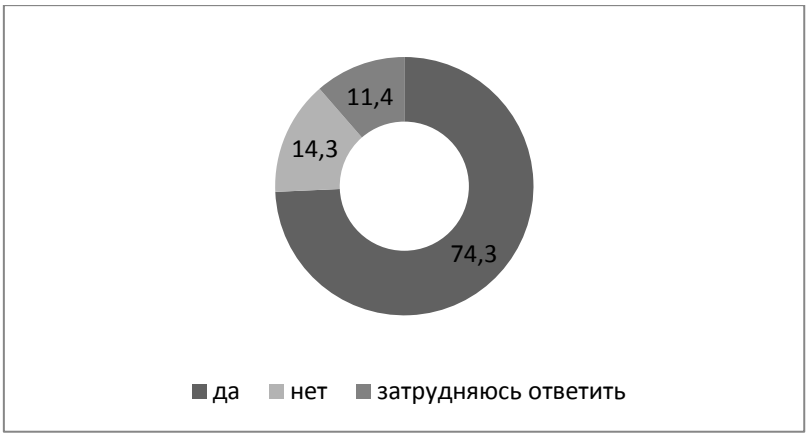


Рисунок 5 - Распределение ответов акушер-гинекологов на вопрос, готовы ли Вы предоставить акушеркам большую самостоятельность в ведении неосложненной физиологической беременности?
(в %, Хи-квадрат = 14,226
df =1p<0.001)

ВЫВОДЫ: согласно полученным результатам анкетирования врачей акушер-гинекологов и акушерок женской консультации, большинство опрошенных считают, что неосложненную, физиологическую беременность у женщин низкой группы риска должна вести акушерка и/или врач акушер-гинеколог.

Большинство опрошенных акушерок женских консультаций считают, что они готовы к ведению физиологической беременности самостоятельно без врача, и следовательно, им необходимо предоставить больше свободы в своих действиях.

Большинство опрошенных врачей дали высокую оценку работе акушерок и отметили, что готовы предоставить им большую самостоятельность в ведении неосложненной беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy // The Cochrane Database of Systematic Reviews.- 2001. - №4. – P. 55-59.
2 Giles W, Collins J, Ong F, MacDonald R. Antenatal care of lowrisk obstetric patients by midwives. A randomised controlled trial // Medical Journal of Australia.- 1992. - №157. – C. 158–161.
3 Ratcliffe J, RyanM, Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives // Journal of Health Servicesand Research Policy. - 1996. - №1(3). – C. 135–140.
4 Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey Cdu V, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care ledby obstetricians // BMJ. - 1996. - №12. – C. 554–559.
5 Villar J, Ba'aquel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belzian JM, FarnotU, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation ofa new model of routine antenatal care // Lancet. - 2001. - №357. – P. 1551–1564.
6 Приказ МЗ РК от 27 августа 2012 года № 593 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь»

А.Д. ҚЫЗАЕВА, А.Б. ҚУДАМАНОВА, А.О. МЫСАЕВ
Г.К. АБЕНОВА, Ш.Р. БУТУМБАЕВА, Г.А. ЕРДЖАНОВА

ҚАЗАҚСТАНДА АНТЕНАТАЛЬДИ ҚАМДЕСТІК ҰЙЫМДАСТЫРУ СҰРАҚТАРЫ БОЙЫНШААКУШЕР – ГИНЕКОЛОГТАРМЕН ЖӘНЕ АКУШЕРЛЕР ОЙЫН ТАЛДАУ

Түйін: Соңғы жылдары ғылыми зерттеулер-дәлелдеді, физиологиялық жүктіліктің құзырлығын акушерлер немесе ортақ тәжірибенің дәрігерлері мен жүктіліктіңтынымдары жақсартады және әйелдерге ыңғайлы. Алайда, Қазақстанда, өкінішке орай осы кезгедейін акушерлердің рөлін әйелдер кеңестерінің нақты болғанығана дәрігердің ассистенция сыжұмыстары түйіледі. Осы жұмыста акушер-гинекологтар және акушерканың дәрігерінің пікірінің нәтижелері антенатальдік қамдестіктің ұйымының орташа жүктілікті Қазақстанда келтіреді, көтермелеуге акушерканың рөлінің және өкілдіктің берілісінің физиологиялық жүктіліктің құзырлығына дәрігерден акушеркаға дейін.
Түйінді сөздер: антенатальди қамдестік, физиологиялықжүктілік, акушерка, акушер-гинеколог.

A.D. KYZAEVA, A.B. KUDAMANOVA, A.O. MYSAYEV,
G.K. ABENOVA, SH.R. BUTUMBAYEVA, G.A. YERJANOVA
ANALYSIS OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS' AND MIDWIVES' VIEWS ON THE ORGANIZATION OF ANTENATAL CARE IN KAZAKHSTAN

Resume: Scientific researches of recent years have shown that leading normal pregnancy by the midwife or general practitioners improves the outcomes of pregnancy and is more preferable for women. However currently in Kazakhstan, the role of midwives in the gynecological and antenatal clinic is actually limited to assisting the doctor. This study shows results of the survey conducted among obstetrician-gynecologists and midwives on the organization of antenatal care during normal pregnancy in Kazakhstan, enhancing the role of the midwife and transfer of authority to conduct physiological pregnancy from a doctor to a midwife.
Keywords: antenatal care, physiological pregnancy, midwife, obstetrician-gynecologist

УДК 618.17+615.477.87 (574)

А.Д. КЫЗАЕВА, А.И. ИГИСЕНОВА, У.А. УРАЗАЕВА, Г.К. АБЕНОВА, Г.А. ЕРДЖАНОВА, В.В. ЛЯН
КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА В ВЕЛИКОБРИТАНИИ: ОПЫТ ДЛЯ КАЗАХСТАНА

Британская система здравоохранения входит в Топ-25 стран с одной из лучших систем здравоохранения мира по оценке ВОЗ. Охрана материнства и детства в Великобритании является одной из приоритетных направлений развития здравоохранения страны. Система оказания помощи женщинам во время беременности и родов значительно отличается от казахстанской, прежде всего тем, что акцент медицинской помощи при физиологической беременности и нормальных родах приходится на акушерок и существуют несколько различных видов организаций родовспоможения.
Ключевые слова: *британская система здравоохранения, охрана материнства, акушерки, акушер-гинекологи*

Введение.

Британская система здравоохранения входит в Топ-25 стран с одной из лучших систем здравоохранения.(World Health Organization's ranking of the world's health systems).[1]

Существующая система NHS (National Health System) на протяжении более 60 лет предоставляет гражданам Великобритании равный, всеобъемлющий доступ к услугам здравоохранения.

Акушерско-гинекологическую помощь женщинам во время беременности оказывают 158 больниц (данные за ноябрь 2012), и более 98% всех родов приходится на систему NHS. По данным 2012 г. в стране работают 21249 акушерок, 1570 врачей акушер-гинекологов, 2635 врачей-интернов и врачей-стажеров.[2].

Система оказания помощи женщинам во время беременности и родов значительно отличается от казахстанской, прежде всего тем, что акцент медицинской помощи при физиологической беременности и нормальных родах приходится на акушерок.

Все женщины во время беременности наблюдаются акушерками, женщины высокого риска наблюдаются как у акушерки, так и у врача акушер-гинеколога.[3]

Акушерки помогают женщине во время родов и принимают самостоятельно все срочные вагинальные роды. Кроме того, все женщины обязательно находятся под контролем и получают при необходимости медицинскую помощь от акушерок минимум в течении 10 дней после родов, и число посещений на дому после родов постоянно увеличивается. (Nursing and Midwifery Council 2012).[4]

Особенностью и преимуществом охраны материнства в Великобритании является сильная политика поддержки выбора женщины и приоритетности эффективных методов оказания помощи матери и ребенку, базирующихся на мощной доказательной базе. В Великобритании разработаны и действует целый ряд нормативных документов, регламентирующих порядок оказания помощи женщинам во время беременности и родов: руководств, стандартов и пр. (Standarts for maternity care, Maternity Matters, Intrapartum care)

Существующую политику оказания акушерской помощи женщинам можно представить в виде схемы[5]

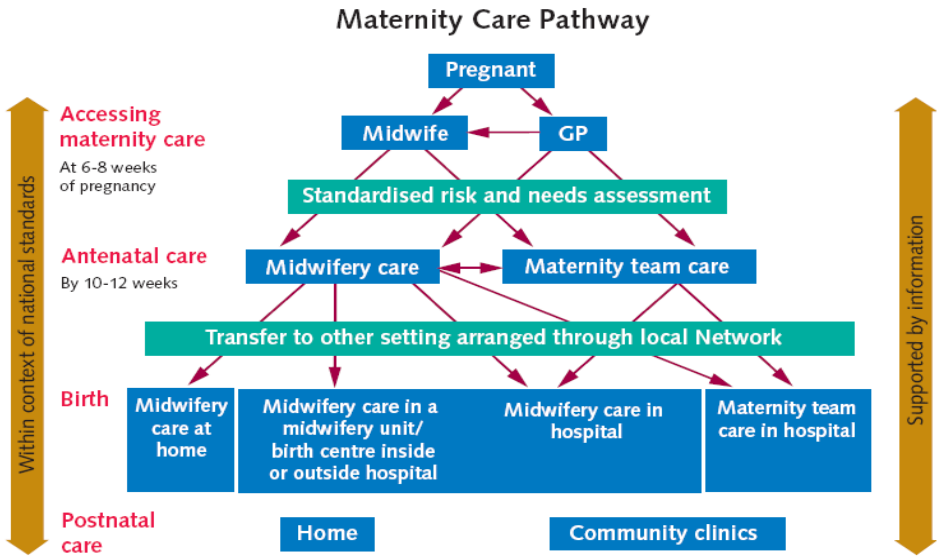


Рисунок 1 - Оказание медицинской помощи женщинам во время беременности и родов в Великобритании

Как представлено на рисунке 1, в Великобритании существуют несколько типов родовспомогательных учреждений:

Акушерские отделения при больницах. Obstetric unit.

Это больницы, относящиеся к NHS, как правило, многопрофильные, с командой опытных специалистов.

Акушер-гинекологи осуществляют наблюдение за женщинами высокой группы риска. Акушерки оказывают помощь всем женщинам, а также несут ответственность за нее в течении всей беременности и родов. Несомненным плюсом таких подразделений является возможность акушерской, неатологической, анестезиологической помощи круглосуточно.

Ближайший пункт акушерской помощи Alongside midwifery unit.

В них наблюдаются женщины с нормально протекающей беременностью, без риска возможных осложнений. Всю ответственность за женщину в период беременности и родов несут акушерки.

В то же время, при необходимости, ряд диагностических и лечебных процедур, включая акушерскую, неотологическую, анестезиологическую помощь доступны либо в том же здании, что и данный акушерский пункт, либо в другом месте, в непосредственной близости в нему. При этом, транспортировка пациентки может быть осуществлена с использованием каталок, или специальных инвалидных кресел.

Самостоятельный пункт акушерской помощи. Freestanding midwifery unit

Данный вид учреждений также осуществляет наблюдение за женщинами в период беременности и родов, при отсутствии риска возможных осложнений. Всю ответственность за женщину несут акушерки, кроме того могут быть привлечены и Врачи общей практики (GP). Во время родов диагностические и лечебные мероприятия не могут быть оказаны экстренно, т.к. ближайшие госпитали находятся на определенном удалении от пункта, и транспортировка пациентки при необходимости может быть осуществлена на автомобиле или скорой помощи.

На дому.Home: пациентка один на один с акушеркой.

В настоящее время предпочтения женщин в Англии в отношении выбора места родов, можно представить в виде диаграммы: (NHS Maternity Statistics, England: 2010-11)

Почти вся помощь женщинам в Англии находится под охраной NHS, и бесплатна.

В 40% случаев (по данным 2009 г.) роды принимают врачи акушер-гинекологи, и около 60 %- акушерки[2]

Высокий процент родов в стационарах в настоящее время связан с тем, что число акушерских пунктов пока ограничено.[6]

Выводы для Казахстана.

1.Исследования практики оказания акушерско-гинекологической помощи в Великобритании показали, что усиление роли акушерок в антенатальный, интранатальный, постнатальный периоды помогают не только снизить нагрузку на врачей акушер-гинекологов, но и увеличить доступность медицинской помощи для женщин, проживающих в различных регионах. Кроме того, это экономически более выгодно, и даже помогает снизить число осложнений у женщины (применение анестезии, перинеотомии и пр.).

Поэтому ключевым в вопросе совершенствования акушерско-гинекологической помощи должно стать перемещение акцента на акушерскую помощь в случаях нормально протекающей беременности у женщин низкой группы риска.

2. Повышение ответственности акушерок, предоставление им возможности самостоятельно вести и наблюдать беременность и роды у женщин низкой группы риска предусматривает повышение их компетентности, что в свою очередь будет базироваться на новой программе подготовки акушерок и системы оценки знаний и квалификаций в последующем.

3. Британская система также предусматривает усиление роли социальных работников и функционирование специальных «акушерок общин», укрепление здоровья семьи и общества, планирование беременности и социальный уход и забота при необходимости.

4. Изменение роли акушерок предусматривает и большую ответственность врачей акушер-гинекологов, что также повлечет за собой пересмотр программ подготовки и повышения квалификации врачебных кадров.

5. Совершенствование акушерско-гинекологической помощи также предусматривает и создание новых медицинских учреждений (типа СПА, БПА и пр.), и свободный выбор женщины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 WHO URL: www.who.int
2 NHS URL: www.nhs.uk
3 Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study // BMJ. – 2011 . - №3. – P. 58-64.
4 NMC URL: www.nmc-uk.org
5 NICE URL: www.nice.org.uk
6 McCourt C, Rayment J, Rance S, SandallJ.Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the birthplace organisational case studies // Midwifery. – 2012. - №28(5). – P. 636-645.
7 HS&DP URL: www.sdo.nihr.ac.uk

А.Д. КЫЗАЕВА, А.И. ИГИСЕНОВА, У.А. УРАЗАЕВА,
Г.К. АБЕНОВА, Г.А. ЕРДЖАНОВА, В.В. ЛЯН

ҰЛЫБРИТАНИЯДАҒЫ АНАНЫ ҚОРҒАУ: ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТӘЖІРБИЕ

Түйін: Денсаулық сақтаудағы Британдық жүйе Дүниежүзілік денсаулық сақтаудағы БДҰ –дың бағалауы бойынша ең таңдаулы 25 елдің ішіне кіреді.Ұлыбританияда ана мен баланы қорғау бірден бір елдің денсаулық сақтауының дамуының басым бағыттары болып табылады. Жүктілік және туу кезінде әйелдерге көрсететін көмек жүйесі салыстырмалы түрде қазақстандықтардан айырмашылығы бар, ең алдымен, жүктіліктің физиологиялық және қалыпты босану кезіндегі медициналық көмек бірнеше түрлі босануға комекші ұйымдарда негізгі жүк акушерлерге түседі.

Түйінді сөздер: Британдық денсаулық сақтаудағы жүйесі, акушерлер

A.D. KYZAYEVA, A.I. IGISENOVA, U.A. URAZAYEVA,
G.K. ABENOVA, G.A. ERDJANOVA, V.V. LYAN

MATERNITY CARE IN GREAT BRITAIN: EXPERIENCE FOR KAZAKHSTAN

Resume: The British health care system ranks among theTop-25 countries with one of the best health systems in the world asesstimated by WHO. The maternity and child welfare in Great Britain is one of the priorities in the development of the country's public health service. The delivery-of-care system used for women in the period of pregnancy and delivery largely differs from the Kazakhstan one, first of all, in the fact that in case of physiological pregnancy and easy delivery, it is nurse-midwives, who deliver primary medical care, and there exist several different obstetric aid organizations.

Keywords: The British health care system, maternity care, midwives, obstetricians.

УДК 618.17+615.477.87 (574)

А.КЫЗАЕВА[1] , А.КУДАМАНОВА[1], А. МЫСАЕВ[2] , Г. АБЕНОВА[1] ,
Г. ЕРДЖАНОВА[1] , В. ЛЯН[1]
[1]Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д. Асфендиярова
[2]Государственный медицинский университет г.Семей

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЗАХСТАНСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ С ПРОТОКОЛАМИ (РУКОВОДСТВАМИ) ДРУГИХ СТРАН

Тактика ведения беременности, даже физиологически протекающей, отличается во всех странах. Как отмечено в документе ЕвроВОЗ «Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care», современный антенатальный уход связан с большим количеством иногда очень сложных вмешательств и процедур, часть из которых базируется на доказательствах, а остальные – применяются только потому, что имеют долгую историю использования, став фактически традиционными.
Мы провели анализ нормативных документов (протоколов лечения и диагностики) и клинических руководств Великобритании, Австралии, Канады, Беларусь и Казахстана.
Методы: сравнительный анализ, контент-анализ, библиографический, исторический
Выводы: Казахстанские протоколы «Наблюдение физиологической беременности» соответствуют принципам доказательной медицины. Большинство процедур и мероприятий, проводимых женщине во время беременности совпадает с таковыми в Великобритании, Канаде и Австралии.
Ключевые слова: *антенатальный уход, физиологическая беременность, протоколы диагностики и лечения, клинические руководства*

Введение
Качественный антенатальный уход – основа здорового материнства. Организации наблюдения за женщиной во время беременности посвящено большое количество исследований, монографий, руководств[1-3 и др.]
Как известно, тактика ведения беременности, даже физиологически протекающей, отличается во всех странах. Как отмечено в документе ЕвроВОЗ [4], современный антенатальный уход связан с большим количеством иногда очень сложных вмешательств и процедур, часть из которых базируется на доказательствах, а остальные – применяются только потому, что имеют долгую историю использования, став фактически традиционными.
В этой связи не теряет актуальности сравнительный анализ разной тактики антенатального ухода в странах мира.
Цель исследования: провести сравнительный анализ казахстанских протоколов диагностики и лечения со стандартами (руководствами, протоколами) других стран.
Материалы и методы:
Мы провели анализ нормативных документов (протоколов лечения и диагностики) и клинических руководств Великобритании, Австралии, Канады, Беларусь и Казахстана.
Данные страны выбраны неслучайно. Казахстан и Беларусь, долгое время находясь в составе СССР, использовали схожую тактику ведения пациенток при акушерско-гинекологической патологии, однако с обретением независимости, Казахстан принял тактику, рекомендованную ВОЗ, в то время как Беларусь сохранила прежние методики, данные подходы отражены в основных нормативных документах: клинических протоколах лечения и диагностики.
Британские руководства NICE включены в данный анализ, в связи с высокой степенью доказательности и более чем 20-летний опыт использования руководств в медицине.
Канадский и австралийские руководства, опираясь на опыт NICE, разработали собственные, эффективно применяющиеся в течении многих лет.
Для анализа были выбраны:

- Протоколы диагностики и лечения (ПДЛ), используемые в настоящее время в Казахстане : «Наблюдение за физиологической беременностью»[5]
- Клиническое руководство Великобритании, разработанное NICE (National Institute for Health and Care Excellence-) «Antenatal care» («Дородовый уход») (2010)[6]
- Австралийские руководства: «Antanatal Shared care Guidelines for general practitioners» (Общие рекомендации по дородовому уходу для врачей общей практики) (2010)[7]
- Канада BCPHP Obstetric Guideline 19. Maternity Care Pathway (2010) Руководства по акушерству[8]
- Беларусь: «Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии» (2012)[9]

Методы: сравнительный анализ, контент-анализ, библиографический, исторический
Результаты:
Полученные результаты представлены в Таблице 1:

Таблица 1

	Казахстан	Великобритания	Беларусь	Австралия	Канада
Кто осуществляет дородовое наблюдение	Врач акушер-гинеколог	Акушерки (медсестры) или ВОП	Врач акушер-гинеколог или акушерка	ВОП	ВОП, акушерки, врачи-гинекологи
Количество осмотров	7 посещений не считая посещений после родов	Для нерожавших женщин-10 Для рожавших-7 (без послеродового наблюдения)	12-14 посещений	10 посещений до родов, 1 после родов (8 у ВОП, 3-акушеры) ИТОГО 11 визитов	6 и более без учета посещений после родов
Первый триместр	Гр.крови, резус фактор, ОАК, ОАМ, ВИЧ, RW, HBsAg онкоцитология, УЗИ Терапевт/ ВОП	Гр крови, резус фактор, ОАК, ОАМ (белок) ВИЧ, RW краснуха, Гепатит В, Толерантность к глюкозе	Гр.крови, резус фактор, ОАК, ОАМ, ВИЧ, RW, онкоцитология, ТТГ и АТ/ТПО Глюкоза крови Сывороточный ферритин Коагулограмма Биохимический анализ крови Обследование на ИППП мазок УЗИ ЭКГ Терапевт Офтальмолог Отоларинголог Стоматолог Эндокринолог	Группа крови, резус фактор ОАК ОАМ ВИЧ RW Краснуха- титры антител Гепатит В- антиген Гепатит С-антитела Уровень глюкозы Обследование на хламидии	Мы выделили рекомендации, относящиеся к классу доказанности А И В: Гемоглобин,МСV, ВИЧ,краснуха, гепатит В и С, РВ, хламидии,гонорея,ОАМ,глюкоза, ТТГ,ПАПП,TWEAK, STIs, белок мочи (тест-полоски) или суточный белок или креатинин УЗИ Скрининг тесты в зависимости от возраста женщины
Обследования во 2 триместре		Анализ мочи на белок УЗИ 20-21 нед ОАК гемоглобин	Анализ мочи на белок, ОАМ Биохимический анализ крови Глюкоза, ГТТ-75 RW Коагулограмма УЗИ	В 28 нед. ОАК развер Группа крови и антирезус антитела Толерантность к глюкозе	УЗИ В 18-20 нед 34 нед
Обследование в 3 триместре		Узи – только для женщин с предлежанием плаценты	RW, ОАК, ВИЧ ОАМ, Гемоглобин, УЗИ ВИЧ, RW, Анализ мочи на белок Биохимический анализ крови Мазок Онкоцитология Сывороточный ферритин КТГ каждую неделю с 28 нед УЗИ Терапевт	ОАК Мазок на В-гемолитический стрептококк Эдинбургский тест	Мазок на В-гемолитический стрептококк Эдинбургский тест
После родов	7-10 дней после выписки	Отдельное руководство	Не указано	Через 6-8 нед	Отдельное руководство

Тактика ведения нормальной физиологической беременности в Казахстане согласно ПДЛ совпадает с тактикой «доказательного» антенатального ухода, применяющегося в Великобритании, Канаде, Австралии.

Ведение нормальной беременности в Беларусь кардинально отличается от казахстанской и других сравниваемых стран. Прежде всего это связано с большим числом рутинных диагностических мероприятий (коагулограмма, биохимический анализ, регулярное КТГ, обследование узких специалистов и т.д.), а также с количеством обязательных посещений- не менее 12-14. В перечень необходимых лабораторных, инструментальных, функциональных методов диагностики в Беларусь входят процедуры и мероприятия, не соответствующие доказательной практике, принятой в мире.

Особенностью руководств Великобритании является строгое базирование на доказательной медицине, многоэтапный процесс разработки, апробации, оценки и пр. Особое внимание в руководствах уделено описанию таких проблем и ситуаций во время беременности, как употребление алкоголя и курение, авиаперелетов, путешествий, употребления канапли, профилактики ментальных расстройств и др. В руководствах по антенатальному уходу Великобритании также подчеркивается роль современных доказательных фактов о нецелесообразности назначения обследований на бактериальный вагиноз, хламидии, ЦМВ, гепатит С,В, стрептококк, токсоплазмоз. С 25 недели - рекомендуется обследование на раннее выявление симфизиопатии

Канадское руководство базируется на рекомендации NICE. Особенностью канадских руководств является то, что все диагностические и лечебные мероприятия приводятся в соответствии с классификацией уровня доказательности - от наиболее доказанных к наименее, а также с учетом возраста женщины.

Согласно австралийским и канадским руководствам, базирующихся на доказательной медицине, в третьем триместре показан Эдинбургский тест на раннее выявление депрессии. В казахстанских протоколах данной проблеме не уделено должного внимания.

Перечень лекарственных препаратов, применяемых во время здоровой беременности, во всех изучаемых странах включает фолиевую кистоту.

Калий йодид, учитывая эндемичность регионов, включен в перечень медикаментов в Казахстане и Беларусь.

Препараты железы используются при физиологический беременности в Казахстане, Великобритании, Австралии.

В Канаде помимо фолиевой кислоты, для носителей ВПГ предусмотрено профилактическое назначение противовирусных препаратов.

Основное принципиальное отличие казахстанских ПДЛ от международных, заключается в том, кто осуществляет наблюдение за физиологической беременностью. Так, в Казахстане дородовый уход при физиологической беременности осуществляют врачи акушеры-гинекологи, в то время как за рубежом, согласно изучаемым протоколам (руководствам), регламентировано ведение беременности разными специалистами: акушеркой, ВОП или акушером-гинекологом.

Как известно, ведение физиологической беременности акушеркой или врачами общей практики улучшают исходы беременности и более предпочтительны для женщин.[10] Так, в Великобритании к антенатальному уходу за здоровой беременностью привлечены акушерки и врачи ВОП, рассматриваемые австралийские руководства разработаны для врачей общей практики, белорусские протоколы несмотря на консервативность подходов к ведению физиологической беременности, допускают ведение беременности как врачом акушером-гинекологом, так и акушеркой (определенные посещения). Канадские руководства разработаны для акушеров-гинекологов, акушерок, ВОП.

Выводы:

Казахстанские протоколы «Наблюдение физиологической беременности» (2010) разработанные, на основе клинических руководств NICE (2008), России (2007),рекомендаций ВОЗ (2002, WHO Euro) соответствуют принципам доказательной медицины. Большинство процедур и мероприятий, проводимых женщине во время беременности совпадает с таковыми в Великобритании, Канаде и Австралии. Медикаментозное профилактическое лечение женщин во время беременности включает в себя назначение фолиевой кислоты; препаратов железа и калия йодида - по показаниям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2010.- №10. – P. 14-18.

2 Homer CSE, Ryan C, Leap N, Foureur M, Teate A, Catling-Paull CJ. Group versus conventional antenatal care for women // Cochrane Database of Systematic Reviews.- 2012.- №11. – P. 45-52.

3 Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes // Cochrane Database of Systematic Reviews.- 2010.- №11. – P. 18-22.

4 Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care // WHO Regional Office for Europe Copenhagen. – 2002. – P. 155-162.

5 «Antenatal care» // NICE guidelines. – 2010. – P. 169-171.

6 «Antanatal Shared care Guidelines for general practitioners» King Edward Memorial Hospital. – Australia: 2010. – P. 113-118.

7 BCPHP Obstetric Guideline 19 // Maternity Care Pathway. - 2010 . – P. 55-61.

8 «Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии». – Беларусь: 2012. – 239 с.

9 Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy // The Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2001. - № 4. – P. 44-46.

А. КЫЗАЕВА, А. КУДАМАНОВА, А. МЫСАЕВ, Г. АБЕНОВА,
Г. ЕРДЖАНОВА, В. ЛЯН

АКУШЕРСТВО ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯДА ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМ ЖҮРГІЗУДІҢ ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ХАТТАМАЛАРЫҢ БАСҚА ДА МЕМЛЕКЕТТЕРДІҢ ХАТТАМАЛАРЫМЕН (ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРЫМЕН) САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ ТАЛДАУ

Түйін: Жүктілікті жүргізу, тіпті физиологиялық ағымды жүктілікті жүргізу тәсілдері әр мемлекетте әр қалай жүргізіледі.
ЕвроДДУ құжатында белгіленгендей "Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care", қазіргі замаңғы антенатальді күтім көп көлемді өте ауыр араласулар жане процедуралар мен байланысты болып келеді, олардың бір бөлігі бір қатар дәлелдемелер негізінде құралады, ал қалғандары-фактті түрде дәстүрлі болғандықтан жане тарихта ұзақ уақыт бойы қолданыс тапқандықтан қазіргі уақытқа дейін қолданылуда.
Біз нормативтік құжаттар (емдеу және диагностикалау хаттамалары) және Ұлыбритания, Австралия, Канада, Беларусь және Қазақстан мемлекеттерінің клиникалық құрал-жабдықтарына талдау жүргіздік.
Әдістері: салыстырмалыталдау, контент-талдау, библиографиялық, тарихи
Қорытынды:"Физиологиялық жүктілікті бақылау" атты Қазақстандық хаттамалар дәлелді медицина қағидаларына сәйкес келеді. Жүктілікбарысындаәйелгежүргізілетінкөптегенпроцедуралар мен іс-шаралар Ұлыбритания, Канада және Австралия іс-шараларыменсәйкескеледі.
Түйінді сөздер: антенатальді күтім, физиологиялық жүктілік, диагностикалау және емдеухаттамалары, клиникалық құрал-жабдықтар.

A.KYZAYEVA, A.KUDAMANOVA, A.MYSAYEV, G.ABENOVA, G. ERDJANOVA , V.LYAN

COMPARATIVE ANALYSIS OF KAZAKHSTAN PROTOCOLS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND PROTOCOLS (GUIDELINES) OF OTHER COUNTRIES.

Resume: The pregnancy surveillance, even if the pregnancy proceeds physiologically, differs in all countries. As noted in the EuroWHO's Document Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care»(Copenhagen, 2002), the present-day antenatal care is associated with a great deal of sometimes very complex interventions and procedures where part of which is based on evidence, and the other ones are only applied because they have a long history of usage having become actually traditional.
We have analyzed the relevant normative documents (diagnostics and treatment protocols) and clinical guidelines of Great Britain, Australia, Canada, Belarus and Kazakhstan.
Methods: comparative analysis, content-analysis, bibliographic, historical
Conclusions: The Kazakhstan Protocols «Supervision of Physiological Pregnancy» (2010) correspond to the evidentiary medicine principles. The most of procedures and measures carried out for a pregnant woman across her pregnancy coincide with the same in Great Britain, Canada and Australia.
Keywords: antenatal care, physiological pregnancy, diagnostics and treatment protocols, clinical guidelines

УДК: 413/415: 154.37 (И) – 378.180.6:61.378.4

О.Я. СУЛЕЙМЕНОВА, А.А. САДЫКОВА, И.В. ЛОЗЕНКО
Казахский Национальный медицинский университет,
Кафедра иностранных языков

МНОГООБРАЗИЕ СРЕДСТВ ФОРМИРОВАНИЯ ИНОЯЗЫЧНЫХ ЛЕКСИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Основной проблемой методики преподавания иностранных языков в медицинском вузе является формирование у студентов речевых навыков и умений.
Навык определяется, как способность обучающегося автоматизировано совершать осознанное действие. Основными характеристиками элементарного навыка являются: автоматизированность, репродуктивность, устойчивость, самостоятельность, обусловленность.
Речевой навык складывается из произносительного, лексического и грамматического элементарных навыков. Лексические навыки являются компонентом речевых навыков и формируются во время усвоения студентами лексических единиц иностранного языка.
Эффективность формирования иноязычных лексических навыков находится в зависимости от правильного понимания студентами соотношения в практическом плане единиц речи языковых систем родного и изучаемого иностранного языка.
Ключевые слова: *речевые навыки и умения; речевая деятельность; элементарный навык; произносительные, лексические и грамматические навыки; лексическая единица; языковая система; родной и иностранный язык.*

Актуальность темы.
Практическое овладение иноязычной речью невозможно без формирования речевых навыков и умений. Основной проблемой методики преподавания иностранных языков является формирование обучающихся речевых навыков и умений. В методической литературе психологическое определение навыков, «как автоматизированных компонентов умений», переносится и на речевые навыки. При этом навык определяется, как способность субъекта автоматизированно совершать осознанное действие, включенное в осознанно совершаемую деятельность.

Навык наделяют различными характеристиками. Первой характеристикой навыка является автоматизированность. Навык функционирует подсознательно, скоротечно, оставаясь фактически вне рамок самоконтроля вплоть до появления продукта совершаемого действия.
Второй характеристикой навыка можно считать репродуктивность в том плане, что функционирование навыка есть всегда воспроизведение усвоенного, воспринятого учебного материала.
Третьей характеристикой навыка называют устойчивость, что приводит к межъязыковой и внутриязыковой

интерференции, когда вновь формируемый навык сталкивается с уже сформированным.

Четвертой характеристикой навыка является его самостоятельность, которая заключается в том, что связь навыка с одной конкретной деятельностью относительна. Уже сформированный навык может быть использован и при совершении другой деятельности. Так, например, способность произносить носовые звуки проявляется не только при произнесении английского слова to think [θiŋk]- «думать», но вообще при употреблении слов, где подобные звуки встречаются. Именно самостоятельность навыка определяет такой феномен как перенос.

Пятой характеристикой навыка можно считать его обусловленность. Это значит, что навык начинает функционировать только в том случае, если произведен его «запуск». Запуском может быть команда преподавателя (проспрягайте глагол «to be» в группе Indefinite), реальная речевая ситуация (на приеме у врача-терапевта, хирурга, стоматолога) и многие другие, что определяется связями автоматизированного действия. Перечисленные характеристики справедливы для любого элементарного навыка. Речевой навык представляет собой более сложную картину. Речевой навык не элементарен, он функционирует при выходе в речь, а потому включает в себя и произношение (или технику письма и орфографию), и использование лексических единиц и грамматических форм. Речевой навык является комплексным. Он слагается из произносительного (орфографического и др.), лексического и грамматического элементарных навыков. Кроме того, речевой навык характеризует языковая оснащенность: он всегда оперирует лексическими единицами, грамматическими формами.

Цель исследования.

Настоящая статья рассматривает проблему формирования лексических навыков, которые представляет собой компонент речевых навыков. Лексические навыки не существуют без лексических единиц.

Чаще всего с лексическим навыком связывают несколько элементарных операций: воспроизведение слова, словосочетания, устойчивого сочетания, фразеологизма, словообразование, сочетание лексических единиц друг с другом, словоупотребление и др. Такое множество элементарных навыков работы с лексическими единицами изучаемого иностранного языка формирует у студентов комплексные навыки.

Сущность лексических навыков заключается в самих лексических единицах, их количестве, стилистических особенностях, сложности для усвоения и др. Формирование лексических навыков у студентов определяется особенностями лексических единиц изучаемого иностранного языка.

Любые лексические единицы, устойчивое словосочетание или готовая фраза закрепляются в памяти человека как звуковой или графический комплекс, связанный с реальными или воображаемыми объектами окружающей действительности. Отсюда многообразие связей лексической единицы, которые в значительной степени определяют процесс формирования лексических навыков.

Общение на родном языке обеспечивают денотативные, сигнификативные, ситуационные и семантические связи.

Материалы и методы исследования.

При изучении иностранного языка усвоение лексических единиц обусловливается становлением не столько денотативных и ситуационных связей, на что нацелено большинство упражнений начального этапа, сколько – знаковых связей. Знаковыми связями называют связь между иноязычной лексической единицей и ее эквивалентом на родном языке. Знаковые связи образуются спонтанно и независимо от метода или используемых принципов обучения. Они образуются потому, что в сознании студентов большинство объектов окружающего мира уже опосредованы знаками (лексическими единицами) родного языка, составляющими вторичную материальную систему. Первичную материальную систему представляют для человека конкретные материальные объекты действительности, связи между ними. Элементы вторичной материальной системы наделены функцией «хранения» элементов идеальной системы и обозначения составляющих ее представлений и понятий. Новые знаки не могут быть усвоены независимо от элементов вторичной материальной системы. Процесс овладения новыми знаками есть, прежде всего, процесс создания знаковых связей между вновь поступающими лексическими единицами иностранного языка и уже устоявшимися лексическими единицами родного языка. Этот процесс может быть спонтанным, неуправляемым, что усложняет становление лексических навыков. Он может быть управляемым, если знаковые связи создаются целенаправлено.

Знаковые связи пугают некоторых методистов, не без основания опасающихся установления студентами жестких однозначных связей между лексическими единицами двух языков. Опираюсь на родной язык, студенты готовы свести все иноязычные знаки к более или менее соответствующим знакам родного языка. Например, первично установленную связь leather (англ.) – «выделанная кожа животных, используемая для производства кожаных изделий», - они используют для создания стилистически неверных словосочетаний, типа: «human leather» - «кожа человека». Для обозначения человеческой кожи в английском языке используется существительное skin, поэтому правильным вариантом названного словосочетания является human skin. В данном случае происходит ложная синонимизация и формирование навыков, неадекватных коммуникативной задаче.

Лексические навыки могут быть неадекватны коммуникативной задаче и в случае недостатка фоновых знаний. Овладение английским словом shell, как эквивалентом слову «раковина» влечет за собой опасность появления таких стилистически неверных словосочетаний, как «ear shell» (ушная раковина), «wash-shell» (раковина для мытья рук в ванной) и «dish shell» (раковина для мытья посуды на кухне).

Для того, чтобы не допускать подобных стилистических ошибок при овладении иностранной разговорной речью, студент должен своевременно узнать, что слово shell в английском языке используется только для обозначения понятия «морская раковина, ракушка». Для обозначения перечисленных понятий: «ушная раковина», «раковина для мытья рук в ванной», «раковина для мытья посуды на кухне» в английском языке соответственно используются следующие лексические единицы: «external ear», «wash-basin», «sink».

Это и есть фоновые знания, которые необходимы студенту. Фоновые знания к родному слову способствуют становлению сигнификативных связей. Фоновые знания у иноязычного слова редко совпадают с фоновыми знаниями родного слова, так как национально-культурной компонент лексических единиц двух знаковых систем не может быть идентичным в большинстве случаев. Ясно, что и сигнификативные связи родного слова нельзя переносить на его иноязычный эквивалент.

Рассмотрение связей, сопутствующих лексическим единицам, позволяет выделить денотативные, ситуационные, сигнификативные и семантические связи, которые в совокупности обеспечивают функционирование лексических навыков родного языка, а также знаковые связи, во многом определяющие становление иноязычных лексических навыков. Роль знаковых связей в формировании иноязычных лексических навыков тем более велика, что в основном через знаковые связи утверждаются и все другие связи иностранной лексической единицы.

Иностранная лексическая единица обретет аутентичные денотативные связи только в том случае, если будут четко оговорены границы ее значения в сопоставлении с границами значения условно-эквивалентной единицы родного языка.

Иностранная лексическая единица обретет аутентичные сигнификативные связи только в том случае, если студент

получит исчерпывающие фоновые знания, раскрывающие ее национально-культурный компонент и отграничивающие ее от эквивалентных единиц родного языка.

Заключение.

Иностранная единица речи способна обрести ситуационные связи в случае установления прочных знаковых связей со своим эквивалентном в родной речи.

Иностранная лексическая единица окажется включенной в соответствующую семантическую систему (обретет семантические связи) лишь при условии направленного в этом отношении отбора языкового материала и преимущественного использования упражнений, формирующих знаковые связи между эквивалентными словосочетаниями двух языков.

Таким образом, эффективность формирования иноязычных лексических навыков находится в прямой зависимости от четкого понимания студентами соотношения единиц речи двух языковых систем в практическом плане. Это предполагает целенаправленное создание иноязычных семантических полей и становление знаковых связей новых лексических единиц в условиях речевого общения и использования переводных упражнений для усвоения иноязычных словосочетаний и готовых фраз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бородуллина М.К., Карлин А.Л., Лурье А.С., Минина Н.М. Обучение иностранному языку как специальности // Немецкий язык. – М.: «Высшая школа», 1975. – С. 31-38.
2 Маслова А.М., Вайнштейн З.Н., Плебейская Л.С. Учебник английского языка для медицинских вузов. – М.: «Лист Нью», 2005. – С. 3-5
3 Марковина И.Ю., Максимова З.К., Вайнштейн М.Б. Английский язык для студентов-медиков. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013 – С. 3-6
4 Миньяр-Белоручев Р.К. К проблеме формирования иноязычных лексических навыков.// Сб. Иностранные языки в высшей школе. – М.: Изд.-во МПИ, 1989. – С. 3-9.
5 Мухина В.В. Английский язык для студентов-стоматологов. – М.: Изд.-во АСТ, 2003. – С. 3-6.
6 Немов Р.С. Психология. – М.: «Просвещение», 1990 – С. 65-66.
7 Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Утехин В.И., Скоггинс У. Дж. и др. Английский язык для медиков. – СПб.: ЭЛБИ – Спб, 2012. – С. 4-5.

О.Я. СҮЛЕЙМЕНОВА, А.А. САДЫКОВА, И.В. ЛОЗЕНКО

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ ШЕТ ТІЛІНДЕГІ ЛЕКСИКАЛЫҚ ДАҒДЫЛАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ӘРТҮРЛІ ҚҰРАЛДАРЫ

Түйін: Медициналық оқу орындарында шет тілін оқыту әдістемесінің негізгі мәселесі студенттердің білім және тіл дағдыларын қалыптастыру болып табылады.

Дағды жасалған әрекетті түсінумен қоса, студенттердің іс-әрекетті автоматтандырылған түрде орындау қабілеті ретінде анықталады. Қарапайым дағдының негізгі сипаттамалары – автоматтандыру, репродуктив, тұрақтылық, өз әрекеттік, шарттастық.

Тіл дағдысы дыбыстық, лекискалық және грамматикалық қарапайым дағдылардан құралады. Лексикалық дағды тіл дағдысының құрамы болып табылады және студенттердің шет тіліндегі лексикалық бірліктерді меңгеру кезінде қалыптасады.

Шеттілдік лексикалық дағдыны қалыптастыру тиімділігі студенттердің оқып жатқан шет тілін және ана тілінің тілдік жүйесінің сөйлеу бірліктерін тәжірибелік жоспарда арақатынасын дұрыс түсіну ретінде қолданылады.

Түйінді сөздер: тілдік дағдылар мен біліктілік; сөйлеу әрекеті; қарапайым дағды; дыбыстық, лекискалық және грамматикалық дағдылар; лекискалық бірлік, тілдік жүйе; ана тілі және шет тілі.

O.YA. SULEYMENOVA, A.A. SADYKOVA, I.V. LOZENKO

VARIETY OF MEANS FOR FORMING LEXICAL SKILLS IN STUDENTS OF HIGH MEDICAL SCHOOLS

Resume: The basic problem of teaching methods of foreign languages in medical university is a formation of speaking skills and abilities in students.

A skill is defined as student's ability to perform actions automatically, included in realized performed activity. The basic characteristics of an elementary skill are to be the followings: automatism, reproductiveness, stability, independence, conditionality.

Speaking skill is composed of articulatory, lexical and grammatical - elementary skills.

Lexical skills are considered to be the component of speaking skills and they are formed during mastering foreign language lexical units. The efficiency of forming foreign language lexical skills depends on students' correct understanding the correlation of speech units of native and foreign language systems.

Keywords: speaking skills and abilities; speaking activity; elementary skill; articulatory, lexical and grammatical skills; lexical unit; linguistic system; native and foreign language.

УДК 614.02:616-006-06-71.2-036.8

С.А. МАМЫРБЕКОВА, К.К. КУРАКБАЕВ
Высшая школа общественного здравоохранения

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЦЕНОЧНОГО ИНДИКАТОРА «ЗАПУЩЕННЫЕ СЛУЧАИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ВИЗУАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ»

Снижение показателя по индикатору «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации» и стимулирование специалистов ПМСП позволит в значительной степени повысить медицинскую эффективность, и сэкономить финансовые средства, выделяемые на лечение указанной нозологии в системе здравоохранения.
Ключевые слова: *индикатор, экономическая эффективность, финансовые средства, участковые службы*

Для мониторинга эффективности работы специалистов ПМСП с целью стимулирования определены индикаторы оценки их деятельности, которые являются показателями, характеризующими результаты деятельности организаций ПМСП. Одним из индикаторов является «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации».

Методологический подход к определению экономической эффективности основывался на 2-х этапах:
1 этап – определение изучаемых переменных по индикатору;
2 этап – расчет экономической эффективности.
Экономическая эффективность рассчитывалась по формуле (1):

$$Кэ = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Экономические затраты, связанные с медицинской программой}} \quad (1)$$

Для расчета экономических затрат (экономический ущерб) применялась следующая формула (2):

$$Iit = \Sigma (Njit*Зjit) \quad (2);$$

где, Njit – заболеваемость j-м заболеванием (число случаев) в возрасте i в году t; Зjit – средняя величина на лечение j-го заболевания для возраста i в году t.

Методологически определение экономической эффективности системы здравоохранения основывается на определении стоимости отдельных видов медицинских мероприятий, а также величины затратной суммы, наносимыми теми или иными заболеваниями. Стоимостные показатели лежат в основе определения экономической эффективности системы здравоохранения.
В данном исследовании методом оценки эффективности затрат в здравоохранение применялся метод «затрат – результативность», который определен наиболее адекватным методом экономического анализа при рассмотрении эффективности внедрения новых программ в здравоохранение.
Определение для каждого индикатора показателей расчета экономической эффективности проводился на основании средних показателей (среднее значение). Сумма средних показателей, затраченных на 1 случай в стационаре, рассчитывался на основании клинико – затратных групп, перечень которых был определен методологией СКПН.
Экономический ущерб в результате смертности населения всех возрастов в году выражается суммой величин ущерба от смертности в каждом возрасте (3):

$$Mt = \Sigma Мпвt \quad (3)$$

Данный показатель позволит оценить экономические потери, которые несет общество в результате смерти человека, не дожившего до возраста средней продолжительности жизни.
Выявление уровня экономической эффективности индикаторов определено важной составляющей при выборе наиболее оптимальных вариантов финансирования и способствует в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных финансовых ресурсов. Экономическая эффективность реализации мероприятий СКПН отражает усилия управленцев в области здравоохранения по превращению затрат в качество. Таким образом, методология сравнительной оценки эффективности системы здравоохранения разных уровней, отражает результаты работы на уровне учреждений и отдельных регионов посредствам расчета количественных индикаторов, характеризующих эффективность медицинской помощи.
Так, по индикатору «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации», исследуемыми параметрами определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар со злокачественными новообразованиями 3-4 стадии и количество впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.
Данный индикатор рассчитывается как соотношение впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения к количеству всех впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации среди прикрепленного населения. Пороговым значением определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.
Спад показателя данного индикатора свидетельствует об эффективности раннего выявления (1-2 стадия) случаев злокачественного новообразования визуальной локализации способствующего снижению госпитализации данных случаев на более поздней стадии (3-4). Таким образом, можно свидетельствовать, что каждый случай выявленный на 3-4 стадии - это не выявленный больной на 1-2 стадии, своевременно не охваченный диспансерным наблюдением. Следовательно, медико – экономическую эффективность данного индикатора заключается в снижении количества выявленных пациентов на 3-4 стадии путем их выявления на 1-2 стадии и проведении эффективных лечебных и профилактических мероприятий.
Экономическая эффективность данного индикатора рассчитана как разница суммы средств затраченных на лечение ЗНЛВ в 3-4 стадии в стационаре и средств на лечение 1-2 стадии по отношению к количеству впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.
Анализ данного индикатора по количеству случаев выявленных впервые ЗНЛВ показан в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации (по индикаторам СКПН)

Период	Впервые выявленные случаи ЗНЛВ 3-4 стадии среди прикрепленного населения	Количество всех впервые выявленных случаев ЗНЛВ среди прикрепленного населения	%
I квартал 2011	500	2216	22,56
II квартал 2011	500	2216	22,56
III квартал 2011	204	1113	22,7
IV квартал 2011	300	1456	20,6
I квартал 2012	232	1013	22,9
II квартал 2012	353	1813	19,47
III квартал 2012	350	1849	18,9
IV квартал 2012	388	2070	18,74
I квартал 2013	447	6846	6,52
II квартал 2013	446	6820	6,53
III квартал 2013	401	6423	6,24
IV квартал 2013	399	7012	5,7
Средний показатель	376,6	3403,9	16,1

Средняя стоимость лечения в стационаре по анализируемым нозологиям МКБ-10 (Международной квалификации топографии и морфологии опухолей) на ранних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на конец 2012 года составила 98 601 тенге. Расчет средней суммы проводился по клинико – затратным группам злокачественных новообразований (приказ и.о.министра здравоохранения РК №11 от 8.01.2013 года) согласно перечню определенных заболеваний, учитываемых СКПН. На поздних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации стоимость лечения в стационаре составляет 163 274 тенге. Таким образом, каждый больной с ЗНВЛ 3-4 стадии в среднем получает лечение на 64 673 тенге дороже ранней стадии лечения.

Так, на лечение в стационаре случаев запущенной стации ЗНЛВ в I и II кварталах 2011 года было затрачено (Iit) по 81 637 000 тенге, что составляет 32,5% всей затраченной суммы на лечение. В III квартале 2011 года данный показатель (Iit) составляет 33 307 896 тенге и в IV квартале 2011 года 48 982 200 тенге (27% и 30% соответственно). В четырех кварталах 2012 года аналогичная картина: I квартал – 37 879 568 тенге (32,9%), II квартал – 57 635 722 тенге (28,59%), III квартал – 57 145 900 тенге (30,5%) и IV квартал – 63 350 312 тенге (31,03%). В свою очередь, в I и II кварталах 2013 года сумма затраченных средств составляет 72 983 478 и 72 820 204 тенге соответственно, а в III и IV кварталах 2013 года – 65 472 874 и 65 146 326 тенге., и составляет около 11% всех затраченных средств на данную клинико – затратную группу ежеквартально. Таким образом, от 21-33% всех затраченных средств приходится на лечение злокачественного новообразования визуальной локализации в стационаре.

В среднем в месяц на злокачественные новообразования визуальной локализации расходуется 186 972 672 тенге. Выявление аналогичного количества случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на ранних стадиях (3 720) позволит сэкономить около 240 583 560 тенге за изучаемый период, в квартал сумма составляет 24 058 356 тенге. Таким образом, удельный вес экономии средств в квартал составляет 10-12% от общей суммы и за три года - около 9-11%.

Так, даже при установленном ежеквартальном пороговом значении показателя – снижение значения на 5% (среднее значение случаев 18,6) - экономия средств в среднем составляет 3 036 896 тенге.

Немаловажным при расчете экономической эффективности является % впервые зарегистрированных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации подлежащих стационарному лечению. Средний показатель госпитализации больных онкологией составляет около 83%. Таким образом, если учитывать данный критерий экономическая эффективность возрастает на 15-16% и составляет около 9 110 689 тенге в квартал.

С учетом финансовых средств, выделенных на стимулирование результатов деятельности по данному индикатору, экономическая эффективность в квартал составляет около 1 822 138 тенге (на СКПН по данному индикатору затрачивается около 2-3% от всей суммы затраченных средств на лечение).

Следовательно, ранее выявление случаев злокачественного новообразования визуальной локализации свидетельствует об их экономической эффективности для здравоохранения. Эффективная работа специалистов участковых служб ПМСП по раннему выявлению в связи с ежегодным высоким показателем онкологических заболеваний в стране определена актуальной на сегодняшний день. Проведение мероприятий по своевременному охвату диспансерным наблюдением больных с злокачественными заболеваниями и своевременным направлением на оздоровление больных с предопухолевыми заболеваниями, а эффективные лечебные мероприятия позволят снизить количество случаев злокачественного новообразования визуальной локализации. Таким образом, снижение показателя по данному индикатору и стимулирование специалистов ПМСП позволит в значительной степени не только повысить медицинскую эффективность, но и сэкономить финансовые средства, выделяемые на лечение указанной нозологии в системе здравоохранения.

Таким образом, проведенный объем исследования позволяет свидетельствовать об эффективности внедрения системы СКПН – сокращение расходов на затраты лечения путем снижения показателей целевых индикаторов (промежуточных целевых индикаторов). Результативная работа участковых служб ПМСП позволит в значительной степени сократить расходы на лечение в стационаре и как следствие отразиться на всей системе финансирования здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ
1 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: РАЕН, 2012. – 528 с.
2 Fayers P., Hays R. Assessing Quality of Life in Clinical Trials // Methods and Practice. - Oxford, New York: 2005. – P. 45-49.
3 Torres M.S., Calderon S.M., Diaz I.R. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population // Qual. Life Res. - 2004. – №13(8). – P. 1401-1407.
4 Кайнд П., Вильямс А. Оценка эффективности медицинской помощи // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2006. - №7-8. - С. 46-55.
5 Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2007. - №9-10. - С. 4-14.

С.А. МАМЫРБЕКОВА, К.К. КУРАКБАЕВ
Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

«ВИЗУЛДЫ ЛОКАЛИЗАЦИЯДАҒЫ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРДІҢ АСҚЫНҒАН ТҮРІ» БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЫНЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: «Визулды локализациядағы қатерлі ісіктердің асқынған түрі» индикаторы бойынша көрсеткіштердің төмендеуі және алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейіндегі мамандарды ынталандыру медициналық тиімділікті арттыруға және денсаулық сақтау жүйесінде көрсетілген неозологияны емдеуге бөлінетін қаражаттарды үнемдеуге мүмкіндік береді.

S.A. MAMYRBEKOVA, K.K. KURAKBAYEV
High School of Public Health

ECONOMIC EFFICIENCY OF THE EVALUATIVE INDICATOR "CHRONIC CASES OF MALIGNANCY VISUAL LOCALIZATION"

Resume: The decline in the indicator "Chronic cases of malignancy visual localization" and promotion of primary health care professionals would greatly improve the health, efficiency, and save financial resources allocated to the treatment of this nosology in the health system.
Keywords: indicator, cost-effectiveness, financial resources, territorial local service

ӘӨЖ 614.170.71.045 (075.8)

М. ОРЫНБАЕВА, П. САРЫБАСОВА, С. ТӘТТІМБЕТОВА, Г. АЙҚЫНҚЫЗЫ, Э. АЙТАХУНОВА, Г. КУРБАНОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

ЕМХАНАДАҒЫ МЕЙІРБИКЕЛІК КӨМЕК САПАСЫН ӘЛЕУМЕТТІК БАҒАЛАУ

Мейірбикелік қызметті бағалау, медициналық ғылым мен технологияның заманауи деңгейіне, пациенттерге көрсетілетін көмектің қажеттіліктері мен күтілімдерінің сәйестігін айқындайтын медициналық-экономикалық көрсеткіштердің жиынтығы ретінде қарастырылатын, медициналық көмек сапасының маңызды аспектілерінің бірі болып табылады.
Түйінді сөздер: *сапа, мейірбикелік көмек, әлеуметтік бағалау, қанағаттанушылық.*

Мейірбикелік көмек сапасы – денсаулық сақтау жүйесінің кешенді параметрлерінің талдау нәтижелерін сипаттайтын, ұйымның ресурстық мүмкіндіктерін анықтайтын, басқару тиімділігін, функционалды қасиеттерін, жұмысының нәтижелерін бағалайтын халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасының маңызды аспектісі [1].

Мейірбикелік көмек сапасын бақылау процедурасы - мейірбикелік қызметтің дамуындағы жаңа бағыт болып отыр. Оны бақылау міндеті бас мейірбикеге жүктелген. Бұл іс-әрекетті мейірбикелік қызметтің басшылары түрлі мейірбикелік мамандықтар бойынша мейірбикелік көмектің сапасын сипаттайтын көрсеткіштер жүйесі, бақылау және бағалау әдістері, эксперттік шешімдер болғанда ғана тиімді іске асыра алады [2].

Зерттеу мақсаты: қала емханаларындағы мейірбикелердің еңбек сапасын бағалау жүйесін зерттеу.

Алматы қаласы емханаларының учаскелік дәрігерлері, учаскелік мейірбикелері және бас мейірбикелері арасында сауалнама жүргізілді. Барлығы 73 сауалнама, соның ішінде 21 - учаскелік дәрігерлерге, 24 – учаскелік мейірбикелерге, 18 – бас мейірбикелерге жүргізілді. Сауалнама жүргізгендердің 93% - әйелдер, 7% - ер адамдар. Әйел респонденттрердің санының көптігі денсаулық сақтау саласының құрылымымен, емханалардағы ОБМП мен учаскелік дәрігерлер арасында ер-мамандардың аздығымен түсіндіріледі.

Респонденттердің көпшілігінің (56%) жұмыс өтілі 5-15 жыл, жоғары категориялы мамандардың жалпы көлемі - 10%, соның ішінде бірінші категориялы -13% және екінші категориялы - 6% құрайды.

