Адрес редакции:
100008, Республика Казахстан,
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 239
редакционный отдел
тел.: (721-2)-51-34-79 (138)
сот. тел. 87021141267
факс: 51-89-31
e-mail: rio@kgmu.kz

Начальник редакционного отдела
Л. Н. Журавлева

Редакторы: Л. Н. Журавлева,
Т. М. Ермекбаев
Е. С. Сербо

Собственник:
Республиканское государственное предприятие «Карагандинский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Караганда)

Журнал зарегистрирован Министерством культуры и информации Республики Казахстан
14 ноября 2009 г.
Регистрационный номер 10488-ж.

Журнал отпечатан в типографии КГМУ
Адрес: г. Караганда,
ул. Гоголя, 40
Тел.: 51-34-79 (128)

Компьютерный набор, верстка и печать: В. Н. Архипова,
Г. С. Шахметова

Журнал «Медицина и экология» входит в перечень изданий Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК

Тираж 500 экз., объем 32,4 уч. изд. л., печать офсетная. Подписан в печать 10.10.2010

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

№ 3 (56) 2010
(июль, август, сентябрь)

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1996 году

Главный редактор — доктор медицинских наук, профессор М. К. Телеуов

Редакционная коллегия:

М. Г. Абдрахманова, доктор медицинских наук

К. А. Алиханова, профессор

Р. Х. Бегайдарова, профессор

Р. С. Досмагамбетова, профессор

С. К. Жаугашева, профессор

Н. В. Козаченко, профессор

А. Г. Курашев, доктор медицинских наук

С. В. Лохвицкий, профессор

Л. Е. Муравлева, профессор

К. Ж. Мусулманбеков, профессор

В. Н. Приз, доктор медицинских наук, зам. главного редактора

И. А. Скосарев, профессор

Е. Н. Сраубаев, профессор

С. П. Терехин, профессор

Е. М. Тургунов, профессор

М. М. Тусупбекова, профессор, ответственный секретарь

Л. А. Тютин, профессор

Ю. А. Шустеров, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Гуляев А. Е., Лохвицкий С. В., Тусупханов Б. А. Ранозаживляющие эффекты рекомбинантного ангиогенина человека — **9**

Гуляев А. Е., Лохвицкий С. В., Түсіпханов Б. А. Адамның рекомбинантты ангиогенинінің жарақатты жазудағы әсері

Омирбаева С. М., Амреева К. Е. Состояние вопроса оценки профессионального и экологического риска — **13**

Өмірбаева С. М., Әміреева К. Е. Кәсіби және экологиялық қауіптерді бағалау жағдайы

Кнаус А. А. Современные взгляды на патогенез аскаридоза — **17**

Кнаус А. А. Аскаридоз патогенезіне қазіргі көзқарастар

Омарова И. М. Результаты химиотерапии диссеминированной меланомы — **20**

Омарова И. М. Диссеминацияланған меланоманың химиотерапия нәтижелері

ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА

Садыков М. Н. Гигиеническая оценка уровня шума, воздействующего на организм рабочих основных профессий при добыче полезных ископаемых открытым способом — **26**

Садыков М. Н. Пайдалы қазбаны ашық әдіспен өндіру жағдайында негізгі кәсіп иелеріне әсер етуші шу деңгейін гигиеналық бағалау

Хамитова Л. К. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Карагандинской области — **29**

Хамитова Л. К. Туберкулез бойынша Қарағанды облысындағы эпидемиологиялық жағдай

Аймаганбетов Н. М. Гигиеническая характеристика рабочей смены литейного производства и основных профессиональных групп — **31**

Аймағанбетов Н. М. Құю өндірісінің технологиясы мен негізгі кәсіби топтағы жұмысшылардың жұмыс ауысымының гигиеналық сипаттамасы

Карабалин С. К., Узбеков В. А., Кульпинский Е. Н., Иохим О. А., Пашнева Л. Н. К вопросу выявления предрасположенности к хроническому пылевому бронхиту и антракосиликозу с использованием неинвазивных диагностических методов — **35**

Қарабалин С. К., Узбеков В. А., Кульпинский Е. Н., Иохим О. А., Пашнева Л. Н. Инвазивтік емес диагностикалық тәсілдерді қолданумен созылмалы шаңдық бронхитке және антракосиликозға бейімділікті анықтау мәселесіне

Садыков К. И., Абеуова О. А., Карабалин С. К. Биохимические и цитоморфологические изменения в легких при воздействии пыли — **41**

Садықов К. И., Әбеуова О. А., Қарабалин С. К. Шаң ықпалы нәтижесінде өкпенің биохимиялық және цитоморфологиялық көрсеткіштері

Имашева Б. С. Действие радиотоксических факторов на организм животных в уранодобывающих регионах — **43**

Имашева Б. С. Солтүстік қазақстанның уран өндіруші аймақтарында тіршілік ететін кеміргіштерге радиотоксикалық факторлардың әсері

Мырзабекова Г. Т. Оптимизация эрадикационных схем лечения гастродуоденальной патологии, ассоциированной с H. pylori, у детей — **47**

Мырзабекова Г. Т. Балалардың H. pylori ассоцирленген гастродуоденальды патологиялары кезіндегі эрадикационды емінің нұсқасының тиімділігі

Каражанова А. С., Курбангалиев Р. А., Мырзатлеуова Б. К. Наркологическая помощь детям и подросткам. Вопросы повышения качества — **49**

Қаражанова А. С., Құрбанғалиев Р. А., Мырзатілеуова Б. К. Балалар мен жасөспірімдерге наркологиялық көмек. Сапа көтеру мәселелері

Молдажанова А. Г. Лечение кариеса и его осложнений у лиц пожилого возраста — **52**

Молдажанова А. Г. Қартаң жастағы адамдардың тісжегісін емдеу және оның асқынулары

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Гуляев А. Е., Тусупханов Б. А. Стимуляция ангиогенином процессов заживления ран в эксперименте **54** ***Гуляев А. Е., Түсіпханов Б. А.*** Жаралардың экспериментте жазылу үдерісіндегі ангиогенинмен стимуляциялау

Тургунова Л. Г. К вопросу диагностики множественной миеломы **57** ***Тұрғынова Л. Г.*** Көптік миелома диагностикасының сұрақтарына

Бедельбекова А. М. Эффективность различных комбинаций препаратов железа в лечении железодефицитной анемии **59** ***Беделбекова А. М.*** Темір тапшылығы анемиясын емдеуде темір препараттарының әртүрлі комбинацияларының тиімділігі

Примбеков С. Ш. Компрессионный терминолатеральный гастродуоденальный анастомоз **61** ***Прімбеков С. Ш.*** Компрессионды терминолатералды гастродуоденальды анастомоз

Байарстанова К. А. Диагностика рака легких и плевры в условиях фтизиатрической клиники **64** ***Байарстанова К. А.*** Фтизиатриялық клиника жағдайында өкпе және плевра ісігінің диагностикасы

Макишев Д. А. Замещение диафизарных дефектов у больных с посттравматическим остеомиелитом трубчатых костей **66** ***Мақышев Д. А.*** Түтікшелік сүйектер жарақатынан кейінгі остеомиелитпен ауырған науқастардың диафизарлық дефектерін ауыстыру

Сарсембаева Е. К. Клиническая характеристика пациентов с повышенным индексом массы тела и эффективность антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях **70** ***Сәрсембаева Е. К.*** Дене салмағы индексі жоғары, артериялық гипертензиямен науқастардың клиникалық сипаттамасы және амбулаторлы жағдайдағы антигипертензиялық терапияның нәтижесі

Курмышева Н. Ф. Оценка влияния лизиноприла на профиль артериального давления и поражение органов-мишеней у больных с метаболическим синдромом **73** ***Курмышева Н. Ф.*** Метаболикалық синдромға шалдыққан науқастардың артериалдық қысымының профиліне және нысанаоргандары зақымдануына лизиноприлдің әсерін бағамдау

Сарсембаева Е. К. Эффективность бисопролола при лечении эссенциальной артериальной гипертензии **76** ***Сәрсембаева Е. К.*** Эссенциальды артериальды гипертензияны емдеу барысында бисопрололдың тиімділігі

Курмышева Н. Ф. Течение пневмонии и эффективность лечения в условиях поликлиники, стационара и стационарозамещающей помощи **78** ***Курмышева Н. Ф.*** Пневмониялардың ағымы мен емхана, стационар және стационар алмастырушы көмек жағайындағы емнің нәтижесі

Ержанов О. Н., Макишева М. О., Кобжанова Г. С. Фиброхолангиоскопия как этап хирургического лечения холедохолитиаза и механической желтухи **83** ***Ержанов О. Н., Мақышева М. О., Көбжанова Г. С.*** Фиброхолангиоскопия холедохолитиаз және механикалық сарғаю кезіндегі хирургиялық емнің кезеңі ретінде

Масадыков А. С., Рахыпбеков Т. К., Адылханов Т. А., Мусин А. М. Социально-значимые осложнения, связанные с послеоперационным гипотиреозом у больных Семейского региона **85** ***Масадықов Ә. С., Рахыпбеков Т. Қ., Әділханов Т. А., Мусин А. М.*** Семей өңіріндегі науқастардағы операциядан кейінгі гипотиреоз-

Такирова А. Т. Оценка качества жизни детей-инвалидов и подростков с сахарным диабетом I типа в процессе реабилитации **88** ***Такирова А. Т.*** Қайта қалпына келтіру процесінде 1 типтегі қант диабетімен ауыратын мүгедек балалар және жасөспірімдер өмірінің сапалы бағасы

Шидерхан Н., Буланбаева Г. Д., Кульдибаева А. Б., Мухажанова Ж. Б. Формирование гуманного отношения к психическим больным в обществе **93** ***Шідерхан Н., Бұланбаева Г. Д., Көлдібаева А. Б., Мұхажанова Ж. Б.*** Қоғамда психикалық сырқаттарға деген дұрыс көзқарасты қалыптастыру

Салихова Е. Ю. Мозговое кровообращение у подростков с разным уровнем двигательной активности **95** ***Салихова Е. Ю.*** Әртүрлі қимыл белсенділігі дәрежесіндегі жасөспірімдердің ми қанайналымы

Шидерхан Н., Буланбаева Г. Д., Исабекова Р. М., Мухажанова Ж. Б., Мукаева Д. А. Эмоции и психические заболевания **99** ***Шідерхан Н., Бұланбаева Г. Д., Исабекова Р. М., Мухажанова Ж. Б., Мукаева Д. А.*** Эмоция және психикалық аурулар

Айткожинова Н. К. Анализ взаимосвязи малых аномалий развития сердца с этнической, половой принадлежностью и фенами недифференцированной дисплазии соединительной ткани **101** ***Айтқожинова Н. К.*** Жүрек дамуының шағын аномалияларының этникалық, жыныстық қатыстылығына және жалғастырушы тіннің дифференциалдық емес дисплазияы фенінің өзара байланысына талдау

Батпенов Н. Д., Оспанов К. Т., Цай Д. А., Акишев К. Ш. Экспериментальная оценка стабильности накостного остеосинтеза при переломе диафиза плечевой кости **104** ***Батпенов Н. Д., Оспанов К. Т., Цай Д. А., Ақышев К. Ш.*** Иық сүйегінің диафизі сынығы жағдайында сүйектік остеосинтез тұрақтылығын эксперименттік бағамдау

Кабиева С. М. Оценка регуляции сердечного ритма у новорожденных, перенесших различные виды гипоксии **108** ***Қабиева С. М.*** Гипоксияның әртүрлі түрлерін өткерген нәрестелердің жүрек ырғағын реттеуді бағамдау

Сатеков Е. С. Организация службы по управлению качеством медицинской помощи в стоматологической клинике КГМУ **110** ***Сәтеков Е. С.*** ҚММУ стоматологиялық клиникасында медициналық көмек көрсетудің сапасын басқару қызметін ұйымдастыру

Иманбаев А. К., Ералина С. Н., Сарсенбаев Б. К., Адильбеков Е. А. Основные изменения центральной гемодинамики при синдроме острой кровопотери у гинекологических больных **112** ***Иманбаев А. К., Ералина С. Н., Сәрсенбаев Б. К., Әділбеков Е. А.*** Гинекологиялық науқастардағы өткір қан жоғалту синдромы жағдайларында орталық гемодинамиканың негізгі өзгерістері

Бегайдарова Р. Х., Байгутанова Г. Ж., Жараспаева Б. Н., Мукашева Д. К., Жумагулова Р. Б. О состоянии вакциноуправляемых инфекций в Республике Казахстан и Карагандинской области **116** ***Бегайдарова Р. Х, Байғұтанова Г. Ж., Жараспаева Б. Н., Мұқашева Д. К., Жұмағұлова Р. Б.*** Қазақстан Республикасында және Қарағанды облысында вакцинобасқарылатын жұқпаның жағдайы туралы

Бакенова Р. А., Тусупбекова М. М., Шаймарданова Г. М. Клинико-морфологические проявления редких форм идиопатической интерстициальной пневмонии **119** ***Бәкенова Р. А., Түсіпбекова М. М., Шаймарданова Ғ. М.*** Идиопатиялық интерстициалдық пневмонияның сирек түрлерінің клиникоморфологиялық көріністері

Ким А. А. Острый вирусный гепатит В с дельта-агентом и дельта-суперинфекция у больных в катамнезе наблюдения **125** ***Ким А. А.*** Катамнездгі науқастардағы дельта-агентпен өткір вирусты В гепатиті және дельта – суперинфекция

Кнаус А. А. Клинико-иммунологическая характеристика хронического течения аскаридоза **128** **Кнаус А. А.** Созылмалы аскаридоз ағымының клинико-иммунологиялық сипаттамасы

Ким А. А. «Ферталь» в комплексном лечении дисбактериоза кишечника у инфекционных больных **131** ***Ким А. А.*** Жұқпалы науқастардың ішектеріндегі дисбактериозды емдеуде «Ферталь» препаратын қолдану

Конурова А. М. Оказание хирургической помощи подросткам в условиях городской поликлиники **134** ***Қоңырова А. М.*** Қалалық емхана жағдайында жасөспірімдерге хирургиялық көмек көрсету

Третьяк Д. Э. Анализ эффективности комбинированного лечения болевых синдромов остеохондроза позвоночника **136** ***Третьяк Д. Э.*** Омыртқа остеохондрозының ауыру синдромдарын құрамдас емдеудің тиімділігіне талдау

Ниткалиев К. У. Клинико-морфологические признаки пролиферативных процессов, имитирующие уротелиальную опухоль **138** ***Нитқалиев К. У.*** Уротелиалды ісікті қоздыратын пролиферативтік процестердің клиникоморфологиялық белгілері

Третьяк Д. Э. Клиническая картина дислокационного синдрома при травматическом сдавлении головного мозга **143** ***Третьяк Д. Э.*** Бас сүйек миының жарақаттық қысылуы жағдайындағы дислокациялық синдромның клиникалық картинасы

Жаналина Б. С. Принципы лечения детей с острой осложненной одонтогенной инфекцией **145** ***Жаналина Б. С.*** Өткір одонтогенді инфекцияға шалдыққан балаларды емдеу қағидалары

Кабиева С. М. Фармакологическая коррекция постгипоксической ишемии миокарда у новорожденных **147** ***Қабиева С. М.*** Нәрестелердің миокарданың гипоксиядан кейінгі ишемиясының фармакологиялық коррекциясы

Мырзабекова Г. Т. Структура заболеваемости и применение пробиотиков в комплексной терапии хронической H. pylori-ассоциированной гастродуоденальной патологии **150** ***Мырзабекова Г. Т.*** Балалардағы созылмалы Н. р.-ассоцирленген гастродуоденалды патологиялар кезіндегі пробиотиктермен кешенді емі

Смирнова Л. И. Влияние скрытых инфекций на возникновение и развитие акушерско-гинекологических патологий **153** **Смирнова Л. И.** Жасырын жұқпалардың акушерлік-гинекологиялық патологиялардың туындауы мен дамуына әсері

Омарова И. М. Пегилированный доксорубицин в третьей линии химиотерапии у больных диссеминированным раком молочной железы **155** ***Омарова И. М.*** Диссеминацияланған сүт безі қатерлі ісігімен ауыратын науқастарда үшіші желіде пегилирленген доксорубицин

Смирнова Л. И. Опыт лечения пациенток с невынашиванием беременности в условиях дневного стационара **157** ***Смирнова Л. И.*** Күндізгі стационар жағдайында пациенткалардың жүктілік тоқтатуын емдеу тәжірибесі

Ералина С. Н. Мониторинг исследования маркеров повреждения мозга белка S-100 и нейроспецифической енолазы (NSE) для определения прогноза и течения черепно-мозговой травмы **159** ***Ералина С. Н.*** S-100 ми белогы және нейроспецификалық енолазаның (NSE) бұзылуы маркерлерін бас сүйекми жарақатының ағымын болжау үшін зерттеу мониторингі

Солошенко З. И. Особенности диагностики желудочно-кишечных заболеваний у детей **163** ***Солошенко З. И.*** Балалардың асқазан-ішек ауруларын диагностикалаудың ерек-шеліктері

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Батралиева А. К. Анализ результатов мониторинга по импорту и экспорту лекарственных средств в Карагандинской области **166** ***Батралиева А. К.*** Қарағанды облысында дәрідәрмектің импорты мен экспортын анықтауға жүргізілген мониторинг нәтижесінің сараптамасы

Рахимбекова Д. К. Новые механизмы финансирования медицинских организаций **169** ***Рақымбекова Д. Қ.*** Медициналық ұйымдарды қаржыландырудың жаңа тетіктері

Батралиева А. К., Танагузова Б. М. Результаты мониторинга по обеспечению населения Карагандинской области лекарственными средствами отечественного производства **171** ***Батралиева А. К., Танакөзова Б. М.*** Қарағанды облысының тұрғылықты халқын отандық дәрі-дәрмекпен қамтамасыздандыру мониторингінің нәтижесі

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Потапова О. А. Клинический анализ эффективности лазеротерапии у детей с инфицированными ранами **174** ***Потапова О. А.*** Жұқпалы жарақаты бар балаларға жасалған лазеротерапияның клиникалық талдауы

Шукушева З. Ш. Диагностика врожденных пороков развития плода во втором триместре беременности	**175**	***Шукушева З. Ш.*** Жүктіліктің екінші триместріндегі ұрық дамуының туа біткен ақаулары
Зетов А. Ш. Хирургическое лечение больных с суперрезистентной формой туберкулеза легких	**176**	***Зетов А. Ш.*** Өкпе туберкулезінің суперрезистентті түріне шалдыққан науқастарды хирургиялық жолмен емдеу
Есенбекова У. С. Опыт лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки	**178**	***Есенбекова У. С.*** Жатыр мойнағының фондық және қатерлі ісік алды ауруларын емдеудің тәжірибесі
Макишев Д. А. Лечение переломов шейки бедра у пациентов пожилого возраста	**181**	***Мақышев Д. А.*** Қартаң тартқан пациенттердің жамбас сүйегі сынығын емдеу
Алиев А. С. Лечение разрыва печени в условиях районной больницы	**182**	***Алиев А. С.*** Аудандық аурухана жағдайында бауырдың жарылуын емдеу
Есенбекова У. С. Эпидемиология врожденных пороков развития плода	**184**	***Есенбекова У. С.*** Жатырдағы ұрық дамуының туа біткен ақауының эпидемиологиясы
Алиев А. С. Хирургическое лечение повреждений прямой кишки	**186**	***Алиев А. С.*** Тік ішектің зақымдалуын хирургиялық емдеу
Селезнева Н. С. Эпидемиологический надзор в пенитенциарной системе ВКО	**188**	***Селезнева Н. С.*** Шығыс Қазақстан облысының пенитенциарлық жүйесін эпидемиологиялық қадағалау
Жумакаева А. С. Врожденная аплазия кожи новорожденного	**190**	***Жұмақаева А. С.*** Жаңа туған нәресте терісінің туа біткен аплазиясы
Аманжолова Г. А. Использование гепатила в комплексной терапии вирусного гепатита А	**192**	***Аманжолова Г. А.*** Вирусты гепатиттердің кешенді терапиясына гепатилді қолдану туралы
Мусин Н. О., Мусин Э. Н., Цой Т. И., Жазбаева Г. Ж., Сембекова Г. Е. Эффективность применения ларингеальной маски во время анестезии	**193**	***Мусин Н. О., Мусин Э. Н., Цой Т. И., Жазбаева Г. Ж., Сембекова Г. Е.*** Анестезия ке-зінде ларингеалдық масканы қолданудың тиім-ділігі
Аманжолова Г. А. Неотложная терапия при стенозирующем ларинготрахеобронхите	**195**	***Аманжолова Г. А.*** Стенозды ларинготрахеобронхит кезіндегі жедел көмек терапиясы
Султанова М. Б. Применение канефрона Н у беременных с гестационным пиелонефритом	**196**	***Сұлтанова М. Б.*** Канефрон Н препаратын гестациялық пиелонефритке шалдыққан жүкті әйелдерді емдеуде қолдану
Мусин Н. О., Жазбаева Г. Ж., Цой Т. И., Сембекова Г. Е., Юн Н. И. Особенности синдрома токсического шока	**198**	***Мусин Н. О., Жазбаева Г. Ж., Цой Т. И., Сембекова Г. Е., Юн Н. И.*** Токсикалық шок синдромының ерекшеліктері
Тугузбаева С. А. Анализ причин смертности больных хроническими формами туберкулеза легких	**199**	***Тоғызбаева С. А.*** Өкпе туберкулезінің созылмалы түрлері бар науқастардың өлу себептерін талдау
Бабич С. Г. Внутривенная анестезия с ларингеальной маской	**201**	***Бабич С. Г.*** Ларингеальды маскамен тамыр ішіне анестезия
Султанова М. Б. Лечение артериальной гипертензии у беременных в амбулаторных условиях	**203**	***Сұлтанова М. Б.*** Амбулаториялық жағдайда жүкті әйелдердегі артериалық гипертензияны емдеу
Бабич С. Г. Опыт проведения низкопоточной анестезии при нейрохирургических операциях	**204**	***Бабич С. Г.*** Нейрохирургиялық операциялар барысында төменгі ағынды анестезияны өткізу тәжірибесі

Курмангалиев Е. Т. Лечение переломов накостных пластин диафиза бедра	**206**	***Курмангалиев Е. Т.*** Ортан жілік диафизінің сүйекүсті пластинасының сынуы және оның емі
Снисаренко В. В. Эффективность парентерального питания после операций туннелирования печени	**208**	***Снисаренко В. В.*** Бауырды тесу операциясынан кейін парентералдық тамақтандыру тиімділігі
Мукашев К. Т. К вопросу выбора метода хирургического лечения хронической субдуральной гематомы	**210**	***Мұқашев К. Т.*** Созылмалы субдуральды гематоманы хирургиялық емдеу тәсілін таңдау мәселесіне
Хрулева В. Н. Опыт применения нейротрофической терапии: лечение вегетативной дисфункции	**212**	***Хрулева В. Н.*** Нейротрофикалық терапияны қолдану тәжірибесі: вегетативтік дисфункцияны емдеу
Мукашев К. Т. Последствия черепно-мозговых ранений пистолетом «ОСА»	**214**	***Мұқашев К. Т.*** «Оса» пистолетінен болған бассүйекми жарақатының зардаптары
Бегайдарова Р. Х., Алшынбекова Г. К., Ефимова О. Н., Данбаева С. М., Оспанова Г. А. Реабилитация детей, больных вирусным гепатитом В и С	**216**	***Бегайдарова Р. Х., Алшынбекова Г. К., Ефимова О. Н., Данбаева С. М., Оспанова Г. А.*** В және С вирусты гепатитіне шалдыққан балаларды оңалту
Конурова А. М. Из опыта работы дневного стационара	**218**	***Қоңырова А. М.*** Күндізгі стационардың жұмыс тәжірибесінен
Касимова И. Н. Применение мебеверина в лечении расстройств моторики желчевыводящих путей	**220**	***Касимова И. Н.*** Өт шығару жолдары моторикасы бұзылуын емдеуде мебеверинді қолдану
Шелихов И. И. Применение пломбирования эпидурального пространства при постпункционной головной боли	**221**	***Шелихов И. И.*** Пункциядан кейінгі бас ауыруы жағдайында эпидуралық кеңістікке пломбалауды қолдану
Турысбекова С. Д. Лечение функциональных заболеваний кишечника у детей	**223**	***Тұрысбекова С. Д.*** Балалар шектерінің функционалдық ауруларын емдеу
Шелихов И. И. Случай инъекции лидокаина 2% в субдуральное пространство при проведении эпидуральной анестезии	**224**	***Шелихов И. И.*** Эпидуралды анестезияны өткізу жағдайында субдуралды кеңістікке 2% лидокаин енгізу жағдайы
Иванова Т. А. Светотерапия биотрон – новый метод лечения больных деформирующим остеоатрозом	**225**	***Иванова Т. А.*** Биоптрон жарық терапиясы – остеоартроз деформациясымен науқастарды емдеудің жаңа тәсілі
Жактаева К. Б. Катамнез больного ребенка с терминальной стадией хронической почечной недостаточности	**227**	***Жақтаева К. Б.*** Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің терминалдық деңгейі жағдайындағы науқас баланың мәліметтер жиынтығы
Клочко В. Н. Сравнительная активность антибиотиков в отношении P. aeruginosa – ведущего возбудителя раневых инфекций в многопрофильном стационаре	**228**	***Клочко В. Н.*** Көп салалы стационардағы жарақатты жұқпаның бастапқы қоздырғышы pseudomonas aeruginosa байланысты антибиотиктердің салыстырмалы белсенділігі
Батт А. В. Интенсивная терапия острой почечной недостаточности в многопрофильной больнице	**230**	***Батт А. В.*** Көпсалалық ауруханада өткір бүйрек жеткіліксіздігінің интенсивті терапиясы
Абеуова С. К. Применение волокна «Glass-span» при лечении заболеваний пародонта	**231**	***Әбеуова С. К.*** «Glass-span» талшығын пародонт ауруын емдеу барысында қолдану
Батт А. В. Изменения показателей гемодинамики при тотальной внутривенной анестезии	**232**	***Батт А. В.*** Тамыр ішіндегі анестезия жағдайында гемодинамика көрсеткіштерінің өзгеруі
Абеуова С. К. Применение коллапана в практике терапевтической стоматологии	**234**	***Әбеуова С. К.*** Коллапанды терапевтикалық стоматологияның практикасында қолдану

Аманбеков Е. К. К вопросу о диагностике остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника **235**

Аманбеков Е. К. Омыртқаның мойынкеуде бөлігі остеохондрозының диагностикасы мәселесіне

Долгушина Н. А. Анализ информированности о ВИЧ-инфекции в среде осужденных г. Костаная **236**

Долгушина Н. А. Қостанай қаласындағы сотталғандар арасында ВИЧ-инфекция туралы хабардар болудың талдауы

Жумабекова В. С. Современные аспекты лечения воспалительных заболеваний органов малого таза **238**

Жұмабекова В. С. Кіші жамбас органдарының қабыну ауруларын емдеудің қазіргі заманғы аспектілері

Долгушина Н. А. Постконтактная профилактика в случаях, связанных с заражением медработников **240**

Долгушина Н. А. Медицина қызметкерлерінің науқастардан дерт жұқтыру жағдайларынан кейінгі профилактика

Жумабекова В. С. Применение препарата «Жанин» для лечения альгодисменореи у девочек-подростков **241**

Жұмабекова В. С. Жасөспірім қыздардағы альгодисменореяны емдеу үшін «Жанин» препаратын қолдану

Аженова К. И. Влияние зубной пасты blend-a-med expert на состояние полости рта у больных сахарным диабетом II типа **243**

Аженова К. И. Blend-a-med expert тіс пастасының 2 типтегі қант диабетімен науқастардың ауыз қуысы жағдайына әсері

Мотовилова И. Н. Принципы лечения детей с дакриоциститом **244**

Мотовилова И. Н. Балаларды дакриоциститтерден емдеудің қағидалары

Ли Л. С. Флегмона орбиты **245**

Ли Л. С. Көз ұясы флегмонасы

Мотовилова И. Н. Опыт применения препарата вигамокс при кератоконъюнктивитах **247**

Мотовилова И. Н. Кератоконъюнктивиттер барысында вигамокс препаратын қолданудың тәжірибесі

Акпеисова Р. Б. Нецелесообразное применение дипроспана при аллергическом рините и астме **248**

Ақпейісова Р. Б. Аллергиялық ринит және астма кезінде дипроспанды дұрыс қолданбау

Сакташев Б. Ш. Хирургическое лечение рецидива рака желудка после гастрэктомии **249**

Саташев Б. Ш. Гастрэктомиядан кейінгі асқазан қатерлі ісігі рецидивін хирургиялық емдеу

Тулеутаева Г. К. Значение лечебной физкультуры в реабилитации кардиологических больных на поликлиническом этапе **250**

Төлеутаева Г. К. Емханалық кезеңдегі кардиологиялық науқастарды реабилитациялаудағы емдік дене тәрбиесінің маңызы

Тулеутаева Г. К. Случай первичной легочной гипертензии в практике врача кардиолога **252**

Төлеутаева Г. К. Кардиолог дәрігерінің тәжірибесіндегі алғашқы өкпе гипертензиясының кездесуі

ЮБИЛЕИ

Поспелов Петр Моисеевич (к 60-летию КГМУ) **255**

Поспелов Петр Моисеевич (ҚММУ 60-жылдығына арналған)

**А. Е. Гуляев, С. В. Лохвицкий,
Б. А. Тусупханов**

РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ РЕКОМБИНАНТНОГО АНГИОГЕНИНА ЧЕЛОВЕКА

Национальный центр биотехнологий (Астана), Карагандинский государственный медицинский университет, Медицинский центр ТОО «Корпорация Казахмыс» (Жезказган)

Местное лечение ожогов и ран – перманентная проблема хирургии и клинической фармакологии. Возможность ускорения течения репарационных процессов в ране под влиянием фармакотерапии объективно доказана лишь для очень немногих лекарственных препаратов [36, 39]. Периодически ставится под сомнение сама необходимость местной фармакотерапии ран, пересматриваются столетние принципы (например, нет доказательств необходимости использования антисептиков), но, тем не менее, предпринимаются все новые и новые попытки получить эффективное ранозаживляющее средство.

Заживление ран является сложным процессом, связанным с взаимодействием различных типов клеток, матричных компонентов и биологических факторов, в том числе протеиназ и цитокинов. Вероятно, именно соотношение металлопротеиназ и ингибиторов металлопротеиназ, ангиогенных факторов, ростовых факторов, про- и противовоспалительных цитокинов в тканях и жидкостях раны определяет течение и интенсивность репаративных процессов, а также скорость ремоделирования тканей [9].

Это положение имеет своим прикладным результатом новейшие разработки в области местного лечения ран и ожогов.

Так, ведутся работы по модификации с помощью цитокинов и рекомбинантных пептидов раневых покрытий типа Xenaderm [6] и уже получены обнадеживающие результаты.

Обращают на себя внимание результаты поиска ингибиторов металлопротеаз в ране, уже первые опыты местного использования доксициклина в этом качестве дают основание для оптимизма в отношении ранозаживляющего эффекта при хронических ранах [30].

Понимание молекулярных механизмов регуляции ангиогенеза в ране также лежит в основе новых подходов в лечении ран [35].

Ангиогенез является критическим процессом для хода процесса заживления ран [12]. Вновь образующиеся кровеносные сосуды участвуют в инициации формирования грануляционной ткани и далее обеспечивают питанием и кислородом вновь образованные растущие ткани. Ангиогенез при репарации тканей – это динамичный процесс, который строго регулируется сигналами со стороны сыворотки крови и со стороны внеклеточного матрикса в раневой среде. Ангиопоэтин или ангиогенин, а также сосудистый эндотелиальный фактор роста, кислотные и основные факторы роста фибробластов, β-трансформирующий фактор роста, фактор некроза опухолей α, тромбоцитарный фактор роста и интерлейкин-8 относятся к числу наиболее мощных ангиогенных цитокинов в ране. Их кооперация при регуляции имеет важнейшее значение для заживления раны [13, 19]. Факторы внеклеточного матрикса (такие как tenascin-C, laminin, integrin) и факторы роста находятся в динамическом двустороннем взаимодействии. Если нарушается кооперация этих компонентов, то практически неминуемо это приводит к нарушению заживления и появлению хронической раны [25].

Ангиогенин – полипептид с молекулярной массой 14 000, обладающий уникальной рибонуклеазной (рибонуклеазолитической) активностью и являющийся мощным стимулятором образования кровеносных сосудов.

В отличие от других факторов ангиогенеза, ангиогенин обладает ферментативной активностью и его аминокислотная последовательность на 33% гомологична последовательности бычьей панкреатической рибонуклеазы (РНК А) [15]. Ангиогенин разделяет общие каталитические свойства с рибонуклеазой (разрушает 3'-связь пиримидинов по механизму трансфосфорилирование/гидролиз), но его активность существенно отличается и по величине, и по специфичности [7]. Хотя ангиогенин содержит те же ключевые остатки аминокислот в активном центре, что и РНК А, он расщеплет стандартные субстраты для РНК в 105 – 106 медленнее, чем панкреатическая рибонуклеаза. Несмотря на эту очевидную слабость, каталитическая активность ангиогенина важна для его биологической роли: замена аминокислот в активном центре параллельно снижает и нуклеазную активность, и стимулирующее влияние на ангиогенез, а замена, усиливающая ферментативную активность, стимулирует способность индуцировать пролиферацию сосудов. Ангиогенин также может функционировать в качестве тРНК-специфической нуклеазы, связывающейся с актином на поверхности эндотелиальных клеток. Связавшись, ангиогенин подвергается эндоцитозу, затем транслоцируется в ядро, обеспечивая эндотелиальную инвазивность, необходимую для формирования кровеносных сосудов. Ангиогенин индуцирует ангиогенез как в нормальных, так и в опухолевых тканях. Помимо этого он снижает уровень синтеза белка путем гидролиза клеточной тРНК [18].

Впервые ангиогенин был получен из опухолевых клеток. Модуляция активности может включать взаимодействие ангиогенина с поверхностными клеточными рецепторами и внеклеточным матриксом эндотелиальных клеток [8, 34]. Ангиогенин, впервые выделенный из клеток карциномы человека, впоследствии был изолирован и из нетрансформированных клеток человека, крупного рогатого скота, кроликов, свиней и мы-

шей и даже из молока (ангиогенин-подобные белки из козьего молока) [20].

Ангиогенин, являющийся белком плазмы с ангиогенезной и рибонуклеолитической активностью, причастен к процессам заживления ран [22, 23, 24] и роста опухолевой ткани, к развитию сердечной недостаточности и астмы, наконец, к поддержанию биоценоза микрофлоры толстой кишки [4, 11]. Поскольку именно тучные клетки также связаны с модуляцией проницаемости сосудов, процессами ангиогенеза, заживлением ран и развитием астмы, то предполагают, что именно тучные клетки секретируют ангиогенин в ответ на различные раздражители [17]. Структура ангиогенина и структура рибонуклеазы представлены на рис. 1.

Наибольшие различия между двумя структурами отмечаются в сегментах 1-4, 17-23 (петля 1), 36-38 (петля 2), 58-75 (петли 4 и 5, ленты B2 и B3), 85-93 (петля 7), 109-111 (петля 9) и 117-123 [10].

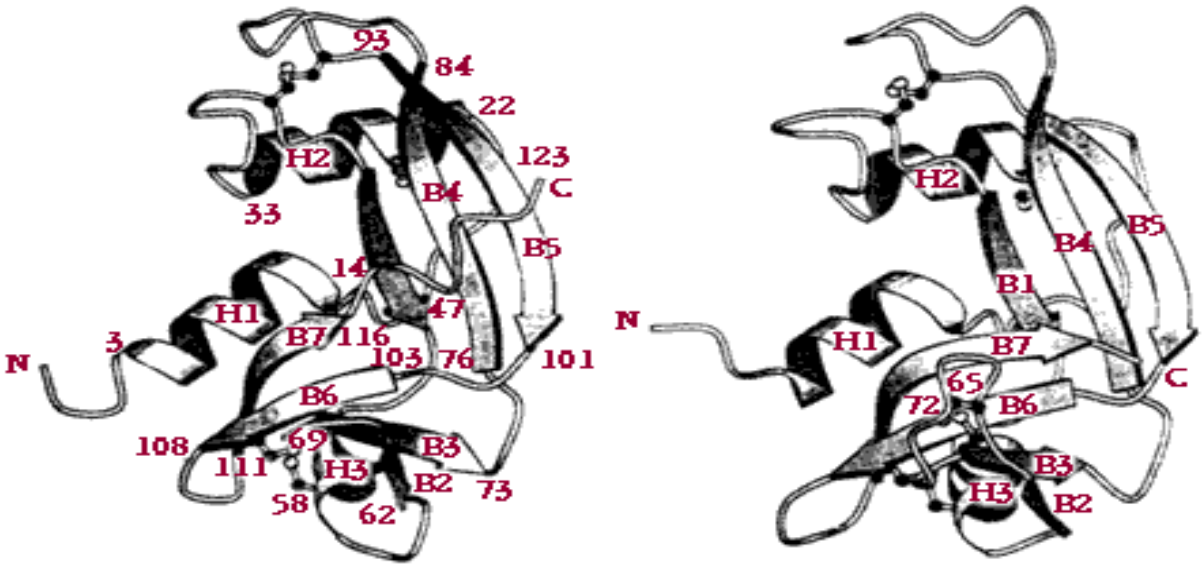
Естественно, что основная масса попыток применения ангиогенина в терапевтических целях сводится к лечению ишемии. Появилась концепция «терапевтического ангиогенеза», опубликован ряд сообщений об использовании в эксперименте и клинике ангиогенина при инфаркте миокарда, инсульте, эндартериите и других сосудистых заболеваниях, а также при боковой амиотрофическом склерозе [1, 21, 33].

Использование же ангиогенина для местного терапевтического воздействия пока находится на втором плане. Только в последнее время предпринимаются попытки использования различных препаратов, содержащих ангиогенин для стимуляции репарационных процессов.

В научно-производственной фирме ЗАО «Саяны» (Российская Федерация) создан, произведен и сертифицирован гель на основе рекомбинантного ангиогенина человека (коммерческое название «Cosmo-Genium», «Ангиосиб») [5]. Данное средство рекомендуется использовать в комплексной терапии больных с повреждениями мягких тканей и собственно кожи различного генеза (трофического, термического, хирургического) [26, 27, 28, 29].

В условиях эксперимента определено, что применение геля рекомбинантного ангиогенина человека оказывает не только стимулирующее действие на процессы регенерации ткани печени, активизируя ангиогенез, но и, улучшая микроциркуляцию, снижает развитие воспалительных процессов после нанесения хирургической травмы [2]. Эти авторы установили, что препарат при экспериментальной хирургической ране печени у крыс вызывает значительное увеличение синусной системы регионарных лимфатических узлов, что является признаком усиления дренажно-детоксикационной функции. Подтверждение этого факта можно найти в работе [3], где применение геля рекомбинантного ангиогенина приводит к формированию рубца раны печени, представленного незрелой соединительной тканью на 7 сут эксперимента, а этот же процесс в контроле происходит на 21 сут.

По данным авторов [37], в 2002 г. было проведено пилотное, проспективное исследование, направленное на выявление клинических эффектов при использовании геля рекомбинантного ангиогенина человека. Цель исследования: выявить возможные клинические эффекты при использовании гелевой формы рекомбинантного ангиогенина человека в лечении трофических язв стопы у больных с сахарным диабетом. Группу наблюдения составили 6 больных мужского и 3 женского пола, в возрасте от 55 до 70 лет включительно, страдающих сахарным диабетом II типа, осложненным развитием диабетической



А Б

Рис. 1. Трехмерная структура ангиогенина (А) и РНК (Б)

стопы нейропатической инфицированной формы. Результаты: отмечалось появление грануляций и (или) краевой эпителизации через 48 ч, что на 8-10-12 ч раньше, чем в группе контроля. Полная эпителизация поверхности трофических язв у больных группы исследования достигнута к 10-11 сут, в группе контроля – на 14-15 сут. Можно считать, что первые клинические данные подтверждают положительные экспериментальные эффекты применения ангиогенина и требуют дальнейшего клинического изучения по GCP протоколу.

Ускорение образования костной мозоли и репарации костной ткани после травматологических вмешательств также может быть достигнуто при парентеральном введении рекомбинантного ангиогенина, поскольку найдено, что уровень концентрации ангиогенных субстратов в крови и скорость заживления прямо пропорциональны [16]. Удачное восстановление поврежденного мениска при использовании ангиогенина, введенного в сустав в эксперименте с кроликами показали T. V. King и B. L. Vallee [16].

Кроме изучения геля рекомбинантного ангиогенина, идут исследования ангиогенинсодержащих субстратов. Так, амниотическую мембрану (внутренний слой плаценты), содержащую ангиогенные факторы, среди которых основным был ангиогенин, но присутствовали также интерферон-γ и интерлейкин-6, использовали с успехом в офтальмологии для получения бактериостатического, противовоспалительного эффектов, ингибирования протеаз и предотвращения формирования рубцов на роговице [31, 32]. Высказывается предположение, что именно амнион, как источник сбалансированных ангиогенных и ростовых факторов, может быть полезным при лечении острых и хронических ран [14].

Таким образом, ангиогенин может считаться перспективной субстанцией для создания новых ранозаживляющих препаратов. Исследования в этом направлении могут иметь своим следствием новое поколение препаратов с ангиогенной активностью, способных решить проблему заживления хронических ран и язв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлева Е. П. Морфологическая оценка эффективности лечения экспериментальной ишемии конечности рек-ангиогенином /Е. П. Бурлева, Н. Б. Крохина, Н. П. Мертвецов //Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2002. – №2. – С. 27 – 33.

2. Ибраимов А. С. Влияние ангиогенина на репаративные процессы при экспериментальной асептической ране печени /А. С. Ибраимов, А. А. Бейсембаев, В. Т. Давыдов //Морфология и хирургия. – Новосибирск, 2002. – Вып. 3. – С. 61 – 62.

3. Кулбачаев Б. К. Регенераторные процессы в экспериментальной ране печени при интраоперационном применении геля рекомбинантного ангиогенина человека /Б. К. Кулбачаев, А. С. Ибраимов //Хирургия, морфология, лимфология: Сб. тр. НЦРВХ. – Бишкек, 2003. – Вып. 1. – С. 37 – 41.

4. Мертвецов Н. П. Ангиогенин и механизм ангиогенеза /Н. П. Мертвецов, Л. Е. Стефанович. – Новосибирск: Наука, 1997. – 78 с.

5. Патент РФ № 2002102856/13. Химирная плазмида pZZSA для экспрессии химерного белка ангиогенина и штамм Escherichia coli BL 21(DE3) pZZSA – продуцент рекомбинантного химерного белка ангиогенина человека /Н. П. Мертвецов, Ю. А. Рамазанов, В. Ф. Майстренко //Номер публикации патента: 2221043.

6. Abraham L. M. Xenaderm: an essential wound care therapy //Adv. Skin. Wound. Care. – 2010. – V. 23. – P. 73 – 76.

7. Angiogenin is a cytotoxic, tRNA-specific ribonuclease in the Rnase A superfamily /S. K. Saxena, S. M. Rybak, R. T. Davey et al. //J. Biol. Chem. – 1992. – №267. – P. 982 – 986.

8. Badet J. In vivo and in vitro studies of angiogenin – a potent angiogenic factor /J. Badet, F. Soncin, T. N'Guyen //Blood Coagul Fibrinolysis. – 1990. – V. 1. – P. 721 – 724.

9. Baker E. A. Proteinases, their inhibitors, and cytokine profiles in acute wound fluid /E. A. Baker, D. J. Leaper //Wound Repair Regen. – 2000. – V. 8. – P. 392 – 398.

10. Crystal structure of human angiogenin reveals the structural basis for its functional divergence from ribonuclease /K. R. Acharya, R. Shapiro, S. C. Allen et al. //Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A. – 1994. – V. 91. – P. 2915 – 2919.

11. Curran T. P. Alteration of the enzymatic specificity of human angiogenin by site-directed mutagenesis. /T. P. Curran, R. Shapiro, J. F. Riordan //Biochemistry. – 1993. – V. 9, №32. – P. 2307 – 2313.

12. Dнaz-Flores L. Angiogenesis: an update /L. Dнaz-Flores, R. Gutierrez, H. Varela //Histol Histopathol. – 1994. – V. 9. – P. 807 – 843.

13. Distler J. H. Angiogenic and angiostatic factors in the molecular control of angiogenesis /J. H. Distler, A. Hirth, M. Kurowska-Stolarska //Q. J. Nucl. Med. – 2003. – V.47. – P. 149 – 161.

14. Fett J. W. Isolation and characterization of angiogenin, an angiogenic protein from human carcinoma cells /J. W. Fett, D. J. Strydom, R. R. Lobb // Biochemistry. – 1985. – V. 24, №24. – P. 5480 – 5486.

15. Harper J. W. A covalent angiogenin/ribonuclease hybrid with a fourth disulfide bond generated by regional mutagenesis /J. W. Harper, B. L. Vallee //Biochemistry. – 1989. – V. 21, №28. – P. 1875 – 1884.

16. King T. V. Neovascularisation of the meniscus with angiogenin. An experimental study in rabbits / T. V. King, B. L. Vallee //J. Bone. Joint. Surg. Br. – 2003. – V. 73. – P. 587 – 590.

17. Kulka M. Human mast cells synthesize and release angiogenin, a member of the ribonuclease A (Rnase A) superfamily /M. Kulka, N. Fukuishi, D. D. Metcalfe //J. Leukoc. Biol. – 2009. – V. 86. – P. 1217 – 1226.

18. Lee F. S. Characterization of ribonucleolytic

activity of angiogenin towards tRNA /F. S. Lee, B. L. Vallee //Biochem. Biophys. Res. Commun. – 1989. – V. 161. – P. 121 – 126.
19. Li J. Angiogenesis in wound repair: angiogenic growth factors and the extracellular matrix /J. Li, Y. P. Zhang, R. S. Kirsner //Microsc. Res. Tech. – 2003. – V. 60, №1. – P. 107 – 114.
20. Maiti T. K. Isolation and characterization of an angiogenin-like protein from goat plasma /T. K. Maiti, S. Dasgupta //Protein. Pept. Lett. – 2002. – №9. – P. 283 – 288.
21. Mechanisms of deregulated response to hypoxia in sporadic amyotrophic lateral sclerosis: A clinical study /C. Moreau, D. Devos, P. Gosset et al. // Rev. Neurol. – 2009. – V. 4. – P. 636 – 637.
22. Role of glutamine-117 in the ribonucleolytic activity of human angiogenin /N. Russo, R. Shapiro, K. R. Acharya et al. //Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1994. – V. 12, №91. – P. 2920.
23. Role of glutamine-117 in the ribonucleolytic activity of human angiogenin /N. Russo, R. Shapiro, K. R. Acharya et al. //Proc. Natl. Acad. Sci. U S A. – 1994. – V. 12. – №92. – P. 2928.
24. Rybak S. M. Base cleavage specificity of angiogenin with Saccharomyces cerevisiae and Escherichia coli 5S RNAs /S. M. Rybak, B. L. Vallee //Biochemistry. – 1988. – V. 5, №27. – P. 2288 – 2294.
25. Schultz G. S. Interactions between extracellular matrix and growth factors in wound healing /G. S. Schultz, A. Wysocki //Wound. Repair. Regen. – 2009. – №17. – P. 153 – 162.
26. Shapiro R. Characteristic ribonucleolytic activity of human angiogenin. /R. Shapiro, J. F. Riordan, B. L. Vallee //Biochemistry. – 1986. – V. 17, №25. – P. 3527 – 3532.
27. Shapiro R. Isolation of angiogenin from normal human plasma /R. Shapiro, D. J. Strydom, K. A. Olson //Biochemistry. – 1987. – V. 11, №26. – P. 5141 – 5146.
28. Shapiro R. Role of lysines in human angiogenin: chemical modification and site-directed mutagenesis /R. Shapiro, E. A. Fox, J. F. Riordan // Biochemistry. – 1989. – V. 21. – P. 1726 – 1732.
29. Shapiro R. Site-directed mutagenesis of histidine – 13 and histidine – 114 of human angiogenin. Alanine derivatives inhibit angiogenin-induced angiogenesis /R. Shapiro, B. L. Vallee //Bioche-mistry. – 1989. – V. 5, №28. – P. 7401 – 7408.
30. Stechmiller J. The Role of Doxycycline as a Matrix Metalloproteinase Inhibitor for the Treatment of Chronic Wounds /J. Stechmiller, L. Cowan, G. Schultz //Biol. Res. Nurs. – 2009. – V. 22. – P. 4293 – 4295.
31. Steed D. L. Amnion-derived Cellular Cytokine Solution: A Physiological Combination of Cytokines for Wound Healing /D. L. Steed, C. Trumpower, D. Duffy //Eplasty. – 2008. – V. 7. – №8. – P. 18.
32. Strydom D. J. Amino acid sequence of human tumor derived angiogenin /D. J. Strydom, J. W. Fett, R. R. Lobb //Biochemistry. – 1985. – V. 24, №24. – P. 5486 – 5494.
33. Therapeutic potential of angiogenin modified mesenchymal stem cells: angiogenin improves mesenchymal stem cells survival under hypoxia and enhances vasculogenesis in myocardial infarction /X. H. Liu, C. G. Bai, Z. Y. Xu et al. //Microvasc. Res. – 2008. – №76. – P. 23 – 30.
34. The widespread expression of angiogenin in different human cells suggests a biological function not only related to angiogenesis /M. Moenner, M. Gusse, E. Hatzi et al. //Eur. J. Biochem. – 1994. – V. 1, №226. – P. 483 – 490.
35. Tonnesen M. G. Angiogenesis in wound healing /M. G. Tonnesen, X. Feng, R. A. Clark //J. Investig. Dermatol. Symp. Proc. – 2000. – №5. – P. 40 – 46.
36. Ward R. S. Topical agents in burn and wound care /R. S. Ward, J. R. Saffle //Phys. Ther. – 1995. – №75. – P. 526 – 538.
37. Weiss S. The systemic angiogenic response during bone healing /S. Weiss, G. Zimmermann, T. Pufe //Arch. Orthop. Trauma. Surg. – 2009. – №129. – P. 989 – 997.
38. Wolbank S. Impact of human amniotic membrane preparation on release of angiogenic factors / S. Wolbank, F. Hildner, H. Redl //J. Tissue. Eng. Regen. Med. – 2009. – №3. – P. 651 – 654.
39. Zhang G. A. Application of topical drugs in burn wound //Zhonghua Shao Shang Za Zhi. – 2008. – №24. – P. 346 – 348.

Поступила 19.05.10

A. Y. Gulyayev, S. V. Lokhvitski, B. A. Tusupkhanov
WOUND HEALING EFFECTS OF MAN'S RECOMBINED ANGIOGENIN

In the results of use of natural angiogenins complex in treatment of wounds the quickest decontamination of wound from mictoflora, earliest clearance of wound surface from necrotic tissues, activation of reparative processes, early epithelization can be achieved.

А. Е. Гуляев, С. В. Лохвицкий, Б. А. Түсіпханов
АДАМНЫҢ РЕКОМБИНАНТТЫ АНГИОГЕНИНІНІҢ ЖАРАҚАТТЫ ЖАЗУДАҒЫ ӘСЕРІ

Жарақаттарды жазуда табиғи ангиогениндер кешенін қолдану арқылы микрофлорадан болған жараны жылдамырақ емдеуге, жараның орнын шіріген тіндерден тезірек тазартуға, сол сияқты репративті үдерістердің белсенділігіне, ерте эпителизацияға қол жеткізуге болатыны анықталған.

С. М. Омирбаева, К. Е. Амреева

СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК (Караганда)

Вопросы создания здоровых и безопасных условий труда постоянно находятся в сфере внимания всех уровней государственной власти. Сохранение профессионального здоровья, профессионального долголетия за счет прогрессивных технологий, сокращение заболеваемости и травматизма является одной из основных задач государства и основой его социальной политики, предопределяет возможности и темпы экономического развития страны [27]. В медицине труда сегодня особое внимание уделяется изучению состояния здоровья работающих, критериев оценки факторов риска, повышению диагностических и лечебно-реабилитационных возможностей при профессиональных и производственно-обусловленных заболеваниях.

В гигиенической литературе термин «риск» впервые был использован в 1971 г. в рекомендации Международной организации по стандартизации (ИСО) при оценке вероятности потери слуха от шума. Вскоре МОТ приняла «Конвенцию о защите трудящихся от профессионального риска, вызываемого загрязнением воздуха, шумом и вибрацией на рабочих местах» [9].

Известно, что профессиональные и производственно-обусловленные заболевания при одних и тех же условиях труда и стаже возникают не у всех работающих. Выявляемые симптомы и синдромы обнаруживаются в разные сроки и имеют различную выраженность, что формирует клинический полиморфизм, определяет виды и объемы диагностических приемов лечебно-реабилитационных вмешательств.

Актуальными проблемами медицины труда являются оценка устойчивости организма к воздействию вредных производственных факторов при выборе профессий, разработка критериев индивидуального прогноза риска развития профессиональной и производственно-обусловленной патологии, тактика лечения и реабилитационных мероприятий, новых подходов к современным направлениям профилактики [19].

Безопасность условий труда при работе с химическими веществами базируется на соблюдении санитарных правил и гигиенических нормативов по организации медико-профилактической помощи работающим. Использования только гигиенических нормативов как единственного инструмента управления качеством производственной среды недостаточно. Выявляемое на производствах превышение гигиенических нормативов обусловливает необходимость разработки информативных показателей, включающих аргументированную оценку эффекта воздействия условий труда на здоровье работающих. К числу таких показателей относится оценка профессионального риска [13, 16, 22, 25].

Международная методология концепции оценки риска для здоровья работающих широко применяется в России и Республике Казахстан. Методология оценки профессионального риска апробирована на ряде предприятий химического производства, в частности, нефтехимических и нефтеперерабатывающих производств [4, 15, 16]. Рассчитаны величины риска по показателям коллективного и индивидуального здоровья, на их основе разработаны концептуальные модели системы оценки рисков и управления ими [33].

Оценивая величину профессионального риска, следует иметь в виду возможность суммирования профессионального риска и риска от воздействия химических факторов окружающей среды для контингента работающих, которые проживают в экологически неблагоприятных районах. Исследования последних лет свидетельствуют о существенном вкладе в формирование показателей состояния здоровья населения при оценке риска уровней нарушения здоровья работников, занятых на производствах с вредными условиями труда, от воздействия факторов окружающей среды в том или ином регионе.

В Республике Казахстан проведены исследования с использованием концепции оценки риска. Так, выявлена этиологическая доля и доказана роль основных классических факторов риска, предрасполагающих к развитию сердечно-сосудистой патологии у шахтеров-угольщиков [14, 17,18].

Оценено влияние воздействия пылевой нагрузки и стажа работы при на сроки формирования бронхолегочной патологии при воздействии хризотил-асбеста [3]. Научно обоснована кон-цепция управления здоровьем работников горнорудного производства с позиции анализа профессиональных рисков, оценен уровень профессионального риска по показателям априорной и апостериорной оценки [1, 2, 6]. Обоснованы закономерности формирования патологии бронхолегочной системы при воздействии бериллия [10, 11]. На основе методологии оценки риска доказана профессиональная обусловленность язвенной бо-лезни и 12-перстной кишки, желчнокаменной бо-лезни у рабочих хлопкового кластера [11, 20, 24].

Методология оценки профессионального риска при воздействии химических факторов требует дальнейшего развития и совершенствования. Важнейшим условием решения этой проблемы являются разработка и внедрение мониторинга условий труда, биомониторинга, регистра по профессиональным заболеваниям с учетом их исходов; разработка критериев для отнесения отдельных нозологических форм непрофессиональных заболеваний к категории производственно обусловленных на основе априорных и

апостериорных рисков; совершенсто математических моделей для оценки индивидуального и коллективного профессионального риска при воздействии химических веществ [26].

В публикациях ВОЗ по концепции оценки риска влияния на здоровье факторов окружающей и производственной среды широко обсуждается проблема выявления и использования показателей индивидуальной чувствительности (биомаркеры восприимчивости), показателей воздействия на организм (биомаркеры экспозиции) и показателей раннего выявления воздействия (биомаркеры эффекта) [28]. Биохимические, иммунологические и другие признаки (биомаркеры восприимчивости/устойчивости) позволяют выявить молекулярные основы, механизмы и причинную связь между действующими производственными факторами и возникающими патологическими изменениями. Биомаркеры восприимчивости при их выявлении могут служить основанием для выделения лиц, обладающих повышенной чувствительностью к воздействию производственных и экологических факторов.

В этой связи к числу новых технологий следует отнести анализ полиморфизма белковых систем, регулируемых известными генами или генами-кандидатами, которые патогенетически могут быть связаны с развитием заболевания либо участвовать в метаболизме воздействующих токсичных веществ.

Однако работ по изучению вклада генетической компоненты в развитие того или иного профессионального заболевания с использованием современных молекулярно-генетических методов недостаточно, хотя в последние годы интерес к данной проблеме возрос. В исследованиях последних лет установлено, что встречаемость определенных фено- и генотипов, гомо- и гетерозиготность могут рассматриваться как факторы повышенной восприимчивости или, напротив, устойчивости к вредным воздействиям производственной среды. Такие данные были получены при изучении пневмокониозов, флюороза, хронического профессионального бронхита [8, 12, 29, 30, 31].

Показатели индивидуальной чувствительности организма имеют большое значение для выявления влияний профессиональных вредностей в группе производственно-обусловленных заболеваний. Это гипертоническая и язвенная болезнь при видах труда, связанного с нервным напряжением, патология опорно-двигательного аппарата – остеопатии, обусловленные профессиональной деятельностью, которые в последнее время все чаше возникают на фоне остеопороза, а также широко распространенные болезни этого класса, которые также отнесены к производственно-обусловленным: шейно-плечевой болевой синдром, боли в поясничном отделе позвоночника [32].

При нервно-эмоциональном остром и хроническом стрессе биохимические процессы являются очень сложными и многокомпонентными. Вместе с тем показано, что в предрасположенности к эмоциональному стрессу и возможному развитию определенных форм соматической патологии играют роль индивидуальные особенности организма: до нарушений вегетативных функций происходит нейрохимическая перестройка. В механизмах устойчивости или чувствительности к стрессу особое значение имеет взаимодействие стресс-реализующей и стресс-лимитирующей систем, которые представлены многочисленными медиаторами и молекулярными структурами, находящимися под генетическим контролем.

Показатели профессиональной заболеваемости являются объективным критерием оценки профессионального риска при условии обеспечения высокого качества периодических медицинских осмотров работающих во вредных условиях труда и при наличии данных о возрастно-стажевом и профессиональном составе не только больных, но и работающих.

Одной из отраслей промышленности, где сохраняются высокие уровни профессиональной заболеваемости и вредные условия труда, является черная металлургия. В литературе имеются данные о влиянии вредных условий труда в металлургической промышленности на сердечно-сосудистую систему. Однако мало известно о неблагоприятном влиянии нагревающего микроклимата на функции печени и желчевыводящих путей, почек, а также на состояние репродуктивного здоровья. Имеются лишь единичные работы, хотя наиболее значимыми биохимическими мишенями воздействия вредных факторов являются печень и почки [34, 35].

Под воздействием вредных и опасных производственных факторов уже при небольшом стаже работы возникает высокий риск патологии мочевыделительной и гепатобилиарной систем, а также репродуктивного здоровья у рабочих черной металлургии [23, 36].

На основании концепции клинической эпидемиологии как базы доказательной медицины [37] разработана классификация профессиональной обусловленности нарушений здоровья в зависимости от относительного риска (RR) и этиологической доли (EF). В ней величины RR выбраны по степенной шкале с социальным контекстом: вклад неблагоприятных факторов в развитие болезни составляет треть, половину, две трети и т. д., что важно для экспертизы. Шкала отражает различия частоты нарушений, определяя меру детерминированности, патогномоничности признаков болезни. Подход применим и к оценке экозависимой патологии.

Для определения связи фактора риска с возникновением заболевания был предложен набор признаков, опираясь на которые можно решить вопрос о том, является ли связь между болезнью и некоторым фактором среды причинно-следственной или только корреляционной: последовательность во времени (причина пред-

шествуют эффекту), сила связи (большой относительный риск), зависимость дозы от эффекта, обратимость, устойчивость (эффект наблюдается разными исследователями независимо от места, условий и времени), биологическое правдоподобие (эффект согласуется с современными научными представлениями), специфичность (одна причина приводит к одному эффекту), аналогия (причинно-следственная связь установлена уже для сходного воздействия или болезни) [42]. Действующий причинный фактор во многих случаях является фактором риска развития того или иного заболевания. Однако многие болезни развиваются постепенно, и между воздействием факторов риска и первыми клиническими проявлениями заболевания проходят годы.

В настоящее время изучение влияния факторов среды обитания на население чаще основывается на эпидемиологических исследованиях. Они помогают получить важную информацию, касающуюся таких аспектов неблагоприятного воздействия факторов экологического риска, как отдаленные, комплексные и неспецифические эффекты. Связь фактора риска с заболеванием чаще измеряется двумя количественными характеристиками – атрибутивным и относительным рисками (АР и ОР). Величина АР указывает, на сколько процентов увеличивается число заболевших среди подвергшихся влиянию фактора, а ОР дает возможность определить, во сколько раз увеличивается вероятность заболеть. В качестве эпидемиологических критериев целесообразно использовать значимые величины АР и ОР. К безусловным клиническим примерам экологического диагноза можно относить новые болезни химической этиологии (болезнь Минимата, Феера и др.) и эндемические болезни (эндемический зоб, флюороз и др.) [5, 38, 39, 41].

Таким образом, анализ литературных источников свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования и использования методологии оценки риска для диагностики экологически детерминированных расстройств в здоровье. Основным подходом в диагностике экологозависимой патологии следует считать поиск индикаторной патологии на популяционном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баттакова Ж. Е. Гигиеническая оценка характера труда горнорабочих подземной добычи полиметаллических руд //Астана мед. журн. – 2008. – №1. – С. 59 – 63.
2. Баттакова Ж. Е. Комплексные подходы к профилактическим мероприятиям работников горнорудного производства //Стратегические вопросы мировой науки: Сб. науч. тр. – Днепропетровск, 2009. – С. 77 – 80.
3. Баттакова Ж. Е. Современные методы оценки здоровья работающего населения с позиции профессиональных рисков //Вестн. мед. центра Управления делами президента Республики Казахстан. – 2007. – №3. – С. 98 – 101.
4. Башарова Г. Р. Профессиональный риск ущерба здоровью и обоснование критериев его оценки (на примере хлорорганического производства): Автореф. дис. …д-ра мед. наук. – М., 1999. – 44 с.
5. Биглхол Р. Основы эпидемиологии /Р. Биглхол, Р. Бонита, Т. Кьельстрем. – Женева, 1994. – С. 259.
6. Газалиева М. А. Гигиеническая характеристика технологического процесса и условий труда бериллиевого производства //Медицина и экология. – 2008. – №2. – С. 23 – 26.
7. Газалиева М. А. Профессиональные вредности и состояние здоровья работающих бериллиевого производства //Наука и здравоохранение. – 2007. – №3. – 85 – 87.
8. Генетический полиморфизм и профессиональные заболевания: итоги 10-летних исследований /В. А. Спицын, С. В. Макаров, Г. В. Пай, и др. //Вестн. РАМН. – 2000. – №5. – С. 27 – 32.
9. Гигиена труда. Введение в специальности / Е. Н. Сраубаев, С. Р. Жакенова, А. И. Галаева и др. /Метод. пособие. – Караганда, 2010. – 87 с.
10. Досыбаева Г. Н. Особенности изменений функционального состояния желудочно-кишечного тракта у рабочих при воздействии вредных факторов хлопкового производства //Актуальные вопросы охраны здоровья работающего населения: Сб. науч. тр. Центра гигиены труда и проф. заболеваний. – Караганда, 2008. – С. 403 – 406.
11. Досыбаева Г. Н. Факторы риска гастродуоденальной патологии у работающих в хлопковой отрасли //Поиск. – 2009. – №3. – С. 93 – 99.
12. Егорова А. М. Оценка профессионального риска патологии мочевыделительной, гепатобилиарной систем и репродуктивного здоровья у металлургов //Гигиена и санитария. – 2009. – №2. – С. 94 – 96.
13. Жеглова А. В. Профессиональный риск и критерии нарушения здоровья работников горнорудный промышленности //Медицина труда и пром. экология. – 2009. – №5. – С. 14 – 18.
14. Ибраев С. А. Оценка риска формирования асбестоза у рабочих в условиях воздействия пыли хризотил-асбеста /С. А. Ибраев, А. У. Аманбекова, Г. С. Полтарецкая //Матер. III Всерос. съезда врачей-профпатологов. – Новосибирск, 2008. – С. 525.
15. Измеров Н. Ф. Основы управления риском ущерба здоровью в медицине труда /Н. Ф. Измеров, Э. И. Денисов, Н. Н. Молодкина //Медицина труда и пром. экология. – 1998. – №3. – С. 1 – 9.
16. Измерова Н.Ф. Профессиональный риск для здоровья работников /Под ред. Н. Ф. Измерова, Э. И. Денисова. – М., 1998. – 448 с.
17. Карабаева Р. Ж. Артериальная гипертония как производственно обусловленная патология работников угольной промышленности //Медицина. – 2007. – №3. – С. 99 – 101.
18. Карабаева Р. Ж. Эпидемиологические аспекты диагностики производственно обусловленных заболеваний //Медицина и экология. – 2006. –

№3. – С. 30 – 33.
19. Кузьмина Л. П. Генетико-биохимические исследования в медицине труда //Вестн. РАМН. – 2001. – №10. – С. 89 – 91.
20. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт) /С. Л. Авалиани, М. М. Адрианова, Е. В. Печенникова, О. В. Пономарева. – М., 1996. – С. 158.
21. Онищенко Г. Г. Состояние условий труда и профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации //Гигиена и санитария. – 2009. – №1. – С. 29 – 33.
22. Оценка риска как инструмент социально-гигиенического мониторинга /Б. А. Кацнельсон, Л. И. Привалова, С. В. Кузьмин и др. – Екатеринбург, 2001. – 244 с.
23. Пиктушанская Т. Е. Оценка апостериорного профессионального риска шахтеров-угольщиков //Медицина труда и пром. экология. – 2009. – №1. – С. 32 – 37.
24. Помыткина Т. Е. Производственно обусловленные заболевания органов пищеварения у работников химических производств Западной Сибири /Т. Е. Помыткина, А. Н. Першин //Гигиена и санитария. – 2010. – №1. – С. 62 – 66.
25. Прокопенко Л. В. Научное обоснование системы оценки и управления профессиональным риском развития заболеваний в условиях современного производства и среды обитания /Л. В. Прокопенко, Л. А. Соколов //Медицина труда и пром. экология. – 2009. – №12. – С. 5 – 10.
26. Профессиональный риск при воздействии химического фактора /Н. Ф. Измеров, А. И. Халепо, Г. К. Радионова и др. //Вестн. РАМН. – 2002. – №9. – С. 11 – 15.
27. Региональная «система медицина труда» – эффективная модель оценки и управления профессиональными рисками /С. В. Кузьмин, В. Б. Гурвич, В. Г. Климин и др. //Медицина труда и пром. экология. – 2010. – №2. – С. 1 – 4.
28. Спицын В. А. Проявление генов в условиях негативной антропогенной среды: избирательная генетически обусловленная чувствительность к асбесту /В. А. Спицын, Г. В. Цурикова, И. С. Афанасьева //Вестн. РАМН. – 1992. – №4. – С. 46 – 52.
29. Сюрин С. А. Бронхолегочная патология у рабочих, занятых подземной добычей медно-никелевой руды /С. А. Сюрин, А. А. Деревоедов, А. Н. Никанов //Гигиена и санитария. – 2008. – №3. – С. 27 – 29.
30. Тарасова Л. А. Проблема генетико-биохимических основ индивидуальной чувствительности в медицине труда /Л. А. Тарасова, Л. П. Кузмина, А. А. Каспарова //Медицина труда и пром. экология. – 1998. – №4. – С. 3 – 4.
31. Тулакин А. В. Гигиенические проблемы производства и применения минеральных удобрений /А. В. Тулакин, Л. Е. Механтьева //Гигиена и санитария. – 2008. – №1. – С. 42 – 45.
32. Устьянцев С. Л. Оценка тяжести, напряженности труда в ряде профессий трубопрокатного производства /С. Л. Устьянцев, А. В. Константинова, Е. А. Смирнов //Гигиена и санитария. – 2008. – №1. – С. 38 – 42.
33. Факторы риска и сердечно-сосудистая патология /С. К. Карабалин, Д. С. Абзалиева, Р. Ж. Карабаева и др. //Матер. I междунар. науч. конф. «Экологические и медицинские проблемы возникновение донозологических состояний в условиях мегаполисов». – СПб., 2005. – С. 241 – 242.
34. Федина И. Н. Оценка риска формирования патологии органов дыхания у промышленных рабочих /И. Н. Федина, И. А. Журихина, А. В. Гаврилов //Гигиена и санитария. – 2010. – №1. – С. 66 – 68.
35. Федорова Н. Г. Вредные факторы металлургического производства и развитие стоматологической патологии /Н. Г. Федорова, О. Н. Тумшевиц //Гигиена и санитария. – 2008. – №4. – С. 47.
36. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология /Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер //Основы доказательной медицины. – М., 1998. – С. 33. – 36.
37. Щеплягина Л. А. Подходы к оценке воздействия на детей промышленного загрязнения окружающей среды //Медицина труда и пром. экология. – 1999. – №9. – С. 28.
38. Щеплягина Л. А. Экологическая эпидемиология в педиатрии /Л. А.Щеплягина , Г. В. Римарчук //Медицина труда и пром. экология. – 2000. – №1. – С. 25 – 27.
39. Эпидемиологические подходы к диагностике экологозависимых болезней /С. В. Нагорный, В. Г. Маймулов, Е. В. Олейникова и др. //Медицина труда и пром. экология. – 2002. – №1. – С. 31 – 35.
40. Bradford-Hill A. B. //Proc. Roy. Soc. Med. – 1965. – V. 58. – P. 295 – 300.
41. Ed D. Human and Ecological. Risk Assessment: Teory and Practice /D. Ed, J. Paustenbach. – New-York, 2002. – 245 p.

S. M. Omirbayeva, K. Y. Amreyeva

PROFESSIONAL AND ECOLIGICAL RISKS ESTIMATION QUESTION STATE

The literature review which is dedicated to professional ecological risks estimation questions and improvement of methodological approach to estimation of ecological and process of production factors for population health is given in this article.

С. М. Өмірбаева, К. Е. Әміреева
КӘСІБИ ЖӘНЕ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІПТЕРДІ БАҒАЛАУ ЖАҒДАЙЫ

Бұл мақалада кәсіби және экологиялық қауіптерді бағалау сұрағы мен тұрғындар денсаулығына экологиялық және өндірістік факторларды бағалауда қолданылатын әдістемелік жолды жетілдіруге арналған әдеби шолу берілген.

А. А. Кнаус

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ АСКАРИДОЗА

Кафедра инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета

Аскаридоз – распространенное инфекционное заболевание, отличительной особенностью которого является полиморфизм клинических проявлений [22, 26]. Возбудитель аскаридоза – Ascaris lumbricoides относится к семейству Ascaridae Baird, существует в двух разных популяциях: взрослые особи, паразитирующие в человеке, и яйца, находящиеся во внешней среде.

Аскариды – крупные, раздельнополые гельминты, веретенообразной формы в живом состоянии розовато-белого цвета. Длина самца – 15-20 см. Самка значительно больше самца, ее длина достигает 25-40 см. Взрослые аскариды живут в тонком кишечнике человека. Достигнув половозрелой стадии, самки откладывают ежесуточно около 200-400 оплодотворенных яиц. Яйца вместе с фекалиями больного поступают во внешнюю среду, что является обязательным этапом их развития, т.к. функционирование яиц в кишечнике человека не может происходить из-за отсутствия достаточного количества кислорода. Толстая многослойная оболочка яйца хорошо защищает его от вредных воздействий внешней среды. Оплодотворенные яйца выделяются во внешнюю среду еще в неинвазионном состоянии. Они становятся инвазионными только после созревания, в процессе которого в течение 2-3 нед. при условии достаточной влажности, доступа кислорода, оптимальной температуры 24ºС в яйце образуется личинка. Через 10-12 сут личинка линяет и превращается в инвазионную форму, которая при умеренной температуре жизнеспособна около 6 мес. При неблагоприятных условиях внешней среды созревание яйца происходит лишь через 1-2 мес.

Механизм передачи инфекции – фекально-оральный, пути – пищевой и водный, факторами передачи являются немытые овощи, зелень, ягоды. Больной человек не является контагиозным, т.к. гельминт проникает в организм человека на одной стадии развития, а покидает его на другой [27, 28, 30, 36, 38].

В гельминтозном процессе выделяют 3 основных компонента:

– жизнедеятельность гельминтов (их онтогенетическое развитие в организме хозяина, локализация, эндоэкология);

– взаимоотношения гельминтов с органами и тканями хозяина, их механическое и токсическое воздействие, равно как и реакции со стороны хозяина;

– защитные реакции, которые ограничивают жизнедеятельность гельминтов и их патологический эффект и, в свою очередь, могут явиться патологическим фактором (аллергические, иммунопатологические проявления гельминтозов) [22, 31, 40].

Жизнедеятельность аскарид в организме человека изучена достаточно хорошо [3, 4, 8]. Спустя несколько часов после попадания зрелого яйца аскариды в организм человека, в просвете тонкого кишечника из них появляются личинки, которые проникают в венозные сосуды слизистой оболочки и с током крови попадают в систему воротной вены, в нижнюю полую вену, в правую половину сердца, а затем в капиллярную сеть легких. В процессе миграции личинки растут, достигая 2-2,4 мм. С током крови личинки попадают в печень и легкие, оттуда в бронхи, трахею, а затем при откашливании вместе с мокротой – в глотку и, наконец, в ротовую полость. Оттуда личинки вместе со слюной попадают в тонкую кишку, где развиваются во взрослых особей. Весь период миграции личинок длится около 2-3 недель (миграционная фаза). В тонком кишечнике паразиты достигают половой зрелости (кишечная фаза).

Существование и развитие гельминта в кишечнике продолжается около года, после чего он погибает. Аскариды достигают половой зрелости через 2-3 мес. после их проникновения в организм человека и начинают откладывать яйца с появлением их в фекалиях. Выделение яиц продолжается в течение нескольких месяцев. Продолжительность жизни аскарид – до 1,5 лет.

Патогенез и клинические признаки аскаридоза зависят от взаимоотношения гельминта с органами и тканями хозяина, его механического и токсического воздействия (2 компонента гельминтозного процесса), что определяет фазу заболевания. В первой, миграционной фазе, реакция организма в основном связана с механическими повреждениями кишечника, печени, легких и выраженной сенсибилизацией организма, нередко по типу гиперчувствительности [3, 12, 22]. Инвазия личинками аскарид приводит к изменению активностью холинэстераз, что было доказано в эксперименте на морских свинках. Приводятся также данные, указывающие на биохимические сдвиги, изменения изоэнзимного спектра ферментов и белкового обмена в период

адаптации к паразитированию [22, 29].

Вторая, кишечная фаза, протекает разнообразно или бессимптомно. Но даже бессимптомное течение аскаридоза оказывает выраженное патогенное воздействие аскарид на организм человека [3, 8, 14]. Кишечная фаза паразитирования аскарид приводит к гиперемии и дегенеративным процессам, возникновению точечных кровоизлияний и эрозий в стенке кишечника, что способствует проникновению бактериальной флоры и обусловливает развитие энтеритов и энтероколитов.

Прикрепляясь к стенке кишечника головным концом, на котором есть ротовое отверстие, аскарида всасывает питательные вещества. Инвазия аскаридами практически у 100% обследованных нарушала механизмы переваривания и всасывания пищи, изменяла активность кишечных энтерокиназы и щелочной фосфатазы, кислотообразующую функцию желудка у 30-40% больных со снижением кислотности желудочного сока, вплоть до анацидоза и угнетения пепсинообразовательной функции, причем тем чаще, чем длительнее заболевание. Она снижает экскрецию витаминов группы В, вызывает выраженную анемию, конкурируя за питательные вещества [20, 22, 30].

В кишечнике аскариды удерживаются, упираясь своими концами в стенку кишки. Поэтому они весьма мобильны, могут спускаться и подниматься по ходу кишечника, проникать в желудок, а далее через пищевод и глотку – в дыхательные пути и даже лобные пазухи. При рвоте аскариды могут попасть из глотки в дыхательные пути и вызывать удушье. Тяжелые проявления наступают при проникновении аскарид в печень, поджелудочную железу и другие органы. Взрослые гельминты могут травмировать своими острыми концами стенку кишечника, а скопления аскарид иногда становятся причиной механической непроходимости. Спиральными движениями гельминт может пробуравливать стенки кишечника, проникать в небольшие отверстия (например, фатеров сосок) и закупоривать их. В редких случаях возможно заползание аскарид в червеобразный отросток с развитием аппендицита. Раздражение нервных окончаний, токсическое влияние на них продуктами жизнедеятельности гельминтов порой становится причиной непроходимости кишечника [4, 12, 20, 29].

В научной литературе имеются данные о нарушении гельминтами микроэкологического равновесия в просвете кишечника с развитием дисбактериоза: аскариды поглощают пиридоксин (витамин В6), ретинол (витамин А) и аскорбиновую кислоту (витамин С), что, как правило, сопровождается дисбактериозом кишечника [7, 11, 16] и служит пусковым механизмом возникновения, а затем и поддержания патологических процессов в организме человека.

Данные исследования проводились преимущественно в 70-ые гг. и в начале 80-х гг. прошлого столетия. В более поздних научных работах [9, 10, 13, 25, 35] имеются лишь упоминания о возможном влиянии гельминтов на кишечную микрофлору. Учитывая, что микробиология как наука в настоящее время имеет новые знания и достаточно обширные представления о микробиоценозе человека, актуальность исследования микробиоценоза кишечника у инвазированных аскаридами не вызывает сомнений. Информации о нарушениях микробиоценоза кишечника при аскаридозе в отечественной и зарубежной литературе крайне мало.

В настоящее время накоплен большой фактический материал о третьем компоненте гельминтозного процесса, свидетельствующем о многообразных эффектах гельминтов, которые включают их аллергизирующие и общетоксические свойства [1, 2, 5, 15], обусловленные поступлением в кровь хозяина соматических (вследствие распада паразитов) и функциональных (вследствие контакта хозяина с их секретами и экскретами) антигенов. Аскаридный аллерген (токсоид, антиген) – самый сильный из аллергенов паразитарного происхождения. В качестве антигенов паразита, способных индуцировать протективный иммунитет, могут выступать продукты его обмена [19, 24, 34], распада взрослых особей или инвазионных личинок [1, 6, 18], полостная жидкость, отдельные органы и ткани гельминта, компоненты и фракции метаболических и соматических антигенов. Всасываясь в кровь, токсоид разносится по организму и поражает такие ткани, как нервная и мышечная, вызывает реакции в легких, на коже, конъюнктиве, в желудочно-кишечном тракте. При аскаридозе у детей отсутствует эффект от вакцинации и ревакцинации против кори, дифтерии, столбняка, полиовирусов. Выявлено также значительное антигенное сходство между личинками и взрослыми паразитами. В литературе описаны случаи тяжелых токсических осложнений, развившихся у пациентов, которым проводилась дегельминтизация без применения средств, способствующих изгнанию паразитов из организма. Аллергический компонент воздействия паразитов очень часто связан с миграцией личиночных стадий возбудителей в организме человека.

Несомненным достижением последних лет является установление изменений в иммунной системе при аскаридозе. Процесс формирования иммунного ответа хозяина на присутствие гельминтов сложен и включает ряд клеточных и гуморальных феноменов, что влечет за собой цепь дифференцировок иммунокомпетентных клеток хозяина под воздействием антигенов паразитов [1, 2, 17]. Поступившие в кровь хозяина антигены вступают в тесный контакт с иммунокомпетентными клетками. Степень иммунологического ответа зависит от дозы поступившего в кровь антигена.

Важное значение [21, 23] в патогенезе аскаридоза принадлежит сенсибилизации организма их антигенными продуктами и возникнове-

нию аллергических реакций немедленного (I) типа, иммунокомплексного (III) типа и замедленного (IV) типа. Воспалительные явления в тонком кишечнике, развитие гранулем возле паразитов в слизистой оболочке, поражение внутренних органов и эозинофилия крови имеют аллергическую природу [1, 2, 33]. Соотношение между защитным и повреждающим характером ответных реакций организма и их направленность определяют тяжесть заболевания и его прогноз.

Лимфокины, выделившиеся из сенсибилизированных лимфоцитов, привлекают к паразиту клеток-«убийц». Этими клетками, главным образом, являются макрофаги, нейтрофилы и особенно эозинофилы, которые дегранулируют и выделяют ряд медиаторов, которые вызывают гибель паразита. Эозинофилы также иммобилизируют, лизируют и нейтрализуют выделяемые паразитами токсические продукты. Параллельно с эозинофилией увеличивается содержание в сыворотке иммуноглобулина класса Е [1, 6]. Иммуноглобулины класса А (секреторные) у больных аскаридозом в большом количестве обнаруживаются чаще в фекалиях. Гуморальные факторы иммунитета обеспечивают гибель гельминтов и элиминацию их из организма хозяина [6]. Антигены способны образовать в крови растворимые иммунные комплексы с антителами хозяина. Эти комплексы адсорбируются на поверхности паразита, вследствие чего наступает его гибель [1].

Следует заключить, что между иммунной системой хозяина и паразитом складываются многогранные взаимоотношения, связанные с одновременным включением клеточных и гуморальных феноменов, а также вспомогательных механизмов, что обеспечивает в ряде случаев самоосвобождение организма хозяина от паразита [1, 6, 37, 39]. Однако нарушение иммунного статуса у больных аскаридозом изучено недостаточно. Имеющиеся в научной литературе немногочисленные исследования посвящены детскому возрасту.

Таким образом, аскариды влияют на организм человека такими основными факторами, как механическое влияние на стенки кишечника, выделение токсических продуктов, угнетение иммуногенеза и изменение состава кишечной микробной флоры с развитием дисбактериоза кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абазбекова К. Т. Иммуно-эпидемиологическая характеристика очага аскаридоза в Киргизии: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Фрунзе, 2001. – 23 с.
2. Адо А. Д. Современное состояние учения о фагоцитозе /А. Д. Адо, А. Н. Маянский //Иммунология. – 1990. – №1. – С. 20 – 27.
3. Анисимов П. Ф. Ректороманоскопическая картина при кишечной фазе аскаридоза на различных этапах борьбы с ним //Кишечные инфекции и инвазии. – Смоленск, 1994. – С. 114 – 117.
4. Астафьев Б. А. Достижения отечественной науки в изучении патогенеза гельминтов //Мед. паразитоология и паразитарные болезни. – 1998. – №2. – С. 8.
5. Балаболкин И. И. Проблемы аллергологии в педиатрии //Рос. педиатр. журн. – 1998. – №2. – С. 49 – 52.
6. Белозеров Е. С. Иммунодефициты и донозологические формы иммуносупрессии. – Семипалатинск: РПР Полиграфия, 2008. – 272 с.
7. Белобородова Н. В. О микрофлоре хозяина и ее участии в ответе на инфекцию //Антибиотики и химиотерапия. – 1998. – Т. 43. – №9. – С. 44 – 48.
8. Бейсенбаев Ж. К. О перспективных направлениях развития экологических исследований // Здравоохранение Казахстана. – 2006. – №2. – С. 17 – 19.
9. Благов Н. А. Изменение микробиоценоза толстой кишки под влиянием инвазии и антипаразитарных препаратов //Колонизационная резистентность и химиотерапевтические препараты. – М., 2001. – Ч. 1. – С. 32.
10. Блохина И. Н. Дисбактериоз //Педиатрия. – 2000. – №10. – С. 6 – 9.
11. Беюл Е. А. Дисбактериоза кишечника и их клиническое значение /Е. А. Беюл, И. Б. Куваева //Клинич. медицина. – 2006. – № 12. – С. 37 – 44.
12. Васерин Ю. И. К проблеме патогенности гельминтов /Ю. И. Васерин, И. А. Сивоволова // Актуальные проблемы мед. и ветеринарной паразитологии: Тез. док. междунар. науч. конф. – Витебск, 2003. – С. 7.
13. Воробьев А. А. Дисбактериозы у детей: Учеб. пос. для врачей и студентов. – М.: КМК Лтд, 2008. – 64 с.
14. Егоров И. В. Поздняя диагностика аскаридоза у больной с бронхообструктивным и диспептическими синдромами и эозинофилией /И. В. Егоров, Л. Н. Котина //Клинич. медицина. – 2003. – №5. – С. 64 – 66.
15. Ершов В. С. Механизм потенциации антител IgE //Иммунология. – 2000. – №1. – С. 13 – 15.
16. Кизатова Н. Т. Нарушение биоценоза кишечника у детей-реконвалесцентов ОКИ и пути их коррекции: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Алматы, 2004. – 23 с.
17. Иммуномоделирующая терапия в комплексной терапии аскаридоза и описторхоза /Б. Н. Кошерова, А. А. Кнаус, А. С. Кусаинова и др. // Междунар. журн. по иммунореабилитации. – М., 2009. – №1. – С. 56 – 57.
18. Лебедев К. А. Иммунная недостаточность (выявление и лечение) /К. А. Лебедев, И. Д. Понякина. – М.: Медицинская книга., 2003. – 443 с.
19. Логинов А. С. Иммунная система и болезни органов пищеварения. – М., Медицина. – 2006. – 256 с.
20. Медетов Ж. Б. Эпидемиология, профилактика аскаридоза в г.Шымкенте. /Ж. Б. Медетов, Х. У. Мамыкова, З. К. Чалабаева //Вестн. Южно-Казахстанской мед. академии. – 2007. – №4. – С.

117 – 119.
21. Надежин А. С. Значение мононуклеарных лейкоцитов в эпителиальных пролиферативных процессах толстой кишки: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – М., 2006. – 22 с.
22. Нисевич Н. И. Инфекционные болезни у детей /Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин – М.: Медицина, 1990. – 624 с.
23. Озерецковская Н. Н. Эозинофилия крови и иммуноглобулинэмия Е: особенности регуляции при гельминтозах и аллергических болезнях // Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 2007. – №3. – С. 3 – 9.
24. Озерецковская Н. Н. Иммунологические факторы в восприимчивости к паразитарным болезням, их патогенезе и клинике //Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 2001. – №6. – С. 12 – 18.
25. Петровская В. Г. Микрофлора человека в норме и патологии /В. Г. Петровская, О. П. Марко. – М.: Медицина, 2000. – 34 с.
26. Поляков В. Е. Аскаридоз у детей и подростков /В. Е. Поляков, А. Я. Лысенко //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – №6. – С. 48 – 50.
27. Сергиев В. П. Паразитарные болезни их профилактика и лечение //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – №2. – С. 8 – 12.
28. Сергиев В. П. Паразитарные болезни: проблемы новые и старые. – ЖМЭИ. – 2001. – №10. – С. 66.
29. Усманова М. В. Анализ заболеваемости острыми кишечными заболеваниями по регионам Республики Казахстан за 1991-2001 гг. /М. В. Усманова, А. А. Абирова //Медицина. – 2004. – №2. – С. 98 – 100.
30. Учайкин В. В. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: ГЭОТАР МЕД. – 2002. – 808 с.
31. Шелемба И. Ю. Анализ вспышек трихинеллеза среди людей /И. Ю. Шелемба, Р. И. Топарь // Мед. паразитология. – 2001. – №2. – С. 48 – 49.
32. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. – М.: Медицина, 2005. – 696 с.
33. Шуйкина Э. Е. Возможности применения иммунокоррекции при паразитозах /Э. Е. Шуйкина, Н. С. Малышева //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – №3. – С. 4 – 5.
34. Шуйкина Э. Е. Патология иммунной системы при инфекционных болезнях //Итоги науки и техника. – 2000. – Т. 8. – С. 70 – 92.
35. Эпштейн-Литвак Р. Б. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника: Метод. рекомендации. – М, 2007. – 21с.
36. Ed C. Clobal Comparative Assessment in the Public Sector Disease Burden, Expenditures and Intervention Package /C. Ed, J. L. Murray, A. D. Lorenz. – Geneva, 2004 – 54 p.
37. International of radiolabeled endotoxin molecules with human monocyte membranes /D. A. Bundy, A. Hall, G. F. Medley et al. //Wid Hith Statist. guart. – 2002. – V. 45, №2, 3. – P. 168 – 179.
38. Siniarska A. Urbanization and industrialization versus biological status of human populations /A. Siniarska, A. Antoszewska, C. Dziewcki //Stud. Hum. Ecol. – 2002. – №10. – P. 335 – 358.
39. Surmont I. Tnteritis, eosinphilia, and Enterobius vermicularis /I. Surmont, L. X. Liu //Lancet. – 2005. – V. 346. – P. 1116.
40. Schmidt G. D. Foundation of Parasitology /G. D. Schmidt, L. S. Roberts. – The Mosby Co ST. Louis, 2007. – P. 604.

Поступила 14.07.10

A. A. Knaus

MODERN VIEWS AT PATHOGENESIS OF ASCARIDIASIS

The article contains literary review on modern representation at ascaridiasis pathogenesis. The main directions of pathological action of ascarids on human organism are considered.

А. А. Кнаус

АСКАРИДОЗ ПАТОГЕНЕЗІНЕ ҚАЗІРГІ КӨЗҚАРАСТАР

Мақалада аскаридоз патогенезіне қазіргі көзқарастар туралы әдебиет шолуы берілген. Аскаридтердің адам ағзасына патологиялық әсер етулерінің негізгі бағыттары қарастырылған.

И. М. Омарова

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОТЕРАПИИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМЫ

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета

При лечении злокачественной меланомы кожи препаратами выбора являются лишь отдельные группы лекарственных средств (производные имидазолкарбоксамида, мочевины, платины, винкаалкалоиды, таксаны, интерфероны и цитокины), эффективность которых в монорежиме редко превышает 10 – 15% [1, 2, 6, 13, 37].

До настоящего времени диметилтриазеноимидазолкарбоксамид (дакарбазин) остается «золотым стандартом» лечения и служит эталоном сравнения эффективности и токсичности новых лекарственных препаратов и комбинированных режимов. Частота объективного эффекта у больных диссеминированной меланомой при использовании дакарбазина в монорежиме составляет 15 – 20% (полный регресс наблюдается

у 5% больных), медиана выживаемости редко превышает 6 мес. [11, 12, 25, 39, 47].

Интерес представляют исследования по изучению эффективности комбинированных режимов с включением дакарбазина и цитокинов. В 2004 г. опубликованы результаты по изучению эффективности дакарбазина и аранозы в монорежиме, а также комбинации дакарбазина с интерфероном-α и аранозы с интерфероном-α [4]. В исследование были включены 175 больных диссеминированной меланомой кожи. Дакарбазин вводился в стандартном режиме 250 мг/м ^{2} ежедневно с 1 по 5 сут, араноза – 830 мг/м^2 внутривенно струйно в 1, 3 и 5 сут курса, интерферон-α – 3 раза в нед. в 1, 3, 5 сут внутримышечно с эскалацией разовой дозы от начальной 2 млн. МЕ до 12 млн. В случае регистрации полной, частичной ремиссии или стабилизации роста опухоли проводилась поддерживающая терапии интерфероном в дозе 2 млн. МЕ 3 раза в нед. в течение 16 – 18 мес. Эффективность монохимиотерапии дакарбазином и аранозой была практически одинаковой. Общая эффективность комбинации дакарбазина с интерфероном незначительно превышала эффективность монотерапии дакарбазином (25,6 и 19,5% соответственно).

Аналогичные результаты получены в рандомизированном исследовании по II фазе клинических испытаний, проведенных A. Hauschild et al., в ходе которых изучена эффективность комбинации дакарбазина с пегилированным интерфероном-α-2a. Под наблюдением находились 28 пациентов с IV стадией меланомы. Дакарбазин назначался в дозе 850 мг/м^2 каждые 3 нед., пегилированный интерферон-α-2a еженедельно в дозе 180 МЕ. Эффективность оценена у 25 пациентов, в 2 (8,0%) случаях наблюдался полный регресс (продолжительность ремиссии составила 480 и 746 дней), у 4 (16,0%) зарегистрирован частичный регресс, у остальных – стабилизация процесса. Медиана продолжительности объективного эффекта составила 236 дней, медиана безрецидивной выживаемости – 56 дней, общая выживаемость – 403 дня. Токсичность IV степени зарегистрирована у 1 пациента [15].

J. Bar et al. [17] представили результаты исследования, в котором пациенты с диссеминированной меланомой получали дакарбазин, цисп-латин, интерферон альфа-2b с интерлейкином-2 (IL-2) в нисходящей (decrescendo) дозе. Частота объективного эффекта составила 44% (28/57 пациентов), полный регресс зарегистрирован у 14 (25%) пациентов, частичный регресс у 11 (19%). Медиана безрецидивной выживаемости составила 7 мес., общая выживаемость – 11,7 мес. Режим оказался токсичным, несмотря на терапию колониестимулирующими факторами, у 17% пациентов проведена редукция доз.

В 2008 г. M. B. Atkins et al. [33] опубликовали результаты III фазы исследования, в котором, так же проведено сравнение эффективности комбинированного режима химиотерапии CVD с режимом биохимиотерапии BCT (CVD в комбинации с IL-2 и интерфероном-α-2b). Частота объективного эффекта составила 19,5 и 13,8% соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости составила 2,9 и 4,8 мес., общая выживаемость – 8,7 и 9,0 соответственно. Токсичность III степени зарегистрирована у 73% пациентов группы CVD и у 95% группы BCT. Добавление IL-2 и интерферона-α-2b к стандартной химиотерапии по схеме CVD не улучшило отдаленных результатов лечения.

Исследования показали, что добавление к комбинированной химиотерапии IL-2 и интерферона-α при лечении больных диссеминированной меланомой кожи улучшает непосредственные результаты лечения, но не приводит к увеличению продолжительности жизни и сопровождается серьезными побочными эффектами.

Достижения молекулярной онкологии, расшифровка некоторых механизмов канцерогенеза, определение признаков злокачественного фенотипа стали основой в создании новых таргетных препаратов направленного действия. Таргетные препараты, воздействуя на молекулярные мишени, ответственные за процесс пролиферации злокачественной клетки и блокирующие ростовые факторы, позволили значительно повысить эффективность медикаментозного лечения злокачественных опухолей [13, 19, 36, 47]. В настоящее время опубликованы результаты ряда исследований по изучению эффективности таргетных препаратов у пациентов с метастатической меланомой [9, 20, 28, 37].

Во II фазе клинических испытаний изучена эффективность комбинации безацизумаба с карбоплатином и паклитакселом у больных с неоперабельной метастатической меланомой. В исследование входили 53 пациента. Лечение проведено по схеме: карбоплатин внутривенно в 1 день в дозе AUCx6, паклитаксел 80 мг/м^2 внутривенно в 1 и 8 дни, бевацизумаб 10 мг/кг внутривенно в 1 и 15 дни каждого 28 дневного цикла. После 8 нед. лечения у 17% пациентов зарегистрирован частичный регресс, у 57% – стабилизация процесса. Медиана безрецидивной выживаемости составила 6 мес., общая выживаемость – 12 мес. Режим оказался токсичным. Нейтропения III – IV степени зарегистрирована у 53% пациентов, тромбоцитопения у 11%, гипертензия у 9%, анемия у 8% больных [28].

В 2008 г. были опубликованы данные рандомизированного плацебо-контролируемого исследования II фазы по изучению эффективности комбинации сорафениба с дакарбазином, в которое были включены 101 пациент с диссеминированной меланомой, из них 50 получили дакарбазин+плацебо, 51 – дакарбазин+сорафениб. Медиана безрецидивной выживаемости в группе сорафениба составила 21,1 нед. в группе дакарбазина – 11, 7 нед. Статистически достоверной разницы в показателях общей выживаемости не зареги-

стрировано (51,3 и 45,6 нед. соответственно) [20].

A. Hauschild et al. в 2009 г. представили результаты III фазы двойного плацебо-Контролируемого испытания по оценке эффективности второй линии химиотерапии (сорафениб в комбинации с карбоплатином и паклитакселом) у больных диссеминированной меланомой с прогрессированием после проведения I линии химиотерапии дакарбазином или темозоломидом. В исследование было включено 270 пациентов, 135 пациентов получили плацебо+паклитаксел, карбоплатин, 135 – сорафениб+карбоплатин, паклитаксел. Препараты вводились в следующем режиме: карбоплатин внутривенно в 1 день в дозе AUCx6 (площадь под фармакокинетической кривой), паклитаксел 225 мг/м^2 внутривенно в 1 день, сорафениб по 400 мг – 2 раза в день per os со 2 по 19 день.

Добавление сорафениба не улучшило результатов терапии, общая эффективность лечения составила 12% в группе сорафениба и 11% в группе плацебо, медиана безрецидивной выживаемости – 17,4 и 17,9 нед. соответственно [37].

В исследование P. A. Ott et al. по изучению эффективности дакарбазина с антиангиогенезным препаратом талидомидом были включены 15 пациентов с метастатической меланомой в возрасте от 29 до 77 лет. Дакарбазин назначался в дозе 1000 мг/м^2 внутривенно каждые 3 нед. Талидомид по 200 мг per os ежедневно с эскалацией дозы каждые 3 нед. до максимальной дозы 400 мг. В среднем больные получили по 5 курсов ПХТ. Эффективность лечения не оценена у 2 пациентов, 1 больной погиб от побочных эффектов, у 1 больного лечение прекращено из-за выраженной токсичности. Из 13 пациентов, подлежащих оценке на эффективность, лишь у 1 зарегистрирован частичный регресс, у 9 отмечалось прогрессирование заболевания [31].

Изучение сравнительной эффективности дакарбазина и темозоломида (нового производного имидазотетразинов) при лечении диссеминированной меланомы у 305 пациентов показало равную эффективность препаратов в монорежиме. Частота эффектов составила 14,1 и 12,2%, а средняя продолжительность жизни – 7,69 и 6,37 мес. соответственно [35].

В исследовании A. Daponte et al. продемонстрирована эффективность применения комбинации темозоломида с цисплатином. 37 пациентов диссеминированной меланомой кожи получали ПХТ по схеме: цисплатин 75 мг/м^2 в 1 день и темозоломид 200 мг/м^2 per os с 1 по 5 день каждого 28-дневного цикла. При достижении объективного эффекта по окончании химиотерапии продолжали лечение интерфероном-α-2b по 5 млн. МЕ 3 раза в нед. в течение года. Общая эффективность этого режима лечения составила 48,6% (24,3% полных регрессов). Медиана выживаемости составила 48 нед. [42].

Цель исследования D. Bafakoukos et al. [44] – оценка эффективности и токсичности комбинации темозоломида и таксотера у больных распространенной меланомой. 65 больных диссеминированной меланомой получили лечение темозоломидом в дозе 150 мг/м^2 per os с 1 по 5 день и доцетакселом в дозе 80 мг/м^2 внутривенно в 1 день 28-дневного цикла. Частота объективного эффекта составила 27%, у 8% больных зарегистрирован полный регресс, у 19% – частичный регресс заболевания.

В исследовании K. B. Kim et al. [29] по изучению эффективности комбинированного режима цисплатин+доцетаксел+темозоломид получены аналогичные результаты, частота общего эффекта составила 32%. Ряд клинических исследований показал, что комбинация темозоломида с цитокинами по сравнению с монотерапией темодалом улучшает показатели непосредственной эффективности [30, 41, 43].

В 2004 г. были опубликованы предварительные, а в 2005 г. заключительные результаты многоцентрового исследования, проведенного DeCOG (Dermatologic Cooperative Oncology Group – кооперированной дерматологической онкологической группы) [41]. В исследование были включены 294 пациента в 35 европейских центрах. Темозоломид назначали в дозе 200 мг/м^2 per os с 1 по 5 день 28-дневного цикла, интерферон-α-2b по 5 млн. МЕ/м^2 подкожно ежедневно в течение первой недели, далее через день.

В группе пациентов, получивших темозоломид в комбинации с интерфероном-α-2b , частота объективного эффекта составила 24,1%, в группе с темозоломидом – 13,4%; медиана выживаемости – 9,7 и 8,4 мес. соответственно.

В исследование M. Garcia et al. результаты которого были опубликованы в 2006 г. [30], входили 27 пациентов с диссеминированной меланомой. Темозоломид назначали в дозе 150 мг/м^2 per os с 1 по 5 день каждые 4 нед., интерферон-α-2b – по 10 млн. МЕ/м^2 подкожно 2 раза в нед., лечение продолжалось до прогрессирования заболевания, но не более 12 мес. Частота объективного ответа составила 18,5%. Медиана времени до прогрессирования и медиана выживаемости составляли 1,9 и 9,5 мес. соответственно.

Представлены результаты рандомизированного исследования II фазы (DeCOG), в котором изучена комбинация темозоломида с пегилированным интерфероном-α-2b у 124 пациентов с диссеминированной меланомой [46]. Частота объективного эффекта составила 18,1%, стабилизация процесса зарегистрирована у 25% больных. Медиана времени до прогрессирования составляла 2,8 мес., медиана выживаемости – 9,4 мес.

В последнее десятилетие внимание исследователей привлекает цитостатик фотемустин – представитель производных нитрозомочевины, который благодаря наличию в молекуле специфических радикалов (фосфалиниевый вектор и остаток хлорэтила) обладает высокой липофиль-

ностью и способностью проникать в опухолевые клетки, что обеспечивает эффективность препарата при различной локализации опухолевых очагов, в том числе и при метастазах в головной мозг [8].

Результаты исследований показали, что использование фотемустина в монорежиме в первой линии терапии диссеминированной меланомой кожи позволяет получить объективные ответы у больных 12 – 47% с медиа-ной длительности эффекта от 18 до 26 нед. [8, 10, 21].

И. М. Радюкова и соавт. в 2007 г. опубликовали результаты исследования фотемустина у пациентов с распространенной и метастатической меланомой [8]. В исследование входили 16 пациентов, которым была проведена индукционная терапия фотемустином 100 мг/м^2 внутривенно в 1, 8 и 15 дни. Через 4 нед. после оценки эффективности и токсичности в случае достижения объективного ответа (полной и частичной регрессии опухолевых очагов) или стабилизации заболевания лечение продолжали в режиме поддерживающей терапии: фотемустин 100 мг/м^2 внутривенно каждые 3 нед. Клинически значимый лечебный эффект с учетом стабилизации заболевания более 6 мес. достигнут у 10 (62,5%) человек. Прогрессирование заболевания зарегистрировано в 6 (37,5%) случаях. Медиана времени до прогрессирования составила 5,5 (от 4 до 7) мес. Прогрессирование заболевания послужило непосредственной причиной смерти 3 человек. По мнению авторов, в проведенном наблюдении использование фотемустина в химиотерапии I и II линий у больных диссеминированной меланомой позволяет получить клинически значимый лечебный эффект в значительном числе наблюдений.

Для улучшения результатов лечения проведен целый ряд исследований, в которых фотемустин комбинировали с препаратами, используемыми при метастатической меланоме [5, 7, 22, 32, 45].

Исследование М. М. Константиновой и соавт. предпринято с целью оценки эффективности и переносимости режима комбинированной химиотерапии, предусматривающего использование фотемустина и цисплатина в комбинации с тамоксифеном у 28 больных диссеминированной меланомой без метастазов в головном мозге [7]. ПХТ проведена по схеме: фотемустин в дозе 100 мг/м^2 внутривенно в 1, 8 и 15 день, цисплатин в дозе 50 мг/м^2 внутривенно в 3 и 10 день. Одновременно, начиная с 1 дня терапии, все пациенты ежедневно получали тамоксифен в дозе 40 мг/сут. После завершения индукционного цикла химиотерапии пациент продолжал прием тамоксифена в той же дозе. Частота объективных ответов составила 18,5%, полный регресс зарегистрирован у 1 (3,7%) пациента, частичный регресс – в 4 (14,8%) наблюдениях, стабилизация заболевания длительностью более 6 нед. – у 10 (37%) больных диссеминированной меланомой. Авторы, проанализировав результаты исследования, установили, что частота объективных ответов при использовании в химиотерапии первой линии фотемустина с цисплатином в комбинации с тамоксифеном сопоставима с аналогичным показателем, ранее сообщавшимся для пациентов, получавших Дартмутский режим в условиях рандомизированного исследования [32].

Перспективной является комбинация фотемустина с темозоломидом, активным метаболитом дакарбазина. В клиническое исследование по оценке эффективности и безопасности химиотерапии первой линии фотемустином и темозоломидом были включены 40 больных с неоперабельной метастатической меланомой. ПХТ проведена по схеме: фотемустин 80 мг/м^2 внутривенно в 1,8 и 15 дни и темозоломид 125 мг/м^2 per os с 1 по 7 дни. Анализ результатов исследования позволил установить, что частота объективных ответов при использовании этой схемы составляет 35,0 % (7,5% полный и 27,5% частичный регресс). Медиана выживаемости составляла 6,7 мес., 6-месячная выживаемость – 57,4% [45].

Применение фотемустина при проведении регионарной терапии у больных с метастазами меланомы в печень позволяет получить объективные ответы у больных 12,5 – 36% с медианой выживаемости от 6 до 15 мес. [23, 24, 25].

Анализ литературных данных показал, что стандартные подходы к проведению лекарственной терапии у пациентов со злокачественной диссеминированной меланомой не разработаны. Лишь отдельные комбинированные режимы показали наиболее высокую эффективность, однако химиотерапия все еще достоверно не влияет на увеличение продолжительности жизни больных [14, 26, 27, 34, 48].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов М. Е. Темодал: терапевтический потенциал и перспективы применения в современной онкологии //Фарматека. – 2007. – №18. – С. 12 – 16.

2. Баранов Е. В. Ближайшие результаты лечения больных диссеминированной меланомой кожи // Мед. панорама. – 2007. – №9. – С. 80 – 84.

3. Ганьшина И. П. Герцептин в адъювантной терапии рака молочной железы /И. П. Ганьшина, М. Р. Личиницер //Фарматека. – 2005. – №18. – С. 8 – 11.

4. Гершанович М. Л. Химиоиммунотерапия декарбазином и аранозой с интерфероном-альфа диссеминированной меланомы кожи /М. Л. Гершанович, М. А. Акимов //Вопр. онкологии. – 2004. – Т. 50, №2. – С. 179 – 183.

5. Егоров Г. Н. Значение Мюстофорана в лечении больных диссеминированной меланомой кожи /Г. Н. Егоров, В. А. Горбунова //Фарматека. – 2004. – №18. – С. 33 – 37.

6. Коровин С. И. Цитокины в лечении больных с меланомой кожи //Онкология. – 2008. – Т. 10, №3. – С. 354 – 358.

7. Оценка эффективности и безопасности фотемустина в монорежиме и в комбинации с произ-

водными платины (карбоплатином или цисплатином) при лечении диссеминированной меланомы /М. М. Константинова, Р. Ф. Савкова, Л. В. С. Демидов и др. //Соврем. онкология. – 2009. – Т.11, №3. – С. 70 – 76.
8. Радюкова И. М. Результаты лечения Мюстофораном распространенной и метастатической форм меланомы /И. М. Радюкова, В. К. Косенок, А. Д. Тарасевич //Соврем. онкология. – 2007. – Т. 9, №4. – С. 26 – 30.
9. A phase I trial of the oral, multikinase inhibitor sorafenib in combination with carboplatin and paclitaxel /K. T. Flaherty, J. Schiller, L. M. Schuchter et al. //Clin. Cancer. Res. – 2008. – V. 14, №15. – P. 4836 – 4842.
10. A prospective randomized multicenter phase III trial of fotemustine plus whole brain irradiation versus fotemustine alone in cerebral metastases of malignant melanota /F. Mornex, L. Thomas, P. Mohr. et al. //Melanota Res. – 2003. – V. 13. – P. 97 – 103
11. Bhatia S. Treatment of metastatic melanoma: an overview /S. Bhatia, S. S. Tykodi, J. A. Thompson //Oncology. – 2009. – V.2 3, № 6. – P. 488 – 496.
12. Chemiotherapy of metastatic melanoma /E. Bajetta, M. Del Vecchio, C. Bernard-Marty et al. // Semin in Oncology. – 2002. – №5. – P. 427 – 445.
13. Cisplatin, dacarbazine with or without subcutaneous interleukin-2 and interferon-α-2b in advanced melanoma outpatients: Results from an Italian multicenter phase III randomized clinical trial /R. Ridolfi, V. Chiarion-Silent, M Guida. et al. //J. Clin. Oncol. – 2002. – V. 6 – P. 1600 – 1607.
14. Cocco C. New perspectives for melanoma immunotherapy: role of IL-2 /C. Cocco, V. Pistoia, I. Airoldi /Curr. Mol. Med. – 2009. – V. 19, №4. – P. 459 – 469.
15. Combined treatment with pegylated interferon-alpha-2a and dacarbazine in patients with advanced metastatic melanoma: a phase 2 study /A. Hauschild, R. Dummer, S. Ugurel et al. //Cancer. – 2008. – V. 113, №6. – P. 1401 – 1411.
16. Temozolomide in combination with interferon-alfa versus temozolomide alone in patients with advanced metastatic melanoma: a randomized, phase III, multicenter study from the Dermatologic Cooperative Oncology Group /R. Kaufmann, K. Spieth, U. Leiter et al. //J. Clin. Oncol. – 2005. – V. 23, №35. – P. 9001 – 9007.
17. Concurrent chemobiotherapy with cisplatin, dacarbazine, decrescendo interleukin-2 and interferon alpha2b in patients with metastatic melanoma /J. Bar, R. Yerushalmi, R. Shapira-Frummer et al. // Oncol. Rep. – 2008. – V. 20, №6. – P. 1533 – 1538.
18. Deloffre P. Mupthoran (fotemustine), une nouvelle nitroso-uree: etudes precliniques //Cancer communication. – 1990. – V. 4. – P. 7 – 16.
19. Does Lapatinib, a Small-Molecule Tyrosine Kinase Inhibitor,Constitute a Breakthrough in the Treatment of Breast Cancer? /I. Yoshinori, T. Nahomi, S. Tsutomu et al. //Breast. Cancer. – 2007. – V. 14, №2. – P. 156 – 162.
20. Double-blind randomized phase II study of the combination of sorafenib and dacarbazine in patients with advanced melanoma: a report from the 11715 Study Group /D. F. McDermott, J. A. Sosman, R. Gonzalez et al. //J. Clin. Oncol. – 2008. – V. 26, №13. – P. 2178 – 2185.
21. Final report of the French multicenter phase Ii study of the nitrosourea fotemustine in 153 evaluable patients with advanced metastatic malignant melanoma /M. R. Middleton, J. Grob, N. Aaronson et al. //J. Clin. Oncol. – 2000. – V. 18. – P. 158 – 166.
22. Fotemustine compared with dacarbazine in patients with disseminated malignant melanoma: a phase III study /M. F. Avril, S. Aamdal, J. J. Grob et al. //J. Clin. Oncol. – 2004. – V. 22, №6. – P. 1118 – 1125.
23. Hepatic arterial Fotemustine chemotherapy in patients with liver metastases from cutaneous melanoma is as effective as in ocular melanoma /R. Siegel, A. Hauschild, C. Kettelhack et al. //Eur. J. Surg. Oncol. – 2007. – V. 33, №5. – P. 627 – 632
24. Hepatic intra-arterial bio-chemotherapy for the treatment of melanoma patients with liver metastasis: a phase II clinical study /C. L. Cui, Z. H. Chi, X. Q. Yuan et al. //Ai Zheng. – 2008. – V. 27, №8. – P. 845 – 850.
25. Intra-arterial hepatic fotemustine for the treatment of liver metastases from uveal experience in 101 patients /S. Peters, V. Voelter, L. Zografos et al. //Ann. Oncol. – 2006. – V. 17, №4. – P. 578 – 583.
26. Legha S. S. Treating metastatic melanoma: further considerations //Oncology. – 2009. – V. 23, №6. – P. 500 – 508.
27. Multicentre, open, noncomparative Phase II trial to evaluate the efficacy and tolerability of fotemustine, cisplatin, alpha-interferon and interleukin-2 in advanced melanoma patients /L. Ridolfi, G. Fiorentini, M. Guida et al. //Melanoma Res. – 2009. – V. 19, №2. – P. 100 – 105.
28. Phase 2 trial of carboplatin, weekly paclitaxel, and biweekly bevacizumab in patients with unresectable stage IV melanoma: a North Central Cancer Treatment Group study, N047A /D. G. Perez, V. J. Suman, T. R. Fitch et al. //Cancer. – 2009. – V. 115, №1. – P. 119 – 127.
29. Phase I study of the combination of docetaxel, temozolomide and cisplatin in patients with metastatic melanoma /K. B. Kim, W. J. Hwu, N. E. Papadopoulos et al. //Cancer Chemother Pharmacol. – 2009. – V. 64, №1. – P. 161 – 167.
30. Phase II multicentre study of temozolomide in combination with interferon alpha-2b in metastatic malignant melanoma /M. Garcia, X. G. del Muro, A. Tres et al. //Melanoma Res. – 2006. – V. 16, №4. – P. 365 – 370.
31. Phase II trial of dacarbazine and thalidomide for the treatment of metastatic melanoma /P. A. Ott, J. L. Chang, R. Oratz et al. /Chemotherapy. – 2009. – V. 55, №4. – P. 221 – 227.

32. Phase III multicenter randomized trial of the Dartmouth regimen versus dacarbazine in patients with metastatic melanoma /P. B. Chapman, L. H. Einhorn, M. L. Meyers et al. //J. Clin. Oncol. – 1999. – V. 17. – P. 2745 – 2751.
33. Phase III trial comparing concurrent biochemotherapy with cisplatin, vinblastine, dacarbazine, interleukin-2, and interferon alfa-2b with cisplatin, vinblastine, and dacarbazine alone in patients with metastatic malignant melanoma (E3695): a trial coordinated by the Eastern Cooperative Oncology Group /M. B. Atkins, J. Hsu, S. Lee et al. //J. Clin. Oncol. – 2008. – V. 26, №35. – P. 5748 – 5754.
34. Powell S. Single-institution outcome of high-dose interleukin-2 (HD IL-2) therapy for metastatic melanoma and analysis of favorable response in brain metastases /S. Powell, A. Z. Dudek //Anticancer Res. – 2009. – V. 29, №10. – P. 4189 – 4193.
35. Randomized phase III study of Temozolomide versus Dacarbazine in the treatment of patients with advansed metastatic malignant melanoma /M. R. Middleton, J. J. Grob, N. Aaronson et al. //J. Clin. Oncol. – 2000. – V. 18, №1. – P.158 – 166.
36. Response to oxaliplatin with cetuximab in minor salivary gland adenoid cystic carcinoma /S. De Dosso, L. Mazzucchelli, M. Ghielmini, P. Saletti //Tumori. – 2009. – V. 95, №3. – P. 378 – 381.
37. Results of a phase III, randomized, placebo-controlled study of sorafenib in combination with carboplatin and paclitaxel as second-line treatment in patients with unresectable stage III or stage IV melanoma /A. Hauschild, S. S. Agarwala, U. J. Trefzer et al. //J. Clin. Oncol. – 2009. – V. 27, №17. – P. 2823 – 2830.
38. Seetharamu N. Novel therapeutics for melanoma /N. Seetharamu, P. A. Ott A. C. Pavlick //Expert. Rev. Anticancer. Ther. – 2009. – V. 9, №6. – P. 839 – 849.
39. Sequential biochemotherapy versus chemotherapy for metastatic melanoma: results from a phase III randomized trial /O. Eton, S. S. Legha, A. Y. Bedikian et al. //J. Clin. Oncol. – 2002. – V. 20 – P. 2045 – 2053.
40. Systemic therapy for unresectable metastatic melanoma: impact of biochemotherapy on long-term survival /A. Y. Bedikian, M. M. Johnson, C. L. Warneke et al. //J. Immunotoxicol. – 2008. – V. 5, №2. – P. 201 – 207.
41. Temozolomide in combination with interferon-alfa versus temozolomide alone in patients with advanced metastatic melanoma: a randomized, phase III, multicenter study from the Dermatologic Cooperative Oncology Group /R. Kaufmann, K. Spieth, U. Leiter et al. //J. Clin. Oncol. – 2005. – V. 23, № 35. – P. 9001– 9007.
42. Temozolomide and cisplatin in advanced malignant melanoma /A. Daponte, P. A. Ascierto, A. Gravina et al. //Anticancer Res – 2005. – V. 25. – P. 1441 – 1447.
43. Temozolomide followed by combined immunotherapy with GM-CSF, low-dose IL2 and IFN in patients with metastatic melanoma /G. C. de Gast, D. Batchelor, M. J. Kersten et al. //Br. J. Cancer. – 2003. – V. 88, №1. – P. 175 – 180.
44. Temozolomide in combination with docetaxel in patients with advanced melanoma: A Phase II Study of the Hellenic Cooperative Oncology Group /D. Bafakoukos, H. Gogas, V. Georgoulias et al. //J. Clin. Oncol. – 2002. – V. 20, №1. – P. 420 – 425.
45. Temozolomide in combination with fotemustine in patients with metastatic melanoma /F. Tas, H. Camlica, E. Topuz et al. //Cancer Chemother Pharmacol. – 2008. – V. 62, №2. – P. 293 – 298.
46. Temozolomide plus pegylated interferon alfa-2b as first-line treatment for stage IV melanoma: a multicenter phase II trial of the Dermatologic Cooperative Oncology Group (DeCOG) /K. Spieth, R. Kaufmann, R. Dummer et al. //Ann. Oncol. – 2008. – V. 19, №4. – P. 801 – 806.
47. Trastuzumab after Adjuvant Chemotherapy in HER-2 Positive Breast Cancer /M. Piccart-Gebhart, M. Procter, B. Leyland-Jones et al. //N. Engl. J. Med. – 2005. – V. 353, №16. – P. 1659 – 1672.
48. Yang A. S. The history and future of chemotherapy for melanoma /A. S. Yang, P. B. Chapman // Hematol. Oncol. Clin. North. Am. – 2009. – V. 23, №3. – P. 583 – 597.

I. M. Omarova

RESULTS OF DISSEMINATED MELANOMA CHEMOTHERAPY

In the literature review, including 48 foreign sources, data of literature about efficacy of systemic chemotherapy in treatment of patients with disseminated skin melanoma are given. Analysis of literature data showed, that standard approaches to performing of medicinal chemotherapy at patients with malignant disseminated melanoma are not made up and only few combined regimens demonstrated the highest efficacy, but chemotherapy doesn't influence significantly overall survival increasing.

И. М. Омарова

ДИССЕМИНАЦИЯЛАНҒАН МЕЛАНОМАНЫҢ ХИМИОТЕРАПИЯ НӘТИЖЕЛЕРІ

Терінің диссеминацияланған меланомамен ауыратын науқастарды емдегенде жүйелік химиотерапия тиімділігі туралы әдебиет шолуында 48 шетелдік әдебиеттердің деректері келтірілген. Әдеби мәліметтердің сараптамасы көрсеткендей, қатерлі диссеминацияланған меланомамен ауыратын науқастарда дәрілік терапияны өткізудегі біркелкі көзқарастар әзірленбеген және тек қана кейбір комбинацияланған режимнің өте жоғары тиімділігін көрсеткен, бірақ химиотерапия әлде де науқастардың өмірінің ұзақтығына әсер етпеді.

М. Н. Садықов

ПАЙДАЛЫ ҚАЗБАНЫ АШЫҚ ӘДІСПЕН ӨНДІРУ ЖАҒДАЙЫНДА НЕГІЗГІ КӘСІП ИЕЛЕРІНЕ ӘСЕР ЕТУШІ ШУ ДЕҢГЕЙІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

ҚР ДСМ Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды)

Тау-кен өнеркәсібі жұмысшылары көптеген технологиялық операцияларды атқару барысында діріл ауруы мен кәсіби саңыраулықты жиі туындататын шу мен дірілдің қосар әсеріне ұшырайды. Бірақ, көбінесе, жұмысшылар өндірістік жағдайда зиянды факторлар кешенінің (қарқынды шу, шаңның жоғары концентрациясы, діріл, ауыр дене жүктемесі, қолайсыз микроклимат) әсерінде болады [4, 5, 8].

Еліміздегі тау-кен өнеркәсібінде жоғары өнімді техникалар, машиналар, әртүрлі арнайы қондырғылар кеңінен қолданылады. Олар жоғары деңгейдегі шудың көзі болып, жұмысшыларға қолайсыз әсерін тигізеді. Сондықтан, шудан туындататын патологиялардың алдын алу еңбек гигиенасының көкейтесті мәселелерінің бірі [6].

ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАРЫ

Жұмыс орындарындағы шу деңгейлері «SVAN-949» (Польша) фирмасының дәл өлшейтін, санды шу өлшегішімен өлшенді. Шудың параметрлері октавалық жиілік жолақтарындағы дыбыс қысымының деңгейі бойынша шудың мөлшері анықталып, «Өндірістік шу. Гигиеналық нормалау» №1.05.060.98. ИОТ РК-М-026-98. методикалық нұсқау талаптарына сәйкес жүргізілді және алынған мәліметтер №139 «Жұмыс орындарындағы шу деңгейінің гигиеналық нормативтері» гигиеналық нормативіне сәйкес бағаланды [1, 2].

ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛДАУ

Пайдалы қазбаны ашық әдіспен өндіру кезінде негізгі технологиялық үрдісті тау жыныстарын бұрғылау, қопару, оларды тиеу, кенді тасымалдау және пайдалы қазбалар мен бос тау жыныстарын түсіру құрайды.

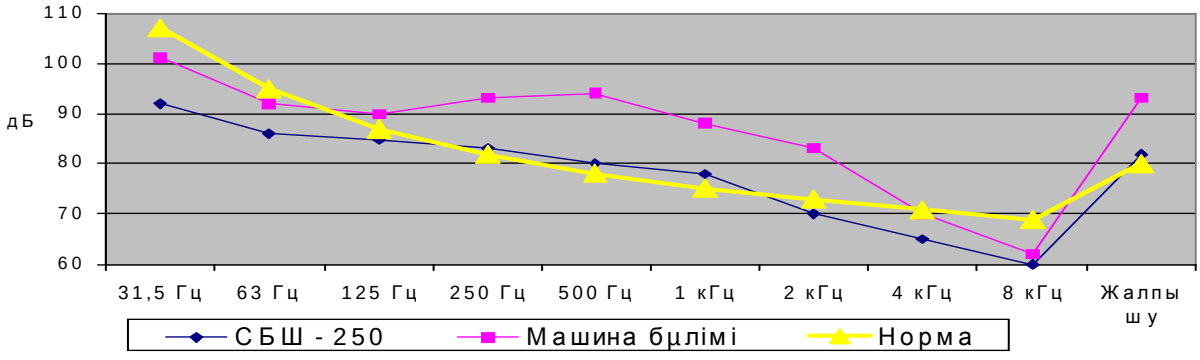
Әлемдік дағдарысқа қарамастан еліміздің кен өндірісі қарқынды дамып, өндіріс ошақтарындағы бұрғылау қондырғыларын, экскаваторларды, жүк тиегіштер мен ауыр жүк тасығыш көліктерді кеңінен пайдаланып, қазіргі заман талаптарына сай еңбек үрдістерінің ұйымдастырылуымен ерекшеленеді.

Кен орнында негізгі технологиялық процестерге жататын кенді бұрғылау, қопару, тиеу, тасымалдау және түсіру толығымен механикаландырылған. Аталған өндіріс ошағында қуаттылығы мен жылдамдығы жоғары СБШ маркалы бұрғылау қондырғысы, өнімділігі жоғары ЭКГ маркалы экскаватор, БелАЗ ауыр жүк машиналары мен өнімділігі жоғары Т-330 және Т-170 маркалы бульдозерлер мен L-34 жүк тиегіштер кеңінен қолданылады.

Қазіргі заманның нарық талабына байланысты өнімділігі жоғары көліктер мен механизмдердегі жұмыс, басқаратын қондырғылардың көбеюі, атқаратын жұмыс көлемінің үлғаюы және де жаңа жұмыс жағдайындағы уақыттың ұзаруы, негізгі кәсіп иелеріне әсер ететін өндірістік факторлар-дың жағымсыз әсерінің қарқындылығын еселейді.

Тау цехы мен автотранспорт цехы жұмысшыларының жұмыс орындарындағы өндірістік факторлардың деңгейіне талдау жасағанда, аталған зиянды факторлардың деңгейі тау цехы мен автотранспорт цехтарындағы жылжымалы механизмдер мен көліктердің маркасына және атқаратын технологиялық процеске тікелей байланыстылығы анықталынды. Бұрғылау қондырғыларынан шығатын шу сипаттамасына санитарлық-гигиеналық (1 сурет) баға берілді.

СБШ-250 машинистінің жұмыс орнындағы шу деңгейі октавалық жолақтар және шудың жалпы деңгейі бойынша да санитарлық ережелерге сәйкес келмейді. 250-1000 Гц жиілік аралықтарында шу санитарлық норма деңгейінен 1-3 дБ жоғарыласа, ал шудың жалпы деңгейі нормадан 2 дБА жоғарылады. Машина бөлімінде жиілік құрамы бойынша барлық жолақтарда нормадан жоғары, ең жоғарғы көрсеткіш орташа және жоғары жиіліктерде 16 дБ-ға шейін, ал шу-дың жалпы деңгейі 93 дБА-ны құрап, шектеулі деңгейден 13 дБА-ға дейін жоғарылады. Осы жерде көңіл аударатын жағдай СБШ-250 бұрғылау қондырғысының машинисті машина бөліміндегі қондырғылардың жұмысын бақылау үшін,



1 сурет. Бұрғылау қондырғыларынан шығатын шудың гигиеналық сипаттамасы

бұрғылау кезінде машина бөлімінің есігін ашық ұстайды.

Осыдан кейін машинистің кабинасындағы шудың жиілік және жалпы деңгейі бойынша санитарлық норма деңгейінен жоғарылайды. Сонымен, бұрғылау қондырғыларынан шығатын шу деңгейі нормадан 2 дБА жоғарыласа, машина бөліміндегі шу санитарлық норма деңгейінен 13 дБА-ға дейін жоғарылаған.

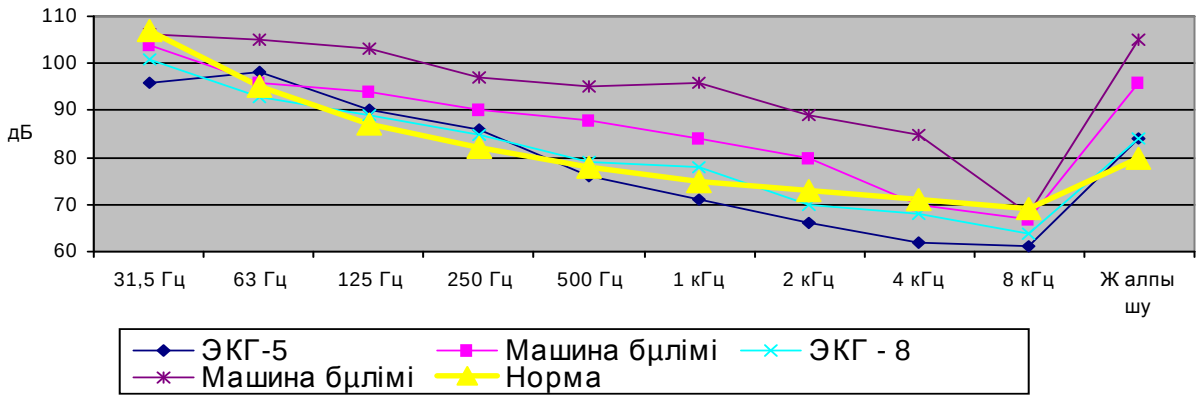
Кен орнына қарасты карьерде қазу, алу және тиеу жұмыстарында бір ожаулы экскаваторлар кеңінен қолданылады. Экскаваторлардан шығатын транспорттық-технологиялық шу деңгейіне гигиеналық баға беріліп (2 сурет), ЭКГ маркалы экскаваторларда шу нормадан жиілік сипаттамасы бойынша да, жалпы деңгейі бойынша да жоғары екендігі анықталынды.

ЭКГ-5 маркалы экскаватордың негізгі жұмыс кезінде, экскаватор машинистінің кабинасындағы шудың деңгейі төменгі және орташа жиілікте нормадан 3-4 дБ-ға жоғарылаған. Ал, экскаватордың машина бөліміндегі акустикалық ахуал гигиена-лық тұрғыдан зиянды деп саналады. Себебі, спекторлық жолақтарға талдау жасайтын болсақ, шу барлық жиіліктерде 63-2000 Гц жиілік аралықтарында 1-10 дБ аралығында нормадан жоғары болса, ал жалпы шу нормадан 16 дБА-ға ауытқыған. ЭКГ-8 экскаваторы кабинасында жалпы шу нормадан 3 дБА жоғарыласа, октавалардағы шу ШРЕД 1-3 дБ ауытқыған. Ал, ЭКГ-8 экскаваторының машина бөліміндегі шу барлық спекторлық жолақтарда 10-21 дБ аралықтарында санитарлық нормадан жоғарыласа, жалпы шу рұқсат етілген деңгейден 25 дБА жоғарылаған.

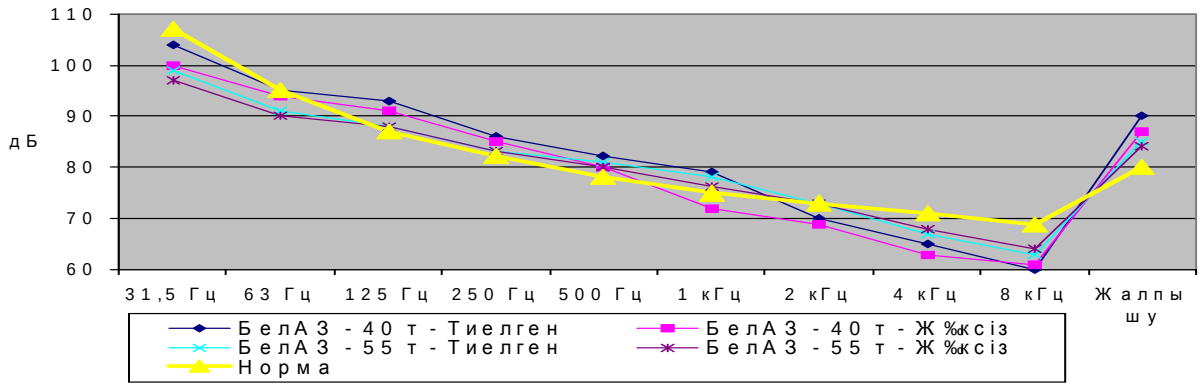
Сонымен, жоғарыда келтірілген мәліметтерді қорыта келе, ЭКГ-5 маркалы экскаватор кабинасындағы шу 63-250 Гц жиілігі аралығында нормадан 3-4 дБ жоғарылағаны анықталынса, ал машина бөліміндегі шу жиіліктер арасында нормадан 1-10 дБ-ға шейін ауытқығаны анықталынса, жалпы шу нормадан 16 дБА жоғарылаған. ЭКГ -5 маркалы экскаватор кабинасындағы жалпы шу 3 дБА жоғарыласа, машина бөліміндегі жалпы шу нормадан 25 дБА ауытқыған.

Ауыр жүк таситын көліктердегі шудың жиілігіне талдау жасайтын болсақ, спектор жиілігі бойынша кеңжолақты, октавалар жиіліктері бойынша энергияның жоғары деңгейі 125-1000 Гц аралығында тіркелген. Транспорттық машиналарға жататын БелАЗ маркалы ауыр жүк тасығыш көлігіндегі шудың деңгейі (3 сурет) өлшенді.

Суреттен көріп отырғанымыздай транспорттық машиналардағы шудың деңгейі барлық БелАЗ жүргізушілерінің жұмыс орындарында рұқсат етілген деңгейден жоғары. Жүк көтергіштігі 40 тонналық БелАЗ маркалы көлік карьерден кенді бункерлерге алып келе жатқан мезгілінде, шудың спекторлық құрамы бойынша 125-500 Гц аралығында 4-6 дБ жоғарылағанын байқаймыз, ал шудың жалпы деңгейі 10 дБА нормадан жоғары. Бункерге кенді түсіріп, жүксіз карьерге қайта келе жатқандағы БелАЗ көлігінің кабинасындағы шу



2 сурет. Экскавторлардың маркасына байланысты шу көздерінің гигиеналық сипаттамасы



3 сурет. Ауыр жүк тиегіш көліктері шуының гигиеналық сипаттамасы

деңгейі 125-500 Гц жиіліктерде 2-4 дБ-ға нормадан жоғарылады да, жалпы шудың деңгейі 87 дБА -ны құрады. 55 тонна жүк көтеретін БелАЗ маркалы көліктің тиелген кезіндегі шудың деңгейі барлық жиілік бойынша да нормадан 1-3 дБ-ға шейін, ал шудың жалпы деңгейі ШРЕД-ден 5 дБА-ға жоғары болды. Осы көліктің жүксіз жүрісі кезінде 125-1000 Гц жиілік аралығында шу шектелген деңгейден 1-2 дБ-ға ауытқыған. Жалпы шу 84 дБА -ны құрап, ШРЕД-ден 4 дБА-ға жоғары болды. БелАЗ көліктерінің кабинасындағы шу деңгейінің жоғары көрсеткішке ие болу себебі, автосамосвалдың күрделі жөндеуден өткен уақытына, техникалық жағдайына және карердегі жолдың сапасына байланысты болуы мүмкін.

Сонымен, ауыр жүк тасығыш көліктердің кабинасындағы акустикалық жағдайға гигиеналық баға бергенде, төмендегідей мәліметтер алынды. Машинаның жүк арту салмағы артқан сайын шу параметрларының төмендегенін көруге болады. Шудың мұндай жоғарғы көрсеткіші машинаның техникалық сипаттамасына, жолдың сапасына, жөндеу жұмыстарының уақытылы жүргізілуіне және де көлік жүргізушісінің кәсіби деңгейіне байланысты болады. БелАЗ көліктеріндегі шудың деңгейі машинаның тиелуіне (жүксіз, тиелген) және де машинаның өзінің салмағы мен тиелетін жүктің ауырлығына байланысты екендігі анықталынды.

Жүк тиегіштер мен бульдозер машинистерінің жұмыс орындардағы шудың деңгейі барлық жиіліктерде санитарлық нормадан жоғары екендігін 4 суреттен көруімізге болады.

Кестеде келтірілген мәліметтерден байқағанымыздай барлық бульдозерлер мен жүк тиегіштер маркаларындағы шу ШРЕД жоғары. Т-330 маркалы бульдозер кабинасындағы шудың спектрлық құрамы бойынша 250-2000 Гц жиілік аралығында нормадан 2-4 дБ-ға шейін, ал жалпы шудың нақты деңгейі 87 дБА-ны құрады. Т-170 бульдозер кабинасындағы акустикалық жағдай 63-1000 Гц аралығындағы шудың деңгейі 1-4 дБ-ға дейін, ал жалпы шудың ауытқуы 12 дБА-ны құрады. Жүк тиегіштер машинистері кабинасындағы шудың сипаттамасы біршама ауытқитынды байқатты. L-34 машинасы кабинасының акустикалық ластануы октавалық жолақтарда да, жалпы деңгейі бойынша да суретте берілген машиналардың арасында ең жоғары көрсеткішке ие. Себебі, шу сипаттамасы L-34 бульдозер кабинасында барлық жиіліктерде нормадан бірнеше есе, ал жалпы шу нормадан 21 дБА-ға шейін жоғарылады.

Сонымен, барлық бульдозерлер мен жүк тиегіштердегі шудың машинистердің жұмыс орындарында (кабинада) жоғары болу себебі, салонның нашар герметизациялануымен байланысты.

Бульдозер мен жүк тиегіштер кабинасындағы шудың деңгейі машинаның жаңалану дәрежесіне, тарту және сүйреу, итеру, көтеру күшіне және де негізгі технологиялық операцияларға кететін уақыттың ұзақтығына байланысты екендігі анықталынды.

ҚОРЫТЫНДЫ

«Өндірістік орта факторларының зияндылығы мен қауіптілігі көрсеткіштері бойынша, еңбек процесінің ауырлығы мен кернеулілігі бойынша еңбек жағдайларын бағалаудың гигиеналық критерийлері» нормативтік құжатына сәйкес кен орнындағы бұрғылау қондырғысы машинистінің, бульдозер мен жүк тиегіш машинистерінің және ауыр жүк тасығыш көлік жүргізушісінің еңбек жағдайындағы шу факторы бойынша кәсіби қауіптілік 3 кластың 2 дәрежесіне сәйкес келсе, экскаватор машинистінің еңбек жағдайы 3 кластың 3 дәрежесіне сәйкес келеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

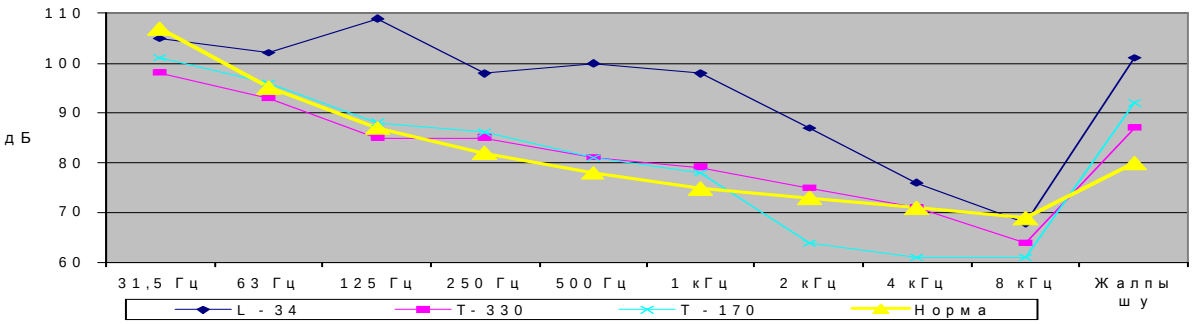
1. Тәткеев Т. Ә. Жер асты кен өндіру барысында жұмысшыларға әсер ететін жайсыз факторларды гигиеналық бағалау //Қазіргі нарықтық экономика жағдайындағы еңбек гигиенасының өзекті мәселелері.: ғылыми конф. матер. – Қарағанды, 2001. – 89 – 93 б.

2. Гребенева О. В. Влияние шума на организм горнорабочих //Астана медициналық журн. – 2003. – №2. – С. 17 – 21.

3. Исмаилова А. А. Реальная дозная оценка пыли, шума и вибрации на рабочих местах горнорабочих угольных шахт //Медико-экологические проблемы здоровья населения: Сб. науч. стат. Респ. науч.-пр. конф. молодых ученых и специалистов. Раздел 1. – Караганда, 2000. – С. 14 – 16.

4. Тәткеев Т. Ә. Еңбектің ауысымдық сипаттамасы жағдайындағы шу жүктемесін гигиеналық тұрғыда бағалау /Т. Ә. Тәткеев, І. А. Аманжол, Е. Ж. Отаров //Астана мед. журн.. – 2003. – №3. – 35 – 38 б.

5. Отаров Е. Ж. Өндіріс жағдайындағы шу



4 сурет. Жүк тиегіштер мен бульдозерлерден шығатын акустикалық толқындардың гигиеналық сипаттамасы

әсерінен есту қызметіндегі физиологиялық өзгерістер //Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы медициналық орталығының жаршысы. – 2008. – №4. – 74 – 78 б.
6. ГОСТ 12.1.003-83 «Шум. Общие требования безопасности».
7. ГОСТ 12.1.050-86 «Шум. Методы измерения шума на рабочих местах».
8. ГН №139 Приказ и.о. министра Здравоохранения РК №139 от 24.03.05 г. «Гигиенические нормативы допустимых уровней шума на рабочих местах».

Поступила 06.05.10

M. N. Sadγkov

HYGIENIC ESTIMATION OF NOISE LEVEL ACTING ON ORGANISM OF MAIN PROFESSION WORKERS WHILE EXTRACTIOND MINERALS BY OPEN WAY

The hygienic estimation of industrial noise level is given in article. The classes of labor conditions on noise factor of main professions of miner vehicle enterprises in conditions of the extractiond minerals by open way are revealed.

М. Н. Садықов

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ШУМА, ВОЗДЕЙСТВУЮЩЕГО НА ОРГАНИЗМ РАБОЧИХ ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИЙ ПРИ ДОБЫЧЕ ПОЛЕЗНЫХ ИСКОПАЕМЫХ ОТКРЫТЫМ СПОСОБОМ

В статье дана гигиеническая оценка уровню производственного шума. Выявлены классы условий труда по шумовому фактору у рабочих основных профессий горно-транспортных предприятий в условиях добычи полезных ископаемых открытым способом.

Л. К. Хамитова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ОПТД (Караганда)

В последние годы в Карагандинской области наметилась тенденция стабилизации и снижения основных показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза. Так, в 2009 г. показатель заболеваемости населения туберкулезом снизился на 18,1% и составил 97,0 против 118,5 в 2008 г. на 100 тыс. населения. За период с 2007 по 2009 г. показатель заболеваемости по области снизился и оставил 5,7% (2007 г. – 136,8, 2008 г. – 118,5, 2009 г. – 97,0; по РК соответственно: 126,4; 125,5; 105,5).

Вместе с тем, высокая заболеваемость туберкулезом сохраняется в городах – Жезказган – 113,5, Сатпаев – 105,0, Балхаш – 101,2, Шахтинск – 109,3 и районах: Бухаржырауском – 135,4, Улытауском – 113,5, Шетском – 109,0 на 100 тыс. Причиной высокой заболеваемости туберкулезом является недостаточное проведение мероприятий по раннему выявлению туберкулеза, неэффективные противоэпидемические и лечебно-оздоровительные мероприятия в очагах туберкулезной инфекции. Кроме того, определенную роль в развитии заболевания играет высокая инфицированность населения, связанная с наличием туберкулезной инфекции, которая поддерживается большим числом бациллярных больных, его удельный вес вырос с 55,2 до 58,5 в 2009 г. Наибольший удельный вес больных с БК+ прослеживается в городах Балхаш (66,7), Жезказган (67,2), Сатпаев (66,1), Шахтинск (62,0), Улытауском (3,3), где и наблюдается высокая заболеваемость туберкулезом, снижение резистентности к туберкулезу определенных слоев населения с низким социально-экономическим уровнем жизни. Из года в год увеличивается число безработных (74%), лиц без определенного места жительства (14,7%), освобожденных из мест лишения свободы (5,2%), страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией (5,3%).

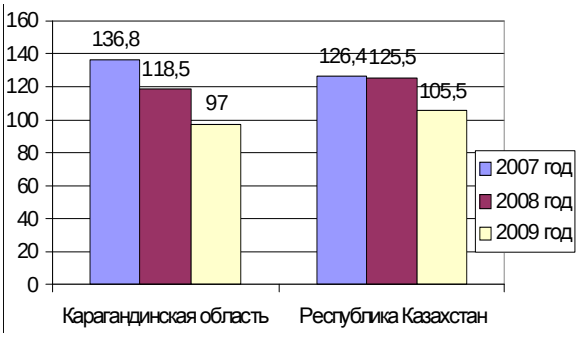


Рис. 1. Динамика заболеваемости туберкулезом по РК и Карагандинской области (на 100 тыс. населения)

Одним из основных критериев, определяющих тяжесть эпидемиологической ситуации, является показатель смертности от туберкулеза. В Карагандинской области показатель смертности от туберкулеза имеет тенденцию к снижению.

Так, в 2009 г. смертность снизилась на 19,2% и составила 18,5 против 22,9 в 2008 г. За период с 2007 по 2009 г. смертность снизилась на 26,8% (2007 г. – 26,0; 2008 г. – 22,9; 2009 г. – 18,5; по РК соответственно: 18,1; 17,2; 12,5 на 100 тыс. населения). По области высокий показатель смертности отмечается в городах Балхаш – 35,9, Караганда – 20,9, Темиртау – 21,2, Улытауском районе – 15,1, Бухаржырауском – 10,0. Общее количество умерших больных составило 249,

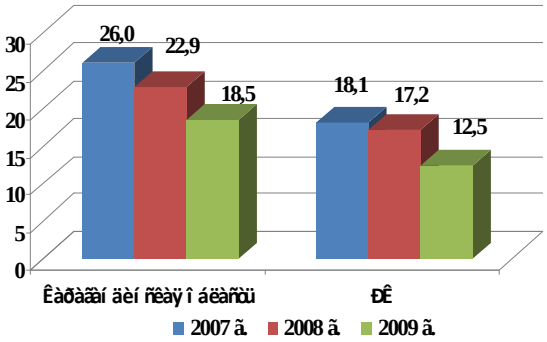


Рис. 2. Динамика показателя смертности
По РК и Карагандинской области

в том числе на территории УКУИС умерли 22 человека. В структуре умерших больных 50% (124 чел) были больные с устойчивой формой туберкулеза. В клинической структуре преобладает фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 56,6% (141 больной категории 4).

Основные причины смерти от туберкулеза легких:

- В 51,2% случаев прогрессирование туберкулезного процесса связано с большими распространенными процессами, выраженной туберкулезной интоксикацией и устойчивостью к антибактериальным препаратам. Наличие лекарственной устойчивости среди умерших больных определено у 40,0% больных, в том числе мультирезистентность у 26,7% больных.
- В 48,8% случаев причиной смерти стали присоединившиеся осложнения, такие как сердечно-легочная недостаточность, легочное кровотечение, амилоидоз, туберкулезный менингит, плеврит и пневмоторакс.

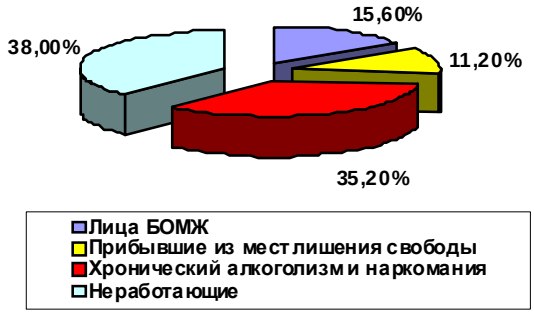


Рис. 3. Социальная структура смертности
от туберкулеза в Карагандинской области

Анализ показал, что основными факторами риска развития смертельного исхода у больных туберкулезом (более 75%) является наличие хронического алкоголизма и наркомании (35,2%), тюремного анамнеза (11,2%) и др.

В течение года обследовано флюорографическим методом 575 358 чел, при этом выявлено 1043 больных туберкулезом, что составило 1,8% на 1000 осмотренных (стандарт 0,6% и выше). Из группы населения, не прошедших флюорографию от 2 и более лет выявлено 161 больной (54,0%).

Между тем план профосмотра по области выполнен на 100%, из них группа риска – на 98,1%, обязательный контингент – на 100%. Туберкулинодиагностикой охвачены 120 405 детей. План туберкулинодиагностики выполнен на 93,5%. Туберкулез подтвержден у 71. Бактериоскопически обследовано на уровне ПМСП с подозрением на туберкулез 8 535 чел, при этом выявлено 161 больных с БК+. Процент выявляемости бактериоскопическим методом составил 3,0%, при стандарте 5%. Низкий процент выявлемости связан с недостаточным отбором больных с подозрением на туберкулез в сети ПМСП на бактериоскопическое обследование.

Для повышения эффективности ранней бактериологической диагностики туберкулеза и контролируемой краткосрочной химиотерапии в противотуберкулезных учреждениях и сети ПМСП проведены 7 семинаров по современным аспектам выявления и диагностики туберкулеза. На базе ОПТД проведены тренинги по противотуберкулезной программе для врачей ПМСП (охвачено 105 врачей), лаборантов микроскопических лабораторий по выявлению и диагностике туберкулеза (25), для химизаторов эффективности контролируемой химиотерапии с целью повышения.

Лечение больных туберкулезом проводится в стационарах шести противотуберкулезных диспансеров области. Поддерживающая фаза лечения при условии конверсии мазка проводится химизаторами в общей лечебной сети, территориальных диспансерах и 14 туберкулезных кабинетах. Прием препаратов проводится в строго контролируемом режиме. Все больные туберкулезом в полном объеме обеспечиваются противотуберкулезными препаратами согласно ДОТС (всего 1984 чел.). Ведется учет расхода противотуберкулезных препаратов в каждом пункте контролируемого лечения. Количество коек для лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в области 180. Всего взято на лечение препаратами резервного ряда с 2002 г. 1106 больных. Отбор пациентов на лечение проводится в соответствии с приказом МЗ РК №723 от 07.12.2008 г. «Об утверждении Инструкции по ведению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью». Эффективность лечения среди новых случаев с бацилловыделением по области колеблется от 63,0% до 77,7%, что объясняется уровнем распространения резистентности.

На санаторно-курортное лечение в Республиканский санаторий «Карагай» направлено 298 больных, что составило 50,2% из 593 нуждающихся больных. Для оздоровления детей в области функционирует семь противотуберкулезных санаториев на 545 коек. Кроме того, имеются школьные и дошкольные учреждения санаторного типа на 315 мест и школа-интернат санаторного типа на 150 мест. В течение 2009 г. оздоровлено 2672 детей в детских санаториях. Химиопрофилактикой охвачено 5579 детей, из них кон-

тактных 203, вираж 4690, с гиперергической пробой Манту 776.

Несмотря на проводимые мероприятия, остаются нерешенными вопросы выделения жилья нуждающимся больным, наличия противотуберкулезного санатория для взрослых для реабилитации туберкулезных больных, открытия хосписа для изоляции хронических больных, не поддающихся терапевтической коррекции, открытия школы-интерната для контактных, виражных детей и подростков в г. Караганде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилов Ш. Ш. Диагностика, лечение и мониторинг полирезистентного туберкулеза в режиме DOTS-плюс: Метод. рекомендации. – Алматы, 2002. – 198 с.
2. Методические рекомендации по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Казахстан от 14.03.2008 г.
3. Организация работы первичной медико-санитарной помощи на этапе внедрения стратегии DOTS: Метод. рекомендации. – Алматы, 2000. – 165 с.
4. Руководство по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан от 28.02.2008 г.

Поступила 13.05.10

L. K. Khamitova

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF TUBERCULOSIS IN KARAGANDA REGION

In the result of performance of preventive, medical and epidemic actions, use of all methods of revealing of a tuberculosis, carrying out of educational program for medical workers FMSA and interactions with intersectional structures the steady tendency of improvement of an epidemiological situation on a tuberculosis was outlined. It was possible to achieve disease decrease: 18,1%, diseases among children 34,6%, disease among teenagers 3,4%. A morbidity indicator 17,8%, specific weight of the neglected tuberculosis from 1,6 to 1,5. Reduction quantity of patients with primary stability to preparations of the first row from 106 to 85.

Л. К. Хамитова

ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Эпидемиологиялық, емдік, профилактикалық шараларды орындау бойынша, туберкулезді анықтаудың барлық әдістерін пайдалану, секторалық құрылымдармен қарым-қатынаста және БМСК медициналық қызметкерлеріне арналған танымдық бағдарламалар өткізу шараларынан және 3 жылдық жұмыс нәтиже-лерінен кейін туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсарғаны байқалды. Нәтижесінде келесі көрсеткіштерге қол жеткізілген: сырқаттылық 18,1%, балалар арасындағы сырқаттылық 34,6%, жасөспірім-дер арасындағы сырқаттылық 3,4%, дерттілік көрсеткіші 17,8% төмендеген, асқынған туберкулездің орташа үлесі 1,6-дан 0,5-ке дейін, бірінші топтағы дәрі-дәрмектерге алғашқы тұрақтылығы бар науқастар саны 106-дан 85-ке дейін төмендеген.

Н. М. Аймағанбетов

ҚҰЮ ӨНДІРІСІНІҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫ МЕН НЕГІЗГІ КӘСІБИ ТОПТАҒЫ ЖҰМЫССШЫЛАРДЫҢ ЖҰМЫС АУЫСЫМЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

ҚР ДСМ Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар Ұлттық орталығы, Қарағанды қ.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 2008-2017 жж. жұмысшылардың денсаулығын қорғау бойынша Ғаламдық жоспарды мақұлдады. Ғаламдық жоспарда әлемдегі экономиканың қарқынды дамуы мен өндірістің қуаттылығына қажетті алдыңғы шартты жағдай жұмысшылардың денсаулығы екендігі көрсетілген [2].

Еліміздегі өндірістік жарақат пен еңбек жағдайы бойынша ресми мәліметтер мынаны көрсетті: жұмысшылардың саны 2001 жылы үш жарым миллион адамды құрап, оның ішінде зиянды және қауіпті еңбек жағдайында 390 мың адам жұмыс жасаған. Жазатайым оқиғалар өндірісте жылына 20 мыңға дейін тіркелсе, орташа есеппен жылына алты жүзге жуық адам қайтыс болған. Жарақат алудан өндірісте күніне 3 мыңға дейін адам жұмысқа шықпайтындығы анықталған [1].

Сондықтан да өндірістегі жұмысшылардың еңбек процесі мен әртүрлі өндірістік орта факторының әсері кезінде жұмысшыларға әсер етуші кәсіби қауіптілікті зерттеу өзекті мәселе және әрі қарай зерттеу жұмыстарының жүргізілуін қазіргі заманның сұраныстары туындатып отыр.

ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАРЫ

Зерттеу топтарын құю өндірісінің құю және қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехтарындағы негізгі мамандықтағы жұмысшылар құрады. Өндірістегі физиологиялық зерттеу жұмыстары басшылық құрал талаптарына [3] сай жүргізіліп бағаланды.

ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛДАУ

Құю өндірісіндегі жұмысшылардың еңбек жағдайын гигиеналық және физиологиялық тұрғыдан бағалау үшін, негізгі мамандықтағы жұмысшылардың атқаратын жұмыс сипатын білу қажет. Сонымен қатар, жұмыстың ауырлығы мен ширығу деңгейін бағалау мақсатында жұмысшылардың жұмыс ауысымында пайдаланатын құралдар мен қосымша жабдықтарды білу де қажет. Құю

цехындағы қалып құюшы өзінің жұмыс орнында, жұмыс ауысымында келесі жұмыстарды атқарады. Оларға конвейерден опоканы қабылдау, қалыптық машинаға орнату, қалыптық қоспаны көму, опоканы преске ұсыну, қалыпты жинау, құю конвейеріне орнату сияқты жұмыстар жатады. Қалып құюшының жұмыс орны ПФ-4 қалыптық машинамен және пневмокөтергішпен жабдықталған. Қалыпты шығарушы құю цехында құйылған қалыпты автоматты шығарғышқа шығарумен айналысады. Жұмыс орны қалыпты автоматты шығарғышпен жабдықталған. Қалып жинаушы жұмыс күні бойы жүкті құю конвейеріне салумен және қалыптарды есепке алумен айналысады. Оның жұмыс орны жүктерді салу тетігімен жабдықталған. Топырақ өңдеуші 15323 үлгідегі қоспаларға келіп түскен қалыптық қоспаны дайындаумен айналысады. Құю цехындағы металл құю-шы үлгі жабдықтары бойынша қолдың күшімен қалыптарды дайындайды. Қалыптарды қолмен жүретін трамбовка жасайтын құралмен және пневмотрамбовкамен немесе жұмыс орнындағы арнайы құралмен қысады. Цехтағы шихташы шихта материалдарын төңгершекті үлкен ыдысқа кезекпен, шатыстырмай жинақтайды. Шихтаны жинақтау таразы арбасы мен төңгершекті үлкен ыдыс арқылы іске асады. Цехтағы жиналған құюға керекті шикізаттарды шихтаны түсіруші шихтаны төңгершекті көтергіш көмегімен вагранкаға жинақтайды. Осы үрдісті төңгершекті көтергішпен тетікті басқару арқылы іске асырады.

Вагранка пешін жұмыс ауысымына дайындау вагранканы жағып дайындаушының міндетіне кіреді. Вагранканы жағып дайындаушы вагранка пешіне отын дайындап, отынды өртеп, вагранка пешін жұмысқа дайындап қояды. Жұмыс кезінде вагранка пешін және төңгершекті көтергішті пайдаланады. Вагранка пешінің отқа төзімді болуы отқа төзімдеушінің атқаратын жұмысына тікелей байланысты. Вагранка пешінің ішіндегі отқа төзім-ді кірпіштерді футеровка жасап жөндейді. Жұмыс кезіндегі вагранка пеші мен тасшының құралдары және отқа төзімді кірпіштерді пайдаланады.

Құю өндірісіндегі негізгі мамандықтардың біріне шойын балқытушының жұмысы жатады. Шойын балқытушы балқудың технологиялық үрдісін бақылайды. Шойын балқу кезінде 1380^{0}С дейін жетеді. Шойын балқытушы вагранка пешін, лом және ұзын «көсеуді» қолданады.

Цехтағы слесарь мен электромонтер аталған цехта орналасқан құрал-жабдықтарды және электрлі құрал-жабдықтарды жөндеумен айналысады. Жөндеу жұмыстары кезінде слесарлық құрал-жабдықтар мен цехтың электрлі құрал-жабдықтарымен жанасады. Құю цехындағы моторшы электрлі двигателдердің жұмысын бақылайды. Бұзылған жағдайда басқа жұмысшылармен бірігіп, жөндеу жұмыстарын жүргізеді.

Қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехындағы құмды құрғатушының жұмыс міндетіне құрғату барабанындағы құмды құрғату жатады. Құрғатылған құм қалып жасауға пайдаланылады. Құмды құрғатушы жұмыс ауысымында құмды құрғататын барабанды, қырғышты және күректі пайдаланады. Цехтағы пештерді жағумен пеш жағушы айналысады. Ол жұмыс ауысымында пешке көмірді жеткізіп, отты жағып, одан шыққан күлді шығарумен айналысады. Оның жұмыс орнында технологиялық пештер орналасқан. Эмульсия қайнатушы қалыпты құюға қажетті эмульсияны дайындайды. Эмульсия құрамына саз, топырақ және су кіріп, эмульсия дайындалады. Эмульсия дайындау үшін механикаландырылған саз араластырғыш пен олардың консистенциясы мен ылғалдылығын білу үшін ариометр қолданылады.

Қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехындағы кран машинисі цехтағы ауыр жүк-терді және материалдарды қозғап, тасумен айналысады. Жүк пен материалдарды көпірлік кран көмегімен тасиды. Көпірлік кран 5 тоннаға дейін жүкті көтереді. Газбен кесуші цехқа жеткізілген метал ломдарын кесумен айналысады. Оның жұ-мыс орны кескішпен, пропан және қайшымен жабдықталған. Үлкен ломдарды аллигаторлы қай-шы операторы аллигаторлы қайшы мен гидропресс арқылы кесіп жаншиды. Кесу мен жаншу үшін оның жұмыс орны аллигаторлы қайшымен, гидропреспен, ломмен және илгішпен жабдық-талған.

Құю өндірісінің негізгі цехы болып саналатын құю цехындағы жұмысшылар арасындағы негізгі мамандық иелері келесі кәсіптердің иелері: қалып құюшы, қалыпты түсіруші, қалып жинаушы, топырақ өңдеуші, металл құюшы, шихташы, шихтаны түсіруші, вагранка жағып дайындаушы, отқа төзімдеуші, шойын балқытушы, слесарь, электромонтер және моторшы.

1 кестеде құю цехындағы негізгі мамандық иелерінің жұмыс күнінің хронометражы жайлы мәліметтер берілген. Кестеден көріп отырғанымыздай, құю цехындағы жұмысшылардың жұмыс күні 8 сағаттық немесе 480 минутты құрайды. Жұмыстың басталар алдында және жұмыс соңына қарай жұмысты аяқтауға кететін уақыт моторшы мен топырақ өңдеушіде 30 минутты құраса, қалыпты түсірушіде және элекромонтерде 40 мин, ал қалып құюшыда, шихташыда, шихтаны түсірушіде және шойын балқытушыда 45 минутты құраған. Металл құюды бастау мен жұмыс аяғында жұмыс орнын ретке келтіру металл құюшы үшін 50 минуттты алса, дәл осындай уақыт слесарь үшін де кетеді. Қалып жинаушының қалыптарды жинау үшін және жұмыс орнын келесі жұмыс күніне дайындау үшін 60 мин уақыты кетеді. Жұмысты қабылдап алу мен тапсыру үшін уақытты ең көп қажет ететін мамандық вагранканы жағып дайындаушы мен отқа дайындаушы екені анықталған. Себебі оларға жұмысты бастауға және жұмыс орындарын жинақтауға 96 мин уақыт кетеді.

Негізгі жұмысқа кететін уақыттан бөлек, құюдың технологиялық үрдісінің ерекшелігіне байланысты қосалқы жұмыстарға кететін уақытта анықтағанда келесі мәліметтер алынды. Шихташы

мен қалып жинаушының қосалқы жұмыстарға кететін уақыты 30 және 35 минуттарды құраған. Қалып пен металл құюшылардың және шойын балқытушының қосалқы жұмыстарға кететін уақыты 40 минутты құраса, қалыпты түсіруші мен топырақ өңдеушінің қосалқы жұмыстарды атқаруға кететін уақыты 45 минутты құрайды. Ал, моторшы мен слесарьдің, электромонтердің қосалқы жұмыстармен айналысуға кететін уақыттары 50 және 60 минуттарды құраса, отқа төзімдеуші мен вагранканы жағып дайындаушы технологиялық үрдістің ерекшелігіне байланысты басқа қосалқы жұмыстармен айналысуға кететін уақыты тиесінше 96 және 120 минуттарды құраған.

Регламенттелген үзіліс қалыпты түсірушімен металл құюшының жұмыс ауысымдарында қарастырылған. Регламенттелген үзілістердің уақыты 10 минутты құраған. Құю цехындағы түскі астың уақыты 30 минутты құрайды.

Негізгі жұмысты атқаруға кететін уақыт вагранканы жағып дайындаушының жұмыс ауысымында вагранка пешіне отын дайындап, отынды жағып, вагранка пешін жұмысқа дайындауға 234 минут уақыт кетсе, вагранка пешінің ішіндегі отқа төзімді кірпіштерді футеровка жасап, жөн-деуге отқа төзімдеушінің 258 минуты кетсе, слесарь мен электромонтер цехта орналасқан құрал-жабдықтарды және электрлі құрал-жабдықтарды жөндеумен айналысуға 340 және 350 мин жі-беріп, металл құюшы үлгі жабдықтары бойынша қолдың күшімен қалыптарды дайындап, қалып-тарды қолмен жүретін трамбовка жасайтын құ-ралмен және пневмотрамбовкамен немесе жұмыс орнындағы арнайы құралмен қысуға 350 минут жұмсайды. Қалыпты түсіруші құйылған қалыпты автоматты шығарғышқа шығарумен айналысуға және де қалып жинаушы жұмыс күні бойы жүкті құю конвейеріне салумен және қалыптарды есепке алумен айналысуға 355 минут кетсе, қалып құюшы конвейерден опоканы қабылдап, қалып-тық машинаға орнатып, қалыптық қоспаны көміп, опоканы преске ұсынып, қалыпты жинап, құю конвейеріне орнатуға 365 минут кетсе, дәл осындай уақыт шойын балқытушының технологиялық үрдісті бақылауға кететін уақытын құрайды. Моторшы электрлі двигательдердің жұмысын бақылап, бұзылған двигательдерді жөндеуге кететін уақыт 370 минутты құраса, топырақ өңдеушінің 15323 үлгідегі қоспаларға келіп түскен қалыптық қоспаны дайындауға 375 минут уақыты кетеді.

Қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехындағы жұмысшылардың жұмыс күнінің хронометражы 2 кестеде берілген.

Цехтағы еңбек операцияларына байланысты жұмыс уақытының бөлінуіне талдау жасайтын болсақ, жұмыс ауысымы 480 және 720 минутты құрайды. Түскі асты ішуге 60 минут уақыт берілсе, регламенттелген үзілістер қарастырылмаған.

Жұмысты қабылдап алу мен тапсыруға қалыпты құрғатушының 30 минут (6,3%) уақыты кетсе, эмульсия қайнатушының 40 мин (8,3%), ал пеш жағушы мен кран машинисінің 45 минуттары (9,4%-6,3%) кетеді. Газбен кесушінің және аллигаторлы қайшы операторларының жұмысты қабылдап алуға және жұмыс соңында тапсыруға кететін уақыт көлемі 60 минут (8,3%) пен 80 минутты (11,2%) құраған.

Қосалқы жұмыстарға кететін уақыт эмульсия қайнатушыда 45 (9,4%) минутты құраса, қалыпты құрғатушыда 50 (10,4%) минутқа сәйкес келсе, пеш жағушының жұмыс ауысымында 55 минутты (11,5%) құраған. Аллигаторлы қайшы операторының қосалқы жұмыстарға кететін уақыты 55 (7,6%) минутты құраса, кран машинисінде 60 минут (8,3%), ал газбен кесушіде 120 минутқа (16,6%) жеткен. Негізгі жұмысқа кететін уақыт цехтағы пештерді жағушының көмірді жеткізіп, отты жағып, одан шыққан күлді шығарумен айналысуға 320 минут (66,6%) кетсе, эмульсия қайнатушы қалыпты құюға қажетті эмульсияны дайындауға 335 минут (69,8%) жіберсе, қалыпты құрғатушының құрғату барабанындағы құмды құрғату 340 минут (70,8%) уақытты алады.

Ал, газбен кесуші цехқа жеткізілген метал ломдарын кесуге 480 минут (66,8%) жұмсаса, ломдарды аллигаторлы қайшы операторы аллигаторлы қайшы мен гидропресс арқылы кесіп, жаншуға 525 минутты (72,9%) жұмсайды. Кран машинисі цехтағы ауыр жүктерді және материалдарды қозғап, тасумен айналысқанда жұмыс ауысымының 555 минуты (77,1%) кетеді. Сонымен, жоғарыда келтірілген құю үрдісіндегі жұмыс күнінің хронометражы негізінде алынған мәліметтер жұмыс күнінің тығыз екендігін анықтады. Еңбек операцияларына байланысты жұмыс уақытының бөлінуіне баға бергенде негізгі жұмысқа кететін уақыттың ұзақтығы айқындалды. Регламенттелген үзілістің жоқтығы белгілі болды. Құю өндірісіндегі құю цехының негізгі мамандықтар атқаратын жұмыс сипатының түрлері анықталды. Олар – конвейерден опоканы қабылдау, қалыптық машинаға орнату, қалыптық қоспаны көму, опоканы преске ұсыну, қалыпты жинау, құю конвейеріне орнату, жүкті құю конвейеріне салумен және қалыптарды есепке алу, үлгі жабдықтары бойынша қолдың күшімен қалыптарды дайындау, шихта материалдарын төңгершекті үлкен ыдысқа кезекпен, шатыстырмай жинақтау, вагранка пешін жұмыс ауысымына дайындау, вагранка пешінің ішіндегі отқа төзімді кірпіштерді футеровка жасау. Шойынның балқуы 1380 ^{0}С жүреді. Қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехында құрғату барабанындағы құмды құрғатылады, құрғатылған құмнан қалып жасалынады, цехта технологиялық пештерде от жағылады, қалыпты құюға қажетті эмульсия дайындалады, цехта кран арқылы ауыр жүктер мен материалдар тасылады, цехқа жеткізілген металл ломдары газ кесу құралы арқылы кесіледі, үлкен ломдар аллигаторлы қайшы мен гидропресс арқылы кесіліп жаншылады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Еңбек операцияларына байланысты

1 кесте.

Құю цехындағы жұмысшылардың құю үрдісіндегі жұмыс күнінің хронометражы

Еңбек операциялары	Еңбек операцияларына байланысты жұмыс уақытының бөлінуі (пайыз және минутпен)									
	Жұмысты қабылдап алу мен тапсыру		Негізгі жұмысқа кететін уақыт		Қосалқы жұмыстарға кететін уақыт		Регламенттелген және түскі астың үзілістері		Барлығы	
	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.
Қалып құюшы	9,4	45	76	365	8,3	40	6,3	30	100	480
Қалыпты түсіруші	8,3	40	74	355	9,4	45	8,3	40	100	480
Қалып жинаушы	12,5	60	74	355	7,2	35	6,3	30	100	480
Топырақ өңдеуші	6,3	30	78	375	9,4	45	6,3	30	100	480
Металл құюшы	10,4	50	73	350	8,3	40	8,3	40	100	480
Шихташы	9,4	45	78	375	6,3	30	6,3	30	100	480
Шихтаны түсіруші	9,4	45	76	365	8,3	40	6,3	30	100	480
Вагранка жағушы	20	96	48,7	234	25	120	6,3	30	100	480
Отқа төзімдеуші	20	96	53,7	258	20	96	6,3	30	100	480
Шойын балқытушы	9,4	45	76	365	8,3	40	6,3	30	100	480
Слесарь	10,4	50	70,8	340	12,5	60	6,3	30	100	480
Электромонтер	8,2	40	73	350	12,5	60	6,3	30	100	480
Моторшы	6,3	30	77	370	10,4	50	6,3	30	100	480

2 кесте.

Қалып материалдары мен шихтаны дайындау цехындағы жұмысшылардың жұмыс күнінің хронометражы

Еңбек операциялары	Еңбек операцияларына байланысты жұмыс уақытының бөлінуі (пайыз және минутпен)									
	Жұмысты қабылдап алу мен тапсыру		Негізгі жұмысқа кететін уақыт		Қосалқы жұмыстарға кететін уақыт		Түскі асқа үзіліс		Барлығы	
	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.	%	Мин.
Қалыпты құрғатушы	6,3	30	70,8	340	10,4	50	12,5	60	100	480
Пеш жағушы	9,4	45	66,6	320	11,5	55	12,5	60	100	480
Эмульсия қайнатушы	8,3	40	69,8	335	9,4	45	12,5	60	100	480
Кран машинисі	6,3	45	77,1	555	8,3	60	8,3	60	100	720
Газбен кесуші	8,3	60	66,8	480	16,6	120	8,3	60	100	720
Аллигаторлы қайшы операторы	11,2	80	72,9	525	7,6	55	8,3	60	100	720

жұмыс уақытында регламенттелген үзілістердің болмауынан, негізгі жұмысқа кететін уақыттың ұзаруына байланысты жұмыс орындарындағы жағымсыз факторлардың адам ағзасына жағымсыз әсер ету уақыты ұзарады. Құю өндірісіндегі хронометражды зерттеу мәліметтерінің нәтижелері атқарылатын жұмыстың тығыздығынан кәсіби топтар арасында жұмыс ауысымы жеткілікті жүктемеде жүргізілетіндігін көрсетті. Құю өндірісіндегі технологиялық үрдіс жағдайында кері әсер етуші зиянды өндірістік факторлардың әсерін зерттеу, жұмысшылар арасындағы сырқаттанушылық деңгейін төмендетуге бағытталған про-филактикалық шаралар кешенін ұйымдастыру үшін қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Амирханова М. М. Состояние условий труда и производственного травматизма в Республике Казахстан //Охрана труда. Казахстан. – Алматы, 2006. – №1. – С. 69 – 75.

2. Измеров Н. Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008-2017 гг.: Пути и перспективы реализации //Медицина труда и пром. экология. – 2008. – №6.– С. 1 – 9.

3. АДЗ РК №1.04.001.2000. «Өндірістік орта факторларының зияндылығы мен қауіптілігі көрсеткіштері бойынша, еңбек үрдісінің ауырлығы мен кернеулілігі бойынша еңбек жағдайларын бағалаудың гигиеналық критерийлері» басшылық

N. M. Aimaganbetov

HYGIENIC CHARACTERISTIC OF FOUNDRY PRODUCTION TECHNOLOGY WORKERS WORKING SHIFT AND MAIN PROFESSIONAL GROUPS

In connection with lack of regulated breaks during working operations and prolongation of main working time the unfavorable factors have influence on human organism negatively at working place. The results of time keeping investigations data of foundry productions showed additional loading among main professions workers. Investigations of negative effects of foundry production on human organism have important meaning at organization of complex measures on morbidity level reduction among workers.

Н. М. Аймаганбетов

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОЧЕЙ СМЕНЫ ЛИТЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА И ОСНОВНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

В связи с отсутствием регламентированных перерывов во время рабочих операций и продлением основного рабочего времени неблагоприятные факторы на рабочем месте отрицательно вляют на организм человека. Результаты данных хронометражных исследований на литейном производстве показали дополнительную нагрузку среди рабочих основных профессии. Исследование отрицательного влияния литейного производства на организм людей имеет важное значение при организации комплексных мер по снижению уровня заболеваемости среди рабочих.

**С. К. Карабалин, В. А. Узбеков,
Е. Н. Кульпинский, О. А. Иохим,
Л. Н. Пашнева**

К ВОПРОСУ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ХРОНИЧЕСКОМУ ПЫЛЕВОМУ БРОНХИТУ И АНТРАКОСИЛИКОЗУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, Высшая школа общественного здравоохранения, Карагандинский государственный медицинский университет

Снижение риска развития профессиональных пылевых заболеваний легких является одной из актуальных задач как медицины труда, так и гигиены. В Центральном Казахстане, с его исторически сложившимся комплексом угледобывающей промышленности, серьезной проблемой для профпатологов и гигиенистов является высокая заболеваемость профессиональным пылевым бронхитом и антракосиликозом. Особую остроту данной проблеме придает то, что патоморфологические изменения при данных заболеваниях быстро приобретают характер необратимых, что, в свою очередь, по мере прогрессирования заболевания приводит к инвалидизации [2] данного контингента шахтеров-угольщиков. Учитывая тот факт, что у большинства больных профессиональные пылевые заболевания легких развиваются при наличии генетической предрасположенности к ним [8, 14], важной задачей является создание достоверной системы скрининга лиц с наличием такой предрасположенности.

Одним из путей решения этой задачи является использование дерматоглифического анализа. Перспективность этого подхода была показана в работах, в ходе которых было выявлено существенное отличие дерматоглифики больных пылевым бронхитом шахтеров-угольщиков от дерматоглифики здоровых стажированных шахтеров и лиц, не имевших контакта с углепородной пылью, различие в дерматоглифике больных пылевым бронхитом и антракосиликозом, а также предложена модель математического моделирования вероятного диагноза и времени клинического проявления признаков заболевания [5, 6, 11, 12].

В то же время нельзя считать вопрос применения дерматоглифического анализа для выявления предрасположенности к пылевому бронхиту и антракосиликозу окончательно решенным, поскольку нужды практического здравоохранения требуют от рекомендуемых методик максимально высокой точности прогноза, а любое математическое моделирование патологического процесса и его последствий представляет собой вероятностный процесс, при котором исходно подразумевается определенная доля погрешности, клиническим эквивалентом которой являются случаи гипо- или гипердиагностики. В приложении к обсуждаемому вопросу, для случая предрасположенности к пылевому бронхиту к гипердиагностике относится ситуация, когда в ходе математического моделирования данный пациент будет зачислен в группу риска по антракосиликозу, а гиподиагностикой, соответственно, будут случаи зачисления в группу пылевого бронхита лиц, имеющих предрасположенность к антракосиликозу.

Поэтому повышение точности математического прогноза является одной из актуальных задач современной профпатологии и гигиены. Ранее предложенная нами дискриминантная модель, позволяющая отнести случай к группе, имеющей предрасположенность либо к пылевому бронхиту, либо к антракосиликозу, основывалась на анализе 18 дерматоглифических признаков: *индекс Камминса правой и левой руки, папиллярный счет «ав» правой руки, гребневой счет 1-го*

пальца правой руки, папиллярный счет «вс» левой руки, папиллярный счет «cd» левой руки, гребневой счет 3-го пальца левой руки, гребневой счет 4-го пальца левой руки, гребневой счет 5-го пальца левой руки, общий гребневой счет левой руки, гребневой счет 2 пальца левой руки и обеспечивала 76% достоверности распознавания по признаку «предрасположенность к пылевому бронхиту – предрасположенность к антракосиликозу» (согласно [10], превышение порога в 70% для медико-биологических математических моделей признается хорошим результатом). В ходе данного исследования были поставлены задачи повышения достоверности отнесения случая к пылевому бронхиту или к антракосиликозу и сокращения количества используемых для достижения этого результата признаков. Было решено рассмотреть математические модели, в которых дерматоглифические измерения дополнялись данными пневмотахометрии, анамнеза, соматотипа (конституции больного). Роль конституции в развитии заболеваний известна достаточно давно и подчеркивалась известными клиницистами, такими как Э. Кречмер, А. Д. Сперанский, М. В Черноруцкий и др. – обобщение исследований этого вопроса содержится в работах [1, 13]. В настоящее время наблюдается усиление интереса к роли конституциональных факторов при профессиональной пылевой патологии [7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для того, чтобы сравнение новой и старой математической модели было корректным, исследование проводилось в той же группе шахтеров-угольщиков, что и в работе [12], где была предложена более ранняя математическая модель. Таким образом, изучению подверглись 110 ладонно-пальцевых отпечатков (дерматоглифов) 55 больных хроническим пылевым бронхитом и 110 дерматоглифов 55 больных антракосиликозом. Диагноз хронического пылевого бронхита и антракосиликоза был верифицирован в клинике профессиональных заболеваний г. Караганды. Стаж работы больных в условиях повышенной запыленности превышал 10 лет. В качестве контрольной группы выступали 40 стажированных здоровых шахтеров-угольщиков. Изучались следующие показатели: дерматоглифические – дельтовый индекс, индекс Камминса, папиллярный счет (ab, be, cd), гребневой счет каждого пальца, общий и суммарный гребневой счет, поля окончания ладонных линии [15]. Дерматоглифы снимались по методу Т. Д. Гладковой [4].

Пневмотахометрические – жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха (ОФВ-1, ОФВпос), объем форсированного вдоха за 1 сек (ОФВ-1 вдоха), индекс Тиффно, пиковая объемная скорость (ПОС) выдоха, максимальная объемная скорость на уровне крупных, средних и мелких бронхов (МОС 25, МОС 50, МОС 75), средняя объемная скорость на уровне крупных, средних и мелких бронхов (СОС 25-75, СОС 75-85), пиковая объемная скорость вдоха (ПОС вдоха), индекс состояния (интегральный показатель функции дыхания, автоматически рассчитываемый компьютерным спирометром). Данные были получены на серийном компьютерном анализаторе дыхания АД-2М.

Анамнестические – диагноз, санитарно-гигиеническая характеристика, рост, вес, % потери трудоспособности, стаж работы и стаж курения, участок работы, количество острых респираторных заболеваний в течение года, возраст установления диагноза и возраст появления признаков заболевания. Данные брались из историй болезни и в ходе опроса больных.

Соматотипические – эндоморфный, мезоморфный и эктоморфный компонент соматотипа. Компоненты соматотипа оценивались по общепринятой методике Шелдона, описанной в работе [13]. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в прикладном пакете математических программ «STATISTICA 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сопоставление дерматоглифической картины больных пылевым бронхитом, антракосиликозом и здоровых стажированных показало наличие существенных различий в распределении ряда признаков (табл. 1).

С целью повышения чувствительности к различиям между хроническим пылевым бронхитом и антракосиликозом было решено воспользоваться непараметрическим серийным критерием Вальда-Вольфовица, чья мощность при сравнении менее 100 пар наблюдений в большинстве случаев превосходит мощность t-критерия Стьюдента [3]. Критерий Вальда-Вольфовица относится к непараметрическим статистическим критериям и, будучи чувствительным к характеру распределения данных, в то же время не требуя вычисления привычных для t-критерия Стьюдента «средних» и «сигмы», позволяет статистически оценить достоверность вывода о существенных различиях между двумя группами наблюдений, ориентируясь на распределение данных в группах сравнения [3].

Результаты сравнения данных больных хроническим пылевым бронхитом и силикозом представлены ниже. Критерий Вальда-Вольфовица позволил выявить значимые различия по 18 параметрам (табл. 2).

Из изученных дерматоглифических признаков для дальнейшей обработки на основе максимальной достоверности нами были выбраны следующие: индекс Камминса правой руки, гребневой счет 1 – 4 пальца правой руки, папиллярный счет «cd» левой руки, гребневой счет 3 – 5 пальца левой руки, суммарный гребневой счет, поле окончания ладонной линии «С» на левой руке.

Сравнение пневмотахометрических параметров с помощью критерия Колмогорова – Смирнова между двумя группами показало существенные отличия лишь по нескольким показателям (табл. 3).

Таблица 1.

Различия дерматоглифических признаков в группе больных хроническим пылевым бронхитом, антракосиликозом и группе здоровых стажированных

Признак	Хронический пылевой бронхит (n=55)	Здоровые стажированные (n=40)	Антракосиликоз (n=55)	Здоровые стажированные (n=40)
Дельтовый индекс	12,64±0,43***	9,58±0,35	11,56±0,52**	9,58±0,35
Индекс Камминса пр. руки	6,1±0,24*	7,81±0,45	6,99±0,45*	7,81±0,45
Папиллярный счет «ав»	36,43±0,87***	26,70±0,99	39,72±1,35***	26,70±0,99
Папиллярный счет «вс»	26,40±0,85***	21,34±0,43	26,25±0,90***	21,34±0,43
Папиллярный счет «cd»	31,77±1,03***	23.90±0.85	34,02±1,25***	23,90±0,85
Гребневой счет 1 пальца правой руки	19,27±0,72***	13,00±056	14,20±1,16	13,00±0,56
Гребневой счет 2 пальца правой руки	11,89±0,61**	8.95±0,62	10,27±0,73	8,95±0,62
Гребневой счет 3 пальца правой руки	11,41±0,59*	9,70±0,43	9,48±0,79	9,70±0,43
Гребневой счет 4 пальца правой руки	14,20±0,48**	12,10±0,38	12,49±0,73	12,10±0,38
Гребневой счет 5 пальца правой руки	11,95±0,60*	9,60±0,65	13,08±0,69*	9,60±0,65
Общий гребневой счет правой руки	65,73±2,18***	54,05±2,06	64,92±3,50**	54,05±2,06
Папиллярный счет ав левой руки	36,68±1,01***	27,92±0,75	27,05±2,50	27,92±0,75
Папиллярный счет вс левой руки	26,94±0,82***	19,96±0,77	20,95±1,80	19,96±0,77
Папиллярный счет cd левой руки	30,16±1,22***	24,00±0,85	25,44±2,23	24,00±0,85
Гребневой счет 1 пальца левой руки	16,78±0,82***	11,30±0,56	13,91±1,08*	11,30±0,56
Гребневой счет 2 пальца левой руки	11,71±0,67*	9,45±0,62	9,38±1,11	9,45±0,62
Гребневой счет 3 пальца левой руки	12,29±0,65*	10,95±0,04	9,09±1,02	10,95±0,04
Гребневой счет 4 пальца левой руки	15,73±0,67**	12,50±0,70	11,09±1,02	12,50±0,70
Гребневой счет 5 пальца левой руки	12,04±0,60**	9,60±0,42	9,51±0,94	9,60±0,42
Общий гребневой счет левой руки	63,89±2,47**	53,80±2,1	51,20±4,61***	53,80±2,1
Суммарный гребневой счет	128,86±4,43***	106,90±3.85	64,92±3,50***	106,90±3,85

* p<0,05; ** p<,01; *** p<0,001

По таким показателям, как ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОВФ 1, ПОС, МОС 25, СОС 25 – 75, ОВФ 1 вдоха, ПОС вдоха, индекс состояния, статистически значимых различий обнаружено не было. Таким образом, по сравнению с генетически детерминированными дерматоглифическими признаками, данные пневмотахометрии различаются всего по 4 параметрам – индекс Тиффно, МОС 50, МОС 75, СОС 75 – 85. Это является подтверждением того, что различная заболеваемость пылевым бронхитом и антракосиликозом обусловлена генетическими особенностями организма.

Сопоставление анамнестических и соматотипических характеристик представлено в табл. 4. Для сравнения использовался критерий Вальда – Вольфовица. Важность учета соматотипа давно известна в медицине, существует реальная связь между течением заболевания и определяемой соматотипом (конституцией) реактивностью организма [1, 13]; в профпатологических исследованиях тоже придается определенное значение [7].

Таким образом, для использования в дискриминационной модели отбирают дерматоглифические, пневмотахометрические, анамнестические и соматотипические показатели, имеющие максимальное различие в группах пылевого бронхита и антракосиликоза. Это такие признаки, как стаж работы, стаж курения, мезо- и эктоморфный компоненты соматотипа, индекс Тиффно, СОС 75, индекс Камминса, гребневой счет 1–4 пальца правой руки, папиллярный счет «cd» левой руки, гребневой счет 3 – 5 левой руки, поле окончания главной ладонной линии «С», суммарный гребневой счет.

Из данных табл. 5 следует, что новая дискриминантная модель, составленная по 15 признакам *(стаж работы, стаж курения, мезо- и эктоморфный компоненты соматотипа, индекс Тиффно, СОС 75, индекс Камминса, гребневой счет 1–4 пальца правой руки, папиллярный счет «cd» левой руки, гребневой счет 3 – 5 левой руки, поле окончания главной ладонной линии «С», суммарный гребневой счет)* оказывается статистически достоверной. Суммарное значение лямбды Уилкса оказалось равным 0,130, при округлении до сотых – 0,13, что свидетельствует о хорошей дискриминации [3] – будучи математическим показателем, характеризующем диспер-

Таблица 2.

Достоверность различий больных хроническим пылевым бронхитом и антракосиликозом с помощью критерия Вальда-Вольфовица

Признак	Z (аналог t-Стьюдента для I группы наблюдений n=55)	P	Z (аналог t-Стьюдента для II группы наблюдений n=55)	P
Индекс Камминса правой руки	-5,747	0,001	5,651	0,001
Папиллярный счет «ав» пр. руки	-2,682	0,007	2,586	0,010
Папиллярный счет «вс» пр. руки	-2,874	0,004	2,778	0,005
Папиллярный счет «cd» пр. руки	-4,981	0,001	4,885	0,001
Гребневой счет 1-го пальца правой руки	-3,065	0,003	2,969	0,003
Гребневой счет 2-го пальца правой руки	-3,640	0,001	3,544	0,002
Гребневой счет 3-го пальца правой руки	-2,490	0,001	2,395	0,017
Гребневой счет 4-го пальца правой руки	-3,640	0,001	3,544	0,002
Общий гребневой счет правой руки	-4,789	0,001	4,694	0,001
Поле окончания ладонной линии «С» на левой руке	-4,747	0,001	5,101	0,001
Папиллярный счет «ав» левой руки	-2,490	0,018	2,395	0,017
Папиллярный счет «вс» левой руки	-2,299	0,026	2,203	0,028
Папиллярный счет «cd» левой руки	-3,448	0,001	3,353	0,001
Гребневой счет 2-го пальца левой руки	-4,023	0,001	3,927	0,001
Гребневой счет 3-го пальца левой руки	-2,490	0,018	2,395	0,017
Гребневой счет 4-го пальца левой руки	-2,299	0,022	2,203	0,028
Гребневой счет 5-го пальца левой руки	-3,448	0,001	3,356	0,001
Суммарный гребневой счет	-2,182	0,022	2,196	0,016

Таблица 3.