Учаскелік дәрігерлер мен учаскелік мейірбикелерге сауалнама жүргізу нәтижесі, орта буынды медициналық персонал (ОБМП) емдеу-диагностикалық үрдісте белсенді және тең құқылы қатысушы екендігін көрсетті. ОБМП жұмысы емдеу, қайта қалпына келтіру, пациенттің сауығу тиімділігіне (мейірбикелердің 77%) тікелей әсер етеді. Медициналық мейірбикелер мейірбикелік көмек сапасын басқару жүйесінің, олардың жұмысының тиімділігін бақылаудың тиімді әдістерін дайындаудың (67%) қажеттілігін көрсетіп отыр.

Орта медициналық персоналдың көзқарасы бойынша, мейірбикелік көмек сапасын қамтамасыз етуде қажетті ресурстармен қамтамасыз ету, кадрлармен қамтамасыз етудің толықтығы, материалдық-техникалық қамтамасыз ету ең алдыңғы қатарлы шаралар болып табылады.

Мейірбикелік көмек сапасын бағалау – белгілі-бір шараларды сатылы түрде орындауды, яғни мейірбикелік көмек сапасының критерийлерін негіздеуді, сараптаманы

ұйымдастыру ретін анықтауды, сарапшыларды мейірбикелер персоналының арасынан дайындауды талап етеді.

Мейірбикелік персоналдың көзқарасы бойынша, олардың жұмысын жоспарлау мен реттеуді - мейірбикелік іс пен мейірбикелік көмек сапасын сараптауда құзіретті мамандар жүргізуі қажет. Жауап бергендердің көпшілігі мейірбикелік көмек сапасын мейірбике (50%) және бас мейірбике (30%) жүргізу керек деп санайды. Іс жүзінде бақылау нәтижелерін тіркеу үшін арнайы құжаттар (эксперттік карта) қолданылуы керек (62%).

Дәрігерлер персоналы медициналық көмек сапасын қамтамасыз етуде орта медициналық персоналдың рөлінің екінші сатыда тұрғандығын айтады (респонденттердің 60%). Дәрігерлердің тек 10% ғана мейірбикелердің өз бетімен шешім қабылдай алатындығын, ал респонденттердің 13% мейірбикелерді жеке субъектілер ретінде қарастырмайды. Бірақ респонденттердің көп бөлігі (73%), мейірбикелерді белгілі-бір медициналық көмек түрін (шұғыл жәрдем) көрсетуде жеке субъект ретінде шешім қабылдай алатындығын айтады.

Дәрігер персоналының көп бөлігі (77%) мейірбикелік көмек сапасына сараптама жүргізуді қолдаса, жауап бергендердің қалған бөлігі (дәрігерлердің 13%) оның қажеттілігін керек етпейді. Мұндай әкімшілік шарасын бас мейірбике, аға мейірбике (33%) және тек 10% жағдайда ғана мейірбикелер өзі-өзін бақылау жүргізуі тиіс деп санайды.

Мейірбикелік көмек сапасын сараптаудың негізгі әдістеріне, респонденттердің жауабы бойынша (респонденттердің 50%) бұрыннан келе жатқан медициналық құжаттарды (дәрігердің тағайындау парақтары) талдау болып табылады.

Мейірбикелік көмек сапасын сараптау - оны жүргізу кезінде сараптаушылар сараптау карталарын қолданғанда және оның нәтижелері бойынша тиімді басқару шешімдері қабылданғанда нәтижелі болады. Тәжірибе жүзінде бақылау нәтижелерін тіркеу құжаттарының (сараптау карталары) қажеттігін дәрігерлердің тек 27% ғана қолдап отыр. Осы сараптау тобы мейірбикелік көмек сапасына сараптауды кім, қандай әдістермен және қандай құралдармен жүргізу туралы анық ойлары болмаса да, осындай процендура қажет екеніне күмәні жоқ.

Сапаны бақылау жүргізу үшін, біз мейірбикелік көмек сапасын сипаттайтын критерийлер дайындадық. Мейірбикелік істің 12 бағытын бағалау ұсынылды. Дәрігерлер мен мейірбикелер мейірбикелік персоналдық жұмысын ұсынылған критерийлер бойынша 5 баллдық жүйемен бағалады және бөліп бағалау әдісі бойынша жұмыс түрлерінің маңыздылығын анықтады.

Сарапшы ретінде дәрігерлер мен мейірбикелер мейірбикелердің жұмысын біз ұсынған критерийлер жүйесі бойынша бағалағанда, көзқарастары тек маңызды көрсеткішті анықтауда ғана келіспеді. Дәрігерлердің көзқарасы бойынша «теориялық және тәжірибелік дайындық деңгейі» бірінші орында болса, ал мейірбикелер үшін «дәрігерлердің тағайындауларын өз уақытында орындау» маңызды болып отыр. Алынған нәтижелерден көріп отырғанымыздай, мейірбикелік іс саласында болып жатқан қайта құруларға қарамастан, мейірбикелер өздерін емдеу үрдісінде тең құқылы қатысушы ретінде емес, әлі де болса дәрігерлердің тағайындауларын орындаушы ретінде көреді.

Дәрігерлер мен мейірбикелердің көзқарасы ОБМП жұмысының келесі бағыттарының маңыздылығын анықтауда бір ойға келісті: пациенттерді зерттеуге дайындау стадарттарын сақтау; емдеу үрдісін өз уақытында дәрілік және таңу заттарымен қамтамасыз ету; медициналық құжаттарды өз уақытында дұрыс толтыру; пациенттің қанағаттануы; медициналық этика мен деонтологияны сақтау; ішкі тәптіп ережелерін сақтау.

Көріп отырғанымыздай, ұсынылған көрсеткіштер медициналық көмек көрсетудің негізі болып табылады және бөлім меңгерушілері тарапынан бақылау мен талдауға алынуы керек.

Мейірбикелік қызметтің басшыларымен мейірбикелік көмек сапасының көрсеткіштерін бөліп бағалауда бірқатар көрсеткіштерге дұрыс баға берілмегендігі көрініп тұр, мысалы төмендегілер: емдеу үрдісін өз уақытында дәрілік және таңу заттарымен қамтамасыз ету; пациенттің қанағаттануы; пациенттерде асқынулардың болмауы; теориялық және тәжірибелік дайындық деңгейі.

Сауалнама жүргізілген мейірбикелік ұжым басшыларында МКС-қа арнайы дайындалған сарапшылар сараптама жүргізу қажеттігі туралы біріңғай көзқарас жоқ (сауалнама жүргізілген мейірбикелік ұжым басшыларының 23%). Қалған басшылардың көпшілігі сараптаманы бас және аға мейірбикелер еш дайындықсыз жүргізе алатындығына күмәні жоқ және жауап беріп отырғандардың аз бөлігі МКС-қа тек аға мейірбике жүргізуі тиіс деп санайды. Бірақ респонденттердің 63% мейірбикелік ұжым басшыларына МКС-ты тақырыптық жетілдіру циклдары қажет екендігін айтады.

Мейірбикелік көмек сапасына бақылау жүргізудегі ұйымдастыру жұмыстары тексеру жоспарын құрастырумен шектеледі. Сауалнама жүргізгендердің 93% бақылауды күн сайын, ал 7% - ай сайын жүргізеді. Респонденттердің көпшілігі дәрігерлік тексерулер, мейірбикелерден жауап алу және медициналық құжаттарды талдауды пайдаланса, кейбір жағдайларда пациенттер мен олардың туыстарымен сұхбат жүргізіледі.

Сауалнама жүргізілген мейірбикелік қызметтің басшыларының 77% көзқарасы бойынша, МКС-қа бақылау жүргізуде, мейірбикелік стандарттар сапаны бақылау жүйесінің міндетті элементі болып табылады. Басқару буыны өкілдерінің көзқарасы бойынша (77%) мейірбикелік құжаттар мейірбикелер көрсететін көмек сапасы туралы анық ақпарат береді, бірақ медициналық ұйымдардағы бүгінгі таңдағы қолданылып жүрген құжаттар толық жетілмеген, толықтыруларды қажет етеді.

МКС-қа жүргізілген бақылау нәтижелері қажетті құжаттардың жоқтығына байланысты тіркелмейді.

Респонденттердің 43% МКС бақылау нәтижелерін тіркейтін құжаттар қажет деп санаса, 30% респонденттер қажет емес деп санайды. Ал респонденттердің 20% нәтижелерді тіркейтін құжаттарды пайдаланатындығын айтады.

Мейірбикелік ұжымдардың басшылары (78%) басқарудың заманауй ұйымдастырушылық құрылымын қалыптастыруға қатысуға дайын екендігін айтады.

Мейірбикелік ұжым басшыларының МКС басқарудағы құзіреттілігі - сапа көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған шешімдердің тиімділігімен анықталады.

Респонденттердің көзқарасы бойынша МКС-ты жақсартудағы жүргізіліп отырған шаралардың тиімділігі бойынша алатын орны: 1-ші кезекте – мәселелерді мейірбикелер Кеңесінде талдау (86%); 2-ші кезекте – қабылданған басқару шешімдерінің нәтижелелері бойынша көрсетілген мейірбикелік көмектің ақаулары мен бұзылыстарына қайта талдау жүргізу (40%); 3-ші кезекте – мейірбикелік көмек стандарттарын дайындау және оны енгізу (28%); 4-ші кезекте – медициналық құжаттарды жетілдіру (10%).

Сауалнама жүргізілген мейірбикелік персоналдың басшыларының 67% жүргізілген шаралар тиімді деген болса, 33% бұл шаралар барлық уақытта тиімділік бермейді деп есептейді. Басқару шешімдері тиімді болмаған жағдайда респонденттердің 67% басқа шешімдер қабылдайды, бірақ шаралар 14% жағдайда қайталанады. Осыған қарағанда, мейірбикелік қызмет басшылары тиімді басқару шешімдерін қабылдауда білімдерін жетілдіру қажеттігі туып отыр.

Қорытындылай келе, учаскелік дәрігерлер мен учаскелік мейірбикелерге жүргізілген зерттеу нәтижелері, орта буынды медициналық персонал емдеу-диагностикалық үрдісте белсенді және тең құқылы қатысушы екендігін көрсетті. орта буынды медициналық персонал жұмысы емдеу, қайта қалпына келтіру, пациенттің сауығу тиімділігіне (мейірбикелердің 77%) тікелей әсер етеді. Медициналық мейірбикелер мейірбикелік көмек сапасын

басқару жүйесінің, олардың жұмысының тиімділігін бақылаудың тиімді әдістерін дайындаудың (67%) қажеттілігін көрсетіп отыр.

Сонымен қатар, орта медициналық персоналдың көзқарасы бойынша, мейірбикелік көмек сапасын қамтамасыз етуде заманауй медициналық қондырғылар және аспаптармен қамтамасыз ету (86,4%), денсаулық сақтау саласында заңдылықты құжаттардың талаптарының сақталуы (38,2%), , материалдық-техникалық қамтамасыз ету (52,2%), медициналық көмек көрсету деңгейін көтеру (19,4%), медициналық қызметкерлердің квалификациясын жоғарылату (18,8%) ең алдыңғы қатарлы шаралар болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Жихарева Н.А. Изменение функциональных обязанностей врача и медицинской сестры как инструмент повышения качества медицинской помощи // Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 66-й научно-практической конференции студентов и молодых специалистов СГМУ. – Саратов: СГМУ, 2005. - С. 198-199.

2 Азизова Б.Г. Социологическое изучение отношения руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. - № 2. – С. 38-40.

М. ОРЫНБАЕВА, П. САРЫБАСОВА, С. ТӘТТІМБЕТОВА, Г. АЙҚЫНҚЫЗЫ, Э. АЙТАХУНОВА, Г. КУРБАНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Резюме: Оценка сестринской деятельности является важнейшим аспектом качества медицинской помощи, которое можно рассматривать как совокупность характеристик и медико-экономических показателей, подтверждающих соответствие оказанной помощи имеющимся потребностям и ожиданиям пациента, современному уровню технологий и медицинской науки

Ключевые слова: качества, сестринская помощь, социологическая оценка, удовлетворенность.

M. ORYNBAEVA, P. SARYBASOVA, S. TATTIMBETOVA, G. AYKYNKYZY, E. AITAHUNOVA, G. KURBANOVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova

SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF QUALITY OF NURSING CARE AT POLICLINIC

Resume: Evaluation of nursing activity is an important aspect of quality of care, which can be regarded as a set of characteristics and medical-economic indicators, confirming compliance assistance provided existing needs and expectations of the patient, the current level of technology and medical science

Keywords: quality, nursing care, sociological assessment, satisfaction.

УДК 616.831-005.4(23.03)(575.2)

Н.Т. КУДАЙБЕРГЕНОВА

к.м.н., с.н.с. зав.отделом медицинской реабилитации. Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В РАЗЛИЧНЫХ ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Результаты исследования 362 больных перенесших ИИ показали, что у жителей высокогорья преобладают такие факторы риска, как артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия и отягощенная наследственность. ИИ у жителей высокогорья протекает с более выраженной общемозговой симптоматикой, более выраженными речевыми нарушениями и вегетативными расстройствами. На ЭКГ чаще встречаются ишемические изменения.

Ключевые слова: *ишемический инсульт, горцы, факторы риск.*

Сосудистые заболевания головного мозга занимают одно из ведущих мест в мире по частоте летальных исходов и развитию инвалидизации среди населения. По данным Heart Disease and Stroke Statistics (2014) у 6,8 млн. американцев в возрасте ≥20 лет развивается инсульт, каждые 4 минуты кто-нибудь умирает от него [1]. Литературные сведения распространенности, заболеваемости и смертности от инсульта в горных условиях противоречивы [2,3,4,5,6,7,8]. Многочисленными исследованиями, проведенными в КР, установлено, что горный климат оказывает модифицирующее влияние на частоту и клинические проявления практически всех заболеваний человека [9,10,11]. В исследованиях проведенных Тянь-Шане была показана высокая заболеваемость нарушений мозгового кровообращения (НМК) в высокогорном г. Нарыне по сравнению с г. Бишкек [12].

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение клинического течения инсульта у больных, перенесших ишемический инсульт в различных горных условиях Кыргызской Республики.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Обследовано 362 больных с перенесенным ишемическим инсультом в течение последних 2^{x} лет (2008-2009 годы),

средний возраст составил 58,91±0,51 лет. Диагноз инсульта базировался по критериям ВОЗ.

Критерии включения: клиническая картина впервые развившегося ишемического инсульта в течение последних 2[х] лет (2008-2009 годы).

Критерии исключения из исследования: повторный инсульт; геморрагический инсульт либо спонтанное субарахноидальное кровоизлияние; наличие когнитивных и психических нарушений; невозможность самостоятельного передвижения вне помещения, отсутствие способностей к самообслуживанию, нарушение глотания, тазовые нарушения; острый инфаркт миокарда, наличие на ЭКГ мерцательной аритмии.

Больные в зависимости от места постоянного проживания были разделены на 2 группы: 1ая группа (n=188, средний возраст 58,85±0,71 лет), больные с перенесенным ИИ, постоянно проживающие в условиях высокогорья (Нарынская область, 2500м над уровнем моря). 2ая группа (n=174, средний возраст 56,59±0,65 лет), больные с перенесенным ИИ, постоянно проживающие в условиях низкогорья (Чуйская область, 1000м над уровнем моря). Анализируемые группы были сопоставимы по возрасту, типу инсульта и срокам заболевания.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Клинический осмотр кардиолога и невропатолога с оценкой факторов риска инсульта.
2. ЭКГ в 12 стандартных отведениях анализировались следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), наличие гипертрофии отделов сердца, нарушений ритма и проводимости сердца, отклонений сегмента ST (элевация или депрессия), инверсий зубцов Т, рубцовых изменений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Анализ клинического течения ишемического инсульта у обследованного контингента больных показал, что повторные инсульты в течение года встречались чаще у жителей высокогорья (17,05% в 1ой группе и 2,08% во 2ой группе, p<0,001). Общемозговая симптоматика была более выраженной у больных в условиях гор и встречалась значительно чаще (в 65,9% случаев), чем у жителей низкогорья (в 19,8% случаев) (p<0,001). У горцев, перенесших ИИ речевые нарушения в виде афазии, дизартрии, нарушения чувствительности и вегетативные расстройства встречались достоверно чаще (рис.1).

Головокружение чаще сопровождало заболевание у больных перенесших инсульт в условиях высокогорья (51,1% против 19,8%, p<0,001). Парезы были у более 80% больных в обеих группах и достоверно не различались между группами (94,3% случаев в 1ой группе и 89,6% случаев во 2ой группе). Зрительные нарушения встречались недостоверно чаще у больных 1ой группы (14,8% в 1ой и 8,3% во 2ой группе, p>0,05).

До и во время развития инсульта такие симптомы заболевания, как головные боли, головокружение, шум в голове, снижение памяти, работоспособности встречались чаще у больных в 1ой группе. В обеих группах преобладало внезапное начало заболевания (73,8% случаев в 1ой группе и 81,3% случаев во 2ой группе). Анализ условий развития инсульта показал, что он чаще развивался во 2ой группе во время или после психоэмоционального стресса. Другие условия развития инсульта одинаково часто встречались в двух группах, и достоверных различий между группами не было (рис. 2).

Изучение частоты встречаемости факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных перенесших ИИ в различных горных условиях показал, что наиболее чаще наблюдается преобладание инсульта развившегося на фоне артериальной гипертензии (АГ), однако чаще гипертония в анамнезе заболевания была у больных 1ой группы – 92,02% против 85,06% во 2ой группе (p<0,05). Гиперхолестеринемия способствует развитию атеросклероза и наряду с АГ является одним из главных причин развития инсульта [13,14]. У обследованных больных повышенный уровень холестерина чаще обнаруживался в 1ой группе 20,74% и 12,14% во 2ой группе (p<0,05), средний уровень общего холестерина был примерно одинаковым в обеих группах 4,90±0,10 в 1ой и 4,79±0,13 во 2 [ой] группе соответственно (p>0,05). Известно, что курение увеличивает риск развития инсульта на 40% у мужчин и на 60% у женщин, что связано с развитием атеросклероза [15,16]. В работах Миррахимова М.М. и Мейманалиева Т.С. проведенных в нашей республике было показано, что распространенность курения среди коренных жителей высокогорья составляла 32,7%, среди горожан 48%, в исследовании «Интерэпид» (2013) было показано, что наибольшая распространенность курения приходится на 30-39 лет и составляет 30,8% [17]. По результатам нашего исследования были получены аналогичные результаты, процент курящих пациентов был больше во 2ой группе 33,33% против 23,94% в 1ой группе (p<0,001).

Существенную роль в возникновении инсульта играет наследственная предрасположенность к развитию ЦВЗ [18,19,20]. При анализе факторов риска инсульта случаи с отягощенной наследственностью преобладали у больных перенесших инсульт в горных условиях (49,47% в 1ой группе и 32,76% во 2ой группе, p<0,001). Сахарный диабет также является основным риск фактором развития инсульта и является риск фактором для повторного инсульта [21]. У наших обследованных больных гипергликемия выявлялась у 22,87% в 1ой группе и 20,23% во 2ой группе (p>0,05).

Известно, что в остром периоде инсульта часто встречаются реполяризационные и ишемические изменения в миокарде [22, 23]. Распространенность ЭКГ изменений при остром инсульте составляет от 15 до 41,3%. Исследование работы сердца у здоровых горцев показали высокую частоту развития нарушений ритма и проводимости сердца по сравнению с жителями низкогорья [24]. У горцев молодого возраста при суточном мониторировании ЭКГ в несколько раз чаще, чем у зрелых горцев выявляется торможение сино-атриальной и предсердно-желудочковой проводимости. При исследовании больных с АГ, проживающих в высокогорье были характерны брадикардия, высокая степень венозной гипертензии и замедление линейной скорости кровотока [25].

В нашем исследовании анализ ЧСС по данным ЭКГ показал, что тахикардия с ЧСС >90 ударов в минуту чаще регистрировалась у больных в 1ой группе (21,9% против 10,9% во 2ой группе (p<0,05), а брадикардия с ЧСС <50 ударов в минуту преимущественно встречалась у больных во 2[й] группе (22,08% против 0,09% в 1ой группе, p<0,02). Отклонение электрической оси сердца вправо, и ЭКГ признаки перегрузки/гипертрофии ПЖ выявлялись только у больных в 1ой группе у 8 больных (6,15%). Признаки гипертрофии ЛЖ достоверно чаще выявлялись во 2ой группе (8,46% в 1ой группе и 31,3% во 2ой группе, p<0,001).

Нарушения ритма сердца в виде изолированных желудочковых экстрасистол (ЖЭС) на стандартной ЭКГ были зарегистрированы в 2,31% в 1ой группе и 8,7% во 2ой группе (p<0,02). Из нарушений проводимости атриовентрикулярная блокада I степени на стандартной ЭКГ была выявлена у 6 больных (4,62% случаев) в 1ой группе и у 1 больного (0,87%) во 2ой группе (p>0,05). Ишемические изменения, такие как депрессия сегмента ST достоверно чаще встречались у больных в 1ой группе: передне-перегородочной области ЛЖ – 9,09% в 1ой и 1,09% во 2ой группе, p<0,005, боковой стенки ЛЖ – 15,45% в 1ой и 6,59% во 2ой группе, p<0,05 и нижней стенки ЛЖ – 6,36% в 1ой и 1,09% во 2ой группе, p<0,05. Негативные зубцы Т регистрировались только у больных в 1ой группе (у 3,63% случаев). Рубцовые изменения были выявлены в обеих группах, однако чаще встречались у больных в 1ой группе (рубцовые изменения нижней стенки ЛЖ - 11,8% случаев в 1ой группе и 1,09% случаев во 2ой группе, p<0,001).

Таким образом, по результатам нашего исследования выявлен ряд особенностей клинического течения ИИ у горцев: тяжелое течение заболевания, инсульт протекает с более выраженной общемозговой симптоматикой и речевыми нарушениями, преобладание таких факторов

риска, как отягощенная наследственность, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия. Эти особенности клинического течения ИИ в условиях высокогорья вероятно можно объяснить сложным взаимодействием таких факторов риска, как отягощенная наследственность, нерегулярное лечение артериальной гипертензии, отсутствием профилактических и реабилитационных программ, влиянием климатических факторов (гипоксия, холод). Для выяснения роли каждого из перечисленных факторов необходимы дальнейшие исследования.

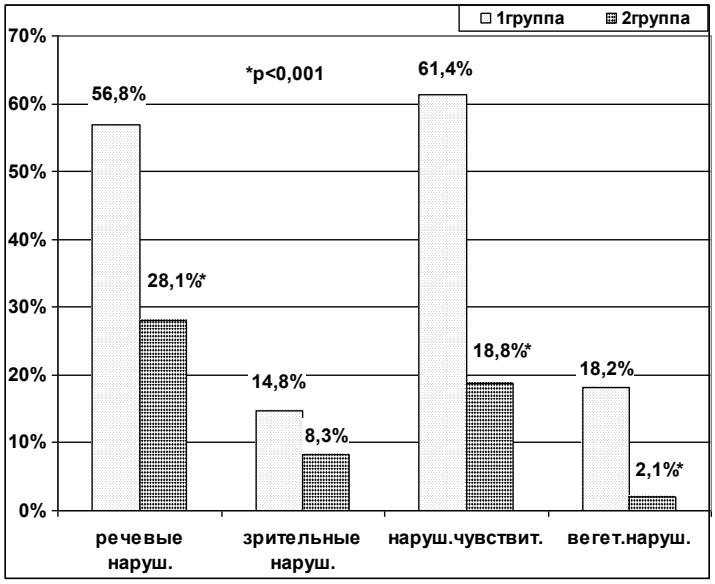


Рисунок 1 - Особенности течения заболевания у больных перенесших ИИ в условиях различных высот КР

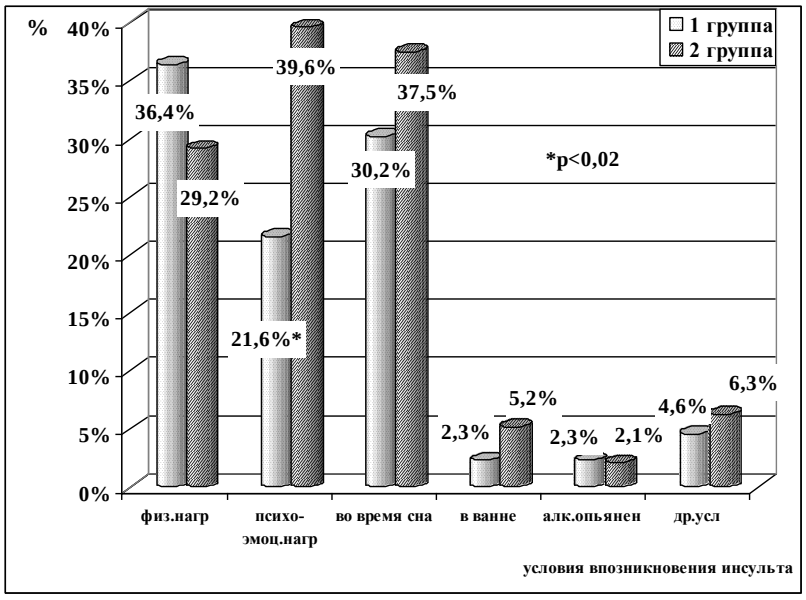


Рисунок 2 - Условия развития заболевания у больных перенесших ИИ в условиях различных высот КР

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Go A., Mozaffarian D., Roger V. Heart Disease and Stroke Statistics - 2014 Update. [Text]: A Report from the American Heart Association //Circulation. – 2014. – V.129. – P. 28 – P. 292.
2 McKenzie D.C., Goodman L.S., Nath C., et al. Cardiovascular adaptations in Andean natives after 6 weak of exposure to sea level //J. Appl. Physiol. – 1991. – V.70. – №6. – P. 2650-2655.
3 Collins R., Peto R., MacMahon S. Blood pressure, stroke and coronary heart disease, part 2: short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context / /Lancet. – 1990. – V.335. – P. 827-838.
4 Niazz A. Nayaar S.J. Cerebrovascular stroke at high altitude // Coll. Physician. Surg. Pak. – 2003. – V.13. – №8. – P. 446-448.
5 Al Tahan A., Buchur J., Khwsky F., et al. Risk factors of stroke at high and low altitude areas in Saudi Arabia // Arch. Med. Res. – 1998. – V.29. – №2. – P. 173-177.
6 Jha S., Anand A., Sharma V., et al. Stroke at high altitude: Indian Experience // High alt. med. and Biol. – 2002. – V.3. – №1. – P. 21-25.
7 Faeh D., Gutzwiller F., M.Bopp. Lower mortality from coronary heart disease and stroke at higher altitudes in Switzerland // Circulation. – 2009. – V.11. –120. – №6. – P. 495 – 501.
8 Мурзалиев А.М., Кадырова З.А, Тургунбаев Д.Д. и др. Профилактика нарушений мозгового кровообращения // ЦАМЖ. – 1998. – Т.4. – № 2-3. – С. 18–22.
9 Миррахимов М.М. Очерки о влиянии горного климата Средней Азии на организм: очерки. – Кыргызстан: 1964. – 212 с.

10 Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология: очерки. – Фрунзе: 1984. – 315 с.
11 Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. Горная медицина: очерки. – Фрунзе: 1978. – 182 с.
12 Мурзалиев А.М. Ангионеврология в Кыргызстане: некоторые итоги и последующие шаги // ЦАМЖ. – 2009. – №3. – Т.XV. – С. 204-207.
13 Gorelick P.B. New horizons for stroke prevention: PROGRESS and HOPE // Lancet. Neurol. – 2002. – V.1.– P. 149–156.
14 Gorelick P.B. Stroke prevention: windows of opportunity and failed expectations? A discussion of modifiable cardiovascular risk factors and a prevention proposal // Neuroepidemiology. - 1997. – V.16. – P. 163–173.
15 Mast H., Thompson J.L., Lin I.F., et al. Cigarette smoking as a determinant of high-grade carotid artery stenosis in Hispanic, black, and white patients with stroke or transient ischemic attack // Stroke. – 1998. – V. 29. – №5. – P. 908-912.
16 Kawachi I., Colditz G., Stampfer M., et al. Smoking Cessation and Decreased Risk of Stroke in Women // JAMA. – 1993. – V.269. – P. 232-236.
17 Полупанов А.Г., Халматов А.Н., Алтымышева А.Т. и др. Распространенность сердечно-сосудистых факторов риска среди жителей Кыргызской Республики трудоспособного возраста (по данным международного исследования «ИНТЕРЭПИД»). Часть I. Распространенность курения, злоупотребления алкоголем и физической гиподинамии //ЦАМЖ. – 2013. – №2-3. – Т.XIX.– С.110-117.
18 Скворцова В.И., Лимборская С.А., Сломинский П.А. и др. Генетика ишемического инсульта // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – №4. – С. 10-18.
19 Скворцова В.И., Лимборская С.А., Сломинский П.А. и др. Роль полиморфных вариантов генов ренин- ангиотензиновой системы, эндотелиальной NO-синтазы и p53 в развитии основных факторов риска сосудистой патологии головного мозга и в формировании инфаркта мозга // Consilium Medicum. - М.: 2003. – №5.–Т.5. – С. 12-15.
20 Hamosh A., Scott A., Amberger J., et al. Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM), a knowledgebase of human genes and genetic disorders // Nucleic. Acids. Res. – 2002. – V. 30. – P. 52-55.
21 Goldstein L.B., Adams R., Alberts M.J., et al.Guideline: Primary Prevention of Ischemic Stroke. A guideline from the AHA/ASA Stroke Council // Stroke. – 2006. – V.37. – P. 1583–1633.
22 Davis T.P., Alexander J., Lesch M. Electrocardiographic changes associated with acute cerebrovascular disease: a clinical review // Prog. Cardiovasc. Dis. – 1993. – V.36. – №3. – P. 245-260.
23 Dogan A., Tunc E., Ozturk M., et al. Comparison of electrocardiographic abnormalities in patients with ischemic and hemorrhagic stroke // Erdemoglu AK. Anadolu Kardiyol. Derg. – 2004. –V. 4. – №2. – P.135-140.
24 Миррахимов М.М., Т.С.Мейманалиев. Высокогорная кардиология. Очерки. – Фрунзе: 1984. – С. 315.
25 Гринштейн Б.Я. Некоторые показатели гемодинамики, электрокардиографии, баллистокардиографии и периферической крови у жителей Памира (у здоровых и больных артериальной гипертонией): автореф. дис. … канд. мед. – Фрунзе, 1966. – 25 с.

N.T. KUDAIBERGENOVA
candidate of medical science, senior researcher. Head of medical rehabilitation department of Kyrgyz scientific institute of kurortology and rehabilitation treatment

CLINICAL FEATURE OF DISEASE IN PATIENTS WITH STROKE DEPENDING FROM DIFFERENT ALTITUDE REGIONS OF KYRGYZ REPUBLIC

Resume: Results of investigation 362 patients with ischemic stroke showed that mountaineers have stroke risk factors, such as hypertension, hypercholesterolemia and bed inheritance. Clinical features of stroke in mountaineers characterized by more expressed common symptoms of stroke, expressed speech and vegetative abnormalities. On ECG more present ischemic changes.
Keywords: stroke, mountaineers, risk factors.

УДК 616-083.98+614.86:574.23:656.08(575.172)

А.К. МАДРЕЙМОВ

Нукусский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан, г.Нукус.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

В данной статье исследованы некоторые особенности в организации и управлении службы скорой медицинской помощи Республики Каракалпакстан при реализации реформы здравоохранения Узбекистана. И дана научная интерпретация актуальным проблемам скорой медицинской помощи. Изложены достигнутые положительные результаты исследования в динамике деятельности отделении скорой медицинской помощи Республики Каракалпакстан. Предложены приоритетные пути усовершенствования службы скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: *Организация скорой медицинской помощи, показатели отделении скорой медицинской помощи, качественное оказание скорой медицинской помощи.*

Введение.

С приобретением независимости Узбекистана правительством была реализована реформа здравоохранения, создание службы экстренной медицины и оказания бесплатной, легко-доступной, качественной скорой медицинской помощи населению внезависимости от социального происхождения, национальности и вероисповедания.

В настоящее время экстренная медицина бурно развивается в условиях реформирования здравоохранения Республики Узбекистан по узбекской модели построения государства.

И в нем служба скорой медицинской помощи (СМП) заняла авангардную позицию по оказанию медицинской помощи больным и пострадавшим оказавшихся в экстренных ситуациях. Наблюдается также определенная тенденция развития системы Минздрава и организации службы экстренной медицины, её более широкие возможности для использования в более широком масштабе. Для чего их обеспечивают необходимой медицинской аппаратурой и инструментарием. В деятельности отделения СМП из за возникающих новых задач т.е. не только своевременной госпитализаций, но и оказания качественной медицинской помощи появляется возможность реализаций эффективной СМП больным и пострадавшим при внезапных заболеваниях, происшествиях и чрезвычайных ситуациях возникающих от природных и техногенных катастроф. И для выполнения поставленных этих задач перед службой СМП необходимо:

1. Совместные взаимодействия с другими отделениями экстренной медицинской помощи (ЭМП), принятия ответственных решений, выработка единых мероприятий, консультация врача СМП со специалистами по диагностированию, лечению и эвакуацией больных и пострадавших.
2. Оперативное обеспечение и распределение вызовов по бригадам СМП с учетом нозологий заболевания и специальных бригад СМП, особенно при увеличений вызовов в вечернее время.
3. Организация слаженной работы диспетчерского состава отделения СМП и консультации врача СМП по телефону больных обратившихся в «03» так условна называемых домашних вызовов т.е. хронические больные, не нуждающиеся в срочной СМП [1].

На базе Нукусского филиала РНЦЭМП РУз в отделений СМП была организовано 12 бригад укомплектованных врачами и фельдшерами которые обеспечены всем необходимым инвентарем, лекарственными средствами, перевязочными материалами, медицинской аппаратурой и инструментарием. Из 12-врачебных бригад были 5-терапевтических, 2-детских, 1-кордиологический, 1-хирургический, 1-травмотологический, 1-реанимационная и 1-акушер-гинекологическая.

И полностью был обновлен автопарк специализированной техники отделения СМП с оснащением современными рациями карет скорой помощи.

Цель исследования – изучить деятельность службы скорой медицинской помощи, эффективность его работы при оказаний медицинской помощи населению Республики на новом этапе реформирования системы здравоохранения, создания службы экстренной медицины и его подразделений [2].

Материал и методы.

Нами было изучено период работы отделения СМП РК РНЦЭМП РУз с 2002 по 2012гг., момента открытия и создания службы экстренной медицины в Каракалпакстане. Проанализированы документы, штатные расписания, журналы регистраций вызовов, годовые отчеты, книги докладов дежурных врачей отделений СМП филиала и его субфилиалов. Полученные данные обработаны статистическими и методами сравнительного анализа.

Результаты и обсуждение.

Эффективность работы отделения СМП зависит во многом от слаженного взаимодействия диспетчеров <<03>> и бригад СМП, от уровня их знаний, квалификаций. Так, если в 2002г., врачи по штату составляли 45,3%, и категорию имели 20%, то за 2012г., составило 100%, и категорию имеют 61,3%.

Организованность диспетчеров <<03>> и бригад СМП способствуют снятию части нагрузок на отделения ЭМП. В диспетчерской постоянно дежурит старший врач отделения СМП, который назначается из числа более опытных, ответственных врачей, он контролирует круглосуточно службу СМП, а также поступившие домашние вызовы хронических больных и решает вопросы на месте консультируя больного по телефону. Все бригады СМП РК за последнее время стали лучше обеспечены врачами и фельдшерами, а также медикаментозными средствами, специализированным автотранспортом, оснащенные рациями, кроме этого у всех врачей и фельдшеров имеется мобильная связь. Одним из основных показателей службы скорой медицинской помощи филиала ЭМП и его субфилиалов РК является своевременная эвакуация, госпитализация больных в стационар ЭМП и другие лечебно-профилактические учреждения РК. За период работы с 2002 по 2012гг, в НФ РНЦЭМП РУз и его субфилиалы больные поступали по трем каналам: По линий службы СМП, самотеком т.е. своим транспортом и по направлению врача [3].

Нами дана характеристика поступивших больных по деятельности бригад СМП в филиал РНЦЭМП РУз расположенный в г.Нукусе и субфилиалы в районах Республики Каракалпакстан. Таблица№1

По линий службы СМП за 2002г., поступило - 46276 больных и если это условно принять за 100%, то за 2012г., поступило – 57542 больных, что составило – 124,3% (диаграмма №2). Всего обслуженных вызовов по линий службы СМП в 2002 г., составило – 187950 (100%), и за 2012г., составило – 273109 и соответственно 147% (диаграмма №1). Из них повторные вызовы СМП в 2002г.,составили 5% и в 2012г., составило 0,05% (диаграмма №3).

Согласно исследованию, госпитализация по линий службы СМП в начальном периоде без особых изменений, а в конце периода отмечается постепенное повышение показателей как в абсолютных числах, так и в процентном отношений и резкое уменьшение повторных вызовов больных обслуженных по линий СМП, которая свидетельствует о повышении качества медицинской услуги и квалификаций

врачебных бригад СМП, обусловленное эффективным использованием на практике стандартов и протоколов лечения и обследования при экстренных состояниях, созданное Министерством здравоохранения Узбекистана. А также повышение обращаемости населения за скорой помощью в полтора раза, свидетельствует о появления доверия к службе СМП, улучшения качества, сервиса медицинских услуг и его легко доступностью в связи мобилизацией населения сотовой связью.

Таким образом обеспечение руководства высококвалифицированными кадрами и качественным оказанием медицинских услуг позволило снизить госпитализацией по линий службы СМП, а также реализаций государственной программы охраны здоровья граждан страны, приоритетом которого является рациональное использование бюджетных средств. Поэтому необходимо дальше продолжать расширение, углубление правильно выбранного курса реформирования системы здравоохранения и оптимизировать модернизацию организаций службы скорой медицинской помощи Республики Узбекистан [4].

Выводы.

1. Мобилизация населения сотовой связью и хорошее обеспечение квалифицированными кадрами, а также автотранспортными средствами отделения скорой помощи и оснащения их рациями, создало условие повышения показателей оказанной медицинской помощи, т.е. выполненных вызовов.
2. Эффективное использование и внедрение в практику стандартов обследования и лечения экстренных больных врачебным составом отделения СМП, привело к повышению показателей госпитализаций по линий службы СМП РК.
3. В целях улучшения обеспечения скорой медицинской помощью населения страны, учитывая сложившуюся позитивную тенденцию, необходима дальнейшее развитие и конструктивное преобразование материальной, технической базы отделения СМП в организаций службы скорой помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Асадов Д.А., Ибрагимов А.Ю., Менликулов П.Р. Основные направления реформирования системы здравоохранения в Узбекистане // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2011. - №9. – С. 63 – 65.

2 Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь // Учеб. для вузов. – М.: Геотар – Медия, 2007. – С. 3-14.

3 Икрамов А.И., Хаджибаев А.М. Служба экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан: Основные результаты деятельности // 1 съезд Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. – 2009. - №1. – С. 5-9.

4 Назыров Ф.Г. Мировой опыт оказания неотложной помощи и развитие службы экстренной медицины Узбекистана // Вестник экстренной медицины. – 2008. - №1. – С. 5-9.

Таблица 1

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Обращаемость	100%	87,80%	98,40%	105.80%	113,10%	106,40%	104,40%	115,20%	139,30%	137,60%	147,00%	167%
Амбулатор. помощь	100%	95,20%	105,10%	110,20%	120,70%	107,80%	109,40%	120,40%	148,10%	143,70%	152,20%	177,30%
Госпитализация	100%	62,02%	79,03%	92,40%	89,10%	102,04%	88,90%	99,40%	113,10%	119,10%	124,30%	135%

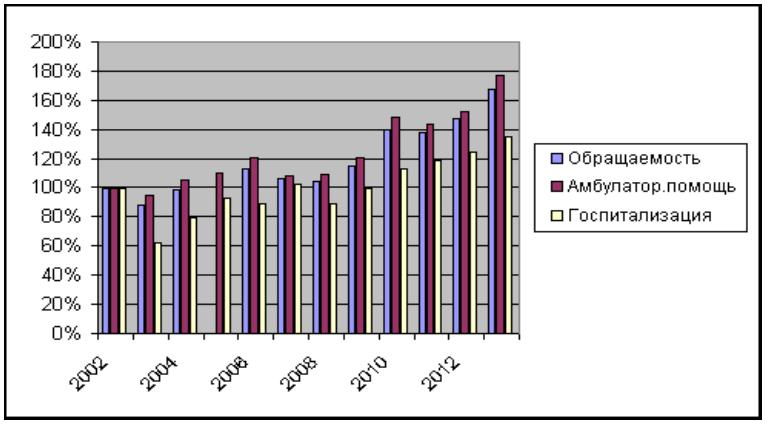


Диаграмма 1

ӨЗБЕКСТАНДА ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ РЕФОРМАЛАРЫН ӨТКІЗІУДЕГІ ҚАРАҚАЛПАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ҚЫЗМЕТІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛЫП ТАЛАПТЫ БАСҚАРЫЛЫУЫНЫҢ АЙРЫҚША ЖОЛДАРЫ

Түйін: Осы мақалада Өзбекстандағы ден-саулықты сақтау реформаларының іске асырылып оның Қарақалпақстан Республикасындағы жедел медициналық жәрдем қызметінің ұйымдастырылып, талапты басқарылып жатырылғандағы айрықша жолдары үйреніліп шығылды. Жедел медициналық жәрдем қызметінің оғада басты маселелеріне ғылыми тұжырым берілді. Қарақалпақстан Республикасындағы жедел медициналық жәрдем бөлімдерінің қызмет мерзімінде жетіскен жақсы нәтижелері көрсетілді. Жедел медициналық жәрдем қызметін жаксылау жәнеде нығайту бойынша приоритет жолдары ұсыныс қылынды.

Түйінді сөздер: Жедел медициналық жәрдемін ұйымдастырыу, жедел медициналық жәрдем бөлімдерінің көрсеткіштері, жедел медициналық жәрдемді сыпатты көрсетіу.

MAIN DIRECTIONS OF MODERN STAGE FOR ORGANIZATION EMERGENCY MEDICAL CARE OF NUCUS BRANCH AT RRCEMC RUZ

Resume: The given article deals with main directions of modern stage for organization emergency medical care of the Republic Karakalpakstan. And, scientific interpretation of actual problems at urgency medical care are given. The achieved positive results of study in dynamics of activity at EMC RK(emergency medical care of Republic Karakalpakstan) were reported. The priority ways of improvement EMC services were offered.
Keywords: Organization emergency medical care, indices of EMC department, qualitative EMC render.

УДК 614.2:615.859: [616.89 – 036,882-08+615,015.6]

А.А. АШИМОВ, М.О. ӘУЕЛБАЙ
Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г.Алматы

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В статье сообщается о жизненной важности создания отделении интенсивной терапии в психиатрических и наркологических лечебных учреждениях. Отделение интенсивной терапии позволяет применять эффективные методы лечения пациентам с психиатрическим комплексом, наркологической патологией, а также оказывать им помощь на более высоком медицинском уровне.
Ключевые слова: *психореаниматология, эффективные методы лечения, с психиатрическим комплексом.*

Развитие медицинской науки, постоянно возрастающие требования населения к медицинской помощи являются важными факторами, обуславливающими создание новых систем.

Проблема современной медицинской помощи до сих пор широко обсуждается. Еще в 1957 году в Манчестерском мемориальном госпитале (Коннектикут, США) она была названа «прогрессивной помощью больным». В результате этого наиболее тяжелые больные были отнесены к специальной области, известной под названием «интенсивная терапия» [4]. Интенсивная терапия – неотъемлемая часть современной прогрессивной организации здравоохранения. Интенсивная терапия – дорогостоящая форма здравоохранения. Но это окупается уверенностью в том, что больной получит любую необходимую неотложную терапевтическую, хирургическую, а в условиях психиатрических клиник, также неотложную интенсивную психиатрическую помощь. Потребность в отделении интенсивной терапии имеется почти во всех областях медицины, там одинаково широко оказывается неотложная помощь тяжелым больным днем и ночью (круглосуточно).

Еще в конце 50 – х годов XX века при создании отделений интенсивной терапии в лечебных учреждениях принимали во внимание ряд факторов: На чем основано планирование интенсивной терапии? Какие показания должны быть при переводе в отделение? Какие типы больниц могут нуждаться в отделениях интенсивной терапии? Было рекомендовано исключить такие специальности как психиатрия, реабилитация, помощь при хронических заболеваниях[4].

Появление активных антипсихотических средств в XX веке привело к тому что обстановка в психиатрических стационарах в настоящее время требует эффективных методов помощи – интенсивную терапию, а в некоторых ситуациях анестезиологическое пособие и реанимацию.

Группа заболеваний и клинических ситуации, при которых требуются неотложные мероприятия в психиатрии и наркологии в настоящее время не являются редкостью. Часть таких состояний бывает обусловлена остротой психоза и дезорганизацией поведения больного (острый приступ шизофрении, возбуждение, потери сознания, ажитированная депрессия), некоторые – серёзным нарушением основных систем жизнеобеспечения в результате острого органического поражения (острая энцефалопатия, фебрильная шизофрения, эпилептический статус), частой причиной смерти пациентов психических отделений бывают суициды, случайная или намеренная передозировка лекарственных средств, а также остро возникшие осложнения психофармакотерапии. Этиологические основы этих состояний прямое или косвенное (органическое или токсико – метаболическое) повреждение мозга.

Очевидно, что перечисленные состояния непосредственно опасны для жизни и требуют применения методов интенсивной терапии и реанимации нередко с применением анестезиологического пособия в условиях психореанимационных отделении. Именно эти состояния и представляются целесообразным рассматривать как основной объект деятельности психореаниматологии.

К концу 70-х – середине 80-х г.г.в большинстве публикаций признается необходимость создания подразделений психореаниматологии именно в структуре психиатрических больниц (Авруцкий Г. Я., 1983; Цыганков Б. Д., 1983; Морковкин В. М., 1987; Кекелидзе З. И., 1987).

Проблема организации ППР отражена и в работах зарубежных авторов, хотя в значительно меньшей мере (Asiolif., Grassi G., 1992; Cardoso G., 1995).

Клинические наблюдения показали, что при критических состояниях, возникающих у психических больных необходима помощь не только врача – психиатра, но и других специалистов. В первую очередь реаниматолога, анестезиолога, т.е.неотложная помощь при критических состояниях в психиатрической практике имеет качественно иной характер, оказать этому контингенту больных необходимую медицинскую помощь в полном объеме возможно только в условиях подразделения психореаниматологии психиатрической больницы.

В условиях данных отделений не только существенно уменьшается смертность при критических состояниях, но и более эффективно и безопасно проводятся такие активные методы лечения как ЭСТ, инсулинокоматозная терапия, плазмафорез, атропинокоматозная терапия.

Понятие «ургентная психиатрия» шире, чем «психореаниматология». Ургентная психиатрия охватывает весь круг неотложных состояний, связанных с психикой. Специфика психореаниматологии в том, что она имеет дело с сочетанной психологической и соматической патологией, угрожающей жизни больных, а также со сложным анестезиолого – реаниматологическими технологиями для лечения душевнобольных. Однако проблема создания полного и комплексного представления о структуре и закономерностях формирования контингента

психореаниматологических больных, встречающегося в современной практике психиатрии, до сих пор не разрешена. В Российской Федераций Министерством здравоохранения в 2000 г издан приказ об организации службы психореаниматологии. В настоящее время во всех психиатрических и наркологических лечебных учреждениях РФ функционирует подразделения психореаниматологии (ППР). В Республике Казахстан (РК) служба психореаниматологии на сегодняшний день отсутствует, в этом мы можем убедиться из ежегодного статистического сборника «Психиатрическая помощь населению РК», где не указаны отделения ППР.

Всего в практической психиатрии, нормативных актах и литературных данных насчитывается IV организационных типа ППР (пост, палата, блок и отделение интенсивной терапии).

Таблица 1 - Типы ППР: отличия и возможности (Клинико – организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Москва – 1999 г.)

Тип ППР	Основные отличительные особенности				Возможности ППР
	Наличие коек	Врач реаниматолог	Экспресс - лаборатория	Режим работы реаниматолога и/или экспресс лаборатории	
Пост (группа)	-	+	-	Круглосуточный или дневной	Оказание помощи в лечении экстренных и плановых больных в общепсихиатрических отделениях
Палата	+	-	-	-	Концентрация тяжелобольных в одном месте с минимальным объемом интенсивной терапии
Блок	+	+	+	Дневной	Частичный огбъем интенсивной терапии и ренаиматологического контроля за состоянием экстренных больных; некоторые виды планового лечения
Отделение	+	+	+	Круглосуточный	Полный объем интенсивной терапии и реаниматологического контроля за состоянием экстренных больных; все виды планового лечения

Из таблицы видно, что полностью удовлетворить потребности психиатрического стационара может только отделение психореанимации. Прочие ППР отличаются редуцированным объемом возможностей.

Таблица 2 - Место ППР среди других психиатрических подразделений для лечения больных (схема) (Клинико – организационная модель подразделений интенсивной терапий и реанимации в структуре психиатрических больниц. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Москва – 1999 г.)

max

ППР призвана поддерживать службу клинических отделений, так как она включает широкий спектр терапевтических мероприятий с использованием специальной техники и препаратов [5,3]. В психиатрических и наркологических лечебных учреждениях имеются палаты интенсивного наблюдения которые предназначены также для тяжелых больных. Принципиальное отличие этих палат от отделении психореаниматологии заключается в том, что

главной задачей первого является наблюдение, а не терапия. Основными показаниями к помещению больных ППР, или основными критериями формирующими группу «больные психореаниматологического профиля», являются следующие:
сочетание психической и соматической патологии в любых пропорциях, обуславливающее:
а) наличие угрозы для жизни больного;
б) признаки ургентности в состоянии больного.
2. Вызванное спецификой состояния больного необходимость в применении методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации.
Лечебные возможности должны отражать специфику встречающиеся в ППР патологии. Как показало исследование лечебные методы ППР могут быть разделены на две основные группы – общереанимационные и специальные. Как правило, больной, госпитализированный в отделение психореаниматологии, должен быть закреплен за отделением, соответствующему основному заболеванию. Лечащий врач соответствующего специализированного отделения, откуда переведен больной, определяет показания для перевода в отделение психореаниматологии и несет главную ответственность за общее состояние, однако это не означает, что лечащий врач продолжает нести ответственность и за терапию, который проводит врач интенсивист – реаниматолог. Врач интенсивист – реаниматолог поддерживает витальные функции и отвечает за эту часть лечения [5].
Из всего изложенного следует, что создание ППР (или блоков интенсивной терапии) в стационарах психиатрических лечебных учреждений становится жизненно необходимым.

Выводы:

1. Психореаниматология – неотъемлемая часть современной прогрессивной организации здравоохранения.
2. ППР, несомненно, улучшает прогноз больных, она предназначена для поддержания жизненно важных функций организма путем использования мероприятий, направленных на восстановление функционирования жизненно важных систем организма, либо полное замещение функций этих систем, к примеру: ИВЛ, гемодиализ, гемосорбция, парентеральное питание.
3. Создание отделений (блоков) психореаниматологии в стационарах психиатрических и наркологических лечебных учреждений в настоящее время должно рассматриваться как необходимое для проведения активного лечения на качественно высоком уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Иванец Н. И., Тюльпин Ю. Г., Чирко В. В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и наркология. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. – 302 с.
2 Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2000. – 502 с.
3 Цыганков Б. Д. Неотложные состояния в наркологии. – М.: Медпрактикум - М, 2002. – 253 с.
4 Вэлин Э., Вастермарк Л., Ван – дер Влиит А. интенсивная терапия. – М.: Медицина, 1978. – 392 с.
5 Черняховский Ф. Р. Организация отделения анестезиологии – реаниматологии. II издание. - М.: Медицина, 1992. – 149 с.
6 Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2005 – 2006 годы // Статистический сборник. – Алматы: 2007. – С. 28-32.
7 М. И. Нитруца, А. Н. Нагнибеда. Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе // Руководство. - СПб.: Специальная литература, 1998. – С. 125-131.
8 Н. М. Жариков, Л. Г. Урсова, Д. Ф. Хритинин, К. Т. Сарсембаев Психиатрия. – Алматы: 2010. – 255 с.
9 М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко, И. И, Сергеев Психиатрия. – М.: МЕДпресс – информ, 2006. – 325 с.

ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМДІК МЕКЕМЕЛЕРДЕ ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИЯ БӨЛІМШЕЛЕРІН АШУ ҚАЖЕТТІЛІГІ

Түйін: Мақалада психиатриялық және наркологиялық емдік мекемелерде психореаниматология бөлімшелерін ашу қажеттілігі айтылады. Психореаниматология бөлімшелері ауыр науқастарға жоғары медициналық деңгейде жаңа сапалы ем жүргізу мүмкінділігін тудырады.

Түйінді сөздер: психореаниматология, жоғары медициналық деңгейде, сапалы ем.

ORGANIZATION OF PSYCHOREANIMATOLOGY DEPARTMENTS IN PSYCHIATRIC AND DRUG MEDICAL INSTITUTIONS

Resume: This issue reports the vital importance of the foundation of intensive care departments in psychiatric and narcology care departments. The foundation of intensive care departments allows applying effective curing methods to the patients with complex psychiatric, narcological pathology, which will rise to the higher level medical care to such patients.
Psyhoreanimatology - an integral part of modern progressive healthcare.
CPD undoubtedly improves the prognosis of patients, it is designed to maintain vital body functions through the use of measures aimed at restoring the functioning of vital systems or complete replacement of the functions of these systems, for example: mechanical ventilation, hemodialysis, hemosorbtion, parenteral nutrition.
Create departments (units) psihoreanimatologii inpatient psychiatric and substance abuse hospitals are now to be regarded as necessary for active treatment to a qualitatively higher level. Clinical observations have shown that in critical conditions arising in psychiatric patients need help not only the doctor - a psychiatrist, but also other specialists. In the context of these offices not only significantly reduced mortality in critical conditions, but also more effectively and safely carry out such active treatments as ECT, Insulin shock therapy, plasmapheresis, Atropine coma therapy.

Keywords: Psychoresuscitation, effective methods of treatment, with a psychiatric complex.

УДК 612.014.49 – 053.6

Б.Б. ДЖАРБУСЫНОВА

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Адаптация так же предусматривает возрастные особенности, в данном случае это подростковые, а именно подросток является новым человеком, начинающим принимать нормы социального поведения как взрослый член общества. Следовательно, это принятие ряда норм, обязанностей и прав.
Ключевые слова: *подростковый возраст, адаптация, социальное поведение*

Подростковый возраст, который так часто именуется наиболее сложным, определяется физическими границами как 11-15 лет. В это время происходит основная перестройка организма:

1 – физиологическая: проявляются первичные и вторичные половые признаки, благодаря увеличению выделения в кровь гормонов, соответствующих полу (мужских / женских);

2 – психологическая, такая, как идентификация себя с мужчиной / женщиной, построение поведения, общения, отношения к своему внутреннему и внешнему миру.

Главной особенностью подростка является личностная нестабильность. Именно в это время подросток заявляет о себе, как о личности с большой буквы. Противоположные черты, стремления, тенденции сосуществуют и борются друг с другом, определяя противоречивость характера и поведения. Именно это чаще всего и становится наиболее конфликтной стороной при общении подростков с более старшими людьми. У подростков происходит адаптация к социально - устойчивым представлениям о мужчине и женщине, стратегиях поведения в обществе, со сверстниками, с родителями. В этот небольшой промежуток времени подросток должен сориентироваться в понятиях «мужчина» и «женщина», а так же применять к себе эти понятия, чувствуя отличия своего теперешнего состояния и того, кем он был/была до этого. При взрослении ребенка происходит его становление, готовность к жизни во взрослом обществе, как равноправного участника жизни.

Новая для него позиция проявляется:

- ✓ во внешнем облике,
- ✓ манерах (как часть поведенческой идентификации со своим полом),
- ✓ копирование отношений (как часть половой идентификации),
- ✓ включение во взрослую интеллектуальную жизнь (участие в таких отраслях жизни, как: наука, искусство, занятие самообразованием),
- ✓ помощь в решении ежедневных домашних проблем (например, ежедневные обязанности по дому, помощь уставшей на работе маме).