Различие пневмотахометрических показателей в группах больных хроническим пылевым бронхитом и антракосиликозом

Признак	Максимальная отрицательная разница	Максимальная положительная разница	Уровень достоверности P	Среднее для пылевого бронхита	Среднее для антракосиликоза	Стандартное отклонение для бронхита	Стандартное отклонение для антракосиликоза
Индекс Тиффно	-0,110	0,280	p<0,025**	0,054	-0,256	0,827	0,953
МОС _505	0,000	0,371	p<0,05*	0,117	-0,427	0,835	0,704
МОС 75	-0,032	0,441	p<0,05*	0,147	-0,288	0,817	1,064
СОС 75-85	-0,092	0,409	p<0,025**	-0,097	-0,332	0,864	0,945

* p<0,05; ** p<0,025

сию оценок дискриминантной функции, не обусловленную различиями между двумя группами, стремящиеся к нулю значения лямбды указывают на выражинные внутригрупповые различия.

Таким образом, с 87% вероятностью мы можем отнести случай предрасположенности к пылевому бронхиту или антракосиликозу, используя рекомендуемые нами признаки. Минимум вероятности ложной классификации в новой модели прогноза оказался в 2 раза меньше, чем рекомендуемая в работе [12] – соответственно 13% против 24%. Результаты дискриминации наглядно видны на диаграмме рассеивания канонических значений:

На рис. 1 четко видны три «облака значений» – 2 крайних скопления соответствуют пылевому бронхиту и антракосиликозу, а расположенное между ними небольшое скопление представляет собой математически сомнительные случаи, где для верификации диагноза требуется более тщательный диагностический подход.

Таким образом, благодаря высокой точно-

Таблица 4.

Различие анамнестических и соматотипических признаков в группе больных хроническим пылевым бронхитом и антракосиликозом

Признак	Среднее для пылевого бронхита	Среднее для антракосиликоза	Z (аналог t-Стьюдента) для п. бронхита	P	Z (аналог t-Стьюдента) для антракосиликоза	Уровень достоверности P
Кол-во ОРЗ	0,034	-0,102	-1,122	0,262	0,984	0,325
Стаж	-0,310	-0,065	-2,678	0,010**	3,537	0,012*
Стаж курения	-0,027	-0,172	-2,620	0,009**	3,123	0,002**
Мезоморфный компонент соматотипа	0,359	0,203	-2,783	0,005**	2,645	0,008**
Эктоморфный компонент соматотипа	0,079	-0,369	-3,613	0,001***	3,475	0,001***

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

сти предлагаемой модели, мы можем рекомендовать ее для внедрения в практическое здравоохранение. В связи с простотой процедура снятия дерматоглифа и учета дерматоглифических признаков вполне может быть поручена лаборантам или среднему медперсоналу, передающим в дальнейшем полученные данные в виде готовой для математической обработки сводной таблицы врачу-профпатологу.

Следует отметить, что в настоящее время применение дерматоглифики для выявления предрасположенности к профессиональным пылевым заболеваниям легких является единственной альтернативой существенно более дорогостоящим методам HLA-генотипирования и использования серологических маркеров. К плюсам рекомендуемого подхода следует отнести и его неинвазивность.

Таблица 5.

Результаты дискриминации между группами пылевого бронхита и антракосиликоза (количество переменных – 15, количество групп – 2, лямбда Уилкса – 0, 130 при P<0,001)

Признак	Лямбда Уилкса	Частичная лямбда	F-критерий Фишера	P
Стаж	0,120	0,840	7,223	0,001***
Стаж курения	0,107	0,941	2,375	0,010**
Мезоморфный компонент соматотипа	0,117	0,862	6,09343	0,003**
Эктоморфный компонент соматотипа	0,123	0,819	8,385	0,001***
Индекс Тиффно	0,115	0,882392	5,06474	0,009**
COC_75	0,110	0,917638	3,41065	0,038*
Индекс Камминса	0,126	0,805	9,215	0,002**
Гребневой счет 1 пальца пр. руки	0,136	0,744	13,04	0,001***
Гребневой счет 2 пальца пр. руки	0,124	0,816	8,545	0,001***
Гребневой счет 3 пальца пр. руки	0,120	0,845	6,996	0,002*
Гребневой счет 4 пальца пр. руки	0,111	0,913	3,634	0,031*
Гребневой счет 5 пальца пр. руки	0,105	0,961	1,547	0,219*
Общий гребневой счет пр. руки	0,105	0,963	1,473	0,236*
Папиллярный счет «cd» левой руки	0,117	0,868	5,786	0,005**
Гребневой счет 3 пальца левой руки	0,143	0,706	15,821	0,001***
Гребневой счет 3 пальца левой руки	0,113	0,897	4,378	0,016*
Гребневой счет 3 пальца левой руки	0,108	0,940	2,406	0,037*
Суммарный гребневой счет	0,130	0,779	10,794	0,001***
Поле окончания главной ладонной линии «С» слева	0,112	0,902	4,113	0,020*

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

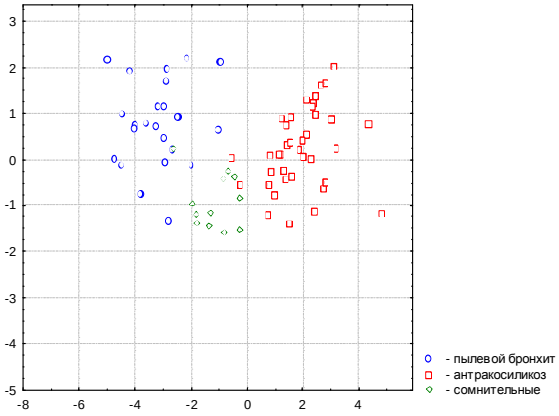


Рис. 1. Рассеивание канонических значений при дискриминантном анализе предрасположенности к пылевому бронхиту и антракосиликозу

ВЫВОДЫ

1. Показано наличие статистически значимых различий между дерматоглификой и соматотипом больных хроническим пылевым бронхитом и антракосиликозом.

2. Рекомендована математическая модель выявления предрасположенности к хроническому пылевому бронхиту и антракосиликозу с использованием дерматоглифических, соматотипических, анамнестических и пневмотахометрических параметров, обеспечивающая 87% точность отнесения случая в группу предрасположенности к хроническому пылевому бронхиту или антракосиликозу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акинщикова Г. И. Телосложение и реактивность организма человека. – Л.: ЛГУ, 1969. – 91 с.
2. Артамонова В. Г. Профессиональные болезни /В. Г. Артамонова, Н. А. Мухин. – М.: Медицина, 2004. – 480 с.
3. Боровиков В. П. STATISTICA – искусство анализа данных на компьютере. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.
4. Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. – М.: Наука, 1966. – 151 с.
5. Дерматоглифика в ранней диагностике предрасположенности к профессиональному пылевому бронхиту /С. К. Карабалин, В. А. Узбеков, А. У. Аманбекова, Е. Н. Кульпинский //Метод. пособие для врачей-профпатологов. – Алматы., 2001. – 10 с.
6. Диагностическая достоверность дерматоглифических признаков при хроническом пылевом бронхите /С. К. Карабалин, В. А. Узбеков, Е. Н. Кульпинский, Е. С. Сейтахмет //Медицина и экология. – 2005. – №3. – С. 46 – 50.
7. Капишников П. И. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий при хроническом пылевом бронхите: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Самара, 2010. – 32 с.
8. Кокс Д. Анализ данных типа времени жизни. Серия: Математико-статистические методы за рубежом /Д. Кокс, Д. Оукс. – М.: Финансы и Статистика, 1988. – 191 с.
9. Косарев В. В. Профессиональные болезни /В. В. Косарев, В. С. Лотков, С. А. Бабанов. – М.: Эксмо, 2009. – 352 с.
10. Кульпинский Е. Н. К вопросу выявления предрасположенности к хроническому пылевому бронхиту методом дерматоглифического анализа /Е. Н. Кульпинский, О. В. Гребенева //Сб. матер. междуна. конф. «Актуальные проблемы медицины труда и экологии Донбасса». – Донецк, 2000. – С. 177 – 179.
11. Применение дерматоглифических показателей для прогнозирования развития хронического пылевого бронхита /С. К. Карабалин, В. А. Узбеков, Е. Н. Кульпинский, Е. С. Сейтахмет // Медицина и экология.– 2005. – №4. – С. 39 – 43.
12. Сравнительный анализ предрасположенности к хроническим профессиональным заболеваниям дыхательной системы на основе анализа дерматоглифики /С. К. Карабалин, В. А. Узбеков, Е. Н. Кульпинский, В. Н. Власова //Медицина и экология. – 2006. – №4.– С. 38 – 42.
13. Тэннер Дж. Рост и конституция человека // Сб. Биология человека. – М.: Мир, 1979. – С. 366 – 471.
14. Хоменко А. Г. Проблемы наследственности при болезнях легких. – М.: Медицина, 1991. – 238 с.
15. Penrous L. S. Memorandum on dermatoglyphic nomenclature //Brith. Defect. Original Articles Series. – 1968. – №3. – P. 3 – 13.

Поступила 11.06.10

S. K. Karabalin, V. A. Uzbekov, Y. N. Kulpinski, O. A. Iokhim, L. N. Pashneva

THE PROBLEM OF REVEALING SUSCEPTIBILITY CHRONIC DUST BRONCHITIS AND ANTRACASILICOSIS WITH USE OF UNINVASIVE DIAGNOSTICAL METHODS

The investigation showed presence of essential differences in dermatoglyphic picture of patients with chronic dust bronchitis, antracosilosis and healthy; the distinctions in extromorphous and mesomorphous component of somatotype for patients with chronic dust bronchitis and antracosilicosis of miners are revealed. Discriminant mathematic model of susceptibility prognosis to dust bronchitis and antracosilicosis using results of uninvasive methods of investigation where data of dermatoglyphic analysis are added by use of pneumotaxometric, anamnestic and somatic signs that provides reduction of probability of false classification to 13% against 24% with use of mathematic model of dermatoglyphic signs was attered.

С. К. Қарабалин, В. А. Узбеков, Е. Н. Кульпинский, О. А. Иохим, Л. Н. Пашнева
ИНВАЗИВТІК ЕМЕС ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУМЕН СОЗЫЛМАЛЫ ШАҢДЫҚ БРОНХИТКЕ ЖӘНЕ АНТРАКОСИЛИКОЗҒА БЕЙІМДІЛІКТІ АНЫҚТАУ МӘСЕЛЕСІНЕ

Зерттеу дерматоглифиялық картинада созылмалы шаңдық бронхитпен, антракосиликозбен науқастардағы және денсаулығы жақсы шахтер-көміршілердегі елеулі айырмашылықтарды көрсетті; созылмалы шаңдық бронхитпен, антракосиликозбен науқастанған шахтер-көміршілердің соматотипіндегі эктоморфтық және мезоморфтық компонентінің айырмашылықтары анықталған. Созылмалы шаңдық бронхитке, антракосиликозге бейімділікті болжаудың дискриминантты математикалық моделі ұсынылған, ол зерттеудің инвазивтік емес тәсілдерінің нәтижелеріне негізделген. Соған сәйкес дерматоглифиялық талдаудың деректері пневмотахометриялық, анамнестикалық және соматотиптік белгілерді қолданумен толықтырылады, бұл жалған классификация мүмкіндігін 24%-дан 13%-ға дейін төмендетуге мүмкіндік береді.

К. И. Садыков, О. А. Абеуова,
С. К. Карабалин

БИОХИМИЧЕСКИЕ И ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЫЛИ

Кафедра начальной военной подготовки
Карагандинского государственного университета
им. Е. А. Букетова

При любом поступлении многих токсических веществ наблюдается изменение содержания их в организме, уровень которых зависит от отведенной дозы (концентрации). Попадая в организм человека и животных, химические вещества подвергаются процессам биотрансформации, могут связываться с эндогенными субстратами с образованием различных комплексов, выступать в роли аллостерических регуляторов ферментной активности и пр., в частности, некоторые металлы могут проявлять более токсические свойства в связи с метаболической активностью [1].

Известно, что на ранних стадиях развития интоксикации, вызванных техногенными факторами, адаптационные процессы в общем и целом помогают организму справиться с химической нагрузкой, однако в последствии могут возникать различные состояния, свидетельствующие об их неэффективности. При этом процессы детоксикации и биотрансформации могут быть не всегда целесообразны, сопровождаются замыканием «порочных кругов» в различных метаболических звеньях и приводят к патологическим проявлениям. Клеточные и гуморальные механизмы адаптации организма к химическому фактору имеют свое значение на всех стадиях развития интоксикации, в связи с чем оценка состояния здоровья человека в условиях реальной химической нагрузки сопряжена с определенными трудностями и требует углубленного изучения. Вместе с тем является очевидным, что адаптационные возможности организма на биохимическом уровне к изменению среды его обитания ограничены и в значительной степени определяются глубиной конфликта между эндогенными и экзогенными средами. Все эти факторы заставляют рассмотреть некоторые аспекты изменения условий обитания населения, проживающего в экологически неблагополучных районах [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первая серия эксперимента была направлена на выявление общетоксического эффекта у крыс самцов, получивших интратрахеально марганецсодержащую пыль (МСП) в дозе 50 мг/м^3. Выявлено, что через 3 сут после запыленияв легких возрастает количество оксида азота (NO) до 4,53±0,7 мкмоль/л по сравнению с контролем 2,14±0,32 мкмоль/л. Аналогичная направленность характерна и для кетодиенов (КД) и диеновых конъюгатов (ДК), уровень которых возрастает на 59% и на 112%, активность каталазы падает на 25%

Такая направленность изменения характерна и для 70 дней. Так, содержание кетодиенов возрастает на 37%, диеновых конъюгат в 1,9 раз, активность каталазы снижается на 34%.

При цитоморфологическом анализе бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) в эксперименте выявили повышенный выход нейтрофилов в 3,3 раза и дегенерированных нейтрофилов в 2,1 раза, количество альвеолярных макрофагов (АМ) снижено в 1,6 раза, а деструктивно измененные альвеолярные макрофаги повышены в 2,5 раза, количество лимфоцитов повышено 5,8 раз, дегенерированных цилиндрических клеток – в 3,2 раза.

Выявленный дисбаланс ПОЛ/АОЗ в легких и накопление в БАЛ дегенерированных форм нейтрофилов (НЛ), альвеолярных макрофагов (АМ) и цилиндрического эпителия свидетельствует о существенном нарушении функциональных возможностей клеток легких и значительном накоплении продуктов ПОЛ. Снижение каталазы обусловлено накоплением значительного количества перекисных продуктов, обусловливающих ингибирующее действие на активность данного фермента [2].

При воздействии пыли на уровне ПДК у крыс самцов и крыс самок выявлено в БАЛ активация оксида азота в среднем в 3 раза. В ткани легких также наблюдается активация оксида азота у самцов до 6,83±0,43 и самок до 6,43.

В БАЛ наблюдается накопление диеновых конъюгат у самцов, а у самок в среднем в 3 раза по сравнению с контрольной группой. Вместе с

Таблица 1.
Показатели NO и ПОЛ в легких при воздействии пыли в концентрации 50 мг/мл

Показатели	NO (мкмоль/л)	Кетодиены (мкмоль/мл)	ДК (мкмоль/мл)	Каталаза
Контроль	2,14±0,7	0,61±0,008	0,93±0,02	2,37±0,03
3 дня	4,53±0,32	0,97±0,02	1,98±0,1	1,78±0,01
70 дней	1,43±0,06	0,84±0,07	2,7±0,4	1,52±0,05

Таблица 2.
Цитоморфологические показатели (%) в БАЛ при воздействии ЖП

Группа	НЛ	НЛ дегенер.	АМ	АМ дегенер.	Лимфо-циты	Цилиндрический эпителий	
						Нормальный	Дегенерированный
Контроль (n – 8)	4,0±2,1	0,8±0,4	84,1±4,7	8,4±3,9	1,7±0,01	0,2±0,01	1,2±0,5
Пыль (n – 8) (70 сут)	13,2±5,3	12,17±0,6	52,6±3,8 в 1,6 раз	21±3,9	7,6±1,8	-	3,9±1,6 в 13,2 раз

Таблица 3.
Биохимические показатели в респираторной системе животных при воздействии МСП на уровне ПДК

Группы	NO (мкмоль/л)		БАЛ (мккат/мл)				Легкие			
	БАЛ	легкие	ДК (Мкмоль/л)	КД (Мкмоль/л)	МДА	Каталаза	ДК (Мкмоль/л)	КД (Мкмоль/л)	МДА	Каталаза
Контроль	2,04± 0,32	2,14± 0,32	3,47± 0,14	0,52± 0,13	1,03± 0,11	0,37± 0,03	3,49± 0,06	1,09± 0,15	2,44± 0,5	0,7± 0,02
Самцы	6,32± 0,53**	6,83± 0,43**	7,29± 0,25**	1,47± 0,11**	1,61± 0,15	3,12± 0,1**	3,33± 0,3	0,49± 0,19**	1,69± 0,28	1,5± 0,09**
Контроль	1,9±0,2	2,06± 0,4	3,02± 0,9	0,6± 0,14	1,08± 0,8	0,42± 0,02	3,08± 0,03	0,9± 0,03	2,60± 0,38	1,6± 0,1
Самки	6,65± 0,26**	6,43± 0,5**	5,74± 0,16**	0,77± 0,04	1,63± 0,13	1,9± 0,08**	4,58± 0,11**	0,59± 0,02**	2,17± 0,2	2,25± 0,13**

тем, выявлена высокая активность каталазы у самцов – до 3,12±0,1 мккат/мл, что в 7 раз выше контрольных величин. У самок активность каталазы возрастает до 1,9±0,08 мккат/мл по сравнению с контролем 0,42±0,02 мккат/мл. В самой ткани легких уровень диеновых конъюгат возрастает у самок на 48%, что составило 4,58±0,11 мкмоль/л по сравнению с контролем 3,08±0,003 мкмоль/л. Выявлено снижение КД в обеих изучаемых группах на 54% и 35%, по сравнению с контрольной группой 1,09±0,15 мкмоль/л и 0,9±0,03 мкмоль/л. В легких, также как и в БАЛ, идет активация каталазы в обеих группах у самцов на 1,1 раза у самок на 38%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При действии МСП на уровне ПДК со стороны респираторной системы выявлена активация процессов ПОЛ/АОЗ и высокая генерация NO. Процесс липопероксидации, по-видимому, связан с ранними проявлениями окислительного стресса при воздействии МСП. Высокая активность каталазы и NO свидетельствуют о развитии процессов адаптации на воздействие факторов малой интенсивности белков формы О-АДФГ, что составило 0,02±0,01 у. е., по сравнению с контролем 0,44±0,04 у.е. У самок (2 группа), изменения наблюдаются только со стороны металлокатализируемых белков О-АДФГ формы, что проявлялось угнетением на 64%. Такая же направленность характерна и для формы ОКДФГ только для спонтанно модифицированных белков, как в группе 1, так и у самок – группа 2, что проявлялось уменьшением на 76% и 99%, соответственно. Вместе с тем, у самцов окислительная модификация белков (ОМБ) возрастает (форма Н-КАДФГ) в 1,3 раза.

Полученные результаты свидетельствуют, что окисление белков проявляется как у самцов, так и у самок. У самцов окисление белков происходит в двух формах – О-АДФГ и Н-КАДФГ, что указывает на активацию процессов синтеза и распада белков. Наблюдаемое снижение продуктов ОМБ/МКО является следствием снижения функции протеаз, активно участвующих в белковом метаболизме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заридзе Д. Г. Загрязнение атмосферного воздуха и заболеваемость городского населения раком легкого /Д. Г. Заридзе, Г. М. Земляная // Гигиена и санитария. – 1990 – №12 – С. 4 – 7.
2. Намазбаева З. И. Биохимико-гигиенический подход к оценке влияния факторов окружающей среды //Вопр. физиологии, гигиены труда и проф. патологии. – Караганда, 1998. – Вып. 2. –

С. 130 – 141.
3. Сидоренко Г. И. Экология человека и гигиена окружающей среды как научная основа государственных мероприятий по профилактике неблагоприятного влияния на состояние здоровья населения антропогенного загрязнения /Г. И. Сидоренко, С. Л. Авалиани //«Актуал. проб. профилактики неинфекционных заболеваний»: Тез. докл. науч.-практ. конф. – М., 1997. – С. 216 – 218.

K. I. Sadykov, O. A. Abeuova, S. K. Karabalin

BIOCHEMICAL AND CYTOMORPHOLOGICAL RATES OF LUNGS UNDER DUST EFFECT

Results of organism adaptative possibilities investigation on biochemical level to the change of surroundings of dwelling particularly in ecological unfavorable districts are given in the article.

К. И. Садықов, О. А. Әбеуова, С. К. Қарабалин

ШАҢ ЫҚПАЛЫ НӘТИЖЕСІНДЕ ӨКПЕНІҢ БИОХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЦИТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

50мг/мл дозадағы шаң жалпы уландыру әсеріне ұшыратып, ағзадағы гомеостаз тепе-теңдігін ұстау нейроэндокриндік жүйенің бейімделуімен анықталады.

Б. С. Имашева

ДЕЙСТВИЕ РАДИОТОКСИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ ЖИВОТНЫХ В УРАНОДОБЫВАЮЩИХ РЕГИОНАХ

АО «Медицинский университет Астана», Радиобиологический научный центр

Изучение видового разнообразия и ответной реакции животных, длительное время обитающих на территории с локальным уровнем естественной радиоактивности, имеет важное значение при прогнозировании отдаленных последствий хронического действия ионизирующей радиации на естественные популяции животных.

Цель работы – изучение влияния радиационно-токсических факторов на организм грызунов, обитающих в уранодобывающих регионах Северного Казахстана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отлов грызунов осуществлялся стандартными ловушками совместно с сотрудниками Акмолинской СЭС г. Кокшетау (отдел особо опасных инфекций). Контролем явились животные, отловленные в окрестностях п. Акколь. Суммарная α- и β-активность в мышцах и скелете грызунов была определена на УМФ-2000. Морфологические исследования органов диких и лабораторных животных проведены общеизвестными стандартными методами. В тканях внутренних органов диких и лабораторных животных (печени, почках, легких, сердце и головном мозге) определяли содержание общего холестерина по реакции Златкис – Зака, малонового диальдегида (МДА) с тиобарбитуровой кислотой по методу Конюхова, активность каталаз [4, 5], общее содержание белка – унифицированным биуретовым методом.

При изучении действия малых доз радиации на организм в качестве тест-объекта рекомендуется использование природных популяций мышевидных грызунов [1, 3, 6]. Из 11 видов животных, обитающих в окрестностях уранодобывающих и уранопереработывающих территорий, в качестве объекта исследования были выбраны обыкновенные лесные мыши (Apodemus sylvaticus), разновидности полевок (Microtus Pall) и степные сурки (Marmota bobac Mull) [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование системы «почва – растения» и содержания в них естественных радионуклидов и тяжелых металлов показало, что окрестности уранодобывающих территорий локально загрязнены. В этих окрестностях обитают грызуны, как один из составляющих компонентов биоценоза, постоянно и тесно контактирующие с почвенным слоем и растительностью.

Определение концентрации тяжелых металлов в мышцах Apodemus sylvaticus показало, что у животных, отловленных в окрестностях пп. Шантобе и Аксу, содержание Hg составило 0,15 мг/кг и 0,23 мг/кг, что выше контрольного значения в 5 и 8 раз; Ni – 1,81 мг/кг и 1,58 мг/кг, что выше в 6 и 5 раз; Mo – 1,02 мг/кг и 0,68 мг/кг, что превышает контрольный показатель в 3 и 2 раза; Cd – 1,2 мг/кг, что выше в 4 раза; As – 0,65 мг/кг и 4,58 мг/кг, что выше в 2 – 15 раз; содержание Pb – 2,69 мг/кг, что в 9 раз превышает предельно допустимые уровни (0,3 мг/кг). В костной ткани Apodemus sylvaticus, обитающих в окрестностях п. Шантобе, концентрация Mo и Ni составила 0,96 мг/кг и 2,52 мг/кг, что в 10 – 25 раз выше, чем у животных из условно-контрольного участка (0,1 мг/кг). Концентрация As у шантюбинских мышей составила 3,41 мг/кг, что выше контроля (2,17 мг/кг) в 1,5 раза, содержание Cu в костях мышей из окрестностей пригородной части г. Степногорска и п. Шантобе – 137,2 мг/кг и 0,86 мг/кг соответственно, что в 1370 и 9 раз выше, чем у животных условно-контрольного участка.

Также установлена повышенная α- и β-активность в зольных остатках мышц и костей Apodemus sylvaticus, обитающих в окрестностях поселков Аксу и Шантобе.

В мышцах полевок (Microtus Pall) из окрестностей п. Аксу концентрация Hg составила 0,105

мг/кг, Pb – 0,32 мг/кг и As – 2,44 мг/кг, что в 3,5 – 24 раза выше по сравнению с допустимыми уровнями (0,03 мг/кг; 0,3 мг/кг и 0,1 мг/кг). Кроме того, в мышечной ткани у Microtus Pall показатели α- и β-активности также превышают контрольный уровень в 2,6-5,2 раза, в костной ткани эти значения выше в 29,8 и 14,7 раз (табл. 1).

Результаты измерений суммарной β-активности в мышцах обыкновенных лесных мышей и полевок сопоставимы с данными животных, обитающих в санитарно-защитной зоне Сергеево-Посадского технологического комплекса ГУП МоСНПО.

Исследование концентрации тяжелых металлов в мышцах степных сурков (Marmota bobac Mull), у контрольных животных показало, что содержание Mo составило 1,17±0,77 мг/кг, Cu – 27,0±6,51 мг/кг, Cd – 0,15±0,02 мг/кг. У животных, обитающих в окрестностях п. Аксу, концентрация Mo составила 2,15 мг/кг, Cu – 64 мг/кг, что в 2 раза выше, Cd – 1,54 мг/кг, что в 10 раз превышает контроль. В мышцах степных сурков из окрестностей г. Степногорска также выявлено увеличение содержания тяжелых металлов. Так, содержание Mo составило 3,60 мг/кг, что в 3 раза выше контроля, Cd – 0,93 мг/кг, что в 6 раз превышало контроль. В костях скелета степных сурков из окрестностей п. Аксу отмечено повышение концентрации As до 2,40 мг/кг, что в 5 раз выше контроля (0,50±0,08 мг/кг), содержание Pb и Sn составило 2,75 мг/кг и 7,05 мг/кг, что в 2,5 – 16 раз превышает контрольные значения (1,07±0,003 и 0,43±0,007 мг/кг) соответственно. На примере степных сурков из окрестностей п. Аксу проанализированы показатели α- и β-активности. Установлено, что в мышцах контрольных животных уровень суммарной α-активности составил 9,3±0,9 Бк/кг, β-активности – 94,0±2,0 Бк/кг. В мышцах степных сурков из окрестностей п. Аксу зарегистрировано повышение α-активности до 25,5±4,9 Бк/кг, что в 3 раза выше контроля ($p \leq 0,05$), β-активности – до 174,0±8,2 Бк/кг, что в 2 раза выше. В костях скелета у сурков по сравнению с контрольными животными различий суммарной α- и β-активности не установлено. Таким образом, в тканях мышц и костей разных видов грызунов, обитающих в окрестностях промышленной зоны, выявлено превышение предельно допустимого уровня тяжелых металлов, увеличение α и β- активности.

С целью оценки степени биологического действия радиотоксических факторов на организм проведены сравнительные исследования, выборочно характеризующие состояние обмена липидов, процессов их перекисного окисления и антиоксидантной защиты на примере природных грызунов, обитающих в окрестностях уранодобывающего производства Акмолинской области. Определен характер нарушений накопления холестерина (ХС) – наиболее яркого показателя обмена липидов в основных внутренних органах у обыкновенных лесных мышей Apodemus sylvaticus L.

Установлено, что у грызунов из п. Аксу содержание ХС во внутренних органах резко увеличено. Так, в сердце и почках его содержание было выше, чем в контроле в 4,6 и 7,2 раза; в остальных органах кратность увеличения возрастала от 11,4 до 13,3 ед.. У обыкновенных лесных мышей из пригородной части г. Степногорска, также как и у аксуских мышей, во всех внутренних органах выявлено превышение ХС в 4,5 – 14,5 раза, причем наименьший уровень гиперхолестериноза был характерен для сердца, почек и легких, а максимальное количество обнаружено в печени и головном мозге. Наибольшие изменения наблюдались у животных из окрестностей п. Шантобе, где непосредственно осуществляется добыча урановой руды. Так, у мышей из окрестностей п. Шантобе уровень ХС был увеличен до 8,2-19,3 раз, причем наибольшее увеличение в 12-16,7 и 19,3 раза отмечено в легких, печени и головном мозге.

Таким образом, в тканях внутренних органов обыкновенных лесных мышей из окрестностей п. Шантобе уровень гиперхолестериноза был выше, чем у животных из окрестностей остальных населенных пунктов. Также у этих животных в наибольшей степени страдают ткани головного мозга, печени и легких.

Изучены процессы ПОЛ у животных под влиянием радиотоксических факторов, что проверено по динамике накопления малонового диальдегида – токсического продукта обмена гидроперекисей липидов. Установлено, что показатели МДА у обыкновенных лесных мышей из окрестностей п. Аксу в головном мозге, печени, почках, легких и сердце возрастали от 8,7 до 14,8 раз. Увеличение в 5,9 – 16,2 раза обнаружено у животных из пригородной части г. Степногорска. Однако наибольший уровень этого эндотоксиканта выявлен у обыкновенных лесных мышей из окрестностей п. Шантобе. При этом установлено, что в тканях печени и головного мозга с наибольшими признаками гиперхолестериноза

Таблица 1.

Суммарная α- и β-активность в мышцах и костной ткани Microtus Pall

Участок отлова	Мышцы (Бк/кг)		Скелет (Бк/кг)	
	α	β	α	β
п. Акколь (условно-контрольный участок)	7,0±1,6	13,6±1,5	12,8±2,6	13,5±2,9
окрестности п. Аксу	17,9±5,0	71,1±4,9**	382±24,0	199±13,4*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

содержание МДА возросло в среднем в 7,8 – 10 раз, т.е. практически на 1 порядок. В наибольшей степени по этому признаку страдали ткани почек, легких и сердца с превышением контрольного уровня в 18-20 и 23,5 раза, т.е. на 2 порядка.

Таким образом, в тканях внутренних органов обыкновенных лесных мышей из окрестностей уранодобывающего производства резко (в 5 – 23 раза) возрастает содержание МДА. Наибольшее увеличение его накопления выявлено у мышей из окрестностей п. Шантобе с превышением показателей в 10 раз. В отдельных органах, в частности, в сердце и легких у животных, обитающих вблизи уранового производства, усиление признаков эндотоксикации в 2 раза больше, чем у мышей из других анализируемых окрестностей.

Результаты подтверждены исследованиями этих показателей разновидностей полевок, обитающих в окрестностях п. Аксу. При этом оказалось, что в разных органах содержание ХС повышается в среднем в 4 – 16,5 раз, причем наибольшее накопление ХС наблюдается в легких, головном мозге и почках. Наибольшее увеличение накопления МДА (в 11 – 18 раз) характерно для почек и легких, несколько меньше в тканях сердца и головного мозга. Аналогичное повышение накопления ХС было в печени и почках (табл. 2), а МДА в сердце и почках обнаружено также у степных сурков.

Результаты изучения нарушения обмена липидов с повышенным накоплением токсических продуктов перекисного окисления липидов, несомненно, свидетельствуют о глубине метаболических нарушений тканей организма в ответ на длительное действие радиотоксических факторов.

Изучена реакция системы антиоксидантной защиты организма. С этой целью во внутренних органах обыкновенных лесных мышей, обитающих в окрестностях уранового производства, определили активность каталазы. Установлено, что у обыкновенных лесных мышей внутренние органы в среднем по-разному реагируют на воздействие окружающей среды. Так, в сердце активность каталазы практически не изменялась, только у животных, обитающих в окрестностях п. Шантобе в почках активность каталазы возрастала на 42,8%. В печени животных из окрестностей п. Аксу, пригородной части г. Степногорска и п. Шантобе активность каталазы возрастала на 59, 94 и 92% соответственно. В отличие от этого в головном мозге активность энзима снизилась на 36-44 и 40% соответственно. Наибольшее угнетение активности каталазы характерно для ткани легких, при этом у мышей из окрестностей п. Аксу показатели были ниже контрольных на 39%, а в окрестностях Степногорска и Шантобе в 2,6 и 2 раза соответственно. Эти данные свидетельствуют о том, что в тканях головного мозга и особенно легких резко страдают процессы расщепления гидроперекисей. В печени животных из окрестностей п. Аксу наблюдается повышение активности каталазы на 59%, у мышей из окрестностей г. Степногорска и п. Шантобе – на 94 и 92%. Кроме того, для грызунов из п. Шантобе характерна активация каталазы на 42,8% в почках. Увеличение активности каталазы в печени и почках обыкновенных лесных мышей обусловлено тенденцией к компенсаторному повышению синтеза этого высокоспецифического белка в ответ на усиление повреждающего действия токсических соединений и растущего накопления в тканях организма токсических продуктов ПОЛ.

Аналогичная картина угнетения активности каталазы в среднем в 2-3 раза определена также в тканях внутренних органов полевок из окрестностей п. Аксу, ее уровень был в пределах 0,19 – 0, 34 ммоль/мг белка ч., при контроле 0,60 ммоль/мг белка.ч. Резкое уменьшение активности каталазы в 3,9 – 6,1 раза было характерно для степных сурков. Так, в сердце животных, обитающих в окрестностях п. Аксу и пригородной части г. Степногорска, она составила 0,11 и 0,15 ммоль/мг белка ч при контроле 0,70±0,09 ммоль/мг белка ч; в печени – 0,19 и 0,23 ммоль/мг белка ч при контроле 0,71±0,09 ммоль/мг белка ч; в почках – 0,13 и 0,07 ммоль/мг белка ч (контроль 0,37±0,13 ммоль/мг белка ч) и в легких – 0,09 и 0,13 ммоль/мг белка ч, при контроле 0,59±0,15 ммоль/мг белка ч.

Таким образом, в ближайших окрестностях уранодобывающего производства отмеченное ранее повышение накопления радионуклидов и тяжелых металлов в почве и растениях сопровождается их увеличением в тканях диких животных, а также резким возрастанием интоксикации тканей организма с повышением накопления МДА и выраженным угнетением

Таблица 2.

Содержание холестерина во внутренних органах Marmota bobac Mull из уранодобывающих регионов

Окрестность отлова	Исследованный орган				
	печень	почки	сердце	легкие	головной мозг
п. Акколь (условно-контрольный участок)	0,36±0,15	0,44±0,13	1,23±0,15	1,09±0,33	1,67±0,69
п. Аксу	0,54±0,11*	0,65±0,22*	0,44±0,001	0,33±0,11	0,54±0,11
приг. ч. г. Степногорска	0,98±0,11*	1,74±0,22*	0,98±0,11	0,87±0,22	0,54±0,33

* $p \leq 0,05$

показателей АОЗ.

Морфологические исследования внутренних органов обыкновенных лесных мышей показали однотипные дисциркуляторные, дистрофические и гиперпластические процессы различной степени выраженности. Однако изменения в печени и селезенке лесных мышей, обитающих в п. Шантобе и в окрестностях г. Степногорска, были более выражены. При этом морфологические изменения в печени отражали картину хронического интерстициального гепатита с признаками обменных нарушений. Изменения в селезенке отражают определенное напряжение иммунной системы, а также красного ростка кроветворения, что является одним из признаков анемии.

У полевок, отловленных вдоль трассы Степногорского направления, в изучаемых органах наблюдали явления полнокровия, умеренного интерстициального отека, дистрофических изменений паренхиматозных элементов и гиперплазию лимфоидных фолликулов селезенки без светлых центров. В ткани печени определялись также единичные мелкие воспалительные инфильтраты и очаговая гиперплазия купферовских клеток.

Морфологические исследования тканей печени, почек и селезенки степных сурков, обитающих в окрестностях г. Степногорска, показали признаки неравномерного полнокровия органов с развитием межуточного отека, дистрофические изменения паренхиматозных элементов. В почках исследованных животных определялось наличие мелких гранул черного цвета в эпителии единичных проксимальных и дистальных почечных канальцев, а в просвете канальцев – белковое содержимое. В селезенке наблюдали полнокровие красной пульпы и неравномерно выраженную гиперплазию лимфоидных фолликулов без светлых центров.

В печени степных сурков из окрестностей п. Аксу наряду с дистрофическими и дисциркуляторными изменениями обнаруживались очаги холестазов, умеренно выраженный перипортальный фиброз и формирование большого числа двуядерных гепатоцитов.

В почках у степных сурков данной группы на фоне полнокровия сосудов и умеренно выраженного отека стромы наблюдалось формирование обширных очагов склерозирования вокруг сосудов, а также наличие плотных белковых масс в просвете почечных канальцев. В селезенке имели место явления гиперплазии лимфоидных фолликулов без формирования светлых центров и очаговый фиброз ретикулярной стромы.

В исследуемых органах степных сурков из окрестностей п. Акколь на фоне застойного полнокровия отмечалось как внутрисосудистое скопление гемосидерина, так и в очагах периваскулярных кровоизлияний, регистрировались умеренно выраженные дистрофические изменения паренхиматозных элементов и умеренная гиперплазия лимфоидных фолликулов селезенки без формирования светлых центров.

Морфологические исследования выявили определенные реактивные изменения внутренних органов степных сурков. Обнаруженные изменения являются следствием нарушения обменных процессов и расстройства микрогемоциркуляции, функционального напряжения системы кроветворения и иммунитета

Следовательно, техногенное загрязнение окружающей среды оказывает определенное воздействие на биологические объекты.

Таким образом, резкое повышение радионуклидов и тяжелых металлов в объектах окружающей среды в окрестностях уранодобывающих предприятий сопровождается выраженным нарушением обмена липидов в тканях внутренних органов природной популяции грызунов, что подтверждается увеличением накопления ХС в 4,5 – 19,3 раза, малонового диальдегида в 5,9 – 23,5 раза и угнетением активности каталазы на 39% (в 2,6 раза). Выявлена прямая зависимость усиления метаболических нарушений от величины суммарной α- и β-активности. Наибольшие метаболические нарушения выявлены у грызунов из окрестностей п. Шантобе с превышением α- и β-активности в 14 и 17 раз соответственно. Морфологически во внутренних органах грызунов выявлены признаки нарушения обменных процессов, расстройства микрогемоциркуляции и функционального напряжения системы кроветворения и иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов В. В. Подвижность особей в популяциях грызунов Камского приуралья //Экология. – 1991. – №5. – С. 33 – 41.

2. Имашева Б. С. Видовое разнообразие животных, обитающих в уранодобывающих провинциях Акмолинской области //Вестн. ПТУ. – 2005. – №1 – С. 59. – 64.

3. Колчева Н. Е. Сопряженность популяционных изменений у лесной мыши и рыжей полевки в лесных биогеоценозах Южного Урала /Н. Е. Колчева, Г. В. Оленев //Экология. – 1991. – №1. – С. 43 – 52.

4. Метод определения активности каталазы /М. А. Королюк, Л. И. Иванова, И. Е. Майорова, В. Е. Токарева //Лаб. дело. – 1988. – №1. – С. 16 – 19.

5. Ронин В. С. Руководство к практическим занятиям по методам клинических лабораторных исследований /В. С. Ронин, Г. М. Старобинец. – М.: Медицина, 1989. – 319 с.

6. Эффекты низкоинтенсивного облучения на систему антиоксидантной защиты и оценка эффективности природного адаптогена в разных отделах головного мозга крыс /Е. В. Севериновская, М. А. Григорова, Е. Ю. Зайченко, А. И. Дворецкий //Тез. докл. Междунар. конф. Биорад – 2006. «Биологические эффекты малых доз ионизирующей радиации и радиоактивное загрязнение среды». – Сыктывкар, 2006. – С. 117 – 118.

B. S. Imasheva

EFFECT OF RADIOTOXIC FACTORS ON ANIMALS ORGANISM IN URANIUMEX TRACTIVE REGIONS

Complex estimation of radiational state in uranium extractive regions of North Kazakhstan is given in the work. Radiospectrometic, masspectrometic, biochemical and morphological animals' were presented.

Б. С. Имашева

СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАННЫҢ УРАН ӨНДІРУШІ АЙМАҚТАРЫНДА ТІРШІЛІК ЕТЕТІН КЕМІРГІШТЕРГЕ РАДИОТОКСИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

Мақалада Солтүстік Қазақстанның уран өндіруші аймақтарында тіршілік ететін кеміргіштердің жағдайына кешенді баға берілген. Жануарларды радиоспектрометриялық, масс-спектрометриялық, биохимиялық және морфологиялық зерттеулердің нәтижелері ұсынылған.

Г. Т. Мырзабекова

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭРАДИКАЦИОННЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С H. PYLORI, У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии АГИУВ (Алматы)

Распространенность заболеваний гастродуоденальной зоны в настоящее время превышает 300 случаев на 1 000 человек детского населения [1]. В Казахстане среди детей с хроническим гастродуоденитом у 81,7% выявлен хеликобактериоз, и у всех детей с язвенной болезнью 12-перстной кишки и эрозивными дуоденитами тесты на H. pylori оказались положительными [4].

По данным Р. Т. Куанышбековой, одно из первых мест в структуре соматической патологии среди детей г. Алматы занимают болезни органов пищеварения и общая тенденция к их росту продолжает сохраняться [2].

Говоря об антибактериальной составляющей эрадикационных схем, нельзя не затронуть проблему резистентности, которая является главной причиной неудачной антихеликобактерной терапии. Известно, что H. pylori обладает природной резистентностью к триметоприму, ванкомицину, полимиксину В, налидиксовой кислоте и сульфаниламидам. В настоящее время сформировались штаммы H. pylori, резистентные к стрептомицину, риафмпицину, ципрофлоксацину, тетрациклину, фуразолидону, амоксициллину, кларитромицину, метронидазолу. Основными причинами приобретенной устойчивости являются увеличение количества пациентов, принимающих антихеликобактерную терапию, ее неадекватное проведение (низкие дозы антибиотиков, короткие курсы лечения), бесконтрольное использование антибиотиков в популяции [7].

В настоящее время не существует схем антихеликобактерной терапии, приводящих к 100% эрадикации [7]. При этом важным является не только поиск схем с высокой эффективностью назначаемого антибактериального лечения, но и частота побочных лекарственных проявлений, вероятность развития резистентности к антибиотикам штаммов H. pylori [5]. Классическая тройная терапия в последние годы постепенно утрачивает свою эффективность [3, 6, 7], поэтому необходим постоянный контроль эффективности использования широко распространенных антибактериальных средств и поиск новых антихеликобактерных препаратов.

Цель работы – изучение клинико-морфологических особенностей различных заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с H. pylori, сравнительный анализ эффективности эрадикационной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследована структура заболеваемости у 366 детей, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ №2 г. Алматы в период 2007 – 2009 гг.

Проведено сравнительное изучение эффективности 7-дневной терапии с заменой кларитромицина на рокситромицин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре выявленной патологии преобладали заболевания желудка и 12-перстной кишки, чаще в возрастной группе 10 – 14 лет. В динамике отмечен рост болезней печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника в 2-3 раза.

Анализ показал увеличение количества детей, страдающих язвенной болезнью, с 3,9 до 6,2%. Возрастно-половой анализ выявил максимальную частоту заболеваемости в возрасте 10-11 лет и 14 лет и преобладание у мальчиков (в 2 раза чаще). Длительность заболевания у 70% детей была более 1 г.

При оценке эндоскопических изменений органов гастродуоденальной зоны у 85,3±1,36% обследованных воспалительные изменения распространялись на слизистую оболочку 12-перстной кишки, что позволило диагностировать гастродуоденит. У детей с язвенной болезнью, как правило, язвенный дефект был обнаружен в луковице 12-перстной кишки, в единичных наблюдениях имели место множественные язвы слизистой оболочки 12-перстной кишки.

H. pylori был обнаружен бактериологическим, дыхательным уреазным тестами у 74±1,26% больных. С учетом результатов обследования детей в специализированном отделении назначали эрадикационную и симптоматическую

терапию. Идентификацию выделенных клинических штаммов H. pylori проводили по общепринятым методикам, учитывая морфологические и культурально-биохимические свойства микроорганизмов. Клинические штаммы H. pylori были проверены на чувствительность к антибактериальным препаратам. Для определения спектра антибиотикорезистентности H. pylori использовали стандартный метод серийных разведений и метод диффузии в агар.

В настоящее время для проведения эрадикационной терапии используются кислотоустойчивые антибиотики, воздействующие на грамотрицательную аэробную и микроэарофильную флору. В «стандартных» схемах широко используется полусинтетический производный препарат пенициллинового ряда амоксициллин. Этот антибиотик устойчив в кислой среде желудочного содержимого, практически не влияет на микробиоценоз кишечника, разрешен к применению у детей различного возраста. Несмотря на 16-летний опыт применения этого антибиотика в схемах эрадикационной терапии, резистентность штаммов H. pylori к нему практически не развивается, что ставит этот препарат в первый ряд антихеликобактерных средств [3]. По результатам определения чувствительности H. pylori наибольшая активность была установлена к амоксициллину. Эти антибиотики угнетали рост 78% всех исследуемых штаммов.

Другой группой антибиотиков, широко используемых в эрадикационной терапии, являются макролиды. В собственных исследованиях в схему эрадикационной терапии H. pylori-ассоциированных заболеваний был включен рокситромицин (кситроцин). В настоящее время частота резистентнотсти H. pylori к кларитромицину составила 28%. В нашем исследовании частота резистентности к кларитромицину составила 32±0,86%.

При применении эрадикационных схем «ингибиторы протонной помпы+амоксициллин+ рокситромицин» в большинстве случаев болевой абдоминальный и диспепсический синдромы купировались на 3-4 сут лечения. При этом у детей, получавших эрадикационную схему с рокситромицином (кситроцином) боли и жалобы диспептического характера исчезали в первые дни лечения в 96±4,86% случаях. Проанализирована динамика некоторых морфологических показателей при назначении различных эрадикационных схем. Среди эндоскопических симптомов наиболее выраженную положительную динамику имели гиперемия в антральном отделе желудка и гиперемия слизистой оболочки 12-перстной кишки. При этом выраженное снижение гиперемии в антральном отделе желудка отмечалось в группе детей, получавших тройную схему с рокситромицином (кситроцином). Исследования показали, что включение рокситромицина в эрадикационную схему может быть хорошей альтернативой амоксициллину и кларитромицину при лечении заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с H. pylori. При контрольном эндоскопическом обследовании детей с язвенной болезнью заживление язвенного дефекта отмечалось на 10-11 сут начала терапии.

Таким образом, в структуре патологии органов гастродуоденальной зоны в 85,3±1,36% случаях диагностирован гастродуоденит, чаще в возрастной группе 10-14 лет и в 2 раза чаще у мальчиков. Язвенный дефект обнаружен в луковице 12-перстной кишки, H. pylori обнаружен у 74±1,26% больных. Включение рокситромицина (кситроцина) в эрадикационную схему – хорошая альтернативная при лечении заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с H. pylori.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская гастроэнтерология (избранные главы) /Под ред А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук. – М., 2002. – 592 с.
2. Куанышбекова Р. Т. Состояние педиатрической службы г. Алматы //Матер. междунар. конф. «Пути повышения эффективности медицинской помощи детям». – Алматы, 2009. – С. 233 – 235.
3. Маев И. В. Место кларитромицина в антихеликобактерной терапии. Только ли эрадикация Helicobacter pylori? Новые данные, когда, казалось бы, все известно //Consilium-Medicum. – 2009. – №2. – С. 19 – 23.
4. Машкеев А. К. Вопросы терапии хронической гастродуоденальной патологии у детей /А. К. Машкеев, Л. М. Карсыбекова, М. Н. Шарипова. – Алматы, 2005. – 33 с.
5. Щербаков П. Л. Лечении хеликобактериоза у детей /П. Л. Щербаков, Л. Н. Цветкова //Лекции для врачей. – Т. 3. Гастроэнтерология. – М., 2003. – С. 87 – 101.
6. Evaluation of serology, «C-urea breath test, and polymerase chai reaction of stool samples to detect Helicobacter pylori in Banglades hi children /T. H. Casswall, H. O. Nilsson, M. Bergstrom et al. //J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 1999. – V. 28. – P. 31 – 36.
7. Prevalence of Helicobacter pylori resistance to metronidazole, clarithromycin, amoxicillin, tetracycline, and furazolidone in Brazil /S. Mendonca, C. Ecclissato, M. S. Sartori et al. //Helicobacter. – 2000. – V. 5, №2. – P. 79 – 83.

G. T. Myrzabekova

OPTIMISATION OF ERADICATIVE TREATMENT SCHEMES FOR GASTRODUODENAL PATHOLOGIES, ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI AT CHILDREN

On one of the first places in structure of somatic pathology among children in Almaty city are illnesses of digestive organs and the general tendency to their growth continues to remain. The main cause of unsuccessful antihelicobacterial therapy is the problem of development of resistance to antibacterial preparations. In the conditions of formation of resistance of H. pylori to metronidazole and clarithromycin at children the threefold scheme with roxithromycin (xitrocin) can be used. The optimal duration of treatment is 7 days. The scheme is well carried, as supposes intake of medicine twice is taken twofold, and can be an example of strengthening therapy efficiency.

Г. Т. Мырзабекова

БАЛАЛАРДЫҢ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИРЛЕНГЕН ГАСТРОДУОДЕНАЛЬДЫ ПАТОЛОГИЯЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ ЭРАДИКАЦИОНДЫ ЕМІНІҢ НҰСҚАСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Асқазан-ішек жолдарының аурулары балалардың соматикалық ауруларының ішінде Алматы қаласы бойынша алдыңғы орындардың бірінде және де қазір олардың өсуі сақталуда. Хеликобактерге қарсы емнің дұрыс болмауының негізгі себептері антибактериалды емге резистентілігі қазіргі кездегі ең негізгі мәселелердің бірі. H. pylori-дің метронидазолға және кларитромицинге балаларда резистенті болуы салдарынан қазіргі кезде үштік нұсқасы рокситромицинмен бірге қолданған. Емнің ұзақтығы 7 күн. Нұсқа бойынша қолданған өте ынғайлы, дәріні екі рет қана қолдану қарастырылған, емнің әсерін күшейтуге ықпал ете алады.

А. С. Каражанова, Р. А. Курбангалиев, Б. К. Мырзатлеуова

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ. ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (Павлодар)

Современная проблема наркозависимости чрезвычайно актуальна. Результаты различных исследований свидетельствуют о наличии связи между злоупотреблением наркотиками и уголовными преступлениями, включая преступления с применением насилия. При этом эксперты ВОЗ отмечают широкое распространение среди молодежи насильственной преступности, связанной с наркотиками. Так, на долю относительно небольшой группы несовершеннолетних правонарушителей, которые совершают серьезные преступления с применением насилия и при этом хронически злоупотребляют наркотиками, приходится непропорционально большая доля всех серьезных преступлений, совершаемых правонарушителями.

По данным экспертов ВОЗ, в последнее десятилетие отмечается стремительный рост числа заболеваний, передающихся половым путем, и разрастается эпидемия ВИЧ-инфекции. В Европейском регионе самое большое количество случаев СПИДа и ВИЧ-инфекции наблюдается среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций. Основным путем передачи ВИЧ является небезопасная практика инъецирования наркотических средств.

В годы независимости в странах Центральной Азии зарегистрирован устойчивый рост потребления наркотических и психотропных веществ и значительное увеличение количества наркоманов. Если, например, в 1986 г. в Казахстане наиболее активным потреблением наркотиков были поражены всего 3-4 области с общим числом официально зарегистрированных потребителей около 10 000 человек, то в 2002 г. количество таких потребителей составило 49 736 человек.

Ухудшение наркологической ситуации подтверждается активным вовлечением в зависимость от психоактивных веществ подрастающего поколения. По официальным данным, на начало 2010 г. в Республике Казахстан насчитывалось 1 100 наркотизирующихся детей и 8 210 подростков. Анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблеме детской и подростковой наркологии, позволяет сделать вывод о тенденции к росту наркотизации несовершеннолетних лиц.

В этой связи интересным представляется анализ наркологической помощи несовершеннолетним пациентам в Республике Казахстан на примере Павлодарского областного наркологического диспансера.

Характеристики диагностических услуг, используемых в детско-подростковом подразделении наркологического учреждения. Изучение клинических особенностей формирования и течения зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков показало, что несовершеннолетние пациенты реже предъявляют жалобы на самочувствие. С одной стороны, это объясняется, по мнению исследователей, относительно непродолжительным стажем злоупотребления детьми психоактивными веществами, с другой стороны – возрастными психологическими и анатомо-физиологическими особенностями организма. При этом у несовершеннолетних пациентов наркологического профиля перечень соматических осложнений представлен заболеваниями верхних дыхательных путей (41,3%), ЖКТ (21,2%), мочевыделительной

системы (1,2%), снижением активности иммунной системы (3,8%), проявляющимся частыми простудными заболеваниями, аллергическими реакциями (2,5%).

В соответствии с возрастными особенностями при оценке полноты и адекватности диагностических мероприятий, традиционно используемых в лечебно-реабилитационных подразделениях наркологической сети, необходимо отметить недостаточное обследование несовершеннолетних пациентов (табл. 1).

Осуществляли клинические анализы: общий анализ крови (количество лейкоцитов, эритроцитов, уровень гемоглобина и СОЭ), общий анализ мочи (цветность, плотность, мочевой осадок), кровь на ВИЧ/СПИД, кровь на RW, а также флюорографическое исследование лиц старше 14 лет. Биохимического анализа крови, позволяющего дифференцировать медикаментозную терапию, не проводилось.

Отсутствие нейрофизиологического исследования не позволяло в полной мере проводить противорецидивную или поддерживающую терапию с целью профилактики центрального и периферического запуска патологического влечения к психоактивному веществу.

Блок психологического исследования включал в себя психологическое интервью, проективные диагностические методики. При этом заключение психолога не отображало личностных особенностей пациента, а также социальных (в т. ч. школьных) и семейных дисфункций. Общие и пространные фразы психологического заключения не позволяли определить необходимого плана проведения психокоррекционной работы как с самим пациентом, так и с семейным окружением.

Характеристика лечебно-реабилитационного сектора наркологических услуг несовершеннолетним потребителям психоактивных веществ. По результатам исследования, наиболее доступными являются: клинико-наркологическое консультирование (первичные консультации врача-нарколога несовершеннолетним пациентам с проблемами злоупотребления и зависимости от психоактивного вещества, и в более редких случаях – консультирование родителей и других родственников) (67%); психологическое консультирование (44%); семейное консультирование (включая консультирование созависимых) (23%).

Мотивационные технологии как основные технологии, способствующие вовлечению и удержанию в лечебно-реабилитационных программах несовершеннолетних пациентов, не представлены. По сравнению с ними тренинговые и психотерапевтические технологии чаще используются в работе психологов и психотерапевтов (от 8 до 29% случаев), но представлены недостаточно для полноценной реабилитации несовершеннолетних пациентов.

Трудности в отношении совместной работы с родителями в плане лечения и реабилитации несовершеннолетних пациентов подтверждаются тем, что из 2 659 выявленных пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, лишь родители 427 пациентов дали согласие на терапевтическое сотрудничество. При работе с остальными пациентами с трудом удалось получить согласие родителей, в некоторых случаях даже для консультации несовершеннолетнего пациента.

Технологии медикаментозной терапии представлены в основном медикаментозной терапией (90%), направленной на стимуляцию мозгового метаболизма (использование ноотропов, аминокислот, сосудистых препаратов), в 2% случаев проводилась психофармакотерапия (ис-

Таблица 1.

Характеристика доступности диагностических услуг в детско-подростковом отделении Павлодарского ОНД за 2006 год (n=100)

Профиль и название услуг	Доступность пользования (%)
- клинико-психопатологическая диагностика	45
- экспериментально-психологическая диагностика	2
- клиническая лабораторная диагностика	95
- клинико-биохимическая диагностика	15
- бактериологическая и вирусологическая диагностика, включая тестирование на ВИЧ/СПИД	95
- нейрофизиологическая диагностика	-
- лучевая (рентгенологическая и УЗИ) диагностика	80
- многопрофильное консультирование (терапевтический, хирургический профиль, профиль инфекционных заболеваний, ЗПП, фтизиатрии и т.д.) с использованием соответствующих специальных диагностических методов	20
- идентификация психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма	20

пользование нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных). Традиционную медикаментозную терапию можно было охарактеризовать как общеукрепляющую и сосудистую. Подростковыми врачами-наркологами широко использовались не всегда обоснованная инфузионная терапия без расчета количества и скорости вводимого препарата (изотонический раствор, 5% раствор глюкозы по 400 мл), витамины (аскорбиновая кислота, тиамин (В1), пиридоксин (В6), а так же ноотропные препараты (пирацитам). Продолжительность инфузионной терапии составляла в среднем от 3 до 7 сут. Коррекция патологического влечения к ПАВ, аффективных (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории, тревожные состояния), поведенческих, диссомнических расстройств, а также алгического компонента не проводилась. Несомненно, отсутствие коррекции этих состояний возможно, способствовало как периферическому, так и центральному патологическому влечению к психоактивному веществу.

Физиотерапевтические процедуры отсутствовали в перечне оказываемых услуг. Реабилитационные технологии в 22% случаев использовались в амбулаторных реабилитационных программах и включали в себя, в основном, детоксикационный этап. Противорецидивные технологии представлены только в виде крайне редко используемой технологии психологического консультирования (5% случаев), медикаментозная противорецидивная терапия, широко используемая во взрослой наркологии, в нашем случае отсутствовала.

Технологии социальной поддержки также отсутствуют в ассортименте оказываемых услуг. Исследуемый сектор был представлен участием в заседаниях комиссий по защите прав несовершеннолетних без обоснованных рекомендаций, что свидетельствует об отсутствии полноценного компонента социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами. Это связано, по нашему мнению, во-первых, с относительно высокой себестоимостью услуг, во-вторых, с дефицитом подготовленных кадров.

Школьная дезадаптация наблюдалась у несовершеннолетних пациентов наркологического профиля в виде академической неуспеваемости, педагогической запущенности, а также девиантного, асоциального поведения. При этом лишь 26,2% пациентов посещали занятия в учебных заведениях, а 73,8% детей посещали школу (или другие учебные заведения) под строгим контролем родителей, опекунов, ОДН и т.д, при этом продолжали нерегулярно посещать учебное заведение или не посещали школу вообще. В 82,8% случаев несовершеннолетние пациенты демонстрировали отсутствие либо недостаточную учебную мотивацию. Вместе с тем мероприятий, направленных на школьную реадаптацию несовершеннолетних пациентов наркологического профиля, не проводилось. Более того, при посещении врачом-наркологом или участковым фельдшером-наркологом учебного заведения с целью профилактического осмотра со стороны педагогов учебных заведений отмечалось настойчивое требование поименного списка детей и подростков, состоящих в группе диспансерного и профилактического контроля. В тех случаях, когда педагогам каким-либо образом удавалось узнать имена или просто заподозрить учащегося в употреблении психоактивного вещества, возникали конфликтные ситуации, когда ребенка начинали «активно воспитывать», вызывать его родителей к директору и на заседание внутришкольного совета. Описанная ситуация существенным образом затрудняла взаимодействие сотрудников наркологической организации как с самим ребенком, так и с его родителями.

В отношении информационно-образовательных профильных технологий ситуация более благополучная, они используются в 6 – 80% случаев.

Кадровая обеспеченность. По данным статистических исследований в 2009 г. в Республике Казахстан количество врачей-наркологов уменьшилось по сравнению с 2005 г. с 600 до 580, также уменьшилось количество занятых должностей – с 750 до 749,3. В отношении детско-подростковых наркологов картина еще более плачевная – на начало 2010 г. в Республике насчитывалось лишь 30 специалистов.

По результатам анализа деятельности Павлодарского областного центра по лечению и профилактике зависимых заболеваний на 3 958 наблюдающихся детей и подростков в 2004 г., 4 403 в 2005 г. и 2 793 в 2006 г. было 2 врача-нарколога (показатель на 10 тыс. детско-подросткового населения 0,01), 1 клинический психолог, 8 фельдшеров-наркологов.

Таким образом, есть все основания для пересмотра системы мер, направленных на противодействие распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан. Существующая система наркологической помощи населению, в особенности несовершеннолетним потребителям ПАВ, до настоящего времени не обеспечивает требуемого уровня эффективности. В связи с чем вопросы разработки и внедрения новых комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, имеют особую актуальность.

A. S. Karazhanova, R. A. Kurbangaliyv, B. K. Myrzatleuova
NARCOLOGICAL AID TO CHILDREN AND TEENAGERS. QUESTIONS OF QUALITY IMPROVEMENT

Analysis of traditionally rendered aid in the field of children teenagers' narcology is given in article. Characteristic of diagnostical, medical-rehabilitational services for medical organizations of narcological profile and also staff potential questions are given.

А. С. Қаражанова, Р. А. Құрбанғалиев, Б. К. Мырзатілеуова
БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК. САПА КӨТЕРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Мақалада бала-жасөспірімдер наркологиясы саласында көрсетілетін дәстүрлі көмектерге талдау келтірілген. Наркологиялық бағдардағы медициналық мекемелердің диагностикалық, емдеу-оңалту қызметтеріне сипаттамалар беріліп, сонымен қатар кадрлық әлеует мәселелері қарастырылған.

А. Г. Молдажанова

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кафедра стоматологии факультета непрерывного профессионального развития Карагандинского государственного медицинского университета

Объективный процесс старения характерен для многих развитых и развивающихся стран [1]. Хронологически в процессе старения выделяют следующие периоды: старения (45-59 лет), пожилого возраста (60-74 г.), преклонного (старческого) возраста (75-89 лет).

Оказание стоматологической помощи данному контингенту больных должно проводиться с использованием методов и средств, адаптированных к возрастным особенностям и состоянию общей реактивности организма [2].

Проведено лечение кариеса и его осложнений (пульпита и периодонтита) у 250 пациентов пожилого возраста. По поводу кариеса запломбировано 378 зубов, по поводу осложнений кариеса – 127. При выборе методов диагностики и лечения руководствовались периодическими протоколами диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

Лечение кариеса у лиц пожилого возраста имеет некоторые особенности, касающиеся оперативной обработки кариозной полости, выбора пломбировочного материала и лекарственных средств.

Оперативная обработка проводится по этапам. Раскрытие полости осуществляется с помощью алмазных боров малых размеров, так как применение боров больших размеров может привести к отколу эмали. Если иссечению подлежит только эмаль, можно применять для обработки высокооборотные электробормашины и воздушные турбины, а дентин лучше обрабатывать твердосплавным бором со скоростью 3 000 – 6 000 оборотов в мин. Иссечение дентина желательно проводить в пределах здоровых тканей, при локализации процесса близ шейки зуба допустимо оставлять некоторое количество размягченного дентина. В связи с шероховатостью и ступенчатостью дна кариозной полости у лиц пожилого возраста некротомию лучше проводить острым экскаватором. Недопустимо оставление не только пигментированного, но даже измененного в цвете дентина близ края полости. Для контроля можно применить кариес-маркер (кариес-детектор): размягченный дентин окрашивается более интенсивно.

Совершенно недопустимо превентивное расширение полости, так как оно способствует образованию трещин и создает угрозу отлома коронки. Края кариозной полости необходимо тщательно шлифовать алмазными головками.

Медикаментозная обработка приобретает исключительно важное значение, когда на дне или стенках полости остается некоторое количество размягченного дентина. При этом проводится не только антисептическая обработка дна и стенок полости, но и воздействие, направленное на рекальцинацию размягченного дентина и стимуляцию одонтогенеза. Этих целей можно достичь, используя пасту на основе гидроокиси кальция. При пломбировании кариозных зубов надо учитывать недостаточную прочность твердых тканей зуба. Материалом выбора при пломбировании пришеечных полостей и корня является стеклоиономерный цемент, менее эффективно пломбирование композиционными материалами, амальгамы с применением изолирующих прокладок. Для предупреждения осложнений проводится дополнительная обработка обнаженных поверхностей корней фторидами.

Лечение пульпита проведено у 65 пациентов пожилого возраста. Консервативное лечение пульпита у лиц пожилого возраста неприемлемо, лечение должно проводиться только хирургическими методами. В этом возрасте преимущественно встречаются хронические формы, поэтому чаще применяют экстирпационный метод.

Витальные методы проводятся под местным обезболиванием, наиболее надежна проводниковая анестезия. Выбор анестетика проводится с учетом сопутствующей патологии, объема предстоящего лечения. С осторожностью используют местные анестетики с концентрацией вазоконстриктора 1:100 000, при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, гипертонии препаратом выбора являются местные анестетики группы мепивакаина (мепивастезин, скандонест

и др.). Витальная экстирпация может осложняться кровотечением, которое останавливают введением турунд с кровоостанавливающими растворами. После витальной экстирпации корневые каналы пломбируют пастами на основе гидроокиси кальция или оксида цинка с эвгенолом. Витальную ампутацию у пожилых людей следует рассматривать как компромиссное решение, т.к. возможности сохранения корневой пульпы в этом возрасте весьма сомнительны. Девитальную экстирпацию проводят с использованием паст, некротизирующих пульпу. У лиц пожилого возраста методом выбора является девитальная ампутация, т.к. экстирпация корневой пульпы не всегда выполнима. Ампутационный метод не применяют при гангренозном пульпите, а также при формах, осложненных воспалительной реакцией пародонта. После девитальной экстирпации пульпы корневые каналы пломбируют формалинсодержащими пастами, после ампутации на раневую поверхность накладывают пасту на основе гидроокиси кальция или оксида цинка с эвгенолом. Режим реабилитации после лечения пульпита предусматривает наблюдение в течение года с повторной рентгенографией.

У 62 пожилых пациентов проведено лечение периодонтита, которое предусматривает применение всех известных методов с учетом анатомофизиологических изменений в тканях зуба. В связи с отложением вторичного дентина значительно уменьшается высота коронковой части полости зуба, сужается просвет корневого канала, вплоть до облитерации. В ранее леченых зубах в различной степени может быть разрушена коронка зуба, в корневых каналах можно обнаружить корневую пломбу, отломки стержневых инструментов. Наиболее целесообразно применение эндоканального лечения, так как в этом возрасте важно сохранить каждый зуб. При раскрытии полости зуба желательно избегать иссечения заведомо хрупких тканей. Корневой канал нужно проходить поэтапно, предпочтение отдавать современным ручным эндодонтическим инструментам и ультразвуковой обработке. Пломбирование корневых каналов особенностей не имеет. Пломбировочный материал не следует выводить за верхушечное отверстие.

Таким образом, кариес зубов и его осложнения у лиц пожилого возраста имеют характерные клинические проявления, некоторые особенности развития, что диктует необходимость в специальном подходе к диагностике, лечению и профилактике поражений зубов в этой возрастной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисова Т. П. Клиническая геронтология: Избранные лекции /Т. П. Денисова, Л. И. Малинова. – М., 2008. – С. 7 – 27.

2. Ярыгин В. Н. Руководство по геронтологии и гериатрии /В. Н. Ярыгин, М. Мелентьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Т. 4. – С. 257 – 274.

Поступила 10.09.10

A. G. Moldazhanova

TREATMENT OF CARIES AND ITS COMPLICATIONS AT PERSONS OF ELDERLY AGE

Conducted caries treatment and its complications as persons of elderly age showed, that rendering stomatological aid must be made with adaptation to age peculiarities and state of general reactivity of organism.

А. Г. Молдажанова

ҚАРТАҢ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ТІСЖЕГІСІН ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫ

Қартаң жастағы адамдардың тісжегісі мен оның асқынулары бойынша өткізілген ем стоматологиялық пәрменді көмек көрсету науқастардың жас ерекшелігіне және ағзаның жалпы реактивтілік жағдайына байланысты жүргізілуі керектігін көрсетті.

А. Е. Гуляев, Б. А. Тусупханов

СТИМУЛЯЦИЯ АНГИОГЕНИНОМ ПРОЦЕССОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Национальный центр Биотехнологий РК (Астана),
Медицинский центр ТОО «Корпорация Казахмыс» (Жезказган)

Один из наиболее эффективных и распространенных способов лечения гнойных ран – это нанесение на раневую поверхность различных лекарственных средств с целью ускорения заживления, что принято называть местным лечением раны [1]. Заживление раны – сложный процесс, который условно разделяют на воспалительную реакцию, пролиферативную реакцию и созревание вновь сформированной ткани. Все это непрерывно текущие и накладывающиеся друг на друга процессы [5]. Гемостаз, воспаление, пролиферация и ремоделирование составляют сущность патофизиологии острой раны в процессе ее заживления, либо фиброз, хронизация процесса и формирование незаживающей раны как альтернативный вариант течения этого же процесса [6].

В той или иной степени фармакологический контроль с помощью современных препаратов возможен на каждом этапе раневого процесса. Известно множество препаратов, используемых в качестве так называемых ранозаживляющих средств, однако клиническая эффективность доказана лишь для очень немногих [7], что обусловливает поиск новых субстанций с потенциалом ранозаживляющего действия для местного лечения ран.

Последние годы ознаменовались широким интересом к классу биостимулирующих веществ в лечении ран и ожогов, что в значительной степени определяется перспективами их практического применения. Привлекает внимание ряд ценных свойств биостимуляторов как возможных лекарственных средств, вводимых в этиопатогенетическую традиционную схему лечения: действие в низких концентрациях, отсутствие токсичности и накопления в организме, определенная селективность действия, направленная на важные участки в патогенезе течения травматического процесса. В настоящее время генно-инженерные технологии позволяют получать препараты рекомбинантных цитокинов человека в промышленных объемах. К таким препаратам относится ангиогенин – активный фактор роста кровеносных сосудов [4]. Гель рекомбинантного ангиогенина человека был создан в Институте молекулярной биохимии и биофизики СО РАМН (Новосибирск) под руководством проф. Н. П. Мертвецова и произведен в ЗАО «Сая-ны» [2, 3].

Целью работы явилось изучение возможности использования в лечении ран нового препарата – геля рекомбинантного ангиогенина человека.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования ранозаживляющего действия ангиогенина были проведены на 60 белых беспородных крысах обоего пола массой 180-200 г, которые были разделены на 3 группы, по 20 особей в каждой: I группа – контроль без лечения; II группа – рану однократно смазывали препаратом и ушивали; III группа – рану смазывали препаратом, ушивали и проводили ежедневные аппликации препарата на шов.

Хирургическую рану воспроизводили в асептических условиях экспериментальной операционной. Крысам под тиопенталовым наркозом в стерильных условиях проводили разрез мышечной части средней трети бедра. Материалом исследования служили кожа и мышечная ткань. Для гистологической оценки у животных после декапитации вырезали участки раны, захватывая и неповрежденную ткань. Обработку ткани проводили общепринятыми гистологическими методами. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, азур-эозином, по методу Ван Гизон. Для выявления сосудов микроциркуляторного русла проводили тушевую наливку.

Исследование основных этапов заживления проводили ежедневно. Продолжительность наблюдения составила 4 сут.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через 1 сут после воспроизведения раны состояние ее во всех группах было одинаковым (рис. 1, 2).



Рис. 1. Экссудат и некроз на поверхности раны
Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

В гистопрепаратах стенка раны в месте хирургического разреза покрыта уплотненными фибринозными наложениями, в которых отмечались распадающиеся клетки и образование скоплений ядерной зернистости, имеющей ярко выраженную базофилию. В дерме, подкожной жировой клетчатке наблюдались отеки, воспалительная инфильтрация. Выраженная воспалительная гиперимическая реакция наблюдалась в соединительнотканных прослойках мышц, примыкающих к краям раны. Мелкие сосуды, количество которых заметно увеличено, расширены, в них отмечалось набухание эндотелиальных клеток. Вокруг сосудов определялись скопления сегментоядерных лейкоцитов, частью подвергавшихся дистро-

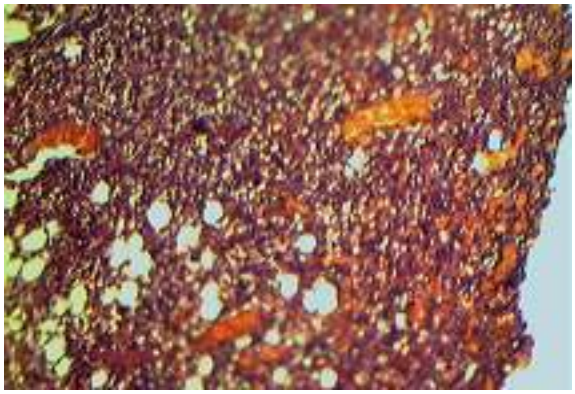


Рис. 2. Отек, кровоизлияния и полнокровие сосудов раневой поверхности. Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

фическим изменениям, некрозу и распаду.

У животных II и III экспериментальных групп уже в это время наблюдения интенсивность воспалительной реакции была выражена в меньшей степени, чем в контроле.

На 2 сут наблюдения в контрольной группе реактивно-воспалительные явления былиеще более выражены (рис. 3): нарастал отек, прогрессировали деструктивные изменения в дерме и подкожной жировой клетчатке, отмечалась обильная инфильтрация. В краевых участках раны выявлялась нейтрофильная инфильтрация, миграция круглоклеточных элементов типа лимфоцитов, макрофагов. Вокруг тонкостенных сосудов дермы, подкожной клетчатки и мышечной ткани отмечались скопления округлых одноядерных клеток и полиморфноядерных лейкоцитов.

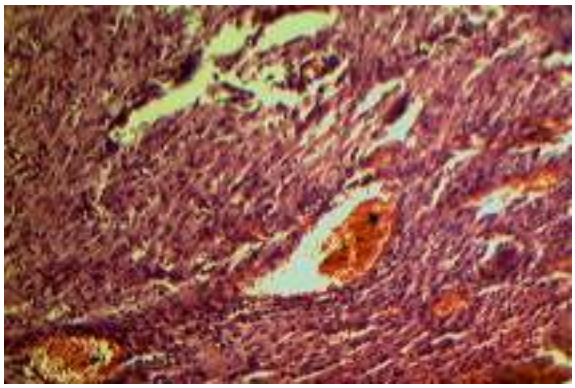


Рис. 3. Локусы грануляционной ткани с полнокровными сосудами, в строме отек. Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

В ранах с аппликацией ангиогенином (рис. 4) в эти сроки наблюдались процессы организации, которые проявлялись миграцией большого числа круглоклеточных элементов, лимфоцитов и макрофагов, а также появлением отдельных тонкостенных сосудистых щелей и формирующихся капиллярных разветвлений с лежащими вдоль них веретенообразными клетками и пролифераты из круглоклеточных и перителиальных элементов, располагающихся вокруг сосудов.

Через 3 сут в ранах животных контроль-

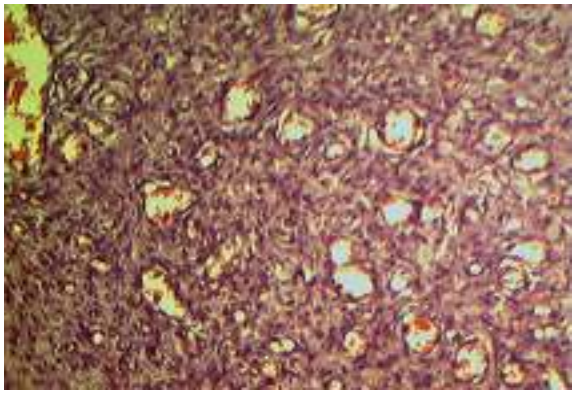


Рис. 4. Образование сосудов на раневой поверхности Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

ной группы сохранялась воспалительная реакция, однако характер ее менялся. Инфильтрат был представлен в основном макрофагами, лимфоцитами, плазмоцитами. Гиперемия сосудов была выражена в меньшей степени, чем в предыдущие сроки. Обращали внимание лишь отечность и явления раздражения в фибробластах соединительной ткани, которые выражались увеличением их числа, а также некоторым уплотнением межклеточного матрикса. В соединительнотканных прослойках мышечной ткани имелось некоторое возрастание клеточности за счет примеси к фибробластам круглых клеток с плотными ядрами, а также макрофагальных элементов.

На 3 сут наблюдения в группе с однократным применением препарата в тканях раны выраженных изменений по сравнению с предыдущим сроком не отмечалось.

После 3-кратных аппликаций ангиогенина (рис. 5) поверхность раны была покрыта молодым эпителием с крупными ядрами клеток базального слоя, еще четко не разделенными на слои. Отличительной особенностью структуры кожи явилось наличие молодой рыхлой соединительной ткани, которая располагалась в виде узкой полоски в полости раны, а в дерме – диффузно, переплетая коллагеновые волокна и волосяные фолликулы. В зоне разреза в рыхлой соединительной ткани наблюдалось большое количество тонкостенных сосудов, обнаружива-

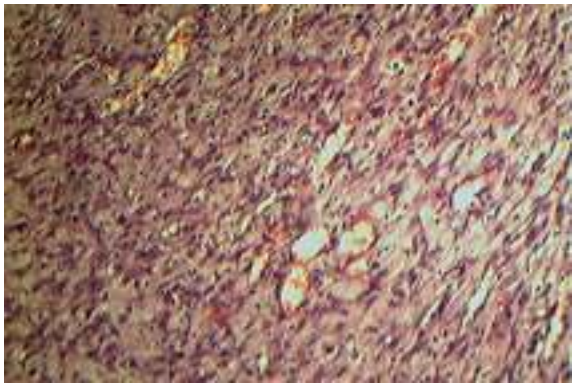


Рис. 5. Образование сосудов на раневой поверхности Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

лись эозинофилы, макрофаги и лимфоциты. Зона этих изменений довольно узкая, уже на некотором отдалении от разреза строение ткани и ее элементов соответствовало норме.

На 4 сут в контрольной группе наблюдалось усиление процессов пролиферации и дифференцировки клеток, образующих грануляционную ткань. Выявлялись вертикально расположенные новообразованные капилляры, окруженные молодыми клетками грануляционной ткани, фибробластами и гистиоцитами. В морфологическом отношении наблюдавшиеся грануляции соответствовали низкой степени зрелости, на что указывали гиперемия и характерное расположение капилляров, множество нейтрофильных лейкоцитов.

В 3 группе в дерме, подкожной жировой клетчатке и мышцах воспалительной реакции не наблюдалось, преобладали клетки гистиогенного происхождения. В грануляционной ткани повышалось количество клеток фибробластического ряда. Число сосудов капиллярного типа возрастало за счет врастания из окружающих тканей сосудистых систем, вокруг которых нередко можно было увидеть формирование муфт из пролиферирующих перителиальных и лимфомакрофагальных элементов. Структурные элементы соединительной, мышечной ткани и кожных покровов на некотором отдалении от «зоны интереса» практически не отличались от нормы (рис. 6).

Таким образом, наносимый на рану ангиогенин оказывает стимулирующее влияние на репаративные процессы в коже. Это проявилось в увеличении пролиферативной активности эпителиоцитов, толщины базального слоя эпидермиса краевой зоны раны. В дерме ускорилось посттравматическое развитие лейкоцитарной и макрофагической реакции, а также формирование грануляционной ткани. Начиная с 3 сут, объем коллагеновых волокон дермы в опыте превышал контрольные значения. На 4 сут отмечался лучший гистоархитектурный порядок, лучшая васкуляризация и отсутствие клеток воспаления на уровне дермы. Ежедневные аппликации ангиогенина способствуют полноценному восстановлению защитного барьера – происходит срочное закрытие раны вновь образованным эпидермисом, ускорение образования грануляционной ткани, а также образование регенерата, по морфологии приближающегося к нормальной коже.

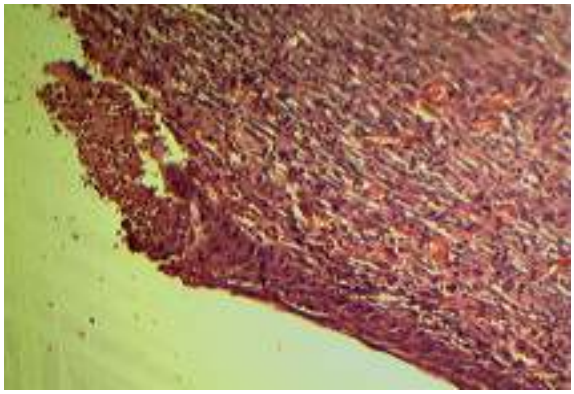


Рис. 6. Неполная эпителизация раневого дефекта, грануляционная ткань с расширенными кровеносными сосудами. Окр.: гематоксилином и эозином. Ув.: х 10

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция /М. И. Кузин, Б. М. Костюченок – М., 1990. – 687 с.
2. Мертвецов Н. П. Газовихревые реакторы «БИОК» /Н. П. Мертвецов, Ю. А. Рамазанов – Новосибирск: Наука, 2002. – 114 с.
3. Мертвецов Н. П. Ангиогенин и механизмы ангиогенеза /Н. П. Мертвецов, Л. Е. Стефанович. – Новосибирск: Наука, 1997. – 77 с.
4. Тихомирова Н. А. Природный и рекобинантный ангиогенин.– М.: Пищепромиздат, 1999. – 137 с
5. Chodorowska G. Cutaneous wound healing /G. Chodorowska, D. Roguś-Skorupska //Ann. Univ. Mariae Curie Sklodowska. – 2004. – V. 59, №2. – P. 403 – 407.
6. Diegelmann R. F. Wound healing: an overview of acute, fibrotic and delayed healing /R. F. Diegelmann, M. C. Evans //Front Biosci. – 2004. – V. 1, №9. – P. 283 – 289.
7. Li J. Pathophysiology of acute wound healing /J. Li, J. Chen, R. S. Kirsner //Clin Dermatol. – 2007. – V. 25, №1. – P. 9 – 18.

Поступила 19.05.10

A. Y. Gulyayev, B. A. Tusupkhanov

STIMULATION OF WOUND REPAIR PROCESSES BY ANGIOGENIN IN EXPERIMENT

Investigation of wound repairing action of angiogenin was conducted at 60 rats. Daily applications of angiogenin within 4 days promoted from the 1st days of observation the increase of proliferative activity of epitheliocyts, valueable restoration of protective barrier, the acceleration of granulation tissue tumor, the best vascularisation, the restoration of histoarchitectural order and absence of inflammation cells on the level of derm and also formation of regenerate on morphology approached to normal skin to the end of the experiment.

А. Е. Гуляев, Б. А. Түсіпханов

ЖАРАЛАРДЫҢ ЭКСПЕРИМЕНТТЕ ЖАЗЫЛУ ҮДЕРІСІНДЕГІ АНГИОГЕНИНМЕН СТИМУЛЯЦИЯЛАУ

Ангиогениннің жара жазу әсерін зерттеу жұмыстары 60 егеуқұйрыққа жасалған. Төрт тәулік бойы күн сайын ангиогенинді енгізу нәтижесінде мынандай нәтижелер анықталған: байқаудың бірінші тәулігінде эпителиоциттердің пролиферативті белсенділігі артқан, қорғаныс барьерінің толық түрде қалпына келуі (жараның орны жаңадан пайда болған эпидермиспен шұғыл түрде жабылуы), грануляциялы тіннің жаңадан пайда болуының тездетілуі, васкуляризацияның жақсаруы, гистоархитектуралық тәртіптің қалпына келуі және тері деңгейінде қабыну клеткалары болмауы, сол сияқты тәжірибенің соңында морфологиясы бойынша қалыпты теріге жақын келетін регенераттың құрылуы.

Л. Г. Тургунова

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Кафедра внутренних болезней №2
Карагандинского государственного медицинского университета

В последние годы среди опухолей кроветворной и лимфатической ткани возросла актуальность множественной миеломы (ММ), которая является одним из наиболее распространенных гемобластозов, составляя в структуре онкогематологических заболеваний большинства стран не менее 10-15%. Самая низкая заболеваемость ММ наблюдается в Китае – 1 случай на 100 000 населения, самая высокая заболеваемость имеет место среди мужчин негроидной расы в США – 1 случай на 10 000 населения. В среднем частота заболеваемости ММ составляет 4 – 6,7 новых случаев на 100 000 населения в год [2, 6, 8].

Диагностика ММ является непростой задачей, основанной на использовании четких диагностических критериев, совершенствующихся с углублением знаний о патогенезе, клинике заболевания, появлением новых методов исследования [5]. Нередкая быстротечность заболевания, сложность и многообразие клинической картины, отсутствие должной настороженности врача создают определенные трудности, несмотря на четкие диагностические критерии заболевания. Актуальность диагностики ММ очевидна, поскольку установление диагноза ММ является показанием для начала химиотерапии, представляющей возможность увеличить медиану выживаемости до 3-3,5 г., в то время как средняя продолжительность жизни нелеченных больных ММ не превышает 6 мес. [3, 4].

Целью исследования было изучение динамики заболеваемости ММ в Казахстане, анализ клинико-лабораторной характеристики пациентов с впервые установленным диагнозом множественной миеломы и объема методов диагностики ММ, используемых во взрослых гематологических отделениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования были данные формы №7 государственной статистической отчетности «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями», истории болезни 29 пациентов (18 женщин и 11 мужчин) с впервые выявленным диагнозом ММ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении ОКБ г. Караганды в период с 2007 по 2009 г., отчеты областных гематологов взрослых гематологических отделений за 2008 г. По формам государственной статистической отчетности рассчитывались интенсивные показатели заболеваемости множественной миеломы; на основании анализа историй болезни и отчетов областных гематологов оценивалась клиническая картина заболевания и объем диагностических исследований, применяемых при определении диагноза ММ. Степень достоверности диагноза ММ устанавливалась с использованием диагностических критериев, разработанных рабочей группой по изучению миеломы (2003).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ форм государственной статистической отчетности показал, что в Казахстане заболеваемость в рубрике «прочие гемобластозы», в которой регистрируются впервые выявленные пациенты с ММ, увеличилась за последние 10 лет более чем в 3 раза (рис. 1). Удельный вес ММ в структуре опухолей кроветворной и лимфатической ткани составил в 1998 г. – 3,06%, в 2008 г. – 7,09%.

В определенной степени растущая частота этого заболевания обусловлена улучшением диагностики и более высоким средним возрастом общей популяции. Вместе с тем показатели заболеваемости ММ в Республике остаются достаточно низкими по сравнению с другими странами, составляя в течение последних 5 лет 0,37-0,58 человек на 100 000 населения.

Представляет интерес изучение данных первичного обследования пациентов с ММ и возможностей верификации диагноза в соответствии с общепринятыми диагностическими критериями.

Средний возраст пациентов составил 58,9±12,4 лет, длительность заболевания – от 2 до 60 мес. Анализ клинической картины показал, что наиболее частыми симптомами в дебюте заболевания были чувство общей слабости (89,7%), потеря веса (69%), боли в костях (79,3%), из них боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника отмечали 62,1%, в ребрах – 48,3% и грудном отделе позвоночника 44% пациентов. Значительно реже пациентов беспокоили такие проявления анемического синдрома, как одышка при физической нагрузке (24,1%), головокружение (31%),

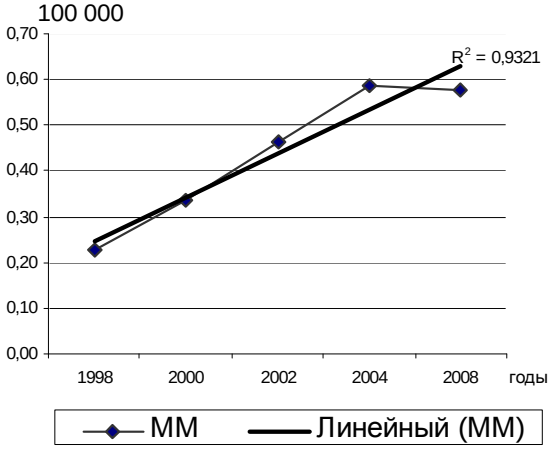


Рис. 1. Динамика заболеваемости множественной миеломой в Казахстане

геморрагический синдром в виде появления синячковости и носовых кровотечений (6,9%). Распределение пациентов в зависимости от стадии показало, что у подавляющего числа пациентов (89,7%) заболевание было диагностировано в III стадии, при этом у 30,8% имелю место повышение уровня креатинина более 0,177 ммоль/л. Диагностика ММ в III стадии, особенно при наличии миеломной нефропатии (IIIB подстадия), является самостоятельным неблагоприятным прогностическим признаком, определяющим эффективность современной химиотерапии и трансплантации костного мозга: частота ремиссий у этих пациентов существенно меньше, а риск развития рецидивов возрастает [7]. О тяжести состояния свидетельствовал высокий процент экстренности госпитализации – 75,9% пациентов, 41,4% пациентов к моменту госпитализации не могли самостоятельно передвигаться.

Наиболее часто пациенты впервые обращались с жалобами к терапевту (75,9%) и невропатологу (20,7%), из них к гематологу были направлены 42,9% пациентов. Остальные пациенты продолжили обследование у различных специалистов: онколога (56,3%), нейрохирурга (6,25%), нефролога (18,8%), после чего 75% пациентов были осмотрены гематологом. Наиболее сложный и длительный диагностический поиск был проведен у 17,2% пациентов от общего количества впервые выявленных больных: этапы их обследования включали в себя не менее 3 специалистов: терапевт-онколог-пульмонолог, терапевт-нефро-лог-ревматолог и нефролог-терапевт-невропато-лог. Сроки наблюдения больных до направления к гематологу колебались в широких пределах и в среднем составили 1 г. 7 мес.

Анализ критериев верификации диагноза ММ показал, что увеличение количества плазматических клеток в костном мозге более 10% отмечено у 96,6% пациентов, из них у 64,3% процент содержания плазматических клеток превышал 30%. Наличие моноклонального парапротеина отмечено у 95% пациентов. Диагностическая значимость малых критериев располагалась следующим образом: ведущее место занимал остеодеструктивный синдром – у 85,7% пациентов, затем снижение гемоглобина – у 71,4%, гиперкальциемия отмечена у 40% и повышение уровня креатинина – у 28,6% пациентов. Литические изменения костей по типу деструкции отмечались у 11 пациентов, с развитием переломов – у 12, в виде изолированного остеопороза – у 2 пациентов.

Эти данные показывают, что наличие гематологической службы, владеющей необходимыми методами верификации диагноза, в первую очередь, исследованием костного мозга и определением парапротеина, является самостоятельным условием диагностики ММ. Нами был проведен анализ отчетов областных гематологов за 2008 г. (рис. 2), который показал, что диагностические возможности в большинстве регионов недостаточные: всего в 3 областях проводилось определение М-градиента, имелись области, где количество стернальных пункций в течение года не превышало 26, при этом указано общее количество пункций, проводимых у больных с различной патологией крови, а не только у пациентов с ММ.

Таким образом, результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на возрастающий тренд к более частому развитию ММ, проблема дальнейшего улучшения диагностики заболевания остает-

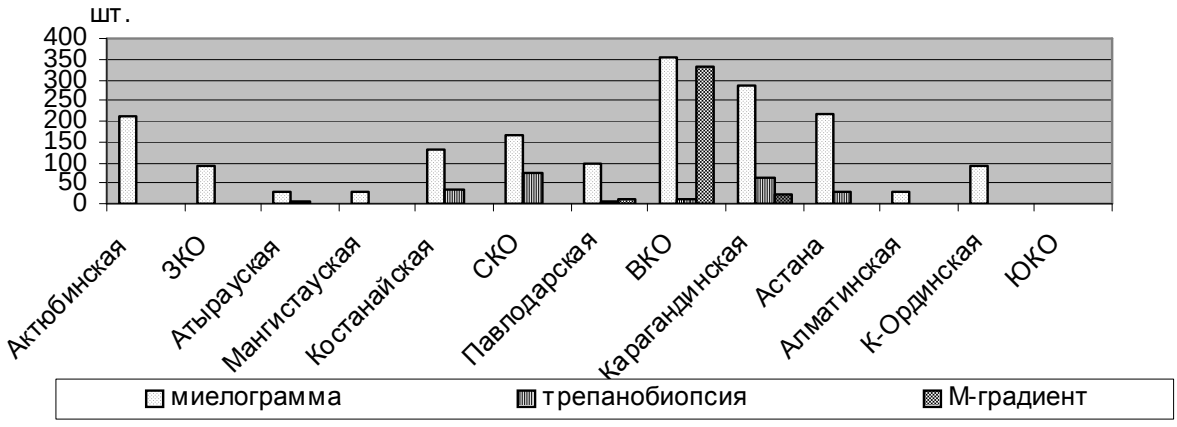


Рис. 2. Количество проведенных стернальных пункций, трепанобиопсий и исследований М-градиента (по данным годовых отчетов областных гематологов за 2008 г.)

ся актуальной проблемой, требующей совместных усилий как гематологов, так и врачей других специальностей. Большое значение в диагностике заболевания имеет правильная трактовка клинических данных пациента, определяющая тактику врача и возможность применения рутинных методов исследования, направленных на поиск общепринятых диагностических критериев ММ.

ВЫВОДЫ

1. В структуре заболеваемости гемобластозов удельный вес множественной миеломы вырос с 2,8% в 1998 г. до 4% в 2008 г. Показатель заболеваемости увеличился с $0,22^0/_{0000}$ до $0,58^0/_{0000}$ ($p<0,05$).

2. У 89,7% пациентов заболевание было впервые диагностировано в III стадии, при этом у 30,8% – в IIIБ стадии. Сроки наблюдения больных до направления к гематологу в среднем составили 1 г. 7 мес.; у 17,2% пациентов этап первичного обследования включал в себя не менее 3 специалистов различного профиля.

3. Одним из условий улучшения диагностики ММ является внедрение современных методов в практику гематологических отделений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байков В. В. Трудности морфологической ди-агностики множественной миеломы //Онкогематология. – 2007. – №2. – С. 10 – 16.
2. Бессмельцев С. С. Множественная миелома. Современный взгляд на проблему /С. С. Бессмельцев, К. М. Абдулкадыров. – Алматы: LBS., 2007. – С. 14 – 15.
3. Вотякова О. М Современная терапия множественной миеломы //Бюл. сиб. медицины. – 2008. – №3. – С. 33 – 41.
4. Крячок И. А. Современные стандарты диагностики и лечения больных множественной миеломой //Укр. мед. журн. – 2010 – №2. – С. 91 – 97.
5. Harousseaul J. L. Multiple myeloma /J. L. Harousseaul, M. Dreylin //ESMO Clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up Annals of Oncology. – 2008. – V. 19. – P. 55 – 57.
6. Incidence of myltiple myeloma in Olmsted County, Minnesota: trend over 6 decades /R. A. Kyle, T. M. Therneau, S. V. Rajkumar et al. //Cancer. – 2004. – V. 101. – P. 2667 – 2674.
7. International Staging System for multiple myeloma /P. R. Greipp, J. San Miguel, B. G. M. Durie, et al. //J. Clin. Oncol. – 2005. – V. 23. – P. 3412 – 3420.
8. Morgan G. H. Myeloma aetiology and epidemiology /G. H. Morgan, F. E. Davies, M. Linet //Biomed. Pharmacother. – 2002. – 56. – P. 223 – 224.

L. G. Turgunova

TO THE PROBLEM OF MULTIPLE MYELOMA DIAGNOSTICS

During the period 1998-2008 multiple myeloma disease incidence increased from 0.22% to 0.58% ($p<0.05$). 89.7 per cent of patients were diagnosed in the third stage for the first time early hematological examination of 42.9% of patients was conducted after request for medical aid. One of the conditions for MM diagnostics improvement is a more extensive implementation of a bone survey and pathological paraprotein into the practice of a hematological department.

Л. Г. Тұрғынова

КӨПТІК МИЕЛОМА ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ СҰРАҚТАРЫНА

1998 жылдан 2008 жылға дейінгі кезеңде көптік миеломамен сырқатанушылық 0,22%-дан 0,58%-ға дейін ($p<0,05$) жоғарылаған. 89,7% науқастарда диагноз алғаш рет аурудың III кезеңінде қойылған. Дәрігерлік көмекке келген 42,9% науқастарда ерте гематологиялық тексерістер жүргізілген. Көптік миеломаның диагностикасын жақсартудың бір шарты гемоталогиялық бөлімшелердің тәжірибесіне патологиялық парапротеинді және сүйек кемігін зерттеуді кеңінен енгізу болып табылады.

А. М. Бедельбекова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Кафедра терапии внутренних болезней факультета непрерывного профессионального развития Карагандинского государственного медицинского университета

Несмотря на простоту и эффективность патогенетического лечения, распространенность железодефицитной анемии (ЖДА) в Казахстане остается высокой [3]. Этот факт побуждает к поиску новых схем, оптимизации ферротерапии. В подавляющем большинстве случаев препараты железа назначают внутрь, так как доказана эффективность и безопасность данного вида лечения. Однако существует точка зрения, что при комбинации перорального и парентерального путей введения целевые уровни гемоглобина достигаются в более короткие сроки, что позволяет оп-тимизировать лечение железодефицитных состояний [2]. Такой подход наиболее актуален при ЖДА тяжелой и средней степени тяжести, терапия которой, как правило, осуществляется в стационаре.

Доказательств эффективности данной тактики лечения больных ЖДА нет. В настоящее время парентеральные (внутримышечный и внут-

ривенный) пути введения препаратов железа используются довольно часто, при этом железо быстро поступает в кровоток и включается в обмен [4]. Некоторые исследователи даже считают метод парентеральной ферротерапии альтернативой трансфузии эритроцитарной массы [5, 6]. В современной литературе отсутствуют данные о рандомизированных сравнительных исследованиях парентерального и перорального путей введения препаратов железа различных групп. Такая схема лечения ЖДА недостаточно хорошо изучена в плане влияния на темпы прироста гемоглобина в различных возрастно-половых группах больных с ЖДА [1].

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности комбинированной терапии препаратами железа различных фармакологических групп на купирующем этапе лечения ЖДА у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование, которое было открытым, рандомизированным и клинически контролируемым, включали женщин в возрасте от 18 до 45 лет с подтвержденным дефицитом железа, отсутствием в анамнезе аллергических реакций на препараты железа, не имеющих синдрома нарушенного всасывания и не имеющих показаний к заместительной гемотрансфузии. Причиной дефицита железа у пациенток были дисфункциональные маточные кровотечения.

Методом рандомизации (генератор случайных чисел) пациентки были разделены на 2 группы: I группа (n=20) получала Сорбифер дурулес перорально и Космофер внутривенно, II группа (n=20) – Сорбифер дурулес перорально и Феркайл внутримышечно.

Сорбифер дурулес назначали по 1 таб. 2 раза в сут за полчала до еды; препараты трехвалентного декстрана железа (Космофер и Феркайл) вводили по 200 мг в сут: Феркайл внутримышечно через день, Космофер внутривенно, капельно 3 раза в нед. Продолжительность наблюдения составила 14 сут. Показатели гемоглобина, эритроцитов и МСН определяли на 1, 5, 10 и 15 сут лечения.

Статистическую значимость различий между группами оценивали используя U тест Mann-Whitney.

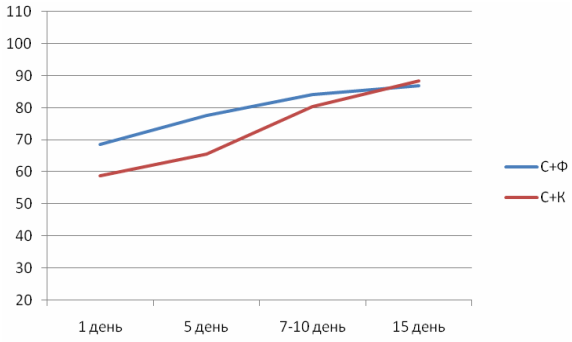


Рис. 1. Динамика прироста гемоглобина на фоне ферротерапии

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Уровень гемоглобина в обеих группах к началу лечения соответствовал анемии тяжелой степени (в I группе в среднем 58,6±11,0 г/л; во II группе 68,5±11,0 г/л). Статистически значимых отличий между изучаемыми группами не было (U=33,0; p=0,06). На 5 сут проведения ферротерапии у пациенток всех групп наблюдалось улучшение самочувствия, при этом прирост гемоглобина в I группе составил 65,5±13,1 г/л, а во II группе – 77,6±13,0 г/л. Скорость прироста гемоглобина в день в I группе составила 1,5 г/л в сут, а во II группе – 1,8 г/л в сут. Статистически значимых отличий между двумя группами не выявлено (U=33,0; p=0,05).

Аналогичная картина определяется при анализе темпов прироста среднего содержания гемоглобина на 10 и 15 сут комбинированной ферротерапии. У пациенток, получавших Космофер и Сорбифер, средний уровень гемоглобина на 10 сут лечения составил 80,4±11,3 г/л, на 15 сут 88,5±6,8 г/л. При проведении терапии Феркайлом+Сорбифер эти показатели составили 84,0±15,8 г/л и 86,8±30,9 г/л соответственно. К этому времени у всех пациенток был достигнут ретикулоцитарный криз.

Таким образом, как в начале комбинированной ферротерапии, так и на 5, 10, 15 сут лечения динамика прироста гемоглобина в обеих группах не имела статистически достоверных отличий. Скорость прироста гемоглобина на фоне ферротерапии не зависела от пути введения декстрана железа и была сопоставима в обеих группах. Динамика прироста гемоглобина на фоне различных режимов комбинированной ферротерапии представлена на рис. 1.

Важной характеристикой ЖДА является гипохромия эритроцитов, отражающая степень нарушения синтеза гемоглобина. Мы оценили среднее корпускулярное содержание гемоглобина в эритроците (МСН), имеющее более понятный биологический смысл, чем цветовой показатель. Динамика прироста МСН на фоне различных режимов комбинированной терапии представлена на рис. 2.

Как видно из рис. 2, статистически значимых различий между 2 группами не обнаружено. К 15 сут наблюдения произошло достоверное

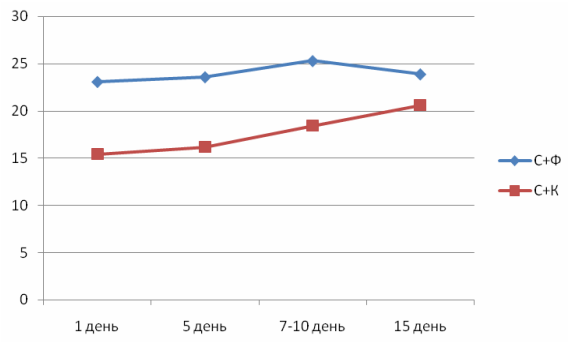


Рис. 2. Динамика прироста МСН на фоне ферротерапии

увеличение МСН у всех пациенток, хотя его нормативные значения достигнуты не были.

Таким образом, в ходе комбинированной терапии у всех пациенток отмечалось увеличение уровня гемоглобина, эритроцитов, МСН. Статистически значимой зависимости прироста уровня гемоглобина от пути введения парентерального препарата железа в комбинации с Сорбифер дурулес выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдукова С. Н. Железодефицитная анемия: современные подходы к диагностике и лечению /С. В. Выдыборец, Н. Л. Алушко. – Киев, 2003. – 32 с.
2. К вопросу об эффективности применения парентеральных декстранов железа (III) в ходе терапии железодефицитной анемии /А. А. Клодзинский, С. А. Байдурин, В. М. Кемайкин и др. // Матер. Междунар. науч.-практ. конф. «Новые диагностические и лечебные технологии в клинической медицине». – Астана, 2006. – С. 277 – 279.
3. Мукашева А. С. Применение Феррумлек при лечении анемии у беременных //Терапевт. вестник. – 2004. – №1. – С. 24 – 25.
4. Чернов В. М. Применение внутримышечных препаратов железа в клинической практике /И. С. Тарасова, И. В. Барунян //Гематология и трансфузиология. – 2004. – Т. 49, №3. – С. 44 – 49.
5. Cvervo L. G. Treatments for iron deficiency anemia /Mahomed K. DICP. – 2008. – V. 11. – №4. – P. 145 – 150.
6. Cumpf V. G. Parenteral iron supplementation. Nutr. Clin. Pract. – 2007. – V. 6. – №8. – P. 34 – 39.

Поступила 25.05.10

A. M. Bedelbekova

EFFICACY OF DIFFERENT COMBINATIONS OF IRON PREPARATIONS IN TREATMENT OF IRON DEFICIENT ANEMIA

In the course of conducted investigation the efficacy of 2 schemes of combined ferrotherapy at women of reproductive age with iron deficient anemia was estimated.The treatment was conducted:Cosmofer intravenously by drops+Sorbifer durules perorally and Fercile intramuscularly+Sorbifer durules perorally. Statistically significant dependence of increase of hemoglobin level and MSL from method of introduction of parenteral iron preparation in combination with Sorbifer durules was not revealed.

А. М. Беделбекова

ТЕМІР ТАПШЫЛЫҒЫ АНЕМИЯСЫН ЕМДЕУДЕ ТЕМІР ПРЕПАРАТТАРЫНЫҢ ӘРТҮРЛІ КОМБИНАЦИЯЛАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Жүргізілген зерттеу барысында темір тапшылығы анемиясы бар репродуктивті жастағы әйелдердегі құрамалы ферротерапияның екі сызбасының тиімділігі бағаланды. Емдеудің мынандай түрі жасалды: Космофер тамырға тамшымен+Сорбифер дурулес пероральды және Феркайл бұлшықет ішіне+Сорбифер дурулес пероральды. Сорбифер дурулеспен темірді парентеральды препаратпен енгізу әдісінен гемоглобин деңгейінің статистикалық арту жағдайы анықталған жоқ.

С. Ш. Прімбеков

КОМПРЕССИОНДЫ ТЕРМИНОЛАТЕРАЛДЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬДЫ АНАСТОМОЗ

Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің № 1 хирургиялық аурулар кафедрасы

1999-2007 жылдар аралығында асқазан және ұлтабар жараларының асқынған түрлерінде компрессионды никелидтитанды анастомозбен 257 науқасқа отау жүргізілді. Олардың ішінде 180 науқасқа гастродуоденалды анастомоз салынып, 77-сіне гастроеюноанастомоз салынды. Жаңа аталған әдіс бойынша салынған анастомоздар отаудан кейінгі ерте асқынуларды 4,5 есе қысқартады.

Зерттеудің мақсаты: Асқазан және ұлтабар жараларының асқынған түрлерінің хирургиялық емін жетілдіру мақсатында асқазанның Бильрот - 1 әдісімен резекциясында пішінін сақтайтын компрессионды имплантантты қолдану.

Хирургтардың асқазан резекциясындағы көп жылдық әдістері гастродуоденалды анастомоздың Бильрот-1 тәсілін қолдайды [8]. Біздің клиникада көлденең терминолатеральді гастодуоденальды анастомоз әдісі енгізілді және оның клапандық қасиеті операциядан кейінгі кезеңде асқазан затын мөлшерлі эвакуаторлық ретпен өткізетіні дәленденді. Дәл осындай нәтижелерді терминолатеральді гастодуоденальды анастомоздарды компрессиондық никелид-титанды құралмен салғанда алынды. Р. В. Зиганьшин [5] әдісінен айырмашылығы, анастомоз танталды тігіс үстінен салынады. Бұл әдісте имплантант ерте ажырайды, анастомозға екінші қатар тігісін салу қажет етпейді [3, 5].

Асқазанды резекциялау операциясының тарихы бір ғасырдан асып кетеді. Асқазан резекциясы кезіндегі гастродуоденоанастомозды жасаудың кемшілік жақтары да бар, ол әдістің өзінде және сонымен қатар анастомоз тігісінде де бар. Асқазан-ішектік анастомоздарды жасайтын аппараттың кемшілігі бар: ол өте үлкен, анастомоз жасау үшін ішекті қосымша тағы кесу керек.

Қазіргі заманғы бір рет қолданылатын тігіс аппараттары қымбат және көбісі ала бермейді. Аппараттың қыстырғыш тесігі көптен бері заманға сай жаңартылмаған.

Анастомоздардың механикалық беріктігіне қарамастан, ол биологиялық өткізгіш келеді және мынадай асқынулар анастомоздың жетіспеушілігі, қан кетулер, анастомозиттер кездеседі.

Асқазан ішек хирургиясында никелид титан имплантантын қолдану әдісін тексере келе мынадай қорытынды шығарамыз: анастомоздардың пе-риметріне екінші қатарлы тігісті салу кейде имплантанттың ажырауының ұзаққа созылуын тудырады, одан анастомозиттер дамуы мүмкін. Осыларды көре отырып енді бір қатарлы компрессионды тігісті, сероздыбұлшықетті тігіссіз әдісті қолдануға алып келеді. Қорытындылай келе, асқа-зан резекциясында компрессионды никелид титанды анастомоздарды қолдану ыңғайлы әдіс және оны әрі қарай заманға сай жаңартуға болады.

Асқазан және ұлтабар жараларын емдеуде жетілдірілген медикаментозды емдеу әдістері жедел хирургиялық емдік әдістерді шектеді. Дегенмен, жараның тесілуі және жарадан қан кету тәрізді асқынулары төмендеген жоқ. Сондықтан асқазан резекциясы жедел асқазан хирургиясында басты орын алуда [1].

Асқазан және ұлтабар жараларының асқынған түрлерін емдеуде 20-30% ауруларда негізгі емі асқазан резекциясы болып табылады. Оның операциядан кейінгі летальдық көрсеткіші 2,9-7,6% құрайды. Летальдық көрсеткіштің негізгі себептері: анастомоздың ажырап кетуі 0,4-8,0% , анастомозиттер 5,9-11,1%, іш қуысына және ішек қуысына қан кету түрлері 0,4-1,7%, ұлтабар тұқылының жетімсіздігі 0,6-12,4% құрайды [2].

Кез келген тігіс материалдары қабыну реакциясын тудырады, анастомозиттерге соқтырады [7], эпителизацияны бұзады, тыртықтануға септігін тигізеді, анастомоздың өткізгіштік қызметін бұзады. Қолмен салынған тігістерде ішек микрофлорасы іш қуысына түсуіне септігін тигізеді. Анастомоз аймағында ішек микрофлорасының әсерінен жабысқақ тіндері дамиды, соңынан анастомоз жетімсіздігіне алып келеді, перитонит дамиды. Іш хирургиясында қолданылатын тігіс материалдары жалғанатын қуыс мүшелердің қабырғаларын тігу үстінде «ара» түрде әсер етіп, аталған асқынуларды туғызады [9].

Операциядан кейінгі перитониттерді алдын алу шараларын жүргізу барысында операциялық алаңның тазалығын сақтауға әсер ететін және ішек флорасымен тікелей әсері болмайтын жағдайды тудыруға арналған көптеген техникалық әдістердің, құралдардың пайда болуына алып келді.

Қазіргі заманғы қатты денелер физикасын және металлургияның жетістіктерін пайдалана отырып, никелидтитан негізінде жасалынған пішінін сақтайтын жаңа жоғары серпінді материал жасалынды [4].

Бұл материалдардан жасалынған құралдарды медицинада қолдану сексенінші жылдардың екінші жартысынан бастап қолдана бастады. Дегенмен, қолдан салынған тігіс жіптері мен аталған компрессионды никелид-титанды қолданудағы ерте және кеш нәтижелерін салыстырмалы тексерулер жүргізілмеген.

Асқазан ішек жолдарында салынған анастомоздардың асқынулары бірінші кезекте салыну әдісі мен техникасына байланысты.

1999-2007 жылдар аралығында асқазан және ұлтабар жаралары асқынған түрлерінде компрессионды никелидтитанды анастомозбен 257 науқас отауға алынды. Олардың ішінде 180 науқасқа гастродуоденалды анастомоз салынып, 77-сіне гастроеюноанастомоз салынды. Золлингер-Эллиссон синдромы әсерінен 1 науқаста асқазан тұқылынан қан кетіп, тұқылдың экстерпациясы жасалынды. Асқазан резекциясы кезінде таңдалынған әдіс ретінде 83,2% гастродуоденоанастомоз алынды. Гастроентероанастомоздар жара әсерінен дамыған ұлтабар өтімсіздегінде 16,3% жағ-дайда жүргізілді.

Асқазан және ұлтабар жараларын жедел отауға алудағы, асқазан резекциясына көрсеткіштер болып созылмалы жаралардың тесілуі, қайта тесілулер, жаралардан қан кетулер саналады. Бұл жағдайда іріңді перитонит болмауы тиіс. Гастродуоденалды қан кетулер кезінде асқазан резекциясына негізгі көрсеткіштер болып жарадан профузды қан кетулер, қан кетудің қайталануы, консервативті және эндоскопиялық емнің әсерсіздігі бағаланады.

Отаудан кейінгі асқынулар 2 жағдайда кездесті. Бұл отаудан кейінгі панкреатиттің әсерінен анастомозит дамыған, консервативті емделді. Екінші жағдайда іш қуысына қан кету болып релапаротомия жасалынды. Летальдық жағдай болған жоқ. Салыстырмалы түрде алғанда компрессионды анастомоздарда асқынулар 4,5 есе аз болды.

Қарағанды мемлекеттік медицина академиясының №1 және №2 хирургиялық аурулар клиникасында 1999 жылдан бері никелид титанды имплантантты абдоминальді хирургияда қолданып келеді. 257 асқазан резекциясы жасалды, негізгі топта 91 науқас болды, бақылау тобында 166. Бақылау тобы екеу: бірінші - терминолатеральді (ТТ) аяқталған ГДА бар 89 адам, бұл әдіс асқазан ойық жарасында көп қолданылады. Екінші топ - 77 науқаста АР гастроеюноанастомоз (ГЕА) жасалынған. Операцияны жылдарына сай бөлінгендер №1 кестеде көрсетілген.

Негізгі топты 41 пациент құрады, оларға асқазан резекциясын есте сақтау формасы бар металлмен компрессионды терминолатеральді гастродуоденальді анастомоз (КТП ГДА) жасалған және никелид титан ТН-10 меркалы түрі қолданылған. 1999 жылдан бастап асқазан резекциясы ГЕА бойынша жасау жалпы резекция санымен салыстырғанда төмендеп келеді, себебі емдік практикада асқазанды ТЛ ГДА резекциялау кеңінен қолданылуда.

Имплантанттардың ішек жолдарынан шығуы эндоскопиялық және рентгенологиялық әдістермен бақыланады. 6-8 тәулікте имплантант тіндерден ажырап, нәжіс жолымен шығарылады. Науқастар имплантанттың миграциясын сезбейді.

Кесте 1.

Операция жолына сай орналыстыру

	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	барлығы
Негізгі топ КТЛ ГДА	5	19	21	24	22	91
Бақылау тобы ТТ ГДА	9	17	20	22	21	89
Бақылау тобы ГЕА	12	18	15	19	13	77
Барлығы	26	54	56	65	56	257

Залалсыздандыру жүргізілгеннен соң имплантантты қайта қолдануға болады. Эндоскопиялық зерттеулер кезінде анастомоз аймағының эластикалық тегіс екені, ішектің перисталтикалық жиырылуы кезінде анастомоздың клапандық қызметі байқалады.

Эндоскопиялық зерттеуде «Olimpus» фирмасы ұсынған оптикалық аппараты бар фиброгастродуоденоскопты (ФГДС) қолданды, ол отауға дейінгі ойық жара дефектісін, оның орналасуын, асқазанның шыға беріс бөлігінде стенозы, дуодено-гастро-эзофагальді рефлюксті анықтау, жараның малигинизациясына күдіктенгенде шырышты қабықты биопсиялау өңеш, асқазан, 12 елі ішектің, қосымша патологиясын анықтауды қамтамасыз етеді және отаудан кейінгі анастамоз аймағын сипаттатайды.

Аталған әдісті қолдану барысы анастомоздардың жетімсіздігін және анастомозиттердің дамуын төмендетті. Компрессиондық анастомоздарды салу қазіргі заманға сай әдістердің негізі болып табылады. Соңғы зерттеулер бойынша бес жыл аралығында 85 науқас толығымен зерттелді. Солардың арасында 2 науқаста гастроэнтероанастомоздан кейін Демпингсиндромның жеңіл және орта түрі анықталды.

Гастродуоденоанастомоздан кейін 2 науқаста 6 айдан кейін алкоголь суррагаттарымен улану әсерінен анастомоздың стенозы дамыды. Ол науқастарға Гейнеке-Микулич бойынша пилоропластика жүргізілді. Бақылауда болған басқа науқастарда нәтижелер жақсы деп бағаланып, еңбекке жарамды болып табылды.

Қорытындылап келгенде, клиникада енгізілген асқазан резекциясында қолданылған көлденең компрессионды никелид-титанды гастродуоденоанастомоз асқазан және ұлтабар жарала-рының асқынған түрлерінде қолданылатын отау әдістерінің негізі болып табылады. Ерте және кеш асқынуларының алдын алып, соның ішінде отаудан кейінгі анастомоз жетімсіздігін және анасто-мозиттердің пайда болуын тежейді. Науқастар-дың өмір сапасын арттырып, хирургиялық отау нәтижелерін жақсартады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Бобрик И. И. Кровоснабжение анастомозов оперированных органов желудочно-кишечного тракта //Кровоснабжение органов пищеварительного тракта. – Киев, 1970. – С. 179 – 190.
2. Волынский М. А. Лигатуры желудочно-кишечных соустий и их роль при болезнях оперированного желудка /М. А. Волынский, Ю. И. Калиш, Л. П. Струсский //Вестн. хир. – 1982. – №8. – С. 22 – 25.
3. Дмитриев В. Г. Компрессионный однорядный гастроэнтероанастомоз металлом с памятью формы при резекции желудка по поводу язвенной болезни //Медицина и экология. – Караганда, 1998. – №4. – С. 43 – 44.
4. Загниборода П. К. Исследование биологической герметичности швов в первые сутки после резекции желудка: Автореф дис. …канд. мед. наук. – Львов, 1976. – 18 с.
5. Компрессионные анастомозы имплантатами с памятью формы при резекции и экстирпации желудка /Р. В. Зиганьшин, В. Л. Петелин, А. Р. Юсупов и др. //Иллюстрированное методическое руководство для врачей и хирургов. – Тюмень, 1993. – 44 с.
6. Красивский Э. З. Анастомозиты после резекции желудка и их лечение: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Львов, 1991. – 32 с.
7. Лохвицкий С. В. Резекция желудка с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом /С. В. Лохвицкий, И. Р. Рабин, В. В. Дарвин. – Караганда, 1996. – 145 с.
8. Шотт А. В. Кишечный шов /А. В. Шотт, А. А. Запорожец, В. Ю. Клинцевич. – Минск, 1983. – 160 с.

Поступила 26.05.10

S. S. Primbekov

COMPRESSIVE TERMINOLATERAL GASTRODUODENAL ANASTAMOSIS

In 1999-2007 we made 257 stomach resections on the case of complicated ulcer disease with compressive nickelid-titan anastomosis. Among them there are 180 resections with gastroduodenoanastomosis and 77 with gastrojejunoanastomosis. The use of new technological approaches to formation of compressive gastroduodenoanastomosis the and to the side, allowed to reduce number of nearest postoperative complications 4,5 times in comparison with traditional method.

С. Ш. Примбеков

КОМПРЕССИОННЫЙ ТЕРМИНОЛАТЕРАЛЬНЫЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ

В 1999 – 2007 гг. произведено 257 резекций желудка по поводу осложненной язвенной болезни с компрессионным никелид-титановым анастомозом. Из них 180 резекций с гастродуоденоанастомозом и 77 с гастроеюноанастомозом. Применение новых технологических подходов к формированию компрессионного гастродуоденоанастомоза конец в бок позволило сократить число ближайших послеоперационных осложнений в 4,5 раза по сравнению с традиционной методикой.

К. А. Байарстанова

ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ В УСЛОВИЯХ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Кафедра фтизиатрии Карагандинского государственного медицинского университета

Клинико-рентгенологическое сходство некоторых клинических форм туберкулеза и рака легких вызывает ряд трудностей в дифференциальной диагностике этих заболеваний. В последние годы отмечено увеличение частоты первично -множественных злокачественных опухолей различных органов, в том числе легких. Не менее актуальна проблема сочетанного поражения легких раком и туберкулезом. Нередко раковая опухоль развивается на фоне остаточных изменений после перенесенного ранее туберкулезах легких или внутригрудных лимфатических узлов, кальцинатов в легком или сочетается с одной из клинических форм туберкулеза [1, 2, 4]. Имеется тенденция к росту экссудативных плевритов. На этапе формирования плеврального выпота клиническая картина многих заболеваний, протекающих с пораженем плевры, однотипная [3]. Исходя из выше изложенных данных, нередко туберкулезные учреждение поступают больные с ошибочно направленным диагнозом туберкулез легких или плевры.

Цель исследования – изучение клинико-рентгенологических, видеоторокопических, бронхологических, гистологических особенностей рака легких и плевры у больных, ошибочно направленных в отделение Областного противотуберкулезного диспансера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2006 по 2009 г. рак легких был диагностирован у 56 больных, мезетелиома плевры – у 5. Всем больным проводилось рентгенотомографическое исследование, обследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) по Циль – Нильсену и посевом на плотные питательные среды, трахеобронхоскопия с биопсией, видеоторокопия с биопсией, гистологическое исследование материала, цитологическое исследование промывных вод бронхов, УЗИ внутренних органов.

Среди 61 обследованного было мужчин 51 (83,7%), женщин 10 (16,3%). Возраст большинства больных – старше 50 (75,4%) лет. Жители города составили 56,8%, села 43,2%, не работали 49 (80,3%), причем 34 из них пенсионеры, 9 оказались инвалидами по общему заболеванию.

При сборе анализа было установлено, что заболеваниями легких страдали 42 больных из 61 (68,8%), из них перенесли туберкулез 12 (19,6%) экссудативный плеврит 7 (11,4%), остальные – частые бронхиты и пневмонии 23 (37,7%). В основном эти больные госпитализировались в отделение ОПТД, предназначенное для больных туберкулезом, без бактериовыделения, так как на этапе обследования в мокроте не находили микобактерии туберкулеза. Направлению в туберкулезных диспансер подлежали также и те, кто ранее имел перенесенный туберкулез легких и экссудативный плеврит в анамнезе. В 73,6% случаев больные направлены из пульмонологического отделения областной клинической больницы (ОКБ), реже – из поликлиник. Очень редкими были консультации онколога до поступления в туберкулезное учреждение (18%), что указывает на отсутствие у врачей настороженности в плане онкологических заболеваний легких.

Анализ частоты клинических синдромов показал, что больные чаще всего предъявляли жалобы на одышку (66,8%), кашель (64,5%), чаще сухой, надсадный, боли в грудной клетке (32,8%), носящие нарастающий характер, кровохарканье (26,4%). Наиболее часто встречался синдром интоксикации (общая слабость, потливость, субфебрилитет, снижение аппетита). Характерным признаком в общем анализе крови было ускорение СОЭ более 40 мм/час у 64% больных, часто встречалась анемия (33%), лейкоцитоз от 10 до 15х109/л – у 50%, больше 15х109/л у 10,1%.

Основным рентгенологическим признаком была инфильтративная тень, часто исходящая от корня (72,1%), округлая тень (15,1%), легочная диссеминация (15,1%). Иногда инфильтративная тень занимала нижнюю часть легкого с косым уровнем. На боковой рентгенограмме ателектаз диагностирован у 1/3 больных. Анализ распространенности легочного процесса показал, что чаще встречался односторонний процесс (78,2%).

Изучение направительного диагноза в туберкулезное учреждение показало (рис. 1), что чаще регистрировался инфильтративный туберкулез – у 40 больных (65,6%), у 8 – туберкулома и у 8 – диссеминированный туберкулез легких, у 5 – экссудативный плеврит туберкулезой этиологии. После целенаправленного, комплексного обследования больным был выставлен диагноз: центральный рак легкого у 40 (65,6%) больных,

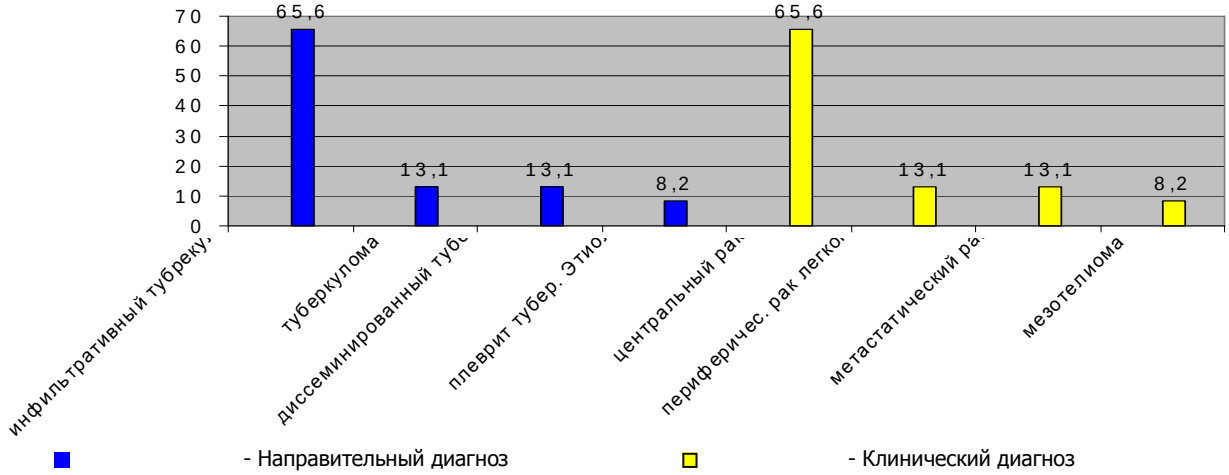


Рис. 1. Несоответствие направительного и клинического диагноза у больных

периферический – у 8, метастатический – у 8 больных, мезотелиома плевры – у 5 больных. Причем у 2 пациентов с метастатическим раком материал для биопсии был взят из гортани и выставлен дополнительный диагноз: рак гортани. Следует отметить, что в 8 случаях больные ранее оперировались по поводу онкозаболеваний других органов, 16 больных из 61 (26,2%) ранее были консультированы онкологом, но онкозаболевание отрицалось.

Превалирование в клинике больного одышки, болей в грудной клетке, наличие ателектаза, инфильтративной тени, исходящей от корня, иногда, наличие округлой тени с бугристыми контурами с распадом в центре, отсутствие МБТ в мокроте позволяло заподозрить наличие опухоли легкого и направить больного на бронхоскопическое исследование.

Фибробронхоскопия проводилась под местной анастезией 2% раствором лидокаина. Использовался бронхоскоп фирмы «Пентакс». Осматривались все доступные зрению бронхи, т.е. 1, 2, 3 порядка. При обнаружении на слизистой бронхов патологического процесса в виде различных разрастаний ткани, сужения устьев бронхов за счет сдавления извне брались кусочки биопсийного материала из пораженных участков. Данный материал отправлялся в паталого-анатомическое отделение для верификации диагноза. Результаты были получены через 7-10 сут (табл. 1).

Проводилось цитологическое исследование промывных вод бронхов на раковые клетки. Положительный результат был получен у 43,6% больных. Чаще рак локализовался в верхнедолевом бронхе правого легкого с экзофитныи ростом. У 5 больных была установлена злокачественная мезотелиома. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию, состояние пациентов прогрессивно ухудшалось: нарастала одышка, усиливался болевой синдром, жидкость имела тенденцию к накапливанию. У 2 больных был осумкованный плеврит при тотальном утолщении плевры. Этим больным была произведена лечебно-

Таблица 1.
Гистологическая характеристика рака легких

Рак легких	Число больных	
	абс.	%
Плоскоклеточный высокодифференцированный	12	19,7
Плоскоклеточный среднедифференцированый	24	39,4
Пласкоклетточный низкодифференцированный	12	19,6
Аденокарцинома	8	13,1
Мезотелиома	5	8,2
Итого	61	100

диагностическая видеоторакоскопия плевры под интубационным наркозом с МРЛ в условиях одномоментной вентиляции. С помощью электрокаутера был вылущен материал и отправлен на гистологическая исследование. Произведен гемостаз, дренирование плевральной полости. Заключение гистологического исследования показало мезотелиому плевры.

Таким образом, причиной частых ошибок в диагностике опухолей легких и плевры является туберкулез. Этому способствует сходство клинико-рентгенологических данных этих заболеваний, перенесенный туберкулез в анамнезе и отсутствие онконастороженности у врачей общей сети.

Клинические симптомы, где превалируют одышка, боли в грудной клетке, носящие нарастающий характер, кашель с кровохарканием, характерны для мужчин старше 50 лет.

Во фтизиатрической клинике наиболее информативным методом в диагностике рака легких и плевры является видеоторококоскопия плевры, бронхологическое исследование больных и гистологическое исследование материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аденов М. М. Диагностика эндобронхиальной

патологии у больных туберкулезом легких /М. М. Аденов, Ж. А. Иманбаев //Фтизиопульмонология. – 2002. – №1. – С. 47 – 48.
2. Видеоторакоскопия в клинике туберкулезного плеврита /Г. Б. Ракишев, С. Ч. Чаймерденов, А. Ш. Зетов и др. //Фтизиопульмонология. – 2005. – №2. – С. 138 – 139.
3. Диагностика и лечение рака легкого при первично-множественных неоплазиях /В. Д. Паршин, В. М. Рукавичников, Ф. Ф. Мамедов, С. П. Григорьева //Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – №11. – С. 11 – 14.
4. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики туберкулеза легких у взрослых в современных условиях по южному региону РК /Г. К. Нуржанов, А. А. Шютц, Т. Е. Сальникова, Р. В. Варникова //Фтизиопульмонология. – 2004. – №2. – С. 89 – 91.

K. A. Baiarstanova

DIAGNOSTICS OF CANCER LUNGS AND A PLEURA IN CONDITIONS PHTISIOLOGY CLINIC PHTHISIOLOGY

In phthisiology clinic the most informative method in diagnostics lungs and pleurae cancer of was videothoracoscopia of pleura, bronchological investigation research of patients and histologic investigation of material.

К. А. Байарстанова

ФТИЗИАТРИЯЛЫҚ КЛИНИКА ЖАҒДАЙЫНДА ӨКПЕ ЖӘНЕ ПЛЕВРА ІСІГІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Фтизиатриялық клиника жағдайында өкпе және плевра ісігін диагностикалауда плеврaның бейнеторoскопиясы, науқастарды бронхологиялық зерттеу және материалды гистологиялық зерттеу ең ақпаратты әдіс болып табылады.

Д. А. Макишев

ЗАМЕЩЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

КГКП «Областной центр травматологии и ортопедии им. проф. Х. Ж. Макажанова»

Проблема осложнений при переломах трубчатых костей является сложной и нерешенной. Одним из частых осложнений является посттравматический остеомиелит.

Термин «остеомиелит» был предложен Рейно (1831), определение гематогенный остеомиелит предложили Шассеньяк, А. Нелатон (1834). Попытки некоторых англо-американских авторов заменить название «остеомиелит» такими, как «паностит», «остеит», не увенчались успехом, большинство хирургов придерживаются первоначального термина.

Согласно МКБ, различают:
730.0. Острый остеомиелит
730.1. Хронический остеомиелит
730.2. Не уточненный остеомиелит

По клиническим формам выделяют:
2.2. Посттравматический остеомиелит
2.2.1. Развившийся после перелома кости.

Травматический остеомиелит – это воспаление всех компонентов кости в результате воздействия травмы. Гнойные осложнения при переломах трубчатых костей составляют 16,3%. Частота посттравматического остеомиелита среди них вариабельна (5-50%).

Рост травматизма на современном этапе приводит к увеличению частоты посттравматического, послеоперационного остеомиелита, в особенности при открытых переломах. Одним из этиологических факторов служит полифокальность механизма повреждения, при котором воспалительный процесс распределяется генерализованно на все слои кости. Нагноение в мягких тканях при открытых переломах с последующим развитием остеомиелита возрастает при обширных повреждениях, при недостаточности радикальной первичной хирургической обработки, либо в поздние сроки, когда рану зашивают наглухо без оставления дренажа. В проведении этиотропного лечения остеомиелита требуется выделение и идентификация возбудителя. Инвазия микробов в костную ткань с последующим развитием остеомиелита происходит при попадании в костную ткань патогенных микробов, чаще золотистого стафилококка.

При посттравматическом остеомиелите необходима операция. Среди многообразия методик оперативного лечения нет единства мнений.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения путем применения разновидности костно-пластической коррекции при переломах, осложненных остеомиелитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе 468 больных с переломами трубчатых костей, находившихся на стационарном лечении в Областном центре травматологии и ортопедии им. проф. Х. Ж. Макажанова с 1998 по 2008 г. Наблюдали 468 больных с травматическим остеомиелитом, среди которых острая форма была у 24, хроническая – у 444. Причиной заболевания у большинства больных были тяжелые переломы, неадекватный выбор метода лечения. Возраст больных составил – 18 – 55 лет. Мужчин было 426, женщин – 42. По локализации повреждения распределены: голень – 272 (58%), бедро – 117 (25%), плечо – 51 (11%), предплечье – 28 (6%). Все больные лечились оперативно.

При хроническом течении остеомиелита

проводилось комплексное лечение и возникала необходимость реализации следующих задач:

- купирование обострения воспалительного процесса
- санация дополнительных очагов инфекции
- детоксикация и улучшение функций органов и систем
- иммунокоррекция и стимуляция компенсаторных реакций организма.

У всех пациентов клинически заболевание проявлялось как местными, так и общими признаками в виде нарушения функции конечности, контрактуры сустава, выраженным болевым синдромом, отеком мягких тканей и резкой болезненностью при движении. При остром течении посттравматического остеомиелита имели место высокая температура, выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, нарастающая анемия, ускорение СОЭ. На 3-4 сут появлялась пастозность в области перелома, увеличение его окружности, усиление венозного рисунка, местная температура. Состояние больного прогрессирующе ухудшалось.

На рентгенограммах определялся остеопороз в области перелома или вокруг металлических конструкций с очагами деструкции и секвестрации. При наличии консолидации отломков длинных костей выделялись следующие виды поражения кости воспалительным процессом: кольцевидные секвестры в зоне прохождения спиц (спицевой остеомиелит), частичное поражение по диаметру кости, свободно лежащие и локализованные секвестры. Такая градация позволяла систематизировать проводимые вмешательства. Полученные после резекции очага дефекты костной ткани без полного нарушения анатомической целостности требовали специальной обработки: уплощения краев, а в ряде случаев – пластики образовавшихся дефектов.

Методика проводимой операции заключалась в резекции пораженного участка и внеочаговом чрескостном остеосинтезе аппаратами, спице-стержневой компоновки кости двумя взаимно перпендикулярными спицами. После рентгенологического контроля положения отломков на 10 сут выполнялась полузакрытая остеотомия с предварительной стабилизацией отломков в аппарате путем низведения с их фиксацией двумя спицами и спицей на выносах двумя кольцами. При наличии дефекта более 3 см применялся билокальный остеосинтез более длинного фрагмента путем сближения и сопоставления. Прототип методики остеотомии (заявка №2002129724 от 5.12.2002 г. «Способ остеотомии при пластике костных дефектов длинных костей по Илизарову») имеет некоторые отличительные особенности как в техническом плане, так и в методике выполнения. Во-первых, разрез кожи и мягких тканей делали продольно на протяжении 1-2 см, через него вводили долото перпендикулярно к кости под углом 90º. Пересекали верхние и боковые кортикальные пластины, расслабляли гайки в кольцах и фиксировали отломки. Заднюю кортикальную пластину надламывали ложкой Буяльского.

Объем вмешательства при консолидации отломков определялся с учетом степени поражения: при диаметре менее ⅓ основным содержанием вмешательства являлась пристеночная резекция пораженных участков в пределах здоровых тканей с уплощением края резецированного участка кости. Сохраненная часть кости оставалась достаточно прочной и позволяла больному использовать конечность при ходьбе с полной нагрузкой. В случаях поражения более половины диаметра, даже при наличии признаков консолидации (рентгенологических и клинических – отсутствие патологической подвижности) выполняли резекцию пораженного участка кости на полный диаметр с наличием дефекта. При сегментарной резекции и дальнейшей костной пластике по Илизарову мы получали полноценную кость, опороспособность конечности восстанавливалась надежно. При консолидации в сочетании с поражением отломков гнойным процессом от ⅓ до ½ диаметра требовался индивидуальный подход в решении вопроса об объеме проводимой резекции. Учитывали массу больного, абсолютный размер диаметра кости и ее прочность. Объем резецированной части кости варьировал от пристеночной резекции до сегментарного удаления пораженного участка на полный диаметр. При избыточном весе пострадавшего и незначительных абсолютных размерах оставшейся кости выполнялась сегментарная резекция.

Исходом посттравматического остеомиелита были ложные суставы, дефекты костей, длительно незаживающие свищи с обострением хронического остеомиелита, способствующие распространению инфекции и препятствующие консолидации перелома.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ показал, что почти у ¾ числа больных заболевание явилось осложнением различных видов остеосинтеза, предпринятого по поводу переломов, у 21 больного оно возникло после щадящих методов лечения (табл. 1).

Обращало внимание большое число осложнений при первичном остеосинтезе. Стремление хирургов к открытому соединению костных отломков при свежих переломах, недостаточная оценка состояния мягких тканей при этом нередко способствовали развитию инфекционного процесса в кости. Наши наблюдения, как и данные литературы, свидетельствуют о необходимости строгих показаний к остеосинтезу свежих переломов и, наоборот, расширения показаний к их консервативному лечению. Приведенные данные показывают также, что половина поражений травматическим остеомиелитом приходилась на большеберцовую кость – 272 (58%). По сравнению с другими костями, она наиболее часто подвергалась этому осложнению и представляла наибольший риск при остеосинтезе.

Таблица 1.

Характер оперативных вмешательств при различной локализации остеомиелита

Характер операций	Локализация поражения				Всего
	бедро	голень	плечо	предплечье	
Секвестрэктомия	6	5	1	2	14
Пластика полости мышцей	3	2	-	1	6
Пластикой кожно-надкостничным лоскутом	4	5	2	1	12
Вскрытие параосальных флегмон	4	9	6	1	20
Вскрытие поднадкостничного абсцесса	5	7	4	2	18
Дренирование костномозгового канала	10	32	6	3	51
ВКДО	85	212	32	18	347
Итого	117 (25%)	272 (58%)	51 (11%)	28 (6%)	468

Другой тактической ошибкой являлось поспешное удаление металлических конструкций (штифта, пластинки) при развитии гнойной инфекции, даже при правильно проведенном остеосинтезе. Удаление металлических конструкций обычно мотивировали опасностью распространения инфекции. Однако во время операции мы постоянно убеждались в том, что в большинстве случаев остеомиелитический процесс локализовался только в месте перелома. Из 255 больных, оперированных по поводу травматического остеомиелита, у 243 выявлен был воспалительный процесс, ограниченный местом перелома, у 112 оказалось распространенное поражение. В связи с этим сделан вывод, что при развивавшейся после остеосинтеза инфекции его не нужно нарушать, пока фиксирующая конструкция прочно соединяет костные отломки. Иначе малейшее нарушение фиксации костных отломков приводит в дальнейшем к распространению гнойного воспаления и удлинению сроков выздоровления. Только при нарушении стабильности или развитии остеомиелита вне очага перелома следует удалять фиксирующие аллопластические материалы.

Массивные секвестрации, наблюдавшиеся при гематогенном остеомиелите, при травматическом встречаются редко. Остеомиелит после открытых переломов или операций на костях развивается в условиях свободного сообщения костномозговой полости с атмосферой и, следовательно, в отсутствии повышения внутрикостного давления. Именно этим можно объяснить факт, что травматический остеомиелит протекает при сравнительно удовлетворительном общем состоянии больного и не характеризуется развитием генерализованной формы. Гнойный процесс при травматическом остеомиелите обусловлен лишь местным разрушением и некрозом мягких тканей, окружающих кость.

При малейшем подозрении на развитие инфекции после операции на костях необходимо производить дренирование области повреждения для свободного оттока или вакуумной аспирации раневого отделяемого. При этом обнаруженные свободно лежащие костные отломки удалять, не нарушая стабильности фиксации отломков. В послеоперационный период проводить активную антибиотикотерапию и назначать их в соответствии с чувствительностью микрофлоры.

Придерживаясь этой задачи профилактики развития травматического остеомиелита с сохранением металлических конструкций, нам удалось добиться локализации воспалительного процесса у 28 больных из 33 с непосредственным выздоровлением 5 больных и с некоторым удлинением сроков выздоровления у 23. У последних больных дополнительно потребовались минимальные вмешательства для удаления кортикальных секвестров или кюретаж свищей с местной энзимотерапией. Однако у 12 больных острым травматическим остеомиелитом, развившимся после остеосинтеза открытого перелома костей, удаление металлического штифта привело к распространению патологического процесса.

Особенно благоприятны исходы лечения травматического остеомиелита у больных, которым проведено было дренирование очага инфекции в сочетании с длительными внутриартериальными инфузиями. Создание высокой концентрации антибиотиков, витаминов, сосудорасширяющих препаратов в очаге поражения привело к купированию процесса деструкции кости, способствовало более гладкому течению послеоперационного периода и сокращению сроков лечения.

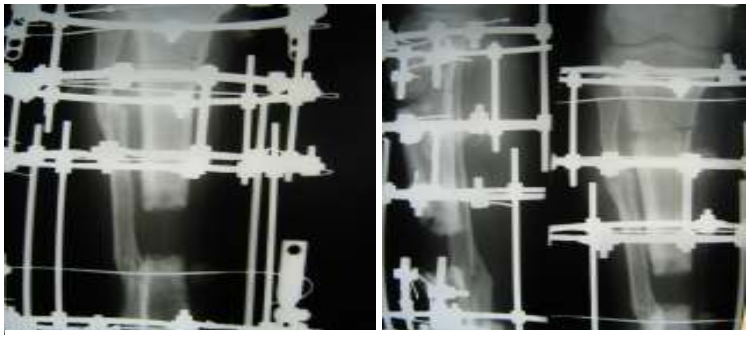
Местное лечение после вскрытия параоссальных флегмон практически не отличалось от общепринятых правил лечения гнойных ран и проводилось с учетом фазности течения раневого процесса. Учитывая свойство ферментов лизировать некротические ткани, их назначали в фазу гидратации (210 больных).

Быстрое очищение полости кости в параоссальных тканях, уменьшение явлений воспаления способствовали сокращению сроков подготовки, позволяли уменьшить объем удаляемой ткани и улучшить функциональные результаты.

Используемая методика остеотомии позволяла избежать широкого скелетирования кости, добиться образования костного фрагмента в области остеотомии, что, с нашей точки зрения,



1
Рис. 1. Больной С., 46 лет. Дефект большеберцовой кости остеомиелитического поражения после сегментарной резекции



2
Рис. 2. Больной С. после ВКДО Илизарова и кортикотомии в/3 грамма на большеберцовой кости очага

оказывало положительное влияние на репаративный процесс, уменьшало вероятность повреждения анатомически сосудисто-нервных образований. Контроль полноты остеотомии определялся клинически: наличием подвижности костных фрагментов в зоне остеотомии, увеличением расстояния между костными отломками с помощью внешних кольцевых опор аппарата Илизарова – рентгенологически. При получении полузакрытой остеотомии проводилось раннее замещение дефекта, что позволяло сократить сроки лечения, уменьшало вероятность развития осложнения (рис. 1, 2).

ВЫВОДЫ

1. Посттравматический остеомиелит характеризуется сложностью клинико-рентгенологических проявлений и требует комплексного этиотропного лечения.

2. Применение остеотомии костных дефектов с компоновкой аппарата Илизарова является наиболее эффективным методом лечения при остеомиелите длинных трубчатых костей, так как позволяет избежать широкого скелетирования кости, добиться образования костного фрагмента в области остеотомии.

3. Выполнение костно-пластической методики позволило добиться хороших анатомо-функциональных результатов у 446 (94,9%) больных с травматическим остеомиелитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илизаров Г. А. Некоторые возможности лечения нашим методом ложных суставов и дефектов длинных трубчатых костей //Труды V Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. – М., 1990. – Ч. 11. – С. 5 – 12.

2. Новые виды материалов для костной пластики в свете современных представлений о костных трансплантатах /И. А. Кирилова, Н. Г. Фомичев, В. Т. Подорожная, В. И. Трубников //Хирургия позвоночника. – 2007. – №2. – С. 66 – 70.

3. Шевцов В. И. Дефекты костей нижних конечностей. Чрескостный остеосинтез по методике по методикам Российского научного центра «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова /В. И. Шевцов, В. Д. Макушин, Л. М. Куфтырев – М.: ИПП «Зауралье», 1996. – 105 с.

4. Шевцов В. И Органосберегающие операции «РНЦ «ВТО им. Г. А. Илизарова» /В. И. Шевцов, В. Д. Макушин. – ИПП «Зауралье», 2008. – 396 с.

5. Шрейнер А. А. Возможности и условия репарации сегментарных дефектов диафиза /А. А. Шрейнер, А. М. Чиркова, И. В. Ручкина //Гений ортопедии. – 1996. – №2-3. – С. 151 – 152.

Поступила 03.06.10

D. A. Makishev

SUBSTITUTION OF DIAPHYSEAL DEFECTS AT PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC ASTEAMYELITIS OF TUBULAR BONES

The article is dedicated to the problem of tubular bones fractures treatment, as one of the of frequent complications is posttraumatic osteomyelitis which is characterized by complication of clinical roentgenological developments and demands complex ethiotrop treatment.

Мақышев Д. А.

ТҮТІКШЕЛІК СҮЙЕКТЕР ЖАРАҚАТЫНАН КЕЙІНГІ ОСТЕОМИЕЛИТПЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ДИАФИЗАРЛЫҚ ДЕФЕКТІЛЕРІН АУЫСТЫРУ

Мақала түтікшелік сүйектердің сынықтарын емдеудің проблемаларына арналған, бұл ауру түрінде жиі кездесетін асқынулардың бірі жарақаттан кейінгі остеомиелит болып табылады. Ол клинико-рентгенологиялық көріністердің күрделілігімен сипатталады және кешенді этиотропты емдеуді талап етеді.

Е. К. Сарсембаева

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Семейная врачебная амбулатория
«Вита» (Караганда)

Высокий интерес к проблеме артериальной гипертонии в сочетании с метаболическими нарушениями обусловлен широкой распространенностью патологии, приобретающей в течение последних 10 лет характер эпидемии [3]. Распространенность артериальной гипертонии (АГ) в сочетании с компонентами метаболического синдрома составляет от 10 до 35% [1, 3, 4]. Ожирение является значимым фактором риска развития не только артериальной гипертензии. С увеличением частоты ожирения связан рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом II типа (СД II), легочных заболеваний, в том числе бронхиальной астмы, нарушением сна и апноэ во сне [3]. У лиц с избыточной массой тела в 6 раз чаще, чем у лиц с нормальной массой тела, обнаруживаются камни в почках, в 4 раза чаще – камни в желчном пузыре и на 20 лет раньше развивается атеросклероз, приводящий к инфаркту миокарда, мозговому инсульту и сердечной недостаточности. У женщин, страдающих ожирением, чаще отмечаются нарушения менструального цикла, гирсутизм, а беременность сопряжена с возможностью развития АГ, гестоза, СД. Избыточной массе тела сопутствуют нарушения обмена веществ, дислипидемии, холестаз, варикозное расширение вен. При наличии ожирения значительно чаще развиваются злокачественные опухоли некоторых локализаций: рак почки, рак толстой кишки, рак легкого, рак молочной железы [2].

В большинстве стран Западной Европы от 9 до 20% взрослого населения имеют ожирение (индекс массы тела, ИМТ≥30 кг/м^2) и более четверти – избыточную массу тела (ИМТ≥25 кг/м^2). На территории СНГ 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25% – избыточную массу тела [3]. В США ожирением страдают 35% женщин и 31% мужчин старше 20 лет, а также 25% детей и подростков. Ожирение как социальная и медицинская проблема обходится американцам в 49-70 млрд долларов в год, англичанам – в 12 млрд фунтов стерлингов, что составляет 5 -10% расходов, выделенных на национальное здравоохранение соответственно [1].

В рамках первичной медико-санитарной помощи особенно актуальной является своевременная диагностика, коррекция и профилактика таких факторов риска, как избыточная масса тела и артериальная гипертензия.

Цель исследования – изучить частоту жалоб, анамнестических данных и патологических изменений со стороны внутренних органов у пациентов с повышенным индексом массы тела и оценить эффективность антигипертензивной терапии на фоне комплексной терапии у пациентов трудоспособного возраста с проявлениями метаболического синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 286 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в семейную врачебную амбулаторию. Всех пациентов разделили на две группы в зависимости от возраста: I группа – 112 пациентов в возрасте 25-44 г., II группа – 174 пациентов в возрасте 45-60 лет. Частота клинических признаков в каждой группе рассматривалась нами в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): с нормальным ИМТ<25 кг/м^2 и повышенным ИМТ≥25 кг/м^2. В I группе число больных с нормальным ИМТ составило 48 человек, с повышенным – 64; во II соответственно 71 и 103 пациента. Основным показателем, характеризующим степень избыточной массы тела и выраженности ожирения, является ИМТ, который вычисляли по формуле Кетле путем деления массы тела в кг на квадрат роста в метрах. В работе использована классификация ВОЗ (1998), предложенная для диагностики избыточной массы тела и 3 степеней ожирения, соответственно которой нормальную массу тела характеризует ИМТ, равный 18,5-24,9 кг/м^2; избыточную массу тела (предожирение) – 25,0-29,9 кг/м$^{2;}$ ожирение I степени 30,0-34,9 кг/м^2; ожирение II степени 35,0-39,9 кг/м^2; ожирение III степени – 40,0 кг/м^2 [1].

В исследование не включали беременных женщин и лиц моложе 25 и старше 60 лет, а также вторичные формы ожирения. В обеих группах преобладал абдоминальный тип ожирения с преимущественным отложением жира в области живота. Гиноидный тип ожирения с преимущественным отложением подкожной жировой клетчатки в области бедер и ягодиц имел место в 7,8% случаев в I группе и в 13,6% случаев во II.

С помощью разработанной анкеты изучены жалобы, данные анамнеза, перенесенные заболевания у самих пациентов и их родителей. Учитывали результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Важным звеном в лечении и профилактике осложнений сердечно-сосудистых заболеваний является борьба с модифицируемыми факторами риска, в частности, с артериальной гипертензией [4].

Из 286 пациентов было отобрано 116 больных с верифицированной АГ, в том числе 45 человек с ИМТ<25 кг/м^2 и 71 с ИМТ≥25 кг/м^2. Для лечения АГ использовались препараты 1-го ряда: β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), диуретики, антагонисты кальция. Оценка эффективности антигипертензивной терапии проводилась путем самоконтроля пациентом артериального давления и мониторинга, проводимого в течение года врачами СВА. В качестве критериев оценки ис-

пользовались показатели систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления при самоконтроле и при измерениях во время визитов пациентов к врачу, а также частота гипертонических кризов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Частота заболеваний и анамнестических данных у пациентов с нормальным и повышенным ИМТ в зависимости от возраста представлена в табл. 1, из которой видно, что среди лиц с повышенным ИМТ достоверно выше процент пациентов с жалобами на головную боль и установленным диагнозом артериальной гипертензии как в возрасте 25-44 лет (частота АГ – 21,8%), так и в возрасте 45-60 лет (частота АГ – 55,3%). АГ является основным фактором риска ИБС и цереброваскулярных заболеваний, а также начальным звеном в развитии сердечной недо-

Таблица 1.

Частота заболеваний и анамнестических данных у пациентов с нормальным и повышенным ИМТ в зависимости от возраста

Признаки	Возраст 25-44 г. n=112				Возраст 45-60 лет n=174			
	ИМТ<25 n=48		ИМТ≥25 n=64		ИМТ<25 n=71		ИМТ≥25 n=103	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жалобы**:**								
Головная боль	7	14,6	13	20,3*	21	29,6	48	46,6*
Боли в сердце	5	10,4	8	12,5	18	25,3	54	52,4*
Одышка	1	2,1	3	4,7	6	8,4	31	30,1*
Перебои в работе сердца	1	2,1	2	3,1	7	9,9	29	28,2*
Отеки на ногах	-	-	1	1,6	4	5,6	11	10,7
Нарушение памяти	-	-	1	1,6	12	16,9	18	17,5
Жажда	2	4,2	3	4,7	7	9,8	12	11,7
Тошнота	1	2,1	2	3,1	8	11,3	15	14,6
Горечь во рту	1	2,1	3	4,7	3	4,2	6	5,8
Боли в правом подреберье	3	6,3	7	10,9	18	25,3	36	34,9*
Боли в суставах	2	4,2	3	4,7	15	21,1	37	35,9*
Диагностированные заболевания у пациентов:								
Артериальная гипертензия	6	6,3	14	21,8*	39	37,9	57	55,3*
Нарушения ритма	2	4,2	3	4,7	10	14,1	19	18,4*
Сахарный диабет	2	4,2	4	6,3	8	11,3	14	13,6*
Перенесенный инфаркт миокарда	-	-	1	1,6	3	4,2	12	11,7*
Нарушение мозгового кровообращения	-	-	-	-	1	1,4	3	2,9
Камни в желчном пузыре	2	4,2	6	9,4	12	16,9	21	20,4
Камни в почках	1	2,1	4	6,3	6	8,5	12	11,7
Заболевания родственников:								
Ожирение	5	10,4	12	18,8*	19	26,8	49	47,6*
Инфаркт миокарда	12	25,0	21	32,8*	18	25,3	32	31,2*
Мозговой инсульт	2	4,2	8	12,5	14	19,7	27	26,2*
Артериальная гипертензия	13	27	32	50,0*	27	38,0	54	52,4*
Сахарный диабет	2	4,2	6	9,4	12	16,9	24	23,3*
Камни в желчном пузыре	6	12,5	10	15,6	11	15,5	19	18,4
Камни в почках	2	4,2	7	10,9	12	16,9	19	18,4
Случаи смерти родителей, умерших от инфаркта миокарда или кровоизлияния в мозг	2	4,1	8	12,5	13	18,3	21	20,4

$p<0,05$

Таблица 2.

Эффективность антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от ИМТ и возраста

Показатели	Пациенты с АГ и нормальным ИМТ n=45		Пациенты с АГ и повышенным ИМТ n=71	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Среднее количество гипертонических кризов на 1 больного в г.	0,76	0,30*	0,83	0,41*
Среднее значение САД мм рт. ст.	169,3±4,5	155±4,9*	184±3,7	172±6,4*
Среднее значение ДАД мм рт. ст.	96,2±3,8	88,3±3,5*	105,4±4,3	98,2±4,2*

*$p \leq 0,05$

статочности [4]. Это подтверждают наши исследования. Так, перенесенный инфаркт миокарда в возрастной группе 45-60 лет в 2,8 раза ($p<0,05$) чаще встречался у пациентов с ИМТ≥25 кг/м^2, по сравнению с пациентами, имеющими нормальный уровень ИМТ (11,7% против 4,2% соответственно). Распространенность таких кардиологических симптомов, как боли в сердце, нарушение ритма, одышка, отеки на ногах была выше среди лиц с повышенным ИМТ и увеличивалась с возрастом. С увеличением ИМТ отмечено повышение частоты сахарного диабета, калькулезного холецистита, суставного синдрома, обусловленного остеоартрозом. При этом в возрастной группе 45-60 лет эти различия в зависимости от ИМТ были значительно больше и имели достоверный характер. Фатальный характер осложнений при повышенном ИМТ демонстрирует высокая частота заболеваний и случаев смерти родственников пациентов от инфаркта миокарда и инсульта в обеих возрастных группах (табл. 1).

Всем пациентам с АГ проводилось комплексное лечение, включавшее немедикаментозную (диетотерапия, физические упражнения, отказ от курения и др.) и медикаментозную терапию гипотензивными и при необходимости антиишемическими, гиполипидемическими и гипогликемическими лекарственными препаратами. С больными проводились индивидуальные беседы с разъяснением необходимости и сущности назначаемых врачом методов лечения.

Выраженность АГ, возраст и характер метаболических нарушений определяли дифференцированный выбор фармакотерапии у больных. Препаратами выбора для лечения АГ на фоне метаболических нарушений при ИМТ≥25 кг/м^2 являлись ингибиторы АПФ второго поколения (эналаприл, периндоприл, лизиноприл) и тиазидоподобные диуретики (индапамид, арифон), которые не оказывают отрицательного влияния на липидный и углеводный обмен, не ухудшают функцию почек. Селективные β-адреноблокаторы (атенолол, метопролол, бисопролол) назначали более молодым пациентам, при тахиаритмиях и пациентам с ИБС. В более старшей возрастной группе использовали кардиоселективные блокаторы кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем). При сахарном диабете предпочтение отдавалось активаторам имидазолиновых рецепторов (физиотенз, моксонидин), вызывающим благоприятный метаболический эффект. У пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений уже при первичном подборе гипотензивных средств назначалась низкодозовая комбинированная терапия.

Основными трудностями ведения больных в амбулаторных условиях является недостаточная приверженность пациентов к лечению, более ограниченные возможности мониторинга и лечебно-диагностических мероприятий.

В процессе лечения как у пациентов с повышенным ИМТ, так и с нормальным ИМТ отмечалась положительная динамика (табл. 2). Об этом свидетельствует снижение показателей САД, ДАД и уменьшение частоты гипертонических кризов. В группе с повышенным ИМТ снижение этих показателей было менее выраженным по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ и изначально (до лечения) вышеуказанные показатели находились на более высоком уровне.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты с повышенным индексом массы тела имеют большую частоту жалоб и патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой и других систем по сравнению с лицами, имеющими нормальную массу тела.

2. Достоверно большая частота сердечно-сосудистых осложнений и нарушений обмена веществ у родственников пациентов с повышенным индексом массы тела подтверждает данные литературы о семейном характере заболеваемости ожирением.

3. Степень выраженности патологических проявлений со стороны внутренних органов у лиц с избыточной массой тела и ожирением достоверно увеличивается с возрастом.

4. Проведенный в течение года мониторинг состояния больных с артериальной гипертензией свидетельствует об эффективности антигипертензивной терапии, что характеризуется снижением среднего уровня систолического и диастолического артериального давления и уменьшением частоты гипертонических кризов в 2,5 раза ($p<0,05$) у лиц с нормальным индексом массы тела и в 2,0 раза ($p<0,05$) у лиц с повышенным индексом массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Рук. /М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Креминская. – М.: Медицина, 2002. – С. 558 – 595.
2. Оганов Р. Г. Современные принципы фармакотерапии метаболического синдрома /Р. Г. Оганов, М. Н. Мамедов //Клиницист. – 2007. – №5. – С. 69.
3. Чазов И. Е. Профилактика, диагностика и лечение метаболического синдрома: пособие для практикующих врачей /И. Е. Чазов, В. Б. Мычка. – М., 2005. – 48 с.
4. Effectiveness of blood pressure control outside the medical setting /J. R. Banegas, S. Segura, J. Sobrino et al. – Hypertension. – 2007. – V. 49. – P. 62 – 68.

Поступила 08.06.10

E. K. Sarsembayeva

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INCREASED BODY WEIGHT INDEX AND ARTERIAL HYPERTENSION, EFFECTIVENESS OF ANTI-HYPERTENSION THERAPY IN CONDITIONS OF OUT PATIENT CLINIC

The complaints frequency of anamnestic data and pathological changes from the side of internal organs at 286 patients in dependence on body weight index (BWI) and age is studied. The treatment by antihypertensive preparations is conducted at 116 patients with established diagnosis of arterial hypertension. The reliable big frequency of pathology from the side of cardio-vascular and another systems in the group of patients having body weight index≥25 kg/m² and increase of clinical symptoms frequency with age was established. The patients monitoring conducted within 2 year showed efficacy of antihypertensive therapy that says about decrease of hypertensic crisis 2,5 times at (BWI)<25 kg/m² and 2 times at (BWI)≥25 kg/m².

Е. К. Сәрсембаева

ДЕНЕ САЛМАҒЫ ИНДЕКСІ ЖОҒАРЫ, АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ ЖӘНЕ АМБУЛАТОРЛЫ ЖАҒДАЙДАҒЫ АНТИГИПЕРТЕНЗИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ НӘТИЖЕСІ

286 науқаста дене салмағының индексіне (ДСИ) және жасына байланысты шағымдары, анамнездік ақпараттары және ішкі мүшелер жағынан патологиялық өзгерістер жиілігі зерттелді. Артериялық гипертензия (АГ) диагнозы қойылған 116 науқасқа антигипертензивті препараттармен ем жүргізілді. Дене салмағы индексі≥25 кг/м^2 науқастарда жүрек-тамыр жүйесі және басқа жүйелерде патологиялар жиілігі дәлелді жоғары екені және жас ұлғайған сайын клиникалық симптомдар жиілігі жоғарылағаны анықталды. АГ науқастарды бір жыл бойы мониторлау арқасында антигипертензивті терапияның нәтижелілігі анықталды, оған ДСИ<25 кг/м^2 кезінде гипертониялық криздердің 2,5 есеге және ДСИ≥25 кг/м^2 кезінде 2,0 есеге азайғаны дәлел.

Н. Ф. Курмышева

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА НА ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

КГКП «Городская больница №1» (Караганда)

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одной из распространенных в мире нозологий и часто сочетается с метаболическим синдромом (МС), поражая наиболее трудоспособную часть населения [1]. Метаболический синдром определяется сочетанием высокого артериального давления с ожирением по абдоминальному типу, повышением уровня общего холестерина и триглицеридов, понижением уровня липопротеидов высокой плотности и нарушением толерантности к глюкозе или наличием сахарного диабета типа II. По данным различных авторов, среди больных с АГ метаболический синдром встречается в 27-38% случаев. Наличие метаболического синдрома в 2-4 раза повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. У пациентов с метаболическим синдромом нарушается циркадный ритм артериального давления (АД), развивается концентрическая гипертрофия левого желудочка [2].

Антигипертензивная терапия, применяемая у больных с метаболическим синдромом, должна способствовать достижению целевого уровня АД, обладать органопротективными свойствами, не оказывать отрицательного влияния на углеводный и липидный обмен. В литературе представлены результаты научных исследований, в которых показаны преимущества ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), важными свойствами которых является воздействие на органы-мишени – миокард левого желудочка, почки [3]. Поэтому представляется обоснованным применение иАПФ-лизиноприла у больных с метаболическим синдромом. В литературе не встречено данных о влиянии лизиноприла на показатели, характеризующие гипертрофию миокарда левого желудочка, почечный кровоток у больных с метаболическим синдромом.

Цель исследования – изучить влияние иАПФ-лизиноприла на профиль АД и поражение органов-мишеней у больных с метаболическим синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 30 больных с метаболическим синдромом, среди них 12 мужчин и 18 женщин, средний возраст которых составил 50,8±2,96 лет. У всех пациентов наблюдалась АГ I-III степени, риск 2-3. Длительность АГ составила 11,0±9,9 г.

Критериями включения были: кластер метаболического синдрома, включающий АГ, нарушение толерантности к углеводам, гиперлипидемию, абдоминальное ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м2, отношение объема талии к объему бедер более 0,85 у женщин и более 1,0 у мужчин).

Критериями исключения были: стеноз почечных артерий, нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, стенокардия, заболевания почек, плохо компенсированный сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность.

Комплекс обследований состоял из определения массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии, уровня гликемии, гликозилированного гемоглобина, холестерина. Контроль артериального давления осуществляли с помощью стандартной сфигмоманометрии по Н.С. Короткову утром до приема препарата в положении больного сидя (регистрировали среднее значение трех измерений). Оценка поражения органов мишеней осуществлялась методом эхокардиографического исследования (ЭХОКГ) на аппарате «Acuson 128/XP» с оценкой: ММЛЖ – массы миокарда левого желудочка, ИММЛЖ – индекса массы миокарда левого желудочка, ТЗСЛЖ – толщины задней стенки левого желудочка, ТМЖП – толщины межжелудочковой перегородки, оценка почечного кровотока проводилась методом ультразвуковой допплерографии на аппарате «Aloka-5000» (Япония) в режиме реального времени с конвексным датчиком 3,5 Мгц по стандартным методикам. Определяли пиковую систолическую скорость кровотока (V_{max}), конечную диастолическую скорость (V_{min}), индекс резистентности (RI), пульсационный индекс (PI), систолодиастолическое соотношение скоростей (Ratio) в дистальном отделе основного ствола почечной артерии.

Все больные получали препарат лизиноприл (Лизинотон), фирмы «Актавис» в дозе 10 мг в сут однократно. За 7-10 сут до включения в исследование всем больным отменялась предшествующая антигипертензивная терапия. В процессе терапии контроль АД, эхокардиографическое исследование, ультразвуковую допплерографию почечных артерий осуществляли через 6 мес. (оценивали влияние препарата на степень гипертрофии левого желудочка, почечный кровоток). Целевым уровнем АД на фоне терапии считали тот, когда АД будет менее 140/90 мм рт. ст.

Контрольную группу здоровых составили 20 добровольцев, у которых был нормальный уровень АД, отсутствовали клинические и инструментальные признаки патологии внутренних органов. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Microsoft Excel».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика среднего показателя АД на фоне приема лизиноприла, по данным регистрации, представлена в табл. 1. По итогам 6-месячного исследования средний показатель систолического АД в группе наблюдения, исходно составлявший 155,75±6,09 мм рт. ст., к концу наблюдения снизился до 126,92±7,04 мм рт.ст. (на 28,8 мм рт. ст.), показатель ДАД – с 98,51±4,67 до 85,4±3,84 мм рт. ст. (на 13,1 мм рт. ст.).

Таблица 1.
Динамика показателя артериального давления в процессе лечения лизиноприлом

Показатель АД	Исходное состояние	Через 6 мес.
САД, мм рт. ст.	155,75±6,09	126, 92±7,04*
ДАД, мм рт. ст.	98,51±4,67	85,4±3,84*

* p<0,05

По данным эпидемиологических и контролируемых клинических исследований, коррекция АД до целевого уровня у большинства пациентов с метаболическим синдромом может быть достигнута только при использовании комбинированной антигипертензивной терапии [4]. Монотерапия лизиноприлом в исследуемой группе пациентов с метаболическим синдромом в целом обеспечивала эффективный контроль АД до целевого уровня у 20 пациентов (66,7%). Коррекции АД до целевого уровня у пациентов с метаболическим синдромом достичь труднее, чем у пациентов с артериальной гипертензией без сопутствующих метаболических отклонений, поэтому стратификация больных по группам риска имеет важное практическое значение. При назначении лизиноприла в группе больных в начальной дозе 10 мг/сут в последующем для коррекции АД в 5 случаях потребовалось повышение дозы препарата до 20 мг (АД стабилизировали на следующем уровне: систолическое – 136,2±2,8 мм рт. ст., диастолическое – 92,4±1,8 мм рт.ст.).

Результаты ЭхоКГ свидетельствовали о том, что до начала терапии лизиноприлом у пациентов с метаболическим синдромом имелись структурно-функциональные изменения левых отделов сердца в виде увеличения массы миокарда левого желудочка, индекса массы миокарда стенок левого желудочка (ИММЛЖ), средней толщины задней стенки левого желудочка, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу (табл. 2).

Под влиянием непрерывной терапии лизи-

Таблица 2.
Динамика эхокардиографических показателей на фоне терапии лизиноприлом у больных с метаболическим синдромом

Показатель	До лечения	Через 6 мес.
ММЛЖ (г/м^2)	239,96±8,50	230,13±7,91***
ИММЛЖ (см)	139,75±1,34	83,27±1,006*
ТЗСЛЖ (у. е.)	1,31±0,03	1,2±0,02*
ТМЖП (см)	1,33±0,06	1,27±0,04***

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Ratio), были повышенными, а скоростные показатели кровотока (V_{max},V_{min}) сниженными (табл. 3). Это свидетельствует о существенных гемодинамических изменениях в микроциркуляторном русле в результате сужения внутрипочечных сосудов под воздействием трансмиссии повышенного системного АД на почечные артерии.

Под влиянием терапии лизиноприлом увеличилась скорость кровотока в виде достоверного возрастания диастолического потока (V_{min}). Подобные благоприятные изменения почечного кровотока отмечались в результате уменьшения

Таблица 3.
Динамика показателей почечного кровотока в основном стволе почечной артерии на фоне терапии лизиноприлом у больных с метаболическим синдромом

Показатели	Контроль (n=20)	До лечения (n=30)	Через 6 мес. после лечения
V_{max} (см/с)	68,4±2,26	48,2±2,35**	52,1±1,63
V_{min} с(м/с)	28,1±1,62	17,3±0,95***	21,03±0,91#
Ratio (%)	2,49±0,07	2,57±1,50**	2,50±0,05
PI (%)	0,99±0,02	2,96±0,12*	1,14±0,04#
RI (%)	0,58±0,01	1,3±0,03*	0,58±0,02#

Различие с контролем * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 различие по сравнению с показателями до лечения # p<0,05

ноприлом в течение 6 мес. у пациентов с метаболическим синдромом в целом наблюдалась тенденция к уменьшению гипертрофии левого желудочка в виде достоверного уменьшения массы миокарда левого желудочка, индекса массы миокарда левого желудочка, толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. У больных с метаболическим синдромом левые камеры сердца испытывают хроническую перегрузку давлением вследствие повышения периферического сопротивления, нарушения баланса между вазодилатирующими и вазоконстрикторными факторами, ожирения. Таким образом, лизиноприл положительно влияет на ремоделирование левого желудочка, приводя к регрессии гипертрофии левого желудочка.

В настоящее время в арсенале врача существует достаточное количество гипотензивных препаратов и их комбинаций для эффективного снижения АД, причем их эффективность сопоставима между собой. Поэтому при выборе антигипертензивной терапии обязательно должна учитываться гликемическая безопасность лекарственного препарата. Проведенное лечение лизиноприлом не оказывало существенного влияния на уровень глюкозы натощак, уровень гликозилированного гемоглобина и на протяжении всего исследования оставался в пределах исходных значений, составляя соответственно 5,9±0,46 ммоль/л и 8,1±0,61 ммоль/л.

При исследовании почечного кровотока установлено, что исходно у больных с метаболическим синдромом показатели, характеризующие почечное сосудистое сопротивление (PI, RI, исходно повышенных показателей почечного сосудистого сопротивления в виде достоверного снижения пульсационного и резистивного индексов. Данные результаты свидетельствуют о положительном влиянии лизиноприла на почечную гемодинамику.

Таким образом, данные, полученные в исследовании, свидетельствуют об эффективности лизиноприла у пациентов с метаболическим синдромом. У больных с метаболическим синдромом ингибитор АПФ – лизиноприл эффективно нормализовал АД у 66,7% пациентов и проявил органопротективные эффекты в виде уменьшения гипертрофии левого желудочка и снижения почечного сопротивления сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кисляк О. А. Ингибитор АПФ лизиноприл в лечении пожилых пациентов с систолодиастолической АГ //Леч. дело. – 2007. – №2. – С. 2 – 7.
2. Мамедов М. Н. Особенности структурно-функциональных изменений миокарда и гемодинамических нарушений у больных с метаболическим синдромом: вклад артериальной гипертонии в формирование суммарного коронарного риска / М. Н. Мамедов, В. М. Горбунов, Н. В. Киселева // Кардиология. – 2005. – Т. 45, №1. – С. 34 – 40.
3. Чазова И. Е. Комбинированная терапия артериальной гипертонии /И. Е. Чазова, Л. Г. Ратова //Рук. по артериальной гипертонии. – М.: Медиа Медика, 2005. – С. 644 – 655.
4. Чазова И. Е. Метаболический синдром /И. Е. Чазова, В. Б. Мычка. – М.: Медиа Медика, 2004. – 168 с.

N. F. Kurmysheva

THE ESTAMATION OF LISINOPRIL AFFECT ON PROFILE OF ARTERIAL PRESSURE AND BESOIN OF ARGANS-TARGETS AT PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

In the article the results of lisinopril efficacy investigation are given. The antihypertensive patients therapy with metabolic syndrome promotes to achievement of aimed level AD, supposes organoprofactive properties, and don't render negative effect on carbohydrate and lipid balance.

Н. Ф. Курмышева

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ АРТЕРИАЛДЫҚ ҚЫСЫМЫНЫҢ ПРОФИЛІНЕ ЖӘНЕ НЫСАНА-ОРГАНДАРЫ ЗАҚЫМДАНУЫНА ЛИЗИНОПРИЛДІҢ ӘСЕРІН БАҒАМДАУ

Мақалада лизиноприлдің тиімділігін зерттеудің нәтижелері келтірілген. Метаболикалық синдромға шалдыққан науқастарға антигипертензивті терапия жасау АҚ-ның мақсатты деңгейіне қол жеткізуге ықпал етеді, органопротективті ерекшеліктерге ие және көмірсу мен липидтік алмасуға теріс әсер етпейді.

Е. К. Сарсембаева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

СВА «Вита»

Артериальная гипертония (АГ) является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем в большинстве стран мира, что обусловлено большой распространенностью данного заболевания и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Международные исследования доказали связь между уровнем артериального давления (АД) и риском развития ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), мозговых инсультов, хронической сердечной недостаточности (ХСН), сердечно-сосудистой и общей смертности [2, 5]. Распространенность АГ в Казахстане среди взрослого населения составляет 24,3% [4]. Это диктует необходимость выбора правильной тактики лечения больных АГ.

Согласно рекомендациям ВОЗ, главным критерием выбора антигипертензивного препарата является его способность уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность при сохранении хорошего качества жизни [2, 6]. Бета-адреноблокаторы (ББ) являются препаратами первой линии в лечении АГ. Наличие выраженного антигипертензивного и антиангинального эффектов, а также положительное влияние на прогноз по-прежнему выводят ББ на ведущие позиции при лечении больных АГ в сочетании с ИБС, перенесенным ИМ, ХСН и тахиаритмиями [5].

Целью работы явилась оценка антигипертензивной эффективности кардиоселективного β-адреноблокатора бисопролола у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в семейной врачебной амбулатории «Вита» (Караганда) находились 22 пациента (14 мужчин и 8 женщин) с эссенциальной артериальной гипертензией II степени в возрасте от 30 до 59 лет (средний возраст 46,8±3,4 г.). Длительность АГ варьировала в пределах от 1 до 20 лет, в среднем составив 8,8±2,2 г.

Верификация диагноза АГ основывалась на данных общепринятых клинико-инструментальных методов диагностики. Использовали классификацию артериальной гипертензии ВОЗ/МОАГ, 1999 г. [7].

Среди обследованных 18 (81,8%) человек имели отягощенную наследственность по АГ. При стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений оказалось, что 5 (22,7%) больных имели средний риск, 9 (40,9%) – высокий и 8 (36,4%) – очень высокий. У пациентов с очень высоким риском имелись ассоциированные клинические состояния: ИБС у 5 (22,7%) человек, в том числе у 2 (9,1%) – перенесенный инфаркт миокарда с давностью более 6 мес.; у 3 (13,6%) – острое нарушение мозгового кровообращения давностью более 1 года. Большинство больных с АГ – 17 (77,3%) человек имели повышенную массу тела (индекс массы тела 25-29,9 кг/м^2) и ожирение (индекс массы тела 30 кг/м^2 и более).

Критериями отбора для включения больных в исследование являлись: верифицированный диагноз, согласие пациента, отсутствие сопутствующей патологии в стадии обострения и противопоказаний к назначению β-адреноблокаторов. Исходно и через 3 мес. терапии проводилось лабораторное обследование, которое включало определение в крови уровней общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности, ХС липопротеидов высокой плотности, триглицеридов, креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз, глюкозы, мочевой кислоты.

Среди обследованных до включения в исследование гипотензивную терапию короткими курсами получали 4 (18,2%) человека, однако целевого уровня АД они не достигли. Остальные пациенты принимали препараты в период гипертонических кризов. После обследования назначалась терапия бисопрололом. Начальная доза составила 5 мг, при недостаточном гипотензивном эффекте дозу препарата увеличивали до 10 мг/сут. Эффективность препарата оценивали через 2 и 4 нед. после начала лечения путем определе-

ния АД стандартным методом в соответствии с рекомендациями ВОЗ/МОАГ 1999 г.

До начала приема препарата и через 12 нед. терапии проводили суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью монитора «АВРМ-02» (Венгрия). АД и частота сердечных сокращений (ЧСС) регистрировались автоматически через каждые 15 мин в период бодрствования (7-23 ч) и через 30 мин – в ночное время (23-7 ч). Определяли стандартные показатели суточного профиля: средние значения систолического, диастолического АД, ЧСС. По величине стандартного отклонения оценивалась их вариабельность. Для систолического АД стандартное отклонение составляет 15/15 мм рт. ст. (день/ночь), для диастолического АД – 14/12 мм рт. ст. Определяли индекс времени гипертензии (время, в течение которого величина АД днем превышала 140/90 мм рт. ст., ночью – 120/70 мм рт. ст. в %), индекс площади гипертензии (сумма площадей под суточной кривой АД в зонах превышения пороговых величин АД за сут, день и ночь). Высчитывали суточный индекс (СИ) – степень ночного снижения АД, отношение среднедневных показателей к средненочным. Выделяли следующие типы суточных кривых: дипперы – пациенты с нормальным снижением АД в ночные часы, у которых СИ составляет 10-20%; нон-дипперы – пациенты с недостаточным ночным снижением АД, у которых СИ меньше 10%; найт-пикеры – пациенты, у которых ночные значения АД превышают дневные и СИ имеет отрицательные значения [1, 3].

Данные обрабатывали по принципу модели нормального распределения с использованием критерия Стьюдента (t), рассчитывали среднее арифметическое значение (M), его ошибку (m), достоверность (p).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходное клиническое систолическое артериальное давление (САД) составило 165,3±2,6 мм рт. ст., диастолическое систолическое артериальное давление (ДАД) – 102,6±1,8 мм рт. ст., ЧСС – 74,6±1,5 уд/мин. Первые 2 нед. лечения бисопрололом показали, что число пациентов, у которых в результате лечения было отмечено снижение САД на 20 мм рт. ст. и более и/или ДАД на 10 мм рт. ст. и более, составило 16 (72,7%), а через 4 нед. – 19 (86,4%). У 12 (54,6%) больных удалось достичь целевого уровня АД (140/90 мм рт. ст.) к концу 1 мес. терапии, к 3 мес. 20 (90,9%) пациентов имели нормальные значения АД. При этом у 6 (27,3%) пациентов доза бисопролола была удвоена через 2 нед. терапии.

К концу 1 мес. терапии клиническое САД составило 142,6±1,9 мм рт. ст. (снижение на 15,9%; p<0,01), к 3 мес. – 138,3±2,0 мм рт. ст. (снижение на 19,5%; p<0,01), ДАД соответственно – 92,3±2,0 мм рт. ст. (снижение на 11,2%; p<0,01) и 89,8±2,2 мм рт. ст. (снижение на 14,25%; p<0,01). ЧСС достоверно уменьшилась к 3 мес. терапии до 66,5±1,6 уд/мин (p<0,01).

При анализе лабораторных показателей не выявлено ни одного случая ухудшения углеводного обмена, нарастания гипер- и дислипидемии у исследуемых пациентов. В сыворотке крови не изменялись показатели активности трансаминаз, содержание креатинина, мочевины, что свидетельствует об отсутствии токсического воздействия на функции печени и почек.

При анализе параметров, полученных в ходе СМАД, было показано, что бисопролол позволяет эффективно контролировать АД в течение всех суток, как в покое, так и при физической активности. Отмечено достоверное снижение среднедневных и средненочных значений САД и

Таблица 1.

Показатели суточного профиля АД у больных эссенциальной АГ на фоне терапии бисопрололом

Показатели, ед. измерения	До лечения	После лечения
Среднее дневное АД, мм рт. ст.: САД ДАД	143,8±1,6 93,1±1,8	128,2±1,9* 82,4±1,6*
Среднее ночное АД, мм рт. ст.: САД ДАД	130±2,4 86,2±1,7	119±2,0* 72,1±1,9*
Средняя ЧСС, уд/мин: день ночь	77,4±1,9 68,6±1,5	70,2±2,1* 62,1±1,8*
Индекс времени САД, %: днем ночью	54,6±2,2 48,8±1,9	29,8±3,0* 21,1±2,1*
Индекс времени ДАД, %: днем ночью	57,9±2,4 52,4±2,0	23,1±1,4* 25,5±1,8*
Вариабельность САД, мм рт. ст.: днем ночью	14,2±1,4 12,6±1,9	14,6±0,9 10,6±1,0
Вариабельность ДАД, мм рт. ст.: днем ночью	13,3±1,0 11,2±1,3	11,8±0,8 10,1±0,7
Суточный индекс, %: САД ДАД	9,6±1,1 7,4±1,3	10,9±0,7 9,8±1,0

* p<0,05 по сравнению с показателем до лечения

ДАД, значительное уменьшение индекса времени гипертензии (табл. 1).

В процессе 3-месячного лечения была отмечена положительная динамика суточных профилей АД. Так, произошло увеличение количества пациентов с суточной кривой дипперы за счет уменьшения нон-дипперов и исчезновения найт-пикеров.

ВЫВОДЫ

1. Бисопролол в дозе 5-10 мг/сут является эффективным антигипертензивным препаратом для лечения эссенциальной артериальной гипертензии.

2. Бисопролол характеризуется хорошей переносимостью и метаболической нейтральностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В. М. 24-часовое автоматическое мониторирование артериального давления (рекомендации для врачей) //Кардиология. – 1997. – №6. – С. 96 – 104.
2. Кобалава Ж. Д. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения /Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская. – Москва, 2001. – 208 с.
3. Ольбинская Л. И. Мониторирование артериального давления в кардиологии /Л. И. Ольбинская, А. И. Мартынов, Б. А. Хапаев. – М.: Издательский дом «Русский врач», 1998. – 99 с.
4. Рысмендиев А. Ж. География и эпидемиология основных сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане /А. Ж. Рысмендиев, Б. У. Абдукаримов //Сердце и сосуды. – 2001. – №1. – С. 4 – 11.
5. Чазова И. Е. Место β-блокаторов и диуретиков в Российских рекомендациях по артериальной гипертонии 2008 года /И. Е. Чазова, Л. Г. Ратова //Системные гипертензии. – 2009. – №1. – С. 4 – 10.
6. The Seventh Report of Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure /National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute Report, 2003.
7. World Health Organization-International Society of Hypertension. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee //J. Hypertens. – 1999. – V. 17. – P. 151 – 168.

Поступила 08.06.10

Y. K. Sarsembayeva

THE EFFICACY OF BISOPROLOL IN THE TREATMENT OF ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

The complex investigation of bisoprolol efficacy in treatment of 22 patients was conducted. In analysis of laboratory rates it was proved that the preparation allowes effectively to control AD within all days both in and in physical activity.

Е. К. Сәрсембаева

ЭССЕНЦИАЛЬДЫ АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА БИСОПРОЛОЛДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

22 пациентті емдеу барысында бисопрололдың тиімділігіне кешенді зерттеу жүргізілді. Зертханалық көрсеткіштердің талдауы препараттың тәулік ішінде қалыпты жағдайда да, белсенді қозғалыс барысында да артериалдық қысымды тиімді бақылауға мүмкіндік тудыратындығын көрсетті.

Н. Ф. Курмышева

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ, СТАЦИОНАРА И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ

КГКП «Городская больница № 1» (Караганда)

Проблема пневмонии относится к числу наиболее актуальных областей современной пульмонологии. В последние десятилетия отмечается значительный рост заболеваемости пневмонией с 3-5 до 14-16 на 1 000 населения в год, прослеживается тенденция к нарастанию частоты тяжелых форм заболевания, протекающих с раннее неизвестными клиническими проявлениями и осложнениями, возрастание смертности от нозокомиальной пневмонии до 30-40% [2, 4]. По оценке национального статистического агентства в Казахстане смертность от болезней органов дыхания занимает 4 место после сердечно-сосудистых заболеваний, травм, отравлений и несчастных случаев. При этом 50% составляет смертность от пневмонии [1].

В общей клинической практике на респираторную группу приходится 25% от общего числа больных, обращающихся за помощью. До настоящего времени сохраняется значительное число ошибок при диагностике пневмонии [3]. Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов пневмонии достигает 30% не только при диагностике на догоспитальном этапе, но даже в условиях хорошо оснащенных стационаров.

Длительная история изучения пневмонии, механизмов ее возникновения, особенностей клинического течения, методов лечения до сих пор не позволила дать исчерпывающего определения болезни и нет достаточно подробного рассмотре-

ния симптоматологии острой пневмонии [3].

Целью исследования явилось изучение частоты клинических проявлений острой пневмонии в зависимости от степени тяжести, оценка эффективности лечения в условиях поликлиники, стационарной и стационарозамещающей помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 369 пациентов (197 женщин и 72 мужчин) в возрасте от 18 до 78 лет. Из них 88 человек лечились в условиях поликлиники, 254 – в терапевтическом отделении стационара городской больницы №1 г. Караганды, 27 – в дневном стационаре.

По степени тяжести пациенты были разделены на 3 группы: с легким, средним и тяжелым течением пневмонии. В группу (I) с легким течением отнесены 115 пациентов (31,2%), наблюдавшихся в амбулаторных условиях и в дневном стационаре, у них были невыраженные симптомы интоксикации, повышение температуры до субфебрильных цифр, без проявлений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, с рентгенологическими проявлениями легочной инфильтрации в пределах 1-2 сегментов, лейкоцитозом не более $10,0x10^9$/л, числом дыханий до 25 в мин без клинически значимых проявлений сопутствующих или фоновых заболеваний. II группу составили пациенты со средней степенью тяжести пневмонии в количестве 158 человек (42,8%). Пациенты этой группы имели умеренно выраженные симптомы интоксикации, повышение температуры тела до 38-39°С, легочную инфильтрацию в пределах 2 и более сегментов, дыхательную недостаточность I-II степени, число дыханий до 25-30 в мин, число сердечных сокращений до 100 в мин, тенденцию снижения артериального давления, более выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево. В III вошли 96 больных (26,0%) с тяжелым течением пневмонии, с выраженными симптомами интоксикации, температурой тела выше 39,0°С, дыхательной недостаточностью II-III степени, нарушениями гемодинамики, со снижением систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст., диастолического – ниже 60 мм рт. ст., числом сердечных сокращений более 100 в мин, лейкоцитозом свыше $20,0x10^9$/л или лейкопенией менее $4,0x10^9$/л с многодолевой, двусторонней пневмонической инфильтрацией, быстрым прогрессированием процесса с развитием осложнений.

Диагноз пневмонии базировался на выявлении с помощью клинико-рентгенологического обследования легочных и внелегочных ее проявлений и исключения синдромно-сходных заболеваний. Всем больным проводилась рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции (при необходимости в боковой), общий анализ крови, мокроты, бактериоскопия мазка мокроты с окраской по Граму, при необходимости бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам, биохимический анализ крови с исследованием креатинина, мочевины, фибриногена, печеночных ферментов, С-реактивного белка, глюкозы крови, ЭКГ и другие исследования. Лечение пневмонии осуществлялось комплексно с учетом степени тяжести, клинической картины, вида возбудителя, наличия сопутствующих заболеваний и с учетом возраста пациентов, переносимости препаратов.