Одновременно с этими проявлениями возникает чувство взрослости — отношение подростка к себе, как к взрослому, ощущение себя взрослым (как особая форма самосознания). При этом надо оговориться о том, что подросток всеми известными и доступными для него методами пытается показать, что он является такой же весомой и значимой частью общества, как и все, кто его окружает, но все эти доказательства создаются для получения дополнительных прав, которых у него/нее ранее не было, а не для получения дополнительных обязанностей. Одновременно возникает интерес к своему внутреннему миру, подросток открывает сложные переживания, связанные с новыми отношениями, пристально анализирует свои поступки. Происходит становление основ мировоззрения. При этом часто сближение воображения и теоретического мышления является импульсом к творчеству, но не все подростки стремятся к достижению объективного творческого результата, хотя и используют возможности своего творческого воображения.

Все ранее высказанные переживания и приводят к наиболее заметным и известным всем взрослым конфликтам *взрослый – подросток*. Надо учесть, что немного завышенные требования к себе и окружающим – это всего лишь результат самоутверждения подростка в его новом качестве, а не проявление его наиболее вредных черт характера, который взрослые связывают с наличием таких же отрицательных черт у родственников подростка.

Самоутверждение — это долгий, растянутый во времени, сложный процесс, во время которого человек сам утверждает самого себя как единую, целую и гармоничную личность. Самоутверждение происходит путем выбора стратегии самоутверждения.

Одна из известных классификаций выделяет **три способа самоутверждения личности**:

- ✓ *неуверенное поведение*,
- ✓ *ассертивное поведение*,
- ✓ *агрессивный стиль межличностного общения.*

Для людей, выбравших ***неуверенное поведение (неуверенная личность)***, характерно:

- ориентация личности на конформное поведение (т.е. строгие рамки законов, правил поведения, общественной морали являются обязательными и не могут даже подвергаться пересмотру),
- тенденция скрывать собственное мнение (которое может иногда и не формироваться из-за отсутствия необходимости его высказывать),
- адекватные эмоциональные реакции, с предпочтением неопределенных и мало выразительных форм речевого общения (то, что от него могут ждать и не более).

Для людей, выбравших ***ассертивное поведение (конструктивная личность)*** характерно:

- отвечать без заминки, говорить достаточно громко и естественным для себя тоном
- не избегать смотреть на собеседника,
- охотно обсуждать предложенную тему,
- открыто давать знать о своих чувствах,
- высказывать свое мнение,
- учитывать при беседе или любом личном контакте правила и законы, присущие данному коллективу, но при этом ориентироваться и использовать их по своему усмотрению.

Для людей, выбравших ***агрессивный стиль межличностного общения (доминирующая личность)***, характерно:

- отвечать, прежде чем собеседник успел закончить свою мысль,
- громко говорить вызывающим тоном,
- смотреть на других свысока,
- пренебрежительно отзываться о предмете разговора (осуждать, порицать, принижать),
- навязывать всем свое мнение,
- с жаром изливать свои чувства,
- ставить себя выше всех и причинять боль другим, чтобы не сделать больно себе.

Неуверенная личность в различных жизненных ситуациях используют стратегию самоподавления. Например, говорят «да», когда надо сказать «нет»; избегают ситуаций, когда надо брать инициативу на себя. Но могут реагировать конструктивно, если в ситуации отсутствует конкретный партнер.

Конструктивная личность ведет себя твердо, но корректно, умеет выразить недовольство и радость, стремится к людям, используя стратегию сотрудничества.

Доминирующая личность использует стратегии агрессии, в тех ситуациях, когда конструктивная личность ведет себя, как описывалось ранее.

Следовательно, самоутверждение заключается в том, что именно благодаря ему человек находит способ обретения Смысла Жизни. Это самораскрытие себя, как Человека и постановка своего места в Жизни.

Самоутверждение и адаптация для подросткового возраста являются единым целым, при этом самоутверждение можно рассматривать как внутренний процесс, а адаптация – его внешнее проявление, или самоутверждение – это основной способ адаптации.

Адаптация — это процесс активного приспособления индивида к условиям новой среды, при последовательном достижении результатов: в обществе, коллективе, семье и по отношению к себе.

Адаптация включает в себя следующие подвиды:

- биологический (телесный),
- психологический (внутренний мир),
- социальный (внешнее проявление в семье и коллективе).

Адаптация – это схема, или стиль разрешение различных видов проблем, например:

- временной (при нахождении временно в коллективе или ситуации),
- постоянной (общение со школьными друзьями или родителями дома),
- трудной (требующей долгого и терпеливого разрешения),
- простой (разрешаемой сама по себе),
- разрешимой (ведь как говорят старейшие: есть три выхода из любой ситуации: один - знает человек, который завел тебя в эту ситуацию, другой - ты найдешь сам, а третий - никто не знает),
- не разрешимой (то есть по твоему мнению у этой проблемы нет выхода);
- вообще не быть проблемой, в зависимости от ситуации, коллектива, и самого человека, ведь именно он определяет для себя постановку данного вопроса.

Сам субъект может замечать или не замечать данную проблему, в зависимости от ее актуальности на данный момент и личной стратегии самоутверждения.

Наиболее активно из всех видов адаптации проявляется социальная адаптация**,** ее главной особенностью является сближение целей и ценностных ориентаций группы, и входящего в нее человека, усвоение им норм, традиций, групповой культуры, вхождение в ролевую структуру группы. Адаптация происходит строго в рамках социума, в котором находится человек и предусматривает все нюансы, как для отдельного человека, так и для группы, вне зависимости от ее количества, так как именно социум и является контролирующей и корректирующей совокупностью для человека. Так как практически даже выходя на улицу, мы должны общаться со всеми кто нас окружает.

Адаптация так же предусматривает возрастные особенности, в данном случае это подростковые, а именно подросток является новым человеком, начинающим принимать нормы социального поведения как взрослый член общества. Следовательно, это принятие ряда норм, обязанностей и прав.

Доля поисков стратегии самоутверждения и адаптации подростка индивидуально не слишком велика, так как большое влияние на него оказывают сверстники и особенно домашний микроклимат взаимоотношений в семье. Дело в том, что самое первое и самое глубокое воспитание закладывается в ребенке с рождения родителями, ведь не зря говорят, что если вы не стали воспитывать вашего ребенка с первой минуты его рождения, значит, вы уже упустили время. Коррекционная работа по формированию личности подростка в семье, как наиболее сложный процесс должна происходить постоянно. Ведь именно она и является отправной точкой отсчета для подростка.

Подводя итог выше сказанному, можно еще раз напомнить, что сложный мир подростка, далеко не всегда понятный взрослому, нуждается в ежедневной поддержке и корректировки, надо чаще предлагать помощь подростку в освоении новых норм и правил, что бы потом долго и утомительно не заниматься исправлением их ошибок. Ведь именно взрослый осознанно или нет, формирует личность, стратегию самоутверждения и адаптацию у своего подростка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Никитин Е.П., Харламенкова Н.Е. Феномен человеческого самоутверждения. - СПб.: 2000. – 278 с.
2 Возрастная психология. Кулагина И.Ю. М. 1999 Шипицына Л. М., Хилько А. А., Галлямова Ю. С., Демьянчук Р. В., Яковлева Н. Н. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста // Под науч. ред. проф. Л. М. Шипицыной. - СПб.: Речь, 2005. - С. 13–14.
3 И. М. Юсупова Краткая энциклопедия психологии и психофизиологии развития человека. - Казань: Изд-во «Познание» Ин-та экономики, управления и права, 2010. – 455 с.
4 Мамайчук И. И., Смирнова М. И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. - СПб.: Речь, 2010. – 163 с.
5 Мамайчук И. И., Смирнова М. И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. - СПб.: Речь, 2010. - С. 93–115.
6 Мухина В. С. Инициации подростков во временных объединениях как условие личностного роста // Развитие личности. -2000. - № 1. – С. 92.

Түйін: Бейімделу сонымен қатар жастық ерекшеліктерді қарастырады,бұл жағдайда жасөспірімдік,нақтырақ жасөспірім қоғамның ересек мүшесі ретінде әлеуметтік жүріс-тұрыс нормаларын қабылдай бастаған жаңа адам болып табылады.Тиісінше бұл міндет және құқық нормаларын қабылдау.

Resume: Adaptation also provides age-specific features, in this case, teenagers, namely teenager is the new man, beginning to adopt rules of social behavior as an adult member of society. Hence, it is the adoption of a series of standards, responsibilities and rights.

УДК 614.2:616-002.52

Е.М. РОЗЕНТАЛЬ
Высшая Школа Общественного Здравоохранения
Кафедра Общественного Здравоохранения и Социальных наук

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ СРЕДИ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Проведённое исследование представляет собой рандомизированное контролируемое испытание (РКИ), с целью тестирования эффективности программы, включающей мероприятия по профилактике распространения ВИЧ и ИППП основанной на исследования пар, в которых один или оба партнера употребляли инъекционные наркотики.
Выявлены высокие коэффициенты распространенности ВГС и смешанной инфекции ВИЧ с ВГС, которые ассоциировались с распространенными рискованными моделями поведения.
Вышеприведенные результаты свидетельствуют об острой необходимости увеличения объема и доступности услуг по тестированию, лечению и медицинскому уходу для ВИЧ-инфицированных с целью большего охвата ПИН и их партнеров.
Ключевые слова: *ВИЧ/СПИД, ИППП, гепатит С, потребители инъекционных наркотиков*

Введение.
ВИЧ/СПИД остается одной из самых значительных проблем общественного здравоохранения. По официальным данным в 2012 г. в Казахстане насчитывалось порядка 123 640 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), из них около 17 000 проживало в г. Алматы. Исторически, распространение ВИЧ-инфекции обусловлено употреблением наркотиков, однако, в течение последних лет наблюдается устойчивый рост передачи ВИЧ половым путем. Согласно казахстанским экспертам в 2012 году передача ВИЧ среди гетеросексуальных пар, составила 50,7% новых случаев заболевания [1-2]. Распространенность ВИЧ среди ПИН в Казахстане определялась на основании мониторинговых исследований, которые исключают ПИН не участвующих в программах обмена шприцев и не проходящих лечение от наркомании. В этой связи, высока вероятность того, что данные о количестве случаев заболевания ВИЧ, занижены по причине более низкого уровня тестирования на ВИЧ в этой группе. Среди ПИН выявлены высокие показатели распространенности вируса гепатита С (ВГС) и инфекций, передающихся половым путём (ИППП), что обусловлено многочисленными сексуальными отношениями и низким уровнем использования презервативов [2, 3-9]. Исследования, проводимые за пределами Центральной Азии, показали, что серологический статус ВИЧ ассоциируется с моделями поведения мужчин и женщин, связанных с сексуальными отношениями и наркоманией [10,11]. Выявлены многочисленные факторы, способствующие распространению ВИЧ, включая недостаток доступа к стерильным иглам, дискриминация [12-15], бедность, арест и лишение свободы [16-19], недостаток доступа к услугам по выявлению и лечению ВИЧ и наркомании [20-22]. Данный вопрос редко становился предметом исследования среди ПИН в Казахстане и до настоящего времени не проводилось проспективных исследований по изучению связи ВИЧ с моделями поведения характеризующихся высокой степенью риска. Учитывая это, целью исследования является изучение медико-социальных характеристик и распространённости поведенческих рисков среди ВИЧ-позитивных наркопотребителей инъекционных наркотиков г. Алматы.

Материалы и методы исследования.
Исследование проведено Центром изучения глобального здоровья в Центральной Азии (ЦИГЗЦА) на базе Высшей Школы общественного здравоохранения МЗ РК (ВШОЗ) финансируемое национальным институтом по вопросам злоупотребления наркотиками (NIDA,США). Исследование представляет собой рандомизированное контролируемое испытание (РКИ), которое проводилось в период с 2009 г. по 2012 г. в г. Алматы (Казахстан) с целью тестирования эффективности программы, включающей мероприятия по профилактике распространения ВИЧ и основанной на исследованиях пар, в которых один или оба партнера употребляли инъекционные наркотики в течение предшествующих 90 дней. Пары были в случайном порядке разделены на две группы: (1) для участия в программе мероприятий по профилактике распространения ВИЧ/ИПП, состоящей из 5 сессий, или (2) для участия в программе мероприятий по оздоровлению, состоящей из 5 сессий. Участники прошли предварительную оценку исходного состояния, а также повторную оценку через 3, 6, и 12 месяцев после проведения соответствующих мероприятий. Данное исследование было одобрено Институциональным наблюдательным советом Колумбийского университета и Институциональным наблюдательным советом Казахстанской школы общественного здравоохранения.
Количество исследуемых - 728 человек или 364 пары. Критерии включения: (1) возрасте 18 лет или старше; (2) оба партнера идентифицировали друг друга как своего основного сексуального партнера; (3) их отношения длились в течение, как минимум, 6 месяцев; (4) оба партнера сообщили, что намерены оставаться вместе в течение, как минимум, еще 12 месяцев; (5) наличие незащищенного полового контакта с другим партнером в течение предшествующих 90 дней; и (6) употребление инъекционных наркотиков в течение предшествующих 90 дней. В целом, отборочное интервью прошли 971 человек. Из них 728 человек отвечали критериям отбора для целей исследования и прошли основное собеседование.
Метод сбора данных включал предоставление социально-демографических, поведенческих данных самими объектами исследования, а также проведение объективных биологических тестов (ВИЧ, ВГС, сифилис, гонорея и хламидиоз). Во время исходного визита участники проходили полуторачасовое автоматизированное самостоятельное аудио-собеседование (ACASI), которое проводилось на русском языке в отдельном помещении. После завершения собеседования проводилось индивидуальное предтестовое консультирование по вопросам ВИЧ, ВГС и других ИППП с каждым участником. Через 2 недели после исходного собеседования каждый участник был извещен, с сохранением конфиденциальности, о его или её результатах тестирования на ВИЧ, ВГС и ИППП, проведено послетестовое консультирование и, в случае необходимости, предоставлены направления и рекомендации по лечению ИППП. Участники исследования получали вознаграждение за участие в проекте.
Статистический анализ проведен в программе SPSS. Бивариантные взаимосвязи между результатом теста на ВИЧ и каждой из социально-демографических характеристик, наркотиков и моделей сексуального поведения, ассоциируемого с риском, анализировались по критерию хи-квадрат и критерию Стьюдента. Для изучения взаимосвязи между результатом теста на ВИЧ, как независимой переменной, и моделями поведения, ассоциируемого с риском инфицирования ВИЧ за предшествующие 90 дней, как зависимыми переменными, применялся многовариантный статистический анализ. Рассчитаны нескорректированные (OR) и скорректированные отношения шансов (aOR) и ассоциируемые с ними 95% доверительные интервалы.

Результаты.

Социально-демографические характеристики.

Средний возраст участников составил 35,8 лет *(СКО* = 7,8), при этом мужчины были в среднем значительно старше женщин. Большая часть участников по национальности были русскими или казахами. Большинство участников сообщили, что они состоят в официальном или гражданском браке, при этом приблизительно у половины участников исследования были дети в возрасте младше 18 лет (52,9%). Более одной десятой участников (13,5%) являлись бездомными или не имели постоянного места для ночлега в течение предшествующих 90 дней, в то время как почти половина (48,8%) участников сообщили о нехватке средств для покупки достаточного количества пищи. Приблизительно две трети участников (67,0%) когда-либо арестовывались и обвинялись в уголовных преступлениях.

Употребление наркотиков.

Почти 80% исследуемых сообщили о том, что они когда-либо употребляли инъекционные наркотики, из них 87,9% употребляли наркотики в предшествующие 90 дней, при этом в среднем количество лет употребления инъекционных наркотиков составляло 15,6 лет (СКО = 7,8) (таблица 1). Мужчины сообщали об употребления инъекционных наркотиков чаще, чем женщины. В среднем мужчины употребляли инъекционные наркотики в течение значительно более длительного периода, чем женщины. Из общего числа выборки лишь 11,1% исследуемых сообщили о том, что когда-либо пользовались программой обмена игл.

Таблица 1 - Употребление наркотиков *(n* = 728 человек)

	В целом по выборке	Женщины	Мужчины
Употребление инъекционных наркотиков, *n* (%)	580 (79,7)	229 (62,9)**	351 (96,4)**
Употребление инъекционных наркотиков за предшествующие 90 дней[a], *n* (%)	510 (87,9)	189 (51,9)**	321 (88,2)**
Употребление героина за предшествующие 90 дней, *n* (%)	531 (72,9)	201 (55,2)**	330 (90,7)**
Употребление марихуаны за предшествующие 90 дней, *n* (%)	368 (50,6)	109 (30,0)**	259 (71,2)**
Употребление метамфетаминов за предшествующие 90 дней, *n* (%)	13 (1,8)	7 (1,9)	6 (1,7)
Имели доступ к программе обмена игл, *n* (%)	81 (11,1)	37 (10,2)	44 (12,1)
Имели доступ к программе обмена игл за предшествующие 90 дней, *n* (%)	38 (5,2)	14 (3,9)	24 (6,6)

[a] Отсутствуют данные по делам 20 ПИН (11 мужчин, 9 женщин)

*p<0,05; **p<0,01 по существенным разницам по половому признаку, выявленным с использованием теста по критерию Стьюдента

Распространенность ВИЧ и других ассоциированных инфекций.

В Таблице 2 представлены результаты биотестов и описываются результаты теста участников на ВИЧ, а также доступ к лечению от ВИЧ и уходу за ВИЧ-инфицированными. Из общего числа выборки коэффициент распространенности ВИЧ составил 25,1% *(n*=183), коэффициент распространенности ВГС составил 75,0% *(n*=546), а коэффициент распространенности сифилиса составил 12,6% *(n*=92). Мужчины были ВИЧ-положительными и ВГС-положительными чаще, чем женщины. Однако, при ограничении выборки потребителями инъекционных наркотиков различия в статусе ВИЧ и ВГС между мужчинами и женщинами были несущественными. Среди ПИН коэффициент распространенности ВИЧ составлял 28,8%. Почти одна четверть *(n*=42; 23,0%) участников, получивших положительный результат при тестировании на ВИЧ в исходном исследовании, не имели представления о своем ВИЧ-статусе, который был диагностирован у них впервые. Из числа участников исследования, у которых ВИЧ был диагностирован впервые, 40,5% участников состояли в дискордантных отношениях. Среди ПИН коэффициент распространенности ВГС составлял 90,2%. Среди женщин, сообщивших о том, что они никогда не употребляли инъекционных наркотиков, коэффициент распространенности ВИЧ составлял 10,4%. Возможно это свидетельствует о том, что передача ВИЧ произошла в результате гетеросексуальных отношений. Коэффициент распространенности смешанной инфекции ВИЧ с ВГС составлял 20,7%, ВИЧ с сифилисом составлял 2,2%, 1,7% исследуемых была смешанная инфекция, включающая все три вида (ВИЧ, ВГС, сифилис). Вероятность того, что ВИЧ-положительные участники получат положительный результат при тестировании на ВГС была выше, чем у ВИЧ-отрицательных участников.

Таблица 2 - Доля ВИЧ/ИПП-инфицированных и характеристики по ВИЧ *(n* = 728 человек)

	В целом по выборке	Женщины	Мужчины
Доля ВИЧ/ИПП-инфицированных			
Доля ВИЧ-инфицированных, *n* (%)	183 (25,1)	80 (22,0)*	103 (28,3)*
Доля ВИЧ-инфицированных среди ПИН *(n*= 580)	167 (28,8)	66 (28,8)	101 (28,8)
Доля ВГС-инфицированных, *n* (%)	546 (75,0)	225 (61,8)**	321 (88,2)**
Доля ВГС-инфицированных среди ПИН *(n*= 580)	523 (90,2)	205 (89,5)	318 (90,6)
Доля инфицированных сифилисом, *n* (%)	92 (12,6)	64 (17,6)**	28 (7,7)**
Доля инфицированных сифилисом среди ПИН *(n* = 580)	77 (13,3)	50 (21,8)**	27 (7,7)**
Доля инфицированных любой ИПП, *n* (%)	53 (7,3)	27 (7,4)	26 (7,1)
Доля инфицированных любой ИПП среди ПИН *(n* = 580)	41 (7,1)	15 (6,6)	26 (7,4)
Доля инфицированных ВИЧ + ВГС, *n* (%)	151 (20,7)	59 (16,2)**	92 (25,3)**

Доля инфицированных ВИЧ + ВГС среди ПИН (*n* = 580)	148 (25,5)	56 (24,5)	92 (26,2)
Доля инфицированных ВИЧ + сифилис, *n* (%)	16 (2,2)	11 (3,0)	5 (1,4)
Доля инфицированных ВИЧ + сифилис среди ПИН (*n* = 580)	14 (2,4)	9 (3,9)	5 (1,4)
Доля инфицированных ВИЧ + ВГС + сифилис, *n* (%)	12 (1,7)	7 (1,9)	5 (1,4)
Доля инфицированных ВИЧ + ВГС + сифилис среди ПИН (*n* = 580)	12 (2,1)	7 (3,1)	5 (1,4)
Характеристики по ВИЧ			
Когда-либо проходили тест на ВИЧ, *n* (%)	544 (74,7)	269 (73,9)	275 (75,6)
ВИЧ диагностирован впервые, *n* (%)	42 (5,8)	19 (5,2)	23 (6,3)
ВИЧ диагностирован впервые среди ПИН (n= 580)	38 (6,6)	17 (7,4)	21 (6,0)
Число CD4-клеток (среди тех, у кого ранее диагностировался ВИЧ и кто знал свое число CD4-клеток, n = 53)			
350 и ниже	30 (56,6)	9 (45,0)	21 (63,6)
Выше 350	23 (43,4)	11 (55,0)	12 (36,4)
Когда-либо получал медицинский уход по ВИЧ (среди тех, у кого ранее диагностировался ВИЧ, n = 141)	70 (49,7)	32 (52,5)	38 (47,5)
В настоящее время принимают АРВ препараты (среди тех, у кого ранее диагностировался ВИЧ, n = 141)	22 (15,6)	8 (13,1)	14 (17,5)
В настоящее время принимают АРВ препараты (среди тех, у кого ранее диагностировался ВИЧ и кто знал, что их число CD4-клеток ниже 200, *n* = 13)	6 (46,2)	3 (75,0)	3 (33,3)

*p<0,05; **p<0,01 по существенным разницам по половому признаку, выявленным с использованием теста по критерию Стьюдента

Лечение ВИЧ.

Из числа ВИЧ-серопозитивных участников, которые знали о своем заболевании до проведения исходного тестирования только половина (49,7%) участников сообщили о том, что они когда-либо имели доступ к каким-либо услугам и уходу для ВИЧ-инфицированных, а из числа серопозитивных участников, которые знали свое число CD4-клеток 56,6% участников сообщили о том, что их число CD4-клеток составляет менее 350.

Из числа 141 ВИЧ-серопозитивного участника 15,6% на тот момент принимали АРВ препараты. Из числа участников, получивших положительный результат при тестировании на ВИЧ и не проходящих лечение, 37,0% имели сероотрицательного партнера.

Модели сексуального поведения и употребления наркотиков, ассоциируемые с риском заболевания.

Модели сексуального поведения и употребления наркотиков, ассоциируемые с риском заболевания, описаны в Таблице 4. Большинство участников исследования (87,6%) сообщили о том, что они имели незащищенные вагинальные сексуальные контакты в течение предшествующих 90 дней. В среднем этот показатель выше у мужчин, чем у женщин. Около 20% участников сообщили о наличии нескольких сексуальных партнеров в течение предшествующих 90 дней, при этом мужчины сообщали о наличии нескольких сексуальных партнеров чаще, чем женщины.

Модели поведения с употреблением наркотиков, ассоциируемые с риском заболевания, рассматривались лишь среди участников, сообщивших о том, что они когда-либо употребляли инъекционные наркотики. Внутри этой группы 70,9% исследуемых сообщили о своем опыте незащищенного употребления инъекционных наркотиков за предшествующие 90 дней. В течение предшествующих 90 дней 41,9% исследуемых вводили инъекции не в одиночку, при этом 28,1% исследуемых сообщили об употреблении инъекционных наркотиков с несколькими партнерами. Из числа тех, кто когда-либо употреблял наркотики внутривенно, более половины (52,6%) исследуемых сообщили о том, что они вводили наркотики вместе со своими основными партнерами в течение предшествующих 90 дней, а 34,8% исследуемых сообщили об одном или нескольких случаях незащищенного употребления инъекционных наркотиков со своим основным партнером в течение предшествующих 90 дней.

Таблица 4 - Модели сексуального поведения и употребления наркотиков, ассоциируемые с риском

	Всего	Женщины	Мужчины
Модели сексуального поведения, ассоциируемого с риском (n = 728)			
Имели незащищенный вагинальный секс с основным партнером за предшествующие 90 дней, *n* (%)	633 (87,0)	308 (84,6)	325 (89,3)
Имели незащищенный вагинальный секс с любым партнером за предшествующие 90 дней, *n* (%)	638 (87,6)	310 (85,2)*	328 (90,1)*
Имели незащищенный анальный секс с основным партнером за предшествующие 90 дней, *n* (%)	47 (6,5)	26 (7,1)	21 (5,8)
Имели незащищенный анальный секс с любым партнером за предшествующие 90 дней, *n* (%)	59 (8,1)	28 (7,7)	31 (8,5)
Имели несколько сексуальных партнеров за предшествующие 90 дней, *n* (%)	139 (19,1)	48 (13,2)**	91 (25,0)**
Употребление наркотиков, ассоциируемое с риском, среди ПИН (n = 580)			
Употребляли инъекционные наркотики за предшествующие 90 дней[a]	510 (87,9)	189 (82,5)**	321 (91,5)**
Имели незащищенное употребление инъекционных наркотиков за предшествующие 90 дней[a]	411 (70,9)	164 (71,6)	247 (70,4)
Имели партнера/партнеров, употребляющих инъекционные наркотики, за предшествующие 90 дней[a]	243 (41,9)	102 (44,5)	141 (40,2)
Имели несколько партнеров, употребляющих инъекционные наркотики, за	163 (28,1)	68 (29,7)	95 (27,1)

предшествующие 90 дней[a], n (%)			
Употребляли наркотики внутривенно вместе с основным партнером за предшествующие 90 дней[a], n (%)	305 (52,6)	150 (65,5)**	155 (44,2)**
Имели незащищенное употребление инъекционных наркотиков с основным партнером за предшествующие 90 дней[a], n (%)	202 (34,8)	93 (40,6)*	109 (31,1)*

[a] Анализ употребления наркотиков, ассоциируемого с риском, проводился лишь по тем участникам, которые когда-либо принимали наркотики внутривенно. Отсутствуют данные по делам 20 ПИН (11 мужчин, 9 женщин)

*p<0,05; **p<0,01 по существенным разницам по половому признаку, выявленным с использованием теста по критерию Стьюдента

Результаты регрессионных логистических моделей со случайными эффектами, показали что, участники, получившие положительную реакцию при тестировании на ВИЧ, сообщали об употреблении инъекционных наркотиков в течение предшествующих 90 дней *(aOR* = 2,07; 95%ДИ = 1,32-3,24) и об участии в незащищенном употреблении инъекционных наркотиков *(aOR* = 1,68; 95%ДИ = 1,15-2,44) чаще, чем ВИЧ-отрицательные участники. Однако, ВИЧ-положительные участники исследования реже, чем ВИЧ-отрицательные участники, сообщали о наличии незащищенных вагинальных сексуальных контактах с основным партнером *(aOR* = 0,35; 95%ДИ= 0,21-0,61) и с любым партнером (включая основного партнера и любых других партнеров) *(aOR* = 0,36; 95%ДИ= 0,21-0,61) за предшествующие 90 дней, а также о наличии нескольких сексуальных партнеров в течение предшествующих 90 дней *(aOR* = 0,40; 95%ДИ = 0,23-0,71).

Обсуждение и выводы.

Результаты исследования показывают, что коэффициент распространенности ВИЧ среди участвующих в исследовании ПИН составил 28% и сексуальных партнеров, не являющихся ПИН 10% и выше. Лишь 10% участников выборки когда-либо пользовались программой обмена игл. Распространенность ВИЧ ассоциировалась с обменом игл и шприцев.

Одна четверть участников выборки (25,3%) никогда не тестировалась на ВИЧ. Одна четверть исследуемых, получивших положительную реакцию при тестировании на ВИЧ, утверждали, что не знали о своем ВИЧ-статусе. Лишение свободы и недостаток средств для покупки пищи указывались как основные причины в рамках в исследуемой выборки. Мы также выявили, что большинство ВИЧ-положительных участников (82,5%) находились в тюремном заключении, и только половина из тех, кто знал о своем серопозитивном статусе, когда-либо получали уход, необходимый ВИЧ-инфицированным.

Согласно проведенного исследования, участники употребляли наркотики и состояли в сексуальных отношениях друг с другом и с другими партнерами, что сопровождается риском ВИЧ-инфицирования. Сравнительный анализ мужского и женского поведения установил, что мужчины имели незащищенные сексуальные контакты с любым партнером чаще, чем женщины, а также что мужчины чаще имели несколько партнеров одновременно. Из числа ПИН мужчины сообщали о недавнем употреблении инъекционных наркотиков чаще, чем женщины, однако, женщины, употребляющие инъекционные наркотики, сообщали о случаях незащищенного внутривенного введения наркотиков со своими основными партнерами чаще, чем мужчины, употребляющие инъекционные наркотики.

Следует отметить то, что приблизительно 20% участников состояли в серодискордантных отношениях по ВИЧ со своими партнерами, что дополнительно подчеркивает необходимость принятия мер по профилактике ВИЧ, которые направлены на снижение рисков, ассоциируемых с сексуальными отношениями и употреблением наркотиков в парах, а также необходимость пропаганды совместного тестирования на ВИЧ.

Выявлены высокие коэффициенты распространенности ВГС и смешанной инфекции ВИЧ с ВГС, что обусловлено распространенными рискованными моделями поведения, такими как совместное пользование шприцами и несоизмеримо низким уровнем использования презервативов. Обсуждение вопросов, касающихся опасности ВГС, ВИЧ и инфекций, смешанных с другими ИПП, должно быть включено в качестве компонента консультирования для всех пациентов, употребляющих наркотики, и особенно для ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин.

Инфицирование ВИЧ в значительной степени ассоциируется с поведением с высокой степенью риска, вызванной употреблением наркотиков, однако, в отношении сексуального поведения с высокой степенью риска был сделан обратный вывод, то есть, ВИЧ-положительный серологический статус ассоциировался с меньшим числом незащищенных вагинальных половых контактов.

Вышеприведенные результаты свидетельствуют об острой необходимости увеличения объема и доступности услуг по тестированию, лечению и медицинскому уходу для ВИЧ-инфицированных с целью большего охвата ПИН и их партнеров. Для снижения препятствий и увеличения охвата целевой группы необходимы целенаправленная политика и соответствующее финансирование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 МЗРК РЦСПИД, Ганина Л.Ю., Калинич Н.Ф., Елизарова А.В., и другие. Обзор ситуации по ВИЧ-инфекции по данным эпидемиологического надзора за 2010-2011гг. в Республике Казахстан. – Алматы: 2012. – С. 56-57.

2 Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом (RAC). Обновленные данные наблюдения за ВИЧ в Казахстане, представленные по областям и группам риска // Неопубликованные статистические данные Министерства здравоохранения. - 2011. – С. 12-16.

3 Бейрер К., Патель З., Стачовик Дж. А. и др. Характеристика эпидемии ВИЧ типа 1 и ВГС, распространяющейся среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Душанбе (Таджикистан) // Исследования СПИДа и человеческие ретровирусы. - 2009. - №25(9). – С. 853-860.

4 Торн К., Ференцик Н., Малюта Р., Мимика Дж., Нимек Т. Центральная Азия: «горячая точка» пандемии ВИЧ. // Ланцет: Инфекционные заболевания. - 2010. - №10 (7). – С. 479-488.

5 Нашхоев М., Сергеев Б. СПИД в Содружестве независимых государств // Доклад МАР. - 2008. – С. 4-6.

6 Рентон А., Гзиришвили Д., Готсадзе Г., Годиньо Дж. Эпидемия ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путём, в Центральной Азии: тенденции, движущие силы и приоритеты контроля // Международный журнал по вопросам наркополитики. - 2006. - №17(6). – С. 494-503.

7 Фаворов М.О. Наблюдение за ВИЧ в республиках Центральной Азии. –М.: 2008. – 148 с.

Е.М. РОЗЕНТАЛЬ
Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі
Қоғамдық денсаулық сақтау және әлеуметтік ғылымдар кафедрасы

ЕСІРТКІ ҚОЛДАНУШЫЛАР АРАСЫНДАҒЫ АИВ-МЕН ЗАРАРЛАНУ ҚАУПІНЕ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ ЫҚПАЛЫ

Түйін: Жүргізілген зерттеу бір немесе қос серіктесте инъекциялы есірткі қолданған жұптардың арасында АИВ және ЖМЖА таралуының алдын-алу іс-шарасы кіретін бағдарламаның тиімділігін тестілеу мақсатындағы рандомизацияланған бақыланатын зерттеу болып табылады.
Қауіпті тәртіп моделінің таралуымен байланысты СВГ және АИВ мен СВГ аралас инфекцияларының таралуының жоғары коэффициенттері анықталды.
Жоғарыда көрсетілген нәтижелер ИЕТ және олардың серіктестерін кеңінен қамту мақсатында АИВ-жұқтырғандарға емді және медициналық көмекті, тестілеу қызметінің қолжетімділігі мен көлемін ұлғайтуға деген жедел қажеттілікті айқындайды.
Түйінді сөздер: АИВТ/ЖКТБ, ЖМЖА, С гепатиті, инъекциялы есірткі тұтынушылар.

Y.M. ROZENTAL
Higher School of Public Health
Department: Public Health and Social Studies

EFFECTS OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS ON HIV INFECTION RISK AMONG DRUG USERS

Resume: The study represents randomized controlled trial (RCT) aimed at testing the efficiency of programs involving HIV and STI prevention measures based on the examination of couples where any or both partners injected drugs.
High HCV prevalence rates and HIV and HCV co-infection prevalence rates were identified which were associated with risky behaviors.
The above results highlight the urgent need for increase and availability of testing, treatment and medical care among HIV positive people for better coverage of IDUs and their partners.
Keywords: HIV/AIDS, STI, HCV, injection drug users

ӘОЖ 614.2-082-614-2

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.М. ОРМАНОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ СТАНДАРТТАУ ЖӘНЕ КЛАССИФИКАЦИЯЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Денсаулық сақтауды басқару әдістерін дамыту, медициналық қызметті жоспарлау, лицензиялау және сертификаттаудың бірыңғай жолымен саланың тұтастығын қамтамасыз ету үшін Қазақстан Республикасы денсаулық сақтауында стандарттау жүйесін құру қажет
Түйінді сөздер: *стандарттау, медициналық техника,ресурс,емдеу-профилактикалық мекеме.*

Кіріспе: Денсаулық сақтаудағы стандарттау денсаулық сақтауда қолданылатын қызмет, жұмыс, технологиялар, өнім, ереже, нормаларды шығару және талаптарын бекіту арқылы денсаулық сақтауда реттіліктің оңтайлы дәрежесіне жетуге бағытталған қызмет.
Стандарттаудың үш үлкен объектісін көрсетеді:
- денсаулық сақтауды ресурстық қамтамасыз ету (мамандар, материалдық, қаражаттық, ақпараттық ресурстарға қойылатын талаптар);
- үдерістер (емдеу-диагностикалық, профилактикалық, сауықтыру, ұйымдық, өндірістік технологиялар);
- тиімділік (аурудың асқынулары, әлеуметтік-экономикалық көрсеткіштер).

Медициналық көмек сапасын басқаруды дамыту мақсатымен оның индикаторларына мониторинг жүргізу, соңғы қорытынды-күтілетін қорытындыға жету сатысының көрсеткіштері кіретін және аралық қорытындылар индикаторы-бір көмек сатысынан кейінгі науқастың жағдайының өзгеру көрсеткіші. Туындаған мәселе талданады, оны шешудің тиімді әдісі таңдалады, әр қызметкерге нақты күнтізбемен жұмысы жоспарланады, жоспар орындала бастайды, оның қорытындылары бақыланады, (таңдалған индикаторлар бойынша) қажет жағдайда жоспар түзетіліп және қайта қаралып соңына дейін орындалады.
Рұқсат етілген заңды бағыттар негізінде медициналық стандарттар жүйесін енгізудің екі жолын ұсынады:

1. Міндетті ретінде нормативті стандарттарды бекіту (заң бұзушылық үшін заңды жауапкершілікті енгізу талап етіледі).
2. Стандарттарға ұсынбалы сипаттама беру (ресурстар тапшылығын есепке алғанда бұл сатыда мақсаттырақ, әр медициналық жағдайға бейімделуге мүмкідік береді).

Жиі қоланылатын стандарттар үш негізгі бөлімдерден тұрады: 800 нозологиялық аурулар түрінен тұратын терапевттік, хирургиялық арнайы көмек, медицина тәжірибесінде жиі кездесетін, зертханалық-диагностикалық көлемі және сипаты бойынша сараланған, емдеу шаралары және функционалды зерттеу әдістері, аурудың ауырлық сатысы, емдеу нәтижесі және мерзімі.
Қазақстанның бәсекеге қабілетті 50-елдің қатарына қосылу стратегиясында ҚР Президенті денсаулық сақтауды дамыту және Мемлекеттік реформалау бағдарламасын іске асыруды жылдамдату қажет екенін көрсетті. Бағдарламада медициналық көмек көрсету сапасын бақылау жүйесін құру стандарттауды ескеретіні белгіленген, ауруларды емдеу және диагностиканың жаңа әдістерін енгізу.
Қазақстан Республикасында денсаулық сақтауды стандарттау үрдісі міндетті медициналық сақтандыруды енгізген уақыттан басталған он жылдық тарихы бар.
Денсаулық сақтауды басқару әдістерін дамыту, медициналық қызметті жоспарлау, лицензиялау және сертификаттаудың бірыңғай жолымен саланың тұтастығын қамтамасыз ету үшін Қазақстан Республикасы денсаулық

сақтауында стандарттау жүйесін құру қажет. Денсаулық сақтауда стандартту жүйесін құру бойынша жұмысты іске асыру, денсаулық сақтауды басқарудың жалпы тұжырымдамасының келешегі бар бағыттарының бірі болып табылады. Бұл дегеніміз салаға стандарттау жүйесін енгізу және даму бағдарламасын жасау қажеттігін көрсетеді.

Бүгінгі таңда Қазақстанның денсаулық сақтау саласында медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейінде стандарттаудың толық және бәрін тегіс қамти алатын жүйесін қалыптастыру қажеттілігі туындап отыр. Мұндай жүйені жасамайынша денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесін айтарлықтай дамыған елдердің дәрежесіне жақындатуға қажетті өлшемдерге қол жеткізу мүмкін емес.

Талаптарды орындау міндеттілігіне байланысты бөлінеді: ұсыныстық стандарттар;

Заңдылық стандарттар.

Жалпы иерархиялық дәрежесі және қолданылу аясы бойынша бөлінед: жергілікті, аймақтық, ұлттық, халықаралық стандарттар.

Медициналық қызмет саласындағы стандарттарды классификациялау жұмыстарының бірі медициналық өнімдерді классификациялау болып табылады. Жіктеуге медициналық өнімнің функционалдық қатыстылығы негіз болады. Ол өнімнің диагностикалық және емдеу үдерісіндегі ерекше рөлін нақты анықтайды және классификациялауда өзіндік орынға ие болады.

ЕПМ-ді медициналық құрал-жабдықтармен жарақтау стандартына қажеттілік туып отыр.

Бұл саладағы негізгі ережелердің бастылары мыналар болып табылады:

– науқастардың диагностикадан бастап толық қалпына келуге дейінгі емдеу-профилактикалық іс-шаралардың ғылыми негізделген толық тізбегі;

– емдеу-диагностикалық үдерістердің елдегі барлық емдеу-профилактикалық және сауықтыру мекемелеріндегі артықшылығы;

– емдеу үдерісінің материалдық-техникалық тұрғыдан қамсыздандырылуы,

– дәрігерлік және инженерлік мамандарды дайындау.

Емдеу-диагностикалық үдерісті жүргізудің осы тізбегін бұзуға болмайды. Материалдық-техникамен қамтамасыз етілмесе немесе ол жеткіліксіз болса, дер кезінде жүзеге асырылмаса, емдеу-қалпына келтіру процесін жүргізу және ел азаматтарының денсаулығын сақтауға жасалған басқадай күш салулар жоққа шығады.

Денсаулық сақтаудың қазіргі жай-күйі емдеу-профилактикалық мекемелерін тиімді басқару, оның ішінде олардың материалдық-техникалық ресурстарын тиімді басқару мәселесін тудырып отыр.

Медициналық техникаға қойылатын талаптарды реттемелеуші құжаттардың салааралық сипатын ескере отырып, бұл саладағы стандарттау жұмыстары мемлекеттік деңгейде жүргізіліп жатыр. Аталмыш өнімнің әлеуметтік маңыздылығы, халықаралық ынтымақтастығы, кооперация және өзара жеткізілімі халықаралық стандарттарды әзірлеу және қабылдаудың артықшылықтарын анықтап берді. Бұл бағыттағы негізгі қызмет ИСО және МЭК стандарттау жөніндегі жетекші халықаралық ұйымдардың аясына топтастырылған.

Қазақстан Республикасында басқа да кеңестік кезең елдеріндегідей және алыс шетелдердегідей стандарттау, оның ішінде денсаулық сақтаудағы стандарттаудың маңыздылығы артты.

Заманауи медициналық технологиялар, диагностика жасау және емдеу хаттамалары арқылы жүзеге асырылатын трансферт адекватты ресурстық қамсыздандырылуға зәру.

Қазіргі таңда ҚРда емдеу-профилактикалық ұйымдарды медициналық құрал-жабдықтармен қамтамасыз ету, оны тұтыну дәрежесін анықтау мәселесі әлі де жеткілікті қаралмағандығын ескере отырып, медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру мақсатында медициналық ұйымдардағы құрал-жабдықтарға олардың тозу және ауыстырылу қажеттілігін немесе күрделі жөндеуден өткізілу дәрежесін ескере отырып талдау жасау, сондай-ақ толыққанды және дұрыс медициналық көмек көрсетуге кедергі келтіріп тұрған айтарлықтай әлсіз тұстарды анықтау қажеттігі айқындалып отыр. Медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық базасына талдау жасау медициналық құрал-жабдықтардың пайдаланылуын, сапасын, бұзылу салдарынан пайдаланылмай тұрып қалу жиілігін және ондай жағдайларды болдырмау мүмкіндіктерін көрсетуі қажет. Жаңа құрал-жабдықтарды сатып алу қажеттілігінің болуын анықтау керек.

Қорытынды: Осылайша денсаулық сақтау саласын стандарттаудың оның ішінде емдеу-профилактикалық мекемелерін ресурстық қамтамасыз етудің көпқырлы мәселесін шешу қажеттілігі туындайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
2 Государственная Программа развития здравоохранения РК на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» от 29.11.2009 г.№1113
3 Аканов А.А.,Тулебаев К.А.,Турдалиева Б.С.,Исина З.Б. Теория и практика организации здравоохранения. – Алматы: 2003. - 64с.
4 Аканов А.А., Камалиева М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан:современное состояние, проблемы, перспективы. - Алматы: 2003. - 57с.

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.М. ОРМАНОВА

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ И КЛАССИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме: Представлено современное состояние системы стандартизации в области здравоохранения. Выявлены основные проблемы, пути их решения в Республике Казахстан.

Ключевые слова: стандартизация, медицинская техника,ресурс,лечебно-профилактическое учереждение.

N.A.TALKIMBAYEVA, A.M. ORMANOVA

PROBLEMS OF STANDARDIZATION AND CLASSIFICATION IN PUBLIC HEALTH SYSTEM

Resume: The current state of standardization system in the field of public health is presented. The basic problems, ways of their decision in Republic Kazakhstan are revealed.

Keywords: standardization, medical equipment, resource, treatment-and-prophylactic ucherezhdeniye.

УДК 612.081-07.075

Р.Д. ТОКСАНБАЕВ[1], Р.М. АРГИРОВА[2], С.К. КАРАБАЛИН[3] , А.М. МАЙМАКОВА[4]
АО «Научный центр противоинфекционных препаратов» г. Алматы, Казахстан
Больница «Tokuda» г. София, Болгария
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г Алматы
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК, г Алматы

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Лабораторные услуги являются существенным и основополагающим компонентом всех систем здравоохранения в обеспечении эффективного лечения пациентов. Создание системы управления качеством клинических лабораторных исследований с учетом всех ее компонентов и разнообразных методов оценки является актуальным вопросом современной лабораторной медицины многих стран мира и Казахстан в том числе.
Ключевые слова: *лабораторная служба, качество, стандарт медицинской помощи, клинико-диагностические лаборатории, нормативно-правовые акты.*

Президент Н.А.Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Новый политический курс состоявшегося государства» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать развитие высокотехнологичной системы здравоохранения, внедрение эффективных методов лечения, что должно способствовать улучшению, как качества медицинских услуг, так и здоровья населения в целом [1].

Лаборатория – практическая или научно-исследовательская медицинская организация, которая проводит комплексный анализ биологических тканей и жидкостей организма человека, сопоставление результатов анализа с клиническими данными, с данными предыдущих и сопутствующих исследований. Лабораторные услуги являются существенным и основополагающим компонентом всех систем здравоохранения.

Надежные и своевременные лабораторные анализы занимают центральное место в обеспечении эффективного лечения пациентов. В настоящее время недостоверные лабораторные результаты должны быть исключены, поскольку они ведут как к потере времени, дорогих расходных материалов, так и к потере человеческих жизней.

Управление качеством клинических лабораторных исследований является важной составляющей процесса оказания медицинской помощи (ОМП) в целом, так как клиническая лабораторная диагностика представляет собой неотъемлемый раздел медицины, обеспечивающий адекватный уровень диагностического и лечебного процесса.

Лабораторное исследование включает аналитический, до- и послеаналитический этапы.Доаналитический этап включает назначение врачом определенного лабораторного анализа, взятие биологического материала, при этом особую важность имеет применение стандарта, регламентирующего организацию и контрольпреаналитическойфазы.

Послеаналитический этап включает формулировку лабораторного заключения, доставку результатов анализа до клинициста и их интерпретацию, которую обязан проводить врач. Аналитический этап может выполняться биологом КДЛ.

Значимость развития лабораторной службы обусловлена использованием лабораторных исследований при диспансеризации населения, проведении профилактических осмотров. При этом особое место в развитии лабораторной службы отводится централизации, которая дает лучшую организацию аналитического исследования, экономию средств и высокую производительность.

Создание системы управления качеством клинических лабораторных исследований с учетом всех ее компонентов и разнообразных методов оценки является актуальным вопросом современной лабораторной медицины (Кишкун А.А., 2006). Однако международные стандарты (в частности – ISO 15189, 2008), принятые в Казахстане, в настоящее время, не позволяют ее использовать как систему обеспечения качества всей лабораторной службы. Разработка новых методов по улучшению сопоставимости результатов лабораторных исследований, выполненных в различных учреждениях здравоохранения, является также острой проблемой лабораторной службы в мире, и в Казахстане в том числе.

В современной лабораторной медицине процесс, направленный на улучшение сопоставимости результатов, называется гармонизацией данных лабораторных исследований (BurnettD.etal.,2001). Разработка эффективной и экономичной системы управления качеством лабораторных исследований является современным решением вопроса гармонизации результатов и оперативной коррекции существующих проблем лабораторного тестирования в условиях города. Таким образом, проблема оценки и обеспечения качества лабораторных исследований является актуальной для отечественного здравоохранения.

В экономически развитых странах во всех клиниках, медицинских центрах, научно-исследовательских институтах успешно функционируют клинико-диагностические лаборатории, а при медицинских учреждениях образования имеются учебные кафедры КЛД, созданы профессиональные Ассоциации и Научные Общества, систематические издаются профильные журналы, руководства, монографии и справочная литература.

В Австрии в настоящее время имеется более 2000 лабораторий, согласно данным общества по контролю качества EQUASTA. При этом значительная часть этих лабораторий представлена «лабораториями врачебных кабинетов», где имеются различные настольные приборы для измерения глюкозы, холестерина и т.д. [2,3].

Во многих европейских странах практически все специалисты медицинских лабораторий и служб крови состоят в Ассоциациях по профессиональным или научным интересам. В настоящее время в Европе зарегистрировано более 40 национальных организаций лабораторной медицины и несколько профессиональных Ассоциаций мирового уровня: форум европейских обществ клинической химии и лабораторной медицины объединяет 39 национальных обществ, европейская Конфедерация лабораторной медицины (1993г) специалистов лабораторной гематологии, клинической микробиологии, иммунологии, патологической анатомии, Существуют Общества клинической биохимии в Голландии, Норвегии, Австрии, Дании, Польше и в Бельгии [4,5].

Зарубежный опыт лабораторных служб свидетельствует о присутствии в штате КДЛ работников медицинской, биологической или фармакологической специальностей, медицинских лабораторных техников, а также флеботомистов и лабораторных регистраторов. Однако главными являются специалисты в области лабораторных исследований с высшим медицинским образованием, – медицинские патологи.

Медицинская (клиническая) патология и другие аналоги этой диагностической дисциплины – клиническая патология (в США), клиническая/медицинская биология (во Франции, Бельгии, Нидерландах, Австрии и некоторых других странах), лабораторная медицина (в Германии),

биопатология (в Греции), так же, как и патологическая анатомия, проводят исследования состава и свойств биологических жидкостейс дальнейшимanализом результатов. В Великобритании обучение медицинских патологов составляет 11–12 лет. В Японии обязательно предварительное двухгодичноеобучение. В европейских странах работники лабораторной службы имеют медицинское, биологическое, химическое или фармацевтическое образование. Две трети специалистов КДЛ Франции представлены фармацевтами – биологами, остальные врачи-патологи. При этом период обучения также составляет около 12 лет. В Германии также подготовка патолога КДЛ занимает 10 лет.

В лабораторной медицине применяются химические, иммунологические, серологические, молекулярно-биологические, гематологические и другие виды инструментального исследования. Подобное разнообразие методов и видов лабораторных исследований, обуславливает заинтересованность в подготовке специалистов в данной области.

В США подготовка персонала лаборатории с высшим медицинским образованием предусматривает обучение по биологии, химии, анатомии, затем четырехгодичное изучение медицинских дисциплин в сочетании с практикой. Кроме того необходимачетырех- или трехгодичная специализацияна базе аккредитованной медицинской образовательнойорганизации, что в итоге увеличивает общий срок подготовки высококвалифицированного специалиста до 11–12 лет.

Мировая практика постдипломного образования специалистов КДЛ представлена семинарами, научными симпозиумами, краткосрочными учебными курсами, аудио- и телеконференциями и т.д.

В США и других, экономически развитых странах утверждено более 470 программ подготовки медицинских технологов и техников в различных областях лабораторной медицины и более 60 программ подготовки флеботомистов и лабораторных ассистентов. Продолжительность их обучения составляет 2–3 года: оно проводится в медицинских колледжах или на медицинских факультетах университетов. В порядке исключения лабораторные техники могут готовиться на рабочем месте. Последипломная подготовка специалистов среднего звена организуется и проводится менеджерами лабораторий и не носит систематического характера.

Проведенный анализ лабораторных служб в различных станах выявил два направления подготовки основного персонала КДЛ: врач-патологибиолог-аналитик.При этом длябольшинство стран характерна многоуровневая подготовка специалистов КЛД, как высшего, так и среднего звена[6].

Основными направлениями реформирования лабораторной службы согласно обзору литературы являются всесторонняя информатизация и интеграция на основе развития компьютерных технологий, обязательное соблюдение протоколов лечения и стандартов диагностики с использованием комплекса мер по управлению качеством лабораторных исследований, расширение взаимодействия лабораторной диагностики с другими медицинскими дисциплинами, непрерывное повышение уровня знаний врачей- клиницистов в вопросах клинико -лабораторной диагностики.

Вопросы обеспечения качества оказываемых медицинских услуг, в том числе и клинико – лабораторных, актуальны для современного здравоохранения [7,8].

Общественное здравоохранение рассматривает понятие «качества» как предоставление максимальному количеству людей наибольших благ для сохранения здоровья с наименьшим риском для здоровья, исходя из существующих ресурсов.

При подготовке и реализации программ обеспечения качества медицинской помощи, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо учитывать состояние основных компонентов: выполнение медицинских технологий, учет риска для пациента от медицинского вмешательства, оптимальность использования ресурсов и удовлетворенность пациента медицинской помощью[9].

Важнейшим условием проведения оценки качества медицинских услуг является наличие стандартов качества медицинской помощи.Стандарт качества медицинской помощи - это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинских услуг при данном виде патологии с учетом необходимых методов диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей медицинской организации. Внедрение стандартизации обеспечивает экономию человеческих и материальных ресурсов, выбор оптимального решения, стабильное обеспечениенеобходимого уровня качества.

Результатом активной деятельности по стандартизации в сфере здравоохранения стала разработка и внедрение большого количества разнообразных стандартов медицинской помощи.

Стандарты могут быть рекомендательными и законодательными. Задачами медицинских стандартов является уменьшение дублирования работы, сокращение длительности лечения, повышение безопасности больных и защита медицинских работников от необоснованных обвинений, обеспечение возможности оценки необходимых ресурсов [10].

В России разработана Единая система управления качеством (Юрьев А.С., Корсунский А.А.. 2005), важным звеном которой является управление клинико-лабораторной диагностикой. Обеспечение достоверности результатов лабораторной диагностики на преаналитической и постаналитическом этапах, внутрилабораторный контроль и внешняя оценка являются обязательными условиями качества предоставляемых услуг.

Согласно российскому ученому В.В. Меньшикову [11] «безопасное лабораторное обеспечение медицинской помощи состоит в получении биологически и аналитически достоверных результатов лабораторных исследований, правильно отражающих количественные или качественные характеристики объекта исследования: биохимического процесса, клеточного элемента, микроорганизма».

В настоящее время высокая клиническая информативность результатов лабораторных исследований подразумевает соответствующее качество выполнения всех этапов исследования.

Решение проблемы обеспечения минимизации рисков получения и применения ошибочной лабораторной информации, основано на применении единого для всех видов деятельности человека принципа системы менеджмента качества. Это принцип международных стандартов серии 9000.

В России разработаны ИСО 15189:2003 «Лаборатории медицинские - Частные требования к качеству и компетентности».Данный документ содержит полный перечень требований по формированию системы менеджмента качества медицинских лабораторий: требований к применяемым методам исследования и средствам лабораторного анализа, калибровке и постоянному обслуживанию используемого оборудования, компетентности лабораторного персонала, условиям выполнения на всех этапах процесса лабораторного исследования, взаимодействию с клиническим персоналом и поставщиками средств лабораторного анализа, характеру реагирования на претензии потребителей лабораторных услуг.

Существующие рыночные реалии диктуют наряду с постоянным внедрением инновационных методик и средств анализа, активное применение требований системы менеджмента качества, гарантирующей постоянное удовлетворение интересов пользователей лабораторных услуг – клиницистов и пациентов.

Международной организацией по стандартизации в 2003году введена ИСО 15189, заостряющая внимание на клиническом предназначении лабораторного исследования. Процесс повышения сопоставимости результатов разных

лабораторных исследований называется гармонизацией данных лабораторных исследований [12]. Разработка вопросов сопоставимости результатов исследований разных лабораторий остается актуальной. Данный стандарт предусматривает в качестве решения вопросов межлабораторной сопоставимости обмен разделенными пробами пациентов.

Опыт зарубежных лабораторий свидетельствует о положительном влиянии стандартов, в частности аккредитации на соответствие стандарту ИСО 15189, на показатели точности исследований, на общую эффективность лабораторного обеспечения медицинской помощи [13].

В республике Казахстан лабораторная служба представлена следующими видами КДЛ: лаборатории общего типа, которые выполняют основные виды лабораторных исследований; централизованные или специализированные лаборатории, занимающиеся серийным производством лабораторных исследований одного вида; экспресс-лаборатории; региональные экспертные лаборатории и Национальнаяреференс-лаборатория.