У больных с легким течением и у части больных со средней степенью тяжести антибактериальная терапия назначалась в монорежиме аминопенициллинами или макролидными антибиотиками перорально и при необходимости парентерально. Назначались аминопенициллины (в том числе защищенные), макролиды или же цефалоспорины II-III поколения (цефотаксим, цефтриаксон). При тяжелой форме и у части больных со средней тяжестью внебольничной пневмонии проводилась комбинированная парентеральная антимикробная терапия цефалоспоринами или защищенными пенициллинами (амоксициллин/клавуланат) в сочетании с макролидами (азитро-мицин, кларитромицин). В качестве альтернативных лекарственных средств использовались респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин), карбапенемы и другие антибактериальные препараты.

Эффективность лечения оценивалась по завершении лечения по следующим критериям: выздоровление (полное исчезновение клинической, лабораторной симптоматики и на 90% – рентгенологической); улучшение (значительное, до 90% регресс клинических, лабораторных и рентгенологических признаков); ухудшение (нарастание симптоматики, присоединение осложнений) и летальный исход.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ частоты клинических проявлений, проведенный в зависимости от степени тяжести пневмонии, показал (табл. 1), что при легкой степени с высокой частотой встречались такие симптомы, как общая слабость (95,7%), изменение дыхания при аускультации (93,0%), характерная рентгенологическая инфильтрация (92,2%), сдвиг в лейкоформуле (80,0%), сухой кашель (70,4%), ускорение СОЭ (69,6%), гипертермия (67,8%), влажные хрипы (67,8%). При средней степени тяжести превалирующими были те же симптомы, но в большей степени выраженности и встречавшиеся с большей, чем при легком течении частотой (в 100% случаев – рентгенологические, общая слабость, аускультативные признаки пневмонии), при этом одновременное выслушивание влажных хрипов и крепитации имело место у 38,6% пациентов; гипертермия – у 95,6%. Сдвиг в лейкоформуле влево – в 93,0%, ослабленное или бронхиальное дыхание в легких – в 78,5% случаев, укорочение перкуторного звука и одышка – в 70,9% случаев. При тяжелой степени легочная симптоматика и нарушения гемодинамики имели место у всех больных, и в большем проценте случаев отмечались такие проявления интоксикационного синдрома, как

Таблица 1.

Частота клинических проявлений острой пневмонии в зависимости от степени тяжести

Наименование признака патологии	Степени тяжести пневмонии						Всего	
	легкая		средняя		тяжелая			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертермия	78	67,8	151	95,6	96	100	325	88,1
Озноб	54	47,0	86	54,4	94	97,9	234	63,4
Кашель сухой	81	70,4	53	33,5	15	15,6	149	40,4
Кашель с мокротой	27	23,5	92	58,2	76	79,2	195	52,8
Боли в грудной клетке	3	2,61	31	19,6	58	60,4	92	24,9
Одышка	26	22,6	112	70,9	96	100	234	63,4
Кровохарканье	0	0	2	1,3	8	8,3	10	2,7
Общая слабость	110	95,7	158	100	96	100	364	98,6
Боли в животе	19	16,5	37	23,4	43	44,8	99	26,8
Боли в области сердца	12	10,4	32	20,3	57	59,4	101	27,4
Тошнота	8	7,0	21	13,3	34	35,4	63	17,1
Рвота	0	0	2	1,3	8	8,3	10	2,7
Диарея	4	3,5	11	7,0	18	18,8	33	8,9
Отставание в акте дыхания пораженной стороны грудной клетки	22	19,1	79	50,0	90	93,8	191	51,8
Усиление голосового дрожания и бронхофонии	24	20,9	82	51,9	94	97,9	200	54,2
Укорочение перкуторного звука над воспалительным очагом	26	22,6	112	70,9	96	100	234	63,4
Изменение дыхания (ослабленное или бронхиальное)	107	93,0	124	78,5	96	100	327	88,6
Шум трения плевры	2	1,74	18	11,4	33	34,4	53	14,2
Влажные хрипы	78	67,8	126	79,7	86	89,6	290	78,6
Крепитация	2	1,74	93	58,9	56	58,3	151	40,9
Сухие хрипы	29	25,2	74	46,9	32	33,3	135	36,6
Цианоз	0	0	38	24,1	79	82,3	117	31,7
Снижение артериального давления	3	2,6	32	20,3	47	49,0	81	22,0
Тахикардия	4	3,5	98	62,0	96	100	198	53,7
Лейкоцитоз	73	63,5	116	73,4	89	92,7	278	75,3
Сдвиг в лейкоформуле влево	92	80,0	147	93,0	96	100	335	90,8
Лейкопения	2	1,74	6	3,8	4	4,2	12	3,38
Ускорение СОЭ	80	69,6	138	87,3	96	100	314	85,11
Повышение фибриногена	57	49,6	99	62,7	96	100	252	68,3
Появление С-реактивного белка	72	62,6	107	67,7	96	100	275	74,5
Характерная рентгенологическая инфильтрация	106	92,2	158	100	96	100	360	97,6
Наличие сопутствующей или фоновой патологии:								
▪ органов дыхания	32	27,8	59	37,3	31	32,3	122	33,1
▪ органов кровообращения	17	14,8	42	26,6	63	65,6	122	33,1
▪ органов пищеварения	14	12,2	37	23,4	24	25,0	75	20,3
▪ органов мочевыделения	19	16,5	24	15,2	17	17,7	60	16,3
▪ ревматических заболеваний	8	7,0	19	12,0	7	7,3	34	9,2
▪ сахарного диабета	12	10,4	29	18,4	17	17,7	58	15,7
▪ анемии	4	3,5	12	7,6	14	14,6	30	8,1

тошнота, боли в животе, диарея, рвота.

Анализируя клиническую симптоматику в целом у всех пациентов с пневмонией можно отметить, что характерная рентгенологическая инфильтрация встречалась в 97,6% случаев, общая слабость в 98,6%, гипертермия – в 88,1%, одышка – в 63,4%, кашель с мокротой – в 52,8%, сухой кашель – в 40,4%, боли в грудной клетке – в 24,9%, «укорочение» перкуторного звука – в 63,4%. Аускультативные признаки со стороны легких были у всех больных, но при этом их частота была разной – изменение дыхания в 88,6% случаев, влажные хрипы – в 78,6%, крепитация – в 40,9%, сухие хрипы – в 36,6%, шум трения плевры – в 14,2%. У одной четверти больных регистрировалась желудочно-кишечная симптоматика (боли в животе – у 26,8%, тошнота – у 17,1%, диарея – у 8,9%, рвота – у 2,7%).

Боли в области сердца встречались у 27,4% больных, тахикардия – у 53,7%, снижение артериального давления – у 22,0%, цианоз – у 31,7%. Из лабораторных признаков наибольшую частоту имели: сдвиг в лейкоформуле влево (90,8%), ускорение СОЭ (85,1%), лейкоцитоз (75,3%). Повышение фибриногена отмечено у 68,3% больных, появление С-реактивного белка – у 74,5%.

Из сопутствующей или фоновой патологии с одинаковой частотой (33,1%) встречались заболевания органов дыхания и кровообращения, затем заболевания органов пищеварения (20,3%), органов мочевыделения (16,3%), сахарный диабет (15,7%), ревматические заболевания (9,2%), анемия (8,1%).

Оценка эффективности лечения показала, что у 162 (43,9%) больных имело место выздоровление, у 178 (48,2%) – улучшение, у 23 (6,2%) больных ухудшение, проявившееся в затяжном течении с присоединением осложнений, обострением фоновых заболеваний. В 6 случаях (1,63%) имел место летальный исход. Причинами летального исхода у 4 пожилых больных были тяжелые фоновые заболевания, у 2 больных – осложнения в виде инфекционно-токсического шока, ДВС-синдрома.

ВЫВОДЫ

1. Течение пневмонии характеризуется разной степенью выраженности клинических симптомов и зависит от ее степени тяжести. С наибольшей частотой встречались такие симптомы, как рентгенологическая инфильтрация, общая слабость, гипертермия, одышка, кашель с мокротой. Аускультативные признаки со стороны легких были у всех больных, но при этом их частота была разной. У одной четверти больных регистрировалась желудочно-кишечная симптоматика.

2. Положительный эффект от лечения имел место у 92,1% больных пневмонией, летальный исход в 1,63% случаев. Затяжное и осложненное течение потребовало более длительных сроков лечения и отмечено у 6,2% пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение внебольничных пневмоний (методическое пособие) /Б. А. Айнабекова, Р. К. Кабикенова, Р. А. Бакенова и др. – Астана, 2008. – 16 с.

2. Клинические рекомендации. Пульмонология / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 225 с.

3. Сильвестров В. П. О диагнозе и современных классификациях пневмонии //Рос. медицинский журнал. – 2004. – №5. – С. 40 – 43.

4. Evolution of outcomes in community – acquired pneumonia: a guide for patients, physician and policymakers /G. D. Barlow, D. L. Lamping, P. G. Davey, D.Nathwani //Lancef. Infest. Dis. – 2003. – V. 3. – P. 476 – 88.

N. F. Kurmisheva

COURSE OF PNEUMONIA AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT CONDITIONS OF INPATIENT DEPARTEMENT AND HOSPITAL SUBSTITUTING AID

369 patients suffering from acute pneumonia were examined and treated in polyclinics, hospitals, and day patient facilities. Frequency of clinical implications was determined in relation to disease severity. Lung auscultatory features took place in all cases, while X-ray infiltration – 97,6% coyes, hyperthermia in 88,1%, and cough with phlegm were observed in 52,8% cases correspondingly. Treatment positive effect was received at 92,1% patients, and lethal effect was observed in 1,63%. Lingering and complicated pneumonia run was recorded in 6,2% patients.

Н. Ф. Курмышева

ПНЕВМОНИЯЛАРДЫҢ АҒЫМЫ МЕН ЕМХАНА, СТАЦИОНАР ЖӘНЕ СТАЦИОНАР АЛМАСТЫРУШЫ КӨМЕК ЖАҒАЙЫНДАҒЫ ЕМНІҢ НӘТИЖЕСІ

Жедел пневмониямен науқастар емханада, стационарда, күндізгі стационарда тексерілді және емделді. Пневмонияның ауырлық дәрежесімен байланысты клиникалық көріністердің жиілігі тексерілді. Өкпеде аускультативті белгілер науқастардың барлығында анықталды, рентгенологиялық инфильтрация – 97,6%, гипертермия – 88,1%, қақырықпен жөтел – 52,8% жағдайда кездесті. Терапия барысында оң нәтиже – 92,1% науқаста болды, ал 1,63% жағдайда өлім-жітімге әкеліп соқты. 6,2% науқастарда аурудың созылыңқы және асқынған ағымы анықталды.

**О. Н. Ержанов, М. О. Макишева,
Г. С. Кобжанова**

ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ КАК ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Кафедра хирургических болезней №1
Карагандинского государственного
медицинского университета, ОМЦ (Караганда)

В хирургии желчных путей после внедрения в клиническую практику эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), литоэкстракции тактика лечения больных с холедохолитиазом существенно изменилась [1, 11, 12]. Хирургические операции типа внутреннего дренирования при холедохолитиазе уступили место эндоскопическим вмешательствам [2, 10, 13].

Так, при наличии конкрементов в желчных протоках производят холецистэктомию, холедохолитотомию с наружным дренированием, позднее камни из желчных путей удаляют путем эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) или же проводят удаление конкрементов корзинчатым литэкстрактором Дормиа через тракт наружного желчного дренажа или с помощью эндоскопических трансдуоденальных процедур [3, 5, 12].

Однако преимущества эндоскопических методов лечения в сравнении с операциями внутреннего дренирования общего желчного протока, особенно с учетом отдаленных результатов, еще требуют доказательства [4, 7]. Поэтому в широкой хирургической практике остаются усовершенствованные традиционные хирургические методы а эндоскопическое лечение холедохолитиаза осуществляется в отдельных хирургических центрах.

Цель данной работы – улучшение диагностики и результатов лечения холедохолитиаза и механической желтухи путем применения фиброхолангиоскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2005 – 2009 гг. в клиниках кафедры хирургических болезней №1, ТОО «Клиника проф. С. В. Лохвицкого» при холедохолитиазе и механической желтухе произведено 37 интраоперационных лечебных фиброхолангиоскопий. Фиброхолангиоскопию производили интраоперационно несколькими способами: через холедохотомическое отверстие, через культю пузырного протока, ретроградно через БДС после дуоденотомии. Наиболее частой находкой при интраоперационной фиброхоледохоскопии был холедохолитиаз у 26 (70,2%) больных; острый гнойный холангит – у 11 (29,7%); стеноз БДС – у 3 (8,1%); ксита холедоха – у 1 (2,7%); стриктура холедоха – у 1 (2,7%) (табл. 1).

Интраоперационную фиброхолангиоскопию производили в следующих клинических ситуациях:

1) неуверенность в данных операционной холангиографии, подозрение на холедохолитиаз;
2) для контроля эффективности хирургической холедохолитотомии;
3) холедохолитиаз, необходимость удаления камней из проксимальных отделов желчных протоков, когда с помощью обычных способов оно не удается;
4) механическая желтуха и (или) расширение холедоха, генез которых не был выяснен в ходе операционной ревизии;
5) киста холедоха с холедохолитиазом;
6) стриктура холедоха с холедохолитиазом;
7) стеноз большого дуоденального соска (БДС);
8) стеноз БДС с холедохолитиазом;
9) проведение биопсии при стенозах протоков неясного генеза;
10) дифференциальный диагноз между злокачественными и воспалительными заболеваниями желчных протоков.

Фиброхолангиоскопию проводили в конце операции для проверки полноты санации желчных протоков. Она надежнее контрольной (повторной) интраоперационной холангиографии, ее можно повторять несколько раз. Эффективная фиброхоледоскопия способствует сокращению числа оставленных камней [4, 6, 7].

К неудобствам фиброхолангиоскопии относят: сложность стерилизации прибора, возможность дополнительного травмирования желчных протоков и загрязнения брюшной полости промывной жидкостью. Однако это не снижает ценности данного метода. Он заслуживает того, чтобы им овладевал каждый хирург. Мы стерилизацию

Таблица 1.

Диагностические результаты интраоперационной холангиоскопии (37 исследований)

Диагноз		Количество находок (%)	В том числе в сочетании с холедохолитиазом
Холедохолитиаз	Множественные камни	17(45,9%)	-
	Единичные камни	9(24,3%)	-
Стеноз БДС		3(8,1%)	2
Киста холедоха		1(2,7%)	–
Стриктура холедоха		1(2,7%)	1
Холангит		11(29,7%)	8

проводили в плазменном стерилизаторе «Стеррад» фирмы «Джонсон и Джонсон».

При желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, у 37 больных пожилого и старческого возраста при длительной механической желтухе и выраженной печеночно-почечной недостаточности применялось трехэтапное лечение [9].

На I этапе выполняли эндоскопическое назобилиарное дренирование гепатикохоледоха у 34 пациентов или (реже) – чрескожную чреспеченочную холангиостомию у 3 больных. После стихания острого холангита и уменьшения желтухи переходили ко II этапу – эндоскопической папиллосфинктеротомии с удалением камней из гепатикохоледоха, затем через несколько дней подходили к III этапу – лапароскопической холецистэктомии или холецистэктомии из мини-доступа.

При холедохолитиазе, который не удалось разрешить дуоденоскопическими транспапиллярными вмешательствами, что чаще всречается при крупных камнях в гепатикохоледохе, выполняли лапароскопическую холецистэктомию в сочетании с лапароскопической холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керте.

Интраоперационную фиброхолангиоскопию применять при видеолапароскопической холецистэктомии затруднительно, поскольку управляем только дистальный конец аппарата, и для его введения приходится использовать зажимы, что нежелательно, так как легко можно повредить тонкую оболочку инструмента. Учитывая это, предложен инструмент, названный интродюсером, представляющий собой жесткую трубку из металла. Дистальный конец имеет форму усеченного конуса под углом 45^0. Конусообразный конец инструмента позволяет легко проникать в холедох, а затем по трубке, как по туннелю, в холедох заводят фиброскоп. В зоне клапана через патрубок подают жидкость для расправления стенок холедоха, при этом освобождается канал, в который вводят необходимые инструменты.

Интраоперационную фиброхолангиоскопию завершали дренированием холедоха по Керу или по Керте. Холедохотомию ушивали до дренажной трубки, используя рассасывающийся шовный материал. Затем конец дренажа извлекали наружу и по нему вводили физиологический раствор для проверки герметичности швов. При интраоперационном выявлении с помощью холангиографии камней в холедохе у 4 больных лапароскопическую холецистэктомию заканчивали клипированием и перевязкой пузырного протока, а через 1-2 сут после операции выполнили эндоскопическую папиллотомию. Все больные перенесли такие комбинированные вмешательства без осложнений.

Наиболее частой находкой при интраоперационной фиброхоледохоскопии является холедохолитиаз. Из 37 больных он был обнаружен у 26 (70,2%). У 17 (45,9%) больных выявлены множественные конкременты, у 9 (24,3%) – единичные. Камни располагались преимущественно в дистальных отделах желчных протоков или в ампулярной части холедоха. Крупные камни, единичные или в небольшом количестве, сопровождались выраженной инфильтрацией холедоха, а в некоторых случаях изъязвлениями слизистой в месте нахождения конкремента. Мелкие конкременты чаще всего были множественными и не выявлялись при интраоперационной холангиографии.

Удаление конкрементов при помощи холедохоскопа выполнено при 8 операциях (21,6%). Конкременты удаляли с помощью корзинки Дормиа, зонда Фогарти. При необходимости производили механическую литотрипсию с помощью корзинки Дормиа с последующим вымыванием мелких осколков и проталкиванием фиксированного в папилле конкремента в ДПК.

У 3 больных (8,1%) интраоперационная холангиография не выявила мелких конкрементов холедоха, они были обнаружены во время фиброхолангиоскопии. Наряду с этим, холангиоскопия дала возможность исключить наличие холедохолитиаза у 2 больных (5,4%), когда при интраоперационной холангиографии это было заподозрено.

Удаление при интраоперационной фиброхолангиоскопии конкрементов, вклиненных в терминальный отдел холедоха, у 2 пациентов позволило избежать трансдуоденальной папиллосфинктеротомии и папиллосфинктеропластики.

Таким образом, фиброхолангиоскопия позволяет выявить мелкие конкременты (диаметром 2-3 мм), не обнаруживаемые при интраоперационной холангиографии, и является диагностическим методом, исключающим холедохолитиаз при ложноположительных результатах интраоперационной холангиографии.

Применение фиброхолангиоскопии позволяет практически полностью исключить «забытые камни» желчных путей и дает возможность отказаться от наложения билиодигестивных анастомозов по относительным показаниям.

Из 3 больных, у которых был диагностирован стеноз БДС, у 2 он сочетался с холедохолитиазом. Эндоскопическая картина стеноза БДС характеризовалась сужением и деформацией ампулы сосочка, склеротическими изменениями слизистой оболочки в виде белесоватых рубцов и невозможностью провести эндоскоп в просвет двенадцатиперстной кишки. Кроме перечисленных патологических состояний, при интраоперационной фиброхолангиоскопии обнаружены киста холедоха у 1 больного, стриктура холедоха, сочетавшаяся с холедохолитиазом – у 1 пациента.

Холангит был выявлен у 11 больных (29,7%). У 4 больных обнаружен холангит легкой степени, с гиперемией, отечностью слизистой оболочки, геморрагиями. У 5 больных выявлен холангит средней степени, который характеризовался выраженным отеком слизистой, имелись сливные очаги геморрагий, фибринозные наложения, в просвете – мутная желчь с хлопьями фибрина. У 2 больных обнаружен холангит тяжелой

степени: слизистая оболочка истончена, с крупными участками изъязвления, в просвете – густой гной, нити фибрина, слепки слизи. У 11 больных с холангитом средней и тяжелой степенью прогрессирования гнойного холангита при проведении холангиоскопии осложнений не было.

Таким образом, интраоперационная фиброхолангиоскопия – метод, позволяющий на операционном столе объективно установить наличие холангита, определить его форму, оценить распространенность воспалительного процесса и провести лечебную санацию холедоха.

Фиброхолангиоскопия является наиболее надежным интраоперационным способом диагностики холедохолитиаза, холангита и других заболеваний желчных путей и БДС, а тем самым является высокоинформативным методом диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абиди Мохсен Бен Хассен Лечебная тактика при остром холецистите в сочетании с холедохолитиазом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2009. – 25 с.
2. Атаджанов Ш. К. Эндоскопические и лапароскопические вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой // Матер. X Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. – М., 2007. – №1. – С. 2 – 3.
3. Варианты «Встречной техники» малоинвазивных вмешательств у больных с холедохолитиазом /А. Е. Борисов, С. И. Пешехонов, Д. Б. Чистяков и др. //Матер. X Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. – М., 2007. – №1. – С. 19.
4. Еремеев А. Г. Проблемы совершенствования подходов к лечению резидуального холедохолитиаза /А. Г. Еремеев, С. В. Лебедев //Матер. X Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. – М., 2007. – №1. – С. 39 – 40.
5. Желчнокаменная болезнь /С. А. Дадвани, П. С. Ветшев, А. М. Шулутко, М. И. Прудков. – М.: Видар, 2000. – 139 с.
6. Калинчук С. В. Фиброхоледохоскопия в хирургии желчнокаменной болезни /С. В. Калинчук, В. В. Грубник, А. И. Ткаченко //Вестн. морской медицины. – 2001. – №2. – С. 48 – 49.
7. Клименко Г. А. Холедохолитиаз. – М.: Медицина, 2000. – 221 с.
8. JIароскопическая фиброхоледохоскопия в хирургии холедохолитиаза /С. И. Возлюбленный, М. Ф. Черкасов, Е. Н. Деговцов, Д. Е. Возлюбленный //Хирургия. – 2009. – №2. – С. 44 – 46.
9. Мшюнов О. Б. О выявлении поражений желчных протоков /О. Б. Мшюнов, А. А. Мовчун //Вестн. хир. – 1990. – №3. – С. 58 – 60.
10. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитазом /Т. А. Джаркенов, А. А. Мовчун, М. В. Хрусталева и др. //Хирургия. – 2004. – №3. – С. 13 – 17.
11. Тимошин А. Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии /А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов. – М.: Триада, 2003. – 216 с.
12. Токин А. Н. Миниинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук. – М., 2008. – 45 с.
13. Hyser M. J. Laparoscopic transcystic management of choledocholithiasis /M. J. Hyser, У. Chaudchry, M. P. Byrne //Ат. Surg. – 1999. – V. 65. – №7. – P. 606 – 610.

Поступила 09.06.10

O. N. Yerzhanov, M. O. Makisheva, G. S. Kobzhanova

FIBEROCHOLANGIOSCOPY AS THE STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCHILITHIASIS AND MECHANICAL JAUNDICE

The article of the article come to conclusion by way of investigation that fiberacholangioscopy is the most reliable intraoperational diagnostics method of choledocholithiasis, cholangitis and another diseases of biliary tracts and highlinformative metod of diagnostics and treatment.

О. Н. Ержанов, М. О. Мақышева, Г. С. Көбжанова

ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ЖӘНЕ МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМНІҢ КЕЗЕҢІ РЕТІНДЕ

2005 жылдан 2009 жылға дейін профессор С. В. Лохвицкийдің хирургиялық клиникасында холедохолитиаз бен механикалық сарғаю кезінде 37 интраоперационды емдік фиброхолангиоскопия жасалынды. Интраоперационды фиброхолангиоскопия кезінде ең жиі кездесетін холедохолитиаз 26 науқаста (70,2%); жедел іріңді холангит - 11 науқаста (29,7%), 12 елі ішектің үлкен үрпегінің стенозы 3 науқаста (8,1 %); холедохтың кистасы 1 науқаста (2,7%); холедохтың стриктурасы 1 науқаста (2,7%) анықталған. Өт қабы тасы ауруының және холедохолитиаз кезінде жоғары ақпаратты әдіс пен эндоскопиялық ем кезінде фиброхолангиография тиімді тәсіл болып саналады.

А. С. Масадыков, Т. К. Рахыпбеков, Т. А. Адылханов, А. М. Мусин

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ У БОЛЬНЫХ СЕМЕЙСКОГО РЕГИОНА

Государственный медицинский университет (Семей)

Наличие эндемических зон йодной недостаточности, охватывающих значительную часть территории Земли как минимум с половиной всего ее населения, способствует формированию тиреоидных заболеваний, которые наблюдаются почти у половины лиц пожилого возраста и более чем в 10-15% у молодых людей [5, 7, 9]. Таким образом, тиреоидная патология относится к числу наиболее распространенных в современной цивилизации.

Существуют два основных подхода к оценке ее клинической значимости. Первый учитывает только непосредственную необходимость в лечении узловых и диффузных образований щитовидной железы, коррекции клинически значимого гипотиреоза. Второй – более обширный, предусматривает учет неблагоприятных эффектов куда более распространенного субклинического гипотиреоза, приводящего к задержке умственного и физического развития у детей и способствующего формированию ряда распространенных патологий у лиц среднего и пожилого возраста [2, 3]. Именно исходя из последнего, в большинстве развитых стран мира приняты национальные программы по коррекции йодного дефицита в воде и продуктах питания [4].

Несмотря на это, на территориях зобной эндемии и экологического неблагополучия частота тиреоидных заболеваний остается довольно высокой [8, 10]. К числу таких территорий относится восточный регион Республики Казахстан, где проблему патологии щитовидной железы рассматривают как одну из наиболее приоритетных в здравоохранении.

Однако до настоящего времени практически не осуществлялось исследований, направленных на оценку популяционных социально-значимых эффектов тиреоидной патологии, в частности – послеоперационного гипотиреоза.

Цель исследования – определить частоту развития основных осложнений, ассоциированных со снижением тиреоидного статуса у лиц, подвергавшихся оперативному лечению заболеваний щитовидной железы и потребность их в терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Осуществлено комплексное обследование 295 больных, перенесших оперативные вмешательства на щитовидной железе, у которых в послеоперационном периоде был диагностирован гипотиреоз различной степени. В их числе у 64 больных были проведены оперативные вмешательства, сопровождающиеся тотальным и субтотальным удалением паренхимы щитовидной железы (органоразрушающие), у 231 больного – органосохраняющие вмешательства, заключающиеся в большинстве случаев в гемитиреоидэктомии.

Верификация наличия гипотиреоза осуществлялась посредством не менее чем двукратных определений содержания тироксина и тиреотропного гормона в крови с интервалом не менее 5 сут и не более 1 мес. Определялся ряд параметров, характеризующих возможные осложнения снижения тиреоидной функции.

В частности, проанализированы наличие артериальной гипертензии и потребность в антигипертензивной терапии, частота проводимой медикаментозной коррекции гиперхолестеринемии, частота осложненных форм ИБС, а также результаты анализа состояния минеральной плотности костной ткани, снижение которой расценивалось как осложнение заместительной терапии тиреоидными гормонами.

Источниками данных для анализа послужили амбулаторные карты, истории болезни стационарных больных, сведения о проведенном в амбулаторных и стационарных условиях мониторировании АД, рентгеновской и ультрасонографической денситометрии, а также Протоколы диагностики и лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Более 40% больных, подвергавшихся оперативному лечению узловых образований щитовидной железы, осуществленных с различным объемом удаления ее тканей, изолированно либо в сочетании со склерозирующей терапией, имели артериальную гипертонию различной степени.

Лечение данного заболевания, по современным представлениям, должно быть пожизненным, и только на самых ранних стадиях может осуществляться без применения медикаментов.

Роль снижения тиреоидного статуса в генезе артериальной гипертонии доказана в ряде исследований. Выделяют особое течение гипертонии при гипотиреозе, характеризующееся резистентностью к антигипертензивной терапии [2].

Пожизненная потребность в лечении, риск развития осложнений артериальной гипертонии делает ее ключевым осложнением гипотиреоза, имеющим наибольшее медико-социальное и экономическое значение. На этапах проведенного исследования проанализирована потребность в медикаментозной антигипертензивной терапии больных с артериальной гипертонией на фоне послеоперационного гипотиреоза (табл. 1).

Как видно из представленных данных, уже при I степени артериальной гипертонии на фоне гипотиреоза обследованные почти в половине случаев получали антигипертензивные препараты. Исходя из современных требований, лечение ограничивалось применением 1 препарата одного фармакологического класса (ингибиторы АПФ,

Таблица 1.
Потребность в медикаментозном лечении артериальной гипертонии у больных с гипотиреозом (n=295)

Число больных с АГ	Число больных	%
I ст., n=86		
Антигипертензивная монотерапия	41	47,7±5,4
II ст., n=36		
Антигипертензивная монотерапия	24	66,7±7,9
Комбинированная терапия	9	25,0±7,2
III ст., n=14		
Антигипертензивная монотерапия	3	21,4±11,0
Комбинированная терапия	11	78,6±11,0

тиазидные мочегонные, комбинированные препараты).

В группе больных со II ст. артериальной гипертонии осуществлялось применение монотерапии антигипертензивным препаратом в $^2/_3$ случаев и комбинированной терапии – в $^1/_4$, у 3 больных медикаментозная терапия повышенного АД на момент обследования не осуществлялась, несмотря на наличие клинических показаний.

У больных с артериальной гипертонией III ст. во всех случаях проводилась антигипертензивная терапия, причем в 78,6% – комбинированная с использованием 2-3 препаратов, в том числе современных антагонистов ионов кальция и β-адреноблокаторов. Следует указать, что эффективность терапии больных данной группы была невысокой.

Наличие гипотиреоза, как показывают литературные и собственные данные, закономерно приводит к повышению содержания холестерина в крови и повышению ее атерогенности. Данные изменения способствуют увеличению риска атеросклероза, основным клиническим проявлением которого является ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время повышенный уровень холестерина с преобладанием его содержания в ЛПНП считается показанием к гипохолестеринемической терапии. Последняя проводится длительным курсами или пожизненно и имеет весьма высокую кумулятивную стоимость.

Нами проведен анализ осуществляющейся у больных с гипотиреозом обследованной группы гипохолестеринемической терапии с использованием статинов и/или фибратов (табл. 2).

Как следует из данных, приведенных в табл. 2, у пациентов, перенесших операции тотального (субтотального) удаления щитовидной железы, гипохолестеринемия развивается в большинстве случаев (82,8%).

Однако даже в этой группе гипохолестеринемическая терапия проводилась только в ⅓ случаев наличия повышенного содержания холестерина в крови, чаще (у 13 больных из 19) отдельными курсами. Среди 88 пациентов, перенесших органосохраняющие операции, с достоверно повышенным содержанием холестерина в крови только у 11 проводилась курсовая гипохолестеринемическая терапия.

Данные о частоте развития острых форм ИБС (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), требующих стационарного лечения, у обследованных больных представлены в табл. 3.

Видно, что большая распространенность ИБС у больных, перенесших органоразрушающие операции, соответствует и более высокой частоте случаев стационарного лечения, связанного с развитием острых форм. Всего на 1 больного группы органоразрушающих операций приходилось 1,64 случая госпитализации в год (общей продолжительностью в среднем 26,4±0,4 койко-дня), группы органосохраняющих операций – 1,14 (общей продолжительностью 15,2±0,3 койко-дня).

В обследованной репрезентативной по половозрастному составу группе сравнения частота госпитализаций по поводу ИБС составила 0,30 на 1 обследованного в год, продолжительность – 2,8±0,1 койко-дня.

Таблица 2.
Частота медикаментозной коррекции уровня холестерина у больных с гипотиреозом

Группа больных	Число больных с гиперхолестеринемией		Число больных, получающих терапию статинами (фибратами)	
	абс.	%	абс.	%
Перенесшие органоразрушающие операции, n=64	53	82,8±4,7	19	29,7±5,7
Перенесшие органосохраняющие операции, n=231	88	38,1±3,2	11	4,8±1,4
Всего, n=295	141	47,8±3,1	30	10,2±1,9

Таблица 3.

Частота острых форм ИБС у больных с гипотиреозом и потребность в стационарном лечении

Группа больных	Общее число больных с ИБС на фоне гипотиреоза		Число случаев стационарного лечения больных с ИБС на фоне гипотиреоза (в пересчете на 1 г. наблюдения)	
	абс.	%	абс.	на 1 больного
Перенесшие органоразрушающие операции, n=64	14	21,9±4,5	23	1,64
Перенесшие органосохраняющие операции, n=231	22	9,5±1,9	25	1,14
Всего, n=295	36	12,2±1,9	48	1,33

Снижение минеральной плотности костной ткани у больных, перенесших оперативное лечение узловой патологии щитовидной железы, является, согласно нашим данным, одним из наиболее частых осложнений. При этом наличие остеопороза, а у лиц пожилого и старческого возраста – и остеопении [1] представляет собой важный независимый фактор риска повреждений костей, реализующийся чаще всего переломами нескольких локализаций: предплечья (лучевой кости в типичном месте); проксимального отдела бедра, позвоночника (компрессионные переломы).

Поскольку повреждения последней локализации (позвоночник) крайне редко диагностируются клинически, нами был проведен анализ частоты переломов 2 первых локализаций в анамнезе у больных, перенесших операции на щитовидной железе обследованной группы. Данные были получены на основании анализа амбулаторных карт и сведений, предоставленных больницей скорой медицинской помощи г. Семей (табл. 4).

В среднем на 1 больного из группы пациентов, перенесших органоразрушающие операции, приходилось 0,20 случая наличия перелома в дистальном отделе предплечья или проксимальном отделе бедра в анамнезе.

Аналогичный показатель у больных, перенесших органосохраняющие операции, составил 0,09 случая, в контрольной группе – 0,04 случая.

Таким образом, наличие клинически выраженного гипотиреоза способствует резкому повышению частоты остеопоротических переломов, что имеет большое медико-социальное и клинико-экономическое значение.

ВЫВОДЫ

1. У больных с послеоперационным гипотиреозом наблюдается высокая частота артериальной гипертензии, требующей постоянной медикаментозной терапии.

2. Гиперхолестеринемия наблюдается в 40-80% у больных, перенесших операции по поводу тиреоидной патологии с удалением значительной части ее паренхимы. Ее лечение проводится в небольшом числе случаев, однако сопряжено со значительными материальными затратами.

3. При послеоперационном гипотиреозе наблюдается значительное повышение частоты случаев ИБС, сопряженное с развитием острых ее форм, главным образом в случае органоразрушающих операций.

4. Частота снижения МПКТ и остеопоротических переломов четко связана с объемом оперативных вмешательств и во много раз повышается при тиреоидэктомии и субтотальной резекции.

5. Медико-социальная значимость осложнений послеоперационного гипотиреоза превышает непосредственную значимость хирургической тиреоидной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботабаева А. С. Распространенность и характеристика остеопороза среди взрослого населения г. Семей: Автореф. дис. …кан. мед. наук. – Семей, 2009. – 24 с.

2. Деланж Ф. Йодный дефицит в Европе – состояние проблемы на 2002 год //Thyroid Inter0national. – 2002. – №5.

3. Йодный дефицит в республиках Центральной Азии: Региональный бюллетень ВОЗ //WHO CAR News. – 2000. – №6 (23).

4. Контроль программы профилактики заболеваний, обусловленных дефицитом йода, путем всеобщего йодирования соли: Метод. указания МЗ

Таблица 4.

Частота осложнений снижения МПКТ у больных с гипотиреозом

Группабольных	Общее число больных со снижением МПКТ на фоне гипотиреоза		Число случаев лечения больных с переломами при снижении МПКТ на фоне гипотиреоза (в пересчете на 1 год наблюдения)	
	абс.	%	абс.	на 1 больного
Перенесшие органоразрушающие операции, n=64	25	39,1	5	0,20
Перенесшие органосохраняющие операции, n=231	44	19,0	4	0,09
Всего, n=295	69	23,4	9	0,13

России. – М., 2001.
5. Мельниченко Г. А. Заболевания щитовидной железы /Г. А. Мельниченко, П. С. Ветшев. – М., 1996. – 46 с.
6. Особенности артериальной гипертонии при гипотиреозе. В кн. Актуальные проблемы современной эндокринологии /Г. Н. Варварина, Н. Н. Боровков, А. А. Шутова, А. В. Казаков. – СПб., 2000. – С. 278.
7. Пачес А. И. Рак щитовидной железы: 2-е изд. /А. И. Пачес, Р. М. Пропп. – М.: Медицина, 1995. – 320 с.
8. Elimination of Iodine Deficiency Disorders in Central and Eastern Europe, the Commonwealth of Independent States, and the Baltic States /F. Delange, A. Robertson, E. McLoughney et al. // Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT, 1998. – P. 1 – 168.
9. Gorlin J. B. Thyroid cancer in childhood /J. B. Gorlin, E. S. Sallan //Endocrinol Metab. Clin. North. Amer. – 1990. – V. 19. – P. 649.
10. Gutekunst R. Goitre epidemiology: Thyroid volume, iodine excretion, thyroglobulin and thyrotropin in Gemany and Sweden /R. Gutekunst, H. Smolarek, U. Hasenpuch //Acta Endocrinol. – 2006. – V. 112. – P. 494 – 501.

Поступила 15.06.10

A. S. Masadykov, T. K. Rakhypbekov, T. A. Adylkhanov, A. M. Musin

SOCIO-SIGNIFICANT COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH POSTOPERATIVE HYPOTHYROIDISM AT SEMEY REGION PATIENTS

Goal- to determine the frequency of major complications development associated with a reduction of thyroid status at patients undergoing surgical treatment of thyroid diseases and the need for them in therapy. The study of long-term results and complications at 295 patients, who underwent operative treatment for nodular thyroid pathology was conducted**.** The high prevalence of arterial hypertension, hypercholesterolemia, coronary heart disease and osteopenic syndrome was revealed. It is concluded that the medical and social significance of postoperative complications of hypothyroidism exceeds significance of surgical thyroid pathology.

Ә. С. Масадықов, Т. Қ. Рахыпбеков, Т. А. Әділханов, А. М. Мусин

СЕМЕЙ ӨҢІРІНДЕГІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ГИПОТИРЕОЗҒА БАЙЛАНЫСТЫ ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗДЫ АСҚЫНУЛАР

Мақаланың мақсаты – қалқанша без обырына шалдығып, операция жасалған науқастардағы тиреоидты статустың төмендеуімен сәйкес келген негізгі асқынулар жиілігін анықтау және оларды емдеудің қажеттілігі. Қалқанша бездің түйінді патологиясы бойынша операция жасалған 295 науқасқа алшақ нәтижелер мен асқынулары бойынша зерттеу жүргізілді. Артериалды гипертензия, гиперхолестеринемия, жүректің ишемиялық аурулары және остеопениялық белгілердің кең таралғаны анықталды. Операциядан кейінгі гипотиреоз асқынуларының медико-әлеуметтік мәні мен хирургиялық тиреоидты патологияның тікелей маңыздылығы туралы қорытынды жасалды.

А. Т. Такирова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кафедра общей врачебной практики с курсами фтизиатрии, психиатрии, акушерства и гинекологии, дерматовенерологии и инфекционных болезней ФНПР КГМУ (Караганда)

Сахарный диабет (СД) I типа у детей и подростков является важной медико-социальной проблемой клинической медицины как всего мира, так и Казахстана [2, 3, 6]. Актуальность проблемы объясняется высокой распространенностью и растущей заболеваемостью СД I типа в детской популяции, развитием ранней инвалидизации из-за возникновения тяжелых, нередко опасных для жизни проявлений болезни: кетоацидотическая, гипогликемическая комы, сосудистые нарушения, энцефалопатии, микроангиопатии, ретинопатии, кардиопатии, нейропатии, нефропатии, гастропатии [3, 6, 8, 12, 15].

Несмотря на социальную значимость проблемы СД у детей, закономерности формирования инвалидности у данного контингента недостаточно изучены. Практически отсутствуют исследования по изучению качества жизни детей-инвалидов и подростков. Не разработаны адекватные реабилитационные программы по профилактике ранних осложнений, способствующих замедлению прогрессирования процесса на их доклинических стадиях [1, 4, 5, 8]. В настоящее время в мире все больше внимания уделяется изучению качества жизни (КЖ), о чем свидетельствует ежегодное увеличение числа подобных исследований [7, 9, 10, 11, 13, 14]. Разработка критерия КЖ сделала возможным учет субъективного мнения человека о своем благополучии (физическом, психическом, эмоциональном и пр.), что следует отнести к знаменательным научным событиям XX века [16, 17, 18]. Многие специалисты из разных стран едины во мнении, что показатель КЖ является достоверным критерием оценки здоровья ребенка и эффективности применяемых медицинских технологий. Основываясь на субъективном восприятии самого ребенка и его родителей, оценка КЖ является весьма чувствительным и информативным

методом, чего не позволяют сделать чисто клинические методы.

Цель исследования – оценка качества жизни у детей-инвалидов и подростков с сахарным диабетом I типа в процессе реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились 109 детей -инвалидов вследствие СД I типа, находящихся на диспансерном учете в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Дети-инвалиды проходили освидетельствование в педиатрическом отделе медико-социальной экспертизы Департамента Министерства труда и социальной защиты населения по Карагандинской области. По состоянию здоровья детей распределили на группы здоровья. К III группе относились дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма. К IV группе относились дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями организма. К V группе относились больные дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма (Приказ МЗ РК №794 от 26.11.2009 г. «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи»). В процессе динамического наблюдения детей-инвалидов и подростков осматривали в следующие сроки: 6 мес., 1 г., 3 г. Заполнялась индивидуальная карта в процессе реабилитации. Качество жизни оценивали с использованием специальных опросников PedsQL 4.0. и MOS-SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены возможности использования КЖ как критерия комплексной оценки состояния здоровья детей. С этой целью было проведено сравнение результатов оценки КЖ детей различных групп здоровья – I, II группы – здоровые дети (n=65), III группа – дети с СД I типа в стадии компенсации (n=1), IV группа – дети с СД I типа в стадии субкомпенсации (n=15) и V группа – дети с СД I типа в стадии декомпенсации (n=39). Исследование показало, что КЖ детей I и II групп здоровья не имело отличий ни по одному из компонентов (p>0,05). Детей с наличием СД I типа в стадии декомпенсации (V группа здоровья) от здоровых детей отличал лишь более низкий уровень физического функционирования (p<0,05). При СД I типа с осложнениями происходило выраженное снижение всех аспектов КЖ не только по сравнению со здоровыми детьми, но и детьми с хронической патологией в периоде ремиссии (p<0,01) (табл. 1).

В то же время нами было установлено, что V группа здоровья неоднородна по параметрам КЖ: ряд морфофункциональных отклонений не оказывал существенного влияния на этот показатель, в то время как другие значимо снижали уровень всех аспектов КЖ детей. Учитывая полученные результаты, было осуществлено сравнение КЖ детей V группы здоровья, имеющих отклонения, с параметрами КЖ детей III группы здоровья, имеющих СД I типа, стадию компенсации. Сравнение показало, что уровень КЖ первых оказался достоверно ниже, чем вторых по всем компонентам (p<0,05), в первую очередь, значениям эмоционального и школьного видов функционирования. Таким образом, исследование показало, что КЖ детей с СД I типа в стадии компенсации может быть лучше, чем детей с осложнениями СД I типа в стадиях субкомпенсации и декомпенсации. Это свидетельствует о необходимости пересмотра методики комплексной оценки состояния здоровья детей и включении в нее показателя КЖ как одного из критериев.

Возможны 2 варианта решения поставленной проблемы: дополнение традиционных медицинских групп здоровья группами здоровья по критерию КЖ или корректировка групп здоровья с учетом оценки КЖ. В последнем случае, возможно, необходимо разделение групп на подгруппы: например, ребенок со значениями уровня HbAlc – 7,6 ммоль/л будет относиться к IV группе, если ребенок, имеющий повышенный показатель уровня HbAlc (от 7,7 до 8,0 ммоль/л) по сравнению с первой, может быть отнесен к подгруппе

Таблица 1.
Сравнение параметров качества жизни школьников в зависимости от группы здоровья (по ответам детей)

Аспекты качества жизни	Группа здоровья (M±σ)		
	III	IV	V
Физическое функционирование (ФФ)	84,7±12,7	78,0±16,5*	68,6±17,3**
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	74,1±16,5	72,1±18,4	62,5±18,4**
Социальное функционирование (СФ)	87,2±13,8	86,2±14,4	74,2±12,0**
Школьное функционирование (ШФ)	73,5±13,7	73,1±17,4	57,3±18,2**
Психосоциальное здоровье (ПСЗ)	78,3±14,7	77,1±16,7	64,7±19,5
Общий балл (ОБ)	79,6±11,0	77,5±13,5	66,2±15,3**
α-коэффициент Кронбаха (общий)	0,94	0,88	0,9

* p<0,05 между IV группой и III; ** p<0,01 между V группой и остальными

IVa, и если уровень HbAlc достигает от 8,1 до 9,0 ммоль/л, то он будет соотнесен к подгруппе IVб, что требует более пристального наблюдения, углубленного обследования. Кроме того, необходимо детальное изучение КЖ при различных морфофункциональных отклонениях и хронических заболеваниях с целью их дифференцировки по степени влияния на этот показатель.

Преимущества медицинской реабилитации детей с СД I типа в условиях дневного стационара было показано на основе оценки критерия КЖ. Проведенное сравнение результатов анкетирования больных до и после лечения в стационарах разного вида показало, что при поступлении уровень параметров КЖ не отличался ($p>0,05$). Через месяц после реабилитационных мероприятий и клинического улучшения у детей, пролеченных в условиях дневного стационара, отмечалось достоверное улучшение всех аспектов КЖ, особенно эмоционального и школьного ($p<0,01$). У детей, получивших лечение в круглосуточном стационаре, положительная динамика не была столь отчетливой ($p>0,05$), а уровень эмоционального функционирования даже имел тенденцию к снижению. В результате сравнительного анализа было установлено, что на момент повторного исследования общий уровень КЖ детей группы сравнения был достоверно ниже, чем детей, пролеченных с использованием стационарозамещающих технологий, в основном, за счет таких видов функционирования, как эмоциональное, социальное и школьное ($p<0,01$).

Кроме того, была оценена эффективность реабилитационных мероприятий, включенных в программу реабилитации детей с СД I типа. Была проанализирована динамика КЖ 50 больных после курса основных мероприятий в условиях детской поликлиники, которая оказалась положительной по всем компонентам, особенно отчетливой по эмоциональному и школьному аспектам ($p<0,05$).

Таким образом, проведенное исследование позволило систематизировать методологические подходы к оценке КЖ у детей, определить возрастно-половые показатели этого критерия, выявить факторы, влияющие на КЖ, изучить особенности КЖ отдельных медико-социальных групп, представить возможности показателя для применения в педиатрической науке и практике.

Суммарное значение КЖ детей и подростков с СД I типа (по результатам тестирования по шкале PedsQL Generic Core Scales) было приблизительно одинаковым и составило в среднем 73,043±1,24 балла. В возрастной группе 5-7 лет наиболее высокие показатели были получены по шкале «Здоровье и уровень активности» (81,25 балла), причем этот параметр получил максимальную оценку по сравнению с таковым в других группах. Во второй возрастной группе (8-12 лет) выше других аспектов КЖ было оценено социальное функционирование (85 баллов). Важно отметить, что и дети младшего возраста, и подростки также дали высокую оценку указанному аспекту (75 и 90 баллов соответственно), что свидетельствует о нормальном уровне общения детей со своими сверстниками. Однако при достаточно высоких цифрах социального функционирования жизнь в школе детьми 8-12 лет и подростками в подавляющем большинстве была оценена низко (59,25±5,029 балла). У 32 чел. (59%) это связано с частыми пропусками школьных занятий из-за плохого самочувствия или необходимости посетить врача/больницу, у 15 человек (28%) – с невнимательностью на уроках и/или ухудшением памяти. При сравнении результатов анкетирования детей и родителей были выявлены явные различия в оценках («proxy-problem» феномен): мамы подростков склонны к переоценке физического и эмоционального функционирования своих сыновей, тогда как большинство родителей оценили КЖ своих детей ниже, чем сами дети.

Также изучалась динамика показателей КЖ в процессе реабилитации. В табл. 2 представлены данные динамики различных показателей КЖ до реабилитации, в процессе реабилитации и через 3 г. после окончания курса реабилитации, полученные в результате опроса несовершеннолетних. Из табл. 2 видно, показатели всех шкал улучшались со временем на фоне реабилитационных мероприятий.

Как видно из табл. 2, получали ряд достоверных различий. Так, ФФ несовершеннолетних с ограниченными возможностями через три года после реабилитации было достоверно лучше (59,3±2,4), чем до реабилитации ($p=0,039$) и в процессе реабилитации ($p=0,042$). ЭФ через три

Таблица 2.

Средние показатели шкал в процессе реабилитации (по ответам несовершеннолетних)

Показатели качества жизни	До реабилитации (n=109)	В процессе реабилитации (n=109)	Через 3 г. после реабилитации (n=109)
Физическое функционирование (ФФ)	52,2±2,5	55,7±2,3	59,3±2,4
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	55,1±2,1	61,6±1,9	69,5±1,8
Социальное функционирование (СФ)	48,8±1,9	54,3±1,7	59,9±1,7
Жизнь в школе (ЖШ)	49,7±1,7	52,3±1,6	57,2±1,8
Психосоциальное функционирование (ПСФ)	51,2±1,7	56,1±1,6	62,2±1,6
Суммарная шкала (СШ)	51,6±1,9	55,9±1,7	61,2±1,8

года после реабилитации (69,5±1,8) было достоверно лучше, чем до реабилитации (p≤0,001) и достоверно лучше, чем в процессе проводимой реабилитации (p≤0,001), при этом ЭФ также достоверно улучшалось уже сразу после окончания курса медицинской реабилитации (p=0,005). Анализ показал достоверное улучшение СФ через три года после окончания курса МР по сравнению с состоянием до начало курса (p≤0,001) и состоянием сразу после окончания курса (p≤0,001). Различие между СФ несовершеннолетних в первой и второй точках также было достоверным (p=0,016). ЖШ несовершеннолетних достоверно улучшалась к 3 г. после окончания курса МР по сравнению с показателями перед началом курса (p≤0,001) и сразу после окончания его (p≤0,001). Психосоциальное функционирование достоверно улучшалось сразу после окончания курса МР (p=0,008) и к 3 г. после окончания курса МР в сравнении с состоянием перед началом курса МР, а также и на момент его окончания (p≤0,001 и p≤0,001 соответственно).

Таким образом, согласно данным шкалы СШ, по оценкам самих несовершеннолетних их КЖ улучшалось со временем на фоне прохождения курса МР. После окончания курса МР КЖ несовершеннолетних было достоверно лучше, чем до курса МР (p=0,046). Через три года после окончания курса МР показатели КЖ несовершеннолетних были достоверно лучше исходных (p≤0,001) и показателей сразу после окончания курса МР (p≤0,001) .

В дальнейшем был проведен сравнительный анализ оценок КЖ, данных несовершеннолетними, с оценками, которые дали их родители. Показатели КЖ сравнивались на каждой точке исследования. Перед началом курса МР средние показатели КЖ по всем шкалам, выставленные родителями, превышали средние показатели, предложенные самими несовершеннолетними. В ходе исследования ФФ были обнаружены достоверные различия между показателями детей и их родителей (p=0,032), ЭФ (p=0,03), СФ (p=0,014), ПСФ (p=0,017). Показатели шкалы ЖШ родителей также превышали данные этой шкалы несовершеннолетних, однако это различие достоверным не было. Таким образом, на основании данных шкалы СШ было продемонстрировано, что до начала курса МР родители несовершеннолетних с ограниченными возможностями оценивают КЖ своих детей достоверно выше, чем сами несовершеннолетние (p=0,015).

Сразу после окончания курса МР показатели КЖ несовершеннолетних по различным шкалам, предложенные их родителями, также были выше, чем показатели, выставленные самими несовершеннолетними. И на данном этапе анализ выявил достоверное различие для всех шкал: ФФ (p=0,04), ЭФ (p=0,005), СФ (p=0,023), ЖШ (p=0,016), ПСФ (p=0,005). В итоге сразу после окончания курса МСР родители оценивают КЖ своих детей достоверно выше, чем сами несовершеннолетние (p=0,009).

Через 3 г. после окончания курса МСР соотношение показателей КЖ несовершеннолетних, выставленных их родителями и самими детьми, в целом оставалось прежним, за исключением показателя ЭФ, который, по мнению несовершеннолетних, был выше (69,5±1,8) по сравнению с оценкой родителей (67,7±1,3). Также был выявлен ряд достоверных различий: ЭФ (p=0,007), СФ (p=0,018), ЖШ (p=0,029), ПСФ (p=0,009). Показатели ФФ, данные родителями, были выше, чем средние показатели, выставленные самими несовершеннолетними, но это различие достоверным не было. Таким образом, через три года после окончания курса МСР родители оценивали КЖ своих детей достоверно выше, чем сами несовершеннолетние (p=0,015).

По данным исследования, динамика показателей качества жизни по опроснику SF-36 у больных детей, страдающих СД I типа (n=55), в возрасте от 0-14 лет выглядит следующим образом: различия между величинами до лечения и через 6 мес. после лечения были достоверно статистически значимы (p<0,01). Через 12 мес., 3

Таблица 3.

Динамика показателей качества жизни согласно ответам детей по опроснику SF-36

Шкала	Среднее арифметическое значение (стандартное отклонение)			
	до лечения	через 6 мес.	через 12 мес.	через 3 года
Физическое функционирование	47,22±5,05	49,09±8,67	56,06± 2,13**	79,16±5,12*
Ролевое физическое функционирование	26,62±3,21	38,40±0,46*	63,94±3,35*	84,38±1,38*
Интенсивность боли	58,16±5,68	64,42±7,65	69,82± 7,04*	73,56±6,64*
Общее состояние здоровья	42,20±5,06	47,56±4,01	60,08±9,41	73,40±9,11*
Жизненная активность	39,91±5,85	52,20±1,80**	73,45±5,25**	79,25±6,46**
Социальное функционирование	47,08±6,64	49,68±1,76**	62,78±1,19**	75,66±5,25**
Ролевое эмоциональноефункционирование	43,12±7,18	55,07±3,29**	69,86±0,06**	81,06±2,28**
Психическое здоровье	32,5±4,22	57,98±1,45**	68,19±1,23**	88,12±3,15**

* p<0,01, ** p<0,001 до лечения и после реабилитации

г. после реабилитационных мероприятий, значения данного индекса увеличились по шкалам как физического, так и психологического компонента здоровья. Динамика показателей качества жизни по ответам детей опросника SF-36 представлена в табл. 3.

Таким образом, более значительное улучшение показателей физического и психологического компонентов здоровья отмечены в ответах родителей, дети которых страдают сахарным диабетом I типа по сравнению с ответами самих детей и педиатров, лечивших этих детей.

Таким образом, оценка составляющих качества жизни в различных фазах заболевания – эффективный способ контроля болезни, может служить основанием для коррекции программы реабилитации и позволяет добиться преемственности в ведении больного на различных этапах оказания медицинской помощи. Изучение параметров качества жизни у детей-инвалидов и подростков при сахарном диабете I типа помогает улучшить организацию профилактики и лечения, добиваясь нормализации всех сторон жизнедеятельности больного и вследствие этого достичь максимальной удовлетворенности от лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю. Возможности использования критериев качества жизни для оценки состояния здоровья детей //Рос. пед. журн. – 2007. – №5. – С. 54 – 56.
2. Балаболкин М. И. Диабетология. – М., 2000. – 672 с.
3. Базарбекова Р. Б. Консенсус по лечению и профилактике сахарного диабета /Р. Б. Базарбекова, М. Е. Зельцер. – Алматы, 2010. – 15 с.
4. Байтурина А. Т. Влияние медико-биологических и социально-гигиенических факторов на качество жизни детей//Справочник педиатра. – 2008. – №11. – С. 61 – 62.
5. Валиуллина С. А. Перспективные направления изучения качества жизни как критерия здоровья /С. А. Валиуллина, И. В. Винярская, В. В. Черников //Школа здоровья. – М., 2005. – Т. 4. – С. 20 – 29.
6. Дедов И. И. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002. – 291 с.
7. Добряков И. В. Психология семьи и больной ребенок /И. В. Добряков, О. В. Защиринская. - СПб., 2007. – 400 с.
8. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков /Под ред. Н. П. Шабалова. – М., 2003. – 544 с.
9. Дедов И. И. Эпидемиология сахарного диабета /И. И. Дедов, Т. Е. Чазова, Ю. И. Сунцов. – М., 2003. – 68 с.
10. Лукьянова Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии //Качественная клиническая практика. – 2002. – №4. – С. 34 – 42.
11. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в педиатрии /А. А. Новик, Т. И. Ионова, Т. П. Никитина //Педиатрия. •– 2002. – №6. – С. 83 – 88.
12. Новик А. А. Исследование качества жизни в медицине /А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М: ГЭОТАР–МЕД., 2004. – 304 с.
13. Сунцов Ю. И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным /Ю. И Сунцов, И. И. Дедов, М. В Шестакова. – М., 2008. – 80 с.
14. Тимофеева А. Г. Исследование качества жизни у детей с хроническими заболеваниями /А. Г. Тимофеева, И. В. Винярская //Вопр. соврем. Педиатрии. – 2008. – Т. 7. – №6. – С. 28 – 29.
15. Цыбульская И. С. Медико-биологическая и социальная адаптация в популяции детей в современных условиях /И. С. Цыбульская, Е. В. Бахадова. – М., 2006. – 52 с.
16. Varni J. W. The PedsQL 4.0. Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations /J. Varni, M. Seid, P. Kurtin //Medical Care. – 2001. – №39. – P. 800 – 812.
17. Varni J. W. The PedsQL™ Family impact model: Preliminary reliability and validity /J. W. Varni, S. A. Sherman, T. M. Burwinkle et al. //Health Qual Life Outcomes. – 2004. – №2. – P. 55.
18. Varni J. W. The PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making /J. W. Varni, M. Seid, T. S. Knight et al. //J. Behav. Med. – 2002. – №25. – P. 175 –193.

Поступила 15.06.10

A. T. Takirova

LIFE QUALITY ESTIMATION OF CHILDREN-INVALIDS AND TEENAGERS WITH DIABETES MELLITUS OF THE I TYPE IN PROCESS OF REHABILITATION

High prevalence and rising morbidity of diabetes mellitus of the 1st type in children population, development of early invalidization because of arising of hard, sometimes dangerous manifestation of diseases for life is actual problem. Practically the investigations on life quality study of children-invalids and teenagers with diabetes mellitus of the 1st type are absent. The estimation of life quality components in different phrases of disease is effective method of disease control can serve as base for rehabilitation program correction and allows to achieve succession in patient's treatment at different stages of rendering medical aid. Life quality parameters study at children-invalids and teenagers with diabetes mellitus of the 1st type helps to improve preventive organization and treatment achieving normalization of all sides of patient's life activity and there for to get maximal satisfaction from treatment.

А. Т. Такирова

ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ПРОЦЕСІНДЕ 1 ТИПТЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН МҮГЕДЕК БАЛАЛАР ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕР ӨМІРІНІҢ САПАЛЫ БАҒАСЫ

Балалар популяциясындағы 1 типтегі қант диабетімен ауырудың өсуі мен тез тараушылығы, ауыр, көп кездесе бермейтін аурулардың тууына байланысты ерте мүгедектіктің дамуы қазіргі кездегі өзекті мәселе. 1 типтегі қант диабетімен ауыратын мүгедек балалар және жасөспірімдер өмірінің сапалы бағасы тәжірибе жүзінде зерттелмеген. Аурудың әртүрлі фазасындағы сапалы өмірді құрайтын бағасы ауруды бақылаудың тиімді әдісі науқасқа аурудың әртүрлі кезеңдерінде медициналық көмек көрсетуді енгізу мен қайта қалпына келтіру бағдарламасын түзетудің негізі болып қызмет атқарады. 1 типтегі қант диабетімен ауыратын мүгедек балалар және жасөспірімдер өмірінің сапалы бағасының көрсеткіштерін талқылау аурудың алдын-алу және емдеу ұйымдарының жұмысын жақсартып, сонымен қатар науқастың өмірге деген құштарлығын қалыпқа келтіре отырып, соңында емдеуден жоғары қанағаттандырарлық нәтиже алуға жағдай жасайды.

Н. Шідерхан, Г. Д. Бұланбаева,
А. Б. Көлдібаева, Ж. Б. Мұхажанова

ҚОҒАМДА ПСИХИКАЛЫҚ СЫРҚАТТАРҒА ДЕГЕН ДҰРЫС КӨЗҚАРАСТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

ҚММУ психология, психиатрия және наркология кафедрасы, ОПНД ММ (Қарағанды), Психоневрологиялық диспансері ММ (Жезқазған)

Психикалық бұзылыстардың қазіргі кезде кең өріс алуы таңқаларлық жағдай емес. Оған мысал, ауруханада жұмыс жасаған соң қабылдауға келген адам санының жыл санап артуынанақ байқауға болады. Психикалық сырқаттарға, психиатриялық ауруханаға деген көзқарас қазіргі кезде біртекті емес. Шығыс жазбалары бойынша, ежелден психикалық сырқаттарға бойында қасиеті бар деп сыйлай қараған, ал Еуропада оларды бойында жындары бар деп ауыр шара қолданып, тіпті өртеуге де барған. Ал кейіннен психикалық сырқаттарға ауру ретінде қарап, оны арнайы емдеу шаралары қолға алынды. Әсіресе психофармокопрепараттар шыққанан бастап бұл салада психикалық көмек көрсету сапасы жақсара түсті. Қазіргі кездегі психикалық сырқаттарға заманауи талапқа сай көмек көрсету тәсіліне психотерапияны жатқызуға болады. Жалпы жұрт үшін психикалық сырқаттар бір жабайы аң немесе нәпсіге құштарлығы артқан жан иесі ретінде қабылдануы мүмкін. Тіпті медициналық жоғарғы оқу орынында оқитын студенттердің арасында-ақ психикалық ауруларға деген көзқа-растың басқаша екендігін байқауға болады: ол немен көрінеді? Жиі психикалық сырқаттарды шолуға студенттерді алып барған кезде олар біріншіден бөлімшеге кіруге қорқады, кіре салысымен жан-жағына қауіппен қарап, қатер күтіп тұрады.

Шын мәнісінде бөлімшедегі науқастардың басым көпшілігі тиесілі дәрілері тағайындалып, тынышталған соң бақылау палатасынан шығарылып, қалыпты тыныш бөлмеге ауыстырылады, ал олардың арасынан әдеттен тыс ерекше қимыл көрсететін, адамға нақты қауіп төндіретіндері болмайды. Оларға тақалып, ауру тарихын сұрастырғанда ештеңеден жасқанбай науқасты өз аяңа алып, бейімдей білу керек. Егер науқас сөйлесуден бас тартып жатса немесе ештеңеге жауап бере алмайтын жағдайда болса онда оны күштеудің қажеті жоқ, оны реті келіп жағдайы оңалғанда, немесе жақын-жуықтарын шақыртып, ауру тарихын жинауға болады. Психикалық ауытқуы бар науқастарға тек психоз жағдайында болса, яғни есін толық игере алмайтын жағдайда болса ғана сақтықпен қарау керек, негізінен соматикалық жағдайы бірқалыпты болса психоз үстінде науқасты артық мазалаудың қажеті жоқ. Ал қалған уақытта басқа терапиялық профильдің саласындағыдай науқасқа тақалып, оның адамдық қасиеті мен ерекшелігін ескере отырып дұрыс тіл табысса, өзіңе қажетті ақпаратты жинау ешқандай қиындық туғызбайды. Бұл аталғандарды басқа профильдерде жұмыс істейтін біздің дәрігер интерндеріміз де қаперлеріне алғаны жөн, себебі олар психиклық ауытқуы бар науқасты байқаған бетте, жасқанып, сөйлеспестен бірден психиатрларды кеңеске шақырады, ал кейбір жағдайларда ол негізсіз болып жатады. Жолдамамен келген науқастың жолдаушы қағазында қажетті ақпар көлемі мен диагноздың дұрыс бағыты көніл қанағаттанарлықтай деңгейде болмай жатады. Психикалық науқастардың арасында психоз жағдайында болмаса күтпеген іс-әрекетке баратындар өте сирек кездеседі. Жалпы статистикалық мәліметтер бойынша психикалық ауытқуы бар науқастар мен сау болып саналатын тұрғындардың арасындағы қылмыстық іс жасағандар ара қатынасында аса көп айырмашылық жоқ. Сондықтан кейде мынандай сұрақтар туындап жатады: «Неге сіздер психикалық ауруы барларды ауруханадан шығарасыздар?». Бұл да бір психикалық ауруларға деген теріс көзқарастың белгісі. Психикалық сырқаттардың да түр-түрі болады, олардың арасында өмірі адамға зияны жоқ жандар жеткілікті, сондықтан оларды психикалық аурумен ауырды екен деп қамап қоюға ешқандай құқымыз жоқ. Бұл туралы арнайы заңдар қабылданып, онда психиатриялық ауруханаға түскен науқастардың құқықтары мен міндеттері, ауруханаға жатқызудың негіздерінен бастап толық көрсетілген [1.2].

Әсіресе қазақы менталитетке тән нәрсе, туған-туыстары психикалық аурумен сырқат болған жағдайда оны медициналық мекемелерде емдетуді кейінге қалдыра беріп, көбінесе халық

емшілеріне барады. Егер науқас тиесілі емді дер кезінде дұрыс қабылдағанда оның әлеуметтік жағдайға бейімделу деңгейі әлдеқайда ұзаққа созылар еді. Кей жағдайда адамның өз бойындағы бұзылыстарды өзі көре бермеуі мүмкін, оны айналасындағылар байқап, мына сияқты ескертулер: «Сен неге тым ашуланшақ болып кеткенсің», «Кейінгі кезде сен бір түрлісің» немесе «Түрің тым жүдеу көрінеді», тағытағы басқа да жайттар айтылуы мүмкін. Әсіресе өз-өзін толық игеріп, реттей алмайтын адамдар арасында психикалық бұзылыстар жиі болып тұрады. Кейбір жандар толық бойын жазып, дем алмайды да, бір күні құлағанша немесе өз-өзінен шығып, ақылы адасқан жағдайға дейін жүре береді.

Адамдарарасындағы түсінушілік, бір-біріне қолдау сезімін көрсету мен қайғысына ортақтасудың қаншалықты маңызы бар десеңші! Егер ол болмаса ше ? Әркім өз мәселесімен өзі қалып, өз мәселесін өзі шешуге тура келеді. Адам өмірінде кездесетін түрлі күйзеліс, қайғылы жағдайлар әркімніңақ басынан өтіп жатады, одан тек психикасы тым мықты жандар ғана өз бетімен бас көтере алуы мүмкін, ал психикасы әлсіз жандар ше? Олар жағдайдың өзгергеніне қарамастан сол күйзелістің құшағында қалып, күнделікті өмірге деген тиесілі қабілетін жоғалтып алуы мүмкін. Күнделікті өмірдің өзі күрес қой, оны күйзеліс жағдайындағы адам қалай жеңбек? Міне осындайда адамдардың бойындағы адамгершілік пен біреуге деген жанашырлық ауадай қажет.

Жалпы психикалық аурудың туындауына ішкі және сыртқы себептер әсер етеді деген түсінік бар. Ішкі себепке егер ол адамның тұқымында осындай сырқат түрі болған болса сырқаттану мүмкіндігі жоғарырақ болады. Ал сыртқы себепке күнделікті тіршілікте кездесетін түрлі мәселелер (жақынынан айырылу, жұмысын жоғалту, ұрыс-керіс, т.б.) жатқызылады.

Дәл қазіргі кездегі өзекті мәселенің бірі психикалық қорғансыз, жақын-жуығы жоқ адамдарды, егер олардың материалдық құндылықтары, нақтырақ айтсақ, пәтері болған жағдайда, оның қорғансыз екендігін байқап қалған қатігез адамдар аяусыз, жазды айтпағанда, қыстың қақаған аязына қарамай далаға шығарып тастап, орнына орнығып алған жағдайларды бұқаралық-ақпарат құралдары мәліметінен күәгер болып жүрміз. Психикалық науқастардың құқығын қорғауға арналған заң болғанымен ол қажетті көлемде жұмыс жасамайтынын көрсетеді. Психикалық науқастардың құқығын қорғауға арналған арнайы декларацияда [2], егер, психикалық сырқат белгілі себептермен ауруханаға жатып қалатын болса оның мүлкінің бүтіндігіне құқық қорғау орындары жауап береді деп келтірілген.

Қорыта келгенде айта кететін жайт, алдыңғы қатарлы елу елдің ішіне кіруді мақсат тұтқан еліміз үшін бұл жағымсыз нәрсе. Тіпті көшеде біреу құлап жатса оған келіп қол ұшын беретін адамдар бірен-саран, сондықтан дамыған шет елдердегідей оқыс жағдайда хабар беріп, шұғыл шара қолданылатын 111 жүйесін іске енгізудің қаншалықты зор екендігін атап өтпеске болмайды. Психикалық сырқаттармен жұмыс жасайтын дәрігер-психиатрларды толғандыратын тағы бір мәселе ол қазіргі кездегі енгізіліп жатқан емдеу хаттамаларына қатысты, онда бір патологияға тиесілі препараттарды екінші бір нозологияда қолдануға шектеу салынады. Ол психиатрлардың емдеу мүмкіндігінің аясын тарылтуға алып келеді, онсыз да қағаз жұмысына көп кететін уақытқа қосымша күшті талап етеді. Аталған емдеу хаттамаларында әр нозологияның шамамен емдеу ұзақтығы көрсетілген, алайда нақты тәжірибе жүзінде келетін болсақ диагноздары бірдей екі науқастың біреуіне небәрі 1 ай емделу жеткілікті болса, екіншісінің жағдайының тұрақталуына 3-4 ай, тіпті одан да көп уақыт кетуі мүмкін, сондықтан кей жағдайларда толық сауығу қалыптасып үлгермеген науқастарды уақытынан бұрын шығару мәжбүрлігі туындайды. Сондықтан әр профильдің өз ерекшелігін ескере отырып, нақты психикалық ауруларға қатысты емдеу хаттамаларын жасаған күннің өзінде, күнделікті тәжірибеде жұмыс жасайтын психиатр мамандардан сауалнама әдісі сияқты немесе ұсыныстарды ескере отырып жасаса, көмек беру тиімділігі арта түсер еді. Тағы бір тоқтала кететін жағдай, қазіргі кезде амбулаторлық көмек көрсетудің ықпалын арттыруға күш салған кезде тағы да психикалық сырқаттардың ерекшелігін ескере отырып, төсек санын бірден кемітпеген жөн, себебі ертең біздің психикалық сырқаттар қоғамдық орындарға жиі бас сұғатындықтан, олардың көбісінің аффективті реакцияларға, жанжал туғызу бейімдігі жоғарылығы салдарынан қоғамда резонанс қалыптасуы мүмкін. Қарапайым мысал келтіре кететін болсақ, автобуста өзімен-өзі сөйлесіп бір науқас кетіп бара жатса, оған елдің бәрі үрке қарауы мүмкін. Әрі ондай науқастарды бірден ауруханаға жатқызу туралы ұсыныстар түсіп жатады. Ал ондай науқастар саны өте көп. Науқаста белсенді психотикалық өзгеріс жоқ, тек қана созылмалы психикалық аурудың қалдық іздері болса ондай науқас жедел госпитализацияны талап етпейді.

Жалпы психикасы әлсіреп жүдеген науқастар қатты шу мен дыбыстарды көтере алмайды, ондай науқастардың тарапынан құқық қорғау орындарына көршілеріне деген түрлі сипаттағы арыз-шағымдар түсіп жатады. Мұндай науқастар тіпті көршілеріне қолайсыздық туындатып, олардың өз кезегінде психиатриялық ауруханаға науқасты жатқызуға өтініш беруіне мәжбүр етеді. Бұл мәселені ескерусіз қалдыруға болмайды, себебі төсек саны кемитін болса науқастардың басым көпшілігі қараусыз, өз еріктерімен үйлерінде отыруға тура келеді. Кейде тіпті амбулаторлық ем қабылдағанның өзінде, қабылдайтын дәрісі жеткіліксіз мөлшерде болса декомпенсация жағдайы жылдам туындап, қатты ашу мен ызаға берілсе, көршілеріне балта ала жүгіруден тайынбайды. Мұны психиатриялық науқастардың ерекшелігін білетін маман ретінде айта кетпеске бол-

майды. Аффективті тұрақсыз мұндай науқастарды көре тұра бұл сәтте оларды одан сайын ушықтыруға болмайды, солай ете отыра өз өміріңізді де, оның өмірін де сақтап қаласыз, әрі жағдайы ауыр болса байқатпай, амалын тауып, психиатриялық бригаданы және жергілікті полицияны қоса шақыртқан жөн. Тағы бір көтеретін мәселе, біздің психиатриялық көмек көрсету жүйесінде сау адамдардың психологиялық көмек алу мүмкіндіктері шектелген және оларға арнайы психологиялық тегін көмек беретін орталықтар жоққа жуық, әркім өз мәселесімен қалуға мәжбүр. Сау адамдардың психикасымен жұмыс жасаудың маңыздылығы, адамдарды ауру алды кезеңде, үрдіс әлі қайтымды сипатта болған кезде ауруға жеткізбей алып шығатын мүмкіндік бар. Сондықтан дәрігерлер тарапынан бұл мәселені жиі көтеру аса маңызды, әрі қажетті.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Закон Республики Казахстан от 16 апреля 1997 года. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» Внесен на рассмотрение Мажилиса Парламента РК постановлением Правительства РК от 29 декабря 2007 года № 1359.
3. Гавайская декларация (10.07.1983).
4. Протолколы диагностики и лечения – Приказ МЗ РК №303 март 2009.

Поступила 16.06.10

N. Shiderkhan, G. D. Bulanbayeva, A. B. Kuldibayeva, Z. B. Mukhazhanova
FORMATION OF HUMANE RELATION TO MENTALLY DISEASED PEOPLE IN SOCIETY

Authors' reflections and views concerning problems of formation in society of humane relations to mentally diseased people and their actuality in our modern world are given in this article.

Н. Шидерхан, Г. Д. Буланбаева, А. Б. Кульдибаева, Ж. Б. Мухажанова
ФОРМИРОВАНИЕ ГУМАННОГО ОТНОШЕНИЯ К ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОБЩЕСТВЕ

В статье приводятся размышления и взгляды авторов, касающиеся проблем формирования в обществе гуманных отношений к психически больным, и их актуальность в современном мире.

Е. Ю. Салихова

МОЗГОВОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра физиологии Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда)

Объективным критерием адаптации подростков к различным экстремальным факторам является оценка реактивности мозговых сосудов. Медико-биологические исследования показывают, что обучение в современной школе носит стрессовый характер, критические периоды возрастного развития детей сопровождаются снижением адаптационных возможностей организма и развитием целого ряда нозологических состояний [1, 2, 9]. Именно в подростковом возрасте школьный фактор исключительно сложен по набору одновременно воздействующих на организм раздражителей и стимулов. Внедрение новых форм обучения обрекают учащихся на умственную перегрузку на фоне неуклонного снижения двигательной активности [7, 8]. Специфика организации учебной среды, в условиях которой находится формирующийся организм, в значительной степени сказывается на мозговом кровообращении. Таким образом, реакция мозговых сосудов может служить объективным критерием, позволяющим оценить адаптацию подрастающего поколения к учебной деятельности, умственной и физической нагрузке [4, 5].

Целью нашего исследования было изучение мозгового кровообращения у подростков с разным уровнем двигательной активности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 40 подростков мужского пола I группы здоровья, в возрасте 15-16 лет, разделенных на две группы: I группа – подростки, находившиеся в условиях обычной повседневной двигательной активности; II группа – подростки с высоким уровнем двигательной активности (имеющие ежедневные тренировки).

Изучение мозговой гемодинамики проводили методом биполярной реоэнцефалографии (РЭГ) во фронтомастоидальном (F-M) отведении с помощью реографического комплекса «Мицар-РЕО», что позволяло получить информацию о кровообращении бассейна внутренней сонной артерии. Были использованы визуальный анализ реографической волны, анализ амплитудных и временных показателей реографической волны (А, I, D, Ом), отражающих период полного раскрытия сосуда и информирующих о состоянии сосудистой стенки. Проведена оценка скорости быстрого и медленного кровенаполнения (Ом/с), тонуса артерий головного мозга большого, среднего (α/Т, %) и малого калибра (дикротический индекс), тонуса вен (диастолический индекс) и венозного оттока [3, 6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Визуальный анализ реоэнцефалограмм подростков с разным уровнем двигательной активности выявил разницу внешней формы рео-

графической волны и ее отдельных деталей. Вершина реографической волны у подростков, как I, так и II группы, острая или слегка закругленная, что характерно для школьников подросткового возраста [3, 5]. У 60% обследуемых подростков I группы на нисходящей части реографической волны отмечается дополнительная волна, которая больше смещена к вершине, инцизура менее выражена, чем у подростков II группы. Выявленные изменения нисходящей части реографической волны указывают на повышение тонуса периферических сосудов и вен у подростков, не имеющих регулярных физических нагрузок.

Амплитудные параметры РЭГ подростков показали зависимость их от уровня двигательной активности. Максимальная амплитуда реоволны (А, Ом) подростков I группы выше (0,148±0,004 Ом в правом, 0,149±0,003 Ом в левом отведении), чем у подростков II группы (0, 120±0,001 Ом и 0,121±0,009 Ом соответственно), что свидетельствует о лучшем кровенаполнении церебральных сосудов подростков, занимающихся спортом. Величина амплитуды реографической волны на уровне инцизуры (I,Ом) и величина амплитуды на уровне дикротического зубца (D,Ом) также выше у школьников II группы (табл. 1).Таким образом, амплитудные параметры, являющиеся показателями интенсивности кровоснабжения и тонуса артериального русла, свидетельствуют о лучшем кровообращении бассейна внутренней сонной артерии подростков, занимающихся спортом. Кровоснабжение левого (FMs) и правого (FMd) полушарий равномерно как в I, так и во II группе исследуемых (табл. 1).

Анализ времени восходящей части реографической волны (А, с), характеризующий период полного раскрытия крупных артериальных сосудов, показал значения, соответствующие высшей границе нормы для исследуемого возраста (М. А. Ронкин, 1991). Таким образом, у подростков, не занимающихся спортом, отмечается более ригидная сосудистая стенка, о чем свидетельствует удлинение времени полного раскрытия сосудов левого полушария (0,124±0,006) (табл. 2). Такое временное значение восходящей части реоволны характерно для взрослого населения, у которых отмечается возрастное снижение эластичности мозговых сосудов.

Отношение времени восходящей части реографической волны к длительности всей реоволны (А/Т, %) показывает повышение тонического напряжения сосудов у I группы подростков (17,83% в правом и 16,25 % в левом полушариях). У II группы подростков этот показатель значительно ниже (15,17% и 13,98% соответственно) (табл. 2).

Показатель максимальной скорости быстрого наполнения, характеризующий кровенаполнение крупных артериальных сосудов, значительно выше у подростков II группы (3,54±0,50 Ом/сек в правом, 2,35±0,40 Ом/сек в левом полушариях). Скорость кровенаполнения крупных артериальных сосудов у обычных школьников значительно ниже (1,88±0,20 Ом/сек и 1,75±0,35 Ом/ сек соответственно). Средняя скорость медленного кровенаполнения, свидетельствующая о раскрытии средних и мелких артериальных сосудов головного мозга, у спортсменов в 2 раза выше, чем у обычных школьников (табл. 3). Кровенаполнение артериальных магистральных и периферических сосудов правого полушария происходит быстрее, чем левого в обеих исследуемых группах. Модуль упругости, свидетельствующий об эластичности артериальных сосудов ниже у детей I группы на 30% справа и на 47% слева.

Таким образом, исследования показали лучшую эластичность сосудов бассейна внутренней сонной артерии у подростков, имеющих регу-

Таблица 1.

Амплитудные параметры реоэнцефалограммы подростков, находящихся в режиме обычной (I группа) и повышенной двигательной активности (II группа).

Амплитудные показатели (Ом)	I группа		II группа	
	FMd	FMs	FMd	FMs
A	0,120±0,001	0,121±0,009	0,148±0,004	0,149±0,003
I	0,070±0,02	0,067±0,02	0,082±0,03	0,076±0,03
D	0,079±0,02	0,075±0,02	0,100±0,02	0,089±0,02

Таблица 2.

Временные показатели мозговой гемодинамики подростков с разным уровнем двигательной активности

Показатели	I группа		II группа	
	FMd	FMs	FMs	FMs
A, с	0,115±0,003	0,124±0,006	0,112±0,005	0,115±0,006
A1, с	0,053±0,002	0,059±0,001	0,050±0,001	0,051±0,008
T, с	0,744±0,080	0,757±0,080	0,738±0,060	0,725±0,060
(A/T) %	17,83	16,25	15,17	13,98

Таблица 3.

Зависимость показателей РЭГ подростков от уровня двигательной активности

Показатели	I группа		II группа	
	FMd	FMs	FMd	FMs
Скорость быстрого кровенаполнения, Ом/сек	1,88±0,20	1,75±0,35	3,54±0,50	2,35±0,40
Скорость медленого кровенаполнения, Ом/сек	0,47±0,09	0,42±0,13	0,78±0,20	0,67±0,10
Модуль упругости, %	18,7±2,40	24,9±7,20	13,1±0,80	13,1±0,50

лярную физическую нагрузку. У обычных школьников эластичность церебральных сосудов правого полушария на 25% лучше эластичности сосудов левого полушария (табл. 3).

Дикротический индекс (отношение величины амплитуды реографической волны на уровне инцизуры к максимальной амплитуде реоволны), характеризующий тонус артериол и зависящий от периферического сопротивления сосудов, выявил достоверные отличия у подростков исследуемых групп. 70% исследуемых имели показатели, соответствующие норме, у 30% исследуемых данной группы выявлено снижение дикротического индекса на 16%, повышение тонуса артериол у тренированных подростков не отмечено. У школьников, не имеющих физической нагрузки, повышение тонуса отмечается у 15% обследуемых, у 35% подростков этой группы выявлено снижение дикротического индекса на 19%, нормальные показатели отмечены только у 50% обследуемых.

Таким образом, тонус артериол головного мозга у подростков II группы можно считать удовлетворительным, подростки I группы имеют удовлетворительный тонус артериол только в 50% исследований (рис. 1).

Диастолический индекс (отношение величины амплитуды на уровне дикротического зубца к максимальной амплитуде реографической волны), который отражает состояние оттока крови из артерий в вены и тонус вен, соответствует возрастным показателям у 80% подростков II группы и у 33% подростков I группы. У 50% школьников с обычным двигательным режимом выявлено снижение диастолического индекса и повышение данного индекса у 17% исследуемых.

Таким образом, наши исследования выявили удовлетворительное состояние тонуса вен у тренированных подростков и выраженное снижение эластичности венозных сосудов у школьников, не имеющих регулярной физической

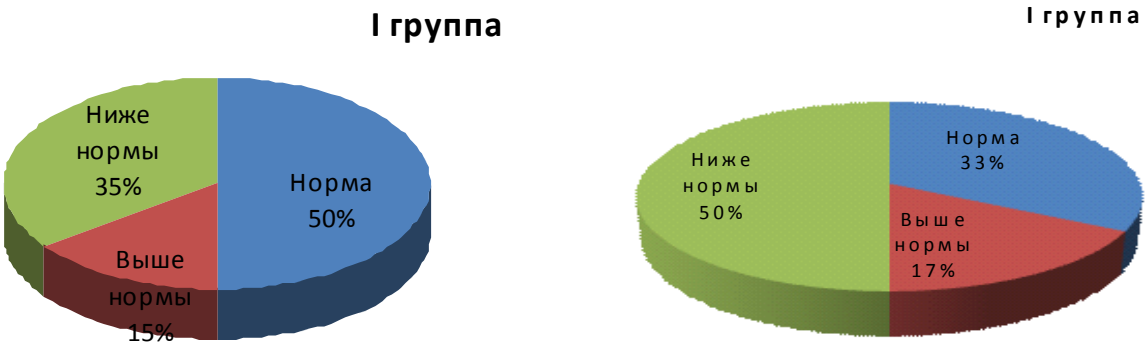


Рис. 1. Состояние периферического сосудистого сопротивления головного мозга подростков с разным уровнем двигательной активности

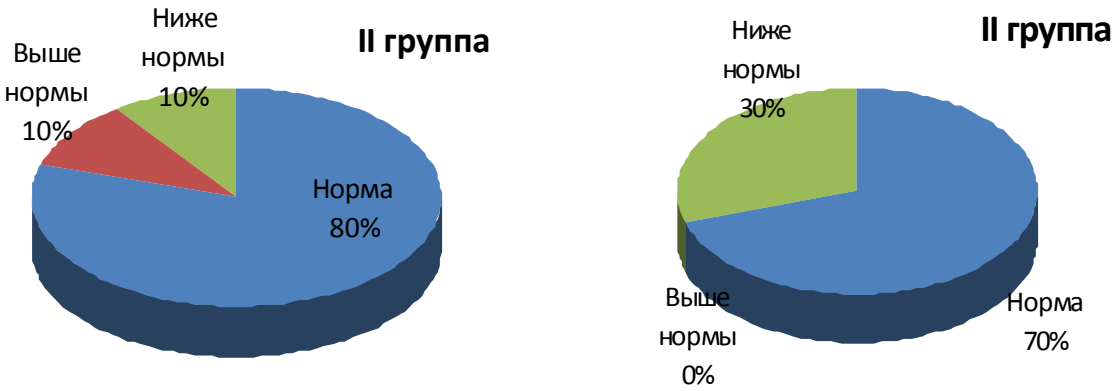


Рис. 2. Состояние тонуса вен бассейна внутренней сонной артерии у подростков в зависимости от уровня двигательной нагрузки

нагрузки (рис. 2).

ВЫВОДЫ

1. Тренированные подростки имеют хорошую эластичность артериальных сосудов головного мозга, что выражается более быстрым раскрытием сосудов при их кровенаполнении. Скорость кровенаполнения сосудов мозга у тренированных подростков выше на 50%. У школьников, находящихся в обычном двигательном режиме, пульсовое кровенаполнение артериальных сосудов значительно снижено.

2. Эластичность периферических артериальных сосудов головного мозга, тонус вен, венозный отток обследуемых подростков, занимающихся спортом, соответствуют возрастной норме. У подростков, не имеющих регулярной физической нагрузки, данные показатели соответствуют норме в 30% случаев.

3. Мозговое кровообращение подростков, имеющих регулярные физические нагрузки, находится на более высоком уровне по сравнению с подростками , имеющими обычный двигательный режим. Следовательно, различный уровень двигательной активности приводит к разнонаправленным изменениям показателей церебральной гемодинамики, которые обусловливают широкие функциональные возможности адаптации подростков к различным стрессовым факторам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова М. В. Физическое развитие и состояние здоровья учащихся /М. В. Антропова, Г. Г. Манке, Г. В. Бородкина //Здравоохранение РФ. – 1997. – №3. – С. 29 – 33.
2. Бородкина Г. В. Состояние здоровья детей старшего школьного возраста при профилированном обучении //Педиатрия. – 1994. – №4. – С. 77 – 80.
3. Зенков Л. Р. Функциональная диагностика нервных болезней /Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин. – М.: Медицина, 1991. – 640 с.
4. Михайлова И. М. Реоэнцефалографические показатели адаптивных реакций на нервно-психическую нагрузку в норме и при сосудистой патологии мозга //Физиология человека. – 1996. – Т. 12. – №1. – С. 125 – 131.
5. Особенности функционального состояния миокарда и мозгового кровообращения детей 7-10 лет с разными вариантами автономной нервной регуляции сердечного ритма /А. Н. Шарапов, В. Н. Безобразова, С. Б. Догадкина, Г. В. Кмить // Физиология человека. – 2009. – Т. 35. – №6. – С. 76 – 84.
6. Ронкин М. А. Реография в клинической практике /М. А. Ронкин, Л. Б. Иванов. – М. – 1997. – 403 с.
7. Русанов В. Б. Влияние информационной среды на функциональные особенности мозгового кровообращения формирующегося организма // Патол. физиология. – 2007. – Т. 8. – С. 445 – 454.
8. Русанов В. Б. Формирование гемодинамики школьников старших классов под влиянием наличия и отсутствия тренировок на выносливость /В. Б. Русанов, Е. С. Лучицкая. – 2007. – Т. 8. – С. 104 – 111.
9. Сухарев А. Г. Формирование адаптационных возможностей организма детей и подростков // Вестн. Рос. АМН. – 2006. – №8. – С. 15 – 18.

Y. Y. Salikhova

TEENAGERS CEREBRAL CIRCULATION WITH DIFFERENT LEVEL OF LOCOMOTIVE ACTIVITY

The investigation of cerebral circulation functional condition of teenagers aged 15-16 years with different level of locomotive activity was conducted. Reliable distinctions of a vascular tone, elasticity, blood filling velocity of large and small calibre cerebral vessels at the teenagers who are in conditions of habitual daily functional activity and teenagers having regular physical trainings are revealed. It is shown, that continual physical activity provides the most optimal regulation mechanism of a developing organism cerebral circulation.

Е. Ю. Салихова

ӘРТҮРЛІ ҚИМЫЛ БЕЛСЕНДІЛІГІ ДӘРЕЖЕСІНДЕГІ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫ

Әртүрлі қимыл белсенділігі жағдайындағы 15-16 жастағы жасөспірімдердің ми қанайналымының қызметтік жағдайын зерттеу жүргізілді. Қалыпты күнделікті қимыл белсенділігі жағдайындағы және жүйелі дене шынықтыратын жасөспірімдердің ірі және кіші калибрлік ми қантамырларының қан толу жылдамдығының, серпінділігінің, тонус көрсеткіштерінің анық айырмашылықтары зерттелді. Үнемі физикалық жүктеме қалыптасып келе жатқан организмнің ми қанайналымының реттелуінің оптималдық механизмін қамтамасыз ететіні анықталды.

**Н. Шидерхан, Г. Д. Буланбаева,
Р. М. Исабекова, Ж. Б. Мухажанова,
Д. А. Мукаева**

ЭМОЦИИ И ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра психологии, психиатрии и наркологии Карагандинского государственного медицинского университета, ГУ Психиатрический диспансер (Темиртау), ГУ ПНД (Жезказган)

Поводом для написания этой статьи явилась публикация из «The British Journal of Psychiatry» на тему «Чувство отвращения и психическое заболевание: помним ли мы?». В статье представлены размышления и особый взгляд на чувство отвращения, психологический и психопатологический аспекты анализа данного чувства у практически здоровых лиц и людей, страдающих психическими расстройствами. Примечательно, что в отечественной литературе данная тематика, в основном, рассматривается в рамках исследования расстройств приема пищи и связанных с нею состояний, тогда как, по данным вышеуказанного журнала, количество опубликованных по этой теме статей в зарубежных изданиях с каждым годом увеличивается, а спектр исследований достаточно широк и охватывает практически все пограничные психические расстройства. В свете вышеизложенного возник интерес к исследованию чувства отвращения в когорте беременных женщин, динамике его в период беременности и возможному влиянию на формирование невротических расстройств и невротических реакций. Соответственно высказаны предположения о возможности психокоррекции и психотерапии нарушенного эмоционального состояния женщин, испытывающих отвращение при помощи метода символдрамы, позитивной психотерапии.

Нами проведено психологическое консультирование беременных женщин, имеющих жалобы на наличие негативного эмоционального реагирования в периоде беременности. В клинико-психологическом интервьюировании беременных женщин с коморбидными пограничными психическими расстройствами среди актуальных эмоций выявлено явное преобладание чувства отвращения. Также имелись беременные женщины, страдающие шизофренией, которые также нередко испытывали в отношении близких людей чувство отвращения, что относится к психопатологическому проявлению эмоциональной парадоксальности.

Поговорка «Что отражаешь, то получаешь» как нельзя лучше отражает смысл явления, когда люди, очень часто пользующиеся отрицательными эмоциями, в свою очередь вызывают у окружающих людей аналогичное реагирование. При этом «автор» эмоции может не осознавать порой в полной мере собственного участия в этом процессе. И, таким образом, повторяясь многократно, подобная реакция приводит к подкреплению этого чувства на подсознательном уровне и возможности его «клиширования». Тогда как неадекватная эмоциональная реакция отвращения у людей с психическими расстройствами часто улавливается и подвергается более жесткой критической оценке и остракизму, общество очень часто избегает общения с такими людьми, лишая их возможности межличностного и социального контакта, очень нужного для приобретения положительного опыта коррекции. То есть человеку с искаженной эмоциональной реакцией нелегко живется в социуме и микросоциуме.

Задача психологов-консультантов и психотерапевтов – распознать людей с выраженным чувством отвращения и разработать алгоритмы коррекционных мероприятий и методики. Возникает такой вопрос: как это делать? Наверное, известна фраза «исцеление любовью», являющаяся своеобразным гимном гуманистической психологии, когда предполагается развитие любви внутри себя - осознаваемое, а не вытесняемое. Ведь если из сознания вытеснена любовь, то человек черствеет, в его сознании будет преобладать множество негативных эмоций, а не только чувство отвращения. Та любовь, которая находится внутри нас, выражена у кого-то больше, у кого-то меньше. Другой вопрос состоит в возможности проявлений любви, свободы этого проявления, и, как оказалось, не все способны это делать. Почему? Это объяснимо подверженностью стереотипам мышления и социального поведения в нашем жестком, урбанизированном современном обществе, копированием таких патернов поведения из родительской или этнической среды. Начиная осознавать этот процесс, мы можем сказать себе - стоп! Дальше нужно формировать у себя новые типы поведения. Например, если вы любили, но при этом никогда не говорили или даже намека не давали на проявление своих чувств, психотерапевт или психолог учит вас, как это выразить словами или поступками, действиями. Так мы формируем эмоциональный опыт позитивных эмоций.

Мы должны знать, что, изменяя мысль путем когниции, можно поменять поведение, и наоборот. Многое зависит и от наших ожиданий в отношении человека. Признавая, что каждый человек – это бесценная индивидуальность и креативность, мы ожидаем, что он способен к позитивным изменениям на любом этапе своего жизненного пути. Особенно важен подобный гуманистический подход психолога и психотерапевта в отношении людей с психическими расстройствами, так как здесь зачастую имеется пессимизм специалиста об их неизлечимости, относимый и к профессиональному выгоранию специалистов в области ментального здоровья, и стигматизации психически больных, иногда подстегиваемой самими психиатрами и психотерапевтами. Тут можно привести пример из семьи наркозависимых. Обычная фраза жены зависимого от алкоголя человека: «Ты сейчас уходишь, и

опять будешь пить с друзьями», и со стопроцентной вероятностью можно сказать, что оно так и будет, потому что уже от него этого ожидают. Можно было бы заменить эту фразу на следующую: «Ты сегодня устал, немножко отдохни, а с друзьями потом увидишься». И таким образом направляя его на верный путь, остерегая от очередной выпивки без крика и без рева, жена может способствовать реабилитации своего близкого. Единственным шансом для такого человека, утопающего в зависимости, явится ее психологическая помощь, изменяющая отношение жены к больному мужу и его отношение к себе, с обучением его расслабляющей технике, регулярным подкреплением позитивным паттернам поведения, новому семейному и жизненному стилю. Человеческая душа – это тонкое дело, поэтому нашей задачей является сохранение душевного равновесия и стимуляция личностного развития и роста. Это непростая, но выполнимая задача.

В акушерско-гинекологической практике беременные с частыми токсикозами, согласно данным клинико-психологического интервьюирования, в основном живут в психологической дискомфортной среде. Тут нередко внутренняя дисгармоничность приводит к частым конфликтам с окружающими людьми. Чувство отвращения, преимущественно к еде, у них усиливалось, после очередного конфликта или при психотравмах различного характера (занятие нелюбимым делом, постоянное присутствие неприемлемого объекта рядом, физическое и психическое переутомление). Пример: на прием к врачу обратилась женщина с рефлюкс-эзофагитом, сопровождающимся ярчайшей вегетативной симптоматикой. Как выяснилось потом, она ненавидела своего мужа с момента выхода за него замуж, и в последующем подавленное чувство отвращения символически проявилось на физиологическом уровне в виде вышеуказанных приступов.

Еще один пример: выраженное чувство отвращения сформировалось у девочки, в семье которой не допускалось никакое дотрагивание до грязных вещей, да и к остальным предметам домашней утвари, без разрешения родителей, в семье царствовало мнение о том, что «в доме не должно быть никакой грязи». Этот ребенок демонстрировал в социуме страх перед контактами, отличие от своих сверстников в свободе проявления эмоций. Стиль этой семьи может быть чреват формированием у девочки в дальнейшем страхов и навязчивостей.

Таким образом, совершив некоторый экскурс в психологию негативных эмоций, в заключение хочется отметить, что эмоции, которыми мы обладаем, все хороши, и все выполняют определенные функции, но они должны сочетаться друг с другом гармонично, уместно. Нельзя рассматривать негативные эмоции как основную причину возникновения психических заболеваний, но важно учитывать их роль. С древних времен известна теория цигун, говорящая о градации влияния эмоций на организм, с формированием определенных заболеваний внутренних органов. Например – гнев разрушает мозг, а печаль – к заболеванию легких. Поэтому так важно сохранить внутреннюю гармонию – она является залогом соматического благополучия.

Одним из примеров развития эмоционального спектра может служить следующее упражнение, относящееся к варианту символдрамы: предлагается войти в состояние пяти основных эмоциональных состояний, используя символы животных, ассоциирующихся с этими эмоциями. Так, эмоцию тепла, эмпатии можно изобразить в позе кошки, нежно ласкающей и облизывающей своих котят. Эмоция неги, блаженства, расслабленности воспроизводится в позе цапли, если встать на одну ногу, положив стопу другой в подколенную ямку первой, расставить руки, постепенно опуская их и как бы «засыпая». Третья поза более агрессивна и символизирует поведение змеи, жалящей противника ядовитым раздвоенным языком, что воспроизводится резкими движениями вперёд пальцев рук. Следующее эмоциональное состояние – самоуверенности и самодостаточности в позе дракона, надменно глядящего вниз с широко раскрытым торсом, гордо поднятой головой. И наиболее часто зажимаемое чувство – агрессии – проигрывается в движениях тигра, грубо «рвущего» свою «жертву» захватывающими с широким размахом движениями рук. Представляется, что практически весь спектр эмоций можно символически изобразить в позах и движениях каких-либо животных. Подобный тренинг полезен людям всех возрастов, помогая отреагировать чувство внутреннего напряжения, злость, другие негативные эмоции. Эта методика относится не только к символдраме, но является и производной от телесно-ориентированной терапии.

Становление адекватного стиля семьи - также один из способов формирования здоровых и позитивных эмоций, и здесь наиболее востребованным в современном мультиэтническом обществе предстаёт метод позитивной психотерапии Носсрата Пезешкина, ориентирующий общество и человека на культуральные и семейные ценности и традиции.

Психогигиеническая культура постепенно развивается в нашем обществе, сочетая усилия психологов и психотерапевтов, валеологов и священнослужителей, в чьих силах предотвратить застревание на негативных эмоциях, сформировать копинговые модели поведения, развивать превентивную психиатрию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства: Рук. для врачей. – М.: Медицина, 1993.
2. Василюк Ф. Е. Психотехника переживания. – М., 1990.
3. Вассерман Л. И. Методы нейропсихологической диагностики /Л. И. Вассерман, С. А. Дорофе-

ева, Я. А. Меерсон. – СПб, 1997.
4. Воронова Г. Л., Справочнок врача-психиатра /Г. Л. Воронова, А. Е. Видренко, И. Д. Шевчук //2-ое издание перераб. и доп. – Киев, Здоровье, 1990. – С. 352.
5. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. – М., 1960.
6. Гиндикин В. Я., Семке В. Я. Соматика и психика. – М., 1998.
7. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М., 1986.
8. Изард К. Э. Психология эмоций. – СПб, 1999.
9. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб, 1996.
10. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Учебник. – СПб, 2004. – 541 с.
11. Любченко М. Ю. К вопросу о тактике и эффективности психотерапии психосоматических пациентов /М. Ю. Любченко, Л. Л. Мациевская // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Научно-практический журнал. – М., Павлодар, 2007. – Т. XIII. – №1. – С. 37 – 41.
12. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М., 1996.
13. Обухов С. Г. Психиатрия: Учебное пособие под редакцией проф. Ю. А. Александровского. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 345 с.
14. – Increased activation of the anterior cingulated cortex during progressing of disgust faces in individuals with social phobia /N. Amir, H. Klumpp, J. Elias, et al. //Biological Psychiatry. – 2005. – №57. – P. 975 – 981.
15. Bunmi O. , Olatungi et Dean Mckay. Чувство отвращения и психическое заболевание: помним ли мы? – The British Journal of Psychiatry. – Reprint – 2007. – №3. – A. 3 – 5.

Поступила 16.06.10

N. Shiderkhan, R. M. Isabekova, G. D. Bulanbayeva
EMOTIONS AND MENTAL DISEASES

There are thoughts and views of authors concerning actual problems of psychological health from the points of different psychoprophylactic and psychotherapeutical approaches correlating with development of psychohygienic culture of society.

Н. Шідерхан, Р. М. Исабекова, Г. Д. Бұланбаева
ЭМОЦИЯ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР

Мақалада авторлар психологиялық саулыққа қатысты маңызды мәселелер қозғап, қоғамда психогигиеналық мәдениетті қалыптастыруға бағытталған түрлі психотерапиялық және психокоррекциялық тәсілдер келтіреді.

Н. К. Айткожинова

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА С ЭТНИЧЕСКОЙ, ПОЛОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ И ФЕНАМИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кафедра внутренних болезней №1 АО
«Медицинский университет Астана»

Среди лиц молодого возраста регистрируется широкая распространенность синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), достигающая 80% [3, 5]. Одним из наиболее важных и частых ее проявлений являются малые аномалии развития сердца (МАРС). В настоящее время раннее выявление МАРС, в том числе прогностически неблагоприятных, представляет большие сложности, несмотря на доступность и простоту ультразвуковой диагностики. Отсутствие субъективных проявлений заболевания до развития серьезных осложнений делает неприемлемым проведение специального исследования только в группе симптомных пациентов. Повышение выявляемости МАРС у лиц молодого возраста возможно при условии включения в плановые медицинские осмотры эхокардиоскопии у лиц из группы риска. Стратификация риска МАРС при обследовании большого контингента может быть проведена на основании анализа фенотипических проявлений НДСТ, поскольку известно, что более чем в 80 % случаев обнаружение внешних стигм соединительно-тканной дисплазии позволяет ожидать при ЭхоКГ обследовании выявления признаков МАРС [2, 3]. Тем не менее, удобные для практического применения подходы к стратификации риска МАРС в зависимости от половой и этнической принадлежности не разработаны. Поэтому представляется актуальным изучение особенностей фенотипа лиц с МАРС во взаимосвязи с гендерной и этнической принадлежностью.

Цель исследования – провести анализ зависимости частоты МАРС от этнической, половой принадлежности и фенотипических проявлений НДСТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено открытое поперечное исследование 549 лиц молодого возраста (15-25 лет). У 212 обследованных (38,6%) при проведении ЭхоКГ были выявлены различные варианты МАРС. Медиана возраста лиц с МАРС составила 19,4 лет. Из 212 обследованных было 132 юношей (62,3%), девушек 80 (37,7%). Лица монголо-

идной расы в изучаемой выборке преобладали (165 человек; 77,8%) над европеоидами (47 человек; 22,2%).

Для учета внешних и внутренних проявлений НДСТ проводились клиническое и инструментальные исследования по единой программе. Фены НДСТ определялись с учетом рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов (2009) [4]. В число основных параклинических методов исследования входили общие анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, экскреторная урография по показаниям, осмотр окулиста, ортопеда, рентгенография органов грудной клетки, плантография, по показаниям рентгенография суставов.

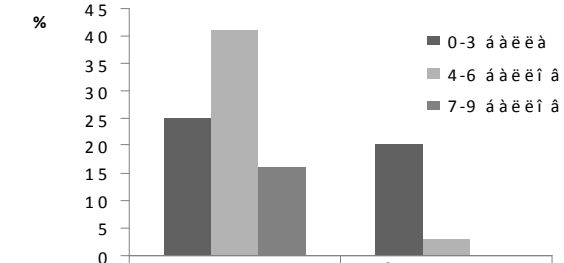
Описание количественных признаков проводили с использованием медианы (Me) и интерквартильного размаха (ИР). Сравнение в независимых выборках осуществляли с применением теста Манна-Уитни. Частоту встречаемости выражали в процентах, рассчитывали 95% доверительные интервалы (ДИ) в соответствии с рекомендациями [1]. В качестве меры сравнения использовали относительный риск (ОР). 95% ДИ для относительного риска рассчитывали по методу Каца [1]. Сравнение независимых выборок по бинарному признаку проводили с применением критерия χ^2 и анализа 95% ДИ. Анализ данных производился с использованием программ Statistica 7.0 и MS Excel 2007.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частыми видами МАРС у обследуемых были пролапс митрального клапана (ПМК), выявленный у 78%, аномалии расположения/количества хорд (9%), их сочетание (9%). Анализ частоты различных видов МАРС в зависимости от этнической принадлежности показал отсутствие статистически значимых различий в распространенности данных признаков у монголоидов и европеоидов. Гендерная принадлежность также не оказывала влияния на частоту встречаемости различных вариантов МАРС. Так, например, частота ПМК у девушек составила 80% (95% ДИ 64,3-95,7), а у юношей 77,5% (95% ДИ 68,3-86,7), при ОР 1,0 (95% ДИ 0,8-1,3); $\chi 2 = 0,07$; $p>0,05$.

Ассоциированные с МАРС внешние и внутренние признаки НДСТ были черезвычайно многообразны. В зависимости от того, какие органы, системы и ткани были вовлечены в патологический процесс, все проявления НДСТ были разделены на следующие группы: костно-суставные изменения, изменения кожи и мышц, изменения органа зрения, сердечно-сосудистой, бронхолегочной, мочеполовой систем. Кроме того, помимо достаточно выраженных органных и системных изменений, учитывались малые аномалии развития – анатомические врожденные изменения, выходящие за пределы нормальных вариаций, но не нарушающие функцию органа [4].

Выявленные костно-суставные изменения у обследованных были связаны преимущественно со слабостью связочного аппарата. Наиболее часто встречались гипермобильность суставов и плоскостопие. Гипермобильность статистически значимо, в 5,3 раза чаще наблюдалась у лиц монголоидной расы – 69,5% (95% ДИ 59,5-79,5) в сравнении с европеоидами – 13,0% (95% ДИ -0,7-26,7). Плоскостопие было распространено среди представителей славянской этнической группы (39,1% (95% ДИ 19,2-59,0), что более чем в 2 раза превышало частоту данного фена у лиц, принадлежащих к тюркской этнической группе. У монголоидов гипермобильность не только чаще встречалась, но и была более выраженной (рис. 1). Медиана баллов гипермобильности по P.Beighton et F.Horan [6] у представителей тюркской этнической группы составила 4,6 (ИР 3; 6), у славян – 2,6 (ИР 2;3).



	Ì î í ãî ëî èäû	Åâðîïåîèäû
0-3 áàëëà	25	20
4-6 áàëëî â	41	3
7-9 áàëëî â	16	0

Рис. 1. Частота гипермобильности суставов (в баллах по P. Beighton et F. Horan) в зависимости от этнической принадлежности

Различия между этническими группами были статистически значимыми ($p<0,001$). Половая принадлежность не оказывала влияния на частоту костно-суставных проявлений НДСТ. Изменения кожи и мышц не имели зависимости от этнической принадлежности, за исключением атрофических юношеских стрий, которые чаще выявлялись у монголоидов (ОР 3,2 (95% ДИ 1,3-8,0); $\chi^2=10,6$; $p<0,05$). Гендерная принадлежность значимого влияния на частоту изменений кожи и мышечной системы не влияла.

Из наиболее частых нарушений со стороны органа зрения выявлялись подвывих хрусталика и миопия, не имевшие межэтнических и межгендерных различий в распространенности. Также не было выявлено достоверных различий в частоте встречаемости фенов НДСТ пищеварительной и мочевыделительной систем. Достаточно часто как у монголоидов, так и европеоидов, в равной мере у юношей и девушек в среднем в 30% случаев выявлялся нефроптоз различной степени выраженности.

Особый интерес представлял анализ частоты внешних фенов НДСТ у лиц с МАРС, поскольку данные признаки являются наиболее доступными для учета.

Учитывались 20 основных фенов. Этниче-

Таблица 1.

Частота встречаемости некоторых внешних фенов НДСТ в зависимости от этнической принадлежности у лиц с МАРС

Вид малых аномалий развития	Монголоиды		Европеоиды		RR (95%ДИ)	χ^2	p
	n	Pr, % (95% ДИ)	n	Pr, % (95% ДИ)			
Аномальный рисунок роста волос	79	47,6 (36,8-58,4)	9	17,4 (1,9-32,9)	2,7 (1,1-6,8)	19,9	p<0,05
Эпикант	157	95,1 (90,4-99,8)	5	8,7 (-2,8-20,2)	10,9 (2,9-41,0)	16,5	p<0,05
Диастемы	139	84,1 (76,2-92,0)	9	17,4 (1,9-32,9)	4,8 (2,0-11,8)	16,4	p<0,05

ская принадлежность была значимым фактором, влияющим на частоту аномального рисунка роста волос, эпиканта и диастем (табл. 1). Эти признаки чаще наблюдались у монголоидов, причем распространенность эпиканта превышала аналогичный показатель у европеиодов в 10,9 раза.

Половая принадлежность в меньшей степени влияла на распространенность внешних признаков НДСТ. Только диастемы были более распространены среди юношей, чем среди девушек (ОР 2,0 (95% ДИ 1,2-3,0); χ^2 = 0,32; p<0,05).

Таким образом, наиболее частыми вариантами МАРС у лиц молодого возраста являются пролапс митрального клапана и аномалии расположения/числа хорд. Этническая и гендерная принадлежность не влияют на частоту МАРС. В то же время у лиц с МАРС монголоидной этнической группы статистически значимо чаще встречаются гипермобильность суставов, атрофические юношеские стрии, аномальный рост рисунка волос, диастемы и эпикант. Гипермобильность суставов у монголоидов не только чаще встречается, но и является более тяжелой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация /П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач //Український медичний часопис. – 2005. – №2. – С. 113 – 120.
2. Земцовский Э. В. Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце //Аналитический обзор. – СПб, 2007. – 79 с.
3. Земцовский Э. В. Соединительно-тканные дисплазии сердца. – СПб, 2000. – 96 с.
4. Наследственные нарушения соединительной ткани //Э. В. Земцовский, А. И. Мартынов, В. И. Мазуров и др. – М., 2009. – С. 7 – 12.
5. Терминология, определение с позиций клиники, классификация врожденной дисплазии соединительной ткани /В. М. Яковлев, Г. И. Нечаева, И. А. Викторова, А. В. Глотов //Тез. симпоз. «Врожденная дисплазия соединительной ткани». – Омск, 1990. – С. 3 – 5.
6. International Nosology of Heritable Disorders of Connective Tissue /P. Beighton, De A. Paepe, D. Danks et al. – Berlin, 1986 //Am. J. of Medical Gen. – 1988. – № 29. – P. 581 – 594.

Поступила 21.06.10

N. K. Aitkozhinova

THE ANALYSIS OF HEART DEVELOPPEMENT SMALL ANOMALIES INTRACONPECTIONS WITH ETHNIE, SEXUAL AND TENS OF CONJUNCTIVE TISSUE UN DIFFERENTIATED DYSPLASIA

The analysis of heart development small anomalies frequency dependence on ethnic, sexual belonging and fenotipycal manifestations of conjunctive tissue undifferentiated dysplasia syndrome at 212 persons of young age was conducted. The most frequent variants (HDSA) at persons of young age were prolaps of left atrioventricular valve (78%) and anomalies of locations chards (9%). Ethnic and gender belonging didn't render affect on frequency of (HDSA). Persons with (HDSA) of mongoloid ethnic group statistically hard oftener hypermobility of joints atrophic youthful stries anomal growth of hair picture, diastema and epicant Hypermobility of joints at mongoloids exept more higt frequency was differed also by high rate of evidence.

Н. К. Айтқожинова

ЖҮРЕК ДАМУЫНЫҢ ШАҒЫН АНОМАЛИЯЛАРЫНЫҢ ЭТНИКАЛЫҚ, ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫСТЫЛЫҒЫНА ЖӘНЕ ЖАЛҒАСТЫРУШЫ ТІННІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫҚ ЕМЕС ДИСПЛАЗИЯСЫ ФЕНІНІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫНА ТАЛДАУ

212 жас адамдардың этникалық, жыныстық қатыстылығы мен дифференциалдық емес дисплазиясы синдромының жалғастырушы тінінің фенотиптік көріністеріне байланысты жүрек дамуының шағын аномалияларының жиілігіне талдау жасалған. Жүрек дамуының шағын аномалияларының жиі кездесетін варианттары ретінде жас адамдар арасында митральдық клапан пролапсы (78%) және хорд орналасу/саны аномалиясы (9%), сол сияқты олардың құрамдастылығы (9%) анықталған. Этникалық және гендерлік қатыстылықтары жүрек дамуының шағын аномалияларының жиілігіне әсер етпеген.

**Н. Д. Батпенов, К. Т. Оспанов,
Д. А. Цай, К. Ш. Акишев**

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТАБИЛЬНОСТИ НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (Астана), КГКП ГБ №1, (Караганда)

Переломы плечевой кости составляют 10-27% от общего числа всех переломов [1]. Основными их причинами являются: падения на горизонтальной поверхности – 59,2%, падения с высоты – 7,9%, спортивные травмы – 4,6%, автодорожные травмы – 17,1%, патологические переломы – 6,2%, прочие переломы – 5,1%.

В 94,4% случаев происходят закрытые переломы плечевой кости, в 5,6% случаев открытые. Неудовлетворительные результаты лечения переломов плеча могут достигать 50% при консервативных методах и 57,1% при оперативных. Среди получивших первичную инвалидность вследствие травм у 32,6% пациентов имелись переломы плечевой кости [2].

Большая часть неблагоприятных исходов обусловлена нерациональным выбором методов лечения и их осложнениями. Внедрение многих современных методов (например, «блокированного» внутрикостного остеосинтеза) сдерживает слабая материальная база многих ЛПУ. В связи с этим сохраняет актуальность оценка доступных и широко используемых методов лечения переломов плечевой кости с точки зрения их осложнений, а также предложение путей профилактики и лечения некоторых из них.

Предложенные различные методы фиксации переломов длинных трубчатых костей имеют свои показания и противопоказания в различных ситуациях. Одним из наиболее распространенных методов лечения переломов плечевой кости является экстракортикальный металлоостеосинтез. В зависимости от локализации повреждения плечевой кости используются пластины различных конструкций и конфигураций. Фиксация всех переломов методом накостного остеосинтеза невозможна, так как не является панацеей для всех условий идеального процесса регенерации, остеогенеза и консолидации костных отломков

При диафизарных переломах в последние годы применяются прямые широкие компрессирующие динамические пластины АО, .АО/ORIF, DCP, DCP/ASIF, Польди, Каштана-Антонова, Демьянова, «лапчатые» пластины Полякова, массивные двойные деротационные пластины, фиксация blade пластиной, узкие желобоватые пластины типа АО. Пластины LCP фирмы АО\ASIF\ Syntez становится новым стандартом лечения АО [4]. Все устройства должны проходить экспериментальное изучение.

Профессиональная деятельность травматологов сталкивается с необходимостью прогнозировать поведение и взаимовлияние организма, металлоконструкций и различных внешних воздействий. Физическое моделирование позволяет получить больше информации о биомеханике, избежать неудачных результатов и последствий, улучшить конструкции, в том числе и для лечения патологии верхних конечностей.

Цель исследования заключается в следующем: экспериментальное изучение степени стабильности отломков при переломах средней трети плечевой кости с биомеханической точки зрения при различных видах накостного остеосинтеза с последующей математической обработкой этих данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для остеосинтеза диафизарных переломов плечевой кости (рис. 1) нами предложено новое устройство (предварительный патент №20180) [5]. Устройство выполнено в виде металлической пластины 1, на противоположных концах которой расположены овальные отверстия – для кортикальных шурупов – 2 и круглые отверстия незначительно большего размера, чем установленные в них стержни – 3, при этом стержни имеют противоположно расположенные канавки, рабочий конец стержней заканчивается поворотной планкой – 5, на штифте – 3, а с противоположной стороны компрессирующей гайкой – 6. Причем пластина – 1, шуруп – 3 и стержни – 5 выполнены набором различной длины толщины и диаметра.

Наличие типоразмеров расширяет функциональные возможности устройства за счет осуществления репозиции костных отломков в различных направлениях и применения на различных видах костей. К устройству прилагаются вспомогательные объекты: торцовый ключ и спица Киршнера.

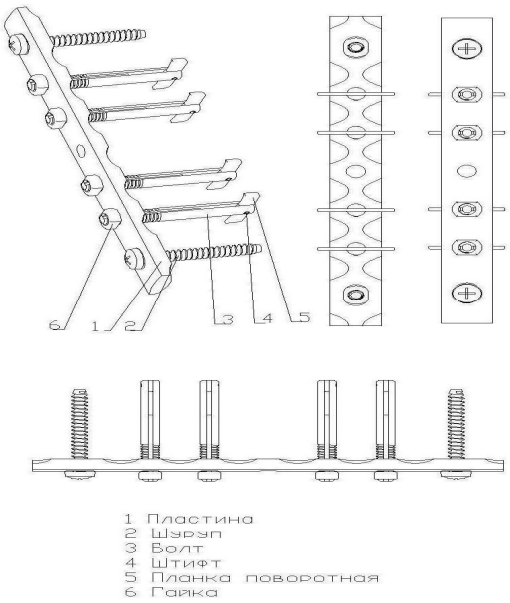


Рис. 1. Устройство для остеосинтеза диафизарных переломов плечевой кости

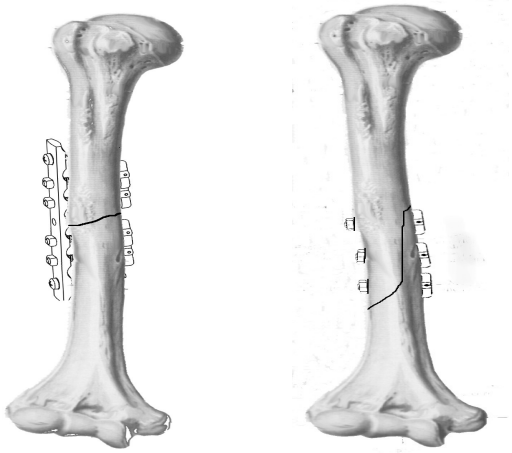


Рис. 2. Устройство для остеосинтеза диафизарных переломов трубчатых костей

Предполагалось построение создания моделей переломов с учетом классификации переломов, а также выполнение фиксаций последних с помощью различных моделей экстрамедуллярного остеосинтеза, который использован согласно биомеханическим требованиям.

Произведено моделирование различных видов накостного остеосинтеза, при переломах диафизов трупных костей животных и человека. Эксперименты проводились на свежевываренных костях животных и консервированных в формалине костях человека. Кости животных – поросят для более точного сравнения брались от одной особи с парных конечностей. Кости человека – от одного трупа. Бальзамирование и консервация костной ткани от животных не производилась для более достоверного результата. Проведено 2 серии экспериментальных исследований, каждая из которых содержит 12 опытов. Соотношение поперечных и косых переломов, гомо- и ксенокости представлены равными долями в эксперименте с целью повышения достоверности (табл. 1).

Таблица 1.
Соотношение поперечных и косых переломов

Вид перелома	Гомокость		Ксенокость		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Поперечные	6	25	6	25	12	50
Косые	6	25	6	25	12	50
Итого:	24				100	

Целый диафиз кости для монофокальных – безрычаговых, двухрычаговых, а также полифокальных моделей надпиливался и надламывался с помощью пилок и долот, далее производились все этапы накостного остеосинтеза последовательно одно за другим по системе АО. Для экспериментальных испытаний были отобраны только основные варианты переломов: поперечные и косые (рис. 3).

Экспериментальная часть исследования проводилась на аппарате КУИМ 40, Россия (рис.

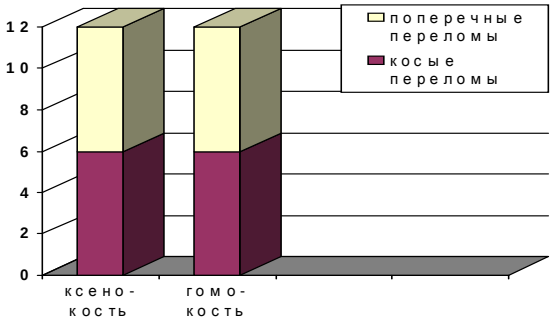


Рис. 3. Соотношение косых и поперечных переломов



Рис. 4. Аппарат КУИМ 40

4). После закрепления модели на пресс-машине и устранения люфта было воздействие с шагом 1 мм, скоростью 15 мм/мин, силой 1 КН; на растяжение, компрессией вдоль оси; давлением поперек оси в центре места линии излома модели, ротацию вдоль костной оси. Эксперимент для каждой модели считался оконченным при первом нарушении стабильности остеосинтеза.

Данные характеристики аппарата выводились, задавались и оценивались через персональный компьютер. Характеристика данного аппарата максимально 40 КН на сжатие и растяжение, скорость, шаг и сила устанавливаются произвольно через программу на персональном компьютере аппарата испытания и подготовки моделей.

Фиксация на прессаппарате производилась через взаимо-перпендикулярно проведенные спицы толщиной 2 мм с фиксацией на кольцах по методу и с помощью аппарата Илизарова, последний механически через переходное устройство закреплялся на двигающихся опорах прессмашины.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первую группу составили модели косого перелома диафиза кости с остеосинтезом без пластины. Вторую группу составили модели с поперечным переломом диафиза кости и остеосинтезом пластиной. Третью группу – модели с косым переломом диафиза кости с пластиной. Четвертую группу – модели с перелома с наличием осколка. Остеосинтез произведен винтами системы АО и предложенными нами стержнями

на костной ткани животных и человека.

Анатомические образцы – это 12 плечевых костей человека длиной от 301 до 361 мм и шириной канала от 8 до 11,6 мм на уровне диафиза. Длина костей животных составила от 200 до 251 см и шириной канала до 8 мм.

Плечевая кость была условно разделена на участки возможных переломов. Отломки разбиты длиной по возрастающей на 5 мм (рис. 5), затем была измерена ширина кости на каждом участке во фронтальной и в сагиттальной плоскостях, с помощью рентгенограмм, т.е. в прямой и боковой проекции, а также в двух косых направлениях под углом 45°. Общая длина (L) исследуемой плечевой кости составила 280 мм. Полученные размеры с каждого возможного уровня перелома были подставлены в формулу: Q пред (y) = (P 5(y) ■ L)/(2 (L - y) y), где: 10 мм 280 мм.

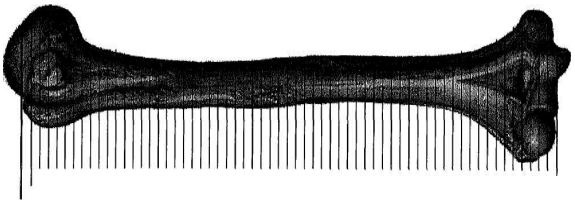


Рис. 5. Деление плечевой кости с интервалом 5 мм

J – сила, воздействующая вдоль оси кости;
Q – сила, воздействующая перпендикулярно оси костного отломка на уровне перелома;
X – общая длина кости;
y – длина отломка;
5 – поперечное сечение кости на уровне перелома и условно 8=const, в исследовании М. Пичхадзе
5 (y) – переменное поперечное сечение кости;
(y) – указатель функции от y;
$Q_{п}$. (y) – Q зависит от длинны отломка, т.е. является функцией от «y».

Испытуемая система «отломки – винты – пластина» в данном случае может быть представлена расчетной схемой. Геометрические характеристики стержня, моделирующего пластину (площадь поперечного сечения, моменты инерции при изгибе и кручении) можно заменить конструктивными геометрическими характеристиками, определенными в результате эксперимента. Конструктивный модуль упругости пластины при изгибе определяется

$$u_z = \frac{Pl^3}{48\ El_y} \quad ;$$

где – P приложенная сила,
L – длина,
E – свойство упругость костной ткани,
U – величина деформации,
I – момент инерции пластины.

Усилия определенны по Сен-Венану:

$$I_{уп} = \frac{1}{48}\frac{Pl^3}{Eu_{zэ}} \quad ;$$

В результате вычисления показали, что жесткость классических накостных конструкций, исключая модели с угловой стабильностью, при кручении недостаточна (рис. 6). Хотя в клинической практике ни одно из воздействий векторов сил не встречается в чистом виде [3].

Анализ графиков:

Z1p – кривая, показывающая степень нагрузки, действующей на проксимальный конец проксимального отломка в переднезаднем направлении;

1d – кривая, показывающая степень нагрузки, действующей на дистальный конец проксимального отломка в переднезаднем направлении;

Y – осевая компрессия.

Благодаря полученным результатам очевидно, что желаемая стабильность отломков может быть достигнута путем фиксации обладающих рычаговыми свойствами отломков на двух уровнях в строгом соответствии с биомеханической концепцией.

Разрушающее напряжение при скорости деформирования E=10 -5 с -1 указано в табл. 2.

Эффективность в процентном отношении

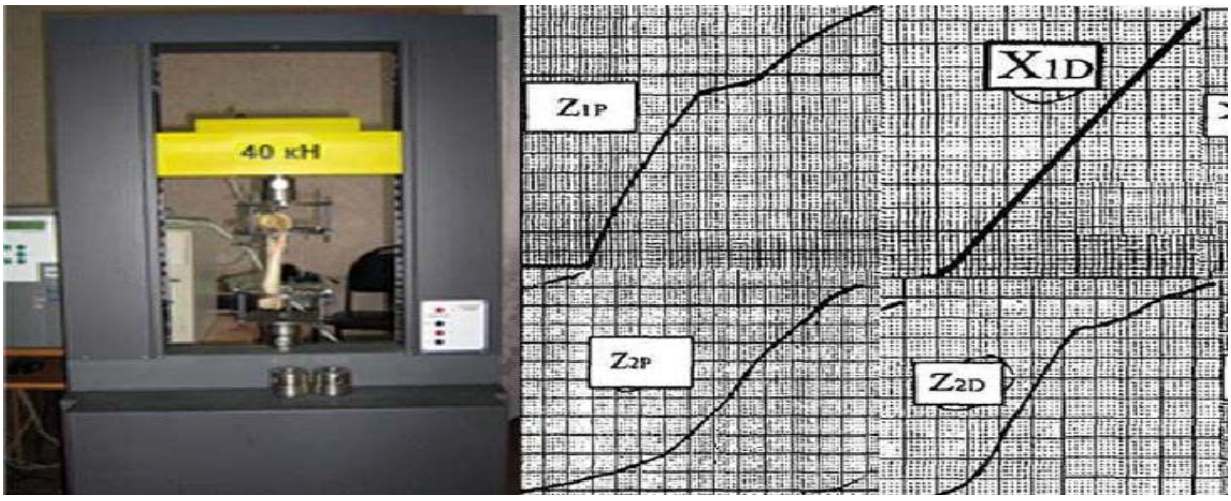


Рис. 6. Результаты исследования на аппарате КУИМ 40

Таблица. 2.

Зависимость скорости деформирования от разрушающего напряжения

Параметр / Вид перелома	На излом (МПа)		Растяжение (МПа)		Сжатие (МПа)		Кручение (МПа)	
	осн.	контрол	осн.	контрол	осн.	контрол	осн.	контрол
Косой	43	38	119	101	141	131	75	64
Поперечный	41	34	108	99	150	148	65	59

Таблица 3.

Эффективность предложенной методики

Параметр / Вид перелома	На излом	Растяжение	Сжатие	Кручение
Косой	8,6%	12%	5,3%	12,2%
Поперечный	10,3%	6%	1%	6%

предложенной нами методики отражена в табл. 3.

Полученные результаты сравнивались с данными других исследователей. В исследованиях Ковина (1983 г.) при поперечных переломах на излом МПа составила 58, при растяжении – 132, при сжатии – 187, при кручении – 87.

В исследованиях Кнетса (1980 г.) при косых переломах на излом величина Н составила $2,5x10^3$, при сжатии – $45x10^3$, при растяжении МПа составила 170, при кручении – 120 Нхм.

ВЫВОДЫ

В результате исследования были решены следующие задачи:

1. Проанализированы различные виды переломов плечевой кости и принципы фиксации отломков.

2. Экспериментально обоснованы особенности фиксации переломов среднего отдела плечевой кости с учетом биомеханических свойств отломков. После сравнительного анализа стабилизирующих возможностей различных фиксаторов указанный метод позволяет выбрать наиболее подходящий фиксатор в каждом конкретном случае перелома плечевой кости.

3. Проведенный анализ на основе биомеханических принципов фиксации отломков среднего отдела плечевой кости показал положительные и отрицательные стороны фиксации отломков в каждом конкретном случае. В процентном соотношении по предложенной нами методике стабильность остеосинтеза улучшилась при действии на излом на 8,6% при косом переломе и 10,3% при поперечном; на растяжение - преимущество на 12% при косом и 6% при поперечном; на сжатии улучшение на 5,3% при косом и 1% при поперечном переломе; в условиях кручения преимущество составило 12,2% при косом переломе и 6,6% при поперечном.

4. Так как идеальных способов и конструкций для лечения всех видов переломов нет, существует необходимость разработки новых, теоретически обоснованных принципов остеосинтеза с индивидуальным подходом. Поэтому каждый метод лечения должен апробироваться экспериментально и только затем внедряться в практику.

Анализ характера переломов позволяет создать предпосылки для разработки метода оценки критериев стабильности фиксации отломков при любом способе лечения. Подобная оценка может явиться методом выбора при проведении сравнительного анализа по стабилизирующим возможностям различных фиксаторов по отношению к каждому конкретному случаю перелома плечевой кости

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин А. Н. Практическая травматология: европейские стандарты диагностики и лечения / А. Н. Анкин, Н. Л. Анкин. – М.: Книга плюс, 2002. – 480 с.

2. Аскарова Д. Ш. Лечение диафизарных переломов плечевой кости //Центрально-Азиатский мед. журн. I Евразийский конгресс травматологов -ортопедов. – Иссык-Куль, 2009 – Т. XV. – Приложение №3. – С. 167 – 168.

3. Бегун П. И. Моделирование в биомеханике / П. И. Бегун, П. Н. Афонин. – М.: Высшая школа, 2004. – 98 с.

4. Гиршин С. Г. Клинические лекции по неотложной травматологии. – М.: Изд. дом «Азбука», 2004 – 73 с.

5. Промышленная собственность официальный бюллетень /Д. А. Цай, Н. Д. Батпенов, А. Ж. Абдрахманов, К. С. Садырбаев. – 2008. – №11 – С. 160.

Поступила 21.06.10

N. D. Batpenov, K. T. Ospanov, D. A. Tsoi, K. S. Akishev

THE EXPERIMENTAL ESTAMATION OF OSTEOSYNTHESIS STABILITY IN HUMERAL BONE DIAPHYSIS FRACTIRE

Experiment data on cadaveric animal and human bones for definition of the most perfect stable method of tubular bones diaphysis immered on bones an osteosynthesis presented.

Н. Д. Батпенов, К. Т. Оспанов, Д. А. Цай, К. Ш. Ақышев

ИЫҚ СҮЙЕГІНІҢ ДИАФИЗІ СЫНЫҒЫ ЖАҒДАЙЫНДА СҮЙЕКТІК ОСТЕОСИНТЕЗ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫН ЭКСПЕРИМЕНТТІК БАҒАМДАУ

Түтіктік сүйектердің диафиздеріне енгізбелі сүйектік остеосинтез жүргізудің аса жетілдірілген тұрақты әдісін анықтау үшін жануарлар мен адамның мүрделік сүйектеріне жасалынған тәжірибе мәліметтері келтірілген.

С. М. Кабиева

ОЦЕНКА РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ГИПОКСИИ

Кафедра введения в клинику Карагандинского государственного медицинского университета

В последние годы все больше появляется публикаций по применению кардиоинтервалографии (КИГ) у новорожденных. Проведены исследования по изучению параметров КИГ у детей перенесших перинатальную гипоксию [1, 2, 3, 4, 6].

Имеются работы, в которых изучены особенности регуляторных и адаптационных процессов методом кардиоинтервалографии у матери, плода и новорожденного в зависимости от морфофункциональных вариантов хронической плацентарной недостаточности [6].

Существует мнение, что связь системы кровообращения матери и плода в области плацентарной площадки и плацентарной мембраны через медленные колебания гемодинамики, вероятно, передает информацию о состоянии нейровегетативной регуляции кардиоритма от плода к матери и от матери к плоду. Это позволяет перенастраивать обе системы в зависимости от запросов плода и отвечает принципам сохранения жизнеспособности систем. При снижении или нарушении компенсаторных морфологических реакций плаценты связь нарушается или вовсе прекращается, что клинически проявляется осложнениями для матери, плода и новорожденного.

Таким образом, доказана достаточная информативность КИГ в оценке состояния сердечно-сосудистой системы у новорожденных, перенесших гипоксию. Однако, нет данных по изучению наиболее информативных показателей в оценке прогноза исходов поражения сердца, сопоставления их с клиническими проявлениями нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у новорожденных, перенесших гипоксию.

Цель работы – изучение механизмов регуляции управления сердечным ритмом у новорожденных, перенесших различные виды гипоксии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в родильном доме г. Караганды. Находившихся под наблюдением новорожденных разделили на группы по характеру перенесенной гипоксии: I группу составили 138 детей, перенесших внутриутробную гипоксию (ВУГ), II группу – 22 новорожденных, перенесших интранатальную гипоксию (асфиксию при родах), III группу – 156 новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию (ПГ).

Критерии исключения из исследования: врожденные пороки сердца, наследственные и хромосомные заболевания, инфекционные поражения сердца.

Принимая во внимание то, что регуляция сердечного ритма является индикатором адаптационно-компенсаторной деятельности сердечно-сосудистой реакции и всего организма, проведен анализ вегетативных показателей кардиоинтервалограммы

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Статистический анализ КИГ показал, что у новорожденных I группы наряду с небольшой активацией симпатической нервной системы (показатель амплитуды моды (Амо) повысился до 51,2%), наблюдается повышение показателя, характеризующего вагальную активность (мода (Мо) до 0,437 с, что отразилось в увеличении индекса напряжения (ИН) до 366 у. е. ($p<0,001$). Следовательно, при внутриутробной гипоксии плода компенсаторные возможности плаценты достаточны для формирования долгосрочной адаптации к кислородной недостаточности.

У новорожденных II группы наблюдалось достоверное повышение АМо до 57,84% и ИН до 496 у. е., уменьшение CV до 0,14 с по отношению к группе контроля ($p<0,001$) при снижении всех показателей активности парасимпатической нервной системы Мо до 0,416 с ($p<0,001$). Такая картина отражает напряжение регуляторных механизмов в виде стрессовой реакции на острую гипоксию в родах (рис. 1).

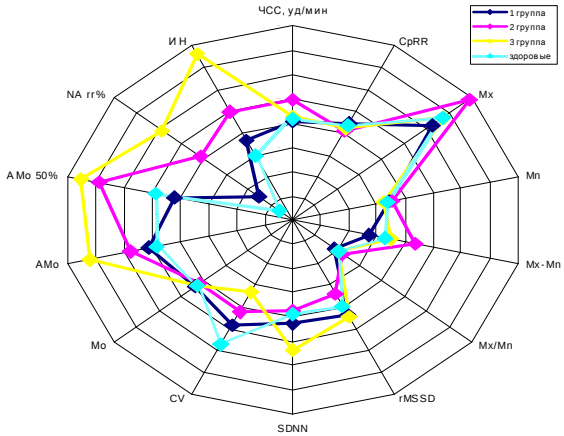


Рис. 1. Статистические параметры кардиоинтервалограммы у новорожденных, перенесших гипоксию

У новорожденных III группы изменения на КИГ более выражены и характеризуются гиперсимпатикотонией (Амо повысилась на 50% (p<0,001) и компенсаторным повышением парасимпатической активности (Мо на 0,47%). В результате такого дисбаланса уровень ИН вырос в 2,5 и составил 763 у.е. (p<0,001), т.е. у этих детей этой группы наблюдается перенапряжение адаптационно-регуляторных механизмов, формирование патологической системы управления сердечного ритма.

Анализируя волновую структуру сердечного ритма, можно отметить у детей I группы преобладание медленных волн I порядка (LF) до 47,72%, небольшое увеличение симпатовагального индекса до 1,241 (у здоровых он составляет 1,078) (p<0,001) и тенденцию к увеличению IC до 1,602 (p<0,001) (рис. 2, 3).

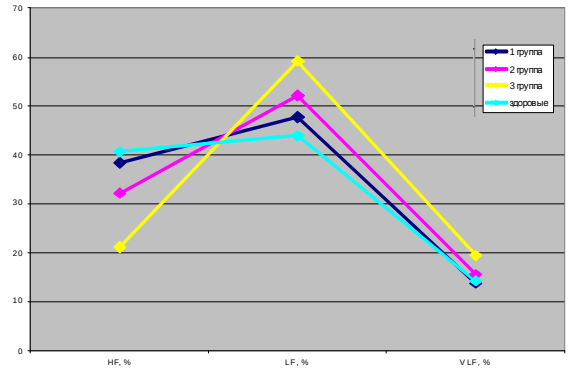


Рис. 2. Спектральный анализ кардиоинтервалограммы у новорожденных, перенесших гипоксию

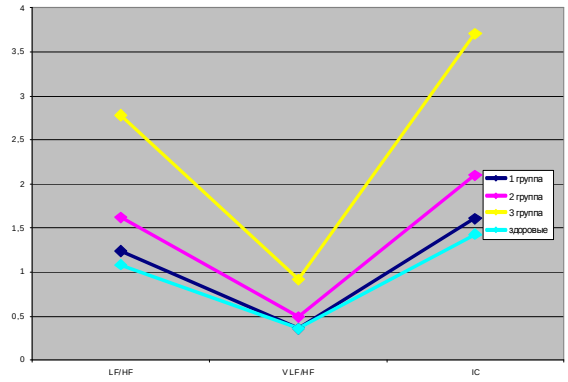


Рис. 3. Уровень регуляции сердечного ритма у новорожденных, перенесших гипоксию

У детей II группы более выражена доля участия СНС до 52,14%, отмечается не только увеличение симпато-вагального индекса до 1,618 (p<0,001), но и тенденция к увеличению VLF/LF до 0,485 (p<0,001), что отразилось на росте IC, который составил 2,103 (p<0,001).

Перенесенная перинатальная гипоксия приводит к централизации управления ритмом за счет роста как LF – до 59,18% (p<0,05), так и VLF -волн до 19,55%, что приводит к росту IC более чем в 2 раза по сравнению со здоровыми новорожденными – 3,701 (p<0,001).

Следовательно, у новорожденных детей, перенесших ВУГ, наблюдается незначительное напряжение адаптационных возможностей в виде конкурирующих симпатопарасимпатических взаимоотношений. Для новорожденных, перенесших кратковременную интранатальную гипоксию, характерна стрессовая реакция по типу симпатикотонии. У новорожденных, перенесших ПГ, происходит перенапряжение центральных регуляторных механизмов и формирование патологической системы управления сердечного ритма.

Выявленные закономерности имеют большое клиническое значение, поскольку отражают состояние адаптивно-регуляторных механизмов у новорожденных детей в зависимости от характера перенесенной ими гипоксии. Использование КИГ позволит прогнозировать риск реализации ишемических поражений миокарда и проводить необходимую профилактику на доклинической стадии.

ВЫВОДЫ

1. У новорожденных, перенесших внутриутробную и интранатальную гипоксию, наблюдается незначительное напряжение адаптационных возможностей организма, что отражает достаточную компенсаторную реакцию в ответ на гипоксию.

2. У новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, происходит перенапряжение центральных регуляторных механизмов и формирование патологической системы управления сердечного ритма.

3. Выявленные закономерности имеют большое клиническое значение, поскольку отражают состояние адаптивно-регуляторных механизмов у новорожденных детей в зависимости от характера перенесенной гипоксии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ажкамалов С. И. Цереброкардиальный синдром у детей раннего возраста (дифференциальная диагностика) /С. И. Ажкамалов, В. В. Белопасов //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1998. – №5. – С. 26 – 29.

2. Влияние кратковременной гипоксической нагрузки на вегетативную регуляцию и гемодинамические показатели у детей с синдромом вегетососудистой дистонии /Н. А. Тюрин, О. А. Коровина, М. Г. Кантемирова, М. И. Анохин //Вестн. Рос. ун-та дружбы народов: Сер. Медицина. – 1999. – №2. – С. 110 – 114.

3. Козлова Л. В. Нарушение адаптации ССС у детей после перинатальной гипоксии /Л. В. Козлова, О. А. Короид //Рос. педиатр. журн. – 1999. – № 3. – С. 11 – 14.

4. Куприянова О. О. Вариабельность сердечного ритма у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы /О. О. Куприянова, Т. А. Домарева //Вестн. аритмологии. – 2001. – №24. – С. 35 – 38.

5. Нароган М. В. Особенности вегетативной регуляции и энергообмена у новорожденных детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2007. – 44 с.

6. Рец Ю. В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать – плацента – плод при плацентарной недостаточности /Ю. В. Рец, Г. А. Ушакова //Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7 – №3. – С. 16 – 22.
7. Туровский Я. А. Вегетативная регуляция сердечно-сосудистой системы плодов и новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Воронеж, 2005. – 42 с.
8. Цой Е. Г. Вариабельность сердечного ритма в оценке адаптационных процессов у новорожденных /Е. Г. Цой, Л. Н. Игишева, А. Г. Галлеев // Педиатрия. – 2003. – №2. – С. 23 – 26.

Поступила 25.06.10

S. M. Kabiyeva

ESTIMATION OF CARDIAC RYTHM REGULATION AT INFANTS WHO CARRIED DIFFERENT TYPES OF HYPOXIA

316 infants who carried hypoxia was examined. Infants who carried antenatal and intranatal hypoxia had insignificant effort of adaptational possibilities of organism that reflexed enough compensator reaction to reply on hypoxia. Infants who carried perinatal hypoxia the overstrain of central regulator mechanisms and formation of pathological system of heart rhythm management take place.

С. М. Қабиева

ГИПОКСИЯНЫҢ ӘРТҮРЛІ ТҮРЛЕРІН ӨТКЕРГЕН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ЖҮРЕК ЫРҒАҒЫН РЕТТЕУДІ БАҒАМДАУ

Гипоксияны өткерген 316 нәресте зерттелген. Құрсақ ішіндегі және интранаталды гипоксияны өткерген нәрестелерде организмнің адаптациялық мүмкіндігінің шамалы кернеуі байқалады, бұл гипоксияға жауап ретінде жеткілікті компенсаторлық реакция береді. Перинаталдық гипоксияны өткерген нәрестелерде жүрек ырғағын басқарудың орталық реттеуші механизмдерінің кернеулілігі және патологиялық жүйесінің қалыптасуы байқалады.

Е. С. Сатеков

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПО УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ КГМУ

РГП «Карагандинский государственный медицинский университет», Стоматологическая клиника (Караганда)

Оказание качественной медицинской помощи в стоматологической клинике университета требует внедрения современных механизмов управления качеством медицинских услуг. В связи с этим в стоматологической клинике внедрена Служба по управлению качеством медицинской помощи и определен порядок проведения мероприятий по управлению качеством медицинской помощи населению. Целью управления качеством медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной стоматологической помощи в необходимом объеме.

Управление качеством медицинской помощи – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного, медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских технологий, снижение риска ухудшения состояния здоровья пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходования ресурсов здравоохранения, обеспечение удовлетворенности потребителей медицинских услуг [1, 2].

Управление качеством медицинской помощи обеспечивается посредством анализа лечебно-диагностической работы клиники, оценки их адекватности и эффективности с последующей разработкой мер, направленных на улучшение результатов деятельности. Мероприятия по управлению качеством медицинской помощи стоматологической клиники университета осуществляются Службой по управлению качеством медицинской помощи, состав которой сформирован в 2009 г. в соответствии с п. 9, раздела 3 приказа МЗ РК №32 от 21 января 2009 г. «О мерах по совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи в Республике Казахстан» [1, 2]. Служба качества медицинской помощи в стоматологической клинике – это орган управления качеством медицинской помощи, предназначением которого является организация и осуществление планомерных работ по непрерывному улучшению качества стоматологической помощи. В стоматологической клинике университета службу качества возглавляет заместитель главного врача по лечебной работе, который имеет сертификат по клинической специальности, высшую квалификационную категорию, владеет специальными знаниями и методическими приемами проведения внутреннего аудита на предмет соответствия установленным стандартам аккредитации и оформления ее результатов [2, 3].

В задачи врача эксперта качества оказания помощи входит выявление врачебных ошибок, описание их реальных и возможных негативных последствий, выяснение причин их возникновения, составление мотивированного заключе-

ния и рекомендаций по их предотвращению. Сотрудники стоматологической клиники прошли обучение на базе Карагандинского государственного университета, они владеют теоретическими знаниями и практическими навыками по управлению качеством медицинской помощи.

Деятельность Службы качества регламентируется специальным положением, должностными инструкциями для медицинского персонала, врача-эксперта, клинического фармаколога, врача-эпидемиолога. Положение о Службе определяет порядок организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи в стоматологической клинике.

Служба по управлению качеством медицинской помощи осуществляет задачи, в основе которых лежит методическая помощь и обучение персонала по следующим направлениям:
- разработка, внедрение и оценка эффективности программ по управлению качеством медицинской помощи в структурных подразделениях клиники;
- оценка процессов, осуществляемых в клинике, на предмет соответствия стандартам в области здравоохранения, в том числе стандартам аккредитации;
- подготовка стоматологической клиники к процедуре аккредитации;
- внедрение системы клинического аудита – подробного ретроспективного анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам;
- разработка мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе по результатам анализа деятельности, способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Служба координирует деятельность организации по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:
- решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в оптимальные сроки, с изучением степени их удовлетворенности;
- разработка и анализ качественных показателей деятельности организации;
- оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов клиники;
- оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в организации здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
- соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- подготовка организации к предстоящей процедуре аккредитации и ее прохождение.

Непосредственными и прямыми функциями Службы являются:
- анализ эффективности деятельности подразделений организации по оценке собственных процессов и процедур, применению индикаторов оценки качества медицинской помощи, внедрению стандартов здравоохранения;
- анализ деятельности внутрибольничных комиссий (по исследованию летальных исходов, инфекционному контролю, врачебно-консультативных, лекарственной безопасности и др.);
- представление руководству клиники информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия управленческих решений, направленных на поощрение положительных результатов и на устранение недостатков;
- обучение и методическая помощь персоналу организации по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;
- изучение мнения специалистов самой организации и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

В целях реализации основных задач и осуществления своих функций Служба имеет право запрашивать и получать необходимую информацию от всех структурных подразделений организации, а также вносить следующие предложения:
- по совершенствованию системы управления и порядку оказания медицинской помощи;
- по поощрению сотрудников, участвующих в улучшении качества медицинской помощи, или применению дисциплинарных мер воздействия при выявлении систематических нарушений и случаев, повлекших причинение вреда здоровью пациента, отрицательно влияющих на качество медицинской помощи;
- по привлечению независимых аккредитованных экспертов для проведения оценки с целью предстоящей аккредитации в области здравоохранения, а также для осуществления клинического аудита, процедуры разработки индикаторов, анализа соответствия стандартам в области здравоохранения.

Стоматологическая клиника разработала программу по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, утвержденная ректором университета. Программа содержит: цель и задачи; индикаторы оценки качества деятельности клиники по каждому структурному подразделению; результаты анализа деятельности структурных подразделений с использованием индикаторов оценки качества, а также оценки соответствия деятельности подразделений установленным стандартам; конкретные мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения; определение ответственных лиц и сроков исполнения; ожидаемые результаты от реализации программы.

Выполнение программы оценивается персоналом и руководителями подразделений клиники, которая осуществляется на предмет соответствия деятельности нормативным правовым

актам, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи, а также протоколам диагностики и лечения (клинический аудит), стандартам аккредитации. Для проведения самооценки и внешней оценки разработаны индикаторы оценки качества медицинской помощи, отражающие специфику деятельности клиники. Оценка эффективности деятельности структурных подразделений и в целом клиники проводится посредством оценки значений внутренних индикаторов в динамике, при этом по каждому индикатору устанавливаются пороговые значения и отклонения от них. В случае выявления критических отклонений от пороговых значений индикаторов Служба информирует главного врача клиники, организует их обсуждение с участием соответствующего подразделения и принятия мер, направленных на их устранение.

Мнение пациентов о качестве предоставляемых стоматологических услуг отражается в анкетировании. Кроме того, одним из основных критериев эффективности работы Службы является количество жалоб пациентов на качество медицинской помощи. Ни одна жалоба не остается без внимания.

Таким образом, внедрение Службы управления качеством медицинской помощи позволило стоматологической клинике университета сделать внутреннюю оценку деятельности клиники, провести на достаточно хорошем уровне подготовительную работу к процедуре аккредитации и получению сертификата.

ВЫВОДЫ

1. Для улучшения качества медицинской помощи в стоматологической клинике университета создана Служба по управлению качеством медицинской помощи.

2. Результатом проведенной работы Службы стоматологической клиники явилось прохождение аккредитации в 2009 г. с последующим получением сертификата № S-000623 от 5 ноября 2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 января 2009 г. №32 «Об утверждении Правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан».
2. Щербук Ю. А. Методические рекомендации по созданию администрациями районов систем управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге. – 2008. – С. 24.
3. Назаренко Г. И. Качество медицинской помощи /Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева. – М.: Медицина, 2004. – С. 31.

Y. S. Satekov

ORGANISATION OF SERVICE ON MEDICAL AID QUALITY MANAGEMENT IN STOMATOLOGICAL CLINIC KSMU

Creation of service on medical aid quality management promoted organization of worce in stomatological clinic on the high level, the result was successful completing accreditation and getting certificate.

Е. С. Сәтеков

ҚММУ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КЛИНИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Медициналық көмектің сапасын басқару қызметін құру стоматологиялық клиникада жұмысты ұйымдастыруға ықпал етті, нәтижесінде аккредитациядан өту мен сертификат алу табысты түрде іске асырылды.

А. К. Иманбаев, С. Н. Ералина,
Б. К. Сарсенбаев, Е. А. Адильбеков

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Курс анестезиологии и реаниматологии центра непрерывного образования Казахского национального медицинского университета им. С. Д Асфендиярова (Алматы)

Проведение анестезиологического пособия, интенсивной терапии и реанимационных мероприятий в современных условиях требует оперативной диагностики причин развития патологического состояния и динамической оценки выраженности функциональных и метаболических расстройств в процессе интенсивной терапии в периоперационном периоде с использованием экспресс-методов функционального и и лабораторного контроля [1, 7].

Существует множество методик проведения инфузионно-трансфузионной терапии, подавляющее большинство из которых основывается на оценке кровопотери, но достоверно установлено, что не существует устойчивой коррелятивной взаимосвязи между объемом кровопотери и степенью активации и выраженности адаптационно-компенсаторных регулирующих [2, 3].

Анализ работ оставляет немало открытых вопросов, особенно относительно кислородного режима и соответствия доставки кислорода потребностям организма, т.к. в большинстве их них акцентируется внимание на сократительной функции миокарда, в частности, на оптимальном соответствии инотропного статуса уровням пред- и

постнагрузки [6]. Сведения о взаимосвязи кровотока и энергетического обмена фрагментарны и недостаточны [4, 5]. К тому же различного рода схемы лечения острой кровопотери ориентированы на объем кровопотери и основаны на статистически усредненных величинах, что неоднозначно сказывается на результате инфузионно-трансфузионной терапии в каждом конкретном случае. Комплексная динамическая оценка состояния системы кровообращения позволит выявить несостоятельность гемодинамической компенсации у этой категории больных еще в доклинической стадии.

В этой связи изучение изменений показателей центральной гемодинамики и кислородтранспортной функции кровообращения, разработка интегрированной инфузионно-трансфузи -онной программы, основанной на оценке истинного дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) и кислородтранспортной эффективности кровообращения у больных с синдромом острой кровопотери в периоперационном периоде представляется весьма актуальным

Цель работы: разработать и обосновать методику проведения сбалансированной инфузионно-трансфузионной терапии, направленную на восстановление истинного дефицита ОЦК у больных с синдромом острой кровопотери в периоперационном периоде на основе комплексной динамической оценки патогенетических особенностей изменений показателей центральной гемодинамики, волемического статуса и кислородтранспортной функции крови.

Задачи исследования: в клинических условиях выявить различие между объемом кровопотери и истинным дефицитом ОЦК у больных с синдромом острой кровопотери; сравнить эффективность интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, проводимой с учетом объема кровопотери и истинного дефицита ОЦК; разработать алгоритм оценки состояния системы кровообращения и проведения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии у больных с синдромом острой кровопотери.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена оценка показателей центральной гемодинамики, волемического статуса и кислородтранспортной эффективности кровообращения у 122 пациенток гинекологического профиля, сопоставимых по возрасту, антропометрическим параметрам, характеру хирургической патологии, объему и продолжительности оперативных вмешательств, репрезентативной кровопотере и кровевосполнению в возрасте от 17 до 40 лет. В качестве контрольной группы рассматривали практически здоровых женщин без исходной кровопотери в возрасте от 20 до 35 лет с диагнозом киста яичника, оперированных в плановом порядке.

Периоперационный период разбили на 5 этапов: I этап – до операции; 2 этап – после индукции в наркоз и интубации; 3 этап – после операции; 4 этап – после восстановления сознания и адекватного самостоятельного дыхания; 5 этап – в первые сутки после операции.

Во всех случаях оперативное вмешательство проводили в условиях тотальной внутривенной анестезии на фоне искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в режиме нормовентиляции или умеренной гипервентиляции.

В предоперационном обследовании экстренных больных при положительном решении вопроса об оперативном вмешательстве в условиях дефицита времени кроме общеклинических методов обследования проводили реографическое исследование показателей центральной гемодинамики, ОЦК и кислородтранспортной эффективности кровообращения.

Комплексное измерение параметров центрального кровообращения проводили по методике биполярной интегральной реографии с помощью компьютерного реографа «РЕОСПЕКТР-3 (Россия, Москва).

Систематизируя показатели центральной гемодинамики, которые можно определить с помощью биполярной интегральной реографии, их расположили в следующей последовательности:

1. Показатель преднагрузки или нагрузки объемом – давление наполнения левого желудочка (ДНЛЖ) (мм рт. ст.).
2. Показатели сократительной способности миокарда.
3. Ударный сердечный выброс (УСВ) ($см^3$).
4. Сердечный выброс (СВ) (л/мин).
5. Ударный индекс (УИ) ($мл/м^2$).
6. Сердечный индекс (СИ) ($л/мин/м^2$).
7. Объемный поток крови ($см^3/с$).
8. Показатель постнагрузки или нагрузки объемом – общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) ($дин/с/см^{-5}$).
9. Показатели ОЦК

($ОЦК_{50}$ (мл) определялся по следующей формуле: $ОЦК_{50}=^5/_6$ СВ)

При этом сразу получаем величину ОЦК за стандартное время циркуляции, т.е. $ОЦК_{50.}$ На основании изучения показателя P_{50} (соответствует 50% насыщения гемоглобина кислородом), а также сопоставления их с данными кислотно-щелочного состояния и РН для исключения дыхательного компонента и данных номограммы Тьюза-Харнонкура [8] определяется степень компенсации кислородтранспортной функции у каждого конкретного больного.

В дополнение к этому результат инфузионно-трансфузионной терапии в каждом конкретном случае оценивался отклонением уровня фактического системного транспорта кислорода ($СТО_{2,}$ мл/мин/$м^2$) от критического. Расчет показателей системного транспорта кислорода проводился по формулам [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно рекомендациям ВКНЦ РАМН, все больные были разделены на три группы по варианту центральной гемодинамики.

Ими явились нормоциркуляторный нормоволемический, нормоциркуляторный гиповолемический и гипоциркуляторный гиповолемический варианты центральной гемодинамики.

I группу с нормоциркуляторным нормоволемическим вариантом центральной гемодинамики составили больные без исходной кровопотери (22 человека) с доброкачественными образованиями яичников.

Во II группу с нормоциркуляторным гиповолемическим вариантом центральной гемодинамики вошли больные (52 чел.) с исходной кровопотерей до 12-15% ОЦК (350-500 мл) с внематочной беременностью и апоплексией яичников.

III группу с гипоциркуляторным гиповолемическим вариантом центральной гемодинамики составили больные (25 чел.) с исходной кровопотерей 25-35% от ОЦК и выше (1000 мл и более) с внематочной беременностью.

Для сравнения адекватности проводимой инфузионно-трансфузионной терапии была набрана IV группа больных с гипоциркуляторным гиповолемическим вариантом центральной гемодинамики (23 чел.) с исходной кровопотерей 25-30% от общего объема крови, у которых коррекция волемического статуса осуществлялась на основе оценки дефицита ОЦК. Наиболее интересным будет сравнительный анализ III и IV групп. Исходный уровень гемоглобина не превышал 76,3±3,4 г/л, гематокрит 20,2±2,5 %.

Среди общеклинических показателей изменения коснулись величины ЧСС, значительно превышающей нормальный показатель, особенно в четвертой исследуемой группе (89,65±7,9 и 98,78±8,3 в мин соответственно) и ЦВД, которое в обоих случаях отрицательное, приравненное к нулю. Показатели среднего динамического артериального давления, сатурации кислорода в данном случае находятся в пределах допустимых величин и не дают достоверной информации об истинном положении системы кровообращения и кислородного режима организма и могут своим ложным «видимым» благополучием ввести в заблуждение врача.

Показатели волемического статуса, указывая на гиповолемическое состояние, выявили несоответствие между объемом кровопотери и истинным дефицитом ОЦК. При расчетном объеме циркулирующей крови, равном 3815,5±375,6 мл для III и 3645,56±340,5 для IV группы больных, объем кровопотери в 985±175,5 мл составил 24,69% от общего расчетного ОЦК для III группы и 23,58% от ОЦК для IV группы больных, тогда как истинный дефицит ОЦК, рассчитываемый по предложенной нами методике, составил соответственно 38,33% (1462±146мл) и 42,13% (1535,3±150,2 мл) от общего ОЦК. Дефицит плазменного объема (ПО) составил 28,49% (652±65 мл) от должного в III и 25,49% (520,2±52,1 мл) в IV исследуемых группах, дефицит глобулярного объема (ГО) – 53,15% (810,1±81 мл) и 52,96% (814,74±81,5 мл) соответственно. При сопоставлении процентных соотношений объем кровопотери/ОЦК и дефицит ОЦК, полученная разница в 14,75% для III группы и 18,55% для IV четвертой группы составит в 1 случае 562,71±56,7 мл, а во втором случае – 676,14±67,2 мл.

Показатели центральной гемодинамики в этих группах больных на I этапе исследования проявляются резким снижением показателей, характеризующих сократительную способность миокарда, и определяют гипоциркуляторный вариант центральной гемодинамики. Это, в первую очередь, касается СИ – 2,07±0,16 и 2,52±0,28 л/мин/м2, МСВ – 3,381±0,28 и 3,87±0,87 л/мин., затем показателя преднагрузки – ОПСС – 2227,25± 240,81 дин/с/см$^{-5}$ в III и 1803,5±168,27 дин/с/см$^{-5}$ в IV группе, и ОСВ – 127,32±18,51 и 190,8±16,45 мл/с соответственно. Эти изменения объясняются развившейся вследствие кровопотери гиповолемии, которая на фоне выраженного периферического сосудистого спазма и сниженного венозного возврата привела к перераспределению системного кровотока с развитием централизации кровообращения.

Изменения показателей кислотно-щелочного состояния определенно указывают на развившийся декомпенсированный метаболический ацидоз: pH=7,29±0,008, кривая диссоциации оксигемоглобина (КДО) смещена вправо, а точка P_{50} не попадает в зону компенсации.

После проведения необходимых лечебных мероприятий на V этапе исследования в третьей исследуемой группе сохраняется гиповолемическое состояние с истинным дефицитом ОЦК в 23,94% (2902,38±56,48 мл) в большей степени за счет глобулярного объема (ГО) – 40,33% и ПО – 12,11% (910,53±65,34 мл).

В IV группе к концу исследования у больных регистрируется нормоволемический нормоциркуляторный вариант центральной гемодинамики, о чем свидетельствуют показатели волемического статуса:

$ОЦК_{50}$ – 3577,45±191,26 мл (расчетная норма – 3645,56±340,5 мл); ПО – 2106,86±167,45 мл (расчетная норма – 2040,5±204,5 мл); ГО – 1268,45±64,38 мл (расчетная норма – 1405,6± 140,58 мл) и центральной гемодинамики. Броса-

Таблица 1.

Показатели центральной гемодинамики в III и IV группах

Группы	Этап	ОПСС (дин/с/см $^{-5}$)	УСВ (см^3)	СВ (л/мин)	СИ (л/мин/м^2)
3 группа (n-25)	5	1895,23±201,6	48,96±9,85	4,28±1,026	2,58±0,53
4 группа (n-23)		1118,3±186,37	88,7±2,8	7,12±0,63	5,1±0,13

ется в глаза существующая значительная разница между показателями гемодинамики в III и IV группах. Это касается практически всех показателей, характеризующих сократительную способность миокарда, продолжающего работать у больных III группы в условиях сохраняющейся сосудистой недостаточности.

Что касается показателей кислородтранспортной функции крови, то уже на IV этапе исследования точка P_{50} в IV группе находилась в зоне компенсации (P_{50}=26,5±0,245), тогда как в III группе сохраняется гиповолемический вариант с субкомпенсированным метаболическим ацидозом (P_{50}=27,6±0,315, pH=7,36±0,024).

Таким образом, результаты сравнительного анализа данных в III и IV группах показывают несостоятельность лечебных мероприятий интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, проводимых под контролем общеклинических показателей и рутинного определения объема кровопотери. Изменение показателей центральной гемодинамики, кислородтранспортной эффективности кровообращения и метаболические сдвиги в III группе наглядно показывают, что это не позволяет в должной мере оценить и возместить потери внутри- и вне сосудистой жидкости, обеспечить достаточный системный транспорт кислорода, заставляя организм функционировать с дополнительной нагрузкой в условиях кислородного голодания, тогда как результаты интенсивной инфузионно-трансфузион-ной терапии с учетом гемодинамических показателей, истинного дефицита ОЦК и его компонентов под контролем состояния кислородтранспортной функции крови позволяют добиться нормализации показателей центральной гемодинамики, волемического статуса и кислородного обмена в кратчайшие сроки с учетом современной концепции компонентного кровевосполнения.

ВЫВОДЫ

1. Исследование состояния центральной гемодинамики с помощью интегральной биполярной реографии в комплексе с оценкой волемического статуса и кислородтранспортной функции крови больных с синдромом острой кровопотери выявило разницу между объемом кровопотери и интенсивным дефицитом ОЦК, что позволило определить степень нарушений системного и периферического кровообращения.

2. Проведение инфузионно-трансфузионной терапии при синдроме острой кровопотери под контролем истинного дефицита ОЦК позволяет добиться полноценного устранения дефицита циркулирующего гемоглобина и восстановления эффективного транспорта кислорода в организме больных в 1 сут. послеоперационного периода.

3. Разработан алгоритм оценки показателей центральной гемодинамики и волемического статуса на основе предложенной методики интегральной биполярной реографии с определением истинного дефицита ОЦК, позволяющий проводить интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию строго индивидуально и в кратчайшие сроки добиться нормализации кислородтранспортной функции крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь в гинекологии /Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. – НГМИ, 1996. – 171 с.
2. Алексеева Н. Н. Гемодинамика и окислительный метаболизм при тяжелой кровопотере и ее инфузионной терапии с применением антигипоксантов. – М., 2001. – 168 с.
3. Воробьев А. И. Острая кровопотеря и переливание крови. Анестезиология и реаниматология. Альтернативы переливанию крови в хирургии. – М., 1999. – С. 14 – 26.
4. Гемодинамическая регуляция у больных с кровопотерей при различных вариантах восполнения ОЦК /Е. Н. Клигуненко, О. В. Кравич, В. В. Фроленко, В. К. Кравич //Сб. тр. X Всерос. конференции «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии». – СПб, 2003. – С. 103 – 104.
5. Зильбер А. П. Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы бескровной хирургии. – Петрозаводск: Петр.ГУ, 1999. – 215 с.
6. Комплексная оценка параметров центральной гемодинамики, водных секторов и вариабельности сердечного ритма в раннем послеоперационном периоде при эндопротезировании крупных суставов у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией /Н. И. Аржакова, С. В. Бессонов, В. А. Новосельцева, А. С. Рябцева //Сб. тр. X Всерос. конф. «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии». – СПб., 2003. – С. 21 – 23.
7. Лебединский К. М. Анестезия и системная гемодинамика. – СПб.: Человек, 2000. – 200 с.
8. Малышев В. Н. Номограмма Тьюза-Харнонкура //Вестн. интенсивной терапии. – М., 2000. – №3. – С. 132 – 133.
9. Усенко Л. В. Интенсивная терапия при кровопотери //Здоровье. – Киев. – 1990. – 209 с.

A. K. Imanbayev, S.H. Yeralina, B. K. Sarsenbayev, Y. A. Adilbekov

THE MAIN CHANGES OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN SINDROME OF ACUTE HEMORRHAGE AT GYNECOLOGICAL PATIENTS

The article is dedicated to study of rates changes of central hemodynamics and oxygen transport function of blood circulation, making out integrated infusion – transfusion programme based on estimation of real deficit of circulating blood volume and oxygen transport efficacy of blood circulation at patients with syndrome of acute hemorrhage in perioperative period.

А. К. Иманбаев, С. Н. Ералина, Б. К. Сәрсенбаев, Е. А. Әділбеков

ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨТКІР ҚАН ЖОҒАЛТУ СИНДРОМЫ ЖАҒДАЙЛАРЫНДА ОРТАЛЫҚ ГЕМОДИНАМИКАНЫҢ НЕГІЗГІ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Мақала орталық гемодинамиканың және қан айналымының кислоротранспорлы функциясының көрсеткіштерін зерттеуге, интегрленген инфузиялық-трансфузиялық бағдарламаны әзірлеуге арналған, ол науқастардың операция алдындағы өткір қан жоғалту синдромы кезеңінде қан айналымы көлемі тапшылығын және қан айналымының кислородтасымалдау тиімділігін бағалауға негізделген.

Р. Х. Бегайдарова, Г. Ж. Байгутанова, Б. Н. Жараспаева, Д. К. Мукашева, Р. Б. Жумагулова

О СОСТОЯНИИ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра детских инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета, Департамент Комитета Госсанэпиднадзора по Карагандинской области

Вакцинация – это самое эффективное и экономически выгодное средство защиты от инфекционных болезней. Сейчас необходимо особенно подчеркнуть роль превентивных мероприятий в предотвращении инфекционных заболеваний у детей. Вопросам вакцинопрофилактики были посвящены ряд симпозиумов, где обсуждены национальные календари прививок.

Иммунопрофилактика является одним из важнейших профилактических мероприятий по сохранению здоровья населения, снижению заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний. Ежегодно против инфекционных заболеваний прививаются около 5 млн. человек. Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, а в случае завоза извне – на локализацию и ликвидацию инфекционных заболеваний [1, 2].

Целью настоящей работы является анализ вакцинопрофилактики, проводимой в Республике Казахстан и Карагандинской области, а также в рамках ЕНИ, информированность населения о безопасности вакцинации, работа с труднодоступным контингентом, привлечение власти к вопросам иммунопрофилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии со статьей 156 главы 24 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа в системе здравоохранения» № 193-IV ЗРК от 18 сентября 2009 г. физические лица обязаны получать профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Перечень заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, порядок, сроки их проведения и группы населения, подлежащие плановой вакцинации, определены Постановлением Правительства РК № 2295 от 30.12.2009 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проводимая плановая иммунизация населения с 70 гг. XX века позволила ликвидировать натуральную оспу на планете, об этом объявила в 1980 г. Ассамблея ВОЗ (у лиц старшего поколения остались два линейных рубца от прививки на правом плече против натуральной оспы).

В 2002 г. Европейский регион ВОЗ объявил о ликвидации полиомиелита в нашей стране, Казахстан сертифицирован ВОЗ как страна, свободная от полиомиелита (с 1995 г. в стране отсутствует заболеваемость полиомиелитом). Благодаря высокому уровню охвата прививками детей заболеваемость и смертность управляемыми инфекциями по сравнению с допрививочным периодом значительно снижена: за последние 10 лет заболеваемость вирусным гепатитом В среди населения снижена в 4 раза, а среди детей, которые прививаются против данной инфекции – в 52 раза; эпидемическим паротитом – в 13 раз, а с введением второй прививки в 2002 г. заболеваемость паротитом снизилась в 37 раз. Поддерживается стабильно низкий уровень заболеваемости коклюшем с тенденцией дальнейшего снижения (показатель заболеваемости составил в 2008 г. – 0,29, в 2009 г. – 0,25); единичные случаи столбняка (в 2009 г. зарегистрировано 3 случая, показатель заболеваемости 0,02 на 100 тыс. населения). Однако низкий уровень охвата иммунизацией против дифтерии в середине 90 гг. (период перестройки), многочисленные отказы от прививок, низкий охват прививками взрослого населения могут привести к накоплению восприимчивых к инфекции лиц и вызвать крупные вспышки. Такая вспышка произошла в Республике Казахстан в 1995 г., когда дифтерией заболели 1 005 человек, из которых 66 умерли. Для купирования вспышки дифтерии в 1995-1996 годах в Республике Казахстан была проведена массовая иммунизация населения в возрасте от 30 до 60 лет и привито около 10 млн. человек. Данные представлены на рис. 1.

Подчеркивая значимость иммунизации, нельзя не назвать и такое инфекционное заболевание как корь. В многолетней динамике заболеваемости корью с 1980 по 2009 г. четко выражена тенденция к снижению, она связана с профилактическими и противоэпидемическими мерами. Вакцинация против кори одной дозой живой вакциной в республике введена в 1967 г., вторая вакцинация была внедрена в 90 гг. С 2002 г. в республике внедрена интегрированная программа, предусматривающая элиминацию кори/

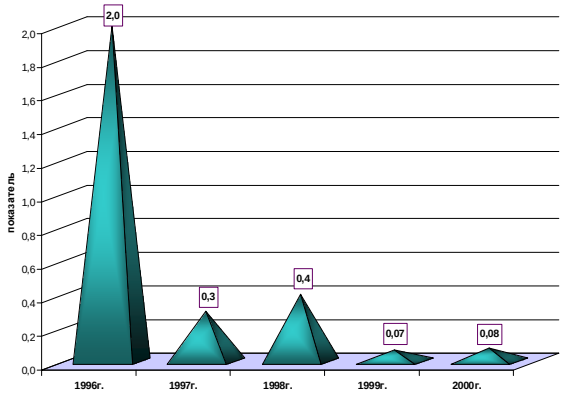


Рис. 1. Заболеваемость дифтерией в Карагандинской области с 1996 по 2009 г.

краснухи и снижение синдрома врожденной краснухи до 0,01 случая на 1000 живорожденных детей. В 2009 г. заболеваемость корью не зарегистрирована, против 20 случаев в 2008 г., показатель заболеваемости на 100 тыс. населения – 0,13 (рис. 2).

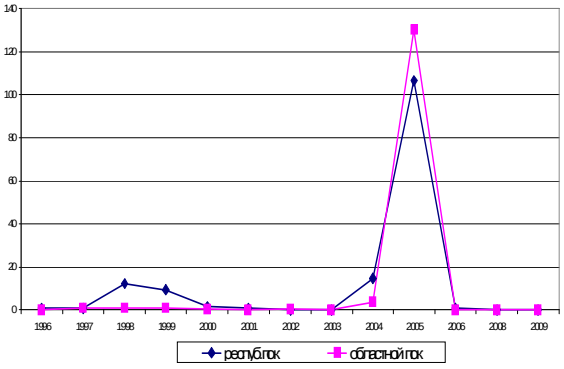


Рис. 2. Сравнительная заболеваемость корью по РК и Карагандинской области с 1996 по 2009 г.

Краснушная инфекция, протекая в более легкой форме, чем корь, может вызвать врожденную краснушную инфекцию, наибольшую опасность эта инфекция представляет для беременных женщин. При заболевании женщины в первые три месяца беременности почти в 90% случаев у плода развиваются тяжелые поражения сердца, органов зрения, слуха, головного мозга.

В Республике Казахстан в соответствии с Национальной программой элиминации плановые прививки против краснухи введены в 2005 г. В том же году проведена массовая вакцинация населения в возрасте 15-35 лет и привито 2,7 млн. человек, что позволило в 2008 г. по сравнению с 2004 г. снизить уровень заболеваемости краснухой почти в 5 раз. Вместе с тем, продолжают регистрироваться локальные вспышки, вызванные заболеваемостью детей в возрасте 8-14 лет, ранее не подлежавших прививкам. В этой связи, в прошлом году во исполнение приказа МЗ РК № 267 от 22 мая 2009 г. проведена дополнительная кампания вакцинации против краснухи детей в возрасте 8-14 лет – 1,5 млн. детей, охват составил 99,1%, что позволило стабилизировать эпидемиологическую ситуацию (снижение заболеваемости в 5,5 раз) после регистрации в 2007-2008 гг. локальных вспышек краснухи (рис. 3).

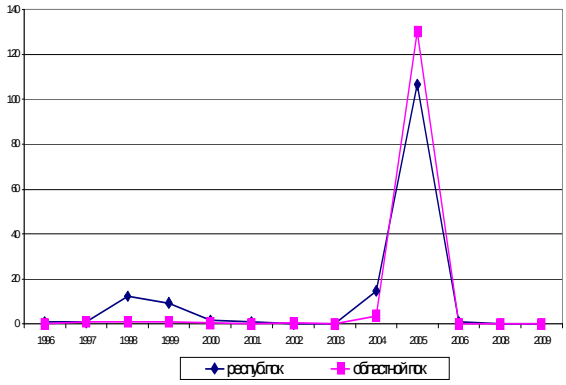


Рис. 3. Сравнительная заболеваемость краснухой по РК и Карагандинской области с 1997 по 2009 г.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) гемофильная инфекция типа b (Хиб-инфекция) является причиной заболевания 3 млн. человек в год и более 400 тыс. летальных исходов. Возбудитель данной инфекции в 30-50% случаях вызывает гнойные менингиты, в 20-30% – пневмонии, в 15-20% – острые респираторные инфекции, а также является причиной сепсиса, воспаления надгортанника, остеомиелита, перикардита, артрита. Характерным для Хиб-инфекции является тяжелое течение, высокая смертность (до 50%), серьезные осложнения после перенесенной инфекции, формирование пожизненной инвалидности даже при своевременном и правильном лечении антибиотиками, что связано с возрастающей устойчивостью возбудителя к антибиотикам. Наиболее часто встречающимися осложнениями являются: задержка развития речи (33%), умственная отсталость (2-7%), параличи конечностей (14%), глухота (12%). Чаще всего данной инфекцией болеют дети до 2 лет, так как у детей раннего возраста слабо развиты защитные силы организма (табл. 1).

В связи с трудностью выделения возбудителя инфекции от больных из-за ее высокой чувствительности к внешней среде, требовательностью к условиям культивирования, ВОЗ провел специализированные исследования в 67 странах мира и доказал широкую распространенность инфекции во всех странах мира. В Казахстане с 2008 г. введена вакцинация детей против гемофильной инфекции типа b, которая одновременно проводится с вакцинацией против дифтерии, столбняка, коклюша и гепатита В. Применение комбинированных вакцин позволило сократить число инъекций в 2-3 раза, повысился показатель охвата прививками.

Казахстан первым среди стран СНГ ввел вакцинацию всех новорожденных против гепатита В. В области за период с 2000-2009 гг. в целом

Таблица 1.

Hib-менингит: летальность и неврологические осложнения

Локальные – 26%	Генерализованные – 19%
Гемипарез 14% Гидроцефалия 7% Субдуральное кровоизлияние 5%	Задержка развития речи 33% Задержка развития навыков 14% Глухота 12% Эпилепсия 9% Легкая умственная отсталость 7% Выраженная умственная отсталость 2%

отмечается снижение заболеваемости вирусным гепатитом В в 7,9 раза, гепатитом С – в 7,6 раза, хроническим вирусным гепатитом В – в 3,9 раз, хроническим гепатитом С – в 1,5 раза.

Отсутствие заболеваемости ВГВ среди детей до 14 лет за последние годы, продолжающееся снижение заболеваемости во всех возрастных группах является результатом вакцинации новорожденных, детей первого года жизни, детей до 14 лет и подростков (рис. 4).

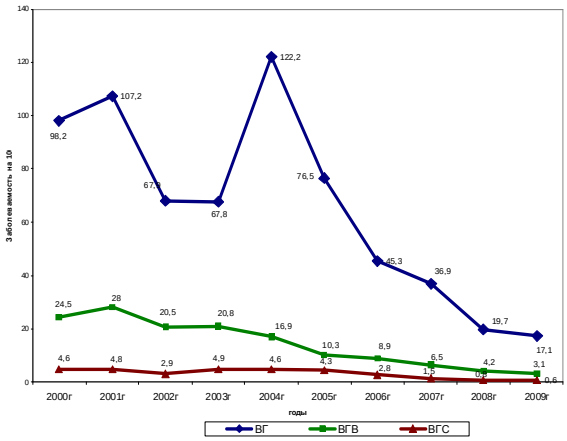


Рис. 4. Динамика заболеваемости вирусным гепатитом в 2000 по 2009 г.

В 2009 г. против вирусного гепатита В в республике привито 438 тыс. человек, охват новорожденных составил – 97,3%, охват медработников – 98,8%, реципиентов крови – 94,3%. По области процент своевременного охвата прививками против ВГВ новорожденных в роддомах составила в 2009 г. – 98,9% (2007 г. – 97,3%, 2008 г. – 98%).

Наиболее эффективным средством, позволяющим снизить заболеваемость и летальность от гриппа, также является иммунизация. В республике объем иммунизации населения против гриппа ежегодно составляет 500-800 тыс. человек. В эпидемиологический сезон 2009-2010 гг. против гриппа в области иммунизировано 50 082 человека, в том числе детей до 14 лет – 13 549 человек. По итогам 2009 г., заболевших гриппом среди привитых не зарегистрировано.

Тем не менее, каждый год по всему миру управляемые инфекции уносят жизни 1,4 млн. детей в возрасте до 5 лет. В Европейском регионе ВОЗ свыше полумиллиона детей остаются невакцинированными и, таким образом, не защищенными от этих болезней.

Европейская неделя иммунизации является инициативой, проводимой и координируемой Европейским региональным бюро ВОЗ. Целый ряд партнеров, включая Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Европейский центр по профилактике и контролю болезней (ЕЦПКБ), поддерживает эту инициативу. В течение недели каждая участвующая страна будет проводить мероприятия по решению основных проблем, связанных с иммунизацией в каждой конкретной стране.

Республика Казахстан в числе других стран Европы четвертый год принимает участие в проведении Европейской недели иммунизации, которая в этом году проходила с 24 апреля по 1 мая 2010 г. В Казахстане важнейшей проблемой является иммунизация труднодоступных групп, в том числе мигрантов. По числу мигрантов Казахстан занимает 9 место в мире. Европейская неделя иммунизации предоставляет возможность активизировать диалог с этими группами по вопросам проведения иммунизации и доступа к службам первичной медико-санитарной помощи.

Число заболеваний, которые можно предотвратить с помощью вакцинации, увеличивается с каждым годом. Например, к ним относятся ветряная оспа и опоясывающий лишай, ротовирусная и пневмококковая инфекции, а вакцина против вируса папилломы человека противостоит раку шейки матки.

МЗ РК поддерживается стратегия ВОЗ по расширению списка инфекционных заболеваний, против которых имеются эффективные вакцины. При этом моновакцины заменяются на современные комбинированные вакцины. В целях обеспечения детей вакцинами гарантированного качества МЗ РК закупаются вакцины, производство которых сертифицировано ВОЗ.

По рекомендации ВОЗ и при поддержке Правительства РК в 2005 г. введена вакцинация детей против краснухи, которая проводится в комбинации с вакцинацией против кори и эпидемического паротита. С 2008 г. введена вакцинация детей против гемофильной инфекции типа b, которая одновременно проводится с вакцинацией против дифтерии, столбняка, коклюша и гепатита В. Применение комбинированных вакцин позволило сократить число инъекций в 2–3 раза, повысился показатель охвата прививками.

Предмет постоянной озабоченности – это риск заноса полиомиелита из других территорий, т.е. возможность повторного появления болез-

ней, уже ликвидированных в нашем регионе.

В республике в течение десяти последних лет отмечались спорадические случаи кори и других управляемых инфекций, но если не поддерживать необходимый уровень иммунизации, существует риск возобновления регистрации кори и полиомиелита. Поэтому необходимо помнить всем, особенно родителям, почему иммунизация так важна. Ведь для инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, вакцинация является единственным способом профилактики.

Одной из слабых сторон профилактической медицины, где по праву лидирующее положение занимает вакцинация, является недостаточно проводимая разъяснительная работа среди населения, особенно среди родителей. Поэтому цели и задачи вакцинопрофилактики, поствакцинальные реакции должны быть ясны не только медицинским работникам, но и активно доводиться до сведения населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей /Н. И. Нисевич, О. В. Шамшеева //Учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 688 с.

2. Тимченко В. Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций /В. В. Леванович, И. Б. Михайлов. – СПб., ЭЛБИ-СПб, 2005. – 384 с.

Поступила 07.07.10

R. X. Begaidarova, G. Z. Baigutanova, B. N. Zharaspayeva, D. K. Mukasheva, R. B. Zhulagulova
ABOUT STATE OF VACCINAL MANAGED INFECTIONS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND KARAGANDA REGION

In the work, the analysis of vaccinal prevention conducted in the RK and Karaganda region is made. Thanks to high levels of comprising by prophylactic immunization of children the morbidity and mortality by managed infections is much reducted in comparison with preimmunizational period.

Р. Х Бегайдарова, Г. Ж. Байғұтанова, Б. Н. Жараспаева, Д. К. Мұқашева, Р. Б. Жұмағұлова
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА ВАКЦИНОБАСҚАРЫЛАТЫН ЖҰҚПАНЫҢ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ

Мақалада Қазақстан Республикасында және Қарағанды облысында өткізілген вакцинопрофилактикалық жұмыстарға талдау жасалған. Балаларды алдын ала егумен қамтудың жоғары деңгейде өткізілуіне байланысты егуге дейінгі кезеңмен салыстырғанда ауыру мен өлім-жітімнің көрсеткіші елеулі түрде төмендеген.

Р. А. Бакенова, М. М. Тусупбекова, Г. М. Шаймарданова

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Национальный научный медицинский центр (Астана), Карагандинский государственный медицинский университет

Вопросы диагностики редких форм идиопатической интерстициальной пневмонии (ИБЛ) представляют практический интерес для клиницистов. В частности, это касается таких форм, как криптогенная организующаяся пневмония (КОП), лимфангиолейомиоматоз (ЛАМ), гистиоцитоз Х [1, 2, 3, 4, 5].

Приводим клинические наблюдения за больными, которые находились на стационарном лечении в клинике Национального научного медицинского центра с нетипичными проявлениями двусторонней пневмонии и требовали детального изучения клнико-морфологических особенностей поражения легких с использованием в целях дифференциальной диагностики современных инновационных технологий, в частности, компьютерной томографии (КТ) легкого, исследование биопсийного материала ткани легкого, полученного малоинвазивным торакоскопическим методом. Материал обрабатывался по общепринятой методике с последующим окрашиванием парафиновых срезов толщиной 3-4 микрона гематоксилином и эозином, проведено также цитологическое исследование лаважной жидкости бронхов с окраской по Папаниколау.

В клинике Национального научного медицинского центра за последние три года диагностировано и пролечено 3 пациента с КОП. Во всех наблюдениях больные с диагнозом двусторонняя бактериальная пневмония длительно получали антибактериальную терапию. В последующем они госпитализировались в связи с ухудшением состояния ввиду неуклонного прогрессирования дыхательной недостаточности, с отрицательной рентгенологической динамикой и необходимостью применения мер интенсивной терапии.

Клинический случай 1.

Больная Д., 48 лет, поступила в терапевтическое отделение ННМЦ МЗ РК с явлениями дыхательной недостаточности тяжелой степени. Начало заболевания отмечено катаральными явлениями в носоглотке с последующим присоединением кашля, с отделением умеренного количества слизи, в последующем – слизисто-гнойной мокроты, одышки преимущественно инспираторного характера, лихорадки до фебрильных цифр. В течение

месяца пациентка получала амбулаторное лечение антибактериальными препаратами из группы фторхинолонов, цефалоспоринов III поколения, муколитиками. Госпитализирована больная с явлениями нарастающей дыхательной недостаточности на фоне бронхитического синдрома, лихорадки и выявленными на фронтальной рентгенограмме признаками двусторонней пневмонии.

При поступлении состояние пациентки тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, лихорадкой, интоксикационным синдромом. Одышка, 26 дыханий в 1 мин. Цианоз губ. Гипергидроз. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушивалась двусторонняя крепитация в проекции средней и нижний долей. Эпизодически выслушивались сухие свистящие хрипы как проявление бронхиальной обструкции. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-96 в 1 мин. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. По результатам проведенных лабораторных и инструментальных тестов выявлено: в общем анализе крови Нв-122 г/л; Эр – 4,41 х 10^{12}/л, ЦП-0,83; Тр. – 347 х 10^{6}/л; С/я – 69%; Э-4%; Мон – 7%; Лим – 20%; СОЭ – 44 мм/час. Биохимический анализ крови: общ. белок 65,71г/л, альбумин 40,46 г/л, а1-глобулин 2,5%, а2-глобулин 13,2%, бета-глобулин 11,1%, гамма-глобулин 13,0%, СРБ 44,2 г/л. IgA 2,07 г/л (0,85-4,5), IgG 10,27 г/л (8-17), IgM 0,63 г/л (0,6-3,7). Суммарные антиядерные антитела: отрицательный. ПЦР на CMV, EBV – отрицательно. Бактериологическое исследование мокрот: выделен Streptococcus pneumoniae 1x10^{5}. ЭКГ от 21.01.09 г: Синусовый ритм. Нормальная ЭОС. Общий анализ мокроты от 23.01.09 г.: эпителий 3-5 в п/з, лейкоциты 0-2 в п/з, характер - слизистая, пенистая. Спирометрия от 23.01.09 г.: Заключение: нарушение вентиляционной функции легких смешанного характера с преобладанием рестриктивного компонента. ФБС от 03.02.09 г.: Заключение: 2-сторонний диффузный катаральный эндобронхит. Цитологическое исследование лаважной жидкости бронхов: Плоский эпителий 10-15 в п/з, лейкоциты 7-8-10 в п/з. Мазок фрагмента бронхиального дерева от 03.02.09 г. № 426: При исследовании мазка определяется обилие слизи, стромальные элементы, обнаруживаются бокаловидные клетки, клетки мерцательного эпителия без ресничек, а также клетки переходного эпителия. Определяется комплекс клеток с оранжевой цитоплазмой. Признаков клеточной атипии не обнаружено. Цитологическое исследование лаважной жидкости бронхов №425: определяются единичные нейтрофильные лейкоциты и клетки многослойного плоского эпителия без признаков атипии. Исследование лаважной жидкости бронхов на МБТ от 05.02.09 г. – отрицательное. КТ-грудного сегмента от 19.01.09 г. и 31.01.09 г. позволило сделать заключение: КТ-картина двусторонней нижнедолевой пневмонии, что характеризовалось наличием плотных очагов консолидации субплевральной локализации с «воздушными бронхограммами» и участками «матового стекла» (рис. 1).