Деятельность КДЛ регламентирована следующими документами:

- Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (пунктом 2 статьи 55),
- Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы (развитие национальной аккредитации медицинских организаций, основанной на международных принципах, оптимизация лабораторной службы путем ее централизации и развития экспресс-диагностики);
- «Положением о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований» (№1566 от: 21.12.2011);
- Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2013 года №1594 О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2014 - 2018 годы» (внедрение новых стандартов лабораторной диагностики, совершенствование процедуры аккредитации в области здравоохранения).

А также приказами:

- №765 от 24.11.2009г «Об утверждении перечня медицинской техники, являющейся средством измерения»
- № 679 от 10.11. 2009 г «Об утверждении Правил уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, пришедших в негодность, фальсифицированных, с истекшим сроком годности»
- №710 от 16.11.09 г. «Об утверждении Правил ввоза и вывоза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»
- №729 «Типовые штаты и штатные нормативы для организаций, оказывающих стационарную помощь»
- №850 «Минимальные стандарты оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения
- №742 от 22.09.2010 «Об утверждении форм отчетной документации субъектов здравоохранения»
- №898 от 18.11.2010 «О предоставлении ведомственных годовых отчетов»
- №238 Приложение к Типовым штатам и штатным нормативам организаций здравоохранении
- № 7 от 5.01.2011. «Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»

Данные нормативно-правовые акты регулируют деятельность организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, независимо от формы собственности.

Основными задачами КДЛ являются не только оказание лабораторных услуг взрослому и детскому населению, а также применение новых методов исследования для обеспечения более высокой аналитической достоверности, внедрение инновационных технологий, централизация лабораторных исследований для рационального использования оборудования.

В Казахстане КДЛ проводят следующие виды лабораторных исследований: общеклинические, гематологические, цитологические,иммуноцитохимические, биохимические,коагулологические, иммунологические и изосерологические, химико-токсикологические исследования лекарственных средств для проведения терапевтического мониторинга, микробиологические, цитогенетические, молекулярно-генетические.

Разработанная Стратегия развития лабораторной службы республики предусматривает проведение реформ в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазахстан» на 2011-2015 годы, разработку новых Нормативно-Правовых Актов, централизацию лабораторных исследований и аккредитацию медицинских лабораторий соответственно стандартам ИСО – 15189-2008 СТ РК[14].

Актуальность внедрения системы стандартизации в отечественном здравоохранении, включая клинико-лабораторную службу республики, озвучена в Послании Президента РК Н.А. Назарбаева к народу Казахстана «Стратегия вхождения Казахстана в число 50-ти наиболее конкурентноспособных стран мира» [1].Система менеджмента качества деятельности клинико-диагностических лабораторий регламентирована стандартами ГОСТ РК ИСО 9001 «Система менеджмента качества», ГОСТ РК ИСО 15189 «Лаборатории медицинские. Требования к качеству и компетенции».

В 2011 году в республике была создана КАМЛД - Казахстанская ассоциация медицинской лабораторной диагностики. В сентябре 2012 г. Казахстанская ассоциация медицинской лабораторной диагностики была принята в члены IFCC как полноправный член этой организации, что дает возможность внедрять в практику все мировые стандарты лабораторной медицины, а также принимать участие в исследованиях и мероприятиях, проводимыми Федерацией.

В Казахстане Министерством здравоохранения РК и Институтом развития здравоохранения разработаны протоколы диагностики и лечения на стационарном, амбулаторно-поликлиническом уровнях и для скорой медицинской помощи [15]. Однако, несмотря на проводимые преобразования в лабораторной службе, сохраняются проблемыправового, экономического и организационного характера [16].

Анализ литературы по данному вопросу свидетельствует о распространенности проблем развития лабораторной службы, общих для многих стран и Казахстана в том числе: нерациональное использование имеющегося оборудования, отсутствие материальной заинтересованности специалистов в повышении производительности труда и качества проводимых исследований, актуальность стандартов оказания услуг согласно объему и виду исследований, проводимых МО, вопросы численности и уровня подготовки кадров для лабораторной службы,дублирование и выполнение не имеющих достаточного клинического обоснования исследований, вопросы сопоставимости лабораторных исследований разных КДЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Послание Президента РК Н.А. Назарбаева к народу Казахстана «Стратегия вхождения Казахстана в число 50-ти наиболее конкурентноспособных стран мира».
2 Oppolzer EM, Muller MM. Health care system and laboratory medicine in Austria: Present status and future perspectives // ClinChimActa. – 1999. – P. 37-55.
3 Kux D: Hadbuch fur die SanitatsberufeOsterreichs // Dieter GoschlVlg. – Wien: 2003. – P. 35-39.
4 Меньшиков В.В. Стандартизация в клинической лабораторной диагностике // Клиническая лабораторная диагностика. - 2001. - №4. - С. 30-24.
5 Дегемерзанова Н.К. Документирование внутрилабораторного контроля качества в КДЛ // Лабораторная медицина.-2011. - №1. - С. 79-81.
6 *Камышников В.С., Сергейчик Н.Л., Зубов-ская Е.Т.* Организация клинической лабораторной службы: метод.указания. – Минск: 2008. – 121 с.
7 Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 157 с.
8 Моссиалоса Э., Диксон А., Фигераса Дж., Кутцина Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. - М.: Весь мир, 2002. – 332 с.
9 Blomh.G. etal. Continuous Quality Development: A Proposed National Policy. // Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. - 1998. – 212 p.
10 Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Игликова А.Э. и др. Использование системного анализа в обеспечении качества медицинской помощи // Societyformedicaldecisionmaking SMDM Europe. – Швейцария: 2008. – С. 22-24.
11 Меньшиков В.В. О трудностях стандартизации в клинико-диагностических лабораториях медицинских организаций // Клиническая лабораторная диагностика. - 2013.- №4. - С. 46-49.
12 Меньшиков В.В. Система национальных стандартов для лабораторной медицины России: итоги 10 лет разработки // Журнал "Вестник Росздравнадзора". - 2014. - №1. - С. 18-23.
13 Хьюисман В. (Huisman W.) Выгоды применения стандарта ИСО 15189 в лабораторной практике в Европе // Клиническая лабораторная диагностика. – 2013. - №9. - С. 6-8.
14 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазахстан» на 2011-2015 годы
15 Акшалова Д.З. Стандартизация лечебно-диагностических процессов в здравоохранении Республики Казахстан. Вклад здравоохранения в цели развития Казахстана // Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Алматы: 2010. - С. 27-31.
16 Рысулы М.Р. Модели лабораторной диагностики в республике Казахстан: состояние и перспективы обеспечения ПМСП // Лабораторная медицина. – 2013. - №2(5). - С. 15-20.

Р.Д. ТОКСАНБАЕВ, Р.М. АРГИРОВА, С.К. КАРАБАЛИН , А.М. МАЙМАКОВА

ДҮНИЕ ЖҮЗІНДЕ ЗЕРТХАНА ҚЫЗМЕТІНІҢ НЕГІЗГІ ДАМУ ҚАРҚЫНЫ
(ӘДЕБИ ШОЛУ)

Түйін: Зертхана қызметі науқастарды эффективті емдеу ісі бойынша барлық денсаулық сақтау жүйесінде негізгі компонент болып табылады. Дүние жүзінде сонымен қатар Қазақстанда клиникалық зертханалардың сапасын басқару жүйесін, оның барлық компонентерімен әр түрлі бағалау әдістерін құру өзекті мәселе болып табылады.
Түйінді сөздер: зертханалық қызмет, сапа, медициналық көмек стандарты, клинико-диагностикалық зертханалар, нормативтік құқықтық актілер.

R.D. TOXANBAYUEV, R.M. ARGIROVA, S.K. KARABALIN, A.M. MAIMAKOVA

THE MAIN TREND IN THE DEVELOPMENT OF LABORATORY SERVICES IN THE WORLD

Resume: Laboratory services are essential and for the fundamental component of all health systems in a spectacular treat the patient. Creating a quality management system with clinical laboratory studies taking into account all its components and a variety of assessment methods is an important issue of modern laboratory medicine in many countries and including of Kazakhstan.
Keywords: laboratory services, quality and standard of core, diagnostic laboratories clinical diagnostic laboratories, regulatory legal acts.

УДК 615.15:614.

Е. Л. СТЕПКИНА, Ж. Н. ДЖУМАНОВА
Высшая Школа Общественного Здравоохранения,
кафедра менеджмента в здравоохранении и фармации, г. Алматы.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В обществе в последнее время, как со стороны государственных органов так и рядовых граждан наблюдается повышенное внимание к деятельности фармацевтических компаний, в том числе к работе медицинских представителей. Согласно международным данным, профессия медицинский представитель относится к одной из востребованных специальностей.
Ключевые слова: *медицинский представитель, фармацевтический рынок, фармацевтические компания, лекарственные средства.*

Введение. Из года в год отмечается тенденция к увеличению числа работающих специалистов на фармацевтическом рынке, рынок фармацевтического персонала продолжает восстанавливаться после кризиса 2008 г., компании продолжают увеличивать штат сотрудников, но делают это с определенной осторожностью [1]. При выборе сотрудника особое внимание фармацевтические компании уделяют опыту медицинского представителя МП, поэтому одним из условия приема на работу является наличие опыта от 1 года. Совершенно недавно на рынке труда МП была противоположная тенденция - в штат фармацевтические компании брали молодых специалистов после окончания институтов и подготавливали их под себя, в настоящее время в конкурентных рыночных условиях у фармацевтических компаний нет времени и дополнительных ресурсов для обучения сотрудников. Все это ведет к тому, что фармацевтические компании активно "переманивают" опытных МП друг у друга, за счет чего текучесть кадров не снижается, а, напротив, растет.

В Казахстане зарегистрированы и работают представительства фармацевтических компаний дальнего и ближнего зарубежья, а также отечественные. Штат медицинских представителей имеют и зарубежные, и отечественные производители. Такая практика характерна не только для СНГ, она имеет место практически во всех странах мира, причем, считается не только нормальной, но и необходимой. Ведь работа МП включает ряд определенных функций, прежде всего - предоставление врачу или фармацевту своевременной и объективной информации о лекарственных средствах компании (ЛС). Среди них могут быть инновационные ЛС, открывающие новые возможности терапии различных заболеваний, новые лекарственные формы и комбинации, решающие проблемы комплаенса (приверженности к терапии) и повышающие эффективность лечения, а также генерики, делающие его более доступным. Помимо этого необходимо учитывать, что только медицинский представитель, обладая максимумом информации о ЛС, может дать аргументированный ответ на любой вопрос врача. Медицинская наука не стоит на месте: усложняются терапевтические схемы, новое применение находят давно присутствующие на рынке ЛС, развивается персонализированная медицина. Врач, делая назначение, должен быть хорошо информирован. При этом нужно учитывать, что далеко не у всех специалистов есть доступ в интернет, и даже при его наличии не все могут свободно ориентироваться в виртуальном пространстве и находить необходимую научную информацию, основанную на доказательствах. Далеко не все медицинские и фармацевтические специалисты владеют иностранными языками, вследствие чего не могут ознакомиться с результатами клинических исследований и сравнительных анализов, и, в конце концов, не все интересующие медицинского и фармацевтического специалиста аспекты применения того или иного ЛС могут быть освещены в интернете. Именно медицинский представитель предоставляет в доступной форме исчерпывающую информацию, связанную с применением препарата. Это и данные клинических исследований, и доклады на научно-практических конференциях, и справочная литература. Кроме того, в сложном случае врач и фармацевт может связаться с медицинским представителем, который, обладая максимальным объемом знаний по препаратам компании, поможет определить наилучшую тактику и предостеречь от возможных ошибок. Не следует забывать, что врач и фармацевт ввиду занятости не в состоянии осуществлять самостоятельный поиск информации. Таким образом, основная функция медицинского представителя - образовательная, а значит - социально необходимая не только для врачей и фармацевтов, но и для пациентов.

Цель работы: проанализировать актуальность профессии медицинский представитель на фармацевтическом рынке Республики Казахстан.

Материалы и методы: Описательно-аналитический метод исследования.

Результаты собственных исследований: Всероссийским Центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) было проведено исследование на тему: «Изучение отношения врачей к вопросам лекарственного обеспечения населения, деятельности медицинских представителей». В ходе данного исследования был проведен опрос практикующих врачей. Количество респондентов составило 1500 из 71 населенного пункта 50 областей, краев и республик РФ. Исследование продемонстрировало довольно высокий уровень информированности врачей о новых лекарствах - 52% опрошенных заявили, что полностью владеют информацией об отечественных препаратах и 41% - частично, 48% полностью проинформированы об импортных препаратах и 45% - частично. По данным исследования, основными источниками информации о новых препаратах для врачей являются медицинские конференции, конгрессы, симпозиумы (об этом заявили 72% опрошенных), а также медицинские представители (71%). Далее с большим отрывом следуют справочники (44%). Примерно 27% респондентов получают сведения о новых лекарствах от коллег и руководства по месту работы, 23% - из специализированных изданий. Интернет является источником профессиональной информации лишь для 17% опрошенных. Ценность телевидения, радио и других СМИ как средства получения новых знаний о препаратах для врачей минимальна – всего 2% респондентов черпают информацию из этих источников (таблица 1).

Таблица 1 - Основные источники информации о новых препаратах для врачей

№	Источник информации	% информированности
1	Конференции, конгрессы, симпозиумы	72
2	Медицинские представители	71
3	Справочники	44
4	Коллеги и руководства по месту работы	27
5	Специализированные издания	23

6	Интернет	17
7	Телевидение, радио и другие СМИ	2

При этом абсолютное большинство врачей доверяют информации о новых лекарственных препаратах, полученной из справочников лекарственных средств (93%), на медицинских конгрессах (92%), а также по рекомендации своих коллег (80%). Две трети врачей доверяют информации, полученной: от медицинских представителей (69%), на презентациях и семинарах компаний-производителей лекарственных средств, а также на медицинских выставках (по 65%), и из отраслевой прессы (63%) (рисунок 1) [2].

Рисунок 1 - Степень доверия врачей информации о лекарственных средствах

Основным требованием к профессии МП является наличие медицинского образования. Несколько лет назад некоторые фармацевтические компании склонны были полагать, что если МП отличный «продажник», то без профильного образования можно обойтись, на позицию МП приходят люди из других отраслей. За счет этого происходит увеличение общего количества МП, но с течением времени требования к МП меняются.

МП работают как с врачами, так и фармацевтами. Существует четкая градация на МП рецептурной группы и МП аптечной группы. В госпитальном секторе целевая аудитория рецептурных препаратов — врач. Когда в его кабинете во время визита МП начинает «включать» технику и мастерство продаж, врач это моментально видит и может прекратить беседу. С ним необходимо общаться на врачебном языке, для него представляет интерес практическое решение конкретных задач терапии, проблем, связанных со здоровьем пациентов. Такой диалог с врачом может построить только МП с соответствующим образованием и знаниями. Врачу неинтересно слышать информацию о ЛС, которую может выучить любой человек, поэтому на фармацевтическом рынке в сегменте рецептурных лекарственных средств немедицинский торговый персонал эффективен не будет. Таким образом, фармацевтические компании для продвижения рецептурных препаратов на позицию МП предпочтительно будут набирать врачей, потому что понимают — МП с медицинским образованием будут лучше и эффективнее промотировать лекарственные средства.

Профессия медицинский представитель внедрилась и укоренилась в фармацевтической отрасли. Фармацевтическим компаниям в настоящее время необходимо систематизировать подход к требованиям к кандидатам на эту должность. При этом надо учитывать, что МП ежедневно контактирует с медицинскими и фармацевтическими специалистами, поэтому одним из основных критериев должно стать – наличие высшего медицинского или фармацевтического образования. Юридически закрепленного профессионального статуса данная профессия в Республике Казахстана не имеет: проведя анализ нормативной документации выяснилось, что данная специальность отсутствует в «Классификаторе профессий и специальностей технического и профессионального, последнего образования» № ГК РК 05-2008 и Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей». Высшим уровнем формализации данной профессии являются должностные инструкции и Уставы фармацевтических компаний.

Фармацевтические компании проводят ежегодные тренинги по развитию навыков продаж, приверженности этическим стандартам ведения бизнеса. Но остается нерешенным вопрос об этико-правовых взаимоотношениях МП и медицинских и фармацевтических специалистов. Что делать, если некоторые МП даже имея за собой опыт работы врачом, провизором все равно не знают элементарных требований этики и деонтологии? В Казахстане существует достаточное количество ВУЗов, которые могли бы проводить обучение в виде курсов по повышению квалификации специалистов. Можно перенять международный опыт на примере США и стран Европы. Медицинский представитель должен обладать широкими медицинскими и фармацевтическими знаниями и хорошо знать препараты своей фирмы и ее конкурентов. В западных странах право работать медицинским представителем имеет только человек с высшим или средним медицинским, фармацевтическим, химическим, биологическим образованием или прошедший курсы и сдавший экзамен в

торгово-промышленной палате на приобретение квалификации «Медицинский представитель»[3].

Сегодня МП - достаточно популярная должность. Это во многом объясняется широкими возможностями карьерного и профессионального роста, которые дает эта профессия. Во многих фармацевтических компаниях используют карту карьеры. Следующими ступенями карьеры для МП является: старший медицинский представитель, региональный менеджер, продакт менеджер, менеджер по ключевым клиентам, начальник подразделения. Для достижения этих ступеней карьерной лестницы МП должен постоянно обучаться и совершенствоваться.

В современном мире именно фармацевтические компании являются инициаторами и спонсорами развития медицины, коммуникационное воздействие фармацевтических компаний на медицину имеет в итоге положительное значение, способствуя развитию медицинских знаний, повышению эффективности диагностики и терапии, наполнению медицинских бюджетов от чего, в результате, выигрывают. И от того насколько грамотные и образованные кадры работают в штате компаний зависит их рейтинг и авторитет.

Заключение. Таким образом, созрела потребность включения профессии Медицинский представитель в Классификатор профессий, что привело бы к повышению престижа профессии и послужило мотивацией для сотрудников фармацевтических компаний быть профессионалами своего дела.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Квалифицированные медрепы как объект охоты фармкомпаний http://www.apteka.ua/article/206933
2 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации http://wciom.ru/index.php?id=270&uid=111135
3 Эффективная численность медицинских представителей www.pharmprofi.ru

Е.Л. СТЕПКИНА, Ж.Н. ДЖУМАНОВА
Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, қоғамдық денсаулық сақтаумен фармациядағы менеджмент кафедрасы, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦИЯ НАРЫҒЫНЫҢ ҚАЗІРГІ КЕЗЕҢДЕГІ ДАМУЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӨКІЛ МАМАНДЫҒЫНЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Түйін: Қоғамда неғұрлым мемлекеттік орган жағынан соғұрлым қатардағы азаматтар жағынан фармацевтикалық компаниялардың қызметіне аса назарын аударуда, сонын ішінде медициналық өкілдердің жұмысын қоса. Халықаралық деректерге сәйкес, медициналық өкіл мамандығы қажетті мамандықтардың біріне жатады.
Түйінді сөздер: медициналық өкіл, фармация нарығы, фармацевтикалық компания, дәрілік заттар.

E. L. STEPKINA, ZH. N. DZHUMANOVA
High school of public health, management in public health and pharmacy department, Almaty

THE RELEVANCE OF THE PROFESSION OF MEDICAL REPRESENTATIVE IN THE MODERN PHARMACEUTICAL MARKET DEVELOPMENT OF KAZAKHSTAN

Resume: In a society in recent years, both government officials and ordinary citizens there is an increased attention to the activities of pharmaceutical companies, including the work of medical representatives. According to international reports, medical profession refers to a representative of one of the popular specialties.
Keywords: medical representative, pharmacy market, pharmaceutical company, medicines.

ӘОЖ 614.2-082-614-88-2

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.М. ОРМАНОВА, Н.М. БАЙМОЛДИН
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ҚАЗАҚСТАНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАР НАРЫҒЫН ТАЛДАУ

Қазақстанның медициналық құрал-жабдықтар нарығындағы ерекшеліктер кәсіпорындар мен фирмалардың, компаниялардың арасында бәсекелестік күшейіп тұрған кезеңде өндірістердің ықпалдасу, мамандану және шоғырлану үдерісінің дамып жатқандығын айғақтайды.
Түйінді сөздер: *медициналық жабдықтар, денсаулық сақтау жүйесі, сервистік қызмет көрсету, ресурстық қамтамассыз ету.*

Кіріспе: Денсаулық сақтауда мемлекеттік саясаттың негізгі бағыттарының бірі болып медициналық мекемелерді заманауй емдеу-профилактикалық және диагностикалық жабдықтармен қамтамассыз етуге қолайлы жағдай жасау. Бұл қиын мәселені медициналық жабдық нарығының тиімді қызметі орындауға міндеттелген. Зерттеу барысында жоғарыда айтылған нарық жаңа экономикалық қарым-қатынас құру жағдайында елдегі тұрақты дамушы шаруашылық кешен звеносы болып табылатындығы көрінді. Онда жаңа меншік және бақталастық түрлері бекітілді,шаруашылық субъектілерінің саны артты,шығарылатын өнім ассортименті және көлемі артты.

Қазақстанның медициналық құрал-жабдықтар нарығындағы ерекшеліктер кәсіпорындар мен фирмалардың, компаниялардың арасында бәсекелестік күшейіп тұрған кезеңде өндірістердің ықпалдасу, мамандану және шоғырлану үдерісінің дамып жатқандығын айғақтайды

Бұл нарыққа тән ерекшелік онда шетелдік капитал мен көлемі артушы шетелдік өнімнің болуы. Қазіргі таңда медициналық жабдықтардың сатылу көлемі 65%:35% қатынасында,импорттық тауарлар пайдасына болып отыр.Елдегі көптеген өнісдірістердегі ұлттық медициналық жабдықтар өнімі көлемінің төмендеуі импорттық заттар көлемінің артуымен жүрді.Әсіресе ТМД елдерінде өндірілген жабдықтарды жеткізу артты.

Қазіргі таңда Қазақстандық медициналық техникалар нарығы импорттық өнімдердің басымдылығымен сипатталады.Мемлекетте өндірілетін аз көлемдегі медициналық жабдықтар дүние жүзілік заманауй медициналық техникалар нарығында кездесетін ең қарапайым вариантардан тұрады.

Қазақстан бүкіл халықаралық стандарттар сапасына жауап беретін жоғары технологиялық аппараттарды шетелден алып келеді.Медициналық техникалардың шетелден жеткізілу көлемінің артқаны байқалады. Жылына өсім 2-6% құрады. Қазақстан нарығына медициналық техникаларды негізгі тасымалдаушылар Германия,Ресей,АҚШ және Жапон өндірушілері.2012 жылдың бірінші жартысында медициналық техника тасымалдаушыларының ішінде алғашқы орындарда Германия (31%), Қытайлық (1% дан 7%), чешских (с 0,7% до 2,1%), австрийских, бельгийских компаний (с 0,3% до 2%).

Инновациондық технологиялардың тасымалдануындағы мәселелердің бірі өте қымбат және заманауй жабдықтарды қолдану,монтаж бойынша мамандардың жетіспеуі болып табылады.

Ұлттық өндірістің көлемі жоғарыда айтылғандай өте төмен.Республика территориясында медициналық техникаларды өндіретін 80-нен астам компаниялар тіркелген,олардың айналымы өте төмен.

Медициналық жабдықтардың техникалық қызметі қызмет көрсету кепілдік мерзімі аяқталғаннан кейін медициналық техника нарығында орын алатын бірнеше біріккен сервистермен ұсынылған:ТОО «Медсервис», «Медикуссервис», «Восток», АО «Медтехника», «Медремзавод».

Медициналық жабдық жағдайы және оларды сатып алу мен өндірілуіне бағытталған мемлекеттік бюджет және бюджеттен тыс қолданылатын қаржылық көздер жетіспейді . Емдеу-профилактикалық мекемелердегі медициналық жабдықтар өте ескі деңгеймен сипатталады,қолданылуда 50% жоғары табиғи тозған және моральді ескірген медициналық техникалар. Кейбір приборлар және аппараттар қатары 20 жылдан бері қолданыста,олар өз қорларын шығарған,науқастарға тиімді ем және тексерудің жоғары сапасына кепілдік бере алмайтындай моральді ескірген .

Сонымен қатар заманауй медицинаның көптеген бағыттары жоғары технологиялық жабдықталуды және медициналық ұйымдарды қамтамассыз етуді талап етеді. Медициналық жабдықтардың отандық тасымалдаушыларының және сервистік қызмет көрсетудің дамуының өзекті мәселесі. Нормативтік-құқықтық базаны дамытуды қажет етеді, стандарттарды дайындау қажет.

Сонымен жүргізілген талдау медициналық ұйымдарда ресурстық қамтамассыз ету сапасын басқарудың (техникалық және техниологиялық жабдықтау)жаңа жолдарын жасау ,медициналық техниканмен қамтамассыз етудің халықаралық стандарттарын еңгізу қажеттілігін анықтады.

Кесте 1 - 01.01.2013 жылда медициналық техникалардың жеткізілу дәрежесі

Мемлекеттер	2002 г	2010г	Ауытқу (+), (-)	Себептері
Германия	25,0	31,0	+6,0	Жоғарғы технологиялар өсімі
Ресей	25,0	30,0	+5,0	Жоғарғы технологиялар өсімі
АҚШ	25,3	19,9	-5,4	Инновациялық шығарылымдардың төмендеуі
Жапония	23,0	6,0	-17,0	Европалық нарыққа арналған жаңа технологиялардың өсімі
Қытай	1,0	7,0	+6,0	Жоғарғы технологиялар өсімі
Чехия	0,7	2,1	+1,4	Жоғарғы технологиялар өсімі
Австрия	0,3	2,0	+1,7	Жоғарғы технологиялар өсімі
Бельгия	0,3	2,0	+1,6	Жоғарғы технологиялар өсімі
Қазақстан	0,01	0,01	-	Жоғарғы технологиялар өсімі
Барлығы:	100,0	100,0	-	

Қорытынды: Берілген кестеден инновациондық техникалардың негізгі тасымалдаушылары дамыған елдер болып табылатынын байқаймыз. ҚР медициналық жабдықтар аймағы нарығында негізгі үлесті алатын осы мемлекеттер. Сонымен қатар Қазақстан нарығындағы жабдықтардың негізгі түрлері болып

УЗИ,Рентгенаппаратуралары,Компютерлік томографтар,Магниторезонансты томографтар,яғни диагностикалық жабдықтар болып табылады.Медициналық жабдықтар өсімі көрнекі бақылансада барлық жабдықтар диагностиканы ғана құрайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Исаев Д.С., Игликова А.Э., Сманов К.Д. К моделированию процессов ресурсного обеспечения медицинской помощи // Съезд врачей. – М.: 2009. – С. 45-48.
2 Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Надиров Ж.К., Игликова А.Э. Системный подход в оценке ресурсного обеспечения медицинских организаций // Социальные и гуманитарные науки. – Бишкек: 2010. – № 1-2. – С. 212–214.
3 Сманов К.Д., Нурмухамбетова С.И., Надиров Ж.К., Исаев Д.С., Третьякова С.Н. Методология оценки процессов стабилизации и развития ресурсного обеспечения меди цинских организаций // Педиатрия и детская хирургия. – Алматы: 2011. – №1. – С. 50–51.
4 Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане:концепии,проблемы и перспективы. - Алматы:2001. – 101 с.
5 Казхстан и мировой опыт рыночной трансформации. - Алматы: 2009. – 49 с.

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.М.ОРМАНОВА, Н.М. БАЙМОЛДИН

АНАЛИЗ РЫНКА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Резюме: Эффективное функционирование рынка медицинского оборудования наиболее актуальная проблема в управлении системой здравоохранения. Для оптимального выполнения задач по улучшению качества медицинских услуг необходимо решение вопросов технологической оснащенности и обеспечения медицинских организаций.

Проведен анализ особенностей казахстанского рынка медицинского оборудования. Характерной особенностью рынка является присутствие на нем иностранного капитала и возрастающих объемов импортной продукции. Актуальна проблема развития отечественного поставщика медицинского оборудования и сервисного обслуживания. Проведенный анализ выявил необходимость разработки новых подходов в управлении качеством ресурсного обеспечения.

Ключевые слова: медицинское оборудование, система здравоохранения, сервисное обслуживание, ресурсное обеспечение.

N.A. TALKIMBAEVA, A.M. ORMANOVA, N.M. BAIMOLDIN

THE MARKET OF MEDICAL EQUIPMENT ANALYSIS IS IN KAZAKHSTAN

Resume: Effective functioning of market of medical equipment most issue of the day in a management by the system of health protection. For optimal implementation of tasks on the improvement of quality of medical services the decision of questions of technological equipped and providing of medical organizations is needed.

The analysis of features of the Kazakhstan market of medical equipment is conducted. The characteristic feature of market is a presence on him foreign capital and increasing volumes of the imported products. The problem of development of home supplier of medical equipment and service is actual. The conducted analysis educed the necessity of development of new approaches for a management by quality of the resource providing.

Keywords: medical equipment, system of health protection, service, resource providing

UDK 616-056.5:546.48+546.3]-036.1-092.4

D.D. ZHUNISTAYEV, K.K. TOGUZBAYEVA, SH.K. MYRZAKHMETOVA
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Occupational Health

EVALUATION OF PROTEIN METABOLISM OF EXPERIMENTAL ANIMALS DURING INTOXICATION WITH CADMIUM SULFATE AND ITS COMBINATIONS WITH OTHER POISONS

The article presents the results of the study of some indicators of protein metabolism in experimental animals intoxicated with cadmium sulfate and its combination with other poisons, as well as the protective role of sulfate ion. These data indicate that the toxicity of cadmium when isolated is greater than at its effects in combination with other poisons. It has the importance in the diagnosis and prevention.

Keywords: *cadmium, sulfate ion, heavy metals.*

At present, fairly large workers contingent is exposed to cadmium compounds occupationally, as they are widely used in various industries. Hygienic studies have been conducted in a number of industries, but the alkaline batteries manufacture has attracted great attention of scientists [1, 2]. Since 1920 years, there were descriptions of cases of industrial poisoning by compounds cadmium occurring mainly by inhalation [3].

Cadmium and its compounds are polytropic poisons influencing on many functions and systems of the body. In a number of cases, the toxicological studies have confirmed that changes in health status found in workers are occupationally conditioned and effected by cadmium.

Physiological antagonism of cadmium and some other trace elements occur at the level of absorption. In particular, low zinc concentration (0.01-1 mmol/l) increases the rate of cadmium absorption in the gut of rats, apparently, due to the induction of biosynthesis of zinc metalotionein. Higher zinc concentrations, on the contrary, hinder the absorption of cadmium. Moreover, in rats the expressed antagonism is mounted on the suction between cadmium and mercury, cadmium and copper [4].

In chicken and mice the inhibition of iron absorption by cadmium and cobalt is demonstrated. In their turn, these poisons reduce the absorption of cadmium that partly can be explained by their protective effect in cadmium poisoning.

In this context, the aim of this study was to investigate the influence of cadmium sulfate and its combination with other poisons on the protein metabolism in experimental animals.

Materials and methods

The studies are performed experimentally, in rabbits of both sexes with an initial weight of 2100-2900. Two series of experiments lasted for 4 months. In each series, there were 3 groups of animals.

	1 series	2 series
1- group	cadmium sulfate solution at 0.5 mg per 1 kg of body weight	a mixture solution of toxic substances (mg per 1 kg of body weight): cadmium Cd^{+2} - 0,5; zinc Zn^{+2} - 0,5; lead Pb^{+2} - 0,4; iron Fe^{+3} - 0,5; copper Cu^{+2} - 0,3; surma Sb^{+3} - 0,05; arsenic As^{-} - 0,25; fluorine F^{-}- 1,0.
2- group	as in the 1st group + Sulfate ion	as in the 1st group + Sulfate ion
3- group	Control	Control

Note: The animals received substance orally and daily, except of weekends and holidays.

Monthly, indicators such as DNA and RNA blood, total protein, blood urea were determined by well known methods in animals.

Comparative analysis of the protein fractions in the serum in animals orally exposed to cadmium sulfate solution at 0.5 mg/kg and 0.5 mg/kg in combination with other poisons showed that after 1 month of the experiment the administration of the cadmium (0.5 mg/kg), the total protein content did not change in both experimental groups compared with the control, and had no significant difference.

After 2 months, the total protein content was reduced in animals treated by cadmium sulfate with significant difference compared to the control.

After 3 months, no changes in theses indices were shown in the experimental groups compared to control.

After 4 months, the total protein content was increased in the cadmium group with proved difference between them and the control group, i.e. in the sulfate group, there was practically no difference from the control.

Thus, after 4 months of the experiment, if cadmium at 0.5 mg/kg was administered coupled with sulfate, its protective function had place with proven probability.

The administration of cadmium with the poisons mixture had no changes in figures in the experimental groups and no difference was observed between them and control group after 1, 3 and 4 months of the experiment. After 2 months of the experiment, the total protein content was reduced in animals exposed to cadmium with the poisons mixture, with significant difference compared to the control group. The same happen to the group of animals treated by sulphate and the poisons mixture, but the difference between them and the control was not proven, i.e. we can say that a positive influence of sulfate has been there.

Practically no changes found in the urea content in the experimental groups after 1 and 2 months of administration of cadmium (0.5 mg/kg). It was increased in the group exposed to cadmium, by the end of 3 and 4 months of the experiment, with significant difference compared to the control group. In the group of animals additionally treated by sulfate, not significant increase of urea content was observed. Thus, we can propose that the sulfate adjusts the changes caused by cadmium intoxication (0.5 mg/kg).

In animals exposed to cadmium with the poisons mixture the urea rate was increased twice, while in animals treated with additional sulfate, it was almost equal to the control group's rate.

After 2 and 3 months of the experiment, no changes in plasma urea level were observed in the experimental groups. In 4 months, the urea level increased in both experimental groups with significant difference compared to the control indicator, although it should be noted that in the cadmium group, it was higher than in the sulfate group.

The results indicate that the cadmium intoxication (0.5 mg/kg) there were no changes in DNA content in the experimental groups after 1 month of the experiment. After 2 months, this index increased with significant difference in the experimental groups. After 3 and 4 months, the reverse pattern is observed, and the indices were reduced, so the difference between the cadmium and control groups was significant, while between the cadmium and sulfate group no difference was not proved. Thus, in this case, the positive effect of sulfate has occurred.

In animals exposed to cadmium (0.5 mg/kg) with the poison mixture no changes in DNA level were noted in 1 and 2 months of the experiment. In the end of 3 and 4 months of the experiment, this index increased in the cadmium group with reliable degree of difference compared to the control group. In animals treated with sulphate, sulfates were able to prevent changes, so there was no difference compared to the control index.

As seen from the tables, the cadmium exposure (0.5 mg/kg of body weight) has no effect in plasma RNA level by the end of 1 month of the experiment. In the end of 2 months, this index increased significantly in the cadmium group. In animals exposed to additional sulfate, this index slightly increased, with no significant change compared to the control. After 3 and 4 months of the experiment, the index significantly dropped in the cadmium group, while in the sulfate group it practically did not differ from the control. Thus, again the sulfate provided significant positive impact throughout the experiment.

In animals exposed to cadmium (0.5 mg/kg) with the poison mixture, the RNA levels did not changed by the end of 1 and 2 months of the experiment and were within the control. After 3 and 4 months of the experiment, this index increased in the cadmium group with reliable degree of difference to the control group, while in animals treated with sulphate, no changes noted, thus, there was no difference compared to the control group.

From the described above, it follows that the exposure to only cadmium the toxic effect is greater than in combination with other poisons.

REFERENCE

1 Ishhuk I.G. Gigienicheskaja ocenka uslovii truda pri rabotah s okis'ju kadmija i dihlorjetanom v proizvodstve shhelochnyh akkumuljatorov: автореф. дис. ... канд. мед. наук - Алматы, 1971. - 258 с.
2 Mihaleva L.M. Kadmijzavisimaja patologija cheloveka //Arhiv patologii. – 1988. - Т. 50. - № 9. – P. 81-85.
3 A.A. Lukashev Biologicheskaja i gigienicheskaja rol' kadmija i mysh'jaka (jekologicheskie aspekty). - Almaty: 2004. - 326 c.

Д.Д. ЖҮНІСТАЕВ, Қ.Қ. ТОҒЫЗБАЕВА, Ш.К. МЫРЗАХМЕТОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, еңбек гигиенасы кафедрасы

КАДМИМЕН ЖӘНЕ ОНЫҢ БАСҚА УЛАРМЕН БІРІККЕН ӘСЕРІНЕН УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАНУАРЛАРДЫҢ АҚУЫЗ АЛМАСУЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Мақалада кадмимен және оның басқа улармен біріккен әсерінен улану кезіндегі тәжірибелік жануарлардағы ақуыз алмасуының кейбір көрсеткіштерін зерттеу нәтижелері, сондай-ақ сульфат-ионның протективтік рөлі туралы айтылған. Алынған мәліметтер оқшау әсер еткен кадмидің улылығы оның басқа улармен бірігіп әсер еткендегіге қарағанда жоғары болатындығын көрсетеді. Бұның диагностика және профилактика мәселелеріндегі маңызы зор.
Түйінді сөздер: кадмий, сульфат-ион, ауыр металдар.

Д.Д. ЖУНИСТАЕВ, К.К. ТОГУЗБАЕВА, Ш.К. МЫРЗАХМЕТОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра гигиены труда

ОЦЕНКА БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРНОКИСЛЫМ КАДМИЕМ И ЕГО КОМБИНАЦИЯМИ С ДРУГИМИ ЯДАМИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Резюме: В статье приведены результаты исследования некоторых показателей белкового обмена у экспериментальных животных при интоксикации сернокислым кадмием и его комбинации с другими ядами, а также о протективой роли сульфат-иона. Полученные данные свидетельствуют о том, что токсичность кадмия при изолированном действии выше чем при его воздействии в комбинации другими ядами, что имеет важное значение в вопросах диагностики и профилактики.
Ключевые слова: кадмий, сульфат-ион, тяжелые металлы.

UDK 616-056.5:546.48+546.3]-036.1-092.4

D.D. ZHUNISTAYEV, K.K. TOGUZBAYEVA, SH.K. MYRZAKHMETOVA, L.B. SEIDUANOVA, L.S. NIYAZBEKOVA, E.T. TOLEU, A.E. DZHANBATYROVA
S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Occupational Health

COMPARATIVE EVALUATION OF INDICATORS OF MINERAL METABOLISM OF EXPERIMENTAL ANIMALS EXPOSED TO CADMIUM SULPHATE IN DIFFERENT CONCENTRATIONS AND COMBINATIONS AND PROTECTIVE ROLE OF THE SULFATE ION

The article presents the study results of some indicators of mineral metabolism in experimental animals intoxicated with cadmium sulfate and its combination with other poisons, as well as the protectiverole of sulfate-ion.Thefindings indicate that there are no significant changes in the content of indicators in the serum.
Keywords*: cadmium, mineral metabolism, sulfate ion, heavy metals.*

Although cadmium is known relatively since recent time, its pollution takes place over several thousand years, ever since man began to produce metals from ores containing cadmium accident. Cadmium is one of the trace elements that are widely used in engineering and especially in metallurgy. The highest cadmium pollutionof the atmosphere in Europe is associated to the work of steel plants (34 tons annually) and burning of various wastes (31 tons per year) [1].

In this respect, the ore roasting process is particularly disadvantageous, when 90 % of cadmium presented in the ore flows into the air.

Cadmium has significant effect on themetabolism of a number of metals, especially zinc, copper, iron and heavy metals. This impact is expressed at the level of enzymatic processes, absorption, accumulation and elements allocation, as well as in functions of the whole organism. Cadmium poisoning depends on its relationship with the zinc. Due to the proximity of the structure of these two elements' atoms and the similarity of its tetrahedron complexes, cadmium is able to replace the zinc in the metal chelates, and in this respect it is superior to all the other metals including copper and gallium which aresimilar to it by chemical properties. Accordingly, cadmium can be regarded as thezinc'sspecific antimetabolite. In experiments,a number of pathological phenomena caused by the action of cadmium, such as hypertension, lesions of the skin, testis, ovary, nerve ganglia, can be preventedby timely giving zinc. Cadmium's antagonism towards several other elements is well known.

With the cadmium excess,the copper depletion of the bodycan lead to the death [3, 4].

Our study is aimed at the comparative assessment of influence of various concentrations of cadmium sulfate (0.1 and 0.5 mg/kg of body weight) and its mineral combinations on mineral metabolism of experimental animals and evaluation of the protective role of the sulfate ion in the chronic experiment.

The 4-months experimentswere carried out on rabbits of both sexes with an initial weight of 2100-2900 g.

The three experiment series were taken. In their turn, each seriesconsistedof the 3 animal groups. The first series: the first group received cadmium sulfate 0.1 mg/kg orallydaily, except for weekends and holidays; the second group received the same amount of cadmium and sulfate ion orally as sodium sulfate solution SO_4^{2-} 25mg/kg of body weight a day, after2-3 hours; the third group served as the control.

The second series: the first animalgroup received a mixture of toxic soluble salts(in terms of the metal ion (mg/kg of body weight): cadmium Cd^{+2} – 0.1; Zinc Zn^{+2} – 0.5; lead Pb^{+2} – 0.4; iron Fe^{+3} – 0.5; copper Cu^{+2}–0.3; antimony Sb^{+3} – 0.05; arsenic As^{-} - 0.25; fluorine F^{-} - 0.1) orally,daily, except for weekends and holidays; the second group received the same mixture and optionally sulfate ion as sodium sulfate solution of 25 mg SO^4_2 per kg of body weight a day; the third group is the control.

The third series: the first animal group received a mixture of toxic soluble salts (in terms of the metal ion (mg/kg of body weight): cadmium Cd^{+2} – 0.5; Zinc Zn^{+2} – 0.5; lead Pb^{+2} – 0.4; iron

Fe^{+3} – 0.5; copper Cu^{+2} – 0.3; antimony Sb^{+3} – 0.05; arsenic As^{-} - 0.25; fluorine F^{-} - 0.1) orally, daily, except for weekends and holidays; the second group received the same mixture and optionally sulfate ion as sodium sulfate solution for 25 $SO4_2$ mg per kg body weight per day. The third group is the control .

The data analysis showed that there are no significant changes in concentrations of calcium and phosphorus in the blood serum throughout the experiment in any group of animals. Thus, in 1 month of the experiment,the serum calcium levelsis decreasedin group treated by Cadmium 0.1 mg/kg body weight, and the substance mixtureinsignificantly. Under the influence of sulfate the same figure increased slightly, resulting in the presence of significant differences between the indices of the group receiving sulfate, and control. The effect of sulfate was positive. At the end of 3 months of the experiment, the level of calcium in the experimental groups is decreased resulting in the presence of significant differences between the performance of the experimental and control groups. Influence of sulfate was observed.

In the group receiving the mixture and sulfate,the level of phosphorus at this time of observation remained in the normal value range, whereas in the group receiving no sulfate, phosphorus in the blood was significantly lower. Influence of sulfate should be considered positive.

After 4 months of the experiment, sulfate did not affect the phosphorus level altered under the influence of toxic substances.

In animals received 0.5 mg/kgof cadmium,the sulfate had a positive impact on the level of calcium modified under the effect of toxic substances at 1 and 3 months after the start of the experiment.

Calcium levels did not change at 1, 2 and 4 months of the experiment, and the sulfatehad noeffect on changed index in 3 months.

Thus, in general, experiments with the administration of the cadmium in an amount of 0.1 mg/kg of body weight , and cadmium in an amount of 0.1 and 0.5 mg/kg of body weight with a mixture of toxicants and without sulphate had positive impact on the changes 3 timesand its effect was not evident 2 times.

REFERENCE

1 AvtsynA.P., ZharovnikovA.A., RishM.A., StrochkovaL.S.. Human's Microelementosis // Etiology, Classification, Organopathology. - M.: Medicine, 1991. – P. 361-385.
2 Fleischer M., Sarofim A., Fasset D., Hammond P., Shacklette H. Environ mental impact of cadmium: a review by the Panel on Hazardos Trace Sudsstancts // Enviromental Health Perspect. – 1977. – №7. – P. 253-323.
3 Mills C.F. Trace elements interactions. Effect of dietary composition on the development of imbalance and toxicity // Trace elements. Metabol. Anim. – 2. Proc. 2nd Int. Syty. Medison., Wisc. – 1973. – P. 79-90.
4 Anke M., Henning A., Scheider H., GroppelB., Grin M. The interrelationships between cadmium, zinc, copper and iron metabolism of hens, ruminats and man // Wiss. Z. Karl-Marx-Uniov. Leipzig. Math.-naturwiss. R. - 1978. – №3. – P. 241-261.

Д.Д. ЖҮНІСТАЕВ, Қ.Қ. ТОҒЫЗБАЕВА, Ш.К.МЫРЗАХМЕТОВА, Л.Б. СЕЙДУАНОВА, Л.С. НИЯЗБЕКОВА, Е.Т. ТӨЛЕУ, А.Е. ДЖАНБАТЫРОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, еңбек гигиенасы кафедрасы

ТҮРЛІ МӨЛШЕРДЕ КАДМИДІҢ ЖӘНЕ ОНЫҢ БІРІККЕН ӘСЕРІ КЕЗІНДЕГІ ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАНУАРЛАРДЫҢ МИНАРАЛ АЛМАСУЫ КӨРСЕТКІШТЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ ЖӘНЕ СУЛЬФАТ-ИОННЫҢ ПРОТЕКТИВТІК РӨЛІ

Түйін: Мақалада тәжірибелік жануарлардағы күкіртқышқылды кадмимен және оның басқа улармен улану кезіндегі минерал алмасуының кейбір көрсеткіштерін зерттеу әдістері келтірілген. Алынған мәліметтер бұл заттардың әсерінен қан сарысуындағы сәйкес көрсеткіштерде айтарлықтай өзгерістер болмағандығын көрсетеді.

Түйінді сөздер: кадмий, минерал алмасуы, сульфат-ион, ауыр металдар.

Д.Д. ЖУНИСТАЕВ, К.К. ТОГУЗБАЕВА, Ш.К. МЫРЗАХМЕТОВА, Л.Б. СЕЙДУАНОВА, Л.С. НИЯЗБЕКОВА, Е.Т. ТОЛЕУ, А.Е. ДЖАНБАТЫРОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра гигиены труда

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ СЕРНОКИСЛОГО КАДМИЯ В РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЯХ И ЕГО КОМБИНАЦИИ И ПРОТЕКТИВНАЯ РОЛЬ СУЛЬФАТ-ИОНА

Резюме: В статье приведены результаты исследования некоторых показателей минерального обмена у экспериментальных животных при интоксикации сернокислым кадмием и его комбинации с другими ядами, а также о протективой роли сульфат-иона.Полученные данные свидетельствуют о том, что существенных изменений содержания показателей в сыворотке крови не было.

Ключевые слова: кадмий, минеральный обмен, сульфат-ион, тяжелые металлы.

УДК 614.2:658.272

К.К. КУРАКБАЕВ[1], А.А. АХЕТОВ[2], А.Т. АМАНОВ[1], Д.С. ИСАЕВ[1], М.К. КОШИМБЕКОВ[1], А.Б.КУМАР[1], Л.К. КОШЕРБАЕВА[1]

[1]Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
[2]Центральная клиническая больница управления делами президента Республики Казахстан

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.АЛМАТЫ

В работе отражены основные аспекты социологического анализа деятельности ЦКБ МЦ УДП РК с участием двух групп респондентов (руководителей и практических врачей). Это позволило выявить главные приоритеты развития деятельности больницы, а также выявить резервные возможности повышения эффективности инновационных преобразований на ближайшую и отдаленную перспективу.

Ключевые слова: *эффективность, модернизация, социология.*

На этапе подготовки к модернизации и формирования программы ее инвестиционно-инновационного обеспечения, было важно выявить отношение к этой проблеме экспертов и специалистов. С этой целью был проведен опрос 56 ведущих организаторов здравоохранения, выступивших в качестве экспертов, руководителей подразделений, а также 112 врачей больницы. Одной из задач исследования являлся анализ ресурсов и резервов этого процесса.

95% опрошенных выразили положительное мнение о степени важности данной работы (Рисунок 1).

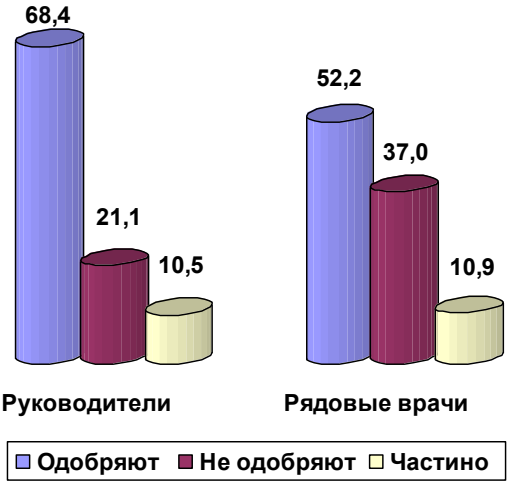


Рисунок 1 – Оценка преобразований в больнице (в % к числу опрошенных)

Значительная часть рядовых врачей отмечают необходимость сохранения и наращивания используемых клинических и организационных технологий, в то время как руководители указывают на необходимость коренных преобразований (Рисунок 2).

Таким образом, отношение рядовых врачей и руководителей к модернизации больницы было однозначно позитивным. Расхождения лишь касались темпов, способов и содержания будущих преобразований.

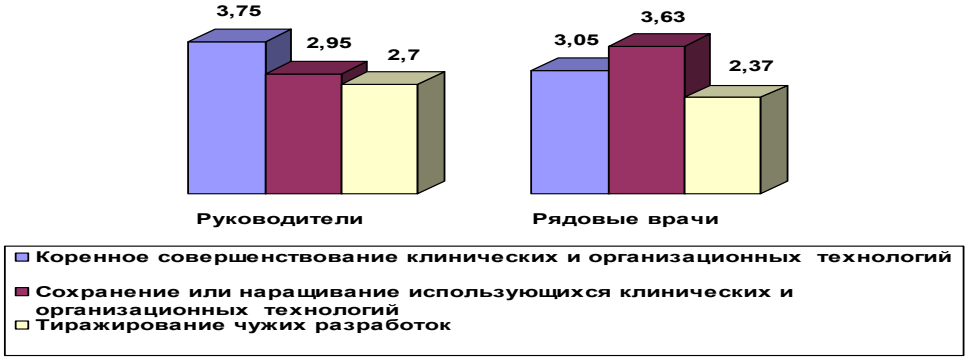


Рисунок 2 – Оценка направлений инновационной деятельности в больнице (по пятибалльной системе)

Оценивая эффективность инновационной деятельности в больнице, респонденты отметили ее недостаточную эффективность, определяемую тем, что полностью в больнице реализуется только 37% новшеств, остальные – лишь частично (54%), или в минимальной степени (9,0%).

Вместе с тем, результаты опроса показали, что 40,8% опрошенных из общего числа считают, что осуществляемая в больнице инновационная деятельность имеет позитивные результаты, связанные с повышением качества медицинской помощи (64,5% ответов), улучшением материально-технической и медико-технологической базы

больницы (19,4%), а также ростом заработной платы (16,1%).

По мнению большинства экспертов, среди инноваций, реализуемых в больнице, приоритет должен быть отдан использованию нового медицинского оборудования и аппаратуры и, соответственно, техническим и медицинским инновациям, а также организационным преобразованиям (таблица 1). Меньшая часть респондентов указала на необходимость внедрения новых экономических форм управления больницей, предоставления больших возможностей для освоения новых клинических технологии и совершенствование стандартов диагностики и лечения.

Таблица 1 – Отношение респондентов к инновациям в клинике (% от опрошенных)

Новые медицинские технологии	Новое медицинское оборудование и современные клинические технологии	Организационные внедрения	Новые экономические формы управления	Другие
70,9	54,2	15,1	5,6	21,7

В качестве основных критериев эффективности инновационной деятельности больницы респондентами предложено: повысить качество, расширить перечень оказываемых медицинских услуг и интенсифицировать медицинскую помощь за счет переоснащения больницы современным медицинским оборудованием; внедрить новые методы диагностики (76,9%); улучшить отношение медицинского персонала к работе (11,5%), а также достичь лучшей конкурентоспособности больницы на рынке государственных и частных медицинских услуг (13,4%).

Установлено что, при выборе направлений модернизации больницы подавляющее число респондентов отдали предпочтение использованию больницей международных стандартов деятельности. При этом, по мнению 57,7% опрошенных, основной подход к выбору направлений модернизации больницы должен быть ориентирован на внедрение новшеств лучшей клинической практики, использующихся в западных странах (опережающий подход). Каждый третий респондент отдал приоритет подходу, предусматривающему адаптацию больницы к лучшей отечественной клинической практике (поддерживающий подход). И только 7,7% опрошенных считают, что целесообразнее всего осуществлять модернизацию больницы на основе технического перевооружения больницы (догоняющий подход).

Перспективы развития инновационной деятельности больницы видятся в следующих позициях:

– соответствии основных направлений модернизации больницы приоритетам развития здравоохранения страны;

– соответствии модернизации назначению и миссии больницы;

– финансовых возможностях и эффективности больничного менеджмента.

Модернизация, по мнению респондентов, в порядке убывания значимости должна предусматривать создание следующих условий:

1. Материальную и моральную заинтересованность коллектива – 14%;
2. Дополнительные целевые инвестиции – 14%;
3. Заблаговременную подготовку – 13,2%;
4. Обучение медицинского персонала – 13,2%;
5. Поощрение и поддержку нововведений – 11%;
6. Повышение эффективности больничного менеджмента – 16,0%;
7. Наличие лидера-новатора – 19,6%.

Результаты изучения ответов респондентов на этот вопрос показали, что для успешной реализации модернизации в больнице необходимо, прежде всего, понимание важности преобразований у руководства и развитие стратегического, креативного мышления в коллективе. При формировании инновационных проектов (программ) необходимо уделять больше внимания информированию, обучению и повышению профессиональной компетенции сотрудников в области инновационной медицины, развивать способы поощрения творческого подхода, поиск передовых форм работы; а также с учетом возможностей инфраструктуры больницы, отталкиваться от реального положения дел, не упрощая при этом сути преобразований [1,2,3].

Стратегическое планирование и увязанный с ним инновационный менеджмент должны стать нормой, естественным стилем работы и потребностью современного руководителя, формировать атмосферу инновационной активности в коллективе больницы [4,5].

Резюмируя результаты этого фрагмента исследования, можно заключить, что уровень инновационной активности в больнице требует улучшения; результаты внедряемых инноваций недостаточны – их незавершенность отмечены 85,3% респондентов, на нереализованные процессы указали – 8%, и лишь 6,7% опрошенных считают, что цели инноваций были достигнуты. Единодушно была отмечена необходимость использование системного подхода к нововведениям; инновационный процесс в больнице в большей степени должен инициироваться «сверху», чем является инициативой и потребностью менеджмента больницы; необходимость модернизации признается большинством участников опроса (94,8%).

Таким образом, социологические исследования выявили ряд приоритетов в области модернизации деятельности больницы, установив при этом ключевые ресурсные аспекты проблемы, а также резервы в их реализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Указ Президента Республики Казахстан №216 от 14 ноября 2006 года «Концепция перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы».
2 Биртанов Е., Ахметов В., Гаврилов С., Рахимбекова Д., Баймагамбетова М., Иванченко Н., Салов Р. Проблемы стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан. - Алматы, 2007. - 150 с.
3 Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения: опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010 и 2015 годы.
4 Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов В.И., Байсеркин Б.С., Тулебаев К.А., Кацага А.Я. Больничное дело в Казахстане: Состояние, проблемы и подходы к новой модели. – Астана, 2006. - С.17-106.
5 Кульжанов М.К., Исаев Д.С., Абильдинова Н.А. Социологическая и экспертная оценка технического оснащения организаций здравоохранения Республики Казахстан //Известия Вузов. - Бишкек, 2009. - № 4. - С. 115-117.

К.К. КУРАКБАЕВ, А.А. АХЕТОВ, А.Т. АМАНОВ, Д.С. ИСАЕВ, М.К. КОШИМБЕКОВ,
А.Б.КУМАР, Л.К. КОШЕРБАЕВА

АЛМАТЫ Қ. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН ЭКСПЕРТТІК БАҒАЛАУ

Түйін: Жұмыста ҚР ПІБ ОКА МО қызметінің екі топ респонденттерінің (басқарушылар мен тәжірибелік дәрігерлер) қатысуымен социологиялық анализінің негізгі аспекттері көрсетілген. Осының нәтижесінде аурухана қызметінің дамуының негізгі приоритеттерін анықтауға, сонымен қатар жақын және алыс перспективаға инновациялық өзгерістердің тиімділігін арттыру мүмкіндіктерін анықтауға қол жетті.
Түйінді сөздер: тиімділік, модернизация, социология.