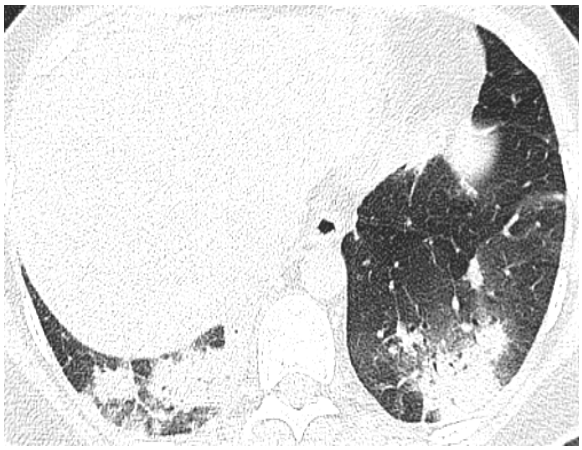


Рис. 1. КТ-картины легких пациентки Д., 48 лет, с криптогенной организующейся пневмонией на фоне лечения антибактериальными препаратами

Учитывая наличие у пациентки выраженной дыхательной недостаточности с тенденцией к нарастанию, кашля, лихорадки на фоне проведения повторных курсов комбинированной антибактериальной терапии с использованием цефалоспоринов III поколения и респираторных фторхинолонов, комплексной симптоматической терапии, наличие характерной аускультативной симптоматики в виде двусторонней крепитации преимущественно в проекции нижних долей, умеренных признаков бронхиальной обструкции, КТ-картины с наличием плотных очагов консолидации субплевральной локализации с «воздушными бронхограммами» и участками «матового стекла», был выставлен Клинический диагноз: Криптогенная организующаяся пневмония. Вторичная бактериальная двусторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелое течение. ДН2.

Больной была назначена pulse-терапия преднизолоном 1 г. в течение 3 дней с последующим назначением приема преднизолона 40 мг в сут (per os) сроком 1 мес.

На фоне терапии системными глюкокортикостероидами (СГКС) отмечена положительная клинико-рентгенологическая динамика, что проявлялось в виде значительного снижения степени ДН, нормализации температуры тела, положительная КТ-динамика (рис. 2 а, б), где синдром «воздушных бронхограмм» и участки «матового стекла» значительно уменьшились.

Больной после проведенного лечения в течение 1 мес. было начато медленное снижение дозы СГКС до поддерживающей, в последующем с его отменой через 3 мес. терапии. При контрольном исследовании компьютерной томографии легкого была картина полного восстановления воздушности легочной ткани и исчезновение ранее выявленных изменений.

Однако, учитывая особенности течения КОП и высокий риск развития рецидива заболева-

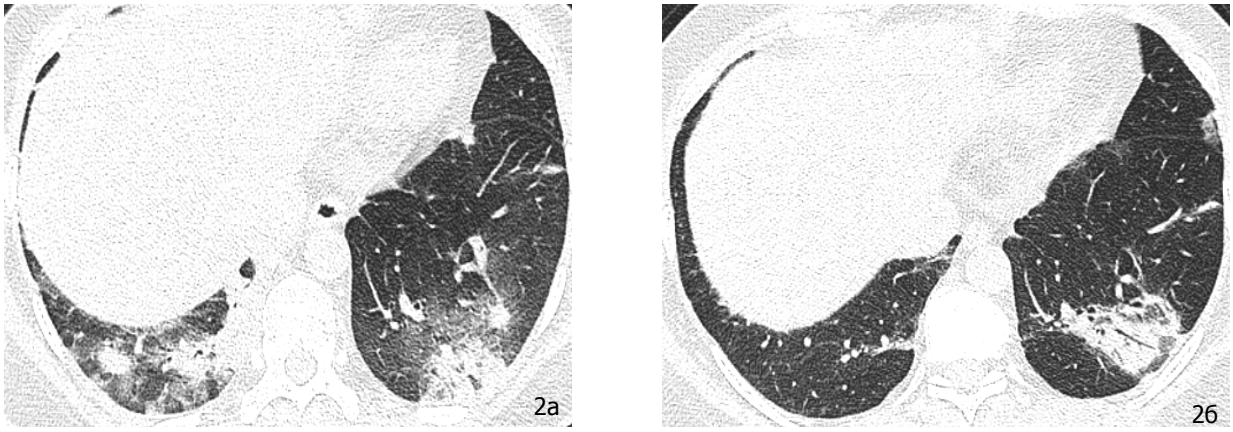


Рис. 2. Динамика КТ-картины легких пациентки Д., 48 лет: а) на фоне повторных курсов комбинированной антибактериальной терапии; б) КТ-динамика через месяц терапии системными ГКС

ния, планируется дальнейшее наблюдение за пациенткой с контролем лабораторных маркеров воспаления, функциональных респираторных показателей, КТ-динамики каждые 6 мес. в течение года, в последующем ежегодно в течение 2 лет.

Клинический случай 2.

Пациентка Р., 51 г., госпитализирована в клинику ННМЦ с прогрессирующей, преимущественно инспираторной одышкой с эпизодами приступообразного сухого кашля. В течение года отмечает формирование утолщений концевых фаланг пальцев рук в виде «барабанных палочек» и деформацию ногтевых пластинок в виде «часовых стекол». Респираторная симптоматика с тенденцией к прогрессированию имела место в течение полугода. Пациентке проводилась антибактериальная терапия с диагнозом Двусторонняя пневмония. На фоне терапии прогрессировала одышка, отмечено снижение толерантности к физическим нагрузкам, появились признаки сердечной недостаточности. При осмотре в клинике ННМЦ обращали на себя внимание диффузный цианоз кожных покровов, видимых слизистых, «пальцы Гиппократа» (рис. 3), выраженная



Рис. 3. Симптом «Пальцы Гиппократа» у пациентки Р., 51 г.

одышка при разговоре.

При исследовании сердечно-сосудистой системы выявлены признаки повышенной воздушности легочной ткани умеренной степени, ограничение экскурсии легочных краев, ослабленное дыхание по всей поверхности легких, косвенные признаки легочной гипертензии (акцент 2 тона на а. Pulmonalis, тахикардия). Учитывая наличие прогрессирующей преимущественно инспираторной одышки, характерных изменений пальцев рук, отсутствие эффекта от проведенной антибактериальной, бронхорасширяющей терапии на амбулаторном этапе, быстрое прогрессирование заболевания с формированием признаков легочной гипертензии у пациентки фертильного возраста, было предположено наличие у больной интерстициальной болезни легких. При проведении лабораторных, инструментальных, визуализирующих тестов выявлено: общий анализ крови – без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови: Общий белок 89,21 г/л, альбумин 44,14 г/л, альбумины 48,9%, а1-глобулин 1,5%, а2-глобулин 9,4%, в-глобулин 9,4%, гамма-глобулин 30,8%, СРБ полож. (13,4 г/л), иммуноглобулин А 4,08 г/л. PCO2 44 мм рт. ст., PO2 54 мм рт.ст., SatO2 88,5%, пульсоксиметром 88%. ПВ-МНО 16,2-1,28, фибриноген 4,37 г/л, АЧТВ 34,8 с, РФМК 3,0 мг%, антитромбин – 3 69,4. HbsAg – отрицательный, a-HCV IgG+IgM – отрицательный. ИФА на ВИЧ отриц. ПЦР крови на ЦМВ, EBV – отр. ЭКГ: Ритм синусовый правильный, ЧСС 78 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки увеличения потенциалов правых отделов. Спирометрия: рестриктивный тип нарушения ФВД. ДЭхоКГ: РсрЛА – 36 мм рт. ст. На основании проведенной КТ грудного сегмента было сделано заключение: Интерстициальное поражение легочной ткани (фиброзирующий альвеолит?) (рис. 4 а, б).

Наличие КТ-картины кистозной трансформации легочной ткани на фоне интерстициального воспаления (симптом «матового стекла») позволило сузить дифференциально-диагностический поиск до 2 форм идиопатической интерстициальной патологии легких – это такие нозологические формы, как лимфангиолейомиоматоз и лангерганскле точный гистиоцитоз Х. С этой целью было решено провести биопсию легких малоинвазивным торакоскопическим методом с

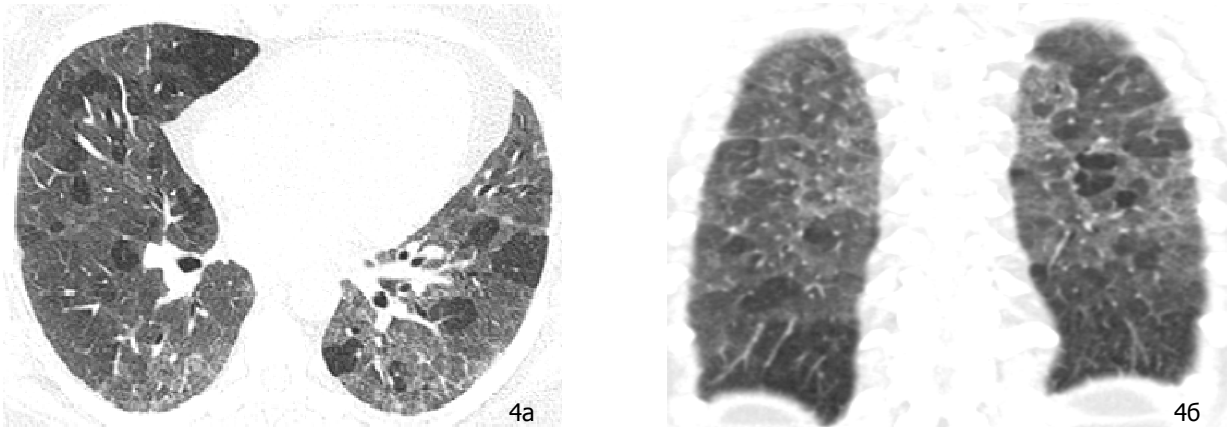


Рис. 4. КТ-картина легкого пациентки Р. 51 г. а) признаки интерстициального воспаления легкого «матовое стекло», б) кистозной трансформации легких, множественные мелкополостные образования

видеоассистированием. Диагноз лангерганскле-точного гистиоцитоза Х легких вызывал сомнения, учитывая пол пациентки, отсутствие фактора курения в анамнезе. Более вероятным был диагноз лимфангиолейомиоматоза у женщины фертильного возраста. Результаты морфологического исследования легочной ткани позволили подтвердить диагноз: лимфангиолейомиоматоз.

Результат гистологического исследования показал, что ткань легкого представлена кистозно измененными альвеолярными структурами, различных размеров и форм с тонкими прослойками межальвеолярных перегородок, а также диспластически измененными ветвлением бронхиол, формирующие причудливые тубулярные структуры. Эпителий бронхиол был высокий, с крупным вытянутым ядром, среди них имелись гиперсекретирующие бокаловидные клетки. Следует отметить, что в просвете альвеол и многих бронхиол отмечалось формирование широких папиллярных образований причудливых форм (рис. 5а). Кровеносные сосуды были полнокровные, лимфатические – приобретали кистозно-вытянутые формы, сосуды заполнены хилезным содержимым (рис. 5б).

В интерстициальной ткани легкого наблюдалась гиперплазия мезенхимальных компонентов в виде гладкомышечных клеток, которые выстилали стенки альвеол или хаотически располагались в перибронхиальной зоне, а также вокруг кровеносных и лимфатических сосудов (рис. 6 а, б).

В интерстициальной ткани легкого выявлялись участки ангиоматоза с причудливо измененными сосудами, их стенок и просвета, приобретавшие «ветвящиеся» или S-образные формы и участки неоангиоматоза с выраженным периваскулярным склерозом, а также встречались очаги, представленные клубками склерозированных сосудов с облитерацией просвета. В интерстиции ткани легкого наблюдалась рассеянная лимфоидная инфильтрация, среди них встречались единичные гигантские многоядерные клетки, занимающие большую часть территории цитоплазмы клетки. На основании выявленных патоморфологических изменений сделано заключение: лимфангиолейомиоматоз легкого.

Больной была назначена антиэстрогеновая терапия, терапия легочной артериальной гипертензии, обеспечена длительная респираторная поддержка с использованием кислородного концентратора. Пациентка до настоящего времени находится под наблюдением в клинике ННМЦ, общее состояние ее удовлетворительное.

Клинический случай 3.

Пациент К., 53 г., поступил в клинику ННМЦ с явлениями тяжелой дыхательной недостаточности, признаками гипоксии, симптомами

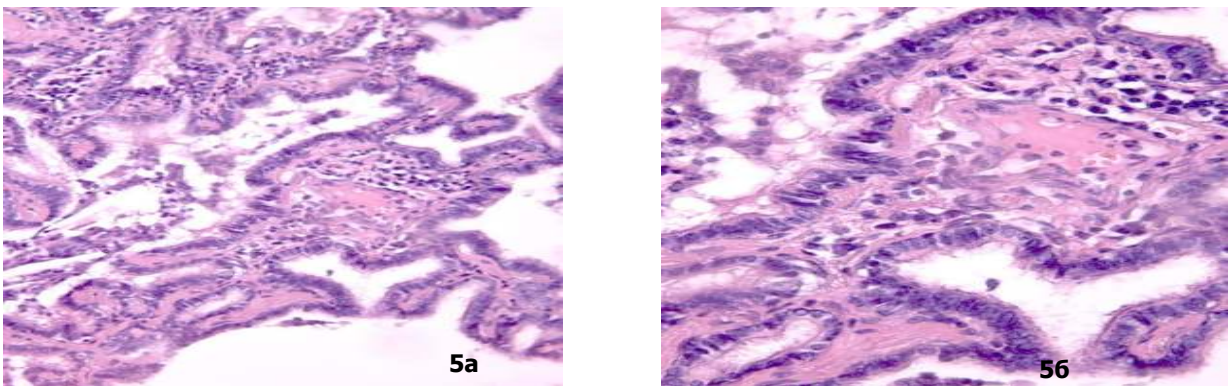


Рис. 5. Патоморфология легкого при лимфангиолейомиоматозе: а) формирование причудливых тубулярных структур; Б) хилезное содержимое в просвете сосудов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: Х200

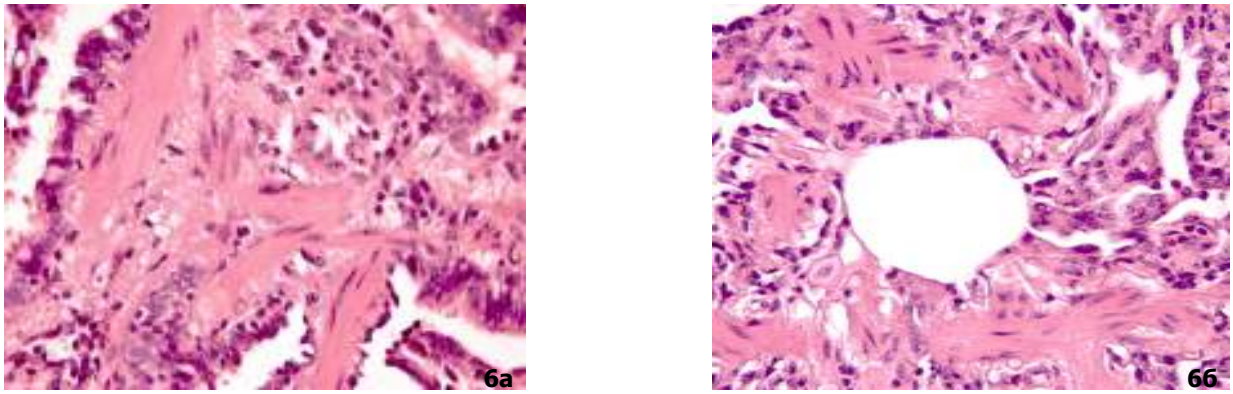


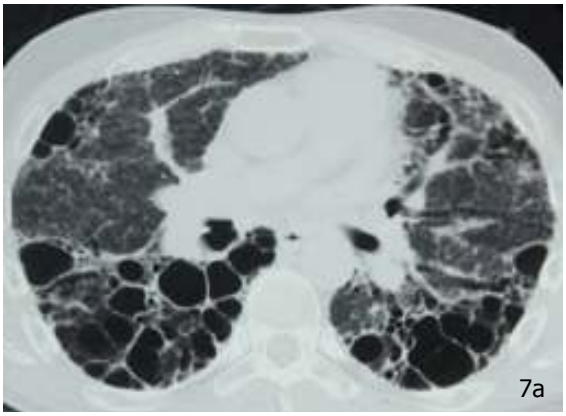
Рис. 6. Патоморфология легкого при лимфангиолейомиоматозе: а)хаотическое расположение пучков гладкомышечных клеток в стенке альвеол; б) пучки гладкомышечных клеток в перибронхиальной зоне. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: х 400

сердечной недостаточности по правожелудочковому типу, сниженной толерантностью к физическим нагрузкам. Респираторная симптоматика в течение 10 лет. Наблюдался с ДЗ: ХОБЛ, Бронхиальная астма. Получал ингаляционные глюкокротикостероиды, бронхолитическую терапию, муколитики, антибактериальные средства, на фоне которых прогрессировала дыхательная недостаточность, появились признаки сердечной недостаточности по правожелудочковому типу. Диагноз идиопатического фиброзирующего альвеолита выставлен в 2001 г. в одной из клиник Астаны. Получал терапию системными глюкокортикостероидами, респираторную поддержку с использованием кислородного концентратора в течение последних полутора лет. На фоне терапии отмечено постепенное нарастание дыхательной недостаточности, в течение последних 5-6 мес. значительное, снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление и нарастание признаков сердечной недостаточности. При обследовании в клинике ННМЦ выявлены преимущественно инспираторная одышка при минимальной нагрузке, диффузный цианоз кожных покровов верхней половины туловища, кистей рук, объективные признаки повышенной воздушности легочной ткани с резким ослаблением дыхания над всей поверхностью легких с ЧД-24 в 1 минуту. Выявлены признаки расширения правых отделов сердца с признаками легочной АГ с ЧСС – 110 в 1 минуту, признаки декомпенсации по правожелудочковому типу. Данные дополнительных лабораторных и инструментальных тестов выявили: общий анализ крови: Л – 11,9 х 10^9/л; СОЭ – 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 93,31г/л, альбумин 38,47 г/л, альбумины 44,4%, а1-глобулины 1,5, а2-глобулин 9,0, β-глобулин 9,5, γ-глобулин 35,6, СРБ 3,7 г/л. Газовый состав крови: сатурация 86,8%, в динамике 93,3% на фоне оксигенотерапии. Коагулограмма: ПВ-по-МНО 16,7-1,00-1,00 сек, фибриноген 6,07г/л, АЧТВ 32,7 сек, РФМК 8,5мг%, ТВ 15,4 сек, УиА 16,1 сек, степень агрегации УиА 106. IgA 6,06 (1,0-4,9г/л), IgG 26,39 (8-17г/л), IgM 1,71 (0,5-3,2г/л). Общий анализ мокроты: слизисто-гнойный характер, эпителий 2-3 в пз, альвеолярные макрофаги в значительном к-ве в пз, лейкоциты сплошь в пз. Бакпосев мокроты: Выделен Streptococus aralis 1x10^4 амоксициллин, цефтазидим, цефаклор, цефиксим, кларитромицин, цефотаксим, эритромицин, моксифлоксацин, нитрофурантоин, нитроксолин, оксацилин, пиперациллин, ванкомицин. ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 123 в мин, ЭОС вертикальная, горизонтальная депрессия ST до 2 мм. В динамике: уменьшение депрессии ST –Т до 1-1,5 мм по нижнебоковой стенке. Спирометрия: Рестриктивный тип нарушения ФВД, умеренной степени. Эхокардиография: Дилатация правых отделов сердца умеренная. Выраженная легочная гипертензия. Аортосклероз. Аортальная недостаточность 1ст. СДА в ЛА 53-58 мм рт. ст.

Проведенное пациенту КТ грудного сегмента позволило по наличию признаков в виде полостных образований округлых форм, которые характерны для буллезного вздутия легочной ткани, интерстициального воспаления «матовое стекло» и интерстициального фиброза сделать заключение: кистозный фиброз легкого (Рис. 7а, б).

С учетом длительности и течения заболевания, наличия по данным КТ-исследования грудного сегмента выраженной кистозной трансформации легочной паренхимы без значительной выраженности фиброзных изменений, интерстиция легких за период более 10 лет, признаки сформировавшегося хронического легочного сердца у мужчины 53 лет с длительным анамнезом курильщика позволили поставить диагноз: гистиоцитоз Х.

Таким образом, диагностика редких форм ИБЛ, таких как криптогенная организующаяся пневмония, лимфангиолейомиоматоз, гистиоцитоз Х, остается в настоящее время достаточно сложной задачей ввиду ограниченной возможности проведения МСКТ-исследования и морфологической верификации диагноза. Однако знание особенностей клинических проявлений и течения заболевания, качественный анализ анамнестических данных, правильная оценка полученных результатов лабораторных, функциональных тестов,



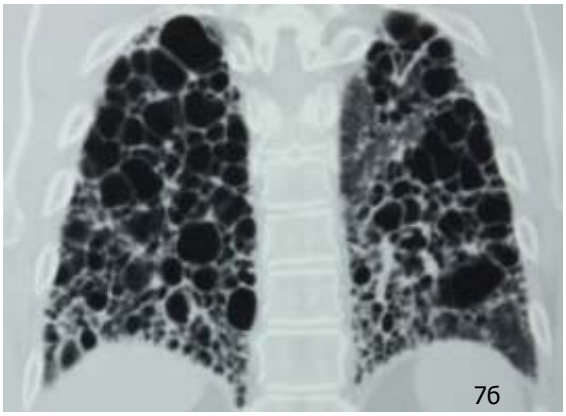


Рис. 7. КТ-картина пациента К., 53 г., а) участки интерстициального воспаления («матовое стекло»), б) участки буллезного вздутия легочной ткани

рентгенологической картины легких при сопоставлении их с клинической симптоматикой позволяют поставить диагноз криптогенной организующейся пневмонии, своевременно начать адекватную терапию и добиться желаемого результата. Прогноз при КОП обычно благоприятный, большинство больных полностью излечиваются при приеме ГКС. Однако в редких случаях наблюдается плохой ответ на стероиды и заболевание приобретает неуклонно прогрессирующее течение.

Таким образом, приведенные клинические наблюдения показывают, что в случаях двусторонней пневмонии, рефрактерной к проводимой адекватной антибактериальной терапии, следует проводить дифференциальный диагноз с идиопатической интерстициальной пневмонией. При подозрении на интерстициальные болезни легких целесообразным является проведение компьютерной томографии и биопсии легкого с последующей морфологической верификацией варианта идиопатической интерстициальной пневмонии с целью своевременного назначения адекватной патогегенетической терапии и оценки прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интерстициальные болезни легких: Практическое руководство /Е. А. Коган, Б. М. Корнев, Е. Н. Поаова, В. В. Фомин и др. – под ред. Н. А. Мухинаю. – М.: Литерра, 2007. – 432 с.
2. Легочный гистиоцитоз Х – современные представления, диагностика и тактика лечения /Б. М. Корнев, Е. А. Коган, Е. Н. Попова и др. //Терапевтический архив. – 2003. – №3. – С. 50 – 54.
3. Сочетание лимфангиолейомиоматоза с кожным лейомиоматозом и лейомиомой матки /Е. А. Коган, О. И. Михайлов, С. М. Секамова и др. // Архив патологии. – 2001. – №63. – С. 39 – 44.
4. Черняев А. Л. Патологическая анатомия легких /А. Л. Черняев, М. В. Самсонова. – под ред. А. Г. Чучалина. – М.:Атмосфера, 2004. – 112 с.
5. Чучалин А. Г. Идиопатический легочный фиб-

R. A. Bakenova, M. M. Tusupbekova, G. M. Shaimardanova

THE CLINICAL-MORPHOLOGIC MANIFESTATION OF RARE FORMS OF IDIOPATHIC INTERSTICIUM PHEUMONIA

The clinical observations of rare forms of idiopathic intersticium pneumania were presented qnd the clinical-morphological peculiarities of lungs lesions with use of modern innovational technoligies were studied: computer tomography of lung and investigation of biopsy material of lung tissue, received be little invasive toracoscopy method. After conducted differential diagnostics the clinical diagnosis criptogan organizing pneumonia, lymphangiomatosis and histiocytosis was put. It is shown that with suspicion on intersticial lungs diseases the conduction of computer tomography and lungs disease the conduction of computer tomography and lund biopsy with following morphological verification of variant of idiopathic intersticium pneumonia with the aim of opportune prescription of adequate pathologenetic therapy and estamation of disease prognosis is advisable.

Р. А. Бәкенова, М. М. Түсіпбекова, Ғ. М. Шаймарданова

ИДИОПАТИЯЛЫҚ ИНТЕРСТИЦИАЛДЫҚ ПНЕВМОНИЯНЫҢ СИРЕК ТҮРЛЕРІНІҢ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Өкпенің екі жақты идиопатиялық интерстициалдық пневмониясына шалдыққан науқастардың жағдайына жасалған клиникалық бақылау ұсынылған және осы заманғы инновациялық технология компьютерлік томографияны қолдана отырып, өкпе зақымдалуының клнико-морфологиялық ерекшеліктері зерттелген. Өткізілген дифференциалды диагностикадан кейін науқастарға криптогенді ұйымдасатын пневмония, лимфангиолейомиоматоз және гистиоцитоз Х клиникалық диагнозы қойылған. Интерстициалды ауруларға күдіктенген жағдайда компьютерлік томография және өкпе биопсиясы өткізілгені оңтайлы болып саналады.

А. А. Ким

ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В С ДЕЛЬТА-АГЕНТОМ И ДЕЛЬТА-СУПЕРИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ В КАТАМНЕЗЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Карагандинский государственный медицинский университет, Областная инфекционная больница (Караганда)

Дельта-инфекция имеет повсеместное распространение и неравномерный уровень заболеваемости в различных регионах [1, 2], в том числе и в Казахстане [3]. В результате инфицирования HBV и HDV здоровых лиц возникает острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция), а при заражении лиц, ранее инфицированных вирусом гепатита В – дельта-суперинфекция: острая дельта-суперинфекция вирусоносителя гепатита В, хронический гепатит В с дельта-агентом. Различные аспекты дельта-инфекции и ее терапии продолжают изучаться [4, 5, 6]. Несмотря на достаточное количество публикаций по течению острой дельта-инфекции, отсутствуют работы по изучению прогноза и исходов.

Цель работы – изучение клиники, течения и исходов острого гепатита дельта у больных в катамнезе наблюдения, возможности ранней диагностики болезни и разграничения ко- и суперинфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больные наблюдались в областной инфекционной больнице и реабилитационном центре для больных вирусными гепатитами г. Караганды в период с 1995 по 2009 г. Наряду с клиническим обследованием у них определялся комплекс биохимических показателей и исследовались в сыворотке крови (методом ИФА) маркеры HBV и HDV: HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM, анти-HBc IgG, анти-HBe, анти-HBs, анти-D IgM, анти-D IgG.

Острый гепатит В с дельта-агентом диагностирован у 21 больного, острая дельта-суперинфекция – у 14. Обследовано также 75 больных острым гепатитом В без дельта-агента. Диагнозы устанавливались на основании общепризнанных критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Острый гепатит В с дельта-агентом (ОГВ с дельта-агентом, дельта-коинфекция). Частота различных симптомов в начальном периоде болезни представлена в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, у больных ОГВ с дельта-агентом в начальном периоде болезни выявлялись те же симптомы заболевания, что и у больных ОГВ без дельта-агента. Лишь некоторые из них (рвота, боли в животе, повышение температуры тела, кожный зуд) встречались с большей частотой. Однако разность между частотой встречаемости симптомов статистически недостоверна. Несколько чаще отмечалось острое начало болезни. Длительность начального периода была короче, чем у больных ОГВ без дельта-агента.

Выраженность желтухи коррелировала со

Таблица 1.

Частота симптомов в начальном периоде болезни у больных желтушными и безжелтушными формами ОГВ с D-агентом и ОГВ без D-агента

Симптомы	ОГВ с D-агентом		ОГВ без D-агента	
	желтушная форма n – 14 абс. /%%	безжелтушная форма n – 7 абс. %%	желтушная форма n -57 абс. %%	безжелтушная форма n -18 абс. %%
Слабость, вялость	10 /71,4±12,6	2 /28.6±18,4	42 /73,7±5,8	5 /27,7±10,4
Снижение аппетита	11 /78,6±11,3	2 /28,4±18,4	43 /75,4±5,7	6 /33,3±11,4
Головная боль	1 /7,1±7,1	-	4 /7,0±3,4	1 /5,5±5,5
Тошнота	3 /21,4±11,3	-	17 /29,3±6,0	2 /11,0±7,6
Рвота	6 /42,8±13,8	1 /14,3±14,3	18 /31,6±6,1	3 /16,6±9,0
Боли в животе	9 /64,3±13,3	3 /42,8±19,5	26 /45,6±6,6	2 /11,0±7,6
Повышение температуры	6 /42,8±13,9	2 /28,6±18,4	15 /26,3±5,8	1 /5,5±5,5
Катаральные явления	-	-	-	-
Кожный зуд	2 /14,3±9,6	-	4 /7,0±3,4	-
Экзантема	-	-	3 /5,2±2,9	1 /5,5±5,5
Потемнение мочи	11 /78,6±11,3	1 /14,3±14,3	40 /70,2±6,2	2 /11,0±7,6
Посветление кала	9 /64,3±13,3	1 /14,3±14,3	33 /57,9±6,4	1 /5,5±5,5
Увеличение печени	14 /100	7 /100	57 /100	18 /100
Увеличение селезёнки	7 /50	4 /57,1±10,3	22 /38,6±6,4	10 /55,5±12
Острое начало	4 /28,5±12,6	-	11 /19,3±5,2	1 /5,5±5,5

степенью тяжести болезни и уровнем билирубинемии. Печень была увеличена у всех больных, выступала из подреберья на 2-7 см, отличалась значительной плотностью. Особенностью течения болезни у описываемых больных явилось частое наличие обострений – у 8 (38,1%) пациентов с желтушными и безжелтушными формами болезни. Склонность к пролонгированному течению установлена у 9 (42,8%) больных: у 7 констатирована затяжная реконвалесценция, у 2 – затяжной гепатит. Хронический гепатит развился у 1 (4,7%) больного ОГВ с дельта-агентом, перенесшего безжелтушную форму болезни, то есть он формировался с частотой, не превышающей развитие хронического гепатита после острого гепатита В. В наших исследованиях злокачественных форм ОГВ с дельта-агентом не наблюдалось.

При дельта-суперинфекции до ее проявления состояние инфицированных пациентов оценивалось как вполне удовлетворительное, и лишь у одного как среднетяжелое (табл. 2). Клинические проявления дельта-суперинфекции начинались остро и подостро, лишь у одного больного постепенно. При внимательном наблюдении за больными всегда можно было установить день, когда их состояние ухудшалось. Прежде всего появлялись слабость и вялость с тенденцией к нарастанию. Одновременно у больных снижался аппетит. На 2-3 сут присоединялись тошнота и рвота, боли в животе, которые исчезали лишь в желтушном периоде. Повторное увеличение размеров печени отмечалось в конце начального периода болезни. В эти же сроки увеличивалась селезенка. Продолжительность начального периода колебалась от 2 до 7 сут, в среднем составила 3,6 сут.

С появлением желтухи лишь у одного больного состояние улучшилось, у остальных оно оставалось без изменений или чаще (в 7 случаях) ухудшалось. У 9 больных в течение 2-14 сут продолжала нарастать желтуха.

У всех больных дельта-суперинфекцией в начале желтушного периода происходило дальнейшее увеличение размеров печени. Ее размеры в желтушном периоде отражены в табл. 2. Более часто, чем до суперинфицирования HDV, у

Таблица 2.

Клиническая характеристика D-суперинфекции (n-14)

Симптомы	До суперинфицирования HDV абс. /%%	После суперинфицирования HDV	
		Преджелтушный период абс. /%%	Желтушный период абс. /%%
Слабость, вялость	2 /15,4±10	13 /92,8±7,2	11 /78,6±11,4
Снижение аппетита	1 /7,7±7,0	13 /92,8±7,2	11 /78,6±11,4
Тошнота, рвота	2 /15,4±10,0	11 /78,6±11,4	7 /50,0±13,9
Боли в животе	3 /23,1±12,0	9 /64,3±13,3	8 /57,1±13,7
Повышение температуры	-	7 /50,0±13,9	6 /42,8±13,7
Увеличение печени (выступает из подреберья) на:	13 /92,3±8,0	14 /100	14 /100
2 см	7 /52,8±14,0	-	-
2-4 см	3 /23,1±12,0	-	4 /28,5±12,5
4-6 см	2 /15,4±10,0	-	7 /50,0±13,9
более 6 см	1 /7,7±7,0	-	3 /21,4±11,4
Увеличение селезенки	6 /46,1±14		11 /78,6±11,4
Наличие желтухи	1 /7,7±7,0		12 /85,7±9,7
Потемнение мочи	-	11 /78,6±11,4	12 /85,7±9,7
Ахолия кала	-	11 /78,6±11,4	11 /78,6±11,4
Кожный зуд	-	-	5 /35,7±13,3
Кровоточивость	-	-	5 /35,7±13,3
Вторичные печеночные знаки	1 7,7±7,0	-	12 /85,7±9,7
Усиление сосудистого рисунка на груди и животе	1 /7,7±7,0	-	6 /42,8±13,7
Тяжесть суперинфекции:			
легкая			3 /21,4±11,4
среднетяжелая			4 /28,5±12,5
тяжелая			7 /50,0±13,4

больных пальпировалась селезенка (у 6 и 11 соответственно). Также характерно и последующее увеличение ее размеров (М-1,25±0,44 и 2,55±1,03 см). Активность АЛТ у всех больных проявлялась цифрами, характерными для острого периода гепатита (превышала нормальные показатели в 9-11 раз). Значительно сниженными оказались показатели, отражающие состояние синтетических функций гепатоцитов: активности холинэстеразы (М-87,5±8,1 ед.), протромбинового индекса (М-49,2±3,75%), альбуминов (М-49,7±1,8 г/л). Одновременно у больных возрастал уровень гамма-глобулинов сыворотки (М-24,2±1,9 г/л).

На основании оценки клинико-биохимических данных лишь у 3 больных гепатитом, обусловленных дельта-суперинфекцией, установлена легкая форма болезни, у 4 – среднетяжелая и у 7 – тяжелая.

Явления интоксикации в желтушном периоде сохранялись от 5 до 14 дней, хотя ее проявления в виде вялости и снижения аппетита у некоторых больных определялись и дольше.

Последующее течение дельта-суперинфекции характеризовалось медленной обратной динамикой ряда симптомов, длительным сохранением некоторых из них, наличием повторных волн болезни, появлением новых симптомов, свидетельствующих о прогрессировании процесса.

Особенностью последующего течения болезни явилось частое возникновение обострений, которые носили как желтушный, так и безжелтушный характер. Все четче вырисовывалась картина хронического гепатита выраженной активности (через 1, 2, 3 мес. после суперинфицирования).

В разгаре болезни у всех обследованных больных ОГВ с дельта-агентом, наряду с HBsAg, выявлялись и маркеры активной репликации обоих вирусов (HBeAg, анти-HBc IgM и анти-D IgM). В периоде реконвалесценции, но при еще сохраняющемся минимально активном процессе (активность АЛТ не превышала 600,0 нмоль/сл) были выявлены HBsAg, анти-HBc IgM, анти-D IgG, но отсутствовали анти-D IgM. Таким образом, при ОГВ с дельта-агентом активная репликация HDV прекращалась раньше, чем активная репликация HBV.

При дельта-суперинфекции происходит характерное изменение в HBV-маркерном серологическом профиле: после суперинфицирования HDV исчезновение из крови анти-HBc IgM, тестируемых до заражения. В последующем в фазу высокой активности процесса маркеры активной репликации HDV – анти-D IgM были обнаружены у всех обследованных, а анти-HBc IgM – у 36%. По мере течения болезни последние обнаруживались еще реже – у 12% больных, хотя анти-D IgM выявлялись у всех обследованных.

Таким образом, возникший после суперинфекции ХГВД все больше становится моноинфекцией, обусловленной HDV. Однако у отдельных больных с длительными сроками болезни выявлялись в крови анти-HBc IgM, свидетельствуя о смешанном характере ХГ. Это позволяет утверждать, что при этом гепатите HDV играет главную роль, обуславливая тяжесть и неблагоприятное течение болезни.

ВЫВОДЫ

1. У больных коинфекцией преобладали случаи с легкими, безжелтушными формами болезни. ХГ возникал с той же частотой (4,7%), что и у больных ВГВ.

2. Дельта-суперинфекция начиналась остро, характеризовалась выраженной интоксикацией у большинства больных, преобладанием тяжелых и среднетяжелых форм, выраженными обострениями, ранним появлением признаков ХГ выраженной активности.

3. У больных коинфекцией после появления первых признаков болезни в крови выявлялись маркеры активной репликации HBV и HDV – анти-HBc IgM и анти-D IgM, последние первыми исчезали из крови по мере течения болезни, у больных суперинфекцией раньше исчезали маркеры HBV-анти- HBc IgM и HBeAg. Анти-D IgM годами в высоких титрах сохранялись в крови, сопутствуя ХГ выраженной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов И. А. Актуальные аспекты вирусных гепатитов /И. А. Карпов, В. М. Баран. – Минск, 2002. – 47 с.

2. Климова Е. А. Диагностика и лечение хронического гепатита В //Терапевтический вестник. – 2004. – №2. – С. 35 – 40.

3. Куперштейн А. П. Вирусные гепатиты у детей. – Караганда, 1995. – 214 с.

4. Курманова К. Б. Заболеваемость вирусными гепатитами в Республике Казахстан //Актуальные проблемы инфекционной патологии: Матер. респ. конф. – Алматы, 1997. – С. 37 – 40.

5. Farci P. Delta hepatitis: an update //J. Hepatology. – 2006. – №39. – P. 212 – 219.

6. Kupershtein A. Acute hepatitis B with D-agent and acute D-super infection in children /A. Kupershtein, A. Kim //Scientific Issues. – Beer-Sheva. – 2001. – P. 119 – 125.

Поступила 07.07.10

A. A. Kim

ACUTE VIRUS HEPATITS WITH DELTA-AGENT AND DELTA-SUPERINFECTION AT PATIENTS IN CATAMNESIS OF OBSERAVATION

The course of delta infection at patients in catamnesis of prolong (15 years) observation is studied at patients with confection the cases with easy anicteric forms of disease were prevailed. The chronic hepatitis arised with the same frequency as the patients with VH. Delta super-infection was acute, characterized by prevalence of hard and middle hard forms evident exacerbations, early appearance (in 1-3 months from the beginning of superinfection) of signs of chronic hepatitis of evident activity.

А. А. Ким

КАТАМНЕЗДГІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ДЕЛЬТА-АГЕНТПЕН ӨТКІР ВИРУСТЫ В ГЕПАТИТІ ЖӘНЕ ДЕЛЬТА-СУПЕРИНФЕКЦИЯ

Катамнездегі науқастарды ұзақ уақыт (15 жыл) бақылаудың нәтижесінде дельта инфекцияның ағымы зерттелген. Коинфекциямен сырқаттарда аурудың жеңіл, сарғаюсыз түрлері басым болған. Созылмалы гепатит ВГВ-мен науқастардағыдай жиілікпен туындаған. Дельта-суперинфекция өткір түрде басталған, ауыр және орташа ауыр түрлері, айқын асқынулары, ХГ белсенділігі белгілерінің ерте анықталуы (супержұқпа басталғаннан кейін 1-3 айдан соң) басым болды.

А. А. Кнаус

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АСКАРИДОЗА

Кафедра инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета

Аскаридоз – распространенное инфекционное заболевание, отличительной особенностью которого является полиморфизм клинических проявлений [1, 2]. Аскаридам свойственно оказывать влияние на состояние иммунной системы макроорганизма и состав кишечной микрофлоры [3], что обуславливает длительность и тяжесть течения основного заболевания. Несмотря на многочисленные исследования по аскаридозу, пока еще недостаточно комплексных работ по изучению взаимосвязи клинических проявлений с изменениями иммунного статуса.

Цель исследования – изучить ведущие клинические симптомы хронической фазы аскаридоза и определить состояние иммунной системы больных аскаридозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ заболеваемости аскаридозом населения города Караганды и Карагандинской области по данным СЭС г. Караганды за 2002-2009 гг.

Для изучения клинических проявлений и состояния иммунной системы больных аскаридозом нами была сформирована репрезентативная выборка из 226 больных в возрасте от 18 до 48 лет с верифицированным в 100% случаев паразитологически (микроскопия фекалий) диагнозом «Аскаридоз, хроническое течение, кишечная фаза». Больные аскаридозом находились на стационарном лечении в областной инфекционной больнице г. Караганды, обратились за медицинской помощью впервые.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Инвазированность аскаридами населения г. Караганды и Карагандинской области за анализируемый период (8 лет) возросла в 3,5 раза и держится последние 4 г. на высоких цифрах (рис. 1).

В анамнезе заболевания обращали внимание на длительность течения и последовательность появления симптомов. Наличие в анамнезе жизни жалоб на кашель, пневмонию, аллергические реакции имело значение для определения фазы патогенетического процесса при аскаридозе. Клиническая картина заболевания проявлялась неспецифичными симптомами, встречающимися при различных заболеваниях: периодически отмечался субфебрилитет, явления длительной интоксикации: слабость, вялость, потеря массы

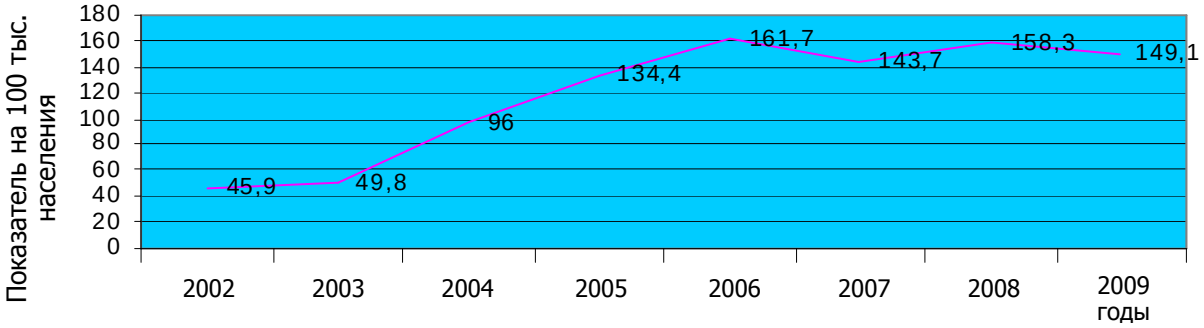


Рис. 1. Распространенность аскаридоза в Карагандинской области РК

Таблица 1.

Частота регистрации (%) клинических проявлений хронического течения аскаридоза (M±m) (до лечения антигельминтным препаратом)

Клинические проявления (синдромы и симптомы)	Частота встречаемости, n=226	
	абс	%
Интоксикационный:		
слабость, вялость	208	92,5±0,1
потеря массы тела	199	87,1±1,05
Болевой абдоминальный:		
боли в животе в околопупочной области	208	92,3±2,2
Дисфункции ЖКТ:		
диарея	61	26,9±0,3
запоры	165	73,1±0,08
Экзантемы:		
сыпь	156	68,02±1,04
кожный зуд	104	45,1±1,1
Астено-вегетативный:		
нарушение сна	95	41,03±1,03
раздражительность	165	72,0±2,9

тела, снижение работоспособности, потеря интереса к окружающему. Практически все больные жаловались на боли в животе, в околопупочной области, отмечалось снижение аппетита, реже – повышенное чувство голода, неустойчивый стул или только запоры. Возникали неприятные ощущения, тяжесть в правом подреберье, непереносимость каких-либо пищевых продуктов. Иногда отмечалась бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Частота регистрации основных клинических симптомов аскаридоза представлена в табл. 1.

Все больные прошли курс лечения антигельминтным препаратом альбендазол в дозе 400 мг, 1 раз в сут (на ночь) в течение 3 сут.

После проведенной антигельминтной терапии отмечалось улучшение самочувствия у 156 больных (69,02%), это проявилось улучшением аппетита у 139 (61,5%), нормализацией стула у 69 (30,5%), купированием болей в животе у 104 больных, что составило (46,01 %). Полностью купировался синдром экзантемы. Частота встречаемости основных клинических симптомов аскаридоза после лечения антигельминтным препаратом представлена в табл. 2.

Контрольный анализ микроскопии кала на

Таблица 2.

Частота регистрации (%) клинических проявлений хронического течения аскаридоза (M±m) (после лечения антигельминтным препаратом)

Клинические проявления (синдромы и симптомы)	Частота встречаемости, n=226	
	абс	%
Интоксикационный:		
слабость, вялость	171	74,09±1,5
Болевой абдоминальный:		
боли в животе в околопупочной области	104	44,1±1,04
Дисфункции ЖКТ:		
диарея	25	10,9±1,03
запоры	115	49,1±1,06
Астено-вегетативный:		
нарушение сна	95	41,0±1,09
раздражительность	164	71,8±1,3

Таблица 3.

Иммунологические показатели хронической фазы аскаридоза (M±m)

Показатели, ед. измерения	Контрольная группа n=226	Хроническое течение аскаридоза (до лечения антигельминтным препаратом) n=226
CD3, %	57,1±1,02	26,2±1,8**
CD4, %	39,1±1,7	20,7±1,2**
CD8, %	11,1±1,2	4,8±1,5**
CD56, %	18,3±1,4	28,3±1,4**
CD19, %	15,7±1,3	24,2±1,3*
фагоцитоз, %	41,2±1,3	17,7±1,2**

* p<0,05, ** p<0,01

яйца глистов показал, что процент дегельминтизации составил 61,06.

Все больные после лечения антигельминтным препаратом обследованы на состояние иммунной системы (иммунограмма крови).

При анализе Т-системы больных аскаридозом выявилось снижение субпопуляций с фенотипом CD3 в 2,1 раза, фагоцитарной активности нейтрофилов в 2,2 раза (p<0,01) по сравнению с группой контроля. Отмечалось снижение процентного содержания CD4 и CD8 соответственно в 1,8 и 1,9 раза (p<0,01) и повышение процентного содержания CD 56 и CD 19 в 1,6 (p<0,01, p<0,05 соответственно). Показатели спонтанного и индуцированного НСТ-теста при аскаридозе были снижены в 3,9 раза (p<0,05), а индекс стимуляции увеличен в 2,1 раза (табл. 3).

Отсутствие желаемого 100% эффекта дегельминтизации при монотерапии специфическими антигельминтными препаратами обусловливает необходимость углубленного изучения влияния аскарид на организм и изыскания путей комплексного лечения с учётом воздействия на все факторы патогенеза. Признание роли иммунных нарушений в патогенезе аскаридоза делает актуальной разработку методов лечения, направленных на коррекцию иммунного статуса больных

ВЫВОДЫ

1. Ведущими синдромами в клинической картине больных с диагнозом «Аскаридоз, хроническое течение, кишечная фаза» на современном этапе являются: интоксикационный (91,3± 1,01%), болевой абдоминальный (92,7±3,75%), дисфункции ЖКТ (диарея – 26,9±0,3%. запоры – 73,1±0,08%), астено-вегетативный (72,4± 2,79%), и экзантемы (68,1±1,91%).

2. Терапия антигельминтным препаратом альбендазолом в монорежиме не приводит к полному купированию клинической симптоматики аскаридоза и позволяет достичь уровня дегельминтизации 61,06%.

3. Изменения в иммунной системе больных аскаридозом после лечения антигельминтным препаратом характеризуют глубокие нарушения и отражают низкий функциональный резерв фагоцитов.

4. Наличие клинической картины аскаридоза после проведенной антигельминтной терапии свидетельствует о глубоких нарушениях гомеостаза организма человека, в том числе и нарушениях иммунной системы, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость гельминтозами различного контингента населения Карагандинской области, ведущие факторы передачи инфекции //М. С. Сыздыков, А. А. Кнаус, Б. Н. Кошерова и др. – Наука и здравоохранение. – 2007. – №1. – С. 66 – 68.

2. Инфекционные болезни /Под ред. Е. П. Шуваловой. – М.: Ростов-н/Д: Феникс, 2001. – С. 944 946.

3. Лебедев К. А. Иммунная недостаточность (выявление и лечение) /К. А. Лебедев, И. Д. Понякина. – М.: Медицинская книга, 2003. – 443 с.

Поступила 14.07.10

A. A. Knaus

CLINICAL – IMMUNOLOGICAL CHARECTERISTICS OF CHONIC COURSE OF ASCARIDIASIS

The article contains clinical – immunological date of chronic phase of ascaridiasis.

А. А. Кнаус

СОЗЫЛМАЛЫ АСКАРИДОЗ АҒЫМЫНЫҢ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Мақалада аскаридоздың созылмалы кезеңіндегі клинико-иммунологиялық сипаттамасы туралы мәліметтер берілген.

А. А. Ким

«ФЕРТАЛЬ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Карагандинский государственный медицинский университет, Областная инфекционная больница

По современным представлениям, нормальная микрофлора кишечника является важным звеном в системе защиты организма и сохранении постоянства его внутренней среды. Однако стрессовые ситуации – назначение антибиотиков, инфекционные заболевания кишечника, патологии иммунной системы, несбалансированное питание и др. приводят к нарушению биоценоза кишечника – дисбактериозу, который усугубляет течение основного заболевания и требует обязательной коррекции. В многочисленных исследованиях рекомендуются традиционные методы терапии с использованием монокомпонентных эубиотиков [1, 2, 3]. В последнее время созданы новые биопрепараты в комплексе с витаминами, ферментами, аминокислотами, однако данных по их применению в литературных источниках недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата «Ферталь» в комплексном лечении дисбактериоза кишечника у инфекционных больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ферталь – биопрепарат нового поколения синбиотического действия, представляет комплекс пробиотиков (лактобактерий и бифидобактерий) и пребиотиков (алоэ вера, витамины В1, В2, В6, В12, РР).

Основную группу исследования составили 40 пациентов: 28 женщин, 12 мужчин, средний возраст 28 лет. Распределение по нозоформам было следующим: 11 (28%) больных страдали хронической HCV-инфекцией с умеренной активностью паренхиматозного процесса, 5 пациентов (12%) с хронической HBV-инфекцией (у одного из них заболевание протекало на уровне выраженной активности с тяжелой сопутствующей патологией почек, хронической почечной недостаточностью), 3 (7%) – больны острым вирусным гепатитом В, желтушной формой, 16 (40%) больных страдали лямблиозом, кишечной формой, средней и тяжелой степени тяжести. У одного (3%) пациента с ОРВИ установлен сопутствующий хронический холецистит, хронический панкреатит, у 4 (10%) сальмонеллез, энтероколитическая форма, средней степени тяжести. Препарат «Ферталь» назначали во флаконах (1 флакон х 1 раз/сут.) в течение 6 дней, с последующим приемом в капсулах (1 капсула х 1 раз/сут) на протяжении 15 сут.

Контрольную группу составили 36 больных с теми же нозоформами, которые получали в комплексном лечении бифидумбактерин (10 доз х 2 раза/сут.) на протяжении 14 сут.

Лабораторные исследования (общий анализ крови, копрограмма, микробиологическое исследование кишечника) проводились до назначения лечения и по его окончании.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические и лабораторные исследования, проведенные в основной и контрольной группах до лечения, выявили нарушения микробиоценоза кишечника у всех больных (табл. 1).

Таблица 1.
Микробиологические нарушенияработы кишечника у инфекционных больных

Степени нарушений	Основная группа n-40		Контрольная группа n-32	
	абс.	%	абс.	%
I	3	7	6	19
II	31	78	24	75
III	5	12	2	6
IV	1	3	-	-

У пациентов с дисбактериозом кишечника I степени клинические проявления определялись симптомами основного заболевания. Изучение микробиоценоза кишечника выявило незначительное снижение количества бифидобактерий (10^8) и лактобактерий (10^7) и увеличение количества эшерихий ($>10^8$). При копрологическом исследовании признаки воспалительного синдрома остутствовали.

Больные со II степенью дисбактериоза кишечника жаловались на боли в животе 7 (18%), плохой аппетит – 9 (22%), вздутие живота – 14 (35%), запоры – 6 (15%,), жидкий стул – 3 (7%). Эти симптомы с той же частотой выявлялись и в контрольной группе. Микробиологические нарушения кишечника были более отчетливы: снижены уровни бифидобактерий ($10^{6)}$ и лактобактерий ($10^{5)}$, повышено количество лактозонегативных ($>10^5$) и со сниженными ферментативными свойствами (10^8) эшерихий. В копрограмме обнаружены непереваренные мышечные волокна, нейтральный жир.

Пациенты с нарушением микробиоценоза кишечника III степени предъявляли те же жалобы, но с большей частотой отмечали плохое самочувствие, снижение аппетита, учащенный разжиженный стул. Микробиологический анализ кишечника выявил выраженный дефицит бифидобактерий ($<10^3$) и лактобактерий ($<10^3$), рост условнопатогенных микроорганизмов (Citrobacter, Enterobacter) в количестве 10^{6}-10^7. В копрограмме определялись непереваренная растительная клетчатка и мышечные волокна, нейтральный жир, признаки воспаления – лейкоциты, слизь.

У 1 больной верифицирована IV степень нарушения биоценоза кишечника. Симптомы заболевания отличались яркой выраженностью: слабость, потеря массы тела, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, частый жидкий стул с примесью слизи. Констатировано глубокое нарушение кишечного микробиоценоза со значи-

тельным повышением уровня условно-патогенных микроорганизмов. Изменения в копрограмме свидетельствовали в пользу ферментативных нарушений и воспаления.

Клинический анализ, проведенный по окончании курса лечения, позволил выявить четкую положительную динамику. У всех больных основной группы улучшилось самочувствие, регрессировали вздутие и боли в животе. Восстановилась функциональная способность кишечника, улучшился характер стула (нормализовалась консистенция, исчезли патологические примеси), у больных, страдающих запорами, восстановился ежедневный пассаж испражнений. В контрольной группе симптомы регрессировали лишь через 1 мес.

У всех больных верифицировано улучшение показателей микробиоценоза кишечника после лечения. У пациентов основной группы с I и II степенью дисбактериоза констатировано состояние эубиоза – количество бифидобактерий, лактобактерий, эшерихий нормализовалось. У больных с III степенью микробиологических нарушений кишечника отмечалось достоверное повышение бифидобактерий и лактобактерий, снижение условно-патогенных микроорганизмов, что соответствовало I и II степеням дисбактериоза. У больной с IV степенью дисбиоценоза кишечника показатели контрольного исследования соответствовали нарушениям II-III степени. Однако полное восстановление микробиоценоза кишечника наступило через 3 месяца после повторного курса лечения препаратом «Ферталь». В контрольной группе также выявлена положительная динамика, но по меньшему ряду показателей и в более поздние сроки (табл. 2).

Все пациенты основной группы наблюдения отметили хорошую переносимость препарата «Ферталь». Побочных эффектов, в том числе аллергических реакций, не наблюдалось. На данном клиническом примере мы проследили эффективность действия препарата «Ферталь» у пациентки.

Больная Г.О., 1982 г. р. поступила в областную инфекционную больницу г. Караганды с жалобами на дисфункцию кишечника, потерю аппетита, снижение массы тела, общее недомогание, слабость.

Болеет в течение 2 мес. Появилась дисфункция кишечника в виде запоров, сменяющихся жидким стулом, со слизью и непереваренными частицами, с кратностью до 3-4 раз в сут, умеренными болями в животе. Снизился аппетит. В последующем состояние ухудшилось, разжижение стула отмечалось после каждого приема пищи. По этой причине больная вынуждена была ограничила себя в еде. За время болезни резко похудела, и на момент поступления в стационар ее физические данные составили 40 кг при росте 160 см.

При амбулаторном обследовании выявлены признаки дисбиоценоза кишечника III-IV степени. Со стороны других органов и систем патологические изменения отсутствовали.

Получала лечение: хилак форте, полиферменты, комплекс витаминов в течение 3 нед. Состояние, самочувствие улучшилось, однако терапевтический эффект сохранялся недолго. При объективном осмотре: состояние неудовлетвори-

Таблица 2.

Микробиоценоз кишечника у инфекционных больных с сопутствующим дисбактериозом до и после курса коррекции

Микрофлора кишечника	Основная группа n-40		Контрольная группа n-32	
	до лечения абс. %	после лечения абс. %	до лечения абс. %	после лечения абс. %
Бифидобактерии 10^8-10^9	-	34/85	-	4/12
Бифидобактерии<10^7-10^8	3/7	-	6/19	24/75
Бифидобактерии<10^6	31/78	5/12	24/75	2/6
Отсутствие бифидобактерий	1/3	-	-	-
Лактобактерии 10^7-10^8	-	34/85	-	6/19
Лактобактерии 10^6-10^7	3/7		6/19	24/75
Лактобактерии <10^5	31/78	5/12	24/75	
Снижение лактобактерий<10^3	1/2	-	-	-
E.coli с нормальной ферментативной активностью >10^8	3/7	34/85	6/19	24/75
E.coli со сниженной ферментативной активностью >10^5	31/78	5/12	24/75	2/6
E.coli со сниженной ферментативной активностью <10^5	-	36/90	-	6/19
Лактозонегативная кишечная палочка >10^7	31/78	5/12	24/75	7/22
УПБ>10^6-10^7	6/15	-	2/6	1/3
Гемолизирующая кишечная палочка >0				
Staphylococcus aureus>10^3				
Citrobacter	1/3	-	-	-
Грибы рода Candida	5/12	-	2/6	1/3

тельное, астенического телосложения, резко пониженного питания. Лицо бледное, синева под глазами. Подкожно-жировая клетчатка истончена повсеместно. В ротоглотке спокойно. Пальпируются шейные, подчелюстные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, с окружающими тканями не спаяны. В легких дыхание везикулярное, сердечные тоны умеренной громкости, ритмичные. Язык у корня обложен бело-желтым налетом. Живот округлой формы, мягкий, слабо болезнен в околопупочной области.

Лабораторное обследование не выявило существенных изменений со стороны крови, мочи. Но при копроскопии кала были обнаружены цисты лямблий, а при дуоденальном зондировании в порции А желчного секрета – вегетативные их формы. В копрограмме выявлены признаки воспаления тонкого и толстого отделов кишечника: увеличение лейкоцитов до 20-30 в поле зрения, наличие слизи, мышечных волокон, растительной клетчатки. Исследование микробиоценоза кишечника позволило установить полное отсутствие бифидобактерий и энтерококков, снижение лактобактерий <10^3.

Назначено лечение: исключение из диеты сладких блюд, сдобы. Рекомендованы соки без сахара. Зентел по 400 мг х 1 раз в сут в течение 7 сут, но-шпа 0,04х3 раза в течение 5 сут, желчегонные препараты холекинетического действия, дюфалак 30 мл х 1 раз в сут. Ферталь по 2 флакона в сут на протяжении 1 нед., затем по 2 капсулы в сут в течение 7 дней с последующим переходом на 1 капсулу х 1 раз в сут в течение 1 нед.

Улучшение состояния и самочувствия больная отметила в конце первой недели от начала лечения: уменьшились слабость, недомогание, появился аппетит, улучшился характер стула. Исчез страх появления жидкого стула после каждого приема пищи. На 8 день лечения симптомы заболевания были купированы. Регрессировали симптомы интоксикации, восстановился аппетит и функция кишечника. Стул оформился.

Контрольное копроскопическое исследование после завершения курса лечения не выявило признаков воспаления кишечника, лямблии отсутствовали. При повторном изучении микробиоценоза кишечника изменения соответствовали нарушениям II степени. Состояние эубиоза восстановилось через 3 мес. Контрольный осмотр подтвердил эффективность проведенного лечения: функциональная способность кишечника удовлетворительная, пациентка прибавила в весе 8 кг.

Таким образом, препарат «Ферталь» является эффективным средством для коррекции дисбиоценоза кишечника, позитивного исхода основного заболевания у больных с различной инфекционной патологией.

ВЫВОДЫ

1. Дисбактериоз кишечника является часто сопутствующей патологией, усугубляющей течение и исход основного заболевания, поэтому его коррекция является обязательной.

2. Сравнение эффективности синбиотического действия препарата «Ферталь» в основной группе и пробиотика бифидумбактерина в контрольной выявило лучший результат в первой группе.

3. В комплексной терапии больных с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями, сопровождающимися нарушением биоценоза кишечника, эффективно применение препарата «Ферталь».

ЛИТЕРАТУРА

1. Салханов Б. А. Нарушение состава микрофлоры кишечника: клиническое значение и современные методы лечебной коррекции /Б. А. Салханов, Ж. А. Алдашев //Учебно-методическое пособие. – Алматы, 2006.-44 с.

2. Урсова Н. И. Микробиоциноз открытых биологических систем организма в процессе адаптации к окружающей среде //Русский медицинский журнал. – Детская гастроэнтерология и нутрициология. – 2004. – Т. 12. – №16. – С. 957 – 959.

3. Шендеров Б. А. Микрофлора пищеварительного тракта – важнейший фактор поддержания микроэкологического гомеостаза хозяина // Клиническое питание. – 2005. – №2. – С. 2 – 5

Поступила 07.07.10

A. A. Kim

«FERTAL» IN TREATMENT OF INTESTINAL DYSBACTERIASIS AT INFECTIONS PATIENTS

With purpose of prevention and correction of infestinal dysbacteriosis at infections patients the preparation «Fertal» is used. It is a sinbiotic and it is a complex of prebiotics. The preparation is effective agent for treatment and prevention of dysbacteriosis, positive issue of the main disease at patients with different infections pathology.

А. А. Ким

ЖҰҚПАЛЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ІШЕКТЕРІНДЕГІ ДИСБАКТЕРИОЗДЫ ЕМДЕУДЕ «ФЕРТАЛЬ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Жұқпалы науқастардың ішектеріндегі дисбактериоздың профилактикасы және коррекциясы мақсатында «Ферталь» препараты қолданылған, ол синбиотик болып табылады және пробиотиктер мен пребиотиктердің кешені болып саналады. Препарат дисбактериозды емдеудің және профилактикалаудың, әртүрлі жұқпалы патологиялармен науқастарда негізгі аурулардың позитивті шешімінің тиімді құралы болып табылады.

А. М. Конурова

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

КГКП «Поликлиника города Сатпаев»

Работа хирургического кабинета городской поликлиники по оказанию помощи населению г. Сатпаева, в том числе и подросткам, ведется согласно приказам Агентства РК, Сан ПИН, Постановлений Правительства РК и в соответствии с процедурами аккредитации медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь. Она осуществляется врачом и медицинской сестрой, имеющими высшую категорию. Одним из основных направлений по оказанию хирургической помощи подростковому населению является оказание первичной медико-санитарной помощи, заключающейся прежде всего в профилактической, а затем диагностической и лечебной работе. Контингент обслуживания – 417 детей и 7 537 подростков.

Врачом хирургического кабинета проводятся малые оперативные вмешательства и манипуляции адекватно тяжести состояния больного и клиническому диагнозу в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения, а также лечебно-оздоровительные мероприятия. Больные, находящиеся на длительном долечивании после хирургических вмешательств, направляются на ВТЭК для определения временной или стойкой инвалидности. Дети с запущенной патологией направляются в РКБ " Аксай Жезказган, Алматы, ОДТО ГКБ №3 Караганды, ОДТО НИИ ТОО Астаны, в НИИ детской хирургии и педиатрии Алматы, НЦ урологии Алматы им. Жарбосынова. Имеется план взаимодействия с другими лечебно-профилактическими организациями в случае выписки, в том числе по дальнейшему лечению и уходу.

Необходимые лабораторные исследования проводятся на базе поликлиники, в центральной лаборатории. Дополнительные методы исследования (рентгенография, ультразвуковое исследование и т.д.) – на базе городской больницы. Обслуживание населения г. Сатпаев за период с 2007 по 2009 гг. представлено в табл. 1.

Из данных таблицы 1 видно, что на протяжении последних 3 лет возрос прием населения по хирургической патологии как по заболеваниям, так и охват населения медицинскими профилактическими осмотрами.

Выявление различных заболеваний врачом у пациентов происходило при проведении профилактических медицинских осмотров, на приемах по обращаемости путём тщательно собранного анамнеза, клинического и лабораторного обследования. В результате целенаправленного медицинского обследования была выявлена хирургическая патология у взрослого населения и подростков г. Сатпаева. Частота встречаемости заболеваний в сравнительной характеристике по годам (2008, 2009 гг.) представлена в табл. 2.

Таблица 2.
Частота встречаемости хирургической патологии в сравнительной характеристике по годам

НОЗОЛОГИИ	2008 г.		2009 г.	
	абс	%	абс	%
Паховая грыжа	58	50,9	67	52,3
Водянка яичек	9	7,9	7	5,5
Крипторхизм	13	11,4	9	7,0
Варикоцеле	2	1,8	1	0,8
Врожденные аномалии развития	6	5,3	7	5,5
Эхинококкоз	5	4,3	3	2,3
ЖКБ	1	0,9	1	0,8
Всего	114	100	128	100

В структуре общей хирургической заболеваемости превалирует развитие паховой грыжи и держится на высоком уровне в течение двух лет с незначительно тенденцией к увеличению: в 2008 г. на долю данной патологии приходилось 50,9%, в 2009 г. – 52,3%. Крипторхизм занимает второе место среди хирургической патологии обследуемого контингента и имеет тенденцию к снижению за анализируемый период. Так в 2008 г. заболеваемость крипторхизмом составляла 11,4%, а в 2009 г. снизилась до уровня 7,0%. На третьем месте среди всей хирургической патологии – водянка яичек и врожденные аномалии развития, требующие хирургического вмешательства. Заболеваемость водянкой яичек имеет тенденцию к снижению: в 2008 г. она составляла 7,9% в общей структуре хирургической патологии, а в 2009 г. – 5,5%, врожденные аномалии развития держатся на одном уровне на протяжении двух лет и составляют 5,5%. Заболеваемость подростков по нозологическим формам представлена в табл. 3.

Таблица 1.

Объем обслуживания населения г. Сатпаев

Всего принято (кол-во, в том числе подростки)			По заболеванию			По медосмотру		
2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
8305	8919	14643	5165	5629	8056	3008	2958	6372

Таблица 3.
Частота встречаемости хирургической патологии у подростков

Нозология	2008г.		2009 г.	
	абс	%	абс	%
Паховая грыжа	3	37,5	3	60
Варикоцеле	5	62,5	1	20
Эхинококкоз	-	-	1	20
Всего	8	100	5	100

В общей структуре хирургической заболеваемости детей до 15 лет превалируют паховая грыжа и варикоцеле.

При приеме больных по обращаемости и проведении медицинских профилактических осмотров врачом были сформированы группы риска, с которыми проводилась активная работа по предупреждению развития заболевания. Такие пациенты берутся на учет, для них индивидуально разрабатывается план лечебно-профилакти-ческих мероприятий (табл. 4) .

Увеличение числа подростков из группы риска связано с постоянным, углубленным проведением профосмотров среди детей до 15 лет.

Таблица 4.
Диспансеризация подростков г. Сатпаева по хирургической патологии

Передвижение пациентов	2008г.	2009г.
Состояло на начало года	91	114
Взято на учет	40	49
По обращаемости	32	2
По профилактическим осмотрам	8	47
Снято	16	35
С выздоровлением	16	25
Перевод	-	9
Выбыло	-	1
Состоит на учете	114	128

В результате диспансеризации без изменений состояния и ухудшения пациентов не было. Высокий процент больных, нуждающихся в противорецидивном лечении, объясняется спецификой хирургической патологии (табл. 5).

За 2009 г. прооперировано 7 человек, все сняты с учета с выздоровлением. В конце 2009 г. на диспансерном учете состояли 7 человек, из них юноши с паховой грыжей – 3, варикоцеле – 1, эхинококкоз – 1, нуждающиеся в оперативном лечении, остальным предписано консервативное лечение.

Одним из ведущих разделов деятельности врача-хирурга подросткового кабинета является

Таблица 5.
Эффективность диспансеризации по хирургической патологии

Исход диспансеризации	2008г.		2009г.	
	абс	%	абс	%
Улучшение	39	26,7	89	39,0
Выздоровление	16	11,0	25	11,0
Без перемен	-	-	-	-
Противорецидивное лечение	91	62,3	114	50,0
Итого	146	100	228	100

санитарно-просветительная работа, проведение бесед о вреде курения, алкоголя на молодой организм, о значении профилактических осмотров юношей у врача-хирурга. Профилактическая деятельность врача поликлинической службы проводится в форме бесед с подростками и их родителями, в выпуске санбюллетеней, а также в оформлении информативных выписных эпикризов с указанием полного клинического диагноза, отражением динамики состояния пациента, проведенных лечебно-диагностических мероприятий с обязательным указанием трудовых и лечебных рекомендаций по восстановлению полного здоровья пациента.

Таким образом, работа врача хирургического кабинета проводится согласно требованиям Комитета по Контролю качества в рамках проведения процедуры аккредитации медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь.

ВЫВОДЫ

1. В структуре общей хирургической патологии превалирует развитие паховой грыжи и имеет незначительную тенденцию к увеличению: с 50,9% в 2008 г. до 52,3% в 2009 г.

2. Заболеваемость крипторхизмом находится на втором месте среди хирургической патологии и имеет тенденцию к снижению за анализируемый период (в 2008 г. заболеваемость крипторхизмом составляла 11,4%, в 2009г. – 7,0%).

3. Водянка яичек и врожденные аномалии развития, требующие хирургического вмешательства, занимают третье место в хирургической патологии. При этом заболеваемость водянкой яичек имеет тенденцию к снижению до уровня 5,5% в 2009 г. Врожденные аномалии развития держатся на одном уровне на протяжении двух лет и составляют 5,5%.

4. В общей структуре хирургической заболеваемости детей до 15 лет превалируют паховая грыжа (60%) и варикоцеле (20%).

5. Диспансеризация населения с хирургической патологией имеет положительные результаты и является одним из основных направлений в работе врача-хирурга поликлинической службы.

Поступила 14.07.10

A. M. Konurova

FROM THE WORK EXPERIENCE OF DAILY IMPATIENT DEPARTMENT

The activity analysis of daily impatient department and impatient department at home of Satpayev town polyclinic which showed that 61,6% medical aid appealability falls to the share of cardiovascular system pathology and during the treatment in conditions of impatient department at home the recovery comes in 100% cases.

А. М. Қоңырова

ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА ЖАСӨСПІРІМДЕРГЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ

«Сәтпаев қаласының емханасы» КМҚК-дағы хирургиялық кабинеттің қызметін талдау жалпы хирургиялық патологиялар арасында шап жарығының басымдығын (50% астам) анықтады, соның ішінде 15 жасқа дейінгі балалар арасында - 60% дейін, крипторхизммен ауыру көрсеткіші төмендеген. Тұрғындарды хирургиялық патологиямен диспансеризациялаудың және санитарлық-ағарту жұмысын өткізудің маңызды ролі атап көрсетілген.

Д. Э. Третьяк

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Центральная городская больница (Темиртау)

Остеохондроз позвоночника и его клинические проявления представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Согласно данным международных исследований путем случайных выборок при обследовании взрослых людей, 19-43% из них испытывали боль в спине в течение последнего месяца, 27-65% – в течение последнего года и 59-84% страдали от боли в спине хотя бы раз в жизни. В большинстве случаев боли в спине носят неспецифический характер, локализуются в пояснично-крестцовой области, при адекватной терапии регрессируют в течение месяца у 80-90% больных [1, 3]. Однако у части пациентов боли сохраняются в течение длительного времени, нередко приводя к инвалидизации.

Спинномозговые радикулярные синдромы обусловлены патологией диска (остеохондроз, протрузия, пролапс или грыжа). Источником болей в спине может быть болевая импульсация, связанная как с самим позвоночником (связки, мышцы, надкостница отростков, фиброзное кольцо, суставы, корешки), так и с другими структурами (мышцы, висцеральные органы, суставы). Вся специфическая болевая (ноцицептивная) импульсация поступает через задние корешки в нейроны задних рогов спинного мозга, оттуда она по ноцицептивным путям достигает центральной нервной системы. Одновременно болевые импульсы активируют альфа, гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга. Сенсомоторный рефлекс работает как в автономном режиме, так и под контролем ЦНС.

Активация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейродистрофические изменения в тканях и ещё больше усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная мышца становится источником дополнительной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга. Усиленный поток болевой импульсации соответственно увеличивает активность передних рогов спинного мозга, что ведет к большему спазму мышц. Замыкается «порочный круг»: боль – спазм мышц – боль [1, 2, 3].

Для купирования данного «порочного круга» широко используется тракционная терапия. Однако при тракционной терапии возможна нежелательная активизация мышечных триггерных зон с последующим усилением напряжения паравертебральных мышц и болевого синдрома. Сегодня остаётся актуальной разработка сочетанного вытяжения позвоночника методом воздействия (фармакологического, физиотерапевтического), исключающего активацию триггерных зон и обеспечивающего равномерное воздействие тракционной терапии на все позвоночно-двигательные сегменты ПДС (в т. ч. и гипермобильные) [2, 3, 4].

Учитывая данные факты, патогенетически обоснованным следует признать локальное внутримышечное паравертебральное введение препарата мидокалм на уровне пораженного ПДС, иммобилизация которого привела к дисфиксационным осложнениям в других сегментах, в сочетании с тракционной терапией. Мидокалм («Гедеон Рихтер», Венгрия), являясь миорелаксантом центрального действия, ослабляет патологический спазм мышц. Помимо того, он оказывает местное анестезирующее действие, сходное с таковым ли-докаина, тормозит проведение моно- и полисинаптических болевых рефлексов, прерывая «по-рочный круг»: боль – спазм мышц – боль [1, 2, 3, 4].

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения больных с синдромом первичной дисфиксации позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), при поясничных дорсопатиях, методом сочетанного локального введения

мидокалма и тракционной терапии, применяемых в лечебном комплексе с озекеритовыми аппликациями и мануальной терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в неврологическом отделении городской больницы г. Темиртау.

В исследование были включены 315 пациентов с умеренными и выраженными болевыми синдромами в возрасте от 30 до 56 лет, с дискогенными радикулопатиями, рефлекторными болевыми синдромами позвоночника, туннельными синдромами верхних и нижних конечностей. Все пациенты прошли клиническую диагностику – рентгенографические, КТ, МРТ-исследования.

Продолжительность курса лечения составила от 10 до 17 сут. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по 4-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При мышечно-тонических синдромах определяли индекс мышечного синдрома (ИМС), который рассчитывали по формуле:

ИМС=ВСБ+Т+Б+ПБ+СИ, где:

Выраженность спонтанных болей (ВСБ): 1 балл – в покое болей нет, появляются при нагрузке; 2 балла – боли незначительные впокое, усиливаются при движении; 3 балла – боли в покое, нарушается сон, вынужденная поза.

Тонус мышц (Т): 1 балл – палец легко погружается в мышцу; 2 балла – для погружения нужно определённое усилие; 3 балла – мышца каменной плотности.

Болезненность мышц (Б): 1 балл – при пальпации больной говорит о наличии боли; 2 балла – ответ на пальпацию мимической реакцией; 3 балла – ответ общей двигательной реакцией.

Продолжительность болезненности (ПБ): 1 балл – болезненность прекращается сразу; 2 балла – продолжается до 1 мин; 3 балла – продолжается более 1 мин.

Степень иррадиации болей при пальпации (СИ): более 12 баллов: 1 балл – болезненность локализуется на месте пальпации; 2 балла – боль распространяется на расположенные рядом ткани; 3 балла – боль распространяется на отдаленные области.

Степень тяжести мышечного синдрома определяется как I степень (или легкая) при ИМС до 5 баллов, II степень тяжести (или средняя) при ИМС от 5 до 12 баллов и III степень тяжести (или тяжелая) при ИМС более 12 баллов.

Больных разделили на две группы сопоставимые по полу, возрасту и другим показателям.

I – основная группа состояла из 200 человек, которым локально паравертебрально (на уровне пораженного ПДС) внутримышечно вводили мидокалм (1 мл – 100 мг) и через 1 ч проводили тракционную терапию. Осуществляли «сухое» горизонтальное постоянное вытяжение поясничного отдела позвоночника на тракционном столе, с каждой процедурой наращивая нагрузку от 15 до 40% массы тела с постепенным увеличением и уменьшением груза на протяжении процедуры в течение 10 – 20 мин, при длительности постоянной тракции (с максимальной нагрузкой во время процедуры) 30 мин. Процедуры проводили ежедневно в течение 10 дней. Эффективное тракционное усилие рассчитывали по формуле: F=P1-0,55PxK, где F – прилагаемое усилие, P1 – масса груза, P – масса тела, 0,55% массы нижней части туловища, K – коэффициент скольжения, равный 0,5.

II – группа сравнения – включала 115 человек, которым локально паравертебрально внутримышечно вводили плацебо (0,9% раствор хлорида натрия) с последующей тракционной терапией по той же методике, что и в основной группе. Все больные в течение 4 ч после тракции соблюдали постельный режим. При достижении основного критерия эффективности лечения больной продолжал получать процедуры плацебо до окончания курса.

Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет программ. Клиническую эффективность лечения оценивали путем сопоставления числа благоприятных исходов в основной группе и группе сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После лечения выраженность болевого синдрома в основной группе снизилась с 5,1±1,6 до 1,3±1,0 ранга ($p<0,001$), в группе сравнения – с 5,3±1,3 до 3,4±1,2 ($p<0,001$). Благоприятный исход – уменьшение болевого синдрома на 50% отмечен в основной группе у 134 (68,4%) больных. В группе сравнения число больных с критериальным уровнем уменьшения боли было достоверно ($p<0,04$) меньшим – 112 (54%).

Что касается сроков достижения критерия клинической эффективности лечения болевого синдрома, то в основной группе первые благоприятные исходы были зарегистрированы после третьей процедуры у 68 больных, в дальнейшем они фиксировались ежедневно у 28 больных и окончательно были реализованы после восьмой процедуры. В группе сравнения главный клинический критерий эффективности повышения абсолютной пользы характеризовался величиной 31,4% и был достигнут у 56 больных после десятой и одиннадцатой процедуры, а в дальнейшем регистрировался ежедневно у 18 – 19 больных до окончания наблюдения.

Высокая эффективность лечения больных основной группы обусловлена тем, что мидокалм, эффективно снижая патологически повышенный мышечный тонус и ригидность мышц, оказывает миорелаксирующее действие как при рефлекторном мышечном напряжении тонических вертебральных мышц, так и при рефлекторной контрактуре фазических мышц [1, 3]. На фоне адекватного мышечного расслабления и протективного действия на вытяжение позвоночника, реализуемых мидокалмом, тракционная терапия одномоментно и направленно воздействует на все звенья патогенеза (функциональные блокады

суставов, напряженные мышцы, укороченные связки, фасции, межпозвонковые диски с созданием внутридис-кового отрицательного давления по закону Гука, нейрососудистые образования двигательных сегментов позвоночника) и обеспечивает условия для перекодировки у больного двигательного сте-реотипа [1, 3, 4]. Адекватное разрушение «внут-риневральной комбинации», входящей в комплекс условий какого-либо сложного патологического процесса, за период временного «блока» путей «болезненного рефлекса» (в данном случае сочетанное действие мидокалма и тракционной терапии), исключает возобновление болезненного процесса [2, 4]. После однократной процедуры с учетом благоприятной в данных условиях кратковременности действия мидокалма адаптивные статодинамические реакции в позвоночнике завершаются в течение 24 ч, что приводит к оптимизации двигательного стереотипа. Прежде всего корректируется его статическая компонента и болевой синдромокомплекс нивелируется.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена высокая миорелаксирующая и анальгетическая эффективность мидокалма у больных с болевым синдромом дискогенного, мышечного и другого генеза, что позволяет не только сократить длительность стационарного лечения, но и начать раннюю реабилитацию этих пациентов.

2. Сочетанное применение при вертебростатическом синдроме у больных с биомеханическими саногенетическими реакциями локально мидокалма и тракционной терапии в 2 раза эффективнее использования только тракционного воздействия, что позволяет широко использовать его в неврологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В. П. Тракционное лечение компрессионных корешковых синдромов при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника /В. П. Веселовский, В. П. Третьяков, В. Е. Петрув. – Метод. Рекомендации для врачей-курсантов. – Казань., 1987. – 98 с.
2. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига., 1991. – 282 с.
3. Мануальная терапия. Диагностика и коррекция патобиомеханических изменений, возникающих при спондилогенных заболеваниях: медицинская технология /А. А. Карпеев, А. Б. Ситель, А. А. Скоромец и др. – М., 2005. – 316 с.
4. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией /С. В. Ходарев, С. В. Гавришев, В. В. Молчановский, Л. Г. Агасаров. – Учебное пособие. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2001. – 113 с.

D. E. Tretyak

ANALYSIS OF COMBINED TREATMENT EFFICACY AT SPINAL COLUMN OSTEOCHONDROSIS PAIN SYNDROMES

Clinical analysis of pain syndromes combined treatment efficacy at discal hernia is given in the article. High efficacy of traction combination with medical blocades by midocalm and manual therapy.

Д. Э. Третьяк

ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ АУЫРУ СИНДРОМДАРЫН ҚҰРАМДАС ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІНЕ ТАЛДАУ

Мақалада омыртқааралық дискілер жағдайында ауыру синдромдарын құрамдас емдеудің тиімділігіне клиникалық талдау жасалған. Мидокалмнің емдік-медикаментоздық блокадаларының және мануальды терапияның тракциясының құрамдасуының жоғары тиімділігі анықталған.

К. У. Ниткалиев

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ, ИМИТИРУЮЩИЕ УРОТЕЛИАЛЬНУЮ ОПУХОЛЬ

Научный центр урологии им. Б. У. Джарбусынова (Алматы)

Известно, что клинические проявления опухолей мочевого пузыря в начальных стадиях, как правило, скудные и прогноз заболевания во многом определяется своевременностью диагностики и стадией патологического процесса. Наиболее частым симптомом заболевания является интермиттирующая микрогематурия или макрогематурия и дизурия. Гематурия является одним из ранних симптомов, ее наблюдают у 75% больных, дизурию – у 30%. Достаточно часто имеет место присоединение инфекция в виде цистита, восходящего пиелонефрита. В случаях, когда опухоль, постепенно инфильтрирует стенку мочевого пузыря, появляется интенсивная боль, формируются некротические изменениям, что еще больше способствует прогрессированию инфицирования и усиливает дизурические явления, моча становится мутной, зловонной. Интенсивность боли зависит от локализации и характера роста опухоли [1, 2, 5, 8].

Прогноз у больных раком мочевого пузыря, как правило, зависит от стадии процесса, гистологической формы опухоли, промежутка времени от выявления заболевания до операции

и характера лечения. Рецидивирование опухоли наблюдают в среднем у 50% больных, пятилетняя выживаемость при раннем выявлении и своевременном лечении составляет 70,4%, десятилетняя – около 20%.

К поверхностным опухолям мочевого пузыря относят гетерогенную группу опухолей, имеющих различный прогноз и требующих различных терапевтических воздействий. В структуре уротелиальных карцином опухоли в стадии pTa составляют 40%, pT1 – 30%, pTis – 2-5%, в стадии pT2 – 20%, метастазирующие опухоли – 3 -5% [2]. К поверхностным относят опухоли в стадии pTa, pT1 и рак in situ. Поверхностные опухоли имеют тенденцию к рецидивированию и прогрессии, проявляющейся инвазией собственной пластинки слизистой и мышечного слоя и метастазированием, формируя две категории риска для pT1 опухолей. При раке in situ возможно интраэпителиальное распространение в простатическую уретру и/или в верхние мочевые пути. Риск прогрессии ниже при опухолях низкой стадии и выше – при опухолях высокой стадии [3, 4, 9, 10].

Для прогнозирования течения опухоли одним из важных моментов является оценка местного распространения опухоли, для чего используют различные клинические и морфологические методы с целью верификации гистологической формы, что дает возможность выбора терапии или хирургического лечения и оценки прогноза заболевания [6, 7].

Цель исследования: изучить клинико-морфологические особенности пролиферативных процессов, имитирующие уротелиальные опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено клинико-лабораторное обследование и лечение 91 больного с различными образованиями мочевого пузыря, находившихся на стационарном лечении в Научном центре урологии им. Б. У. Джарбусынова с 2005 по 2007 гг. Распределение больных по половозрастному составу представлено рис. 1.

Оценка частоты встречаемости показало, что опухоли мочевого пузыря чаще диагностируются у лиц мужского пола – 81,3%, реже у женщин – 18,7%. Распространенность опухолей мочевого пузыря была в 4,3 раза чаще у мужчин, чем у женщин.

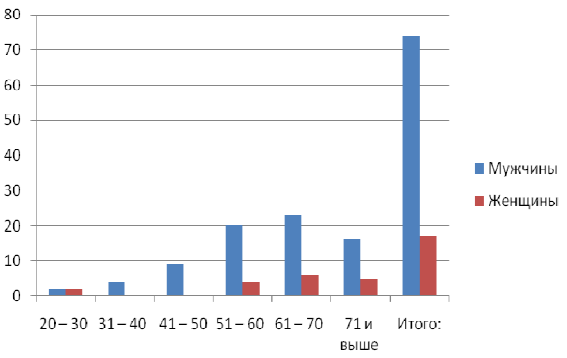


Рис. 1. Распределение пациентов с опухолями мочевого пузыря среди мужчин и женщин по возростным группам

Всем пациентам проведен комплекс диагностических мероприятий: общие клинико-лабораторные исследования, комбинации методов ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и цистоскопии (табл. 1).

Таблица 1.
Диагностические методы исследования

Методы исследования	Количество обследованных пациентов	
	абс.	%
Ультразвуковое исследование	91	100
Компьютерная томография	56	61,5
Ангиография	2	2,2
Цистоскопия с биопсией	86	94,5
Фотодинамическая цистоскопия	7	7,7
Рандомизированная биопсия	45	49,5

Во всех случаях было проведено УЗИ мочевого пузыря, что связано с наименьшей инвазивностью этого метода, вторым по частоте методом являлась цистоскопия с последующей биопсией. У 45 пациентов с поверхностными опухолями (pTa и pT1) проведена рандомизированная биопсия из цистоскопически неизмененной слизистой сразу после трансуретральной резекции (ТУР) видимой опухоли.

Материал для гистологического исследования забирался путем биопсии в зависимости от локализации патологического процесса: из дна, стенок, простатической части уретры у мужчин или шейки мочевого пузыря у женщин. Биопсийный материал был представлен 2-3 мелкими кусочками, размерами 0,2-0,3 см, белесоватого цвета. Материал, полученный после ТУР, был представлен кусочками вытянутой формы размером 1-1,5 см. Биопсийный материал фиксировали в растворе Буэна, резецированный – в 10% растворе нейтрального формалина, далее готовили по общеизвестной методике для гистологического исследования и заливали в воск-парафин. Изготовленные парафиновые срезы толщиной 4-5 микрон окрашивали гематоксилином и эозином для обзорной оценки характера патоморфологических изменений. Макроскопическое исследование биопсийного и операционного материала имело свои особенности, алгоритмы которого отражены в табл. 2.

При гистологическом описании биопсийного и резецированного материала учитывали признаки, характеризующие особенности роста опухоли мочевого пузыря: гистологический тип опухоли, характер ее роста, размеры и мультицентричность, наличие инвазии венозных и лимфа-

Таблица 2.

Алгоритм макроскопического исследования биопсийного и операционного материала

Биопсия	ТУР
1. Количество кусочков 2. Измеряют размеры самого маленького и самого большого кусочков 3. Фиксируют в растворе Буэна 4. Готовят срезы на разных уровнях	1. Измеряют вес кусочков 2. Измеряют размеры самого большого и самого маленького кусочков 3. Весь присланный материал пускают в проводку 4. Фиксируют в 10% растворе нейтрального формалина

тических сосудов, а также патологию цистоскопически неизмененного уротелия, которые классифицировали на следующие группы: гиперплазия, дисплазия и рак in situ.

Из 100 обследованных больных 49 пациентам (53,8%) с поверхностными опухолями мочевого пузыря проводили ТУР опухоли, у 23 (25,3%) пациентов на основании заключения биопсии был установлен пролиферативный цистит с назначением им консервативной терапии.

Показаниями к проведению рандомизированной биопсии были поверхностные опухоли (45 пациентов), характеризующиеся мультицентрическим ростом (48,9%) и склонностью к рецидивированию (53,3%) со средним и высоким риском прогрессии. Пациентам с маленькими размерами (1,0 см), первичными, одиночными опухолями, т.е. с низким риском прогрессии, рандомизированную биопсию не проводили.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные исследования выявили, что наибольшую распространенность имели образования, расположенные по левой боковой стенке, которые встречались в 25 случаях (27,5%), далее по частоте локализация – дно мочевого пузыря выявлено у 16 пациентов (17,6%), сочетанные формы – в 15 наблюдениях (16,5%), тотальное распространение обнаружено в 14 случаях (15,4%). Наименьшая частота выявлена при локализациях в правой боковой стенке мочевого пузыря, она диагностирована у 9 больных (9,9%), а также на передней и задней стенке, – по 6 (6,6%) случаев.

Результаты рандомизированной биопсии, проведенной у 45 пациентов, показали, что нормальный уротелий выявлен у 16 человек (35,6%), а патологические изменения в виде пролиферативных процессов и гиперплазии уротелия – в 4 (8,9%) наблюдениях, дисплазия – в 12 (26,7%). В 13 наблюдениях (28,8%), выявлены неопластические изменения. При этом в 10 случаях (22,2%) – карцинома in situ – Tis, у 2 пациентов (4,4%) – карцинома pTa, у 1 (2,2%) – карцинома pT1 (табл. 3).

Следует отметить, что кроме пролиферативных процессов в стенке мочевого пузыря отмечали воспалительные изменения уротелия: в 1 (2,2%) случае выявлена плоскоклеточная метаплазия, у 4 (8,9%) пациентов диагностировали пролиферативный цистит и в 11 (24,4%) наблюдениях выявлен хронический цистит.

Учитывая, что выявленные изменения в

Таблица 3.

Результаты рандомизированной биопсии

Изменения уротелия	Количество пациентов	
	абс.	%
Нормальный уротелий	16	35,6
Гиперплазия	4	8,9
Дисплазия	12	26,7
Карцинома in situ	10	22,2
Карцинома pTa	2	4,4
Карцинома pT1	1	2,2
ИТОГО	45	100

патогенезе развития опухолей не имели прямого отношения к возможному рецидивированию и прогрессированию опухолевого процесса, в дальнейшем анализе полученных результатов их не рассматривали.

Патоморфологические изменения пролиферативных и неопластических процессов характеризовались выраженной дисплазией уротелия, однотипностью эпителия с крупными гиперхромными ядрами, которые располагались на разных уровнях и приобретали причудливые очертания, дифференцировки уротелия на слои не отмечалось.

В случаях рак in situ гистологическая картина характеризовалась тем, что клетки уротелия имели хаотическое расположение, количество рядов эпителия было неравномерное на всем протяжении и сопровождалось прорастанием базальной мембраны с формированием гнездных скоплений из атипических клеток. Строма стенки слизистой мочевого пузыря васкуляризирована, сосуды были полнокровные капиллярного типа, также наблюдалась инфильтрация стромы единичными лимфоцитами (рис. 1).

Среди опухолей в стадии pTa патологические процессы в цистоскопически неизмененном уротелии были обнаружены в 12 (48%) наблюдениях. При степени G1 в 2 (22%) случаях, G2 – в 6 (50%) и G3 – в 4 (100%). При этом опухоли со степенью I и II чаще сопровождались диспластическими изменениями уротелия, тогда как при степени III – в 50% была установлена карцинома in situ, а в 25% – опухоль в стадии pT1.

При опухолях в стадии pT1 с инвазией собственной пластинки слизистой патология ци-

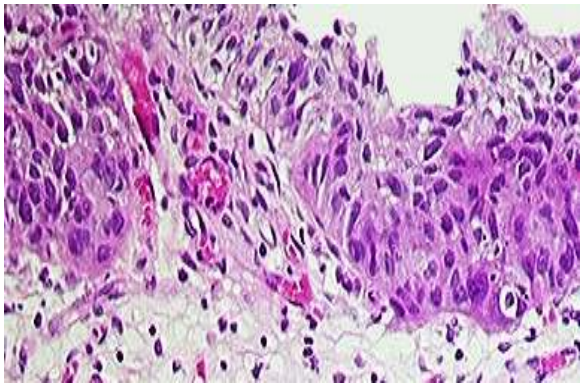


Рис. 2. Рак in situ: прорастание базальной мембраны и формирование гнездных скоплений из атипических клеток с гиперхромными ядрами, строма васкуляризирована. Окраска гематоксилином и эозином Ув.Х100.

стоскопически неизмененного уротелия была обнаружена в 17 (85%) случаях. При степени G1 в 4 (66,7%) случаях, G2 – в 7 (87,5%) и G3 – в 6 (100%). При этом опухоли при степени I и II чаще сопровождались гипрепластическими и диспластическими изменениями уротелия, тогда как при степени III – в 33,3% была установлена карцинома in situ и в 33,3% – опухоль в стадии pTa.