K.K. KURAKBAYEV[1], A.A. AHETOV[2], A.T. AMANOV[1], D.S. ISAEV[1], M.K. KOSHIMBEKOV[1],
A.B. KUMAR[1], L.K. KOSHERBAEVA[1]
[1]Asfendiyarov Kazakh National Medical University
[2]Central Hospital Office of the President the Republic of Kazakhstan

EXPERT EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS IN ALMATY

Resume: The paper reflects the main aspects of the sociological analysis of CHO MC PRK involving two groups of respondents (managers and practitioners). It is possible to reveal the main priorities of the activities of the hospital, and to identify opportunities to improve backup efficiency of innovation in the near and distant future.
Keywords: efficiency, modernization, sociology.

УДК 616.379-008.64:614.2 (100) (574)

А.Ш. ТЛЕГЕНОВ
Казахский Национальный медицинский университет
им С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Республика Казахстан

ИЗУЧЕНИЕ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО ПРАВОВЫХ АКТОВ О ЗАЩИТЕ ПРАВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Нормативно правовые акты это неотъемлемая составная часть существования социального общества, как внутри себя, так и внутри государства. Государство суверенное и независимое должно в первую очередь нести ответственность за каждого гражданина, как структурную единицу себя. К сожалению, несмотря на конституционные и законом данные права пациентов, различные условия и барьеры продолжают ограничивать доступ многих пациентов к необходимой медицинской помощи, что приводит к ухудшению их здоровья и преждевременной смерти. Государство и общество должны находить механизмы взаимодействия и взаимопонимания, которые позволят решать проблемы, как отдельных граждан, так и всего общества. Эти механизмы должны включать в себя неукоснительное соблюдение прав, что достижимо только при открытом диалоге, направленном на наиболее эффективную работу здравоохранения и всех структур в целом.
***Ключевые слова**: нормативно правовые акты, сахарный диабет, пациенты*

Материалы и методы исследования: Изучение нормативно правовых актов касательно больных сахарным диабетом в мире, в том числе в Республике Казахстан. На базе эндокринологического центра при клинике внутренних болезней №1 КазНМУ им С.Д. Асфендиярова был проведен анонимный опрос больных сахарным диабетом. Численность опрошенных для статистического исследования составило 40 человек в возрасте от 18лет и старше. Для сбора информации использована анкета – опросник, который отражал правовую осведомленность и включает: паспортные данные, данные по сахарному диабету и вопросы по знанию своих прав. Обработка данных проводилась по данным опросника.

Цель: Определение принципов и стратегий в вопросах обеспечения прав пациентов страдающих сахарным диабетом в контексте процессов реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан.

Задачи исходя из поставленной цели:

1. Оценка ситуации по Казахстану, в том числе и в других странах, по правам больных сахарным диабетом.
2. Обоснование необходимости разработки нормативно правовых актов у больных сахарным диабетом в Казахстане.
3. Поиск возможных путей обеспечения равноправия и правовой стабильности у пациентов с сахарным диабетом в Казахстане.

Касательно первой задачи: заболеваемость сахарным диабетом с каждым годом приобретает все более угрожающие масштабы и может привести к тяжелым социально-экономическим и демографическим последствиям. По данным ВОЗ, в мире от сахарного диабета страдают около 246 млн. человек, а к 2025 году их количество может достигнуть отметки в 500 млн. человек. Ежегодно число пациентов с таким недугом увеличивается примерно на 7 млн. человек. Тогда как их защищенность в медико-социальных аспектах развивается гораздо в меньшем соотношении, или имеет ряд недостатков.

Законодательство о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе.

По данным хартии основных прав Европейского Союза, пациенты имеют права, которые регулируются фактически только через автономные организации граждан (АОГ).

Автономные организации граждан (или организации активной гражданственности) — это организации, созданные и управляемые гражданами, не ставящие перед собой цель извлечения прибыли, и деятельность которых направлена на защиту общих интересов, прав граждан и/или на сохранение общего блага независимо от сферы их деятельности, размеров, юридического статуса, мотивации или членства. В тех случаях, когда права граждан и общие интересы поставлены под угрозу, АОГ (право на вмешательство) имеют право вмешиваться и выражать свое мнение и предлагать меры по преодолению угрозы, а также публично раскрывать информацию о действиях и/или бездействии, которые могут оказать влияние на такие права и общие интересы. АОГ (право на проведение профилактических мероприятий) имеют право осуществлять деятельность, направленную на предотвращение причинения вреда и ущерба гражданам и общему благу, а также, в случаях снижения высокого уровня охраны здоровья граждан, окружающей среды и прав потребителей. АОГ (право на проведение консультаций) имеют право принимать участие во всех общественных консультациях. АОГ (право на доступ) имеют право на доступ ко всем источникам информации и документации. АОГ имеют право доступа в места, где имеется угроза нарушения прав граждан, общего блага и/или общих интересов в целях проверки их соблюдения и фактического выполнения. АОГ (право на оценку) имеют право публично выражать собственную оценку деятельности государственных и частных субъектов относительно реализации ими мер по достижению общего блага и/или общих интересов, а также по соблюдению прав граждан. В своих отношениях с государственными учреждениями, АОГ (право на профессиональный диалог) имеют право на ведение диалога и на сотрудничество с государственными должностными лицами или представителями учреждений, обладающими надлежащей квалификацией.

В состав Европейского союза входят такие страны: Чешская Республика, Германия, Италия, Мальта, Португалия, Румыния, Турция.

Декларация о правах пациентов в России.

В Российской Федерации от 19.11. 2008г., существует соглашение о подписании сотрудничества государств – участников Содружества Независимых Государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом. Куда входит согласие о нижеследующем:

Статья 1 Стороны принимают меры по совершенствованию национальных законодательств по проблеме сахарного диабета с учетом соглашений и решений в области здравоохранения, принятых в рамках Содружества Независимых Государств. Стороны разрабатывают и утверждают долгосрочные комплексные национальные программы в области профилактики сахарного диабета и предупреждения его осложнений.

Статья 2 Стороны обязуются оказывать гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств, больным сахарным диабетом, скорую медицинскую помощь без взаимных компенсаций затрат.

Статья 3 Стороны обеспечивают проведение мероприятий по раннему выявлению и профилактике сахарного диабета.

Статья 4 Стороны сотрудничают в сферах разработки и внедрения новых методов профилактики и лечения сахарного диабета и его осложнений, социальной и медицинской реабилитации граждан, больных сахарным диабетом.

Статья 5 Стороны, осознавая важность медико-психологической помощи для улучшения качества жизни граждан, больных сахарным диабетом, способствуют реализации проектов по исследованию психологических аспектов заболевания сахарным диабетом в рамках межгосударственных и национальных программ.

Статья 6 Стороны способствуют консолидации усилий общественных объединений больных сахарным диабетом, медицинской общественности, государственных структур и фармацевтической промышленности в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом.

Статья 7 Стороны способствуют развитию контактов между организациями, занимающимися проблемами сахарного диабета.

Статья 8 Стороны в целях обеспечения выполнения настоящего Соглашения в течение одного года после его вступления в силу разрабатывают и утверждают долгосрочную программу сотрудничества государств - участников Содружества Независимых Государств по профилактике и лечению сахарного диабета.

Статья 9 Стороны обеспечивают, в том числе с учетом возможностей Межгосударственной телерадиокомпании "Мир", регулярное информирование населения о необходимых мерах профилактики сахарного диабета и его осложнений, современных методах лечения и реабилитации, способствуют проведению межгосударственных тематических выставок, конференций, семинаров.

Статья 10 Реализацию настоящего Соглашения осуществляют соответствующие национальные исполнительные органы государственной власти в области здравоохранения, в пределах установленной национальным законодательством компетенции. Координацию деятельности Сторон по реализации настоящего Соглашения осуществляет Межгосударственный экспертный совет по медико-социальной защите граждан, больных сахарным диабетом, при Межпарламентской Ассамблее государств - участников Содружества Независимых Государств.

Статья 11 Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания, а для государств, законодательство которых требует выполнения внутригосударственных процедур, необходимых для его вступления в силу, - с даты сдачи на хранение депозитарию уведомления о выполнении указанных процедур.

Статья 12По взаимному согласию Сторон в настоящее Соглашение могут быть внесены изменения, которые оформляются протоколом, являющимся его неотъемлемой частью и вступающим в силу в порядке, предусмотренном статьей 11 настоящего Соглашения.

Статья 13 Настоящее Соглашение действует в течение пяти лет с даты его вступления в силу. По истечении этого срока Соглашение автоматически продлевается каждый раз на последующий пятилетний период, если Стороны не примут иного решения.

Статья 14 Каждая Сторона может выйти из настоящего Соглашения, направив письменное уведомление об этом депозитарию не позднее чем за шесть месяцев до предполагаемой даты выхода.

Статья 15 Настоящее Соглашение открыто для присоединения других государств, заинтересованных в своем участии и готовых принять на себя обязательства, вытекающие из настоящего Соглашения, путем передачи депозитарию документов о присоединении.

В состав, по данному соглашению, после его подписания входят следующие страны: Правительство Российской Федерации, Правительство Азербайджанской Республики, Правительство Республики Армения, Правительство Республики Белоруссия, Правительство Грузии, Правительство Киргизской Республики, Правительство Республики Молдова, Правительство Республики Таджикистан, Правительство Туркменистан, Правительство Республики Узбекистан, Правительство Украины.

Республика Казахстан.

Касательно Правительства Республики Казахстан данный документ не был подписан.

В целом в процессе анализирования информации, мы выяснили, что пациенты в Казахстане имеют лишь общие права. В отдельные социально значимые группы выделены пациенты болеющие туберкулезом, СПИД больные и больные психическими заболеваниями с выпадением группы, больных сахарным диабетом. Нами также не было найдено конкретных и закрепленных законом нормативно правовых актов касательно именно больных сахарным

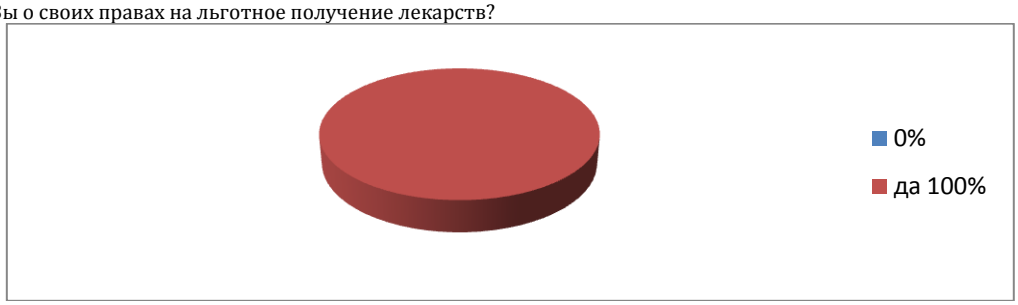
диабетом, что является большим пробелом в современной теоретической и практической медицине, который диктует необходимость разработки данной проблемы.
Вторая задача исследования: обоснование необходимости разработки нормативно правовых актов у больных с сахарным диабетом в Казахстане. Для решения данной задачи нами был проведен анонимный, специализированный, именно у больных с сахарным диабетом опрос, по форме анкетирование. В результате проведенного анкетного опроса были получены следующие данные. Ответы представлены в качестве сводной информации в таблице №1.

Таблица 1 – Сводный анализ данных, полученных при анкетировании

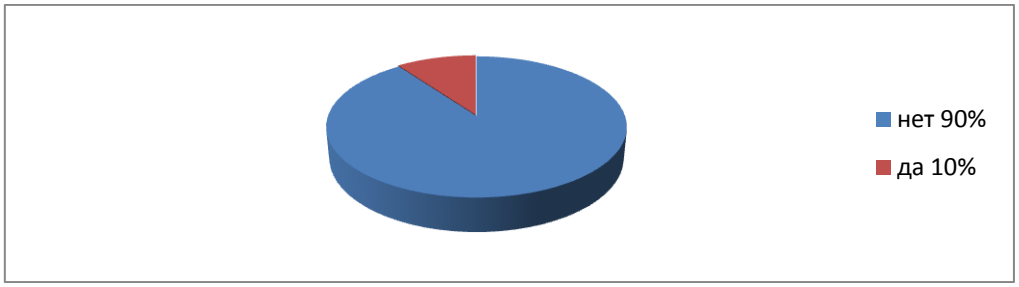
№ вопроса	Варианты ответов	Соотношение ответов, %	Число ответов по кол-ву людей	Кол-во респондентов
1	Да	100	40	40
	Нет	0	0	
2	Да	90	36	40
	Нет	10	4	
3	Да	0	0	40
	Нет	100	40	
4	Да	5	2	40
	Нет	95	38	
5	Да	0	0	40
	Нет	100	40	
6	Да	100	40	40
	Нет	0	0	
7	Да	0	0	40
	Нет	100	40	

На основе информации, сведенной в таблицу 1, нами было построены диаграммы по каждому вопросу, что наглядно покажет процентное соотношение ответов среди пациентов и поможет сделать выводы по поднятой проблеме.

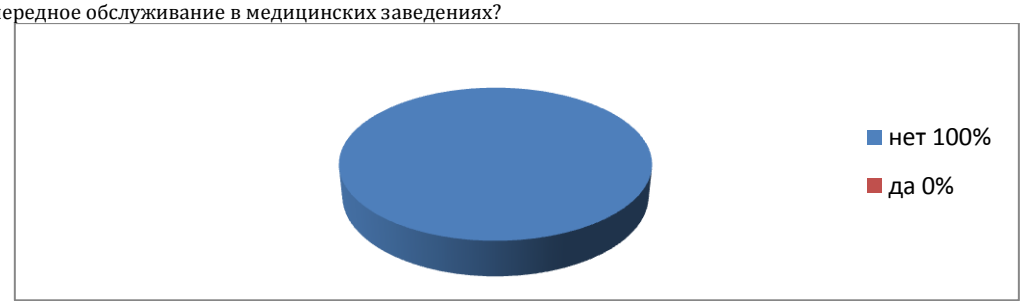
1. Знаете ли Вы о своих правах на льготное получение лекарств?



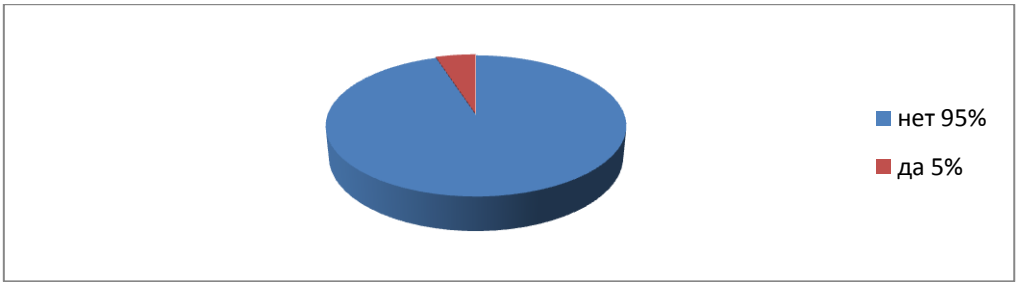
2. на самостоятельный выбор медицинского учреждения?



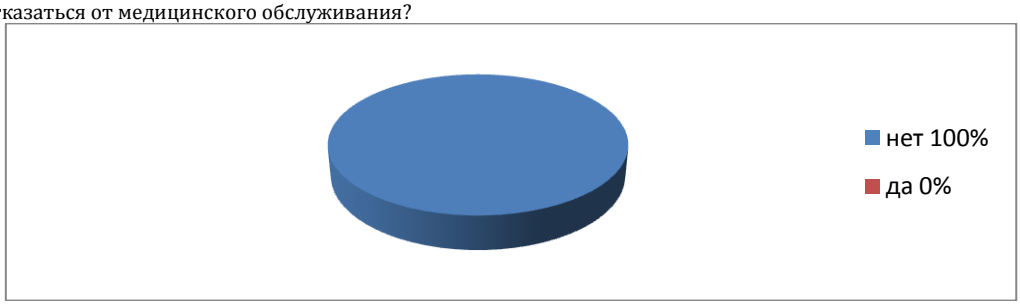
3. на первоочередное обслуживание в медицинских заведениях?



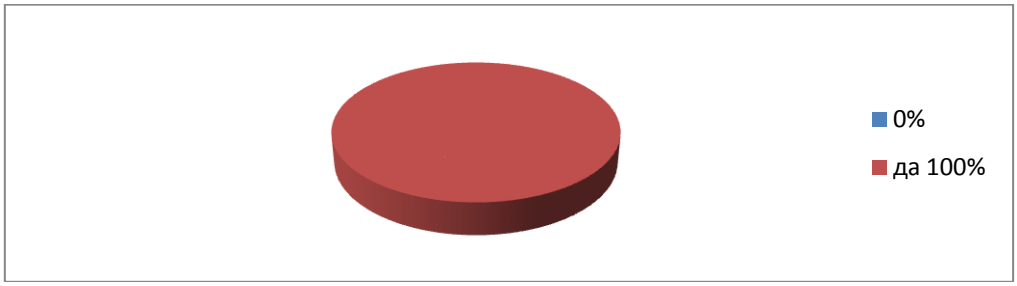
4. на получение полной информации о состоянии своего здоровья и проводимого предстоящего лечения



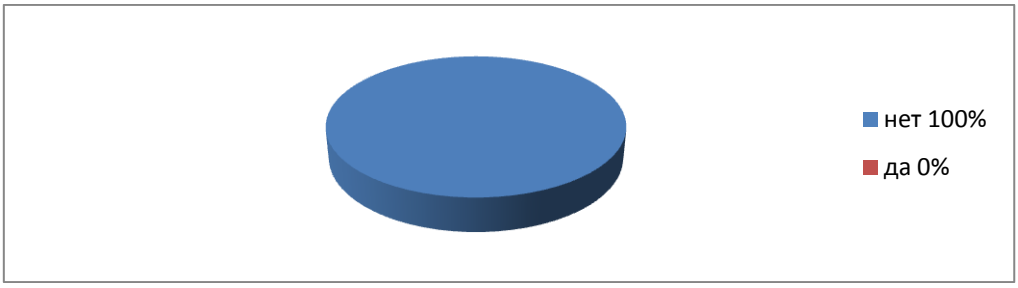
5. на право отказаться от медицинского обслуживания?



6. Получаете ли бесплатно лекарства для лечения?



7. Получаете ли санаторно-курортное лечение?



В анкетировании принимали участие 40 человек, в возрасте от 16 до 60 лет. Для проведения анкетирования было разработано 7 вопросов, касающихся интересующей нас проблеме. Проанализировав полученные данные, можно сделать следующие выводы: практически все из опрошенных пациентов с сахарным диабетом ответили, что не знают о своих правах. На многие вопросы о своей осведомленности был получен отрицательный ответ. Положительные результаты были получены лишь при сборе информации по поводу знания своих прав на получение льготных лекарственных средств и вопроса «получаете ли Вы бесплатно лекарства для лечения». На последний вопрос были получены вовсе печальные данные. Все опрошенные пациенты, среди которых имеются, также больные с группой инвалидности не знают, что им полагается санаторно-курортное лечение. Это в свою очередь доказывает низкую информированности не только пациентов, но возможно и медицинских работников на местах. Иначе, какое иное объяснение может быть у данной проблемы. По данным анкетирования было установлено, что в случае введения нормативно правовых актов для больных сахарным диабетом в Казахстане ситуация в целом изменится только в лучшую сторону. Для того чтобы решить поднятую проблему необходимо о ней знать**!** Если человек слабо знаком с проблемой, он не сможет с ней бороться.

Рекомендации. Из полученных данных наглядно видно, что информированность пациентов в рамках медико-социальных аспектов очень низкая. Пациенты в самом важном вопросе, по-прежнему остаются в полном одиночестве. Исходя из этого, целесообразно провести разработку и внедрение некоторых дополнений в

законодательство, касательно больных сахарным диабетом с вынесением их в отдельную группу, которые полностью, прежде всего, будут отвечать требованиям и желаниям наших пациентов.

Во-первых: усовершенствовать систему оказания услуг

- Создать на примере Европейских стран, гражданские объединенные ассоциации или преобразовать работу существующих, для защиты прав пациентов, а не решение посторонних вопрос, таких как обучение врачей
- При прохождении МСЭК осмотр должен проводить врач эндокринолог, также при прохождении освидетельствования на водительское удостоверение заключение должно выдаваться по согласованию с врачом эндокринологом.

Во-вторых: внести следующие права в нормативно правовые документы

1. Право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
2. Право на получение квалифицированной медицинской помощи и лечение тяжелых осложнений болезни
3. Право на выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения.
4. Право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
5. Право на проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.
6. Право на необходимые и своевременные мероприятия для предупреждения болезней
7. Право на доступность медицинских услуг, необходимых для его здоровья
8. Право на бесплатное получение санаторно-курортного лечения как минимум раз в три года в независимости от наличия инвалидности
9. Право на получение необходимого лечения быстро и в установленное время
10. Право на облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
11. Право на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.
12. Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
13. Право на первоочередное обслуживание в медицинских учреждениях разного профиля, в том числе и при прохождении МСЭК
14. Право на информированное согласие при переводе на другие формы и виды лечения, хотя бы основного
15. Право на отказ от медицинского вмешательства, вследствие недостатков медицинской помощи, дефектов врачебной деятельности и врачебной ошибки
16. Право на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также лиц на выбор, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
17. Право на защиту всеми способами, не запрещенными законом
18. Право высказать или подать претензию или жалобу и право получить на них ответ
19. Право на возмещение ущерба в соответствии в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.
20. Право на адвоката или иного законного представителя для защиты его прав.

Необходимо рассмотреть и внедрить следующие предложения, безусловно направленные на повышение степени информированности больных сахарным диабетом путем:

- Выпуск массовым тиражом информационных материалов по медико-социальным аспектам
- Распространение их среди пациентов и по медицинским учреждениям
- Издание методических пособий для больных сахарным диабетом по основам права
- Выпуск периодических печатных изданий (газет, журналов), для населения по правовым проблемам сахарного диабета
- Организация телепередач и радиопрограмм по тематике сахарный диабет включающие дополнительную информацию о правах
- Проведение акций приуроченных к всемирному дню борьбы с диабетом с правовым уклоном
- Проводить в школах диабета обучение правовой грамотности в виде дополнительных часов или отдельного дополнительного дня
- Однако наряду с имеющимися у пациентов с сахарным диабетом правами, следует повысить ответственность за свое здоровье непосредственно у самих больных диабетом, путем систематического проведения самоконтроля и самостоятельного создания условий для достижения компенсации заболевания.
- Закрепить на уровне нормативно-правовых актов ответственность за здоровье самого больного сахарным диабетом

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) // "Российская газета". - 25 декабря 1993 г. - N 237.
2 Конституция Республики Казахстан (принятая 30 августа 1995 года на всенародном референдуме)
3 Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод // СЗ РФ. – 2001. - № 2.

А.Ш. ТЛЕГЕНОВ
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

ҚАНТТЫ ДИАБЕТПЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚҰҚЫҚТАРЫН ҚОРҒАУ ТУРАЛЫ НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ҚАРАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: нормативтік-құқықтық акт бұл әлеуметтік қоғамның тіршілігінің өз ішіндегі және мемлекет ішіндегі құрамдас бөлігі болып табылады. Тәуелсіз және егеменді мемлекет бірінші кезекте әрбір азаматын құрылымдық бірлік ретінде жауапкершілікке алу керек.Өкінішке орай,конституциялық және науқастардың құқықтары туралы заңдардың болғанымен,науқастардың керекті мөлшерде қызметермен қамтылуын әр түрлі шарттар мен кедергілер шектеуде, бұл науқастардың жағдайларының нашарлауы мен өмір сапасының төмендеуіне алып келуде.Мемлекет және қоғам бірге келіскен және түсініскен түрде жұмыс жасап ,жеке азаматтың және бүкіл қоғамның мәселесін шешудің жолын табу керек.Бұл бағыт денсаулық сақтаудағы және өзгеде жалпы құрылымдардағы нәтижелі жұмыстарға бағытталған,сондықтан құқықтардың сақталуы бұлжытпай орындалуы керек,ол әсіресе ашық бетке бет сөйлескендедиологте қол жетімді болады.
Түйінді сөздер: нормативтік-құқықтық акт,қантты диабет,науқастар.

A. SH.TLEGENOV
Kazakh National medical university after S.D. Asfendiyarov, Almaty , Republic of Kazakhstan

STUDYING AND IMPROVEMENT OF NORMATIVELY-LEGAL ACTS ABOUT PROTECTION OF THE RIGHTS OF PATIENTS WITH DIABETES

Resume: Normatively- legal acts it is the integral component of existence of social society, as within themselves as within the state. Sovereign and independent state should primarily be responsible for every citizen, as a structural unit. Unfortunately, in spite of the constitutional and legal rights of these patients, a variety of conditions and barriers continue to limit the access of many patients to adequate medical care, which leads to a deterioration in their health and quality of life. . State and society must find the mechanisms of interaction and understanding that will solve the problems of individual citizens and the entire society. These mechanisms should include strict observance of the rights that can only be achieved with an open dialogue aimed at the most efficient operation of health and all structures in general.
Keywords: normatively- legal acts, diabetes, patients

UDK 330.59:316.62

M.A. BULESHOV, A.M. BULESHOVA , A.M. TALGATBEK, A.U. EMBERDIEV
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy
Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi

FORMATION FEATURES OF THE AVERAGE LIFE EXPECTANCY OF THE POPULATION OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN REGION

In this scientific article the author investigates the middle rate of life expectancy as an integrated indicator of estimates and demographic situations. The studies have shown that one of the major factors influencing life expectancy are the negative and positive aspects of the socio-economic situation. Thereby improving the socio-economic situation in the South Kazakhstan region has led to a decrease in age-specific mortality rates and to an increase of life expectancy of the population.
***Keywords**: life expectancy, population viability, mortality.*

Actuality of the problem.

Improving of the socio-economic situation in the South Kazakhstan led to the fact that during the period from 2009 to 2013 as an indicator of life expectancy is increased as in the whole region and as major region, indicating a reduction in mortality among children and working-age population.

One of the main indicators of the civilized countries, according to UN and WHO, is the health level and life expectancy of its population. For research works in this area nearly in all modern developed countries, as well as in many developing ones the public and private funds are being spent, which are surpassing spending in other areas (for example, in the United States the health spending is accounted for some 14 percent of the federal budget).

In fact, the total expenses in a modern developed society to "increase the number and to improve the quality of life" are second only to expenditures on armaments and the issue was the main competitor to the military issue in the mentality of developed societies.

Reduced life expectancy concerns mainly the working age, which leads to paradoxical changes in demographics - aging of the population due to the lower life expectancy.

Scientific field that studies the problem of life expectancy and developing quite closely with the biostatistics, is closely related with views of aging. The accurate answers to many questions that are still debated in medical biology, within this scientific direction, thanks to the developed mathematical basis, are received.

Indicator of life expectancy is gaining an importance in assessing the health of the population and its changes in accordance with this biological criterion as mortality [1,2].

However, this figure as calculated in relation to the whole population is entirely dependent on the age structure of the latter. With a low birth rate the overall mortality rate is high not because of that the mortality is high, but because of that in the

structure of this region the large proportion of elderly and senile age is high, which determines the high level of rate.

With the high level of fertility and the proportion of older people is reduced, which results in lower death rates. Therefore, changing the overall mortality is caused mainly by changes in the age structure of the population and does not reflect the real changes in their health.

The overall mortality rate is mainly needed for the calculation of natural population growth. To estimate the true changes in health of the population or when comparing health of the population of the individual regions and groups age-specific mortality should be used. However, even in the presence of 5-7 teams (with an interval of 5 years, of which there are 20) it is difficult to detect a single tendency of occurred shifts or differences: for one age group it may be an increase in the indicator, for the other - the reduction or it remains unchanged. There is a need to link and submit all changes by one number. Such single integral indicator of the age-specific mortality rate is the average life expectancy. Higher importance of this parameter is identified with the best health of population, with a higher viability of society.

True changes or differences of all age-specific indicators in a single numeric meter regardless of changes in the age structure of the population can be presented and standardized by the age mortality rates. However, the direct relationship between the life expectancy and age-standardized mortality rates does not exist.

Thus, an increase of age-specific indicators in younger age may be offset by a reduction of them among the elderly population and vice versa.

In addition, reducing of the common standardized mortality can occur only at the expense of reducing mortality among elders. Indicator of average life expectancy in such a situation will not change. This moment reduces the significance of the standardized measure as an integral criterion in assessing the health of the population.

Indicator of life expectancy is more acceptable integral criterion of age-specific mortality rates to assess the health of the population, as its value (increase or decrease) depends mainly on changes in the levels of mortality among children and working-age [3,4].

Thus, according to some authors [5], reducing life expectancy of the male population of regions depends mainly on the increase in mortality in the age group of 20-59 years, the influence of which on the decline in life expectancy is 75.6 %.

With such significance of life expectancy in assessing health its use in health care is very limited and is mainly given to research. It is explained by labor intensive computing of life expectancy by classical method according to the mortality tables, construction of which requires a lot of mathematical conversions and therefore time-consuming.

Aim of the study was to determine the viability of the population of the South-Kazakhstan region in conditions of the transition period to a market economy.

Research methods. The object of the study is the average life expectancy of the South Kazakhstan region population. The South Kazakhstan region is the most populated region with the dynamic economy. Gross national income is increasing annually by an average of 5-6%. There is a growing demand for labour resources, which determines the need for monitoring health status. For this purpose, the most appropriate is the life expectancy of the population.

The particular interest in connection with the abovementioned is paid to the use of a simplified method of calculating the life expectancy, which does not require complex mathematical calculations and available for any level of enforcement and public health institutions.

Table 1 - Methods of calculating of the life expectancy (Lo) by the simplified method

Age groups (R)	**S_R**	**h**	**$S_R$xh**	**ES_{Rx}h**
Till 1 year	15,5	1	15,5	15,5
1	2,3	1	2,3	17,8
2	1,1	1	1,1	18,9
3	0,8	1	0,8	19,7
4	0,7	1	0,7	20,4
5-9	0,5	5	2,5	22,9
10-14	0,4	5	2,0	24,9
15-19	0,8	5	4,0	28,9
20-24	1,2	5	6,0	34,9
25-29	1,6	5	8,0	42,9
30-34	2,2	5	11,0	53,9
35-39	3,1	5	15,5	69,4
40-44	4,6	5	2,3	92,4
45-49	6,7	5	33,5	125,9
50-54	10,0	5	50,0	175,9
55-59	14,1	5	70,5	246,4
60-64	20,4	5	10,2	348,4
65-69	30,2	5	151,0	499,4
70-74	46,1	5	230,5	729,9
75-79	77,6	5	388,0	1940,0
80 years-old and older	162,6	>20		
Whole population	**12.2**			

The method was developed and reported by W. Mey, M. Andreds at Symposium on "Demography and Medicine", which took place 30.09-3.10.86. In Suhl in the GDR. Made numerous comparisons show that the present method gives results that in a high consistent with the traditional classical method. It does not require data on a computer and tabulating mortality and is calculated manually with a minimum expenditure of time. With the help of it, the life expectancy can be calculated for relatively small groups of population and territories and compare in time and territorial aspects. The method is supposed to obtain the age up to which half survives taken as the basis of the population (100, 1000, 10 000 people, etc.).

Initial data for indicating of life expectancy as simplistic and classical method is an age-specific mortality rate [6, 7]. Calculation of age-specific parameters can be carried out for each year, and to avoid lots of groups we can take common age group with 5- and 10 - years intervals.

Let us consider the example of a simplified method calculation of life expectancy for the population of the South-Kazakhstan region for 2013. (Table 1).

In the graph SR the age-specific mortality rates per 1000 people of each age group are given. In the graph (h) a number of age groups for each age interval is shown. In this example, the first five age groups are taken in a year range, and all the rest - in 5 -

year-old. In the graph (SRHh) a sum of age related indicators and age-specific interval is presented.
For example, for the age range of 5-9 years, the value obtained in this way is 2.5. In the graph ESR x h a sum of the affixed amount received by gradually adding each subsequent sum to the previous resulting sum is given. Computation is carried out till the age interval (R), in which the extinction of standard population achieved 50%, which is taken as a basis for calculating the age-specific mortality rates. In this example, all the indicators are calculated in ppm, therefore, we look for that age range in which the number of deaths has reached 500. This interval is 70-74. Interpolation in this age range according to the formula below gives us an opportunity to determine that particular age, in which half the population standard population died. In other words, we define an oriented central embodiment of the average life expectancy (Lo) calculations by a simplified method:

Table 2 - Life expectancy by regions and districts of the SKR

Districts and region	L_0 **2009-2010**	$ML_{0\pm}$**ml$_0$ in districts**	L_0 **2013**	**ML$_{0\pm}$ml$_0$ in districts**
Western parts of the region				
Turkestan	70,9		71,1	
Saryagach	70,0		71,2	
Kentau	70,1	70,4±0,005	71,6	71,1±0,008
Otyrar	68,7		70,2	
Turkestan	70,1		71,8	
Central parts of the region:				
Sairam	69,7		70,3	
Ordabasy	69,3	69,8±0,003	69,9	70,3±0,004
Shymkent	70,0		70,6	
North–east part:				
Tulkubas	70,4		70,5	
Baidybek	69,6	70,0±0,004	70,4	70,5±0,005
South -east part				
Tolebi	69,2		69,3	
Kazygurt	70,0	69,6±0,003	69,7	69,7±0,003
South part of the region:				
Maktaaral	69,6		69,5	
Shardara	68,9		68,4	
Zhetysai	67,6	68,6±0,002	66,3	68,0±0,002
Saryagash	71,6		71,4	

The main results of the study.
Using the abovementioned method, we determined the average life expectancy level in the districts for 2013 and a number weighted in the SKR (Table 2). The lowest rates of life expectancy are: in the southern (68,0 ± 0,002 years) and in the south-eastern areas of the region- (69,7 ± 0,003 years), and in the regional section of the lowest rate applies to Tolebi district – 69,2 years. The highest life expectancy is in the western region of SKR (71,1 ± 0,008 years). The exception is the Ordabasy district where the average life expectancy was only 68,7 years (in the central region - 70,3 ± 0,004, and in the north-east -70,5 ± 0,005 years). The highest figure (71.8 years) was in the Turkestan district (see Table. 2). In assessing the significance of differences between the average life expectancy by regions a high statistical significance of the differences between all regions is (the risk of error is less than 0,0001). To study the dynamics of the average life expectancy in the area of the South Kazakhstan region, we used the same data for 2009-2010, calculated by the classical method. These data showed that in a relatively short period of time the average life expectancy as in the whole SKR and the major regions increased (see Table. 2), indicating a decline in age-specific mortality rates in children and working age. In the south-eastern region, it has not changed, and even in the Kazygurt district it is decreased from 70,0 to 69,7 years.

It should be noted that the overall mortality rates in all areas of the SKR for the above mentioned period increased and standardized indicators for age did not change or increased slightly. Consequently, the improvement in life expectancy for this period indicates about its greater sensitivity. The purpose of health care is to reproduce healthy generations, both in quantitative and qualitative terms. In this regard, from all demographics of health the life expectancy is most acceptable.

Conclusion.
Indicator of the average life expectancy as an integral indicator of the component age-specific mortality more accurately describes the viability of the population at the definite point of time, or on the value of this index and its dynamics - the main influence makes the mortality of the working-age population.
Therefore, when evaluating and comparing demographic situation in order to identify existing in them positive and negative moment, the main role is certainly played by the average life expectancy.
The differences in life expectancy by region is affected by many factors, the combined effect of which should be dealt with the specialized institutes and research institutions.
Improving the socio-economic situation in the South Kazakhstan region has led to a decrease in age-specific mortality rates and to an increase of life expectancy of the population, both in the districts and in the region.

REFERENCES
1 Harman D. Free-Radical Theory of Aging: Increasing the Functional Life Span // Ann. N.Y. Acad. Sci. -1994. - V.717. - P.1-15.
2 Maksimova T.M. Modern problems and forward-looking assessment of population's health as the basis for health care reform // Problems of social hygiene, health and medical history. - 2000.- №5. - P. 9-15.
3 G.P. Zhdanova Mathematical methods in epidemiological analyses: methodological guide of the MINISTRY OF HEALTH of the USSR. - 1988. – 64p.
4 Anisimov V. Krutko N. The fundamental problems of the study of life expectancy // Bulletin of the Russian Academy of Sciences. -1996. - N 6. - P. 66-511.
5 Krutko B.N., Mamai A.V., Slavin M.B. Classification, analisis and usage of indicators of the biological age for forecasting of the expected life expectancy// Human physiology.-1995.-N6.- P.42.
6 Merkov A.M. Health of the population and methods of their research. -M.: 1979. - P. 232.
7 Balin AK Practical Handbook of Human Biological Age Determination. -1996. - 521 p.
8 Peter Haan, Victoria Prowse, Longevity, life-cycle behavior and pension reform Journal of Econometrics. – 2014. - Volume 178. - Part 3. – 609 p.
9 Gerry Veenstra, Economy, community and mortality in British Columbia, Canada, Social Science & Medicine. – 2003. - Volume 56. -1268 p.
10 Susanne Schindler, Shripad Tuljapurkar, Jean-Michel Gaillard, Tim Coulson, Linking the population growth rate and the age-at-death distribution, Theoretical Population Biology. – 2012. - Volume 82. - Issue 4. – 325 p.
11 Laszkiewicz A., Szymczak Sz., Cebrat S., Prediction of the human life expectancy, Theory in Biosciences. -2003. - Volume 122. - Issue 4. – 365 p.

М.Ә. БӨЛЕШОВ, А.М. БӨЛЕШОВА, А.М. ТАЛҒАТБЕК, А.Ө. ЕМБЕРДИЕВ
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы
Қожа Ахмет Йассауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ ХАЛҚЫНЫҢ ОРТАША ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ

Түйін: Ғылыми мақалада өмірдің орташа болжалды ұзақтық қарқынын бағалаудың интегралды көрсеткіші және демографиялық жағдай ретінде қарастырады. Зерттеулер нәтижесі бойынша өмір ұзақтығыны ықпал ететін негізгі факторлардың бірі әлеуметтік-экономикалық жағдайлардың кері және жағымды аспектілері болып табылады. Сөйтіп, Оңтүстік Қазақстан облысындағы әлеуметтік-экономикалық жағдайдың жақсара түсуі жас ерекшеліктік топтар бойынша өлім-жітімнің төмендеуіне және тұрғындар өмірінің ұзақтығының артуына алып келді.
Түйінді сөздер: өмір ұзақтығы, халықтың өміршеңдігі, өлім-жітім.

М.А.БУЛЕШОВ, А.М.БУЛЕШОВА, А.М.ТАЛГАТБЕК, А. ЕМБЕРДИЕВ
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Казахстан, Шымкент,
Международный Казахско-Турецкий университет им. Ходжа Ахмет Яссави, Казахстан, Туркестан

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме: В научной статье исследуется средний темп повышения ожидаемой продолжительности жизни как интегральный показатель оценки и демографической ситуации. Исследования показали, что одним из основных факторов, влияющих на продолжительность жизни являются отрицательные и положительные аспекты социально-экономической ситуации. Тем самым улучшение социально-экономической ситуации в Южно-Казахстанской области привело к снижению смертности по возрастным группам и к увеличению продолжительности жизни населения.
Ключевые слова: продолжительность жизни, жизнеспособность населения, смертность.

УДК 614.255.5.003.12

С.О. ДЖУНДУБАЕВА[1], Б.М. ЖАНТУРИЕВ[2]
[1]АО «Казахская корпорация здравоохранения и медицинского страхования «ИНТЕРТИЧ», Алматы, Казахстан,
[2] Казахский Национальный медицинский университет им.С.Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ РИСКОВ В МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ

В статье рассмотрены данные исследований по оценке рисков деятельности медицинской страховой компании, предложена систематизация показателей оценки рисков, рассматриваются схемы минимизации рисков, при осуществлении медицинской страховой деятельности.В работе подчеркивается необходимость повышения качества оказания медицинских услуг и эффективного построения системы управления рисками медицинской страховой компании в условиях глобального финансово-экономического кризиса и перспективы внедрения обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан.
***Ключевые слова**: медицинское страхование, качество медицинских услуг, оценка рисков, система управления рисками.*

Актуальность. Социальная роль страхования на случай болезни, являющимся аналогом добровольного медицинского страхования (ДМС) в Республике Казахстан (РК) заключается в том, что оно дает возможность застрахованным в получении качественных медицинских услуг в медицинских организациях с более высоким уровнем сервиса и оснащенности, способствует снижению нагрузки на государственную систему медицинского

обслуживания, является дополнением к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

Специфика ДМС связана с тем, что страховая компания для обеспечения медицинского обслуживания застрахованным тесно взаимодействует с организациями, обеспечивающими ассистанс (помощь), различными медицинскими учреждениями – поставщиками медицинских услуг и другими организациями, и физическими лицами, предоставляющими услуги аутсорсинга. Успех медицинского страхования, наряду с качественной организацией обслуживания и обеспечением управления и координации оказания медицинских услуг застрахованным самой страховой компанией, в значительной мере зависит от качества оказания медицинских услуг лечебными учреждениями, что приводит к существенному возрастанию рисков деятельности страховых компаний.

Следует учесть, что в страховой компании существует и множество других рисков, связанных со спецификой и проблемами ДМС. Обоснование стратегии поведения компании в такой ситуации достаточно сложный процесс. Поэтому, учитывая многочисленные риски, существующие в ДМС, в ряде исследований предложено пользоваться технологиями, получившие название селективный риск-менеджмент [1]. Управления этими рисками, как правило, разрозненно и осуществляется на уровне структурных подразделений. Однако, рассмотрение рисков по отдельности может привести к ряду негативных последствий. В частности, могут быть упущены риски, лежащие на стыке полномочий отдельных структурных подразделений; упущены представления о взаимосвязи отдельных рисков; может исчезнуть представление о совокупном эффекте воздействия ряда негативных событий одновременно (эффект агрегации).

Именно поэтому необходима комплексная система управления рисками, которая подразумевает системный взгляд на управление рисками в целом. Деятельность страховой компании должна обеспечивать соответствие систем управления рисками и внутреннего контроля требованиям законодательства и регуляторным требованиям надзорного органа - Комитета по контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций (КФН) Национального Банка (НБ РК).

Цель исследования: Изучить изменения динамики удельного веса ДМС в структуре общего рынка страхования, в страховом портфеле страховой медицинской компании и влияние этих факторов на основные финансовые показатели организации. Проанализировать возможности повышения объемов деятельности компании в сегменте ДМС, без существенного риска снижения основных финансовых показателей и увеличения стратегического риска.

Материалы исследования. Исследованы результаты анализа рисков рынка страхования РК и АО «Казахская корпорация здравоохранения и медицинского страхования «ИНТЕРТИЧ» (далее «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ»)за 2009-2013г.г. [2].

Результаты и обсуждение. Результаты деятельности страховой компании должны быть таковыми, чтобы, по возможности, надежно и, в определенной степени, оперативно получить ответ о платежеспособности организации. С помощью анализа данных показателей можно оценить финансовую устойчивость страховой компании, которая сама по себе является критерием оценки риска. Следует отметить наличие прямо пропорциональной зависимости между финансовой устойчивостью и риском. В принципе, это очевидно, поскольку как только компания становится финансово неустойчивой, то возникает риск банкротства. Таким образом, можно называть устойчивой ту компанию, у которой соотношения активов и обязательств такова, что при всех прочих условиях выручка от продажи договоров или использования активов достаточна для покрытия всех обязательств.

Анализ деятельности страховой компании можно разделить на две части: финансовый анализ (большая часть показателей формализуема) и анализ бизнеса страховой компании (показатели неформализуемые). Естественно, что для рынка и для потребителя крайне важна система контроля деятельности страховых компаний, которая получила название *пруденциального* надзора, представляющего систему нормативов, позволяющих оценивать и управлять рисками, возникающими в результате деятельности финансовой организации, а также система мер, позволяющих обеспечить соблюдение таких нормативов.

Согласно результатам проведенного исследования страхового рынка РК за период 2009-2013гг., установлено, что объемы страховых премий ДМС ежегодно увеличиваются и имеют положительную динамику роста. Так, за последние 5 лет, объем страховых премий ДМС в РК увеличился на 126,69% (рисунок 1).

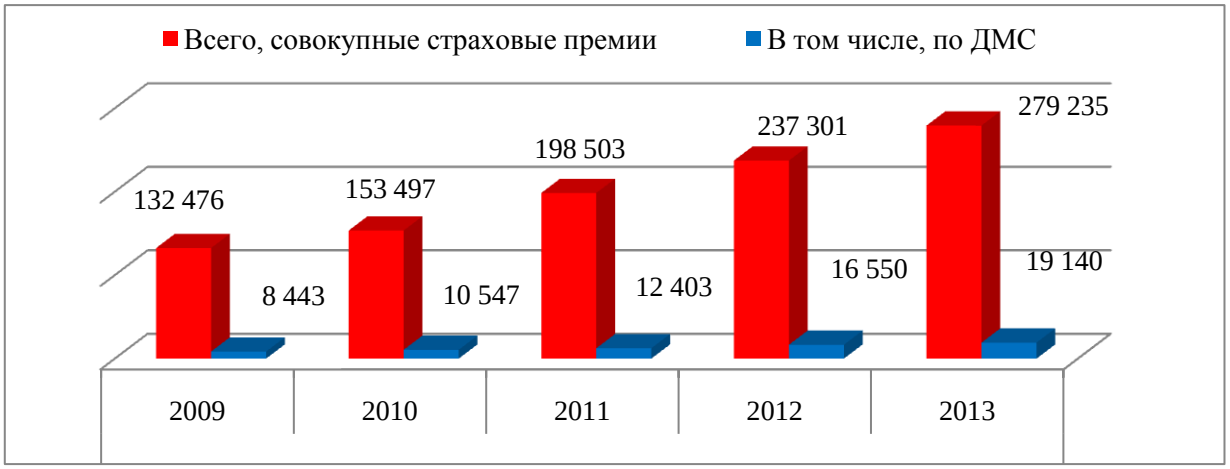


Рисунок 1 – Объемы страховых премий, включая ДМС в РК за период 2009-2013 гг.

Показатели роста страховых премий по страхованию ДМС находятся на уровне показателей роста общего объема премий по всем классам страхования, в связи с чем, доля ДМС в общем объеме страховых премий на протяжении последних пяти лет остается на уровне 6-7% (рисунок 2).

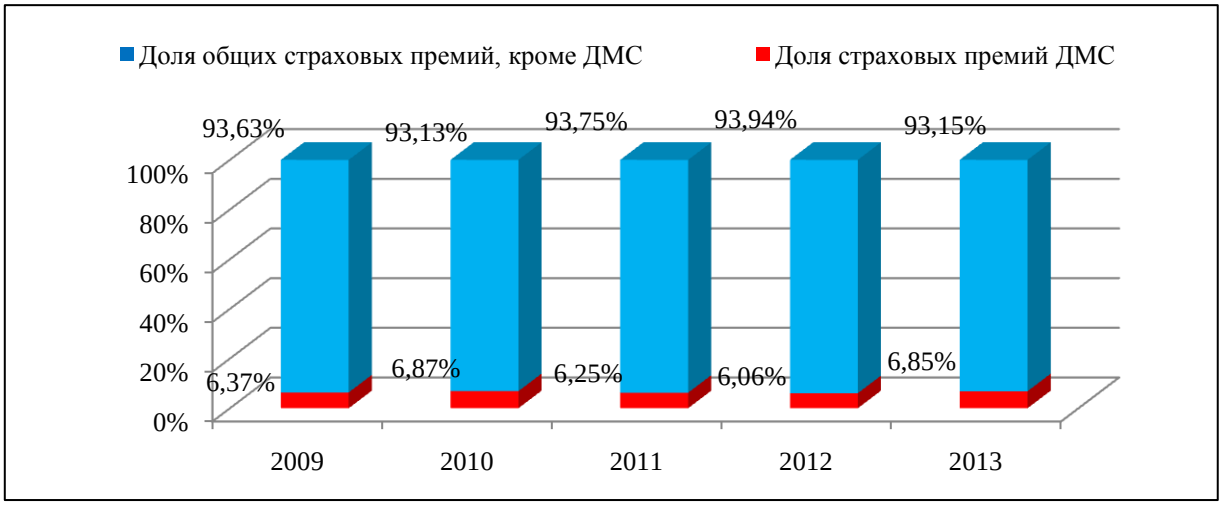


Рисунок 2 – Доля общих страховых премий и доля страховых премий ДМС за 2009-2013 гг. в РК.

Соотношение доли общих страховых премий и премий ДМС на страховом рынке РК показал, что средний показатель удельного веса ДМС в общем объеме страховых премий по всем классам (видам) страхования РК за период 2009-2013гг. составляет 6,48% (рисунок 3).

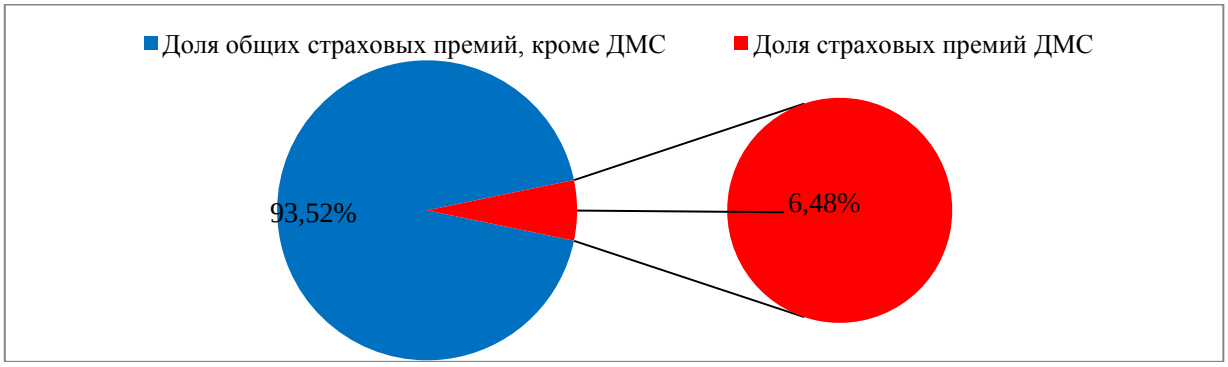


Рисунок 3 –Соотношение доли общих страховых премий и премий ДМС на страховом рынке РК.

Доля ДМС в общем страховом портфеле АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ», являющейся специализированной медицинской страховой компанией, за последние 5 лет находится в коридоре 80-88%. Средний показатель удельного веса ДМС в общем объеме страховых премий по всем классам (видам) страхования составляет 84,69% (рисунок 4).

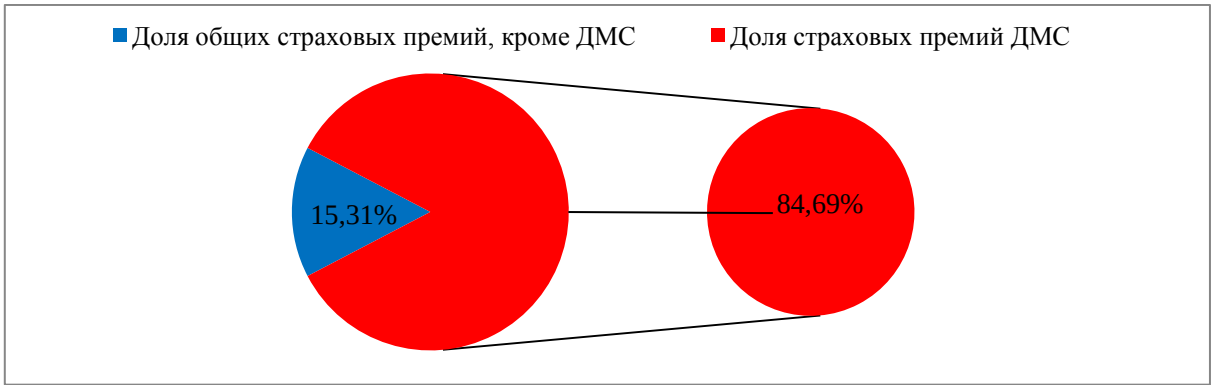


Рисунок 4 – Средний показатель удельного веса ДМС в общем объеме страховых премий по всем классам (видам) страхования в РК.

Следует отметить, что именно при добровольном медицинском страховании и возникают серьезные риски, заставляющие многие страховые компании ограничивать удельный вес ДМС в своем портфеле. Рынок ДМС является одним из самых специфичных и проблемных в виду ряда следующих системных факторов:

- ДМС характеризуется с одной стороны не высоким размером страховой премии, средние размеры которых неуклонно снижаются. С другой стороны для них типичен постоянный характер и высокая частота наступления страховых случаев, с заметной тенденцией роста объема страховых выплат.

- Уровень выплат в ДМС значительно отличается от других видов страхования (за последние пять лет от 65 до 75% в среднем по РК, по некоторым компаниям – свыше 80%).
- Для ДМС не характерны единовременные крупные страховые выплаты, которые требуют перестрахования риска или наличия страховых резервов для осуществления крупных выплат.
- Высокая стоимость ведения бизнеса и организации медицинского обслуживания. Содержание и поддержание инфраструктуры, необходимой для обеспечения качественного медицинского обслуживания представляет собой значительные затраты, которые носят постоянный характер в отличие от других видов страхования.
- Отсутствие прозрачности деятельности и неопределенность статуса медицинских ассистанских компаний, являющихся немаловажной стороной исполнения условий договоров ДМС в части предоставления медицинских услуг. Необходима легализация медицинского ассистанса как субъекта налогообложения, субъекта лицензирования, субъекта надзора и регулирования страхового сектора.
- Опережающий и неуправляемый рост цен на платные медицинские услуги со стороны организаций – поставщиков медицинских услуг.
- Специфика ДМС требуют разработки специальных и особенных норм регулирования, необходимость внесения изменений в законодательные и нормативные документы, касающиеся вопросов; учета дебиторской задолженности страхователей при расчете фактической маржи платежеспособности страховых организаций, формирования страховых резервов, влияния сезонности на выполнение *пруденциальных* нормативов и др.
- Отсутствие мотивации и стимулирующих мер, в том числе предусматривающих освобождение от налогов страхователей ДМС и др.

Для страховых компаний и их клиентов по медицинскому страхованию, вселяет оптимизм поручение соответствующим ведомствам, которое Главы государствасделал в своем Послании народу Казахстана «Казахстанский путь-2050: единая цель, единые интересы, единое будущее». В нем указывалось о необходимости придать социальную направленность новой налоговой политики и, начиная с 2015 года, «разработать комплекс стимулирующих мер, в том числе предусматривающих практику освобождения от налогов компаний и граждан, вкладывающих средства в медицинское страхование себя, своей семьи, сотрудников, а также создания условий для роста частной медицины» [3].

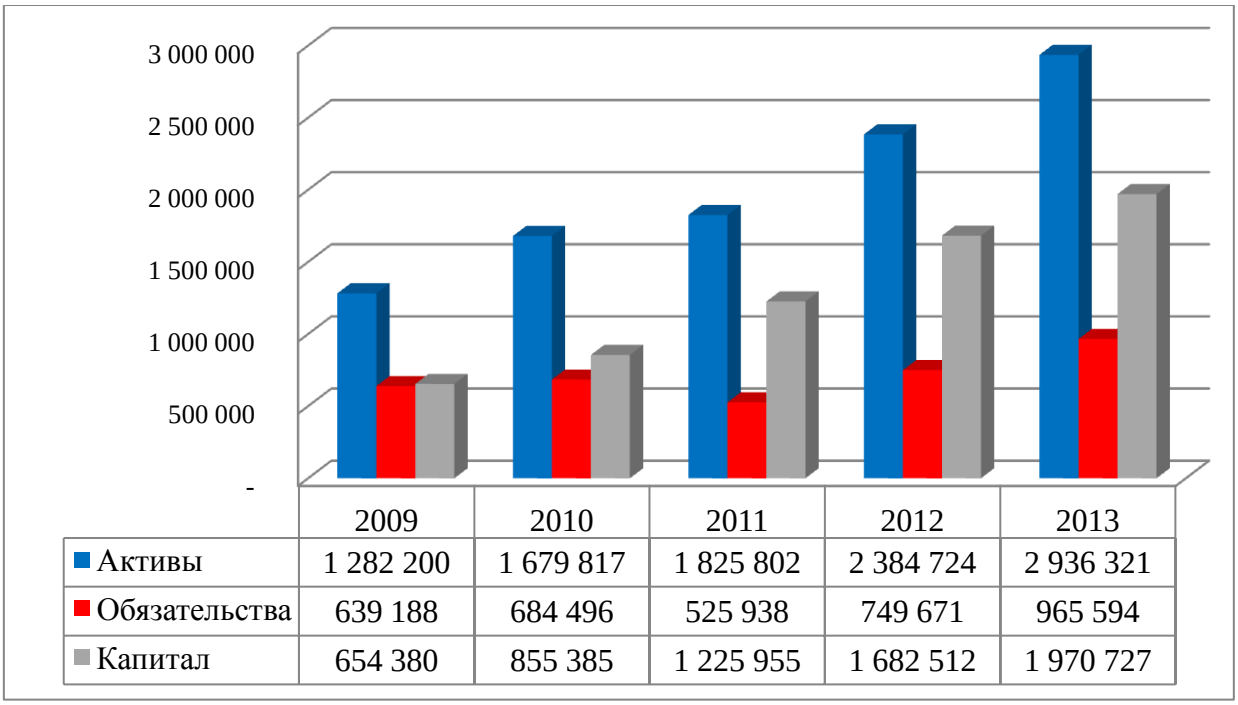
Несовершенство методик оценки риска и нетто-премий в ДМС существенно тормозит развитие этого вида страховой деятельности. Поэтому, с одной стороны, повышение уровня финансовой устойчивости страховой компании, есть одна из главных целей риск-менеджмента в страховании, а с другой - эффективная система управления рисками сама по себе является фактором и необходимым элементом системы обеспечения и повышения финансовой устойчивости страховой компании. Естественно, крайне важным является также внедрение ***пруденциальных* нормативов.**

В РК согласно ст.46 Закона РК «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 года № 126-II[4], установлены *пруденциальные* нормативы и иные обязательные к соблюдению нормы и лимиты, соблюдение которых обеспечивают платежеспособность и финансовую устойчивость страховой организаций. К ним относятся:

- минимальный размер уставного капитала;
- норматив достаточности маржи платежеспособности;
- норматив достаточности высоколиквидных активов;
- нормативы диверсификации активов.

Пруденциальным нормативом для страховых компаний является норматив достаточности маржи платежеспособности.

По результатам проведенного анализа, состояние компании АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ» можно назвать устойчивым, так как на протяжении всего анализируемого периода, активы компании значительно превышают величину обязательств и наблюдается положительная тенденция прироста активов и капитала компании.На рисунке 5 приведена динамика роста основных финансовых показателей АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ» (в тыс.тенге) за период 2009-2013 гг.



	2009	2010	2011	2012	2013
Активы	1 282 200	1 679 817	1 825 802	2 384 724	2 936 321
Обязательства	639 188	684 496	525 938	749 671	965 594
Капитал	654 380	855 385	1 225 955	1 682 512	1 970 727

Рисунок 5 - Динамика роста основных финансовых показателей АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ» (тыс.тенге) за период 2009-2013 гг.

Относительно благополучной является и динамика изменения нормативов достаточности фактической маржи платежеспособности компании (рисунок 6).

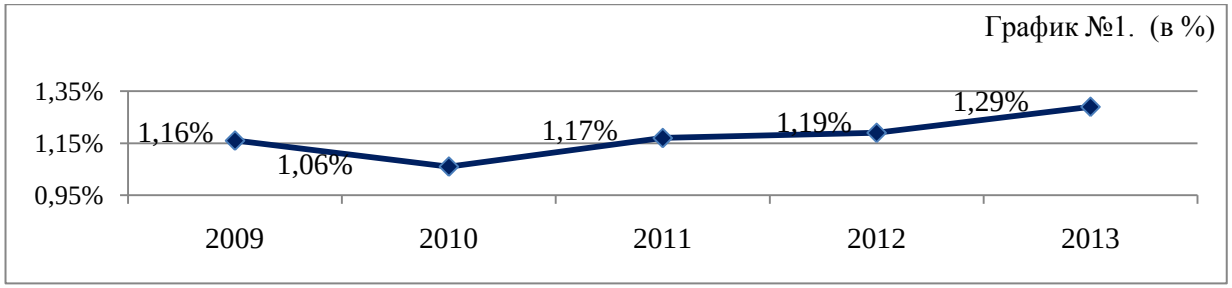


Рисунок 6 - Динамика изменения нормативов достаточности фактической маржи платежеспособности АО «КК ЗиМС «ИНТЕРТИЧ» за период 2009-2013 гг.

С 2004 года в РК используются тесты раннего предупреждения неустойчивой работы страховых компаний, представляющие собой систему оценок по четырех балльной шкале, что позволяет быстро определять компании с проблемами платежеспособности и оперативно принимать необходимые регуляторные меры. Таким образом, с рынка вытесняются слабые участники, и основные сегменты концентрируются в руках крупных компаний. В ходе оценки осуществляется анализ областей риска страховых компаний (капитал, активы, перестрахование, актуарные резервы, руководство, доходность, ликвидность, дочерние предприятия) и выставляется соответствующая оценка. Выделяют четыре оценки:

1. Устойчивая – показатели финансовой устойчивости значительно превышают средние по рынку;
2. Удовлетворительная – отсутствуют серьезные проблемы, финансовые показатели находятся на среднем или несколько выше среднего уровня показателей по рынку;
3. Предельная – финансовое состояние вызывает опасения, имеются проблемы в управлении, слабая реакция менеджмента, финансовые показатели находятся значительно ниже средних показателей по рынку;
4. Неудовлетворительная – считается недопустимым, показатели работы требуют принятия немедленных мер по исправлению недостатков, неустойчивое, наличие постоянных проблем, отсутствие реакции менеджмента и акционеров.

После осуществления расчетов тестов раннего предупреждения финансовое состояние в целом по страховому рынку оценивается как удовлетворительное, что свидетельствует о стабильном развитии страхового рынка в течение анализируемого периода.

Платежеспособность страховой компании - это объективный показатель его текущего финансового состояния путем прогнозирования в будущем. Иначе говоря, это возможность выполнения в будущем его обязательств, благодаря тем активам, которые есть в распоряжении перестраховщика, представляют собой реальные ценности, и поэтому являются ликвидными. Экономическая оценка рисков и капитала заставит страховщиков применять экономические принципы при подсчете имеющегося и необходимого капитала.

В недавно утвержденной Постановлением Правительства Республики Казахстан от 27 августа 2014 года № 954 «Концепции развития финансового сектора Республики Казахстан до 2030 года» отмечается, что в период после 2020 года перед финансовыми организациями встанут вызовы, связанные с ростом проникновения финансовых услуг, оказываемых глобальными и региональными лидерами на внутреннем рынке без коммерческого присутствия (через филиалы).В связи с этим, отечественные финансовые организации должны быть способны выигрывать конкуренцию за потребителя с игроками, аппетит к риску и возможности которых несопоставимо выше в условиях нераспространения на них базовых *пруденциальных* нормативов и требований. Направления развития финансового сектора также должны учитывать изменения, происходящие в глобальном масштабе. На фоне усиления интеграционных процессов разрабатываются согласованные унифицированные подходы к регулированию национальных финансовых рынков (стандарты Базель III, Solvency II)[5].

В настоящее время Национальным Банком РК разрабатывается план перехода страховых компаний РК на Solvency II, который представляет собой обновленный набор требований к платежеспособности страховых компаний, основанный на концепции экономического капитала, рассчитанного с учетом рисков. Основное преимущество данного подхода заключается в том, что размер капитала будет соответствовать размеру и характеру рисков, принимаемых на себя страховой компании. При этом считается, что использование данного подхода позволит обеспечить стабильное функционирование страховой компании в 99,5% случаев.

Наиболее актуальной и обсуждаемой темой на протяжении последних лет является перспектива внедрения в РК системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Неопределенность ситуации повышает вероятность непредсказуемых рисков, как для государства, в целом, так и для медицинских организаций, населения и для страховых компаний РК. Рабочей группой рассматриваются различные варианты модели организации системы ОМС и финансирования здравоохранения в стране: государственная, бюджетно-страховая и частная. Несмотря на то, что существующей системой государственного финансирования в достаточной мере обеспечивается ежегодный рост средств для полного обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, для предоставления качественных медицинских услуг этого недостаточно. В этой связи вопрос перехода на бюджетно-страховую модель здравоохранения является для РК актуальным. Введение ОМС с участием страхового рынка позволит установить эффективный контроль расходования государственных средств, выделяемых на цели бесплатной медицинской помощи населению, а также создать механизмы привлечения дополнительных источников финансирования на эти цели с помощью страхового рынка.

Медицинское страхование в состоянии существенно увеличить ресурсное обеспечение здравоохранения и повысить качество медицинских услуг. Страховые компании располагают преимуществами в достижении целей, от которых зависит успешное внедрение, управление и развитие ОМС:

- Качество медицинских услуг. Страховые компании имеют наработанные годами механизмы по управлению финансовыми потоками в области медицинского обслуживания населения, по сбору страховых премий, оценке и управлению рисками. Отработанные процедуры взаимодействия с медицинскими организациями, контроля и мониторинга медицинских расходов, и контроля качества медицинских услуг

- Прозрачность распределения финансовых потоков и контроль за ними. Соблюдение *пруденциальных* и иных обязательных нормативов (нормативных требований). Деятельность страховых компаний регулируется и контролируется КФН НБ РК. Страховые компании имеют опыт управления страховыми тарифами и ценообразованием на рынке ДМС.
- Развитие медицинской отрасли, за счет инвестирования средств страховых компаний, которые заинтересованы и располагают ресурсами для развития собственного ассистанса, для развития действующих и открытия новых медицинских клиник, для приобретения качественного медицинского оборудования и технологий. Страховые компании являются существенным источником финансирования медицинских организаций – поставщиков медицинских услуг.

В тоже время, страховой рынок РК не располагает достаточным количеством страховых компаний, специализирующихся на медицинском страховании, располагающими необходимыми ресурсами и инфраструктурой для обеспечения качественных медицинских услуг. Для успешного внедрения ОМС государству необходимо разработать четкие критерии, по которым оно будет определять готовность и способность страховых компаний предоставлять эти услуги. Основываясь на опыте ОМС в России, было бы целесообразно вывести медицинское страхование в отдельную отрасль страхования и дать право проводить ОМС и ДМС только специализированным медицинским страховым компаниям. Учитывая опыт введения ОМС в РК, России и других странах, необходимо детально оценить все возможные риски, варианты и дальнейшие сценарии развития ОМС. Об этом подчеркивается в Послании Главы государства народу Казахстана «Казахстанский путь-2050: единая цель, единые интересы, единое будущее», где затронута необходимость изучения вопроса о введении обязательного медицинского страхования.

Выводы:

1. Рынок страхования ДМС является одним из самых специфичных и проблемных, и требует решения главной проблемы – построения системы обоснованного расчета риска в ДМС. Он нуждается в тщательном реформировании и в совершенствовании системы оценки рисков, с учетом особенностей ДМС.
2. Необходимо усовершенствовать подходы и процедуры надзорного органа к оценке качества и эффективности систем управления рисками, применяемых медицинскими страховыми компаниями, в том числе путем установления специальных требований по самооценке систем управления рисками. Специфика рисков ДМС требует разработки специальных норм регулирования, необходимость внесения изменений в законодательные и нормативные документы. Необходима разработка комплекса стимулирующих мер, в том числе предусматривающих освобождение от налогов юридических и физических лиц при медицинском страховании.
3. Одним из наиболее перспективных механизмов регулирования страхового бизнеса является система *пруденциальных* нормативов, поскольку, специфика деятельности страховых компаний обуславливает необходимость выделения системы определенных показателей, характеризующих особенности функционирования страховщиков как финансовых институтов. Переход на стандарты Solvency II является переходом к экономически обоснованной, построенной на риске, модели надзорного регулирования и представляет собой обновленный набор требований к платежеспособности страховых компаний, основанный на концепции экономического капитала, рассчитанного с учетом рисков.
4. Необходимы совместные усилия государства, надзорного органа в сфере страхования и страховых компаний для выработки общей стратегии, направленной на дальнейшее развитие медицинского страхования, решение существующих проблем в этой области, эффективного построения системы управления рисками медицинской страховой компании с целью повышения качества оказания медицинских услуг и в условиях глобального финансово-экономического кризиса и перспективы внедрения обязательного медицинского страхования в РК.
5. Необходимо тщательно изучить вопрос обоснованности и своевременности введения ОМС, оценить все возможные риски при выборе варианта модели организации системы ОМС и финансирования здравоохранения РК, просчитать все дальнейшие сценарии развития при принятии решения о введении ОМС в РК. Наиболее целесообразным и актуальным является переход на бюджетно-страховую модель здравоохранения РК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Гомелля В.Б. Страхование. - М.: Маркет ДС, 2006. - 488 с.
2 Послание Главы государства народу Казахстана от 17 января 2014г. «Казахстанский путь-2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее».
3 Закон Республики Казахстан «О страховой деятельности» от 18 декабря 2000 года № 126-II.
4 Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 августа 2014 года № 954 «Об утверждении Концепции развития финансового сектора Республики Казахстан до 2030 года».

С.О. ДЖУНДУБАЕВА, Б.М. ЖАНТУРИЕВ

Түйін: Бұл мақалада медициналық сақтандыру компанияларының қаупі жайлы зерттеу бағалары берілген, медициналық сақтандыру жұмысында қауіпті бағалау көрсеткіштерін жүйелеу, қауіпті төмендету жүйелері ұсынылды. Жұмыстың мақсаты медициналық қызметтердің сапасын жақсарту мен Қазақстан Республикасындағы жаһанды-қаржы күйзеліс аясында міндетті медициналық сақтандыруды енгізу мен оның қатерлік қасиетіне эффективті бағыттау жүйесін орнату кіреді.
Түйінді сөздер: медициналық сақтандыру, медициналық қызметтің сапасы, қауіпті бағалау, қауіпті жүргізу жүйесі.

S.O. DZHUNDUBAEVA, B.M. ZHANTURIYEV

Resume: The article describes the research data to assess the risks arising from the health insurance company, proposed systematization of indicators for assessing risks, the scheme to minimize risks in the implementation of the health insurance business. The paper emphasizes the need to improve the quality of medical services and effective construction of the risk management system of medical insurance companies in the global financial and economic crisis and the prospects for the introduction of compulsory health insurance in the Republic of Kazakhstan.
Keywords: health insurance, quality of care, risk assessment, risk management system.

УДК 338.465.4

Р.У. АМИРАЕВ
Заведующий отделом КНИИКиВЛ МЗ КР

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Статья посвящена одной из важнейших проблем современной медицины, а именно изучению эффективности медицинских услуг в медико-реабилитационных учреждениях. В ней рассматривается определение, виды эффективности, а также рассмотрены научные работы исследователей в данной области за последние годы. Также изучены показатели эффективности управления медико-реабилитационным учреждением, а также эффективность использования природных и преформированных лечебных факторов, в том числе различных методик грязелечения, водолечения, сочетанного использования природных курортных факторов.

Медицинская эффективность отражает степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности. Любое медицинское вмешательство может быть более результативным, если научный уровень и методика его проведения обеспечивают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов [1]. В отношении конкретного больного это выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специфических показателей: удельный вес излеченных больных, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, снижение уровня заболеваемости населения и т.д.

Понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства. В здравоохранении даже при применении самого квалифицированного труда и использовании современной медицинской техники может быть «нулевой» и даже «отрицательный» результат.

Эффективность медико-реабилитационных учреждений можно разделить по следующим направлениям:

1. По виду эффективности: медицинская; социальная; экономическая.
2. По уровню: уровень работы врача; уровень работы подразделений; уровень работы медицинских учреждений; уровень работы отрасли здравоохранения; уровень здравоохранения как отрасли народного хозяйства.
3. По этапам или разделам работы: на этапе предупреждения заболевания; на этапе лечения заболевания; на этапе реабилитации.
4. По объему работы: эффективность лечебно-профилактических мероприятий; эффективность медико-социальных программ:
5. По способу измерения результатов: через снижение потерь ресурсов; через экономию ресурсов; через дополнительно полученный результат; интегрированный показатель, который учитывает все результаты.
6. По затратам: по затратам общественного труда; суммарный показатель по затратам живого и общественного труда.
7. По форме показателей: нормативные показатели здоровья населения; показатели трудовых затрат; стоимостные показатели.

По мнению большинства исследователей (Е.М.Тырышкина, 2011; Д.А.Тхор, 2010, В.И.Лебедева и соавт., 2007, Колесников А.В. 2007 и др.) основу оценочной системы представляет собой триединый комплекс показателей экономической, социальной и медицинской эффективности.

В НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко был разработан интегральный показатель для оценки эффективности медицинского обслуживания, включающий 3 компонента:

– медицинский;
– социальный;
– экономический.

Коэффициент (показатель) медицинской эффективности пропорционален:

$$К_м = \frac{\text{число случаев достигнутых медицинских результатов}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) социальной эффективности:

$$К_с = \frac{\text{Число случаев удовлетворенности потребителя}}{\text{Общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи}} \times 100\%$$

Коэффициент (показатель) экономической эффективности (или затрат)

$$Кэ = \frac{\text{нормативные затраты}}{\text{Фактически произведенные затраты на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи.}} X100\%$$

Определение коэффициентов весомости экономической ($G_{эк}$), медицинской ($G_{мэ}$) и социальной ($G_{сэ}$) предлагается производить посредством метода Делфи – одной из наиболее совершенных модификаций метода экспертных оценок – на основе мнений экспертов-экономистов и организаторов здравоохранения.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь издало инструкцию «Критерии оценки медицинской эффективности СКО» (2002), в которой практически описаны те же коэффициенты медицинской эффективности, которые описаны в вышеизложенных методических рекомендациях [7].

В частности, для расчета показателя эффективности медицинской деятельности санаторно-курортной организации применяются следующие показатели:

1) коэффициент эффективности использования медицинского оборудования,
2) коэффициент качества медицинской деятельности,
3) коэффициент результата медицинской деятельности,
4) коэффициент эффективности работы диагностической службы,
5) коэффициент эффективности лечебно-реабилитационной работы.

А.В.Колесников (2007) предлагает использовать «в качестве важнейшего показателя эффективности деятельности

санаторно-курортной организации …. результат санаторно-оздоровительного воздействия на конкретного человека, или, другими словами, насколько санаторно-оздоровительные услуги эффективны для непосредственного получателя» [3].

Замена медицинской составляющей, предлагаемой многими авторами, на составляющую авторской методики оценки «эффективность санаторно-оздоровительных процедур» является обоснованной, ввиду комплексного характера санаторно-курортной услуги, которая не ограничивается исключительно лечением, а включает в себя целый ряд компонентов.

Комплексная оценка эффективности деятельности санаторно-курортных учреждений изложены впервые в наиболее обобщенном виде методических рекомендациях В.И.Лебедева и соавтор. (2007).

По их мнению, для создания оценочной системы, пригодной для практического применения в рядовом учреждении приходится использовать минимальное количество показателей, отражающих основные характеристики медицинской деятельности с трех основных позиций: структурной (рациональность использования ресурсов), процессуальной (соблюдение медицинских технологий) и результативной (степень достижения и направленность медицинских результатов).

В своих рекомендациях они предложили ряд коэффициентов, отражающих диагностическую, лечебную и оздоровительную эффективность СКУ.

Как видно из описания методики оценивания медицинской эффективности деятельности санаторно-курортного учреждения, в процессе формирования интегрального оценочного показателя оцениваются и рациональность использования имеющихся ресурсов, в частности, медицинского оборудования (структура), и соблюдение медицинских технологий (процесс), и результативность медицинской деятельности (результат), то есть все компоненты классической триады, составляющей основу характеристики производственной деятельности в любой сфере [6].

А.Н.Разумов и соавторы (2008) считают, что при анализе функционирования СКУ необходим системный подход. Поэтому при оценке эффективности медицинской деятельности СКУ необходимо учитывать результаты работы не только самого учреждения, но и эффективность работы медицинского персонала, медицинских реабилитационных программ, природных и преформированных лечебных факторов, а также степень удовлетворенности и улучшения состояния здоровья пациентов [5].

Следующей рассмотренной системой показателей оценки эффективности деятельности санатория, по существу близкой к уже рассмотренным, является система, предложенная в работе Д.А. Тхор (2010) [2]. Автор выделяет три составляющих оценки эффективности: экономическую, медицинскую и социальную.

Медицинский аспект по ее мнению включает в себя диагностические, лечебные и оздоровительные услуги, использование которых должно обеспечивать достижение определенного медицинского результата с учетом качества медицинской деятельности. При создании системы частных показателей оценки медицинской эффективности следует из большого числа факторов выделить минимальное количество показателей, отражающих основные характеристики медицинской деятельности с трех разных позиций: структурной (рациональное использование ресурсов), процессуальной (соблюдение медицинских технологий) и результативной (степень достижения и направленность медицинских результатов).

При этом автор отмечает, что эффективность деятельности медицинского учреждения санаторно-курортного типа – параметр наиболее сложный с точки зрения его оценки. Огромное количество факторов, влияющих на уровень эффективности, создают весомые трудности для разработки и практического применения систем оценки различных аспектов деятельности, составляющих и определяющих эффективность. В качестве главных компонентов (аспектов) конечного результата деятельности медико-реабилитационного учреждения, подлежащих оценке, автор предлагает рассчитывать экономическую, медицинскую и социальную эффективность.

Схема комплексной оценки эффективности деятельности медицинского учреждения представлена на рисунке 1.

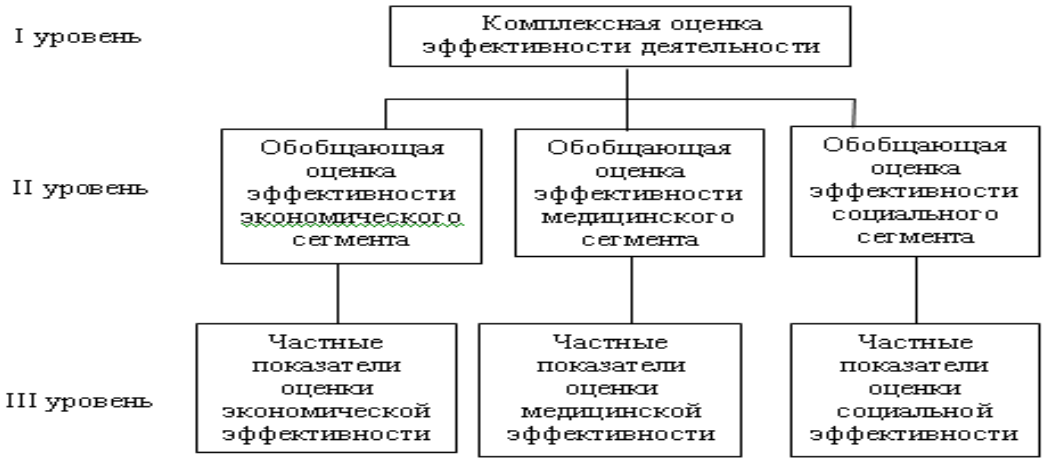


Рисунок 1 - Формирование комплексной оценки эффективности деятельности медицинского учреждения

Е.М. Тырышкина (2011) считает, что отсутствие среди специалистов единого подхода к разработке систем оценки эффективности деятельности отдельных санаторно-курортных организаций и отрасли в целом, дает возможность внести собственные предложения в исследуемой области. В этой связи целесообразна разработка комплексной методики, учитывающей достоинства вышеприведенных систем оценки с научным обоснованием выбора тех или иных показателей с учетом отраслевых особенностей предприятий [4].

Низамов И.Г. и Сабиров Л.Ф. (2012) предлагают использовать в качестве критериев эффективности санаторно-курортной помощи качество жизни пациентов до и после лечения в санатории, отдаленные результаты лечения, и оценку лечебно-диагностической деятельности.

При оценке медицинской результативности санаторно-курортного лечения изучение качества жизни пациентов проводился с использованием опросника MOS SF-36. Опросник включает в себя пункты, оценивающие 3 основные функции (функциональное состояние, ощущение благополучия и общее состояние здоровья), которые

соответствуют 8 аспектам здоровья: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Оценка качества жизни пациентов осуществляется по сумме баллов по каждому тесту. Чем ниже балл, тем ниже качество жизни пациентов.

Авторы считают, что существенным показателем медицинской результативности реабилитации, в том числе санаторно-курортной, является анализ отдаленных результатов лечения. Это дает основание судить не только о непосредственном, краткосрочном влиянии терапевтических факторов на патологический процесс и его клинические проявления, но и выявить стойкость терапевтического эффекта, судить о его медико-социальной значимости.

Степень доступности и удовлетворенность населения медицинской помощью являются одним из важнейших аспектов эффективности системы охраны здоровья [8].

По данным электронного источника (http://kurortopedia.ru/arkkurort0228.html), для того чтобы критерии медицинской эффективности санаторно-курортного лечения были наиболее объективными, а результаты лечения сравнимыми, независимо от того, в каком санатории или на каком курорте лечился данный больной, следует руководствоваться единым методологическим подходом при определении критериев эффективности комплексного лечения. Они считают, что для каждой нозологической формы должно быть проведено следующее:

1) определение основных конкретных клинических признаков заболевания в исходном состоянии, а также необходимого количества лабораторных и электрофизиологических исследований, с помощью которых можно было бы определить характер и степень выраженности патологического процесса;

2) определение у больных, сочетанных и сопутствующих заболеваний, которые нужно будет учитывать при оценке эффективности санаторно-курортного лечения;

3) при оценке критериев непосредственной эффективности — выявление динамики клинических, биохимических и электрофизиологических показателей под влиянием санаторно-курортного лечения. Приведенные критерии имеют различную значимость и отражают уровень медицинской эффективности, наступающей под влиянием комплексного лечения при различных заболеваниях; этот уровень может быть весьма высоким, и тогда речь идет о практическом выздоровлении больных, или несколько меньше выраженным, тогда речь идет о различной степени «улучшения».

Оценка «значительное улучшение» должна быть дана в том случае, когда по непосредственным результатам (при выписке больного из санатория), врач констатирует, что больной чувствует себя хорошо, при этом исчезают невротические реакции, он становится бодрым, жизнерадостным, оптимистически настроенным; у него исчезают болевые ощущения, а также объективные и субъективные признаки нарушения кровообращения, дыхания, функции движения, пищеварения, выделения, нормализуются все биохимические, гематологические, электрофизиологические и другие показатели.

Оценка «улучшение» определяется в том случае, если под влиянием санаторно-курортного лечения врач констатирует исчезновение субъективных жалоб больного, при несомненном восстановлении функции сердечно-сосудистой и других систем, улучшении биохимических, гематологических и электрофизиологических показателей, характеризующих динамику патологического процесса.

В тех же случаях, когда под влиянием комплексного лечения врач не обнаружил существенных сдвигов в состоянии больного и не определил положительной динамики течения патологического процесса по сравнению с исходным состоянием, речь может идти о том, что у больного процесс остался без перемен, который в курортной практике определяется понятием «без перемен».

Наконец, когда врач констатирует, что у больного под влиянием санаторно-курортного лечения наступило ухудшение общего состояния, усиление клинических признаков течения заболевания, ухудшение функции указанных выше систем и появление отрицательной динамики биохимических, гематологических, электрофизиологических показателей по сравнению с теми, которые были обнаружены в исходном состоянии, то речь идет о том, что в результате санаторно-курортного лечения наступило «ухудшение» в течении заболевания [9].

Такой же подход к оценке результативности санаторной помощи предлагают Б.А.Поляков, М.В.Кизеев (2010). Медицинскую эффективность эксперты оценивали по следующим показателям: степень улучшения состояния здоровья пациентов по сравнению с исходным (общего состояния, лабораторных и функциональных показателей), степень изменения реабилитационного резерва и реабилитационного прогноза ("без изменения", "улучшение (повышение)", "значительное повышение"), изменение медицинской активности пациентов, динамика группы здоровья пациентов [10].

Н.А. Холмогоров (2011) для оценки качества и эффективности санаторного этапа реабилитации и СКЛ предлагает использовать коэффициенты медицинской результативности (КМР), социальной удовлетворенности пациентов всем комплексом санаторно-курортных услуг (КСУ) и соблюдения технологии (КСТ) выполнения обязательных медицинских услуг, указанных в стандартах санаторно-курортной помощи. Эти коэффициенты представляют собой отношение случаев с положительным результатом к общему числу наблюдений. Сумма этих коэффициентов по отношению к их числу обозначена как интегральный показатель качества медицинской помощи (ИПКМП). Согласно “Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении” (МЗ и СР РФ от 12.07.04 г.) все лечебно-диагностические услуги были выражены в условных единицах трудозатрат (УЕТ) и рассчитана их стоимость в денежных единицах [11].

Мазитов Ф.Х. (2009) разработал с позиций системного анализа принципы и модели оценки эффективности лечения и управления деятельностью СКК, провел анализ тенденций его развития на основе изучения многолетней лечебно-диагностической деятельности санатория «Красноусольск», оценил значение эффективности применения природных лечебных факторов курорта с учетом динамики демографической ситуации и заболеваемости населения Республики Башкортостан, а также сложившейся характеристики государственного заказа на санаторно-курортное лечение населения, возможностей платежеспособности населения и структуры пациентов санатория [12].

Эффективность использования природных и преформированных лечебных факторов, а также различных методик грязелечения, водолечения, сочетанного использования природных курортных факторов, санаторно-реабилитационных программ изучены многими исследователями (А.Ш.Сиюхов (2004); Р.Р.Бадретдинов, 2006; Ф.Х.Мазитов, 2009; и др.)

А.Ш. Сиюхов (2004) предложил критерии лечебно-профилактической эффективности санаторно-реабилитационных мероприятий, основными из которых стали: динамика результатов психологического тестирования (до и после лечения) по методике САН (самочувствие, активность, настроение); оценка уровня тревожности по Спилбергу; динамика уровней спироэргометрического стресс-теста с использованием автоматизированного «тредмил-комплекса QUEST» Exercise Stress System (USA) по программе «Ramp» с увеличением нагрузки на 1М МЕТ за минуту; критерии саногенетической оценки эффективности восстановительных мероприятий в здравницах на базе 3-х мерного использования спироартериокардиоритмографа (САКР),

компьютеризированного измерителя движения (КИД-3), лазерного корреляционного спектрометра (J1KC) по программам автоматизированных экспертных оценок результатов санаторно-курортной реабилитации, позволяющих одномоментно обеспечивать анализ функций психомоторного статуса, сердечного ритма, уровня кровяного давления, легочной вентиляции и т.д. При этом процедура многопараметрового анализа перечисленных физиологических констант предусматривала выдачу в ходе исследования заключений в виде текстового файла, уточняющего в какой функции отмечен по направлению (в сторону гипо- или гиперфункции) и степени выраженности (в 4-х балльном ранжире значений) тот или иной эффект напряженности для конкретного изучаемого пациента здравницы - базы исследования.

Бадретдинов Р.Р. (2006) проанализировал в сравнительном аспекте клиническую эффективность локальных аппликаций, фонофореза, электрофореза конденсата геотермального газа горы «Янган-Тау», разработал дифференцированный подход к применению разработанных методов реабилитации у больных остеоартрозом и остеохондрозом позвоночника.

Так, А.П.Шкляр (2009) оценила оздоровительную и профилактическую эффективность минеральных вод «Ниловой Пустыни» при наиболее распространённых болезнях костно-мышечной системы дегенеративного характера (остеоартроз, дорсопатии).

Однако, в настоящей статье с учетом задач нашего исследования мы решили рассмотреть критерии и методики оценки медицинской эффективности на уровне работы учреждения (ЛП и СК) и врача на этапе реабилитации.

Н.В.Вериковская (2007) определила перечень требований, обеспечивающие эффективность процесса реабилитации, к которым отнесла следующие:

оснащение медицинской техникой, медикаментами, инструментом,

интеграция подсистем управления на микро- и макроуровне в единую интегрированную систему управления санаторием,

построение оптимальной структуры управления санаторием, обеспечивающей высокий уровень оказания реабилитационной помощи,

однородность группировки больных по нозологическим группа для соблюдения преемственности в диагностики и реабилитации,

использование нетрадиционных методов лечения,

использование медицинских стандартов и комплексных методик лечения,

формирование рациональной загрузки санатория с учетом его пропускной способности,

интеграция климатических и лечебных факторов материальным затратам, пропускной способности и качеству проводимых реабилитационных мероприятий,

поддержание соответствия проф. подготовки медицинских кадров уровню развития технической оснащенности медицинского оборудования, внедрение современных методов диагностики и лечения,

использование компьютерных технологий лечения и управления, перспективных методов и средств проведения лечебно-реабилитационных мероприятий,

сопоставление и проведение в соответствие численности медперсонала и объема работ с количеством отдыхающих, с учетом сезонности, пропускной способности медицинского оборудования,

прогнозирование потока отдыхающих на основе анализа статистических временных рядов динамики хронических заболеваний,

прогнозирование потока отдыхающих на основе статистических временных рядов динамики хронических заболеваний,

Она также предложила разработать автоматизированную систему повышения эффективности деятельности санаторно–курортного комплекса в регионе для компьютерной поддержки принятия решений при управлении процессом восстановительного лечения.

И.В.Бондаренко (2012) считает, что управление должно быть настолько эффективным, чтобы предприятие достигало поставленных целей. А цели у каждого предприятия свои, причем на каждом этапе жизненного цикла предприятия цели и задачи меняются из-за естественного роста бизнеса, а также существенно корректируются целями собственников бизнеса.

Оценка эффективности управления осуществляется по множеству параметров. Для разных предприятий этот набор параметров почти не изменяется, но сами параметры имеют различную приоритетность для каждого предприятия.

По принципу Паретто 80% усилий и внимания нужно уделять 20% основных подсистем, функций, бизнес-процессов, которые в наибольшей степени влияют на результат деятельности.

А.А.Марцияш (2010) оценивала качество жизни посредством методики “Ноттингемский профиль здоровья” (“Hottingham Health Profile”), опросником Спилберга в модификации Ханина и толерантностью к физическим нагрузкам, и оно является критерием эффективности санаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

Е.А.Тырышкина (2011) указывает, что отсутствие среди специалистов единого подхода к разработке систем оценки эффективности деятельности отдельных СКУ и отрасли в целом, дает возможность внести собственные предложения в исследуемой области [4].

В этой связи целесообразна разработка комплексной методики, учитывающей достоинства вышеприведенных систем оценки с научным обоснованием выбора тех или иных показателей с учетом отраслевых особенностей предприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Определение эффективности в здравоохранении // Эффективность здравоохранения. – 2011. – С. 1-2.
2 Д.А.Тхор. Формирование механизма управления функционированием и развитием санаторно-курортного комплекса: Автореф. дис. …канд. экон. наук - СПб., 2010. – 23 с.
3 А.В.Колесников. Оценка эффективности деятельности санаторно-курортных организаций в условиях современного рынка: автореф. дис. … канд. экон. наук - Хабаровск, 2007. – 28 с.
4 Е.М.Тырышкина. Обзор методик оценки эффективности деятельности санаторно-курортных организаций // Молодой ученый. - 2011. - №6. - Т.1. - С. 173-175.
5 А.Н. Разумов, Ф.Х. Мазитов, Б.Г. Ильясов, Ш.З. Загидуллин. Управление санаторно-курортным комплексом на основе системных законов и принципов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 2008. - № 2. - С. 36-38.
6 И.Г.Низамов, Л.Ф.Сабиров. Вопросы комплексной оценки результативности санаторно-курортной помощи // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1. - С. 45-48.
7 Б.А.Поляков, М.В.Кизеев. Эффективность медицинской и хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения санаторного типа // Здравоохранение Российской Федерации.- М.: 2010. - №2. - С. 43-46.
8 Н.А. Холмогоров. Базисные элементы управления качеством и эффективностью медицинской помощи в многопрофильном санаторно–курортном учреждении: Автореф. Дис. ...д-р. экон. Наук - Томск, 2011. – 48 с.
9 Ф.Х.Мазитов. Системный подход к организации лечения и управления деятельностью санаторно-курортного комплекса: Автореф. Дис. ...д-р. экон. наук - М.: 2009. - 43с.
10 А.Ш.Сиюхов. Научный анализ эффективности использования природных курортных факторов Кубани при восстановительном лечении в здравницах военнослужащих с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации (F43 по М) после контртеррористических операций: Автореф. Дис. ...д-р. экон. Наук - Сочи, 2004. – 32 с.
11 И.В.Бондаренко. Эффективность управления предприятием – ключевая задача менеджмента. // Das menegement. - 2010. - №5. - С. 10-12.
12 А.А.Марцияш. Качество жизни как критерий эффективности комплексной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. //Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. - СПб.: 2010. - №15-16. - С.118-121.

МЕДИЦИНАЛЫК КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮЧҮ МЕКЕМЕЛЕРДЕГИ МЕДИЦИНАЛЫК ТЕЙЛӨӨЛӨРДҮН НАТЫЙЖАСЫ

Түйін: Макала медициналык калыбына келтирүүчү мекемелердеги эң маанилүү көйгөй тактап айтканда заманбап медицинадагы тейлөөлөрдү изилдөөгө арналган. Бул макалада аныктама жана натыйжалуулуктун негиздери каралган аны менен катар изилдөөчүлөрдүн акыркы жылдардагы илимий иштери чагылдырылган. Ошол эле убакта бул мекемелердеги башкаруу тутумунун натыйжасы менен табигый жана калыптанган дарылоочу факторлор изилденип анын ичинде баткак, суу менен дарылоочу усулдар менен катар табигый курорттук факторлорду айкалыштырууну пайдалануу изилденген.

EFFICIENCY OF MEDICAL SERVICES IN MEDICO-REHABILITATION ESTABLISHMENTS

Resume: This article described one of the important problems of medicine, like investigation of efficiency of medical service in the rehabilitation establishments. We considered literature overview about definition, types and parameters of efficiency, characteristics of effective medical service with using of natural and precasting factors including balneotherapy, fang therapy and combination use of natural factors in the rehabilitation establishments.

УДК 616.127-005.8:330.59

И.Е. САГАТОВ
Казахский медицинский университет непрерывного образования,
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,
Алматы, Казахстан

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА SF-36

Представлены дооперационные результаты исследования качества жизни у пациентов с ишемической боленью сердца, которые находились на лечении в кардиологических и кардиохирургических центрах.
Ключевые слова: *качество жизни, ишемическая болезнь сердца, дооперационный период.*

Введение.
Известно, что качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) до применения коронарного шунтирования или лечебных интервенций на коронарных артериях всегда ниже по сравнению их со среднестатистическими популяционными данными практически здорового населения. Качество жизни зависит от компенсированности и комбинированности сердечной патологии [1-4]. У одной части оно страдает значительно, а у другой – может оставаться на достаточно высоком уровне в течение долгого времени [5-11]. Поэтому очень важным представляется анализ качества жизни пациентов кардиохирургического профиля, в частности пациентов с ИБС до применения хирургических и/или эндоваскулярных методов лечения с точки зрения сравнительного изучения со среднестатистическими и послеоперационными показателями.

Цель исследования – оценить качество жизни пациентов с ИБС до применения коронарного шунтирования и/или лечебных интервенций на коронарных артериях используя опросник общего профиля SF-36.

Материал и методы исследования.
В 2012-2014 годах проведен опрос 64 пациента с ИБС. 27 пациентов в возрасте от 42 до 74 лет (в среднем 59,1±5,9) находились на стационарном лечении в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А. Н. Сызганова (клиническая база КазМУНО). 28 пациентов в возрасте от 41 до 86 лет (в среднем 58,4±14,5) находились под наблюдением врачей городского кардиологического центра г. Алматы. И ещё 9 пациентов в возрасте от 48 до 72 лет (в среднем 60,4±8,7) находились на стационарном лечении в отделении кардиохирургии "SEMA Hospital Almaty" (клиническая база КазМУНО).

В качестве сравнения мы использовали собственные данные популяционного исследования качества жизни по опроснику SF-36 199 человек, проживающих в Республики Казахстан, в основном в г. Алматы (66,8%). Анализ показателей качества жизни у практически здоровых людей в зависимости от пола показал некоторую диспозицию с достоверным увеличением практически всех показателей физического и психологического компонентов у лиц мужского пола ($p<0,05$).

Обработка материала, в том числе статистическая, произведена при помощи программ MS Access, Excel и Statistica 5.5. и программы по расчету показателей опросника SF-36. Средние величины представлены со стандартным отклонением (M±m). Различия между средними величинами считались достоверными при значениях $p<0,05$.

Результаты исследования.
Показатели качества жизни пациентов в дооперационном периоде были значительно ниже, чем таковые у практически здоровых людей, что явилось вполне ожидаемым (таблица 1). Следует отметить, что при не очень низких показателях, указывающих на физическое функционирование пациента с ИБС в дооперационном периоде ($p=0,000$), его ролевое физическое функционирование страдало значительно ($p=0,002$).

Аналогичная ситуация прослеживалась при анализе психологического компонента опросника (таблица 1). Показатели психологического здоровья были достаточно низкими по отношению к среднестатистическим показателям практически здорового населения. При этом ролевое эмоциональное функционирование пациентов с ИБС, указывающее на влияние настроения и эмоций на повседневную жизнедеятельность пациентов с ИБС, было значительно низкое ($p=0,008$).

Таблица 1 - Качество жизни пациентов с ИБС в сравнении со среднепопуляционными данными (по данным опросника SF-36)

Параметры SF-36	Среднепопуляционные данные (n=199)	Пациенты с ИБС (n=64)	P
Физическое функционирование	90,8±12,8	54,8±26,2	=0,000
Ролевое физическое функционирование	82,3±26,9	37,0±34,8	=0,002
Боль	88,3±18,3	41,7±21,5	=0,000
Общее здоровье	67,9±17,1	37,7±17,6	=0,015
Жизнедеятельность	70,7±15,2	48,8±18,9	=0,001
Социальное функционирование	79,4±19,4	51,2±20,7	=0,000
Ролевое эмоциональное функционирование	77,4±32,8	44,9±42,8	=0,008
Психологическое здоровье	72,8±13,5	60,2±13,7	=0,000

В литературе встречаются публикации, посвященные исследованиям качества жизни у пациентов с ИБС [5,6,7,8,10,11]. Для этих целей авторы использовали различные опросники (SF-36, the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, Nottingham Health Profile, Cardiac Health Profile, Sickness Impact Profile, the Persian version of Ferrans and Powers QOL index и др.). Мы использовали опросник общего профиля SF-36, который позволил нам оценить физический и психологические компоненты качества жизни пациентов.

Заключение.
Таким образом, сравнительная оценка качества жизни пациентов с ИБС в дооперационном периоде показала, что на фоне тотальной депрессии показателей физического и психологического компонентов опросника SF-36 шкалы «ролевое физическое функционирование» ($p=0,002$) и «общее здоровье» ($p=0,015$) показали наиболее низкий уровень.

В комплексной оценке эффективности лечения, в том числе хирургического (либо эндоваскулярного), целесообразно использовать не только стандартные методы обследования, но и методику оценки качества жизни пациентов при помощи опросника SF-36. Для обеспечения достоверности и качества сравнения следует использовать показатели здоровой человеческой популяции, полученные в том же регионе, где и проводятся собственно сами исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Новик А.А., Ионова Т.И. «Руководство по исследованию качества жизни в медицине». - М.: Олма-Пресс, 2002. – 315 с.
2 Сагатов И.Е. «К вопросу о качестве жизни пациентов кардиохирургического профиля в дооперационном периоде»./Российский национальный конгресс кардиологов «Интеграция знаний в кардиологии». – М.: 2012. – С. 390.
3 Сагатов И.Е., Аймамбетова А.Б., Ибрагимова А.А. «Качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца до применения коронарного шунтирования и/или интервенции на коронарных артериях» // Вестник хирургии Казахстана. – 2013 – №1. - С.231-232.
4 Сагатов И.Е., Магауин Е.К. «Оценка качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца» // Вестник АГИУВ, Республиканская конференция «Непрерывное медицинское образование – гарантия безопасности и качества медицинской помощи» с международным участием, мат-ы. – 2014. - №3. – С. 141-143.
5 Abdallah MS, Wang K, Magnuson EA, Spertus JA, Farkouh ME, Fuster V, Cohen DJ. Quality of life after PCI vs CABG among patients with diabetes and multivessel coronary artery disease: a randomized clinical trial // JAMA. – 2013. - №310(15). – P. 1581-1590.
6 Akyildiz ZI, Ergene O; PULSE Study Group. Frequency of angina and quality of life in outpatients with stable coronary artery disease in Turkey: insights from the PULSE study. Acta Cardiol. – 2014. - №69(3). – P. 253-259.
7 Grothusen C, Attmann T, Friedrich C, Freitag-Wolf S, Haake N, Cremer J, Schöttler J. Predictors for long-term outcome and quality of life of patients after cardiac surgery with prolonged intensive care unit stay // Interv Med Appl Sci. – 2013. - №5(1). – P. 3-9.
8 Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample // Quality of Life Research. – 1994. - №3. – P. 7-12.
9 Mark DB, Knight JD, Velazquez EJ, Wasilewski J, Howlett JG, Smith PK, Spertus JA, Rajda M, Yadav R, Hamman BL, Malinowski M, Naik A, Rankin G, Harding TM, Drew LA, Desvigne-Nickens P, Anstrom KJ. Quality-of-Life Outcomes With Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Ischemic Left Ventricular Dysfunction: A Randomized Trial. Ann Intern Med. – 2014. - №161(6). – P. 392-399.
10 Sagatov I.Ye. Health-related life quality of practically healthy people residing in Almaty city (Kazakhstan) // Med and Health Science J (Prague). - 2010. - №4. – P. 99-100.
11 Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection // Med Care. – 1992. - №30. – P. 473-483.

Түйін: Кардиологиялық және кардиохирургиялық орталықтарда ем қабылдаған жүректің ишемиялық ауруы бар науқастардың оталауға дейінгі өмір сапасының нәтижелері көрсетілген.
Түйінді сөздер: өмір сапасы, жүректің ишемиялық ауруы, оталауға дейінгі кезең.

I.E. SAGAT
Kazakh Medical University Continuing Education,
National Research Center of Surgery. AN Syzganov,
Almaty, Kazakhstan

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE: RESULTS OF USING SF-36

Resume: Presurgical research results of quality of life in patients with ischemic heart disease are presented. All patients received treatment in the cardiological centers and in the centers of cardiac surgery.
It is known that the quality of life in patients with coronary heart disease (CHD) before applying coronary bypass surgery or medical interventions on the coronary arteries is always lower compared with the average of their population-based data apparently healthy population. Quality of life depends on compensating and combining heart disease. One part is substantially affected, and the other - may remain sufficiently high for a long time. Therefore it is very important to analyze the quality of life of patients cardiac surgery profile, particularly in patients with coronary artery disease prior to application of surgical and / or endovascular treatment in terms of a comparative study with the average and postoperative parameters.
The purpose of the study - to assess the quality of life in patients with coronary artery disease before applying coronary bypass surgery and / or medical interventions on the coronary arteries using a general questionnaire SF-36.
Quality of life of patients in the preoperative period were significantly lower than those of healthy people, which was quite expected. It should be noted that not very low, pointing to the physical functioning of the patient with coronary artery disease in the preoperative period ($p = 0,000$), its role physical functioning suffered significantly ($p = 0,002$).
Keywords: quality of life, ischemic heart disease, presurgical period.

УДК 614.2 (576)+615.1/4

Л.К. КОШЕРБАЕВА[1], К.К. КУРАКБАЕВ[1] , А.Б. КУМАР[1] , А.Д. ДУЙСЕКЕЕВ[1], К.Т.НАДЫРОВ[2], Ж.А. КАЛМАТАЕВА[3]

[1]Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, кафедра международного здравоохранения
[2]АО «Научный центр урологии имени Б.У. Джарбусынова»
[3]Высшая Школа Общественного Здравоохранения
Алматы, Казахстан

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «DA VINCI»

Развитие инновационных технологии приводит к увеличению спектра медицинских услуг. Если в конце 20 века у пациентов был выбор хирургического вмешательства в виде открытого оперативного, либо более малоинвазивного метода лапароскопического вида вмешательства, то благодаря прорыву в сфере хирургических технологий, в начале 21 века появился новый аппарат, который дает наименее инвазивный вариант лечения для сложных оперативных вмешательств – Робот-ассистированная хирургическая система «da Vinci». Изучение вопроса экономической эффективности технологии Робот «da Vinci» является самым актуальным вопросом во всем мире.

Ключевые слова: *оценка технологии здравоохранения, Робот-ассистированная хирургическая система «da Vinci», экономическая эффективность*

Введение

Прорывом 21 века в сфере инновационных технологии является появления на рынке медицинских услуг нового аппарата Робот-ассистированная хирургическая система «da Vinci» применяемого в сфере хирургии. Робот-ассистированная хирургическая система «da Vinci» (англ. *da Vinci Surgical System*) — это эргономическая консоль хирурга предназначена для проведения хирургических вмешательств в разных областях. Роботизированная хирургия в урологии впервые начала развиваться с 1988 годов, и первая операция была проведена по поводу трансуретральной хирургии. В начале 2000 годов в США FDA (Food and Drug Administration) апробировал и дал добро на новый уникальный инструмент, роботизированный хирургический комплекс «da Vinci» (Робот «da Vinci»). Хирурги США массово начали обучаться данной технологии, и до 2007 года 60-70% операции по поводу простатэктомии охватывался применением инновационной технологии Робот «da Vinci» [1,2]. По данным O'Malley с 2000 по 2004 года сделано более 5200 радикальных простатэктмии по всему миру [3,4]. На сегодня Робот «da Vinci» установлен в более тысячи клиниках по всему миру. Разработчики компании Робот «da Vinci» с каждым днем совершенствует свои технологии. Одним из последних разработок считается Робот «da Vinci» разработанный на примере монопортовой лапароскопии. Одноместный разрез хирургии предназначен для минимизации инвазивности пациентам за счет уменьшения количества портов.

Изучение вопроса экономической эффективности технологии Робот «da Vinci» является самым актуальным вопросом во всем мире. В настоящее время проводиться оценка агентством по оценке технологии здравоохранения (далее -ОТЗ) в Тайланде и Швеции эффективности Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci». Таким образом, мы провели обзор о целесообразности вложения средств, для внедрения медицинской технологии – Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» в АО «Научный Центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова» (НЦУ).

Целью исследования является изучить экономическую эффективность Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» в НЦУ.

Методы: Двумя независимыми специалистами проведен поиск из базы данных доказательной медицины и других источников (Pubmed, Centre for reviews and dissemination, INAHTA, HTAi) **касательно экономической эффективности** Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» (далее – Робот da Vinci) [5,6]**. На втором этапе мы провели анализ инвестирования затрат.** С целью оценки эффективности инвестиций, мы посчитали чистую приведённую стоимость (чистая текущая стоимость, чистый дисконтированный доход-*Net present value)* технологии. Целью выбора NPV является в возможности сравнить значение вложенных средств на сегодня (тенге или доллар) к значению того же средств (тенге, доллара) в будущем, принимая во внимание инфляции и ставки дисконтирования. Нельзя принимать решения на основе анализа потока денег. Приведенная стоимость учитывает ставку дисконта – это ежегодная ставка доходности, которая могла бы быть получена в настоящий момент от аналогичных инвестиций, по другому называют альтернативными издержками [7,8].

Результаты: Проведенный нами обзор позволил провести экономический анализ результаты отчетов ОТЗ подготовленной Канадским агентством ОТЗ (2008, CADTH), Национальным институтом клинического мастерства Великобритании (2012, NICE), а также дополнительные систематические обзоры и РКИ других стран (Австралия, Бельгия и т.д.) [2,4,9]. Исследования включали анализ затрат стоимости между лапароскопическим, открытым методом, а также Робот «da Vinci». В таблице 1 мы привели данные международных исследований экономической эффективности технологии Робот «da Vinci» при адреналэктомии, простатэктомии, пиелопластике и др. При сравнении двух хирургических вмешательств мы видим, что Робот «da Vinci» остается дорогим видом услуг. Статьи расходов включал заработную плату сотрудников, хирургические устройства или оборудования, техническое обслуживание, стоимость одноразовых инструментов и пребывание в больнице. Авторы исследований отмечают, что робот Да Винчи позволяет сократить интраоперационную кровопотерю, а также в некоторых случаях продолжительность пребывания в больнице. Тем не менее, по мнению исследователей, клиническая эффективность за счет Робот «da Vinci» в сравнении с лапароскопическим методом не велика, чтобы покрыть расходы. Объяснением тому является дороговизна стоимости оборудования и ее обслуживания [10,11]. Учитывая, что последние исследования показывают экономическую нерентабельность технологии Робот «da Vinci» , Европейская Урология считает, что необходимо провести дополнительно крупномасштабные исследования относительно экономической эффективности. Так как ежегодно число нуждающихся в оперативном вмешательстве пациентов в простатэктомии увеличивается. Осложнения при методе лапароскопическом или же открытым как недержание мочи, эриктильная дисфункция может повлиять на повседневную качественную жизнь пациента, что потребует дополнительных расходов для устранения послеоперационных осложнений. На данный момент готовиться отчет по оценки технологии да Винчи Шведским Агентством ОТЗ, Агентством ОТЗ в Тайланде, где будет представлены данные из перспективных контролируемых исследований [12]. В таблице 1 представлены данные международных исследований экономической эффективности технологии

На основании данных ежегодных отчетов НЦУ, мы провели анализ инвестирования затрат, путем построения модели для того, чтобы посчитать чистую приведённую стоимость технологии Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci». Если NPV из перспективных вложенных средств положительна, она должна быть принята. Однако, если NPV отрицательна, вероятно, следует отвергнуть вложение средств в данное мероприятие, поскольку денежные потоки также будет отрицательным. При построении модели для определения и проведения NPV нами определено статьи расходов, доходов, инвестиции, ставка дисконтирования и инфляции.

Таблица 1 – Данные международных исследований экономической эффективности технологии

Автор	Страна	Вмешательство	Дизайн исследования	Стоимость	Выводы
CADTH – HTA, 2008 - Morino et al.8 (2004) [13,14]	Ита-лия	Адреналэктомия	РКИ -20	Робот «da Vinci» US$3,466 за один случай, лапароскопический метод US$2,737 за случай	Экономический анализ показал, что лапароскопический адреналектомия превосходит Робот «da Vinci»
CADTH – HTA, 2008 - Lotan et [13,15]	США	Радикальная простатэктомия при опухоли простаты	Обсервационное исследование	Robot: US$7,280 За случай Лапароскопический метод US$6,041 открытый: US$5,554	Открытый метод наименее дорогостоящий, но лапароскопический может быть конкурентоспособной, доростоящим является Робот «da Vinci»
CADTH – HTA, 2008 - Bhayani et al.17 (2005)[13,16]	США	Пиелопластика	n=21	Робот хирургия US$ 5616 за 1 случай Лапароск. метод US$ 3500	Периоперационные параметры роботизированной хирургии обнадеживает, однако расходы менее экономичны в сравнении с лапароскпической хирургии
HTA, NICE 2012 [17]	Великобритания	Радикальная простат-эктомия для локальной опухоли простаты	2225 пациентов направленных на радикаль-ную простат-эктомию	Если 50 операции в год – 10 287,10 (PX) Если 100 операции в год – 5740,61 (PX) Если 150 операции в год – 4225,11 (PX) Если 200 операции в год – 3467,35 (PX) Стоимость 1 лапароск. операции 94.49	Робот «da Vinci» несмотря на клиническую эффективность, является дорогостоящим с экономической позиции
Richard E, Baltimore, 2006 [18]		Робот «da Vinci» и лапароскопическая пиелопластика	10	150 случаев в год привело к $ 2000 за Робот «da Vinci», и оказалась на 1,7 раз дороже чем лапароскопический метод.	Робот «da Vinci» сокращает операционное время за счет быстрого и качественного накладывания швов.

С целью определения средств инвестирования в Робот - «da Vinci» , в наш анализ мы включили стоимость представленные отчетом ОТЗ NICE - da Vinci DC в пределах – 462000000 тенге, годовое обслуживание которого составил 36 300 000 тенге [17]. В статью расходов мы включили ежегодную амортизацию оборудования, заработная плата оперирующего хирурга и среднего медицинского персонала, обучение хирургов, ежегодное обслуживание Робот «da Vinci» , также прочие расходы, который охватывает затраты коммунальные, налог на имущество, расходы административного персонала. При определении стоимости da Vinci DC в пределах – 462 000 000 тенге ежегодная амортизация составило 66 000 000 тенге (таблица 2). Обучение хирургов в статье расходов учтено только в первом году. Из источников литературы данные были представлены только в отчете CADTH, где отмечается 2 дневное обучение, которое составляет около 3000-3500 $ США на одного хирурга. Таким образом, обучение для 6 хирургов 3 отделения обучения на 2 цикла составило 6 660 000 тенге (таблица 2).

Таблица 2 - Представлены данные показателя NPV da Vinci DC НЦУ

Годы	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Инвестиции	(462 000 000)							
Доходы	22 192 768	23 746 262	25 408 501	27 187 096	29 090 192	31 126 506	33 305 361	35 636 736
Расходы:	118 974 192	114 628 992	117 515 862	120 604 813	124 397 810	127 934 350	131 718 447	135 767 432

ЧПП	(96 781 424)	(90 882 730)	(92 107 361)	(93 417 717)	(95 307 617)	(96 807 844)	(98 413 086)	(100 130695)
ПСДП	(558 781 424)	(82 620 663)	(76 121 786)	(70 186 114)	(65 096 385)	(60 110 055)	(55 551 622)	(51 382 879)
NPV	**(1 019 850 927)**							
ЧПП - Чистая прибыль проекта; ПСДП - Приведенная стоимость денежных потоков								

Расчет проведен с учетом стоимости оперативного вмешательства на настоящее время, согласно которой проводиться возмещение затрат в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. При проведении моделирования, для НЦУ мы видим, что ежегодно в динамике затраты постепенно превышают доходы, соответственно показатели чистой и приведенной стоимости проекта отрицательны (Рисунок 1).

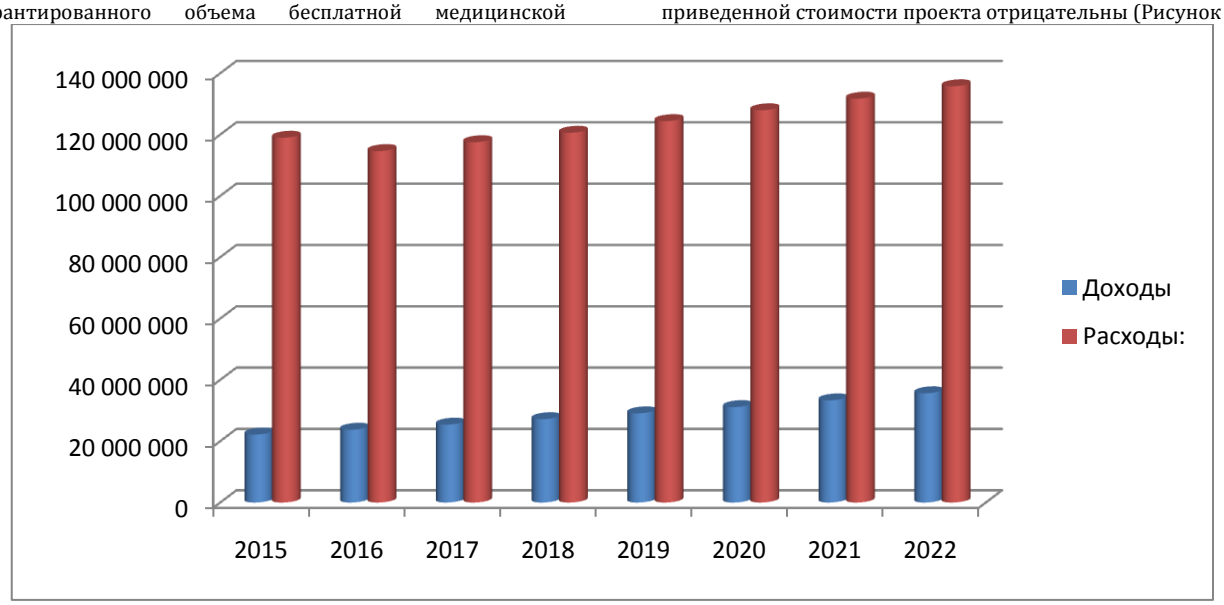


Рисунок 1 – Показатели расходов и доходов НЦУ

В результате показатели NPV был отрицательным (-1019850927), что свидетельствует о нецелесообразности закупа Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» при таком количестве оперативных вмешательств (таблица 2). На следующем этапе мы разработали модель с целью определения потребности ежегодного дохода для в НЦУ, чтобы при приобретении Робота «da Vinci» показатели NPV были положительны. В таблице 3, мы представляем данные расчета, где экономически эффективным da Vinci DC, в случае если в год доходы больницы составит не менее 162 630 236 тенге и показатели NPV составит 2 060 155 тенге. Средняя стоимость 1 оперативного вмешательства составит в пределах 405 000 тенге (таблица 3).

Таблица 3 - Показатели положительного NPV при da Vinci DC

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Инвестиции	(462 000 000)							
Доходы	162 630 236	174 014 352	186 195 357	199 229 032	213 175 064	228 097 319	244 064 131	261 148 620
Расходы:	118 974 192	114 628 992	117 515 862	120 604 813	124 397 810	127 934 350	131 718 447	135 767 432
ПСДП	*(418 343 956)*	*53 986 691*	*56 759 913*	*59 071 540*	*60 636 059*	*62 193 323*	*63 416 210*	*64 340 375*
NPV	**2 060 155**							
ПСДП - Приведенная стоимость денежных потоков								

На следующем этапе при построении модели стоимость оперативного вмешательства была определена с учетом средней рыночной стоимости на 1 оперативное вмешательства по поводу простатэктомии, пересадка мочеточника, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента и с учетом возможности возмещения затрат в пределах 80 000 тенге. Результаты построенной модели показали, что в АО "Научный Центр урологии имени академика Б.У. Джарбусынова" в год со стоимостью 80 000 тенге на один случай должно проводиться не менее 2030 оперативных вмешательств, где NPV составит 384 814 тенге (таблица 4). Таким образом, проведенный нами экономический анализ показывает не рентабельность приобретения и внедрения Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» в НЦУ.

Таблица 4 - Показатели положительного NPV da Vinci DC при определении стоимости одного случая 80 тысяч тенге

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Инвестиции	(462 000 000)							
Доходы	162 400 000	173 768 000	185 931 760	198 946 983	212 873 272	227 774 401	243 718 609	260 778 912
Расходы	118 974 192	114 628 992	117 515 862	120 604 813	124 397 810	127 934 350	131 718 447	135 767 432
ЧПП	43 425 808	59 139 008	68 415 898	78 342 170	88 475 462	99 840 051	112 000 162	125 011 480
ПСДП	*(418 574 192)*	*53 762 735*	*56 542 064*	*58 859 632*	*60 429 931*	*61 992 817*	*63 221 171*	*64 150 656*
NPV	**384 814**							
ЧПП - Чистая прибыль проекта; ПСДП - Приведенная стоимость денежных потоков								

Дискуссия.

При обзоре экономической эффективности было отмечено, что средняя стоимость оперативного вмешательства с применением Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» на один случай при урологических нозологиях в разных странах составил в пределах от 3466 - 7280 $ США. В то время как стоимость лапароскопического метода составила 2737-3500$ США [43,47,45]. Научно доказано, что оперативные вмешательства путем применения лапароскопического метода являются наиболее оптимальным и ресурсосберегающим, хотя авторы не исключают о необходимости проведения дополнительных экономических анализов в перспективе. Результаты экономического анализа путем определения NPV (чистой приведённой стоимости) для Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» определил, что при нынешних потребностях для НЦУ показатели NPV отрицательны, что приведет к минусу денежных потоков, в связи, с чем закуп Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» будет не рентабельным и соответственно не рациональным. Наилучший экономический эффект будет отмечен при ежегодной потребности в 2030 оперативных вмешательств со средней стоимостью одного оперативного вмешательства в пределах 80 000 тенге и где годовая доходность составит 162 400 000 тенге. На сегодняшний день в НЦУ простатэктомия проводиться по собственному выбору пациентов, основной поток пациентов, которым требуется простатэктомия, направляются в Казахский НИИ онкологии и радиологии или в городские онкологические диспансеры.

Выводы.

Проведенный анализ инвестирования затрат, путем построения модели, показал экономическую эффективность технологии Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» в НЦУ при условиях, если в год будет проводиться не менее 2030 оперативных вмешательств, со средней стоимостью 80 000 тенге. Учитывая, что NPV в пределах 384 814 тенге стоит задуматься о возможностях риска. Авторы считают о необходимости проведения оценки внедрения Робот-ассистированной хирургической системы «da Vinci» в многопрофильных медицинских организациях с наличием большого потока пациентов нуждающихся в оперативных вмешательствах, которые могут быть проведены с применением Робота «da Vinci».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Cicchetti A. Strategic planning in healthcare organizations: the role of health technology assessment // Technology, healthcare and management in the hospital of the future, Westport. - London: Praeger, 2003. – P. 67-80.

2 Marcial Velasco Garrido, Finn Borlum Kristensen, Camilla Palmhoj Nielsen, Reinhard Busse. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы "Современное состояние, проблемы и перспективы". Серия исследований Обсерватории // Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. - 2010. – №14. – С. 45-48.

3 McGregor M, Brobhy J.M. End-user involvement in health technology assessment (HTA) development: A way to increase impact // IntJ TechnolAssessHealthCare. – 2005. - №21(2). – P. 263-267.

4 What is the Technology Assessment Unit? McGill Technology Assessment Unit, MUHC 2010. http://www.mcgill.ca/tau/objective/

5 International Network of Agencies for Health Technology Assessment. This is INAHTA //http://www.inahta.net/

Л.К. КОШЕРБАЕВА[1], К.К. КУРАКБАЕВ[1] , А.Б. КУМАР[1] , А.Д. ДУЙСЕКЕЕВ[1], К.Т.НАДЫРОВ[2], Ж.А. КАЛМАТАЕВА[3]

[1] С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, халықаралық денсаулық сақтау кафедрасы
[2] «Б.У. Жарбосынов атындағы Урология ғылыми орталығы» АҚ
[3]Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

«DAVINCI» РОБОТ-КӨМЕКШІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Түйін: Инновациялық технологиялардың дамуы медициналық қызмет ауқымының жоғарылауына әкеледі. 20 ғасырдың соңында науқастарда хирургиялық операциялардың ашық, немесе аз инвазиялы лапароскопиялық әдістерін таңдау мүмкіндіктері болса, 21 ғасырдың басында хирургиялық технологиядағы жетістіктердің нәтижесінде күрделі операцияларға арналған барынша аз инвазиялы жаңа аппарат – «DaVinci» робот-көмекші хирургиялық жүйесі пайда болды. «DaVinci» роботының экономикалық тиімділігін зерттеу дүние жүзінде ең өзекті сұрақтардың бірі болып саналады.
Түйінді сөздер: денсаулық сақтау технологияларын бағалау, «DaVinci» робот-көмекші хирургиялық жүйесі, экономикалық тиімділік.

L.K. KOSHERBAEVA[1], K.K. KURAKBAEV[1], A.B. KUMAR[1], A.D. DUYSEKEEV[1], K.T. NADYROV[2], Z.H. KALMATAEVA[3]

[1] Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Department of International Healthcare
[2]AO "Jarbussynov Scientific Center of Urology"
[3]Kazakhstan School of Public Health, Almaty, Kazakhstan

ASSESSMENT OF THE ECONOMIC EFFICIENCY OF IMPLEMENTATION OF ROBOT-ASSISTED SURGICAL SYSTEM «DA VINCI»

Resume: The development of the innovative technology increases the range of medical services. At the end of the 20th century, patients had a choice of surgical intervention in the form of an open surgical or minimally invasive laparoscopic intervention, but in the early 21st century, a new device gives the least invasive treatment option for complex surgical interventions - Robot-assisted surgery system «da Vinci». Now one of the most important issue in the world is the assessment of the economical effectiveness of robot technology «da Vinci».
Keywords: health technology assessment, robot-assisted surgical system «da Vinci», economic efficiency

УДК 615 (571) : 615.322

А.Х. АБУШАХМАНОВА, Л.И. ПИВЕНЬ, Т.В. КИМ

Карагандинский государственный медицинский университет
Кафедра общей фармакологии

ФИТОТЕРАПИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения сахарного диабета у беременных. Обсуждается значение фитотерапии в комплексном лечении гестационного сахарного диабета и профилактике его осложнений. Фитотерапия в сочетании с диетой позволяют эффективно корректировать углеводный обмен и уменьшить дозу инсулина и синтетических противодиабетических препаратов.
Ключевые слова: *сахарный диабет, беременность, фитотерапия.*

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, «гестационный диабет» — это сахарный диабет, а также нарушение толерантности к глюкозе, проявившиеся во время беременности. Гестационный сахарный диабет, по данным литературы, диагностируется у 5 – 7% беременных женщин. Его причиной является сниженная чувствительность клеток к собственному инсулину (инсулинорезистентность), обусловленная высоким содержанием в крови гормонов беременности. Гестационный диабет в большинстве случаев развивается в интервале от 16 до 32 недель беременности. Нарушения углеводного обмена, выявленные в данный период, свидетельствуют о ранее незамеченном прегестационном («добеременном») диабете. После родов уровень глюкозы в крови чаще всего возвращается к норме. Однако нельзя исключить вероятность развития во время беременности диабета первого или второго типа. При анализе данных, полученных в результате множественных исследований, установлено, что более чем у 50% беременных женщин, перенесших гестационный диабет, позже в течение жизни развивается истинный сахарный диабет.

Факторами риска развития гестационного сахарного диабета являются: избыточный вес беременной, возраст беременной старше 30 лет, наличие сахарного диабета у ближайших родственников, рождение крупного предыдущего плода, отягощенный акушерский анамнез, принадлежность к этнической группе, находящейся в повышенном риске (испанской, афро -американской, азиатской, коренной американской).

Беременность, отягощенная сахарным диабетом, может закончиться преждевременными родами или мертворождением. Высок риск развития гестоза (при сахарном диабете развивается чаще и раньше — до 30 недель), гидрамниона, а следовательно, фетоплацентарной недостаточности и гипотрофии плода. Возможно развитие диабетического кетоацидоза (состояния, при котором отмечается резкое повышение уровня глюкозы и концентрации кетоновых тел в крови), инфекции половых путей, которые регистрируются в 2 раза чаще и становятся причиной инфицирования плода и преждевременных родов. Возможно также прогрессирование микроангиопатий с исходом в нарушения зрения, функций почек, нарушения кровотока по сосудам плаценты и другими. У женщины может развиться слабость родовой деятельности, которая в сочетании с клинически узким тазом и крупным плодом обусловят неизбежность родоразрешения путем кесарева сечения.

У женщин, перенесших гестационный диабет, чаще развиваются инфекционные и другие осложнения в послеродовом периоде.

Нарушения углеводного обмена в материнском организме создают опасность и для нормального внутриутробного развития плода. Особенности углеводного обмена между матерью и ребенком таковы, что плод получает от матери глюкозу, но не получает инсулин. Таким образом, гипергликемия, особенно в первом триместре беременности, когда плод еще не вырабатывает собственный инсулин, провоцирует формирование различных пороков развития ребенка до рождения плода. После 12 недель, когда в организме будущего малыша продуцируется собственный инсулин, развивается гиперинсулинемия, которая грозит развитием асфиксии и травматизма в родах, дыхательными расстройствами (респираторный дистресс-синдром) и гипогликемическими состояниями новорожденных [1, 2].

Первым пунктом диагностики гестационного диабета является оценка риска его развития. При постановке женщины на учет в женскую консультацию оценивается ряд показателей, например, таких как возраст и вес беременной, акушерский анамнез (наличие гестационного диабета во время прошлых беременностей, рождение детей весом более 4 кг, мертворождение и другие), семейный анамнез (наличие СД у родственников) и так далее. Второй пункт — забор крови с целью определения уровня сахара несколько раз за беременность. Если хотя бы раз содержание глюкозы превысило 5 ммоль/л, проводят дальнейшее обследование, а именно глюкозотолерантный тест.

При проведении теста с нагрузкой 50 г глюкозы оценка уровня гликемии производится натощак и через 1 час. В случае, если глюкоза натощак превышает 5,3 ммоль/л, а через 1 час значение выше 7,8 ммоль/л, то необходимо назначение теста со 100 г глюкозы.

Диагноз гестационного сахарного диабета выставляется, если глюкоза натощак — более 5,3 ммоль/л, через 1 час — выше 10,0 ммоль/л, через 2 часа — выше 8,6 ммоль/л, через 3 часа — выше 7,8 ммоль/л. Повышение только одного из показателей не дает основания для постановки диагноза. В этом случае тест нужно повторить еще раз через 2 недели. Таким образом, повышение 2 и более показателей свидетельствует о диабете. Если результаты исследования соответствуют норме, то повторно тест проводится на 24-28 неделе беременности, когда изменяется гормональный фон. На более ранних сроках ГСД часто не выявляется, а установление диагноза после 28 недель не всегда предотвращает развитие осложнений у плода [1, 2].

Главное условие ведения беременности, осложненной диабетом (как гестационным, так и другими его формами) — поддержание уровня глюкозы крови в пределах нормы (3,5-5,5 ммоль/л). В 70% случаев гестационный диабет корректируется диетой, так как биосинтез инсулина происходит, и необходимости в инсулинотерапии нет [3].

Основные принципы диетотерапии:

1. Суточный рацион необходимо разделить между углеводами, жирами и белками -35-40%, 35-40% и 20-25% соответственно.
2. Калорийность в условиях избыточного веса должна составлять 25 ккал на 1 кг веса или 30 — 35 ккал на 1 кг при нормальном весе. Женщинам, имеющим избыточный вес, необходимо снижать калорийность питания.
3. Снизить количество потребляемых жиров, обогатив рацион клетчаткой (фрукты и овощи) и белками до 1,5 г/кг.

В случае, если одной диетой скорректировать уровень гликемии не представляется возможным, необходима инсулинотерапия, которая рассчитывается и корректируется лечащим врачом.

Фитотерапия является одним из наиболее распространенных и эффективных вспомогательных методов при лечении сахарного диабета как I, так и II типа. Если болезнь удается выявить на ранних стадиях, то фитотерапия в сочетании с диетой и дозированными физическими нагрузками позволяет стабилизировать состояние многих больных без медикаментозного лечения. Сахароснижающим действием обладают порядка 200 растений, содержащих инулин, инозин, галенин. Они оказывают ощелачивающий эффект, а в слабощелочной среде глюкоза превращается в маннозу или фруктозу, расщепление которых производится без инсулина, что позволяет снизить потребность в нем [4, 5].

Лекарственные растения имеют ряд преимуществ перед синтетическими препаратами: они малотоксичны, оказывают мягкое действие, могут длительно применяться без существенных побочных эффектов, прежде всего аллергических реакций, хорошо сочетаются с лекарственными веществами, усиливая их терапевтический эффект.

Некоторые растения также обладают иммуностимулирующим действием, благодаря которому удается предотвратить развитие целого ряда осложнений, которые провоцирует сахарный диабет. Биологически активные вещества, содержащиеся в лекарственных растениях, обладают противовоспалительным, желчегонным, седативным, тонизирующим эффектом.

Как правило, для лечения сахарного диабета используются многокомпонентные сборы, оказывающие комплексное воздействие на организм. Низкая концентрация действующих веществ не позволяет использовать фитотерапию в качестве метода, дающего быстрый результат, но мягкость воздействия, низкая токсичность настоев и отваров дает возможность выбрать лечение, не дающее ощутимых побочных эффектов. Несмотря на это, фитотерапия, как и иные методы лечения сахарного диабета, должна назначаться врачом и проводиться под его контролем, что позволяет оценить ее эффективность и, в случае необходимости, внести коррективы.

Курсы фитотерапевтического лечения рассчитаны от 2-х недель до 6-ти месяцев в зависимости от состояния больного и используемых растений, после чего рекомендуется изменить состав травяного сбора.

Чаще всего для лечения сахарного диабета используют сборы и отвары, в состав которых входят аралия маньчжурская, элеутерококк колючий, пустырник, листья березы, смородины, земляники, мяты, крапивы, подорожника, корень женьшеня, грецкого ореха, корни лопуха, рыльца кукурузы, семена льна, плоды шиповника и боярышника [6].

В антидиабетические травяные сборы часто включаются растительные препараты, обладающие ангиопротекторными свойствами, например стандартизированный водно - спиртовой экстракт из плодов конского каштана (Эскузан, Эсфлазид), содержащий флавоноиды, сапонины и другие вещества. Эскузан уменьшает проницаемость капилляров, повышает тонус венозных сосудов, улучшает метаболические процессы и уменьшает воспалительные явления в стенках сосудов, и таким образом предотвращает развитие диабетических ангиопатий, которые могут привести к нарушениям

кровообращения в конечностях и сосудах плаценты, нефропатии и ретинопатии.

В дополнение к основным сборам можно назначить 2-3 раза в год, курсами длительностью 1-1,5 месяца, адаптогены: препараты женьшеня, элеутерококка или заманихи (при отсутствии противопоказаний – повышенного артериального давления и тахикардии, как постоянной, так и приступной). Адаптогены оказывают положительное влияние на деятельность центральной нервной системы, повышают тонус организма, оказывают некоторое гипогликемическое действие. Адаптогены особенно показаны при общей слабости, иммунодефиците, пониженном артериальном давлении.

Лечение травами при сахарном диабете проводится постоянно, без перерывов, сборы по возможности чередуют. В результате снижается содержание сахара в крови, что позволяет уменьшить дозы противодиабетических препаратов или даже обходиться без них. Фитотерапия во многих случаях предохраняет больных диабетом от поражений сердечно-сосудистой системы, почек и печени, диабетической нейро- и ретинопатии или отдаляет их появление.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Колуэлл Дж. А. Сахарный диабет: новое в лечении и профилактике. Diabetes. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 288 с.
2 Питерс-Хармел Э., Матур Р. Сахарный диабет: диагностика и лечение. – М.: Практика, 2008. – 496 с.
3 Гмошинский И.В. с соавт. Влияние биологически активной добавки к пище, содержащей хром, на клинико-метаболические показатели у больных сахарным диабетом II типа // Вопросы питания. – 2004. – №5. – С. 17-20.
4 Федорова О.Л. Фитоиммунокоррекция в формате современных медицинских технологий и стандартов //Украинский медицинский журнал. – 2014. - №2.- С.19-25.
5 Fritz W.R., Fintelmann V. Herbal Medicine // Thieme Medical Publishers. - 2000. - P. 40-46.
6 Кудабаева Х.И., Чуканова Г.Н. Влияние масляного экстракта из корней девясила в составе эрадикационной терапии на компенсацию сахарного диабета 2 типа // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2009. - №1. – С. 84-85.

А.Х. АБУШАХМАНОВА, Л.И. ПИВЕНЬ, Т.В. КИМ

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ФИТОТЕРАПИЯСЫ

Түйін: Мақалда жүктілік әйелдердегі қант диабетінің диагностика мен емдеуінің сұрақтары қарастырылады. Гестациялық қант диабетінің және оның асқынуларды алдын алуда фитотерапиясының маңызы талқыланады. Біріктірілген фитотерапия мен диета көмірсулардың алмасуын қалыпқа келтіреді және инсулиннің немесе диабетке қарсы жасанды дәрілердің дозасын азайтуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: қант диабеті, жүктілік, фитотерапия.

A.H. ABUSHAKHMANOVA, L.I. PIVEN, T.V. KIM

PHYTOTHERAPY OF GESTOSIS SUGAR DIABETES

Resume: The questions of diagnostic and treatment of sugar diabetes at pregnancy are discussed. The maintenens of phytotherapy of gestosis sugar diabetes and prevention of its complications is accented. Phytotherapy in complex with diet correct a carbohydrates metabolism and allows to decrease a dose of insulin or synthetic antidiabetic drugs.

Keywords: sugar diabetes, pregnancy, phytotherapy.

УДК: 616.858 – 003.6 (574)

А.А. АКАНОВА, С.У. КАМЕНОВА, Г.М.ПИЧХАДЗЕ,
А.М. ШАРАПХАНОВА, М.М. ИМАНБЕКОВА, М. БЕЙСЕНБИНА, А.Т. АРАЛБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по неврологии
Кафедра фармакологии

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В КАЗАХСТАНЕ (на примере г. Алматы)

В работе описано исследование по клинико-эпидемиологической ситуации по Болезни Паркинсона в городе Алматы на базе 11 действующих поликлиник – с целью выявления текущей ситуации по клиническим, эпидемиологическим и социальным вопросам, актуальным в настоящее время в практическом здравоохранении, таких как отсутствие достоверных методов ранней диагностики, лекарственной терапии, способствующей ускоренной инвалидизации и потери трудоспособности, и как следствие ухудшении качества жизни больных.
Ключевые слова: *клинико-эпидемиологические данные, Болезнь Паркинсона.*

Болезнь Паркинсона представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции и проявляющееся сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью [1,2].

Болезнь Паркинсона (БП) является одним из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний человека, являясь вторым после болезни Альцгеймера, поэтому БП представляет крайне сложную и социально-значимую проблему современной медицины [2]. Распространённость БП в общей популяции, по данным ранее проведенных исследований, составляет 60–187 случаев на 100000 населения [3,4,5]. В Соединенных Штатах, около 1 млн. человек страдают от болезни Паркинсона, а во всем мире около 5 миллионов. Большинство людей, у которых развивается БП 60 лет и старше. БП встречается примерно у 1% лиц в возрасте 60 лет и в около 4% лиц в возрасте 80 лет.

Продолжительность жизни в последние десятилетия неуклонно увеличивается и согласно исследованиям Организации Объединенных Наций население мира в возрасте старше 60 лет увеличится с 737 миллионов в 2009 году до 2,1 миллиардов в 2050 году. Следовательно, количество больных БП в ближайшие десятилетия резко возрастёт как во всем мире, так и в Казахстане. Увеличение продолжительности жизни населения приведут к увеличению распространенности нейродегенеративных патологии, в том числе БП [6].

Несмотря на большое количество исследований и публикации по изучению болезни Паркинсона (БП), в настоящее время отсутствует глубокое понимание механизмов, инициирующих развитие заболевания, отсутствуют достоверные иммунологические и генетические предикторы заболевания. Многочисленные генетические исследования семей пациентов с БП в различных географических регионах мира подтвердили гипотезу о том, что генетический компонент играет важную роль в развитии заболевания [7,8,9]. Но, к сожалению, в 95 % случаев этиогенез является спорадическим, где возраст является одним из основных риск факторов.

Социальная значимость проблемы обусловлена не только ростом заболеваемости, но и высоким уровнем нетрудоспособности и быстрой инвалидизацией. Существенное снижение качества жизни больных и их семей обусловлено тем, что заболевание характеризуется

- Тремор - неконтролируемая дрожь
- Ригидность - повышение мышечного тонуса
- Гипокинезия - сильно замедленные движения
- Постуральная неустойчивость - неспособность стоять ровно и поддерживать равновесие.

Но, к сожалению, нет возможности диагностики болезни на ранних этапах, в связи с этим изучение ранних проявлений и особенностей клинического течения БП, анализ факторов риска является актуальным и необходимым для оптимизации помощи этим больным.

хроническим прогрессирующим течением, где двигательные расстройства, невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок приводят к постепенной потере трудоспособности. Кроме того, качество жизни пациентов снижено, так как больные не в состоянии обслужить себя, они испытывают нарушения функций организма, включая утомляемость, депрессию, нарушения моторики, изменения речи и гипомимию лица, а также затруднения при приеме пищи и глотании. Таким образом, затруднения самообслуживания, необходимость частого приема лекарственных препаратов, ограничение повседневной активности и социальной адаптации оказывают существенное негативное влияние на качество жизни больных БП и их семей.

Большая часть пациентов с БП не обращаются на начальных этапах за медицинской помощью вследствие того, что симптомы заболевания развиваются медленно и длительное время остаются незамеченными. Не установлены ни самые ранние проявления заболевания, ни достоверные диагностические маркеры. Изменения при старении в большей степени затрагивают структуры мозга, регулирующие движение, настроение и интеллектуальные процессы. Знание клинической картины болезни Паркинсона, особенностей дебюта и закономерности развития симптоматики, безусловно, имеют важнейшее значение для диагностики. Именно на основании этих данных в клинической практике устанавливают факт заболевания. Наличие у больного типичной развернутой картины позволяет врачу не сомневаться в точности установленного им диагноза. Однако на начальных стадиях БП, а также в случаях «паркинсонизма плюс» только клинических данных бывает недостаточно, и возникает необходимость в дополнительных методах исследования: нейровизуализационных, нейрофизиологических, ультразвуковых, лабораторных и генетических. Потенциал указанных методов наряду с установлением достоверного диагноза даст в будущем возможность изучить молекулярный патогенез заболевания и выделить отдельные формы БП, которая в последнее время рассматривается как неоднородная нозологическая единица.

В далеко зашедших случаях поставить диагноз паркинсонизм по его проявлениям несложно, так как клиническая картина мало сходна с другими заболеваниями.

В таких случаях классическими симптомами БП являются:

Одна из сложных проблем связана с большим количеством осложнений от проводимой терапии, характеризующихся появлением новых ятрогенных симптомов связанных с длительным приемом антипаркинсонической терапии, таких как: феномен «изнашивания» - wearing-off снижение эффективности терапии. Больному «не хватает» длительности действия препарата, перед каждым следующим приёмом он ощущает резкое ухудшение самочувствия, во время которого возвращаются симптомы паркинсонизма. И если в начале лечения эффект препаратов

был вполне стабильным в течение всего дня, то в дальнейшем он становится флюктуирующим и фрагментарным, формируется феномен «on-off». Чтобы устранить эти колебания самочувствия и поддержать эффект терапии на желаемом уровне, больной рано или поздно начинает сокращать интервалы между приёмами препарата [10,11,12].

Больной вынужден повышать суточную дозу препарата, что в свою очередь запускает порочный круг, порождающий новые проблемы, что в свою очередь, становятся труднопреодолимыми, требующих экстренных медицинских мероприятий. Вопрос о хирургическом лечении болезни Паркинсона обычно становится актуальным на поздних стадиях болезни, когда фармакотерапия теряет свою эффективность. На данный момент, в Казахстане в Республиканском научном центре нейрохирургии проводятся высокотехнологичные операции по глубокой стимуляции бледного шара или субталамического ядра, т.е электронная стимуляция глубинных структур мозга.

Таким образом, актуальна проблема не только ранней диагностики, но и выявление ранних проявлений лекарственных осложнений на фоне леводопатерапии, и, с вледствие этого, индивидуальной коррекции самочувствия больного. Поэтому улучшение качества жизни рассматривается как одна из основных целей лечения этого заболевания, в том числе разработки эффективных фармакотерапевтических средств у лиц с болезнью Паркинсона, в т.ч.казахской популяции.

В связи с вышеизложенным, одной из наших задач стала организация эпидемиологических исследований, направленных на изучение распространенности БП в нашей стране. Важным условием получения объективных эпидемиологических данных является стандартизация результатов исследования по структуре населения, проживающего на данной территории, таких работ в Казахстане очень мало.

Также было запланировано исследование иммуногенетических основ БП в отдельных этнических группах и разных регионах. В нашей стране еще не проводились исследования, посвященные изучению региональных особенностей БП, а также факторов риска развития этого заболевания с использованием современных иммуногенетических исследований. Такая информация особенно ценна в связи с многонациональным населением и многообразием географических особенностей на обширной территории Республики Казахстан.

На первом этапе создана база данных на основе сбора персональной информации о больных БП по г. Алматы. Мы предполагаем в дальнейшем получить показатели заболеваемости и распространенности БП по Казахстану. Продолжительные популяционные эпидемиологические исследования позволят проанализировать социально-демографический состав больных, выявить ранние проявления и особенности течения БП, что даст потенциальную возможность качественно планировать силы и средства медицинской помощи, формировать стратегию лечения, и тем самым снизить ущерб обществу, причиняемый временной нетрудоспособностью и быстрой инвалидизацией больных. Кроме того, что полученные результаты данной работы позволят также обосновать необходимость совершенствования лечебно-диагностической и медико-социальной помощи больным.

Цель исследования: изучение распространенности и проведение комплексного клинико-эпидемиологического исследования больных болезнью Паркинсона.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность БП по данным обращаемости в стационары и поликлиники г.Алматы.
2. Проанализировать социально-демографический состав больных БП.
3. Изучить преобладающие этиологические факторы возникновения БП утяжеления течения заболевания.
4. Характеристика клинико-эпидемиологической особенности течения болезни Паркинсона.

Материал и методы исследования:

Данное исследование проведено в рамках НТП по теме: «Паркинсонизм – клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования с целью дальнейшей разработки эффективных фармакотерапевтических средств».

Нами разработан дизайн исследования. Выполнение работы проводится нами поэтапно. Клинико-неврологическое и эпидемиологическое исследование проводилось на базе городских поликлиник г.Алматы методом случайной выборки в 11 поликлиниках. На первом этапе мы провели работу по изучению распространенности достоверных случаев БП и заболеваемости в поликлиниках г. Алматы. Для изучения распространенности БП нами будет создана система точной регистрации всех случаев – Регистр Болезни Паркинсона, который позволит получить наиболее полные данные об эпидемиологии БП в г.Алматы.

Диагноз БП устанавливался на основании общепринятых критериев в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10, ВОЗ 1992 г.) на результатах клинического осмотра и данных дополнительных методов исследования.

Сбор сведений мы осуществляли из первичной документации:

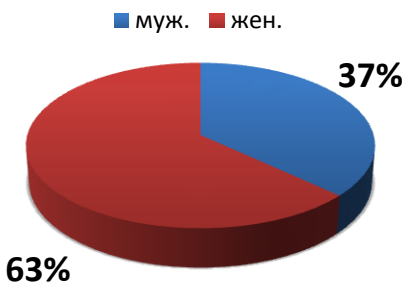
- **Талон амбулаторного пациента**
- **Медицинская карта амбулаторного больного**
- **Статистический талон и т.д.**
- **Отчет лечебно-профилактического учреждения**

Нами разработана «Карта регистрации пациента с БП», с последующим внесением данных в Регистр.

Результаты:

По нашим данным показатель распространенности БП среди населения г. Алматы в возрасте от 20 лет до 80 лет и старше составил 62 на 100 тыс. населения. БП среди наших больных в 1,5 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин, $p<0.05$, t-Test (рисунок 1).

1. А



1. Б

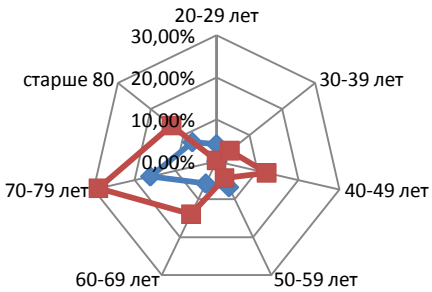
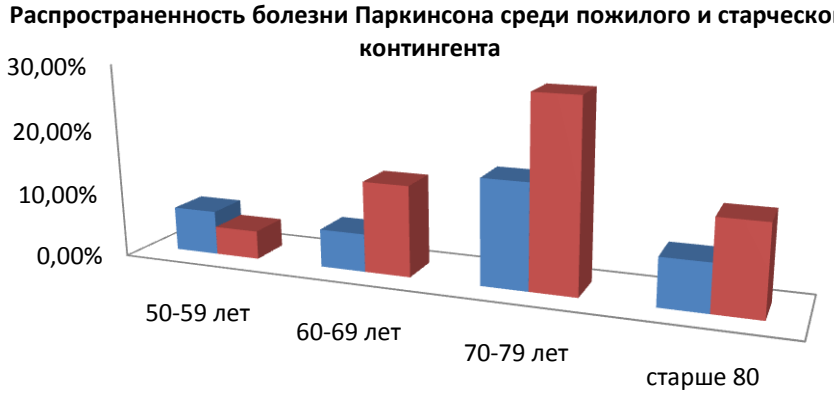


Рисунок 1А - Распространенность БП по полу среди больных по половому признаку. Красный цвет представляет женский пол, голубой цвет представляет мужской пол. Как видно из графика, женщин было 63 %, мужчин 37 % (t-test, $p<0.05$).
Рисунок 1Б - Распространенность по возрасту и полу среди больных БП. Распространенность зависела от возраста. Как видно из данных, чаще выявлялась возрастная группа старше 50 лет и составила 97,1%, причем больше среди женщин 58,49%, относительно мужчин 41,56% (t-test, $p<0.05$). Возраст больных был от 20 до 80 лет для анализа больных и с наследственной и со спорадической формой.

Среди группы больных основную часть представляли больные в возрасте 70-79 лет, а именно 44,98%, 16,13% и 28,85% мужчин и женщин соответственно. Лица в возрасте 50-69 лет составили 31,1%, причем 12,7% у мужчин и у женщин 18,3% соответственно. Всего, больных моложе 50 лет было 2,93% , также с преобладанием лиц женского пола 75,0 % против мужчин 15,0 %. Хотя в возрастной категории 50-59 лет мужчин (6,84%) оказалось больше чем женщин, 6,84 и 4, 40 % соответственно (рисунок 2).



	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	старше 80
муж.	6,84%	5,86%	16,13%	7,33%
жен.	4,40%	13,94%	28,85%	13,69%

Рисунок 2 - Распространенность БП среди пожилого и старческого контингента в возрастной группе 50-80 лет. Горизонтальная ось отображает возраст, вертикальная ось отображает процент каждой возрастной группы . Основная группа больных была старше 70 лет и представляла 44. 98 %. Интересно, что больные старше 80 лет составляли 21.02 % .(t-test, $p<0.05$).

Среди больных в возрасте 20-29 лет было всего 3 больных, двое мужчин и одна женщина, доминирующее большинство представляли больные старше 70 лет, представляя 44,98% и пациенты старше 80 составляли 21.02 %. Примечательно, что женщин было больше чем мужчин во всех группах, кроме возрастной группы 50-59 лет. Это может быть обосновано тем, что мужчинам труднее обращаться к врачам, вследствие этических причин. Но общая тенденция согласована с данными мировой литературы, в нашем исследовании превалировали люди старше 70 лет. Как известно, возраст является одним из основных риск факторов развития нейродегенеративных заболеваний. Но, следует отметить, что были и больные с БП в очень раннем возрасте, что в свою очередь позволяет предположить наличие генетического компонента среди нашей популяции.

Заключение и выводы. Проведенное анкетирование больных способствовало выполнению следующих основных задач исследования: выявление сведений, которые нельзя получить из других источников, в том числе из журналов учета. Мы имели возможность целенаправленного изучения информации об исходном состоянии здоровья, а также получили информацию о прогрессировании БП и возможность сопоставлять последующие его изменения. В процессе исследования, мы акцентировали внимание больных на сроки проявления ранних- крайне неспецифичных- симптомов, характерных для

продромального периода, такие как: усталость, общее недомогание, нарушение обоняния и сна. Некоторые больные отмечали шаткость походки, затруднение вставания со стула. Чаще всего у больных отмечается изменение голоса, мелкий дрожащий почерк, тугоподвижность в кистях рук.

Кроме того, у большинства больных отмечались утрата мыслей, слов в предложении. Больные были раздражительными без каких-либо причин. Указанные признаки и симптомы были различной интенсивности и проявлялись у всех больных по-разному. Обращает на себя внимание тот факт, что среди больных была выявлена высокая частота симптомов тревоги и депрессии. Симптомы депрессии испытывали 56,8% членов популяционной выборки, симптомы тревоги выявлены у 45,2% больных.

Результаты наших данных свидетельствуют, что одной из главных проблем наших пациентов, страдающих БП, это поздно выставленный диагноз. Начало заболевания почти у всех развивалось постепенно, больные долго не обращались к врачу. К сожалению, более 80% больных БП обращаются к врачу, уже имея позднюю стадию заболевания. Основным симптомом, заставляющим пациентов обратиться к врачу, является выраженная ригидность и тремор, когда больной испытывает трудности в самообслуживании.

Приведенные выше материалы являются результатом первого этапа мониторинга эпидемиологической ситуации, связанной с БП, в нашей стране. Они отражают реальную ситуацию с выявлением БП в условиях территориальных поликлиник г. Алматы.

Таким образом, результаты первого этапа, описанные в данной статье, а также результаты следующих этапов позволят получить и исследовать данные, касающиеся не только распространенности БП, но и некоторых факторов риска, таких как иммуннологический и генетический статусы, которые в свою очередь сопутствуют развитию заболевания и его клинических особенностей, что в дальнейшем поможет целенаправленно подойти к оценке и разработке эффективных фармакотерапевтических средств у этих больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Яхно Н.Н., Хатиашвили И.Т. Паркинсонизм: клиника, диагноз и дифференциальный диагноз // Русский Медицинский журнал. - 2002, № 8. – С. 418-425.
2 Левин О.С., Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона. М., 2006 - 256 с.
3 Prevalence of Parkinson's disease and other types of Parkinsonism in Al Kharga district, Egypt / H. N. El-Tallawy, W. M. Farghaly, G. A. Shehata et al. // Neuropsychiatr. Dis. Treat. – 2013. – Vol. 9. – P. 1821–1186.
4 The prevalence and genetics of Parkinson's disease in sub-Saharan Africans / J. Blanckenberg, S. Bardien, B. Glanzmann et al. // J. Neurol. Sci. – 2013. – Vol. 335, № 1–2. – P. 22–25.
5 Левин, О. С. Эпидемиология паркинсонизма и болезни Паркинсона / О. С. Левин, Л. В. Докадина // Неврол. журн. – 2005, № 5. – С. 41–48.
6 Schrag A. "Epidemiology of movement disorders". In Tolosa E, Jankovic JJ. Parkinson's disease and movement disorders. Hagerstown, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. - P. 50–66.
7 Factor SA. Genetics of Parkinson disease is complex. JournalWatch. Neurology, № 11, 2007. – P. 32–35.
8 Warner TT ,Schapira AH. Genetic and environmental factors in the cause of Parkinson's disease . //Ann Neurol., 2003. - Vol. 53 (Suppl 3). - S16 -S23.
9 Yoshino H., Nakagawa-Hattori Y., Kondo T., Mizuno Y. Mitochondrial complex I and II activities of lymphocytes and platelets in Parkinson's disease.// J NeuralTransm., 1992, № 4. – P. 27—34.
10 Голубев В.Л. Осложнения терапии поздних стадий болезни Паркинсона и возможные механизмы их коррекции // Журн. неврол. и псих, им. С.С. Корсакова, 2002, № 102 (4). - С. 52-56.
11 Яхно Н.Н., Нодель М.Р., Артемьев Д.В. и др. Применение агониста дофамина мирапекса при болезни Паркинсона // Рус.мед. журн., спецвыпуск. – 2001. - С. 34-38.
12 Яхно Н.Н., Нодель М.Р. Современные принципы терапии болезни Паркинсона.// Рус.мед. журн. – 2000. - Т. 8, № 10. - С. 418-425.

А.А. АКАНОВА, С.У. КАМЕНОВА, Г.М. ПИЧХАДЗЕ,
А.М. ШАРАПХАНОВА, М.М. ИМАНБЕКОВА, М. БЕЙСЕНБИНА А.Т. АРАЛБАЕВА

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ПАРКИНСОН АУРУЫНЫҢ МӘСЕЛЕСІНІҢ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫ (Алматы қаласының мысалында)

Түйін: Бұл шолуда Алматы қаласының, 11 қызмет жасап отырған емханалары негізінде, Паркинсон ауруының клинико-эпидемиологиялық жағдайлары – қазіргі уақыттағы тәжірибелік денсаулықсақтаудағы көкейкесті мәселелер, атап айтқанда мүгедектікті жоғарылатып және еңбекке қабілеттілікті жоғалтуға итермелейтін, сонымен қатар науқастың өмір сапасының төмендеуіне әкелетін, ерте анықтайтын сенімді диагностикалық әдістердің, емдік терапияның жоқтығының клиникалық, эпидемиологиялық және әлеуметтік сұрақтары бойынша, ағымдағы жағдайды анықтау мақсатында зерттеу сипатталады.
Түйінді сөздер: клинико-эпидемиологиялық мәліметтер, Паркинсон ауруы.

A.A.AKANOVA, S.U. KAMENOVA, G.M.PICHKHADZE,
A.M.SHARAPKHANOVA, M.M. IMANBEKOVA, M. BEISENBINA, A.T.ARALBAYEVA

THE CURRENT SITUATION ON PARKINSON DISEASE IN KAZAKHSTAN, PARTICULARLY IN THE CITY OF ALMATY.

Resume: This review, based on the data obtained from 11 city hospitals, describes the current clinical and epidemiological situations on Parkinson Disease in Almaty. The main aim was to define the current issues concerning the Parkinson Disease related clinical, epidemiological and social problems, particularly, no early-stage markers, therapeutic treatment leading to fast disablement, all these affecting on severely the quality of life of the patients.
Keywords: clinical and epidemiological data, Parkinson Disease.

УДК 614.88(574)

Л.С. ЕРМУХАНОВА, Д.Н. КАТАШЕВА
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова

РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящем времени в поликлиниках применяются несколько форм организации стационарозамещающих технологий: дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии с дневным стационаром. При работе стационарозамещающих технологий достигается полноценный медицинский и социальный эффект.
Ключевые слова: *Стационарозамещающие технологии, дневной стационар, стационары на дому.*

В социальном и экономическом контексте страны особое место занимает здравоохранение. В современной системе здравоохранения идет повышение эффективности путем оптимизации организационно-функциональной структуры, внедрения новых форм организации, повышения качества работы, совершенствования механизмов государственно-административного управления лечебно-профилактического учреждения. В настоящее время во многих странах мира большое значение придается развитию и совершенствованию различных форм внебольничной помощи населению. Одной из причин переориентации систем здравоохранения на оказание помощи в домашних условиях стал рост стоимости медицинских услуг, прежде всего стационарной помощи. В настоящем времени в поликлиниках применяются несколько форм организации стационарозамещающих технологий: дневные стационары, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии с дневным стационаром.[1]

В первичном звене отечественного здравоохранения дневной стационар поликлиники как новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению появился в середине 80-х годов. За рубежом первые дневные стационары появились в Оксфорде (Великобритания) в 1956 г. Сегодня «стационарозамещающие» формы оказания медицинской помощи применяются во Франции, где работа дневного стационара официально регламентирована законом, в Испании, где дневной стационар узаконен в 1990 г., в Германии, где первые законодательные акты по организации работы дневного стационара появились в 1992 году. В Казахстане со второй половины 80-х годов для рационального использования коечного фонда, интенсификации лечебно-диагностического процесса стали широко внедряться такие новые формы и методы работы лечебно-профилактического учреждения, как стационары на дому, палаты (отделения) дневного пребывания в больницах, отделения дневного пребывания в поликлиниках и другие. На деятельность стационарных учреждений в большинстве стран ежегодно выделяется 70-75% всех ресурсов. Все это диктует необходимость адаптации отрасли здравоохранения к условиям рыночных отношений, развитию многоукладной медицины, созданию рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций за право обслуживания больного и т.д.[1,2]

Организация дневного стационара и палат (отделений) дневного пребывания при больничных организациях призвана обеспечить оказание квалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в условиях, когда нет необходимости круглосуточного пребывания больного в стационаре. Поэтому в Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы одним из направлений и путей достижения, поставленных целей Программы определено совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе и формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь.[2,3]

Преимущества дневного стационара достаточно высоки: пациенты не испытывают сложностей госпитальных условий, появляется возможность проведения противорецидивного лечения диспансерным больным вне обострения и при удовлетворительном состоянии больного, применения комплексного лечения в объеме стационарной помощи тех больных, которые по ряду социальных или психологических причин не могут быть госпитализированы в круглосуточный стационар. Кроме того, появляется возможность совмещать лечение в дневном стационаре с занятиями в школе, работой. Стоит отметить также экономическую эффективность СЗП - снижение стоимости лечения пациентов в дневном стационаре по сравнению со стоимостью в отделении круглосуточного стационара. Использование современных методов диагностики и лечения на догоспитальном этапе, в условиях дневного стационара, снижает потребность населения в дорогостоящих больничных койках.[4,5]

Наиболее важным является расширение дневного коечного фонда при круглосуточных стационарах, что создает экономию финансовых средств при необходимости длительного стационарного лечения. По результатам 2012 года данный вид помощи СЗТ активно используется в Восточно-Казахстанской области (ВКО) - 48,1%, Акмолинской области - 46,1%, Северо-Казахстанской области (СКО) - 36,1%. И, наоборот, по отдельным регионам отмечается высокий удельный вес пациентов в дневных стационарах при поликлиниках (Актюбинская – 79,8%, Атырауская – 78,5%, ЗКО – 76,8%). В рамках СЗТ «стационар на дому» в динамике наблюдается значительное увеличение абсолютного числа пролеченных случаев, но при этом удельный вес данного вида помощи в структуре СЗТ остается невысоким и в динамике отмечается тенденция к снижению. Так пролечено в стационарах на дому за 2010 год – 56 570 пациентов, что составляет 8,3%, 2011 год – 73 754 больных или 8,1%, а за аналогичный период 2012 года пролечено 69 672 больных, что составило 7,6% и связано с ростом общего количества пролеченных больных в рамках СЗТ.[3]

По результатам исследования выявлено, что наибольшие затраты наблюдаются при оказании СЗТ в больницах, так как это наиболее сложный контингент больных, нуждающийся в медицинской помощи. В то же время мониторинг в динамике показывает, что если рост средней стоимости пролеченного случая в дневном стационаре за 3 года наблюдается почти в 2 раза, то средняя стоимость услуг СЗТ при больнице увеличилась только на 26,3% .[1,3]

В структуре нозологий, пролеченных в рамках СЗП, в динамике за 3 года отмечается рост количества пролеченных случаев у взрослых по следующим нозологиям: заболевания системы кровообращения на 37%, заболевания органов дыхания на 15% по сравнению с 2010 годом. Дети более часто получают лечение в дневном стационаре при заболеваниях органов дыхания и болезнях нервной системы. [3]

При расчете потребности услуг СЗП надо признать, что часть коечного фонда у нас оказывает социальную помощь или получают реабилитационное лечение. [1]

При анализе эффективности работы дневного стационара выделяют медицинский, социальный и экономический эффекты.

Медицинский эффект деятельности дневного стационара определяется достижением конечного результата, согласно протоколу обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических (стационарных) условиях: выздоровлением, улучшением, стабилизацией показателей, уменьшением явлений декомпенсации, снижением числа жалоб и т. д.[5]

Расчеты экономической эффективности основываются при этом на сравнении стоимости койко-дня в обычном круглосуточном стационаре и дневном стационаре и последующем расчете финансовых средств на пролеченных в дневном стационаре и на этих же больных, если бы им была оказана помощь в обычном круглосуточном стационаре. [6,9]

Социальный эффект подразумевает под собой обеспечение возможности получения квалифицированной помощи по месту жительства без госпитализации и улучшение в связи с этим качества жизни пациентов; повышение доступности медицинской помощи и соответственно удовлетворенности пациентов; снижение социальной напряженности за счет создания дополнительных мест лечения; обеспечение прав пациента на своевременную бесплатную помощь[7,8,9].

Снижение продолжительности трудопотери у пациентов и более быстрое возвращение к их прежней трудовой деятельности.[10]

Повышение эффективности системы здравоохранения, достижение соответствия между объемом и качеством медицинских услуг осуществляется на основе интенсификации, использования научно-технических достижений и внедрения инновационных технологий.

При правильной организации работы стационарозамещающих технологий, достигается полноценный медицинский и социальный эффект.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. – № 2. - 2010. – С. 123-124.
2 А.Т.Толеу. История развития дневных стационаров // Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. – № 1. - 2011. – С. 112-115.
3 Анализ оказания стационарозамещающих услуг в условиях Единой национальной системы здравоохранения. Д.М. Макашев, А.К. Тумарбаева, А.Б. Сакенов, А.К. Макенбаева, З.И. Керуенова. РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК.
4 Щепин О.П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. / О.П.Щепин, Е.П.Какорина, В.О.Флек. - М.: МЦФЭР, 2006. - 408 с.
5 Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. … канд. мед.наук: 14.02.03 // А.В. Волнухин. – М.: 2010. – 30 с.
6 Мовчан К.А. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инструкция по применению / К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В. Плиш. – Минск: 2003. –С. 28-35.
7 Плиш А.В., Глушанко В.С. Новая информационная модель исследования и анализа эффективности стационарозамещающих технологий на примере дневных стационаров // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2004. – №3. – С. 96-102.
8 СумановаШ.Б.и. др.: Дневной стационар поликлиники // Здравоохранение Казахстана. 1992. - № 1. - С. 5-7.
9 Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях утв. Минздравом России от 17.11.2000 N 2000/166.
10 Шипова В. М., Горбунков В. Я. //Медико-экономическая оценка стационарзамещающих технологий. - 2003. – С. 40-67.

Л.С. ЕРМУХАНОВА, Д.Н. КАТАШЕВА

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ КЕЗІНДЕ СТАЦИОНАРДЫ АЛМАСТЫРУШЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУДЫ ДАМЫТУ

Түйін: Медициналық қызмет көрсету кезінде стационарды алмастырушы технологияларды – күндізгі стационар, үйдегі стационар қызметтерін дамыту және оның алғышарттарын қарастыру бүгінгі медицина дамуының маңызды бағыты болып табылады.
Түйінді сөздер: күндізгі стационар, үйдегі стационар, стационарды технологияларды.

L.S. ERMUHANOVA, D.N. KATASHEVA

DEVELOPMENT OF HOSPITAL TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE

Resume: Nowadays big changes are happening in health care system. First medical help is developing; especially day hospitals are using health care more often. There are day hospitals, home care hospitals. An article is about advantages of day hospitals technologies.
Keywords: day hospitals, hospital tehnologies, home care hospitals.

УДК:614.212:616-051(470+571)

Е.А. ЖАРМУХАМБЕТОВ
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН Г. АЛМАТЫ
ЦЕНТРАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАЗАХСТАНА ГОСУДАРСТВЕННОГО УРОВНЯ УПРАВЛЕНИЯ

Современная характеристика кадровых ресурсов травматолого-ортопедической службы Казахстана определяется особенностями абсолютных и относительных показателей обеспеченности, в разрезе регионов и уровнем наличия квалификационной категории, а также показателями занятости и совместительства.
Ключевые слова: *травматологи, ортопеды, показатели обеспеченности, служба, кадры.*

В стратегии развития «Республики Казахстан – 2030» долгосрочными приоритетами определены «сохранение здоровья и обеспечение благополучия граждан с предоставлением качественной медицинской помощи, профилактика и снижение травматизма». В последние годы особую обеспокоенность вызывает рост травматизма со смертельным исходом, с переходом на инвалидность и с продолжительным периодом временной утраты трудоспособности.

В Казахстане в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности, несчастные случаи, травмы и отравления в течение последних пяти лет стабильно занимают третье место [1]. В 2013 году общая заболеваемость, связанная с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин, составила 3575,3 на 100 тысяч человек населения. При этом, число травм от механических повреждений составили 3202,9 на 100 тысяч человек населения. Причем, на долю детей (0-14 лет) в общей структуре травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин, зарегистрированных в 2013 году, приходится 23,0%, травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин у подростков (15-17 лет) составили 7,4% и у взрослых (18 лет и старше) – 69,6%.

Особую актуальность в настоящее время приобретает дорожно-транспортный травматизм в Казахстане. По итогам 2013 года отмечается рост показателя смертности от дорожно-транспортных травм до 18,98 на 100 тысяч человек населения по сравнению с 2012 годом (18,44 на 100 тысяч человек населения). Наибольшее число погибших приходится на возраст 18-29 лет (30,0%).

Оказание специализированной помощи больным с травмами опорно-двигательного аппарата в Республике Казахстан обеспечивается 1012 травматологами-ортопедами (2013 год), таблица 1. За десятилетний период (2004-2013 годы) обеспеченность населения травматологами-ортопедами сохраняется на уровне 0,5-0,6 на 10 тысяч человек населения [2,3]. При этом, в целом абсолютное число специалистов данного профиля в 2013 году выше на 27,9% по сравнению с 2004 годом. За анализируемый десятилетний период (2004-2013 годы) сохраняется тенденция прироста травматологов-ортопедов.

Таблица 1 – Обеспеченность населения Республики Казахстан травматологами-ортопедами

Годы	Обеспеченность населения травматологами-ортопедами	
	Абсолютное число врачей травматологов-ортопедов	На 10 тысяч человек населения
2004	730	0,5
2005	758	0,5
2006	785	0,5
2007	777	0,5
2008	755	0,5
2009	843	0,5
2010	972	0,6
2011	936	0,6
2012	941	0,6
2013	1012	0,6

Исследование характеристики кадрового потенциала травматолого-ортопедической службы в Казахстане показывает ежегодный прирост числа специалистов, как в целом, так и в разрезе городской и сельской местности, таблица 2. Отмечается дефицит специалистов в сельской местности. Так, в 2005 году в сельских лечебно-профилактических учреждениях работало 4,0% от общего числа травматологов-ортопедов, в 2013 году – 8,6%.

Анализ наличия квалифицированных специалистов с категориями свидетельствует о увеличении в 1,5 раза в 2013 году специалистов (571 человек) с наличием высшей, первой и второй категории по сравнению 2005 годом (372 человека). Тем не менее, у городских специалистов степень категорийности (высшей, первой и второй) значительно выше, чем у сельских. В 2005 году категории имели 363 городских и 9 сельских специалистов, в 2013 году, соответственно, 534 и 37, что отражает более высокий профессиональный уровень травматологов-ортопедов, работающих в городских медицинских организациях по сравнению со специалистами сельского здравоохранения. В то же время, в целом, наибольшую долю занимают специалисты с высшей категорией, затем с первой и со второй.

Таблица 2 – Характеристика кадрового потенциала травматолого-ортопедической службы в Республике Казахстан

Годы	Всего травма-тологов-орто-педов	Коли-чество врачей в городс-кой мест-ности	Коли-чество врачей в сельс-кой мест-ности	Из общего числа врачей имеют квалификационные категории					
				высокую		первую		вторую	
				город	село	город	село	город	село
2005	758	728	30	160	2	121	6	82	1
2006	785	745	40	147	3	114	5	65	6
2007	777	731	46	127	3	154	10	60	3

2008	755	701	54	130	4	179	19	43	4
2009	843	671	72	146	4	208	12	42	4
2010	861	760	101	162	9	197	26	42	3
2011	936	844	92	193	8	214	24	45	3
2012	941	851	90	217	8	207	22	76	6
2013	1012	925	87	227	9	200	19	107	9

В 2005 году такое распределение городских и сельских специалистов, выходило следующим образом: высшая – 43,6%; первая – 34,1% и вторая – 22,3%; соответственно, в 2013 году – 41,3%; 38,4% и 20,3%.

Различия в обеспеченности городских и сельских жителей врачами травматологами-ортопедами отражают крайне низкую обеспеченность специалистами данного профиля на уровне сельского здравоохранения (таблица 3,4), что негативно влияет на своевременность и качество оказания травматологической помощи.

Таблица 3 – Обеспеченность городского населения Республики Казахстан врачами травматологами-ортопедами

Наименование областей	2004 год		2013 год	
	Абсолютные числа	На 10 тысяч человек населения	Абсолютные числа	На 10 тысяч человек населения
Акмолинская	20	0,6	27	0,8
Актюбинская	28	0,8	40	0,8
Алматинская	32	0,7	23	0,5
Атырауская	13	0,5	18	0,7
Восточно-Казахстанская	87	1,0	89	1,1
Жамбылская	40	0,9	46	1,1
Западно-Казахстанская	12	0,5	18	0,6
Карагандинская	77	0,7	91	0,9
Кызылординская	19	0,5	17	1,3
Костанайская	32	0,6	33	0,7
Мангыстауская	17	0,6	23	0,8
Павлодарская	48	1,0	60	1,2
Северо-Казахстанская	18	0,7	24	1,0
Южно-Казахстанская	71	0,8	99	0,9
г.Астана	77	1,5	156	2,0
г.Алматы	82	0,7	161	1,1
Республиканские организации	28	0,00	-	-
Республика Казахстан	701	0,8	925	0,6

Примечание: включены врачи, работающие в частных структурах.

Таблица 4 – Обеспеченность сельского населения Республики Казахстан врачами травматологами-ортопедами

Наименование областей	2004 год		2013 год	
	Абсолютные числа	На 10 тысяч человек населения	Абсолютные числа	На 10 тысяч человек населения
Акмолинская	3	0,1	1	0,0
Актюбинская	0	0,0	0	0,0
Алматинская	3	0,0	30	0,0
Атырауская	1	0,1	3	0,1
Восточно-Казахстанская	2	0,0	1	0,0
Жамбылская	5	0,1	7	0,1
Западно-Казахстанская	1	0,0	2	0,1
Карагандинская	1	0,1	2	0,1
Кызылординская	0	0,0	6	0,2
Костанайская	0	0,0	5	0,1
Мангыстауская	0	0,0	2	0,1
Павлодарская	0	0,0	4	0,2
Северо-Казахстанская	0	0,0	1	0,0
Южно-Казахстанская	13	0,1	23	0,0
Республика Казахстан	29	0,0	87	0,0

Примечание: включены врачи, работающие в частных структурах.

Следует отметить, что на селе проживает 45,0% всего населения республики (2013 год). И, если в динамике абсолютное количество травматологов-ортопедов в 2013 году при сопоставлении с 2004 годом увеличилось на 24,2%, то на селе – на 11,1%.

В динамике показатель обеспеченности городского населения травматологами-ортопедами в среднем по республике в 2004 году составил 0,8 на 10 тысяч человек населения, а в 2013 году – 0,6 на аналогичную численность населения. Тем не менее следует отметить, что за десятилетний период (2004-2013) абсолютная численность травматологов-ортопедов в г.Астане увеличилась в 2,0 раза (с 77 до 156 человек и в г.Алматы в 1,97 раза с 82 до 161 человек), и в целом по республике – в 1,3 раз (с 701 до 925 человек), таблица 3.

Параллельно следует обратить внимание на сокращение числа травматологов-ортопедов в городской местности с 32 до 23 человек в течение анализируемого периода (2004-203

годы), при этом обеспеченность городского населения травматологами-ортопедами в Алматинской области в 2013 году была ниже среднереспубликанского показателя и составила 0,5 на 10 тысяч человек населения (таблица 3).

Несмотря на тот факт, что в течение 2004-2013 годов абсолютное число травматологов-ортопедов в сельской местности увеличилось в 3,0 раза (с 29 до 87 человек), прослеживается значительный дефицит специалистов данного профиля во всех областях республики (таблица 4), и данный факт, несомненно отражается на своевременности и качестве оказания медицинской помощи (таблица 4).

Исследование числа должностей детских травматологов-ортопедов, укомплектованность и коэффициент совместительства в 2013 году позволяет установить следующее: по республике детские травматологи-ортопеды ссоответствии со штатным расписанием (271,5 штатных должностей) занимают 249,25 должности (таблица 5), в том числе, на амбулаторном приеме: 116,75 (по штатному расписанию) занимают 104,0 должности. Число физических лиц на занятых должностях по организациям, в целом, составляет 161 человек, из них в поликлинике – 54. При этом, укомплектованность детскими травматологами-ортопедами по республике составляет 91,8% с коэффициентом совместительства – 1,55, то есть, детские специалисты данного профиля занимают 1,5 ставки.

Относительно занятости взрослых травматологов-ортопедов на штатных должностях, следует отметить следующее:

Таблица 5 – Штатные должности детских травматологов-ортопедов в Республике Казахстан в 2013 году

Наименование областей	Число должностей (всего)		В том числе, в поликлинике (амбул.)		Число физических лиц на занятых должностях		Укомп-лектова-нность	Коэффи-циент совмес-тительства
	Штатные	Занятые	Штатные	Занятые	Штатные	Занятые		
Акмолинская	7,75	6,5	1,0	0,5	4	-	83,9	1,63
Актюбинская	11,5	11,5	0,5	0,5	6	-	100,0	1,92
Алматинская	18,5	18,5	13,25	13,25	16	5	100,0	1,16
Атырауская	13,25	13,25	-	-	6	-	100,0	2,21
Восточно-Казахстанская	27,0	26,0	18,0	17,5	13	8	96,3	2,0
Жамбылская	25,0	25,0	14,25	14,25	15	9	100,0	1,67
Западно-Казахстанская	3,5	2,25	0,75	0,75	3	1	64,3	0,75
Карагандинская	5,5	5,0	2,5	2,0	4	1	90,9	1,25
Кызылординская	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	100,0	0
Костанайская	11,5	10,5	9,75	8,75	7	5	91,3	1,5
Мангыстауская	9,0	4,25	1,0	-	2	-	47,2	2,13
Павлодарская	19,25	19,25	5,75	5,75	11	1	100,0	1,75
Северо-Казахстанская	5,25	5,25	1,75	1,75	4	1	100,0	1,31
Южно-Казахстанская	32,5	31,75	113,5	13,5	26	12	97,7	1,22
г.Астана	46,25	36,50	26,25	19,0	22	9	78,9	1,66
г.Алматы	35,25	33,25	8,0	6,0	22	2	94,3	1,51
Республика Казахстан	271,5	249,25	116,75	104,0	161	54	91,8	1,55

число должностей по республике составило – 1002,5 занятых должностей – 950,5, в том числе, в поликлинике на 391,75 штатные должности приходятся – 353,75. Число физических лиц на занятых должностях по организациям составило 672 человека, из них в поликлинике – 235 человек. Укомплектованность составило 94,8%, коэффициент совместительства 1,41 (таблица 6).

Необходимость в пересмотре штатного расписания в отношении детских травматологов-ортопедов по Кызылординской области обоснована тем фактом, что при численности детского населения – 132 869 человек (0-14 лет) наличие специалиста при 0,5 ставки по штатному расписанию является крайне низким показателем (таблица 5).

Таблица 6 – Штатные должности взрослых травматологов-ортопедов в Республике Казахстан в 2013 году

Наименование областей	Число должностей (всего)		В том числе, в поликли-нике (амбул.)		Число физи-ческих лиц на занятых должностях		Укомп-лектова-нность	Коэффи-циентсовмес-тительства
	Штатные	Занятые	Штатные	Занятые	Штатные	Занятые		
Акмолинская	33,50	30,50	14,75	13,75	20	8	91,0	1,53
Актюбинская	35,25	33,0	15,25	12,5	25	7	93,6	1,32
Алматинская	70,0	70,0	55,0	55,0	44	25	100,0	1,59
Атырауская	22,75	22,25	12,75	12,25	15	8	97,8	1,48
Восточно-Казахстанская	90,75	85,75	26,5	25,5	54	17	94,5	1,59
Жамбылская	48,75	46,75	25,25	20,75	40	16	95,9	1,17
Западно-Казахстанская	26,25	21,0	8,0	8,0	16	6	80,0	1,31
Карагандинская	115,0	114,25	44,5	44,5	62	18	99,3	1,84
Кызылординская	26,0	24,0	19,5	17,5	23	17	92,3	1,04
Костанайская	63,0	59,0	18,75	15,25	32	10	93,7	1,84
Мангыстауская	24,0	21,0	10,5	7,5	15	5	87,5	1,4
Павлодарская	60,25	59,25	17,0	16,0	46	10	98,3	1,29
Северо-	33,25	32,75	11,0	10,5	21	5	98,5	1,56

Казахстанская								
Южно-Казахстанская	95,75	91,25	64,0	56,75	91	56	95,3	1,0
г.Астана	140,5	126,25	21,25	18,25	74	10	89,9	1,71
г.Алматы	117,5	113,5	27,75	19,75	94	17	96,6	1,21
Республика Казахстан	1002,5	950,5	391,75	353,75	672	235	94,8	1,41

Таким образом, исследование кадровых ресурсов травматолого-ортопедической службы Республики Казахстан государственного уровня управления, позволило установить динамику и характер кадрового потенциала, специфику количества и обеспеченности травматологами-ортопедами относительно городской и сельской местности. Анализ квалификационной категорийности установил более высокий процент числа специалистов с категориями в городской местности по сравнению с сельской. Имеет место низкая обеспеченность, как взрослыми, так и детскими травматологами-ортопедами в ряде регионов республики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Основные показатели травматолого-ортопедической помощи населению Республики Казахстан в 2013 году. Специальный выпуск статистического сборника к 2 съезду травматологов-ортопедов Казахстана. Статистический сборник. /Состав: Бермагамбетова Ч.Н., Джаксыбекова Ч.К., Сембинова А.С. – Астана: ДАМЕ, 2014. – 56 с.
2 Здоровья населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году. Статистический справочник – Астана – Алматы: 2005. – 238 с.
3 Здоровья населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году. Статистический справочник. – Астана – Алматы: 2014. – 300 с.

Е.А. ЖАРМҰХАМБЕТОВ
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ, АЛМАТЫ Қ.
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ
ОРТАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ

ҚАЗАҚСТАН БАСҚАРУЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК ДЕҢГЕЙДЕГІ ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ-ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ КАДРЛЫҚ РЕСУРСТАРЫ

Түйін: Қазақстанның травматологиялық-ортопедиялық қызметінің заманауи сипаттамасы өңірлер тұрғысынан абсолюттік және салыстырмалы қамтамасыздық көрсеткіштерінің ерекшеліктерімен және біліктілік санатының бар болу деңгейімен, сондай-ақ жұмыспен қамтылу және қосымша жұмыс істеу көрсеткіштерімен анықталады. «Қазақстан-2030» даму стратегиясында ұзақ мерзімді басымдық ретінде «сапалы медициналық көмек көрсете отырып азаматтардың денсаулығын сақтау және саулығын қамтамасыз ету, жарақаттанудың алдын алу және төмендету» анықталған. Соңғы жылдары жарақаттанушылықтың өлімге соқтыруының, мүгедектікке әкелуінің және уақытша еңбекке жарамсыздықтың ұзаққа созылуының артуы айтарлықтай алаңдаушылық тудырып отыр.
Қазақстанда аурушаңдықтың, уақытша еңбекке жарамсыздықтың және өлім-жітімділіктің, жазатайым оқиғалардың, жарақаттың және уланудың құрылымында соңғы бес жыл ішінде үшінші орынды тұрақты алып отыр [1]. 2013 жылы жарақаттарға, улануларға және сыртқы себептердің әсерлерлерінің кейбір басқа нәтижелеріне байланысты жалпы ауру-сырқаулық 100 мың адамнан тұратын тұрғынға 3575,3-ті құраған болатын. Сонымен қатар, механикалық зақымдардан туған жарақаттардың саны 100 мың адам тұрғынға 3202,9-ды құраған. Ал, жарақаттардың, уланулардың және 2013 жылы тіркелген сыртқы себептердің әсерлерлерінің кейбір басқа нәтижелерінің құрылымында балалардың (0-14 жас) үлесіне 23,0% түсіп отыр, жасөспірімдер (15-17 жас) арасындағы жарақаттар, уланулар және сыртқы себептердің әсерлерлерінің кейбір басқа нәтижелері 7,4% құраған және ересектерде (18 жас және жоғары) – 69,6% болды.
Қазіргі уақытта Қазақстандағы жол-көлік жарақаттары ерекше өзектілікке ие болып отыр. 2013 жылдың қорытындысы бойынша, жол-көлік жарақаттарынан болған өлім-жітім көрсеткіші 2012 жылмен салыстырғанда (100 мың адам тұрғынға 18,44) 100 мың адам тұрғынға 18,98 дейін артқаны байқалады. Қайтыс болғандар санының басымы 18-29 жас аралығындағылар (30,0%).
Түйінді сөздер: травматологтар, ортопедтер, қамтамасыздық көрсеткіштері, қызмет, кадрлар.

E.A.ZHARMUHAMBETOV
Central Hospital
Office of the President of the Republic of Kazakhstan

HUMAN RESOURCES OF TRAUMATOLOGICAL AND ORTHOPEDIC SERVICES OF KAZAKHSTAN

Resume: Modern characteristic of human resources and orthopedic trauma service of Kazakhstan is determined by the peculiarities of absolute and relative security, by region and level of qualification categories, as well as indicators of employment and moonlighting.
"Kazakhstan - 2030" Strategy identified long-term priorities as "maintaining the health and welfare of the citizens with the provision of quality health care, prevention and reduction of injuries." In recent years, particular concern is the growth of injury deaths, with the transition to disability and with a prolonged period of temporary disability.
In Kazakhstan, in the structure of morbidity and mortality of temporary disability, accidents, injuries and poisoning in the last five years consistently ranked third [1]. In 2013, the overall incidence of associated injuries, poisoning and certain other consequences of external causes was 3575.3 per 100 thousand population. At the same time, the number of injuries from mechanical damage amounted to 3202.9 per 100 thousand population. Moreover, the share of children (0-14 years) in the total injuries, poisoning and certain other consequences of external causes, registered in 2013, accounts for 23.0%, injuries, poisoning and certain other consequences of external causes among adolescents (15- 17 years) accounted for 7.4% of adults (18 years and older) - 69.6%.
Particular relevance is currently acquiring road traffic injuries in Kazakhstan. The greatest number of deaths occurred in the age of 18-29 years (30.0%).
Provision of specialized care to patients with injuries of the musculoskeletal system in the Republic of Kazakhstan is provided by orthopedic traumatology 1012 (2013), Table 1. For the ten-year period (2004-2013) general availability in orthopedic traumatology is maintained at 0.5-0.6 10 thousand population [2,3]. Thus, in general the absolute number of such specialists in 2013, up 27.9% compared with 2004. During the analyzed period of ten years (2004-2013 years), the trend growth of Orthopaedic Trauma.
Keywords: traumatology, orthopedics, performance security, service personnel.

УДК 614.8-053.2(470.23).

Е.А. ЖАРМУХАМБЕТОВ
Центральная Клиническая Больница Медицинского Центра Управления делами Президента Республика Казахстан, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

Внедрение методов высокотехнологичных видов ортопедического и травматологического лечения в Республике Казахстан способствует повышению качества жизни пациента и эффективности лечения, оптимизирует систему организации травматолого-ортопедической помощи и позволяет достичь снижение показателей инвалидности и смертности населения страны вследствие травм.
Ключевые слова: *травматоло- ортопедическая помощь, травматизм, технологии, высокоспециализированная медицинская помощь.*

Введение. Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности не только в Казахстане, но и во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (2007 г.) в мире ежегодно от травм и насилия погибает более пяти миллионов человек и еще многие миллионы людей получают телесные повреждения. На каждый случай смерти приходится 30 госпитализаций, 300 обращений в отделение неотложной помощи и тысячи обращений за помощью к врачам общего профиля.

Эпидемиологическая ситуация с травматизмом в Республике Казахстан является также достаточно напряженной. Ежегодно в республике регистрируется более 600 тысяч случаев травм и отравлений. В структуре основных причин смертности и инвалидности несчастные случаи, травмы и отравления в течение последних 5 лет стабильно занимают 3 место. В половозрастной структуре погибших более 80% составляют лица трудоспособного возраста, из них мужчин в 4 раза больше, чем женщин [1].

Государственной программой «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы одним из приоритетных направлений развития здравоохранения Республики Казахстан определено «совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм» и «снижение дорожно-транспортного травматизма и смертности от него» [2].

Целью данного исследования явился анализ внедрения новых современных технологий высокоспециализированной медицинской помощи по травматологии и ортопедии, в целом, по республике.

Материалы и методы. В работе использованы материалы официальной статистики, отчетная документация лечебно-профилактических учреждений травматолого-ортопедического профиля.

Объектом исследования служила система организации травматологической помощи в Казахстане. За единицу наблюдения были приняты оперативное вмешательство по поводу проведения одного из следующих технологий высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП): эндопротезирования тазобедренного сустава, эндопротезирования коленного сустава, блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС), и артроскопических операций.

Анализ ВСМП проведен в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в Казахстане в 2011-2013 годах. В работе применялись следующие методы исследования: статистический, аналитический, информационный.

Результаты. Хирургическая работа стационаров травматологического и ортопедического профиля республики характеризуется следующими показателями: в 2013 году по сравнению с 2011 годом число проведенных операций на костно-мышечной системе увеличилось на 8,2% (с 66256 до 72175), из них число проведенных операций (взрослым и детям) на костях на 7,6% (45391 до 49122) и на суставах на 18,4% (с 10375 до 12717). При этом,

процент послеоперационных осложнений снизился за анализируемые годы в целом с 0,3% до 0,1%; при операциях на костях: с 0,2% до 0,1%; при операциях на суставах остался на уровне - 0,1%.

Наибольшая доля общего числа ВСМП в 2013 году приходится на БИОС (44,3%). Удельный вес проведенных операций по эндопротезированию тазобедренного сустава составляет 24,7%; эндопротезирование коленного сустава – 10,8% и артроскопические операции – 20,3%.

Следует отметить, что за трехлетний период (2011-2013 годы) общее число оперативных вмешательств по технологиям профиля «травматология и ортопедия» в рамках ВСМП увеличилось на 52,8% (с 6288 до 1337). В том числе, число оперативных вмешательств по поводу эндопротезирования коленного сустава на 64,3% (517 до 1447), БИОС на 77,9% (с 960 до 4342) и артроскопические операции на 59,9% (с 1087 до 2710).

Технологии ВСМП по профилю «травматология и ортопедия» выполняются в специализированных клиниках, оснащенных необходимым оборудованием и подготовленными кадрами, что в целом, обуславливает оптимизацию стационарного коечного фонда целенаправленно проводить на основе внедрения новых современных технологий.

Выводы:

1. Травматизм и заболевания костно-мышечной системы представляют собой важную социально-гигиеническую проблему, обусловленную высокими показателями временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности.
2. Динамика показателей хирургической работы стационаров республики по травматологии и ортопедии отражает увеличение числа проведенных операций на суставах в 2013 году по сравнению с 2011 годом на 18,4%.
3. Максимальный прирост в 2013 году по сравнению с 2011 годом наблюдается при оперативных вмешательствах, проведенных по поводу БИОС (на 77,9%), протезирования коленного сустава (на 64,3%).
4. Наибольшее число оперативных вмешательств в рамках ГОБМП в числе ВСМП в 2013 году занимает блокируемый интрамедуллярный остеосинтез – БИОС (44,3%), на долю эндопротезирования тазобердренного сустава приходится 24,7%; эндопротезирования коленного сустава – 10,8% и артроскопические операции – 20,3%.
5. Перспективным направлением совершенствования травматолого-ортопедической помощи является развитие и внедрение высокотехнологичных методов диагностики, лечения и реабилитации, что наряду с оснащением необходимым медицинским оборудованием, требует обеспечения высококвалифицированными медицинскими кадрами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Основные показатели травматолого-ортопедической помощи населению Республики Казахстан в 2013 году. Статистический сборник. – Астана: 2014. – 55 с.
2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Е.А. ЖАРМҰХАМБЕТОВ
Қазақстан Республикасы, Алматы қаласы
Қазақстан Республикасы Президенті іс басқармасының орталық клиникалық ауруханасы

ХАЛЫҚҚА ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ-ОРТОПЕДИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ЖОҒАРЫ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРЛЕРІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Қазақстан Республикасындағы ортопедиялық және травматологиялық емдеудің жоғары технологиялық түрлерінің әдістерін енгізу емделуші өмірінің сапасын және емдеу тиімділігін жоғарылатады, травматологиялық-ортопедиялық қызмет көрсетуді ұйымдастыру жүйесін оңтайландырады және халықтың жарақат алу салдарынан мүгедектіктің, өлім көрсеткіштерін төмендетуге септігін тигізеді.

E.A. ZHARMUHAMBETOV
Central clinical hospital of administration board of the President of the Republic of Kazakhstan

ORGANIZATION OF HIGH-TECH TRAUMA AND ORTHOPEDIC CARE TO THE POPULATION

Resume: Adoptiontypes of high-tech methods of orthopedic and trauma treatment in the Republic of Kazakhstan, which contributes to the increasing of quality of life of the patient and efficiency of treatment, optimize the system of organization of trauma and orthopedic treatment and allows for reduction of disability and death of the population due to injuries.

ЮБИЛЕЙНАЯ ЭСТАФЕТА

75 - ЛЕТ ПРОФЕССОРУ Э.А. АПСАТАРОВУ

В ряду выдающихся деятелей медицины Казахстана выделяется имя хирурга, профессора Апсатарова Эдиль Айдархановича. Он родился 2.06.1939 года в городе Ташкенте, в студенческой медицинской семье. Отец – Айдархан Апсатарович, заслуженный врач КазССР, был крупным организатором здравоохранения, в течение 8 лет возглавлял Алма-Атинский городской отдел здравоохранения, в 1964 г. организовал Алма-Атинский институт усовершенствования врачей и 16 лет был его ректором.

По окончании школы в 1956 году Э.А. Апсатаров поступил на лечебный факультет Казахского Государственого института, который закончил в 1962 году. В том же году поступил в клиническую ординатуру, а затем по конкурсу - в аспирантуру на кафедру факультетской хирургии Алма-Атинского медицинского института, которую возглавлял заслуженный деятель науки профессор А.Б. Райз. Под его руководством Э.А. Апсатаров в 1966 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Пластика брюшной аорты комбинированным протезом в эксперименте».

В 1966 года по конкурсу был избран ассистентом кафедры хирургии института усовершенствования врачей, затем доцентом этой же кафедры с 1968 года. Э.А. Апсатаров в 1969 году зачислен в докторантуру Института сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева, где под руководством академика РАМН СССР А.В. Покровского и академика РАН и РАМН СССР В.С. Савельева в 1972 году защитил докторскую диссертацию на тему «Реконструктивно- пластические операции на магистральных венах в условиях ускоренного кровотока» (экспримментально-клинические исследования).

В том же году избран по конкурсу заведующим кафедрой хирургии Алма-Атинского Института усовершенствования врачей, которой заведовал до 1986 года, в 1977 году получил звание профессора. С 1975г. по 1986г. работал проректором АГИУВ по лечебно-клинической работе.

Он один из основоположников сосудистой хирургии в Казахстане. Им организовано первое в Республике сосудистое отделение на базе ЦГКБ, где он внедрил 25 восстановительных и реконструктивных сосудистых операции при синдроме Лериша, реноваскулярной гипертензии, аневризмах аорты. Выполнил 150 протезирований абдоминальной аорты при ее осложненных аневризмах.

Профессор Э.А. Апсатаров в 1986 года был назначен проректором по учебно-воспитательной работе Алматинского Государственного медицинского института и одновременно заведовал кафедрой госпитальной хирургии до 2003 г. На кафедре госпитальной хирургии с его приходом в клинике расширился диапазон оперативных методов лечения: реконструктивно- восстановительные операции на магистральных, артериальных и венозных сосудах, внепеченочных желчных путях, панкреатодуоденальные резекции, гемигепатэктомии, внедрена современная технология - эндовидеоскопические операции при остром холецистите, спаечно-кишечной непроходимости, грыжах, кистах яичника, аппендиците, воспалительных заболеваниях органов малого таза. Углубленно изучается проблема нарушений гомеостаза и их коррекции у больных с портальной гипертензией (Г.Н. Андреев, А.С. Ибадильдин). Разрабатывались вопросы лечебной тактики при остром холецистите, острых эзофагогастральных кровотечений (Г.Н. Андреев, Г.И. Трипольская ,А.С. Ибадильдин). Шагом вперед явились работы по лечению гнойно-воспалительных заболеваний посредством ультразвуковой кавитации. Важное значение приобрели работы по изучению влияния атомарного кислорода на гнойную инфекцию, и в лечении резистентного асцита при портальной гипертензии. Создан

оригинальный малогабаритный озонатор. На базе торакального отделения с 1981-1995 г.г. функционировал Республиканский центр портальной гипертензии, а в 1996 г. по инициативе Э.А. Апсатарова был создан городской центр лапароскопических операций.

В 2006-2012 гг. он возглавлял кафедру хирургии Казахстанского медицинского института.

Профессор Э.А. Апсатаров - автор двух учебников по хирургии, 350 печатных работ по различным вопросам хирургии, 5 монографии – «Пластика магистральных вен», «Аневризмы брюшной аорты», «Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии», и другие которые являются настольной книгой хирургов. Под его руководством защищено 9 докторских и 32 кандидатских диссертации.

Вся жизнь Э. А. Апсатарова отдана хирургии. Почти пятьдесят лет он посвятил подготовке хирургических кадров Республики Казахстан, передавая своим ученикам богатейший практический опыт поливалентного хирурга. В настоящее время Эдиль Айдарханович продолжает активно работать на ниве неотложной хирургии, хирургии брюшной полости, сосудистой хирургии.

Он член Нью–Йорской Ассоциации хирургов, Ассоциации хирургов стран СНГ, редколлегии журналов «Хирургия им. Н.И. Пирогова», Анналы хирургической гепатологии. Профессор Э.А. Апсатаров принимал участие в работе и выступал с докладами на международных конгрессах, конференциях и съездах в СССР, Токио, Маниле, Сиднее, Гамбурге, Стамбуле, Париже, Москве, Киеве, Минске, Ташкенте.

Круг знакомств Эдиля Айдархановича обширен - это талантливые композиторы, режиссеры, певцы, актеры, с которыми он общается не только на концертах, театрах, но и в непринужденной домашней обстановке. Он всегда остается верен друзьям юности и студенческой дружбе. На все ему хватает времени – и, на труд, на общение, никогда и никому он не отказывает в профессиональной помощи. За многолетний труд в хирургии Эдиль Айдархановичу, присвоено звание «Заслуженный врач РК», вручен «Золотой скальпель»

Э. А. Апсатаров - истинный патриот Родины, он всегда радуется успехам нашего общества, восхищается достижениями Отечественной науки.

Профессор Э.А. Апсатаров встречает свой славный юбилей у операционного стола, полный сил и творческой энергии. Он признан и любим коллегами по цеху, учениками и последователями.

Дорогой Эдиль Айдарханович! Желаем Вам здоровья, счастья и долгих лет жизни для служения на благо Отечественной хирургии!

Зав. каф. «Хирургические болезни№2»
д.м.н, прфессор А.С. Ибадильдин

К 95-ЛЕТИЮ – ПРОФЕССОРА, Д.М.Н.
ДЕНЯГИНОЙ ТАТЬЯНЫ ПАВЛОВНЫ

Денягина Татьяна Павловна родилась 13 марта 1919 года в г. Верном (ныне Алматы) в семье служащих. Отец - Павел Артемьевич 1886 года рождения, окончил юридический факультет Томского университета, юрист, работал в столице Казахстана, Кзыл-орде, городах Узбекистана, и Алма-Ате. Мать – Варвара Ивановна 1889 года рождения, воспитывала троих детей. С 1926 года семья постоянно жила в г. Алма-Ате. Татьяна Павловна закончила школу в 1937 году и поступила в Каз ГУ на химический факультет, но через год перевелась на второй курс педиатрического факультета АГМИ. Училась она легко, помнила и часто вспоминала с благодарностью свох педагогов. После окончания Казахского медицинского государственного института в 1942 году была призвана в ряды Воруженных сил и начала службу в должности хирурга-ординатора полевого передвижного госпиталя первой линии 59 Армии на Волховском фронте. Она рассказывала, что работа в полевом госпитале зависела от периодов наступления и активности боевых действий армии. Подготовка фронтовых хирургов, со слов Татьяны Павловны, была постоянной. Приезжали в госпиталь ведущие советские хирурги, главный хирург Советской Армии генерал Н.Н.Бурденко, хирурги фронтов А.А. Вишневский, Н.Н. Напалков и другие известные хирурги и терапевты. Хирурги фронтов читали лекции, проводили показательные операции, технику инфильтрационной местной анестезии, паранефральной блокады хирурги видели в исполнении самого А.А. Вишневского.

Брат ее - Виталий Павлович служил во второй Армии 1-2-3 Украинского и 1 Белорусского фронтов, принимал участие в штурме Берлина. Второй брат - Игорь Павлович служил военным представителем Московского окрруга, обеспечивал доставку танков с заводов на фронт.

К концу войны Татьяна Павловна работала старшим ординатором хирургического отделения военно-полевого госпиталя Волховского фронта, дошла до Вены, где и встретила день Победы.В декабре 1945 году Т.П. Денягина была демобилизована из Армии в звании капитана медицинской службы и вернулась в г. Алма-Ату. Муж ее –Константин Павлович Кульпин - инженер-майор танковых войск, после войны работал в комитете государственного контроля. В 1947 году у них родилась дочь.

В 1947 году Т.П. Денягина была принята на должность ассистента кафедры факультетской хирургии, руководимой профессором И.С.Баккал. В декабре переведена на кафедру факультетской хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов, которой руководил профессор М.И. Брякин. Под его руководством в 1955 году Т.П. Денягина защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Рак пищевода и кардии по материалам клиники факультетской хирургии Казахского государственного медицинского института»

В 1967 году защитила докторскую диссертацию на тему: «Материалы к оценке некоторых методик резекции желудка с включением 12 п.к.» и на следующий год получила звание профессора.

В 1959-1985 годы Татьяна Павловна работала на кафедре госпитальной хирургии под руководством Михаила Ивановича Брякина. Дисциплина, ответственность, знания, всего этого требовали от врачей бывшие фронтовики: М.И. Брякин, Т.П. Денягина, М.Т. Маткаримов и благодаря этому кафедра добилась больших научных и практических успехов, способствуя развитию хирургии во всей республике.

Т.П. Денягина выполняла торакальные операции повышенной сложности, благодаря которым были спасены жизни тысячи больных, в том числе и туберкулезом легких. Татьяна Павловна в числе первых хирургов Казахстана стала выполнять все виды пластик пищевода, гастрэктомии и резекции желудка в различных модификациях, ваготомии с дренирующими операциями, вмешательства на печени, гепато-панкреато-дуоденальной зоне. Т.П. Денягина блестяще читала лекции по курсу факультетской и госпитальной хирургии. Неутомимая, полная оптимизма, глубоко преданная своему любимому делу Татьяна Павловна спешила на помощь больным в любое время суток. Она пользовалась неоспоримым

авторитетом и большим уважением среди коллег, практических врачей, больных. Ее ученики и многочисленные пациенты, сегодня живут и работают во всех регионах нашей республики. ..

Ее учениками были: Г.Н Андреев, С.Н. Джанбаев, Т.Г. Кукеев, М.Н. Кушекбаев, Г.И.Трипольская, А.С. Ибадильдин. За годы работы она опубликовала около 200 статей, выпустила ряд монографий, несколько учебных пособий, под ее руководством защищены кандидатские и докторские диссертации, учились десятки клинических ординаторов. Ученики Татьяны Павловны работают во всех областях не только Казахстана, но и в России, Украине, Молдавии.

В 1981 году ее учениками Г.Н.Андреевым, А.С.Ибадильдиным был создан Республиканский центр по изучению портальной гипертензии и получил свое дальнейшее развитие. Возглавил его доцент Г.Н. Андреев, куратором центра была Т.П.Денягина. На материалах этого центра были защищены 2 кандидатские (А.С. Ибадильдин, П.Э.Рюдигер), и 2 докторские диссертации (Г.Н.Андреев, А.С.Ибадильдин). В этом отделении впервые в республике выполнялись лимфовенозные, органные и сосудистые анастомозы, реинфузия асцитической жидкости, производилось замораживание асцитической жидкости с последующим ее переливанием, применение клапана Левина. (А.С.Ибадильдин). При профузных кровотечениях - операция Таннера, Топчибашева, Сигиура (Г.Н. Андреев, А.С.Ибадильдин).

Неустанный труд военного медика, доктора медицинских наук, профессора Денягиной Татьяны Павловны был отмечен государственными наградами орденами «Красной звезды», «Знак почета», медалями «За оборону Ленинграда», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне», медалью имени маршала Г.К. Жукова.

Весь жизненный путь профессора Денягиной Татьяны Павловны военно-полевого хирурга, был служением советскому народу в годы ВОВ и в мирное время. Она готовит практических врачей, активно оперирует, участвует в работе республиканских конференций, съездов хирургов Казахстана и республик Средней Азии, Всесоюзных и Международных конгрессах, где выступает с докладами по материалам клиники госпитальной хирургии. Татьяна Павловна организовала и открыла клинический отдел в АГМИ (1972г.) для координации работы клинических кафедр, контроля качества подготовки врачей интернов, клинических ординаторов и была назначена проректором АГМИ по лечебно-клинической работе.

Татьяна Павловна вместе с профессором М.И. Брякиным и сотрудниками кафедры внедрила в практическое здравоохранение различные варианты пластики пищевода после органических его сужений. Будучи поливалентным специалистом, как и все военно-полевые хирурги, она консультировала и оперировала больных с туберкулезом и нагноительными заболеваниями легких, как в институте туберкулеза, так и в клинике.

С 1985 года и до ухода на заслуженный отдых Татьяна Павловна работала профессором кафедры факультетской хирургии

Ушла из жизни Денягина Татьяна Павловна 5 мая 1997 г. Профессор Т.П. Денягина прожила яркую, интеллигентную жизнь, наполненную событиями - становление торакальной, гастроэнтерологической, гепатопанкреатобилиарной хирургии, участие в работе хирургических форумов, встреч, общения и работы с выдающимися хирургами Советского Союза академиком А.А.Вишневским, профессором Н.Н. Краковским, а в республике Казахстан, это академики А.Н. Сызганов, М.А. Алиев, К.С. Ормантаев, К.М. Маскеев, профессора К.Ч. Чуваков, Э.А. Апсатаров, Б.Д. Тлеуф.

Денягина Татьяна Павловна не только оставила яркий след в анналах хирургии Казахстана, но и создала свою хирургическую школу, ученики достойно несут знамя хирургии своего Учителя.

Зав. каф. «Хирургические болезни №2» КазНМУ
д.м.н. профессор А.С.Ибадильдин

95-ЛЕТ ВОЕННОМУ ХИРУРГУ ДОЦЕНТУ М.Т. МАТКАРИМОВУ

Мажит Тюлюбекович Маткаримов родился в 1918 году в Карагандинской области в семье крестьянина. В школьные годы он остался круглым сиротой. Отец умер в 1930 году, а мать через 4 года, в 1934 году, воспитывался у родственников. М.Т. Маткаримов в 1929 - 1933 г.г. учился в школе крестьянской молодежи, а в 1934 году закончил строительное училище. Желание стать врачом позволило в 1935 году поступить на рабфак медицинского института города Алма-Аты. В 1936 году Мажит Тюлюбекович поступил в АГМИ на лечебный факультет и закончил вуз в 1941 год. В том же, 1941, году был призван на службу в ряды Советской Армии. С 20 ноября 1941 года по 12 января 1942 году прошел курсы усовершенствования военных врачей в городе Хабаровске. В течении пяти месяцев 1942 года Мажит Тюлюбекович служил врачом артдивизиона резерва главного командования Дальневосточного Фронта в селе Бабетово Хабаровского края. В мае 1942 года по июль 1943 года служил врачом 177 отдельного пулеметного батальона 102 ударной бригады Дальневосточного Фронта в селе Ленинск Хабаровского края. С 21 июля 1943 года по 1 мая 1944 года был врачом 4 отдельного стрелкового батальона 35 стрелковой бригады 15 Армии Дальневосточного Фронта, начиная с 1944 года он участвует в боевых операциях на дальневосточном фронте против японской Армии, будучи командиром хирургического взвода отдельной медико-санитарной роты 35 стрелковой бригады 15 Армии ДВФ, а затем врачом – хирургом 261 отдельного медико-санитарного батальона 361 стрелковой дивизии 15 Армии ДВФ. Мажит Тюлюбекович с 25 мая 1946 года по март 1949 года служил ординатором - хирургом специализированного госпиталя № 3762 в городе Комсомольске на Амуре, где лечились раненые и больные с фронта. С марта 1949 по 10 сентября 1954 года Мажит Тюлебекович в звании майора был начальником хирургического отделения специализированного госпиталя №1893 МВД в городе Свердловске. Закончил служить М.Т. Маткаримов в звании подполковника медицинской службы.

Последние годы службы в г.Свердловске для М.Т. Маткаримова ознаменовались работой в клиниках Свердловского медицинского института академика А.Т. Лидского. От предложенной научной работы Мажит Тюлюбекович отказался и вернулся на родину в, сентябре 1954 году, г. Алма-Ату.

У себя на Родине он работал заведующим хирургического отделения первой городской клинической больницы, много оперировал и, на органах брюшной полости, головном мозге, штифтовал при переломах трубчатых костей. 10 января 1955 года Мажит Тюлюбекович был принят на должность ассистента кафедры госпитальной хирургии Казахского Государственного медицинского института, где работал до выхода на заслуженный отдых

В 1962 году по руководством профессора М.И. Брякина Мажит Тюлюбекович Мактаримов успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Металлический остеосинтез при закрытых переломах трубчатых костей». Вскоре был избран на должность доцента кафедры по конкурсу. Работая на кафедре у М.И. Брякина он активно оперирует, участвует в работе республиканских конференций, съездов хирургов Казахтана и СССР, Всесоюзных и международных конгрессах, выступил с докладом на 7 пленуме общества хирургов Республики Казахстан, в 1962 г. В 1971 году он выступил с программным докладом на 1 съезде травматологов-ортопедов Средней Азиии и Республики Казахстан. Имеет 45 печатных работ.

Мажит Тюлюбекович Маткаримов многие годы работал в городском отделе здравоохранения в должности главного хирурга города Алма-Аты, внес большой вклад в развитие хирургической службы столицы, с его участием была децентрализована, районирована экстренная хирургическая служба. Многие виды хирургической службы были вновь созданы - городской центр сосудистой хирургии во главе с профессором Э.А. Апсатаровым, центр нейрохирургии, травматологии, что подняло на новый качественный уровень, своевременность оказания специализированной хирургической помощи в столице Казахстана.

Боевые заслуги М.Т. Маткаримова были высоко оценены. Он награжден орденом «Красной звезды», медалями «За боевые Заслуги», «За Победу над Германией», «За Победу над Японией», «ХХ лет Победы

над Германией», «XXX лет Победы над Германией», «Пятьдесят лет Вооруженных сил СССР», «Шестьдесят лет Вооруженных сил СССР»,
«За доблестный труд» в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина, государственным знаком «Отличник здравоохранения СССР».
В1985 году Мажит Тюлюбекович ушел на заслуженный отдых, военный хирург-педагог не мог спокойно на пенсии, продолжал консультировать больных в поликлиниках города, встречаться с врачами, студентами, и учениками многих школ г. Алма-Аты, ему было что рассказать о войне и послевоенных годах становления РК. У Мажита Тюлюбекович Маткаримова дети также стали врачами, сын Геннадий – сосудистым хирургом, а дочь Наталья – рентгенологом. Внук Дмитрий окончил КазНМУ, работает хирургом в системе МЧС РК.
Ушел из жизни Мажит Тюлюбекович Маткаримов 5 мая 1995 года, не дожив нескольких дней до 50-тилетия Победы над Германией.
Вся жизнь военного медика, доцента М.Т. Маткаримова была и остается ярким примером беззаветного и бескорыстного служения Родине и своему народу.

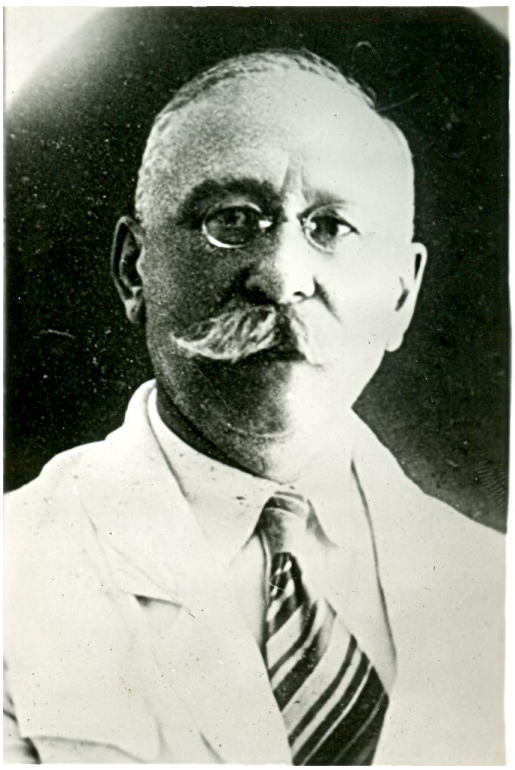
Зав. каф. «Хирургические болезни №2»
д.м.н., профессор А.С. Ибадильдин

ТРУДОВЫЕ ДИНАСТИИ - ИСТОРИЯ, ПОТЕНЦИАЛ И ПЕРСПЕКТИВА

Сохранение и приумножение трудовых династий, поддержка семейного наследования профессии, воспитание у подрастающего поколения уважения к труду является одним из факторов стабильности, сильного корпоративного духа и высокой социальной ответственности.
Трудовые династии - потенциал и перспектива Университета. На смену старым технологиям придут новые, но человеческий фактор останется, и в КазНМУ умеют дорожить этой наследственностью и преемственностью поколений. Ведь коллектив Alma Mater живёт не просто в период смены поколений, он вступает в новую эпоху развития, и всё лучшее из прошлого стремится взять с собой в будущее.

МОЯ СЕМЬЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ СО ДНЯ ЕГО ОСНОВАНИЯ

Все началось с деда – профессора Попова Николая Николаевича. Родился он 23 декабря 1884 года (по старому стилю), в семье бухгалтера казенной палаты, имевшего звание потомственного почетного гражданина города Тамбова. Трудовая деятельность началась у него рано – с 12 лет. После смерти отца, ему, как старшему из трех сыновей, пришлось помогать матери, занимаясь репетиторством. В 1912 году он окончил с отличием медицинский факультет Московского университета.



Попов Н.Н.

В период забастовочного движения в 1904-1907гг., уже будучи студентом, служил воспитателем в Тамбовском земском сиротском доме. В 1910 г. во время летних каникул работал на вспышке холеры в Воронежской губернии. В этом же году заболел тяжелейшим сепсисом (вспомним, что в те годы не было ни сульфаниламидов, ни антибиотиков), осложнившемся остеомиелитом правой голени. После многократных операций нога была ампутирована на уровне нижней трети бедра.

Попов Н.Н. после операции

Дед всю жизнь ходил на протезе, с палочкой, что не мешало ему, живя в Алма-Ате, совершать большие пешие походы в горы – на Медео, Алма-Атинское и Иссыкское озера. До войны на озера дорог не было, ходили по горным тропам. Иногда в дальние походы отправлялся на спокойном коне.

После окончания университета и до 1917 г. работал губернским санитарным врачом в Александровском уезде Екатеринославской губернии (сейчас Запорожская и Днепропетровская области); во время войны был секретарем земского комитета помощи больным, раненым и беженцам. В 1917 г. был избран городским головой города Александровска (Запорожье) и даже был членом объединенной социал-демократической партии с 1917 по 1919 г.

В 1919 г, после очередного занятия города белыми, уехал в Крым, где вначале работал санитарным врачом земского союза и заведующим госпиталями земского союза, а позднее – заместителем начальника Курортного управления Южного берега Крыма.

В конце 1921 г. он с семьей переехал в Москву, где начал работать заведующим санитарно-профилактическим отделом Московско-Курской железной дороги.

В 1929 г. дед по рекомендации Наркомздрава СССР Н.А.Семашко был приглашен в Алма-Ату на должность начальника санитарно-эпидемиологического управления. По заданию Наркомздрава, согласно особого постановления СНК СССР, профессор Н.Н. Попов разработал план оздоровительных мероприятий по всему Казахстану, в том числе по четырем основным промышленным центрам в Караганде, Балхашстрое, Риддере и Карсакпаю. План этих мероприятий, безо всяких изменений, был принят СНК КССР 4-го и 20-го мая 1933 года в виде его постановлений.

Профессор Попов давал экспертную оценку проектам больничного строительства, и в течении 8 лет разработал большое количество заданий по больничному строительству, в том числе заданий для клинической больницы физиотерапевтического института совместно с врачом-специалистом Кульбашным.

С 1932 г. совмещал работу зам. директора по научной части во вновь организованном институте социального здравоохранения (так называемом институте соцздрава); в том же 1932 г. был избран зав. кафедрой общей гигиены в недавно созданном медицинском институте и с головой ушел в организацию учебного процесса. Ежегодно во время зимних каникул выезжал в Москву для консультации по всем вопросам и поддерживал постоянную связь с крупнейшим гигиенистом страны проф. А.Н. Сысиным (впоследствии академиком).

С 1937 г. совмещал работу на кафедре с работой в главной Госсанинспекции Казнаркомздрава, являлся членом различных экспертных комиссий.

Дед отличался честностью, принципиальностью, был горяч, вспыльчив, но отходчив, демократичен, верен дружбе и всю жизнь поддерживал связь с некоторыми гимназическими и университетскими товарищами.

Дед ушел из жизни 18 января 1948 г., в течении одного дня от инсульта, в расцвете сил, едва достигнув 63 лет. В 1945 г. деду было присуждено звание заслуженного врача КазССР, а в 1947 (за месяц до смерти) – заслуженного деятеля науки КазССР. Он был награжден значком «XV лет Казахстана», орденом «Знак Почета», дважды – именными часами: одни получил в день 5-летия института, вторые – 6 июня 1945 г. Был награжден Почетной грамотой Верховного Совета Каз ССР.

Дед обожал свою семью. Его старшая дочь, моя мама, Попова Елена Николаевна с 1920 по 1929г. жила с ним в Москве. После окончания Московского института физкультуры она вместе с подругой была направлена в г. Иркутск для работы в медицинском институте, в котором одновременно училась. Во время учебы в институте мама встретила моего отца, Беклемишева Иннокентия Павловича, и вышла за него замуж. Успешно закончив институт, в 1932 г. она, вслед за дедом, переехала с семьей в Алма-Ату.

Семья Н.Н. Попова

В Алма-Ате мама сначала работала заведующей сектором физкультуры Института Соцздрава, а в 1936-40гг – заведующей кафедрой физкультуры в Алматинском Государственном Медицинском Институте. С 1940 по 1972 г. она занимала должность ассистента на кафедре факультетской терапии.

После ухода с кафедры факультетской терапии, где она проработала 40 лет, она перешла работать врачом терапевтом в Железнодорожную больницу. Ее помнят врачи, которые работали с ней; к ней в палату занимали очередь больные. Это был профессионал своего дела, а самое главное, это был душевный и располагающий к себе человек. Мои однокурсники очень любили ее. Я очень горжусь своей мамой.

Елена Николаевна Попова

Трудилась она до 82 лет. Имела медаль за доблестный труд в Великой Отечественной войне, так как сопровождала раненых с фронта, имея маленькую дочь, которую родила в начале войны. Всю свою жизнь она находилась на боевом посту, даже в горячих точках, таких как землетрясение в Ашхабаде.

Моему отцу, Беклемишеву Иннокентию Павловичу, 21 февраля 2008 г. исполнилось бы 100 лет. Он ушел из жизни совсем рано – ему было 56; умер он за рабочим столом от третьего инфаркта миокарда.

И.П. Беклемишев

За его плечами были годы войны. Он любил свою работу, горел на ней, и я считаю своим долгом вспомнить о нем. Ведь живы еще его сослуживцы, ученики, больные, которые помнят его.

После окончания медицинского института в г. Иркутск (он родился в Красноярске) и службы в армии он приехал в Алма-Ату к супруге.

Прибыв в Казахстан после двухлетней службы в армии, отец начал работать в Первой инфекционной больнице, сначала ординатором, затем – главным врачом. Во время ВОВ Иннокентий Павлович – начальник инфекционного госпиталя в прифронтовой полосе. В 1950 г. его пригласили на кафедру инфекционных болезней мединститута, где он был сначала ассистентом, затем доцентом, а с 1956 по 1965 г. заведовал кафедрой.

05 апреля 1955 г. отец защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Дифтерия по материалам клиники инфекционных болезней КазМИ за 1940-1949 годы. Клинико-статистическое исследование».

Сегодня это может показаться странным – и времена уже не те, и люди изменились – но для Иннокентия Павловича было вполне естественным, когда в городе не было такси, в любую погоду бежать к больному, который нуждается в его помощи. Семья тогда жила на пересечении улиц Амангельды и Калинина в бывшем доме Э.Баума. Добротный, бревенчатый, он в те годы был единственным в квадрате улиц Сейфуллина - Амангельды- Джамбула - Калинина. Все остальное пространство занимал парк с собственноручно высаженными Баумом разнообразными растениями. Хозяин разрешал заходить в него всем желающим. Но при одном условии – ничего не рвать и не топтать.

Дом Э.Баума

Иннокентий Беклемишев – кавалер ордена Красной Звезды. Это единственная военная награда, которую он получил во время войны. Но значком «Отличник здравоохранения», который ему вручили в 50-е годы, дорожил не меньше.

У Елены Николаевны Поповой и Иннокентия Павловича Беклемишева было трое детей: Валентина, Наталия и Павел.

Моя старшая сестра Валентина пошла по стопам родителей – стала акушер-гинекологом, и всю жизнь проработала в г. Лениногорске ВКО (ныне г. Риддер). Многие и многие жители города появились на свет, благодаря ее профессионализму и человеколюбию. Дочь и внучка Валентины Иннокентьевны также избрали медицину своим жизненным путем.

Наталия Беклемишева (слева) и Валентина Рясная (Беклемишева)

Я уже со второго курса медицинского института дежурила в госпитале инвалидов ВОВ и понемногу начала оперировать. Потому что, «если идти в медицину, то только хирургом!» Отец сказал, что начинать работать надо участковым врачом, но судьба привела меня в детскую хирургию. Я принимала участие в открытии 11ой детской больницы (теперь это Детская Городская Клиническая Больница №1) и несколько лет проработала там детским хирургом. Но стечение обстоятельств привело меня в

Алматинский Государственный Медицинский Институт, куда меня пригласила в 1968г профессор В.В. Александрович, чтобы дать мне возможность защитить кандидатскую диссертацию и совмещать работу у операционного стола и педагогику, как мои родители. И вот уже более 45 лет я в родном институте, на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии.

Младший и долгожданный сын Елены Николаевны и Иннокентия Павловича – Павел, которого мама родила в 50 лет, пошел своим путем – он закончил Московский авиационный институт, и сейчас является директором крупного машиностроительного предприятия в г.Алматы; имеет троих детей и троих внуков.

Вторая дочь Попова Н.Н. – Светлана Николаевна закончила Алматинский медицинский институт в 1943г. Во время войны выпуски были ускоренными – за 1 год были пройдены программы 3-го и 4-го курсов, поэтому свой диплом с отличием она получила уже в возрасте 20 лет. После этого Светлана Николаевна была направлена в кавалерийский полк, где работала в медсанчасти – преподавала на курсах санинструкторов, сопровождала эшелон с солдатами на фронт, а затем была направлена на работу в горнострелковую школу и сопровождала эшелон с нестроевиками на восстановление Сталинграда. В 1944 г. она была направлена в эвакогоспиталь, в котором проработала до окончания войны. После этого Светлана Николаевна поступила в аспирантуру при кафедре инфекционных болезней АГМИ, а в 1943 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Применение пенициллина в клинике инфекционных болезней» и была зачислена ассистентом на ту же кафедру. В 1964 г. она была избрана доцентом и более 20 лет заведовала учебно-методической работой кафедры. Она всегда была требовательна к сотрудникам и студентам, но в первую очередь к себе. С 1986 г. ушла на заслуженный отдых.

Попова Светлана Николаевна

Третья дочь Н.Н. Попова – Людмила Николаевна, закончила институт иностранных языков и всю жизнь преподавала. Муж ее – Гавриил Кириллович Ткаченко – хирург, как говорят, от Бога. Он являлся директором Института Хирургии, имел звания доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача и заслуженного деятеля науки.

Л.Н. Попова и Г.К. Ткаченко

Внуки Н.Н. Попова, продолжая семейную традицию, в большинстве своем стали врачами. Дочь Светланы Николаевны, Валентина, стала психиатром; сыновья Людмилы Николаевны тоже стали врачами – Николай Гаврилович закончил институт в 1973г. и успешно работал нейрохирургом, но в 1989 г. трагически погиб во время поездки на ст. Отар , чтобы спасти жизнь солдата. Ему было всего 38 лет.