Наличие предопухолевых изменений уротелия доказывает мультицентричный характер роста уротелиальной карциномы в пределах «опухолевого поля», который обуславливает развитие рецидива опухоли после ТУР. В цистоскопически неизмененном уротелии из 45 пациентов в 13 случаях (28,8%) были обнаружены неопластические изменения, которые характеризовались средним и высоким риском прогрессии. У 10 (22,2%) пациентов была установлена сопутствующая карцинома in situ, что значительно повышает риск развития рецидива опухоли. У 1 (2,2%) пациента стадия неопластических изменений, обнаруженных при множественной биопсии, была выше, чем в самой опухоли (кусочки после ТУР).

На основании результатов рандомизированной биопсии тактика лечения была изменена у 6 (13,3%) пациентов: у 4 пациентов с pTa после эндоскопической резекции опухоли совместно с онкоурологами вместо внутрипузырной инстилляции митомицином С был проведен длительный курс инстилляций БЦЖ. У 2 пациентов с pT1 была рекомендована вторичная ТУР через 2-4 нед. после первичной для исключения резидуальной опухоли и определения инвазии мышечного слоя, поскольку он отсутствовал после первичной ТУР. После вторичной ТУР у 1 пациента тактика лечения не изменилась – проводили инстилляцию БЦЖ, а у 1 больного было обнаружено прорастание мышечного слоя (pT2) и рекомендовано проведение цистэктомии.

При гистологическом исследовании биопсийного материала от 23 пациентов в 6 случаях выявлены изменения, характеризующиеся формированием гнезд фон Брунна. Из них в 3 наблюдениях они носили изолированный характер, в 3 – сочетались с кистозным циститом, в 8 – кистозный цистит, в 7 – железистый цистит, причём железистый цистит сочетался с кишечной метаплазией или же был в виде – папиллярного цистита, а у 2 пациентов – как полипоидный цистит.

Гнезда фон Брунна были представлены овальными скоплениями уротелиальных клеток в собственной пластинке слизистой в результате инвагинации покровного уротелия (рис. 3а). Гнезда фон Брунна являются распространенным процессом, встречаются во всех возрастных группах и часто ассоциированы с кистозным и железистым циститом, чаще располагаясь в области треугольника (рис. 2б). Кистозный цистит характеризовался формированием щелевидных или округлых полостей в центре гнезд фон Брунна. Признаки кистозного цистита определяли в 60% серийных срезов мочевого пузыря, полученных при аутопсии, как у взрослых, так и у детей. Кистозный цистит и железистый цистит может симулировать злокачественную опухоль, поэтому в подобных случаях должна быть корректная морфологическая диагностика. Железистый цистит характеризовался гиперплазией железистых структур, которые имели различные причудливые формы (рис. 3в). Как и кистозный цистит, железистый цистит происходит из гнезд фон Брунна. Установлено, что признаки железистого цистита при гистологическом исследовании выявляют в 71% серийных срезов мочевого пузыря, чаще всего – в области треугольника. Клетки эпителия при железистом цистите содержат муцин. Критериями для дифференцировки инвазивной карциномы является наличие нерегулярной инфильтрации стромы гнездами клеток и наличие вытянутых клеток с признаками цитологической атипии. Кроме этого, диагностическую трудность вызывают случаи, когда гнезда фон Брунна располагаются в глубине собственной пластинки слизистой, подобное глубокое отделение от покровного эпителия может приводить к гипердиагностике уротелиальной карциномы, так как иногда уротелиальная карцинома может проявляться редким гнездным вариантом.

Доброкачественные цитологические признаки в гнездах фон Брунна являются основным диагностическим критерием, но иногда эпителий гнезд, как и поверхностный уротелий, может сопровождаться гиперплазией и реактивной атипией, вплоть до формирования фигур митоза, строма чаще васкуляризирована.

В 3 случаях отмечалось сочетание железистого цистита с кишечной метаплазией (рис. 3 г). Следует отметить, что интестинальная форма муцинозной метаплазии похожа на интестинальную форму железистого цистита, но при этом термин «метаплазия» необходимо применять только при наличии в поверхностном уротелии бокаловидных клеток.

Интестинальная метаплазия и интестинальная форма железистого цистита не являются обязательным фактором риска для развития аде-

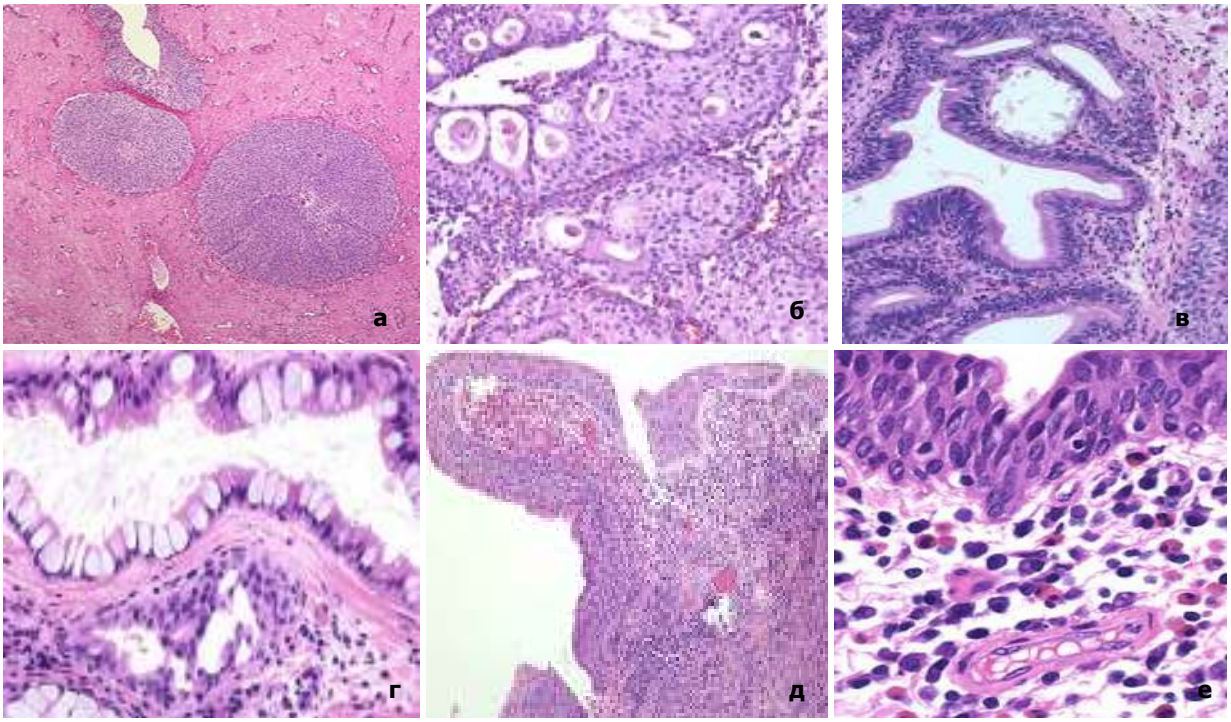


Рис. 3. а – формирование клеточных скоплений гнезд фон Брунна; б – кистозный цистит; в – железистый цистит; г – интестинальная метаплазия с образованием бокаловидных клеток; д – папиллярный цистит; е – полипоидный цистит с дисплазией эпителия Окраска гематоксилином и эозином. Ув.: а,в,д Х 100; б,г,е Х 400.

нокарциномы мочевого пузыря. Редко цистоскопические признаки железистого цистита могут симулировать злокачественную опухоль, особенно при сочетании с полипоидным железистым циститом. В этих случаях в строме могут обнаруживаться метапластические костные и хрящевые структуры. Выраженный железистый цистит встречается редко и отличается от аденокарциномы отсутствием стромальной инфильтрации и выраженных цитологических изменений. Редко длительно существующий железистый цистит при интестинальной форме может приводить к развитию аденокарциномы.

У 3 пациентов был обнаружен папиллярный цистит (рис. 3 д) и у 2 больных – полипоидный цистит (рис. 3 е). В обоих случаях имелась выраженная воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой эозинофилами, плазматическими клетками, лимфоцитами, единичными нейтрофилами.

Таким образом, результаты проведенных исследований показывают, что выявленные дифференциально-диагностические признаки пролиферативных циститов, имитирующих уротелиальную карциному на цистоскопическом и на микроскопическом уровнях, должны оцениваться комплексно при исследовании патологического процесса мочевого пузыря. Использование этих данных в практической работе патологоанатомических и патоморфологических подразделений урологических клиник позволят значительно улучшить качество морфологической диагностики опухолеподобных процессов и снизить гипердиагностику уротелиальных карцином мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алчинбаев М. К. Компьютерная томография мочеполовой системы /М. К. Алчинбаев, Б. Х. Абишев. – Алматы.: Атамура, 2000. – 304 с.

2. Аль-Шукри Опухоли мочеполовых органов / Аль-Шукри, В. Н. Ткачук. – СПб.: Питер, 2000. – 310 с.

3. Балапанова А. Х. Морфологическая характеристика рака мочевого пузыря и его рецедивов // Современные проблемы теоритической и клинической медицины: сборник трудов 4-междунар. конференции молодых ученых СНГ. – Алматы, 2002. – С. 26 – 261.

4. Балапанова А. Х. Цитоматрические и денситометрические параметры уротелиальных опухолей мочевого пузыря //Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – Шымкент., 2006. – №3. – С. 288 – 390.

5. Матвеев Б. П. Рак мочевого пузыря // Клиническая онкоурология. – М.: Вердана, 2003. – С. 197 – 406.

6. Переверзев А. С. Опухоли мочевого пузыря / А. С. Переверзев, С. Б. Петров. – Харьков.: Факт, 2002. – 301 с.

7. Ed. J. Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs /J. Ed, N. Eble //WHO Classification of Tumours. – IARC Press. – Lyon., 2004. – P. 89 – 158.

8. Grading the invasive component of urothelial carcinoma of the bladder and its relationship with progression-free survival /R. E. Jimenez, E. Cheiler, P. Oskanian, R. Tiguert //AmJ. Surg. Pathol. – 2000. – V. 2000. – P. 980 – 987.

9. Significance of random bladder biopsies in superficial bladder cancer /F. May, U. Treiber, H. Hartung, H. Schwaibold //Eur. Urol. – 2003. – V. 44. – P. 47 – 50.
10. Lotan Y. Sensitivity and specificity of commonly available bladder tumor markers versus cytology: results of a comprehensive literature review an meta -analyses /Y. Lotan, C. G. Roehrborn //J. Urol. – 2001. – V. 165. – P. 165.

K. U. Nitcaliyev

CLINICAL-MORFOLOGICAL SIGNS OF PROLITERATIVE PROCESSES IMMITATING UROTELIAL TUMOR

Revealed differential-diagnostical signs of proliferative cystitis, imitating urotelial carcinoma en cystoscopy and microscopy levels must be in complex at estimation of pathological process of urinary bladder with the aim of verification of histological form that has meaning in selection of type treatment and disease prognosis evaluation and also will allow to decrease hiperdiagnostics of urinary bladder urotelial carcinoma.

К. У. Нитқалиев

УРОТЕЛИАЛДЫ ІСІКТІ ҚОЗДЫРАТЫН ПРОЛИФЕРАТИВТІК ПРОЦЕСТЕРДІҢ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Цистоскопиялық және микроскопиялық деңгейлерде уротелиалды карциноманы қоздыратын пролиферативтік циститтердің дифференциалдық-диагностикалық белгілері анықталған, ол гистологиялық форманы анықтау мақсатында қуықтың патологиялық процесін бағалау барысында кешенді бағамдалуы керек. Мұның ауруды емдеу түрін таңдау мен болжамын бағалауда маңызы бар, сол сияқты қуықтың уротелиалды карциномасының гипердиагностикасын төмендетуге мүмкіндік береді.

Д. Э. Третьяк

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ СДАВЛЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Центральная городская больница (Темиртау)

В многочисленной литературе дислокационный синдром (ДС) описывается как комплекс клинико-патофизиологических признаков смещения полушарий большого мозга или мозжечка в естественные внутричерепные щели и отверстия с поражением ствола мозга вследствие повышения внутричерепного давления [1, 2, 3]. Дальнейшее нарастание ДС обусловливает развитие геморрагических и ишемических изменений в стволе головного мозга, что приводит к гибели большинства пострадавших этой группы [2, 3, 4].

В настоящее время предложены различные классификации супратенториального варианта ДС. В. М. Угрюмовым (1969) выделены диэнцефальная, экстрапирамидная, мезенцефалобульбарная и цереброспинальная формы ушиба головного мозга, но в данной классификации не учитываются клинические проявления динамики ДС. Ф. Пламом и Дж. Б. Познером (1986) Разработана схема деления супратенториального варианта дислокационного синдрома при интракраниальных объемных образованиях, в которой авторы выделяют раннюю и позднюю диэнцефальные, мезенцефало-верхнепонтинную, нижнепонтинно-верхнемедулярную и медуллярную стадии дислокации. Без учета клинико-неврологических проявлений ранней диэнцефальной стадии ДС, данная схема используется M. S. Greenberg (2001) для определения стадии ДС у больных тяжёлой ЧМТ. Важно, что в вышеуказанных схемах не изучены изменения гемодинамических показателей, отражающих состояние сосудистого центра, непременно реагирующего на поражение стволовых отделов головного мозга.

На основании схемы Ф. Плама и Дж.Б. Познера, с учетом динамики развития ДС и изменений гемодинамических показателей, при тяжелой ЧМТ у больных со сдавлением головного мозга Р.Д. Касумовым (1989) выделены четыре степени гипертензионно-дислокационного синдрома. Но необходимо учитывать, что в этом варианте характеристики ДС отсутствуют закономерности динамики такого важного клинического признака ДС, как сознание, и изменение таких стволовых рефлексов, как корнеальный и окулоцефалический.

Цель исследования – уточнить взаимосвязь клинических признаков различных стадий супратенториального дислокационного синдрома с уровнями повреждения ствола головного мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2003 по 2010 г. проведен анализ 220 медицинских карт больных тяжелой ЧМТ, сопровождавшихся супратенториальным сдавлением головного мозга. Среди обследованных больных было 192 (83%) мужчины, женщин – 28 (17%). Возраст пострадавших варьировал от 17 до 87 лет (средний возраст – 43,2±0,9 лет). Все пациенты находились на лечении в реанимационном и профильном нейротравматологическом отделении Областного медицинского центра г. Караганды.

Критериями оценки выраженности травматического дислокационного синдрома (ТДС) явились следующие признаки: уровень угнетения

сознания [1, 2, 3, 4], очаговая симптоматика, стволовые реакции: фоновая величина и фотореакции зрачков, парез взора вверх, корнеальный рефлекс, вертикальный и горизонтальный компоненты окулоцефалического рефлекса (ОЦР), двигательная реакция конечностей на боль, дыхание, пульс, артериальное давление.

С учетом стадии травматического дислокационного синдрома у 134 (38,5%) пострадавших был проведен анализ морфологических (макроскопических) изменений в стволе головного мозга. Определяли локализацию и распространённость кровоизлияний, участков ишемии и надрыва на различных уровнях ствола головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При детальном исследовании больных с очагами контузии и размозжения головного мозга в сочетании с интракраниальными гематомами или без них были выявлены определённые особенности клинико-неврологической картины, что позволило обозначить следующие градации развития супратенториальной дислокации головного мозга.

У 104 больных (37%) – угнетение сознания в пределах умеренного-глубокого оглушения, реагирующие на свет зрачки диаметром 1-3 мм, анизокария в случае бокового направления дислокации, нормальной живости корнеальные рефлексы, умеренный парез взора вверх, вызываемые в полном объеме вертикальный и горизонтальный окулоцефалический рефлексы (ОЦР), целенаправленные движения или локализация болевого раздражителя.

Нормальные цифры артериального давления (АД) и пульса в данной группе пострадавших обусловили показатели вегетативного индекса (ВИ) от +10 до -10. Четких изменений внешнего дыхания отмечено не было.

В целом, клиническая картина пострадавших в этой группе была представлена общемозговой, отчётливой очаговой симптоматикой и обозначена нами как ТДС I стадии.

В 38 случаях – угнетение сознания до сопора – комы I стадии, зрачки диаметром 1-3 мм со сниженной фотореакцией, анизокория (в случае бокового направления дислокации) с отсутствием фотореакции на стороне более широкого зрачка, нормальной живости корнеальные рефлексы, выраженный или грубый парез взора вверх, грубое ограничение вертикального и сохранённый горизонтальный компонент ОЦР. Реакции на болевой стимул – декортикационные движения. Внешнее дыхание было представлено периодическим дыханием Чейна – Стокса.

В клинической картине у этих пострадавших наряду с общемозговой и очаговой симптоматикой отмечена и умеренная стволовая симптоматика. Совокупность клинических признаков в данной группе оценена как ТДС II степени.

В 56 случаях верифицированы угнетение сознания до комы II степени, зрачки диаметром 3 -5 мм без реакции на свет, анизокория в случае бокового направления дислокации, сниженные корнеальные рефлексы, паралич взора вверх, отсутствие вертикального компонента ОЦР с ограничением горизонтального. Реакция на болевой стимул – децеребрации. Диссоциация глубоких рефлексов по оси тела. Регистрировали следующие типы патологического дыхания: Чейна-Стокса, частое и глубокое дыхание (гипервентиляция).

У больных этой группы на первый план выходит грубая стволовая симптоматика. Очаговые симптомы определить трудно. Такие клинические признаки как гемипарез (менее выраженные децеребрационные движения с одной из сторон) и анизокария позволяют предположить только латерализацию (право- и левостороннюю) патологического субстрата. Особенности клинической картины у данных пострадавших были расценены как ТДС III стадии.

У 10 пациентов установлено угнетение сознания до комы II стадии, зрачки диаметром 3-5 мм без фотореакций, из 8 наблюдений с боковым направлением дислокации анизокория наблюдалась только в 5 случаях. Корнеальные рефлексы не вызывались. Вертикальный и горизонтальный компоненты ОЦР отсутствовали. Глубокие рефлексы резко снижены, с диссоциацией по оси тела. Реакции на болевой раздражитель – изолированные разгибания рук у 5 больных или разгибания рук со слабыми сгибательными движениями ног в 10 наблюдениях. В 2 случаях в динамике были выявлены слабо выраженные децеребрационные движения. У всех больных выявлялась артериальная гипотензия и тахикардия.

Совокупность клинических проявлений в этих наблюдениях позволила нам объединить их в ТДС IV стадии: очаговая неврологическая симптоматика не определяется, а клиническая картина представлена грубой стволовой симптоматикой. При данной стадии дислокации в большинстве случаев, в отличие от ТДС III стадии, невозможно достоверно определить сторону сдавления головного мозга на основании клинической картины.

В 12 случаях отмечено угнетение сознания до комы III степени, широкие зрачки более 5 мм без реакции на свет. Корнеальные рефлексы, ОЦР, глубокие рефлексы, двигательные реакции на боль не вызывались. Выраженная артериальная гипотония и тахикардия с явлениями аритмии. Во всех случаях определяли атактический тип внешнего дыхания. Вышеперечисленные клинические признаки указывали на терминальное состояние больных этой группы и выделены в V стадию ТДС. Определение очаговой симптоматики стороны повреждения головного мозга на основании клинических проявлений были невозможны во всех случаях.

С целью выявления клинико-морфологических соотношений у больных с ТДС нами была изучена распространённость повреждения ствола мозга при разных стадиях дислокации.

У 12 умерших ТДС I стадии патологические изменения распространялись на корково-подкорковые структуры и диэнцефальную область. Макроскопические изменения в стволовых, талямических и перивентрикулярных областях не выявлены.

ТДС II стадии диагностировано у 23 умерших. В данной группе патоморфологические изменения распространялись преимущественно на корково-подкорковые структуры, диэнцефальную область и средний мозг. С ТДС III стадии были обследованы 34 умерших. Морфологические изменения стволовых отделов головного мозга прослеживались у 20 пострадавших до среднего мозга у 3 – до верхних 2/3 моста и у 3 умерших –до нижней трети моста.

В группе ТДС IV стадии исследовано 10 случаев летального исхода. В большинстве случаев характерно вовлечение в патологический процесс нижней трети моста и на половинное поражение пролговатого мозга. Аналогичное поражение фиксировалось при ТДС V стадии с вовлечением в патологический процесс всего продолговатого мозга и с явлением острого вклинения в большое затылочное отверстие.

Таким образом, травматическому дислокационному синдрому присуща определенная топография патоморфологических проявлений поражения мозга, относящаяся к конкретному топическому неврологическому дефициту.

ВЫВОДЫ

1. Супратенториальный вариант сдавления головного мозга, вызывающий дислокацию ствола, имеет определенную стадийность клинического развития, характеризующуюся угнетением сознания, стволовых рефлексов в ростро-каудальном направлении, а также в изменении дыхания и артериального давления.

2. Учитывая особенности клинического течения и результаты патоморфологических исследований, супратенториальный вариант дислокационного синдрома по мере развития может быть разделён на пять стадий.

3. При тяжелой черепно-мозговой травме в клинической картине обычно доминирует супратенториальный вариант сдавления головного мозга в отличие от сочетанной травмы краниоспинальной локализации

4. Дислокационному синдрому присуща определенная топография патоморфологических проявлений поражений мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбач И. Н. Использование некоторых тестов в диагностике нейротравм //Воен. мед. журн. – 1978. – №4. – С. 56 – 57.
2. Касумов Р. Д. Диагностика и комплексное лечение тяжёлой черепно-мозговой травмы с наличием очагов размозжения головного мозга: Автореф. дис. …д-ра мед. наук. – Л., 1989. – 34 с.
3. Коновалов А. Н. Клиническое руководство по черепно-мозго-вой травме /А. Н. Коновалов, Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов. – М.: «Антидор», 1998. – Т. I. – 549 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. – М.: «ВАЗАР-ФЕРРО», 1997. – 381 с.

Поступила 10.08.10

D. E. Tretyak

CLINICAL PICTURE OF DISLOCATIONAL SYNDROME OF TRAUMATIC CEREBRAL COMPRESSION

Author of the article conducted investigation of patients group with dislocational syndrome. Clinic course of cerebral compression with definition of disease stages were detailed.

Д. Э. Третьяк

БАС СҮЙЕК МИЫНЫҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ҚЫСЫЛУЫ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ДИСЛОКАЦИЯЛЫҚ СИНДРОМНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КАРТИНАСЫ

Мақала авторы дислокациялық синдроммен науқстар тобына зерттеу жүргізген. Аурудың деңгейін анықтай отырып, бас сүйек миының қысылу ағымының клиникасы нақтыланған.

Б. С. Жаналина

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова (Актобе)

В последние годы проблема лечения детей с острой одонтогенной инфекцией остается столь же актуальной, как и в доантибиотическую эру, ибо частота этой патологии не снижается, а фармакотерапия не всегда оказывается достаточно эффективной. Установлено, что острая одонтогенная инфекция обычно развивается на фоне вторичного иммунодефицитного состояния организма детей. Особенностью патологического воздействия токсинов является их нейро- и эндотелиотропность. В результате интоксикация при инфекционно-воспалительном процессе характеризуется сочетанием клинико-лабораторных признаков повреждения микроциркуляции нервной системы и нарушений водно-электролитного обмена [1, 2].

Антибиотики являются уникальной группой фармакологических препаратов, эффективность которых снижается с продолжительностью

их использования. Этот аспект требует особого внимания как при оценке эффективности их применения, так и при разработке научно-обоснованных подходов, направленных на пролонгирование сроков их применения в клинике [3, 4].

Широкое распространение антибиотикорезистентности возбудителей является частой причиной низкой эффективности проводимого лечения, что существенно повышает стоимость лечения, а в целом является причиной увеличения расходов в здравоохранении [5].

Цель исследования: разработка принципов лечения детей с острой одонтогенной инфекцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 65 детей в возрасте от 4 до 12 лет с острой одонтогенной инфекцией. У 25 из них диагностирован острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти, осложненный абсцессом ретробульбарного пространства и гнойным гайморитом. У 40 детей – острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, осложненный околочелюстными флегмонами. У всех детей острая одонтогенная инфекция сопровождалась симптомами интоксикации.

В день госпитализации и в динамике проводились общеклинические методы исследования. Изучены показатели иммунологической реактивности организма: абсолютное и относительное содержание основных субпопуляций лимфоцитов, количество иммуноглобулинов A, M, G. Микробиологические исследования включали количественные и качественные характеристики гнойного очага.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе клинического анализа характера неспецифического ответа детского организма при острой одонтогенной инфекции установлена субкомпенсированная степень интоксикации, при которой отмечались относительная недостаточность систем детоксикации, симптомы токсического поражения ЦНС, периферического кровообращения.

На фоне общей интоксикации организма ребенка выявлена симптоматика обезвоживания. Так, у детей в возрасте 3-7 лет выявлен гипертонический тип обезвоживания, а в возрасте 8-12 лет – изотонический тип. Развитие обезвоживания у детей связано с анатомо-физиологическими особенностями локализации воспалительного процесса, обуславливающей различные степени функциональной блокады жевательного аппарата, усиленной перспирацией.

Дезинтоксикационную инфузионную терапию проводили с учетом типа и степени дегидратации, а также состояния гемодинамики. При проведении инфузионной терапии придерживались основных принципов: устранение дефицита воды и электролитов, обеспечение суточной потребности в воде и электролитах, восполнение патологических потерь.

На этапе предоперационной подготовки инфузионная терапия была направлена на обеспечение объема жидкости, соответствующей степени водного дефицита, а также на улучшение реологических свойств крови. Объем жидкости, необходимый ребенку на предоперационный период, соответствовал рассчитанному дефициту. После коррекции водно-электролитных расстройств, в послеоперационном периоде, проводилась поддерживающая детоксикационная терапия. Основной инфузионной средой явились 5% раствор глюкозы, 0,9% раствор хлористого натрия, которые вводили внутривенно из расчета 1 капля в 6 с. Всем детям проведено хирургическое вмешательство в течение 6 ч с момента поступления в стационар.

Детям с острым одонтгенным остеомиелитом верхней челюсти, осложненным гнойным гайморитом с абсцессом ретробульбарного пространства проводили гайморотомию с вскрытием абсцесса через нижнюю стенку глазницы и дренированием гнойных ран полихлорвиниловыми дренажами (рис. 1).



Рис. 1. Ребенок И. Ш., 10 лет. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева. Флегмона орбиты. Острый гнойный гайморит слева

Детям с острым одонтгенным остеомиелитом нижней челюсти, осложненным околочелюстной флегмоной, проводили вскрытие флегмоны, остеоперфорацию нижней челюсти с дренированием ран полихлорвиниловыми дренажами (рис. 2).

В комплексное лечение включали антибиотики, метрагил, антигистаминные препараты,

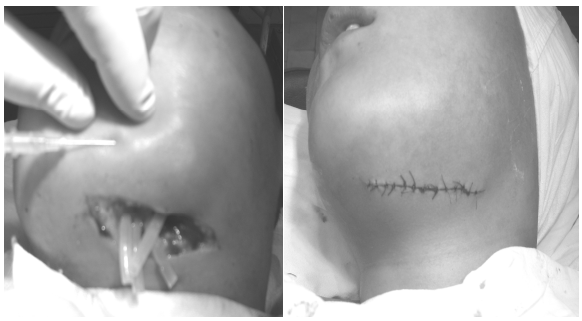


Рис. 2. Ребенок М. И., 11 лет. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Флегмона подчелюстной, крыловидно-поднижнечелюстной областей слева

иммуномодуляторы, болеутоляющие.

Местное лечение заключалось в обязательном активном промывании ран хлоргексидином, диоксидином, феримом, а также проводили тригемино-симпатические блокады 0,25% раствором новокаина или лидокаина.

Таким образом, основополагающим принципом лечения детей с острой осложненной одонтогенной инфекцией является проведение предоперационной подготовки, включающей в себя инфузионную и антибактериальную терапию, своевременное дренирование гнойного очага в ранние сроки госпитализации. При этом результаты исследования показали значительное уменьшение признаков деструкции костной ткани, наложение ранних вторичных швов, что сокращает сроки стационарного лечения и минимизирует дополнительные затраты базовой терапии, а также повышает качество жизни детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нурмаганов С. Б. Клинико-иммунологические аспекты развития и комплексная терапия острого одонтогенного остеомиелита у детей: Автореф. дис. …д-ра. мед. наук. – Алматы, 2002. – 49 с.
2. Страчунский Л. С. Современная антимикробная химиотерапия /Л. С. Страчунский, С. М. Козлов. – М.: Боргис, 2002. – 436 с.
3. Шаргородский А. Г. Профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи и их осложнений в стоматологических поликлиниках //Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2003. – С. 126 – 127.
4. Fischbach M. A. Antibiotics for emerging pathogens //Walsh Science. – 2009. – V. 28. – №325. – P. 1089 – 1093.
5. Moffett S. L. Overwhelming postsplenectomy infection: managing patients at risk //JAAPA. – 2009. – V. 22. – №7. – P. 36 – 39.

Поступила 18.08.10

B. S. Zhanalina

PRINCIPLES OF CHILDREN'S TREATMENT WITH ACUTE ODONTEGENOUS INFECTION

Clinical observation and treatment of 65 children at the age of 4-12 years with diagnosis of acute odontogenous infection showed that 25 children were diagnosted with acute odontogenous osteomylitis of upper jaw, complicated by abscess of retrobulbar space and purulent maxillary sinusitis 40 children with acute odontogenuos osteomylitis of lower jaw, complicated by perijawed fregmons.

It is established that the basic principle of children's treatment with acute odontogenous infection is conduction of preoperational preparation including infusianal and antibacterial therapy and timely drainage of suppurative focus in early terms of hospitalization.

Б. С. Жаналина

ӨТКІР ОДОНТОГЕНДІ ИНФЕКЦИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ЕМДЕУ ҚАҒИДАЛАРЫ

Өткір одонтогенді инфекция диагнозымен 4 жастан 12 жасқа дейінгі 65 баланы клиникалық бақылау мен емдеу нәтижесі 25 балада жоғарғы жақ сүйегінің өткір одонтогенді остеомиелитінің зардабынан іріңді гайморит, 40 балада – төменгі жақ сүйектің өткір одонтогенді остеомиелитінің зардабынан жақаралық флегмондар асқынулары диагнозын көрсеткен.

Инфузиялық және антибактериалдық терапия мен іріңді ошақты тиісті уақытында тесу операция алдындағы дайындық ретінде науқас балаларды емдеудің оңтайлы жолы болып анықталған.

С. М. Кабиева

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра введения в клинику Карагандинского государственного медицинского университета

Клинически важной задачей неонатальной кардиологии является разработка методов коррекции ишемии миокарда. Ряд авторов для коррекции постгипоксических изменений в миокарде используют рибоксин [5, 6, 7]. В последние годы появилось множество публикаций о том, что наиболее эффективен в коррекции метаболических нарушений при транзиторной ишемии миокарда у новорожденных L-карнитин (Элькар) [2, 3, 4, 11]. Однако данные о тактике ведения постгипоксической транзиторной ишемии миокарда (ПИМ) разноречивы, а вопрос о принципах лечения остается не до конца решенным [1, 8, 9, 10]. В связи с этим назрела необходимость поиска эффективных схем лечения постгипоксической ишемии миокарда.

Цель работы – оценка эффективности разных схем метаболической терапии постгипоксической ишемии миокарда и определение наиболее информативных показателей эффективности лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в отделении патологии новорожденных областной детской больницы г. Караганды. Осуществлялась оценка эффективности применения разных схем метаболической терапии при ишемии миокарда и определение наиболее информативных показателей эффективности лечения у детей с постгипоксической ишемией миокарда.

Все пациенты с ПИМ были разделены на 3

группы: IК группа – 32 новорожденных с ПИМ, получавших в качестве метаболической терапии Картаном® в дозе 100 мг/кг в сут в 2 приема. Детям со средней степенью тяжести ПИМ назначался 1 курс лечения длительностью 4 нед. Детям с тяжелой степенью ПИМ в первые 3 дня препарат вводился внутривенно в дозе 20 мг/кг в сут с последующим пероральным приемом в дозе 100 мг/кг/сут в течение 2 мес. IКЭ группа – 32 ребенка, у которых наряду с Картаном® в качестве мембраностабилизатора применялся препарат эссенциале форте Н ½ капсулы в сут в течение 20 дней. Контрольную группу составили 30 новорожденных, получавших традиционную метаболическую терапию в виде рибоксина.

Метаболическая терапия назначалась на фоне базисной терапии ПИМ. Оценка эффективности терапии проводилась на основании данных клинического осмотра, ЭКГ-данных, показателей эхокардиографии с применением нагрузочной пробы, КИГ, уровня миоглобина, тезиографической характеристики плазмы крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведена сравнительная оценка клинико-функциональных и лабораторных показателей у детей с постгипоксической ишемией миокарда, получавших разные схемы метаболической терапии, через 1 мес. от начала лечения (табл. 1).

У детей, получавших в качестве метаболической терапии Картан®, положительная динамика клинических признаков постгипоксической ишемии миокарда наметилась уже к концу 1 мес. лечения, что проявлялось уменьшением большинства показателей: расширение границ сердца с 31,3% до 18,8%, приглушенности тонов сердца с 68,8% до 46,9%, систолического шума с 62,5% до 40,6%, сердечной недостаточности с 18,% до 9,4%. Однако статистически значимые изменения отмечены только по данным ЭКГ: уменьшение номотопных нарушений ритма сердца (с 65,6% до 37,5% (p<0,05) и нормализация процессов реполяризации (с 75% до 43,8% (p<0,05), а также по показателям крови: снижение уровня миоглобина до 48,5 нг/мл (p<0,05), позитивные изменения тезиографической картины крови (с 84,4% до 40,6% (p<0,001).

Анализ наиболее достоверных клинико-функциональных различий в 1КЭ группе, получавшей картан+эссенциале, к концу 1 мес. лечения показал положительную динамику всех показателей: улучшение звучности сердечных тонов у 34,4% детей (p<0,01), исчезновение систолического шума у 31,2% (p<0,05), купирование номотопных нарушений ритма сердца у 50% (p<0,01), улучшение процессов реполяризации у 40,6% (p<0,01), закрытие фетальных коммуникаций у 25% (p<0,05), достоверное снижение активности миоглобина до 27,6 нг/мл (p<0,05), позитивные изменения характера кривой осмотической резистентности эритроцитов (ОРЭ) у 31,2% (p<0,05), улучшение тезиографической характеристики плазмы крови у 56,2% (p<0,001).

У детей контрольной группы отмечалась менее выраженная положительная динамика изученных параметров, статистически значимых различий в течение 1 мес. после лечения не выявлено ни по одному из признаков.

Таким образом, применение Картана® в качестве метаболической терапии дает хороший терапевтический эффект. Более благоприятные тенденции отмечены при применении комбинированной терапии, которая способствует быстрому регрессу большинства показателей, характеризующих гипоксическое поражение миокарда.

Таблица 1.

Сравнительная оценка клинико-функциональных и лабораторных показателей у детей с постгипоксической ишемией миокарда (до лечения и через 1 мес. после)

Симптом	До лечения						После лечения					
	Контроль		IК группа		IКЭ группа		Контроль		IК группа		IКЭ группа	
Приглушенность тонов	21	70,0±8,4	22	68,8±8,2	23	71,9±7,9	18	60,0±89	15	46,9±8,8	12	37,5±8,6**
Систолический шум	19	63,3±8,8	20	62,5±8,6	21	65,6ұ8,4	15	50,0ұ9,1	13	40,6±8,7	11	34,4±8,4*
Нарушения ритма	26	87,5±6,2	28	87,5±5,9	29	90,6±5,2	20	66,7±8,6	16	50±8,8*	13	40,6±8,7***
Нарушение реполяризации	23	76,7±7,7	24	75,0±7,7	24	75,0±7,7	18	60,0±8,9	14	43,8±8,8*	11	34,4±8,4**^
Фетальные коммуникации	13	40,3±9,0	14	43,8±8,8	13	40,6±8,7	10	33,3±8,6	8	25±7,7	5	15,6±6,4*
Миоглобин	171	79,2±40,3	178,9±57,3		178,9ұ38,9		60,7±24,6		48,5±13,4*		27,6±12,4*	
Изменение кривой ОРЭ	23	76,6±7,7	24	75,0±7,7	24	75,0±7,7	19	63,3±8,8	16	50,0±8,8	14	43,8±8,8*
Изменения на тезиограмме	26	86,7±6,2	27	84,4±6,4	28	87,5±5,8	24	80,0±7,3	13	40,6±8,7*** ^^	10	31,3±8,2*** ^^^

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 по сравнению с показателями до лечения% ^ по сравнению с контрольной группой через 1 мес.

На основании результатов предложены критерии эффективности метаболической терапии при постгипоксической ишемии миокарда у новорожденных.

К ранним клинико-функциональным и лабораторным критериям эффективности метаболической терапии при ПИМ у новорожденных следует отнести: улучшение звучности тонов, исчезновение шума, нормализацию ритма сердца, нормализацию процессов реполяризации миокарда, закрытие фетальных коммуникаций, нормализацию уровня миоглобина, восстановление характера кривой ОРЭ, нормализацию тезиографической картины крови.

К поздним критериям эффективности относятся нормализация размеров сердца, купирование признаков нарушения проводимости, нормализация интервала QT, купирование гемодинамических расстройств, восстановление нарушенной сократительной способности миокарда по данным нагрузочной пробы.

ВЫВОДЫ

1. Применение Картана® в качестве метаболической терапии дает хороший терапевтический эффект, а применение его в сочетании с эссенциале – более благоприятный исход.

2. Использование критериев эффективности Картана® позволит практическим врачам корригировать ишемические проявления на ранних этапах заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова Л. К. Лечение постгипоксической кардиопатии у новорожденных на втором этапе выхаживания /Л. К. Баженова, А. Букейр, М. В. Нароган //Пед. Фарм. – 2003. – № 1. – С. 57 – 59.
2. Гнусаев С. Ф. Эффективность применения лекарственного препарата элькар в терапии новорожденных с гипоксической ишемией миокарда /С. Ф. Гнусаев, А. Н. Шибаев, О. Б. Федерякина //Вестн. педиатр. фармакологии и нутрициологии. – 2005. – №4. – С. 11 – 14.
3. Ключников С. А. Перспективы применения L-карнитина в педиатрии //Педиатрия. – 2007. – №2. – С. 116 – 119.
4. Леонтьева И. В. Роль L-карнитина в метаболизме миокарда и возможности его применения для лечения заболеваний сердца. – М., 2002. – 32 с.
5. Павликівська Б. М. Застосування цитохрому С і рибоксину в lікуванні постгіпоксичних уражень серця у новонароджених дітей. (Применение цитохрома С и рибоксина в лечении постгипоксического повреждения сердца у новорожденных) //Педіатрія, акушерство та гінекол. – 1998. – №4. – С. 63.
6. Прахов А. Б. Коррекция транзиторной постгипоксической ишемии миокарда у новорожденных //Педиатрия. – 1998. – №5. – С. 38 – 42.
7. Прахов А. В. Эффективность внутривенного введения цитомака при синдроме транзиторной ишемии миокарда у новорожденных //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1995. – №2. – С. 17.
8. Фармакологическая коррекция функциональных нарушений ССС у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию /С. В. Гарина, М. И. Кисилева, А. В. Герасименко и др. //Вопр. практич. терапии. – 2008. – Т. 3, №5. – С. 73 – 78.
9. Фармакологическая коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию /С. В. Гарина, М. И. Кисилева, А. В. Герасименко и др. //Детские болезни сердца и сосудов. – 2009. – №2. – С. 73 – 78.
10. Цой Е. Г. Влияние хрониче ской внутриутробной гипоксии на постнатальную адаптацию у новорожденных и методы коррекции //Мать и дитя. – 2004. – №2. – С. 14 – 19.
11. Shenai J. P. Tissue carnitine reserves of newborn infants /J. P. Shenai, P. P. Borum //Pediat. Res. – 1984. – V. 18 – №7. – P. 679 – 681.

Поступила 25.08.10

S. M. Kabiyeva

PHARMACOLOGICAL CORRECTION OF MYOCARDUIM POSTHYPOXIAL ISCHEMIA AT INFANTS

Estimation of metabolic therapy efficacy at infants with myocardium post hypoxial ischemia was conducted. Use of Kartan showed its high efficacy. The most favorable tendencies are noted at use of combined therapy which promotes quick regress of rates majority characterizing hypoxial lesion of myocardium

С. М. Қабиева

НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ МИОКАРДАНЫҢ ГИПОКСИЯДАН КЕЙІНГІ ИШЕМИЯСЫНЫҢ ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ КОРРЕКЦИЯСЫ

Жаңа туған нәрестелердегі миокарданың гипоксиядан кейінгі ишемиясына метаболикалық терапияның тиімділігіне баға берілген. Картанды қолдану оның жоғары тиімділігін көрсеткен. Құрамдас терапияны (картан+эссенциале) қолдану барысында бұдан да қолайлы өзгеріс байқалған, бұл миокарданың гипоксиялық зақымдалуын сипаттайтын көрсеткіштердің көбісінің тез регресіне ықпал етеді.

Г. Т. Мырзабекова

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ H. PYLORI-АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра педиатрии АГИУВ (Алматы)

Заболевания органов пищеварения у детей ввиду их широкой распространенности, особенностей клинического течения, ранней манифестации и высокого риска ранней инвалидизации представляют серьезную медико-социальную проблему [4, 8].

Антихеликобактерная терапия в педиатрической практике в настоящее время предполагает использование антибактериальных препаратов с учетом региональных данных по резистентности штаммов H. pylori. Под воздействием антибиотиков могут происходить трансформации в сторону увеличения в популяции нормальной транзиторной флоры отдельных видов, характеризующихся наличием факторов патогенности: увеличением адгезивности, высокой биохимической активностью и энтеротоксинпродукцией, множественной лекарственной устойчивостью. Частота дисбиотических нарушений кишечника в детской популяции варьирует от 80 до 100% и считается чрезвычайно высокой. Дисбактериоз кишечника определяют как клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением регуляции качественного и/или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями, у части пациентов сопровождается клиническими симптомами поражения кишечника [1, 2, 5]. Нарушения микроэкологии кишечника могут приводить к функциональным нарушениям ЖКТ: диспепсии, болевому абдоминальному синдрому, нарушениям стула, ферментопатии, в т. ч. лактазной недостаточности, мальабсорбции. Также могут возникать аллергические проблемы – атопический дерматит, экзема; нарушения различных видов метаболизма, возникновение дефицита витаминов, микроэлементов; снижение иммунологического статуса, что может привести к появлению необратимых процессов в органах и системах. Таким образом, дисбактериоз кишечника, хотя сам не является нозологической единицей, может быть серьезной предпосылкой для развития различных заболеваний. Особого внимания заслуживает установленный факт формирования дефицита целого ряда микроорганизмов, прежде всего бифидобактерий и лактобацилл в соответствующих экологических нишах. В результате этого вероятно значительное снижение естественных защитных систем организма, осуществляемых с помощью следующих механизмов: микрофлоры и барьерного эффекта, эпителия/слизи и иммунитета [2, 3, 5].

В коррекции дисбактериозов кишечника в настоящее время наиболее изученным и в определенной степени практически реализованным направлением является применение биологических бактерийных препаратов на основе микроорганизмов – представителей нормальной микрофлоры человека, так называемые про- и пребиотики [3, 5, 6]. Пробиотики – препараты, содержащие живые бактерии – представители нормальной кишечной микрофлоры человека. Пребиотики, в отличие от пробиотиков, живых бактерий не содержат, но при этом обладают свойствами благоприятно влиять на состояние микробиоценоза, улучшая жизнедеятельность полезных бактерий и создавая для них максимально комфортные условия. Современной медицинской наукой пробиотики определяются как жизнеспособные организмы и/или вещества микробного или иного происхождения, оказывающие при естественном способе введения благоприятные эффекты на физиологические функции, биохимические и поведенческие реакции организма хозяина через оптимизацию его микробиологического статуса [2, 5]. Пробиотики, поступающие в кишечник, изменяют не только состав, но и функцию его микрофлоры [2, 3, 5]. Установлено, что многие из бактерий-пробиотиков осуществляют защиту организма двумя основными путями: образуя барьер, препятствующий прикреплению патогенных микроорганизмов к слизистой оболочке кишечника, и путем модуляции защитных сил организма. Эти оба действия достигаются посредством прямого антагонизма бактерий или увеличением эффективности иммунного ответа. Стимулирование неспецифической иммунной системы оценивается на основании фагоцитарной активности естественных клеток-убийц и индукции различных цитокинов, а реакции специфической иммунной системы – по содержанию иммуноглобулинов, концентрации В- и Т-лимфоцитов и некоторых цитокинов. Обе системы стимулируются разнообразными пробиотиками, например L. casei [3]. Другое хорошо подтвержденное действие пробиотиков – это улучшение переваривания лактозы у лиц с нарушениями ее расщепления и всасывания. В ряде работ установлено, что введение живых лактозопродуцирующих бактерий, таких как Str. thermophilus, L. bulgaricus и др., улучшает переваривание и всасывание лактозы.

Комбинированное синбиотическое средство Ферталь® содержит 5 видов натуральной микрофлоры, которые восстанавливают естественное микробное равновесие в кишечнике, регулируют работу желудочно-кишечного тракта, нормализуют синтез витамина Е и К, поддерживают естественную защиту организма от вирусов и бактерий, создают благоприятные условия для роста и размножения «полезных» микроорганизмов, от работы которых зависит 70% иммунной

защиты. Благодаря специальной технологии производства (GASTRO GUARD) Ферталь® содержит гастроустойчивые живые высушенные бактерии, что обеспечивает их поступление в кишечник без разрушения в желудке и быстрое восстановление кишечной микрофлоры. Витамины группы В обеспечивают улучшение метаболизма и необходимы для правильного роста молочнокислых бактерий. Алоэ Вера обеспечивает контроль роста кишечной микрофлоры, ограничивает нежелательное воздействие вредных бактерий и дрожжевых грибков в толстом кишечнике. Содержащиеся в Алоэ Вера пребиотические компоненты – галактоманнаны, глюкоза, манноза, галактоза, аминокислоты, фитостерины, витамины – стимулируют и активизируют метаболизм живых молочнокислых бактерий, способствуя тем самым улучшению их выживаемости в кишечнике.

Цель работы – изучение структуры заболеваний и определение роли пробиотиков в комплексной терапии хронической H. pylori-ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ №2 г. Алматы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследована роль пробиотиков в комплексной терапии хронической H. pylori-ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей. Изучена структура заболеваний у детей, находящихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДГКБ №2 г. Алматы.

Всем пациентам выполнено бактериологическое исследование эндоскопически полученных биоптатов слизистых антрального отдела желудка. Всего изучено 220 биоптатов, полученных с соблюдением асептики и правил взятия, транспортировки и культивирования образцов на аэробную и анаэробную микрофлору. Исследован качественный и количественный состав микрофлоры желудка. При наличии язвы желудка или 12-перстной кишки биоптаты изымались вне зоны макроскопически видимых околоязвенных воспалительных изменений. Идентификация микроорганизмов осуществлялась: 1) по результатам оксидазных (для грамотрицательных палочек) и каталазных (для грамположительных кокков) тестов; 2) по характеру роста и морфологии колоний на стандартных средах.

Изучена клиническая эффективность синбиотического препарата Ферталь®. Под наблюдением находились 30 детей в возрасте от 7 до 14 лет, из них 20 детей с хроническим поверхностным распространенным гастродуоденитом в стадии обострения и 10 детей – с хроническим эрозивным гастродуоденитом в стадии неполной клинической ремиссии. В исследовании применялись следующие методы: клинико-анамнестический, общеклинические лабораторные анализы (крови, мочи), копроцитограмма, бактериологическое исследование кала: посев кала на энтеропатогенную и условно-патогенную бактериальную флору, посев кала на дисбактериоз, ФГДС.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущее место в структуре болезней гастродуоденальной зоны занимал хронический гастродуоденит (78,2-81,9%). Реже встречались изолированный хронический гастрит (10-15%), функциональная диспепсия (10-15%), язвенная болезнь 12-перстной кишки и желудка (7-12%). Следует отметить, что распространенность язвенной болезни у детей за последние годы увеличилась практически вдвое, а у городских школьников за последние 10 лет возросла в 3 раза.

В структуре выявленной патологии в целом преобладали заболевания желудка и 12-перстной кишки, чаще в возрастной группе 10-14 лет. В динамике отмечается рост болезней печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника в 2-3 раза (табл. 1).

Среди обследованных детей наиболее многочисленную группу составили дети с хроническим гастродуоденитом (78,2-81,9%). Отмечается увеличение количества детей с деструктивными поражениями слизистой желудка и ДПК в 1,5 раза.

Сравнительный анализ микрофлоры слизистой желудка с различными формами хронической гастродуоденальной патологии выявил следующее. При бактериологическом посеве гастробиоптатов у пациентов с H. pylori-неассоциированными хроническими заболеваниями чаще выделяли условно-патогенные бактерии (Deinobacter, Neisseria, Campylobacter concisus, Veilonella dispar) и их ассоциации. При H. pylori-ассоциированной патологии микробный пейзаж

Таблица 1.

Структура болезней органов пищеварения по группам заболеваний у детей г. Алматы

Группы заболеваний	По годам		
	2006 (абс./%)	2007 (абс./%)	2008 (абс./%)
Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	1029/98,7	882/96,4	876/96,3
Болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	6/0,5	12/1,3	13/1,4
Болезни кишечника	5/0,4	11/1,2	16/1,7
Прочие	2	9	4
Итого	1042/100	914/100	909/100

Таблица 2.

Структура больных по нозологическим единицам

Нозологическая форма	2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронический гастродуоденит	854	81,9	723	79,1	711	78,2
Эрозивный гастродуоденит	45	4,3	50	5,4	72	7,9
Язвенная болезнь ДПК и желудка	38	3,6	36	3,9	52	5,7

был менее разнообразен, чаще был представлен Peptostreptococcus. При эрозивном гастродуодените и язвенной болезни лакто- и бифидобактерии отсутствовали. Плесневые грибы значительно чаще обнаруживались при эрозивном гастродуодените (55,2%). В 25,8% случаев при хроническом гастродуодените выявлялись 2 и более представителей условно-патогенной флоры, чаще в ассоциации Deinobacter+ Veilonella dispar.

У 20 детей установлен хронический поверхностный распространенный гастродуоденит, у 10 детей хронический эрозивный гастродуоденит. Ведущими синдромами заболевания были диспепсический и синдром кишечной колики. Дети получали базисную терапию: амоксициллин в сочетании с кларитромицином (или метронидазолом) и антисекреторными средствами (ингибиторы протонной помпы), прокинетики и ферталь в период получения антибиотикотерапии 2 флакона 1 раз в сут, или 2 капсулы 1 раз в сут в течение 1 нед., затем после окончания антибиотикотерапии – 1 флакон или 1 капсула в сут в течение 1 нед. Эффективность лечения оценивали с помощью определения динамики основных клинических синдромов. Наблюдения показали, что применение препарата Ферталь® в комплексном лечении детей с хроническими гастродуоденитами приводит к быстрому купированию диспепсических явлений и синдрома кишечной колики. Уже на 2 сут приема практически у всех детей уменьшались интенсивность болевого синдрома, метеоризм, нормализация стула. К концу лечения Ферталем® у больных достоверно увеличивалось количество анаэробных микроорганизмов (бифидо- и и лактобактерий) и полноценных кишечных палочек, уменьшалось количество условно-патогенных микробов.

Таким образом, анализ клинических симптомов показал, что препарат оказался эффективным при купировании основных клинических проявлений болезни и позволяет рекомендовать Ферталь® в комплексной терапии хронических гастродуоденитов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская М. Д. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения /М. Д. Ардатская, А. В. Дубинин, О. Н. Минушкин //Терапевт. арх. – 2001, №2. – С. 67 – 72.
2. Бифилиз в комплексном лечении и профилактике дисбактериоза кишечника (пособие для врачей) /А. А. Баранов, Н. А. Коровина, Э. Г. Щербакова и др. – М., 2002. – 22 с.
3. Гребенев А. Л. Кишечный дисбактериоз. Руководство по гастроэнтерологии /А. Л. Гребенев, Л. П. Мягкова. – М.: Медицина, 1996. – Т. 3. – С. 324 – 432.
4. Детская гастроэнтерология (избранные главы) /Под ред А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук. – М., 2002. – 592 с.
5. Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта /В. М. Бондаренко, Б. В. Боев, Е. А. Лыкова и др. //Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999, №1. – С. 66 – 70.
6. Дисбактериозы кишечника, причины возникновения, диагностика, применение бактерийных биологических препаратов (пособие для врачей и студентов) /Н. М. Грачева, Н. Д. Ющук, Р. П. Чупринина и др. – М., 1999. – 45 с.
7. Запруднов А. М. Мазанкова Микробная флора кишечника и пробиотики. Методическое пособие /А. М. Запруднов, Л. Н. Мазанкова. – М., 2001. – 32 с.
8. Машкеев А. К. Вопросы терапии хронической гастродуоденальной патологии у детей /А. К. Машкеев, Л. М. Карсыбекова, М. Н. Шарипова. – Алматы, 2005. – 33 с.

G. T. Myrzabekova

STRUCTURE OF DISEASES AND USE OF PROBIOTICS IN COMPLEX THERAPY OF CHRONIC H. PYLORY ASSOCIATED GASTRODUODENAL PATHOLOGY

At present conduction of antihelicobacter therapy in pediatric practice supposes use of antibacterial preparations taking into account regional data on resistance of strains H. pylori study of clinical efficacy of sinbiotic preparation Fertal was conducted. 20 children with chronic gastroduodenitis in the stage of exacerbation and 10 days with chronic erosive gastroduodenitis in stage of incomplete clinical remission. The analysis of clinical symptoms showed that preparation was effective in therapy at reduction of main clinical developments of disease that allows to recommend Fertal in complex therapy of chronic H. p. – associated gastroduodenal pathology.

Г. Т. Мырзабекова

БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ Н.Р.-АССОЦИРЛЕНГЕН ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ПАТОЛОГИЯЛАР КЕЗІНДЕГІ ПРОБИОТИКТЕРМЕН КЕШЕНДІ ЕМІ

Педиатриялық тәжірибеде хеликобактерге қарсы ем жүргізу қазіргі кезде антибактериальды дәрідәрмектер Н.р. штамына көбінесе резистентті келеді. Антибиотиктердің әсерімен әртүрлі асқазан-ішек жолдарында дисбиотикалық бұзылыстар болады. Синбиотикалық препарат Фертальдың клиникалық әсерлілігі дәлелденген. 20 бала созылмалы беткейлі жайылған гастродуоденитпен қозу кезеңінде және 10 бала созылмалы эрозивті гастродуоденитпен толық емес клиникалық ремиссия сатысында бақылауда болған. Клиникалық белгілерінің қорытындысы бойынша препарат аурудың негізгі клиникалық белгілері кезінде әсерінің жоғары екенін көрсетті және Фертальды созылмалы Н.р.-ассоцирленген балалардың гастродуоденальды патологиялары кезінде қолдануға кеңес беруге болады.

Л. И.Смирнова

ВЛИЯНИЕ СКРЫТЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАЗВИТИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ

Областной медицинский центр (Караганда)

Инфекционные заболевания занимают одно из первых мест среди причин невынашивания беременности, бесплодия, заболеваний амниона, хронических аднекситов с частыми обострениями. В данном случае имеются в виду инфекции, передающиеся половым путем (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз, гарднереллез, цитомегаловирусная инфекция) и некоторые зоонозные инфекции (токсоплазмоз, бруцеллез). По данным литературы, распространенность уреаплазмоза составляет 50-84%, микоплазмоза – 13-37%, хламидиоза – 30-60%, гарднереллеза – 20%, цитомегаловируса – 50-65%, токсоплазмоза – 5-50%, бруцеллеза – 0,5-5% населения. По данным, среди акушерско-гинекологических больных при обследовании были выявлены цитомегаловирус (68,3%), уреаплазмоз (59,2%), хламидиоз (31,6%), токсоплазмоз (13,2%), бруцеллез (1%), гарднереллез (25%). В последнее время отмечается рост этих инфекций, что представляет собой актуальную проблему и требует тщательного изучения. С этой целью для выявления причинно-следственных связей между хроническими инфекциями и различными акушерско-гинекологическими патологиями и путей их коррекции осуществлен анализ медицинских карт больных дневного стационара.

Материалом исследования явились 100 медицинских карт больных дневного стационара, 8 из которых находились под наблюдением в связи с гинекологическими патологиями, 92 – с патологией беременности: угрожающим выкидышом (97,8%), привычным невынашиванием (8%), заболеванием амниона (16,9%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (2%), воспалением гениталий (8%), бесплодием (3%).

Для определения вида инфекций были использованы следующие методы: реакция Райта – Хеддльсона на бруцеллез, иммуноферментный анализ (ИФА) на хламидиоз, цитомегаловирус (ЦМВ), токсоплазмоз. Полимеразно-цепная реакция (ПЦР) на ЦМВ, уреаплазмоз, хламидиоз.

По отношению положительных результатов к количеству проведенных реакций на данную инфекцию проанализирована их распространенность (табл. 1).

2 женщины из 100 не являлись носителями ни одной из выявленных инфекций, носительство одной инфекции было выявлено в 39 случаях, сочетание 2, 3 и 4 инфекций наблюдалось в 26, 4 в 5 случаях из 100 анализируемых соответственно. Бесплодие в анамнезе отмечалось в 7% случаев, выкидыши в 27%, преждевременные роды в 5%, эктопическая беременность в 2%, хронический аднексит в 25%.

Первичное бесплодие имелось в анамнезе у 7 женщин, из которых 4 обратились с патологией наступившей беременности, а 3 находились на лечении по поводу хронического сальпингоофорита. Из них у 5 женщин выявлены 1 или сочета-

Таблица 1.

Распространенность скрытых инфекций

Инфекции	Количество больных	Положит. результат	%	Лит. данные (%)
Цитомегаловирус	41	28	68,3	до 65
Уреаплазмоз	81	48	59,2	50 – 84
Хламидиоз	76	23	31,6	30 – 60
Гарднереллез	16	4	25	20
Токсоплазмоз	53	7	13,2	5 – 50
Бруцеллез	100	1	1	0.5 – 5

ние нескольких инфекций, у 1 – инфекция и генитальный инфантилизм, у 1 – инфекция и болезнь склерокистозных яичников. Из 7 женщин с бесплодием при обследовании выявлены 3 случая уреаплазмоза, 1 случай хламидиоза, сочетание ЦМВ и хламидиоз – 1 случай, сочетание хламидиоза и уреаплазмоза – 2 случая. У 2 инфекция была обнаружена при беременности, эти женщины ранее не получали специфической терапии. Учитывая ранний срок беременности (до 12 нед.), специфическая терапия не применялась, а сохраняющая беременность терапия дюфастоном и спазмолитиками в течение недели в обоих случаях не оказала эффекта. Исходом беременности явились выкидыши с последующим выскабливанием полости матки. То есть гормональное лечение в таких случаях может отсрочить момент выкидыша, но не поможет зародышу выжить. В 2 случаях бесплодия беременность наступила после проведения специфического лечения. Сохраняющая беременность терапия и лечение многоводия при данных беременностях были эффективными. Остальные 3 больных с бесплодием были госпитализированы для лечения обострения хронического сальпингоофорита. В зависимости от этиологии назначалась комплексная терапия ацикловиром, азитромицином или ровамицином, алоэ, лидазой, методом внутрисосудистого облучения крови. Специфическая терапия назначалась обоим половым партнерам. По окончании лечения рекомендовалось контролировать излеченность обоих супругов через 3-4 нед. и при необходимости дальнейшее лечение бесплодия. Таким образом, важным является своевременное полное обследование при бесплодии, при котором на первом месте должны быть обследование обоих супругов на хронические скрытые инфекции и своевременная специфическая терапия [1, 2, 3].

При дальнейшем анализе анамнеза больных отмечено: выкидыши (27%), из них количество несостоявшихся выкидышей 5 из 27 (18,7%); преждевременные роды (5%), внематочная беременность (2%). Особое внимание следует уделить группе из 30 больных, в анамнезе которых были выкидыши и преждевременные роды. Изучена распространенность инфекций среди этих больных (табл. 2).

Из 30 женщин, в анамнезе которых выявлены случаи перинатальной гибели плода в различные сроки беременности, у 15 (50%) зарегистрирован уреаплазмоз, у 13 (43,3%) – цитомегаловирус. Хламидиоз по распространенности у этой категории лиц занимает III место после уреаплазмоза и цитомегаловируса: 6 из 30 человек (20%). У 1 пациентки токсоплазмоз являлся единственной причиной привычного невынашивания беременности и многоводия при данной беременности; еще у 1 – вторичного бесплодия, хронического аднексита, внематочной беременности, внутриутробной гибели плода (с ВПР плода). В 3 из 30 случаев невынашивания имело место сочетание 4 инфекций. В 1 случае – при сочетании генитального герпеса, ЦМВ, уреаплазмоза, токсоплазмоза в анамнезе были 1 выкидыш, храгический аднексит с частыми обострениями, эрозия шейки матки. В этом случае женщина госпитализирована в сроке 18 нед., с угрожающим самопроизвольным абортом, многоводием. После антибактериального лечения и внутрисосудистого лазерного облучения крови на УЗИ отмечалась нормализация количества околоплодных вод. Во 2 случае наблюдалось сочетание генитального герпеса, ЦМВ, хламидиоза и уреаплазмоза, что привело к 2 неразвивающимся беременностям в анамнезе, к угрозе прерывания в течение всей данной беременности и многоводию. В 3 случаях сочетание ЦМВ, генитального герпеса, уреаплазмоза, микоплазмоза стало причиной 1 выкидыша в анамнезе в сроке 14 нед., эрозии шейки матки, вагинального кандидоза (не поддающегося лечению) и угрозы прерывания при всей данной беременности. Следует отметить, что сохраняющая беременность терапия имела лишь кратковременный эффект, клиника угрозы прерывания беременности повторялась.

ВЫВОДЫ

1. В развитии невынашивания беременности и бесплодия большое значение имеет инфекция, передающаяся преимущественно половым путем. В связи с этим необходимо тщательное обследование больных с невынашиванием беременности в анамнезе до наступления желанной беременности. Также необходимо повышать уровень знаний молодежи об этих инфекциях.

2. Необходимо отметить, что выявленная высокая частота урогенитальных инфекций у женщин свидетельствует о необходимости скринингового обследования пациенток, обратившихся с воспалением гениталий, бесплодием, невынашиванием беременности, на инфицированность цитомегаловирусом, уреаплазмой, хламидией, как наиболее распространенных инфекций.

Таблица 2.

Распространенность инфекций у больных с невынашиванием беременности

Инфекция	Положительный результат	Распространенность (%)
Уреаплазмоз	15	50
Цитомегаловирус	13	43,3
Хламидиоз	6	20
Токсоплазмоз	2	6

3. При беременности, наступившей на фоне перинатальных инфекций, гормональная сохраняющая беременность терапия может помочь отсрочить момент выкидыша, но не может помочь плоду выжить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агажанова А. А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности. – РЖМ. – 2003. – Т. 11. – №1. – С. 26 – 29.
2. Адаскевич В. П. Инфекции, передаваемые половым путем. – Н. Новгород, 1999. – С. 127 – 219.
3. Дуда И. В. Клиническая гинекология /И. В. Дуда, Вл. И. Дуда, В. И. Дуда. – Минск, 1999. – С. 78 – 124.
4. Мамедалиева Н. М. Современные принципы профилактики и лечение угрозы прерывания беременности. – Астана, 2005. – С. 5 – 6.

Поступила 07.09.10

L. I. Smirnova

EFFECT OF LATENT INFECTIONS ON ARISING AND DEVELOPMENT OF OBSTETRIC-GYNECOLOGIC PATHOLOGIES

Author of the article proves the necessity of patients' screen examination as infections diseases pregnancy noncarrying.

Л. И. Смирнова

ЖАСЫРЫН ЖҰҚПАЛАРДЫҢ АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯЛАРДЫҢ ТУЫНДАУЫ МЕН ДАМУЫНА ӘСЕРІ

Мақала авторы пациенткалардың скрининогтік тексерілуі қажеттігін дәлелдейді, себебі жұқпалы аурулар жүктілікті тоқтатудың басты себебі болып табылады.

И. М. Омарова

ПЕГИЛИРОВАННЫЙ ДОКСОРУБИЦИН В ТРЕТЬЕЙ ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета

Ежегодно в мире рак молочной железы выявляется более чем у 1 млн. человек, занимая I место в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований у женщин [1, 3, 5]. Среди выявленных случаев заболевания более 50% составляют диссеминированные формы рака молочной железы. Медиана продолжительности жизни больных диссеминированным раком молочной железы обычно не превышает 18 – 24 мес., и только 15% больных этой группы (ДРМЖ) переживают 5-летний рубеж [1, 3, 5]. Методом выбора у этой категории больных остается системная химиотерапия. Из-за применения на более ранних стадиях заболевания высокоактивных препаратов (антрациклинов, таксанов) увеличивается число больных, устойчивых к стандартной химиотерапии.

Цель работы – изучение эффективности режима с включением пегилированного доксорубицина в комбинации с циклофосфамидом в III линии химиотерапии у больных ДРМЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках открытого нерандомизированного исследования в отделении химиотерапии Карагандинского областного онкологического диспансера обследование и лечение проведено 16 пациенткам в возрасте от 37 до 72 лет. В том числе у 5 ДРМЖ диагностирован впервые и у 11, ранее получавших комплексное или комбинированное лечение по поводу данного заболевания с выявленными в течение времени отдаленными метастазами.

В исследование включались больные ДРМЖ с морфологически подтвержденным диагнозом, ранее получившие химиотерапию II линии с включением таксанов. К больным предъявлялись следующие требования: возраст старше 18 лет, сохранная функция костного мозга (абсолютное содержание нейтрофилов не менее 210^9/л, содержание тромбоцитов 110^9/л, уровень гемоглобина не менее 90 г/л). Наличие тяжелой сердечной аритмии или сердечной недостаточности, острый инфаркт миокарда в течение 6 последних мес., а также выраженная патология со стороны легких и почек являлись критериями исключения из исследования.

Всем пациентам, находившимся под наблюдением, проводилась III линия полихимиотерапии пегилированным доксорубицином по 50м/м^2 внутривенно капельно в течение 1 ч в 1 день в комбинации с циклофосфамидом по 500мг/м^2 внутривенно в 1 день, интервал между циклами 28 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка эффективности проводилась после завершения 2, 4 и 6 курсов лечения по критериям ВОЗ. Использовались данные объективных методов обследования (УЗИ, рентгенография легких) и данные физикального осмотра (табл. 1).

Несмотря на то, что процент общего эффекта (25,0%) был ниже, чем соответствующие литературные данные (31 – 47%) [4, 6, 7, 8] следует отметить, что общий эффект был довольно

Таблица 1.

Эффективность III линии химиотерапии пегилированным доксорубицином в комбинации с циклофосфаном у пациентов с ДРМЖ

Результаты	абс.	%
Общее количество пациентов	16	100%
Полный регресс	2	12,5±8,5
Частичный регресс	2	12,5±8,5
Стабилизация	5	31,2 ±12,0
Прогрессирование	7	43,7±12,8
Общий эффект (полный регресс+частичный регресс)	4	25,0±11,2
Уровень контроля заболевания (полный регресс+ частичный регресс+стабилизациия)	9	56,2±12,8

высоким учитывая, что в исследование включались пациенты с IV стадией болезни, ранее получившие массированную химиотерапию I и II линии с включением таксанов.

Изучение профиля гематологической токсичности показало, что умеренная нейтропения наблюдалась в 25,0% случаев, тяжелая нейтропения III – IV степени зарегистрирована у 12,5% пациентов. Тромбоцитопения и анемия I – II степени наблюдалась у 12,5%. Случаев тяжелой тромбоцитопении и анемии III – IV степени не зарегистрировано (табл. 2).

Негематологическая токсичность в основном была представлена ладонно-подошвенным синдромом у 43,7% больных. Другим проявлением негематологической токсичности являлась гастроинтестинальная: умеренная тошнота и рвота I – II степени наблюдалась у 31,2% пациенток, мукозиты и диарея I – II степени – у 12,5 % пациентов. Случаи кардиотоксичности не регистрировались (табл. 3).

Частота и профиль негематологической токсичности соответствовал литературным данным [4, 6, 7, 8] (по обобщенным литературным данным негематологическая токсичность, проявляющаяся главным образом в виде ладонно-подошвенного синдрома, отмечается у 42 – 55% пациентов, получающих пегилированный доксорубицин).

Таким образом, проведенное клиническое исследование комбинированного режима химиотерапии пегилированным доксорубицином в комбинации с циклофосфамидом в III линии химиотерапии ДРМЖ показало удовлетворительные результаты и приемлемый профиль безопасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2008 год /Ж. А. Арзыкулов, Г. Д. Сейтказина, С. И. Игисинов и др. (стат. матер.). – Алматы, 2009. – 72 с.

2. Стенина М. Б. Перспективные направления развития лекарственной терапии рака молочной железы //Практ. онкология. – 2002. –Т.3, №4 – С. 262 – 272.

3. Шубина Д. А. Применение келикса в онкологической практике /Д. А. Шубина, И. П. Ганьшина //Фарматека. – 2007. – №18. – С. 23 – 24.

4. American Society guidelines for the early detec-

Таблица 2.

Частота и профиль гематологической токсичности

Гематологическая токсичность		7 (43,7±12,8)%			
Нейтропения		Тромбоцитопения		Анемия	
I – II степени	III – IV степени	I – II степени	III – IV степени	I – II степени	III – IV степени
4 (25,0±11,2)%	2 (12,5±8,5)%	2 (12,5±8,5)%	-	2 (12,5±8,5)%	-

Таблица 3.

Частота и профиль негематологической токсичности

Негематологическая токсичность	9 (56,2±12,8)%	
	I – II степени	III – IV степени
Тошнота, рвота	5 (31,2±12,0)%	-
Мукозиты, диарея	2 (12,5±8,5)%	
Ладонно-подошвенный синдром	5 (31,2±12,0)%	2 (12,5±8,5)%
Кардиотоксичность	-	-

tion of cancer /J. L. Khatcheressian, A. C. Wolf, T. J. Smith et al. //Cancer. J. Clin. – 2006. – V. 56. – P. 11 – 25.
5. Breast cancer /Chen W. Y. , A. Wardley. – Edinburgh; London; New York; Oxford; Philadelphia; St Louis; Sydney; Toronto, 2007. – 608 p.
6. Keller A. M. Randomized phase III trial of pegylated liposomal doxorubicin versus vinorelbine or mytomycin C plus vinblastin in women with taxane-refractory advanced breast cancer //J. Clin. Oncol. – 2004. – V. 22, №19. – P. 3893 – 3901.
7. Reduced cardiotoxicity and comparable efficacy in a phase III trial of pegylated liposomal doxorubicin versus conventional doxorubicin for first line treatment of metastatic breast cancer /M. E. O'Brein, N. Wigler, M. Inbar et al. //Ann. Oncol. – 2004. – V. 15. – P. 440 – 449.
8. Vandenberg T. A. Pegylated liposomal doxorubicin (PLD) with cyclophosphamide (C) as 1st-line chemotherapy for metastatic breast cancer (MBC) patients previously treated with adjuvant anthracyclines /T. A. Vandenberg, M. Trudeau, L. Provencher //ASCO. – 2006. – V. 10. – P. 627.

Поступила 07.09.10

I. M. Omarova

PEGILATED DOXORUBICIN IN THE THIRD LINE OF CHEMOTHERAPY AT PATIENTS WITH DISSEMINATED BREAST CANCER

In the article data about efficacy of the third line chemotherapy with pegilated doxorubicin in combination with cyclophosphamid in patients with disseminated breast cancer are shown. It was revealed that in the group from 16 disseminated breast cancer patients, the third line chemotherapy with pegilated doxorubicin in combination with cyclophosphamid demonstrated satisfactory results – rate of overall effect was 25.0±11,2%. This regimen demonstrated acceptable safety profile (hematological complications were registered at 43,7% of patients, non- hematological – at 56,2%).

И. М. Омарова

ДИССЕМИНАЦИЯЛАНҒАН СҮТ БЕЗІ ҚАТЕРЛІ ІСІГІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ҮШІНШІ ЖЕЛІДЕ ПЕГИЛИРЛЕНГЕН ДОКСОРУБИЦИН

Диссеминацияланған сүт безі қатерлі ісігімен ауыратын науқастарда химиотерапияның үшінші желінің пегилирленген доксорсорубицин қосылғанда циклофосфамитпен комбинацияланған деректер тәртібінің тиімділігі мақалада көрсетілген. Диссеминацияланған сүт безі қатерлі ісігімен ауыратын 16 науқастарда массивті алдын-алу емімен пегилирленген доксорубицин циклофосфамитпен комбинацияланған химиотерапия үшінші желінің қанағаттанарлық қорытындыларын көрсетті, жалпы тиімділігінің жиілігі 25,0±11,2% құрады. Қауіпсіздігінің оңтайлы түрі осы тәртіпті көрсетті (гемотологиялық асқынулар науқастардың 43,7% гемотологиялық емес – 56,2% тіркелді).

Л. И. Смирнова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Областной медицинский центр (Караганда)

Невынашивание – одно из наиболее частых осложнений беременности. Частота этой патологии колеблется от 10 до 25-30% и до настоящего времени тенденции к снижению не отмечается [1, 2]. Причины невынашивания беременности сложны и многообразны. Акушеры-гинеко-логи зачастую имеют дело не с одним этиологическим фактором, а с комплексом факторов, среди которых одни являются предрасполагающими, а другие разрешающими. Однако на первом месте (эндокринные факторы) невынашивания беременности – гипофункция яичников, которые нередко сочетаются с генитальным или общим инфантилизмом, аномалией развития матки, нарушением функции щитовидной железы, таким как гиперфункция или гипофункция.

В настоящее время лидирующую роль среди причин невынашивания беременности занимает инфекция. Разновидностей вирусной и бактериальной инфекции, приводящей к невынашиванию, достаточно много, при этом особую опасность представляют смешанные инфекции. В поздние сроки частой причиной невынашивания является истмико-цервикальная недостаточность (частота от 15,5 до 47%), ее причинами являются анатомические и функциональные изменения истмического отдела матки. Немаловажную роль среди причинных факторов играют хромосомные оберрации, нарушения иммунного статуса, экстрагенитальные заболевания, осложнения беременности и другие.

Таким образом, прерывание беременности может наступить от самых различных причин, встречающихся обычно в различных сочетаниях. Но степень реакции организма беременной женщины на внутренние или внешние вредные воздействия зависит от состояния ЦНС, реактивности организма в целом и нервно-мышечного аппарата матки в частности.

На базе КГКП ОМЦ функционирует дневной стационар на 30 гинекологических коек. В нем лечатся и обследуются беременные женщины в сроке до 22 нед. и гинекологические больные. Дневной стационар осуществляет связь

Таблица 1.

Анализ причин госпитализации беременных женщин

Причина госпитализации	2008 г.		2009 г.	
	абс.	%	абс.	%
Беременность, роды, послеродовый период	371	63,6%	311	73,0%
Болезни МПС	212	36,4%	115	27,0%

между КДП и круглосуточным стационаром. В отделении имеются широкие возможности для обследования беременных с ЭГП, ОАА, привлечения высококвалифицированных специалистов.

На I месте по нозологии – угрожающий аборт, в 2008 г. с этим диагнозом пролечено 216 беременных до 22 нед., в 2009 г. – 198 пациенток. Наиболее частой причиной угрозы прерывания беременности являлись: ОАА – 30% (в анамнезе первый аборт, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, мертворождаемость, частые роды, много родов, бесплодие и т. д.), инфекции – 25% (хронические воспалительные заболевания матки и придатков, ИППП, бактериальный вагиноз, неспецифические вагиниты и др.), ЭГП – 35% (заболевания почек, анемии, заболевания щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы и др.), другие причины – 20% (токсикоз первой половины беременности, нервно-психические травмы и др.).

При поступлении беременных с угрозой прерывания беременности большое внимание уделялось анамнезу (наследственность, социальные условия жизни, перенесенные заболевания, особенности менструальной и детородной функций, сведения о муже). Затем проводилось клиническое, гинекологическое обследование, цитологическое (взятие мазков) и при необходимости – бактериологическое обследование.

Учитывая возможности ДС при ОМЦ, беременным проводилось контрольное ультразвуковое исследование и генетическое обследование. Так за 2008 – 2009 гг. УЗИ плода проведено в 656 случаях, осмотр генетика в 715 случаев, после чего составлялся дальнейший план ведения беременных.

Из 682 беременных, находящихся под наблюдением, у 35% выявилась экстрагенитальная патология: заболевания почек, щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы, анемии и др. Поэтому, несмотря на то, что беременные поступают в ДС с угрозой прерывания беременности, они были консультированы следующими специалистами: нефрологом, кардиологом, гематологом, эндокринологом.

Все беременные с диагнозом угрожающий аборт получали терапию, сохраняющую беременность (при отягощенном акушерском анамнезе – гормональную до 16 нед. беременности, спазмолитическую, седативную, витаминотерапию), согласно клиническому протоколу, рекомендованному МЗ РК. Соблюдали лечебно-охранительный режим, половой, физический и психоэмоциональный покой. Беременные с экстрагенитальной патологией наряду с лечением невынашивания беременности получали лечение, назначенное узкими специалистами.

Из всех пролеченных пациенток с невынашиванием беременности 15 женщин переведено в гинекологическое отделение ОМЦ (круглосуточный стационар), 10 из них переведены с диагнозом неразвивающаяся беременность (диагноз подтвержден данными УЗИ). Всем женщинам проведено выскабливание полости матки с последующей противовоспалительной терапией, у 4 женщин беременность сохранена, 1 беременной осуществлено прерывание беременности по медицинским показаниям (анэнцефалия у плода,

Таблица 2.

Анализ нозологии пролеченных пациенток

Место	По нозологии	2008 г.		2009 г.	
		абс.	%	абс.	%
I	Угрожающий аборт	198	53,4	216	50,6
II	Рвота беременных легкой, средней степени	84	22,6	48	11,5
III	Болезни МПС	30	8,1	19	4,4
IV	Анемия беременных легкой, средней степени	21	5,6	13	3,1
V	Заболевание амниона	22	5,9	7	1,6
VI	ФПН	16	4,4%	4	0,8
VII	Болезни органов кровообращения	–	–	2	0,5
VIII	ВУГП	–	–	2	0,5
Итого		371	63,6	311	73,0

выявленная при ультразвуковом исследовании плода в динамике).

В отделении при выписке беременной дается выписной эпикриз с четкими рекомендациями. Обо всех выписанных беременных сведения передаются в ПСМП по месту жительства, таким образом осуществляется связь с первичным звеном при наблюдении за беременной женщиной.

ВЫВОДЫ

1. Профилактика невынашивания беременности состоит из широкого спектра социально-медицинских мероприятий, направленных на создание здорового образа жизни и благоприятной обстановки при беременности, планировании семьи.

2. Необходимо устранение причин, способствующих возникновению невынашивания беременности. Обследование женщин во внебеременном состоянии определяется в основном этиологическими факторами невынашивания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агажанова А. А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности //Рос. мед. журн. – 2003. – №1. – С. 26 – 32.
2. Мамедолиева Н. М. Избранные лекции по невынашиванию беременности. М., 1999. – 198 с.
3. Мамедолиева Н. М. Невынашивание беременности инфекционного генеза /Н. М. Мамедолиева, С. Ш. Исенова. – Алматы, 1999. – 212 с.
4. Мамедолиева Н. М Современные аспекты диагностики и лечения невынашивания беременности. – Алматы, 2002. – 286 с.
5. Мамедолиева Н. М. Современные принципы профилактики и лечения угрозы прерывания беременности: Метод. Рекомендации /Н. М. Мамедолиева, С. Ш. Исенова. – Астана, 2005 . – 106 с.

Поступила 07.09.10

L. I. Smirnova

PATIENTS TREATMENT EXPERIENCE WITH NONCARRYING OF PREGNANCY IN CONDITIONS OF DAY IMPATIENT DEPARTMENT

The article is dedicated to prevention and pregnancy noncarrying treatment.

Л. И. Смирнова

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫНДА ПАЦИЕНТКАЛАРДЫҢ ЖҮКТІЛІК ТОҚТАТУЫН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақала жүктілікті тоқтатудың алдын алу мен емдеудің мәселелеріне арналған.

С. Н. Ералина, О. М. Пугач,
А. А. Тобулбаева, Е. Ш. Кудабаев

МОНИТОРИНГ ИССЛЕДОВАНИЯ МАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА БЕЛКА S-100 И НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ (NSE) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА И ТЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из актуальных и социально значимых проблем здравоохранения. В последние десятилетия значительные изменения претерпела клиника повреждений черепа и головного мозга, появились новые диагностические (магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография и др.) и лечебные возможности в нейрохирургии, неврологии, интенсивной терапии и реабилитации.

Появление методов прямой неинвазивной визуализации внутричерепного содержимого открыло принципиально новые возможности точного знания субстрата повреждения и реакций мозга на него, их динамики, объективного контроля над клиническим течением ЧМТ, влиянием различных лекарственных средств и качеством хирургического лечения. Одновременно увеличились возможности восстановительного лечения и предупреждения необратимых поражений мозга при тяжелой ЧМТ [5, 8, 10]. Однако до настоящего времени диагностика ЧМТ, отвечающая задачам построения прогноза комплексного патогенетически обоснованного лечения, является сложной, особенно в оценке степени повреждения головного мозга. Нет достаточно точных методов, подтверждающих гибель нейронов, способность мозга к регенерации нервных клеток, которые могли бы дать точную оценку и определить направленность усилий лечебных мероприятий для восстановления центральной нервной системы при ЧМТ.

Одной из стратегий интенсивной терапии лечения ЧМТ является ранняя коррекция первичных поражений мозга, ранняя идентификация возможных вторичных изменений, их предотвращение и лечение. Эта стратегия характеризуется как нейропротекция, которая достоверно должна указать на степень повреждения мозга и его восстановление в процессе интенсивной терапии. Однако нет достоверного маркера поражения нейронов, выявляющего степень повреждения нейронов и определяющего направленность лечебных мероприятий, контроль и эффективность лечения. Экспериментальные работы в области изучения степени повреждения нейронов ведутся

с середины прошлого века, но только в 90 гг. определены диагностические прогностические маркеры при тяжелых церебральных нарушениях.

Подавляющее большинство нейронов формируется в процессе эмбрионального развития, мозг взрослых частично сохраняет способность к нейрогенезу – образованию новых нейронов из нейрональных стволовых клеток. Доказано, что при тяжелых церебральных нарушениях, ЧМТ, нейродегенеративных заболеваниях, а также нейропатиях различного генеза направленный рост аксонов контролируют и стимулируют нейротропины, играющие существенную роль в выживаемости и реабилитации больных [15].

На современном этапе нейромаркерами, рекомендованными к использованию для оценки степени повреждения нервной ткани, являются белок семейства S-100 и нейроспецифическая енолаза (NSE), которые определяют в сыворотке крови. Белок S-100 продуцируется преимущественно астроцитами мозга и является маркером активации астроглии. Показано, что S-100 проявляет нейротрофическую активность при физиологической концентрации (менее 105 нг/мл) и нейротоксическую активность при высоких концентрациях. Повышенные показатели S-100 обнаруживаются у пациентов с травматическими повреждениями головного мозга в течение всего периода повреждения. При субарахноидальных кровотечениях и инсультах рост S-100 начинается в период первых 8 ч и сохраняется повышенным в течение 72 ч. Уровень повышения S-100 выше 300 нг/мл ассоциирован с неблагоприятным течением заболевания. Травматические повреждения мозга сопровождаются ростом уровня S-100 в сыворотке крови и спинно-мозговой жидкости. Рост S-100 более 1 500 нг/мл после остановки сердца с последующей реанимацией отражает высокий риск тяжелых неврологических последствий. Чувствительность теста S-100 составляет 96,5-100%. При отсутствии результата повреждения на томографии предсказательная ценность наличия S-100 отражает повреждения мозга в 99-100% [1, 4].

Другим маркером повреждения мозга является нейроспецифическая еноелаза (в норме 0 -12 нг/мл). Енолаза (NSE) – цитоплазматический гликолитический фермент, присутствующий в клетках нейроэктодермального происхождения, в нейронах головного мозга и периферической нервной ткани.

Уровни нейроспецифичных белков S-100 и еноелазы хорошо коррелируютя с результатами лечения у подавляющего числа больных с ЧМТ и гемморагическим инсультом. При положительном клиническом улучшении концентрация S-100 и енолазы (NSE) снижается, а при прогрессировании процесса, напротив, увеличивается [3, 13, 14].

Цель исследования – оценка возможности использования маркеров повреждения мозга: белка S-100 и нейроспецифической енолазы (NSE) – для определения прогноза больных с ЧМТ и контроля эффективности нейропротективной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основной контингент наблюдаемых лиц составили больные, получившие ЧМТ в результате ДТП, бытовой травмы черепа, высотной травмы, а также огнестрельного повреждения черепа. Всех больных распределили по возрасту (табл. 1).

Таблица 1.
Распределение больных с ЧМТ по возрасту и полу

Возраст (г.)	Количество	Пол	
		жен.	муж.
16 – 30	16	2	14
31 – 40	14	2	12
41 – 45	7	1	6

Все больные, поступившие в отделение интенсивной терапии в результате ЧМТ, были в состоянии комы, в фазе глубокой клинической декомпенсации (табл. 2). Кома I степени (умеренная) характеризуется полным выключением сознания, сохранением реакции на боль, пациент глаза не открывает, сухожильные рефлексы сохранены, нет грубых витальных нарушений. Кома II степени (глубокая) – отсутствие реакции на внешние раздражители, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, сохранены, но нарушены спонтанное дыхание и сердечно-сосудистая деятельность. Кома III (запредельная) – 2-сторонний мидриаз, диффузная мышечная атония, арефлексия, критические показатели витальных функций.

Таблица 2.
Нарушение сознания и глубина комы в баллах по шкале Глазго

Кома	Показатели по Глазго (баллы)	Количество больных
I степени	6-9	18
II степени	4-7	14
III степени	3-5	5

Все пациенты проходили стандартное предоперационное обследование, включающее в себя изучение состояния гемодинамики, лабораторное обследование, компьютерную томографию и анализы крови на белок S-100 и нейроспецифическую енолазу. NSE определяли с использованием аппарата Ридер Stat Fax-2010 «AVERENESS Technology, США», белок S-100 – прибором Ридер Mendrau MV-12A с использованием набора CANAg (Германия). Определение нейромаркеров проводилось в Центре лабораторных исследований SBS med (Алматы). По данным лаборатории, нормальные показатели енолазы составляют 0-12,0 нг/мл, S-100 – до 90 нг/мл.

Таблица 3.

Распределение больных по характеру ЧМТ (данные КТ)

Характер ЧМТ по данным компьютерной томографии	Количество пациентов	Прооперированные
ЗЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, кровоизлияние	11	3
ОЧМТ, острое сдавление мозга, посттравматический инсульт	5	5
Посттравматический геморрагический инсульт	9	1
Субдуральная гематома	7	5
Эпидуральная гематома	5	2

Все больные с ЧМТ были на искусственной вентиляции легких в режиме умеренной гипервентиляции с контролем газового состава крови, так как гипокапния может обусловить дополнительное сужение церебральных сосудов и усугубить ишемию мозга, также осуществлялась соответствующая гемодинамическая поддержка.

Хирургическое вмешательство при ЧМТ, как фрагмент комплексного лечения, было направлено на устранение сдавления мозга гематомой, гигромой, вдавленными переломами, нарастающим объемным формированием очага ушиба и размозжением мозговой ткани, нарастающим повышением внутримозгового давления. Декомпрессия мозга достигалась удалением гематомы, мозгового детрита, проведением вентрикулопункции или наложением вентрикулярного дренажа, а при нарастающем отеке – созданием наружной декомпрессии с обязательной пластикой твердой мозговой оболочки. При нарастающей внутренней гидроцефалии проводили вентрикулопункцию и вентрикулярный дренаж.

Для обеспечения нейрометаболической защиты головного мозга больным с тяжелой ЧМТ в программу интенсивной терапии была включена нейропротекция большими дозами церебролизина «EverNeuroPharma», Австрия). В ряде исследований [2, 6, 7, 9, 11, 12] показана высокая нейротрофическая активность церебролизина при тяжелых ишемических и гемморагических инсультах, а также при ЧМТ.

В работе использовали методику нейрометаболической терапии с введением больших доз церебролизина (от 50,0-100,0 мл в сут). В первые 3 сут препарат вводили по 50,0 мл на 100 мл физиологического раствора в/в капельно. Последующие 3 сут дозы церебролизина колебались от 30 до 50 мл на 100 мл физиологического раствора в зависимости от показателей нейромаркеров S-100 и енолазы. С 6 по 12 сут доза введения церебролизина составляла от 20 до 30 мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализирован уровень нейромаркеров в крови больных, умерших в 1 сут после ЧМТ при операциях вскрытия и дренирования внутримозговых гематом.

Острая гипоксия мозга при тяжелой ЧМТ неизбежно приводит к повреждению нейронов и нарушению целостности гематоэнцефалического барьера, что сопровождается появлением в плазме крови высокой концентрации нейромаркеров. Так как NSE и S-100 обладают высокой специфичностью, они явились показателем наличия тяжелого неврологического дефицита. При назначении высоких доз церебролизина в первые 72 ч положительная клиническая симптоматика сопровождалась положительной динамикой на компьютерной томографии и снижением уровня нейромаркеров.

Улучшение неврологического статуса сопровождалось восстановлением функций жизненно важных органов, стабилизацией гемодинамики, переходом на самостоятельное дыхание на фоне восстановленного сознания. Лабораторный мониторинг определения S-100 и NSE показал их снижение в 2-3 раза от исходно высоких величин (табл. 5).

По данным исследования, отмечается явное снижение показателей нейромаркеров повреждения мозга на фоне нейропротекции церебролизином, достоверно различимое на 6 и 12 сут.

В процессе интенсивной терапии у 5 больных с высокими показателями нейромаркеров (S-100 до 500,0 нг/л и NSE до 20,4) на 3 сут наступил летальный исход. На 5-6 сут 19 больных в стабильном состоянии были переведены в про-

Таблица 4.

Уровень NSE и S-100 у больных, умерших в 1 сут после ЧМТ

Возраст (г.)	Клиника	NSE	S-100	Диагноз
43	4 ГКБ	16,8	384,8	ОЧМТ, ушиб головного мозга
28	7ГКБ	25,4	274,1	ЗЧМТ, ВМГ
30	Обл. бол.	33,6	2831,0	ЗЧМТ, ВМГ
42	ЦГКБ	40,3	194,8	ОЧМТ, ВМГ
24	7ГКБ	27,2	1638,0	ОЧМТ, ВМГ

Таблица 5.

Динамика изменений NSE и белка S-100 на фоне лечения церебролизином

Этапы	NSE (нг/л)		S-100 (нг/л)	
	до введения	после введения церебролизина	до введения	после введения церебролизина
4-8 ч	33,6±6,2	18,2±6,7	278,3±79,0	155,9±50,1
72 ч	29,2±5,8	8,4±2,6	82,3±8,8	76±9,2
6 сут	15,7±3,2	7,2±1,8*	79,2±7,9	56,8±6,1*
12 сут	13,8±1,5	5,8±1,3*	63± ,6	34,2±2,7*

* p<0,005

фильное нейрохирургическое отделение для продолжения лечения с рекомендациями внутривенного введения церебролизина в течение 14 дней.

У 7 больных, находившихся на интенсивной терапии, она продолжалась с включением церебролизина, в дозе 20,0 мл в сут. При этом улучшение клинического состояния и стабилизация неврологической симптоматики сопровождалось снижением нейромаркеров.

ВЫВОДЫ

1. Определение маркеров повреждения мозга – нейроспецифического белка S-100 и цитоплазматического гликолитического фермента енолазы (NSE) в плазме крови подтверждает степень повреждения нейронов и является информативным показателем неврологического дефицита у больных с тяжелой ЧМТ.

2. Увеличение маркеров повреждения белка С-100 и NSE в 2-3 раза является прогностическим неблагоприятным признаком повреждения мозга, уровень NSE 35-40 нг/л и S-100 300-350 нг/л является показателем критического повреждения мозга.

3. Раннее включение нейропротекции препаратом церебролизин в комплексную терапию больных с тяжелой ЧМТ улучшает прогноз и выживаемость больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аджибаев Б. Ж. Мониторинг оксигенации и метаболизма головного мозга при операциях на сердце у детей: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – Алматы, 2009. – 28 с.

2. Громова О. А. Церебролизин: анализ фундаментальных и клинических исследований //Методическое письмо для врачей. – М., 2007. – 109 с.

3. Гусев Е. И. Клинические и фармакоэкономические особенности применения церебролизина в восстановительном лечении ишемического инсульта /Е. И. Гусев, А. Б. Гехт //Неврология и психиатрия. – М, 2007. – №10. – С. 25 – 29.

4. Кушкун А. А. Иммунологические исследования и методы диагностики заболеваний в клинической практике. – М., 2009. – 167 с.

5. Лечение последствий закрытой черепно-мозговой травмы у детей: оценка эффективности церебролизина /Н. Н. Заваденко, А. И. Кемалов, А. С. Петрухин и др. //Неврология и психиатрия. – 2001. – №3. – С. 38 – 42.

6. Меирбеков Е. М. Церебролизин в составе нейропротекции у детей при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения / Е. М. Меирбеков, А. Х. Джаксыбаева, Б. Ж. Аджибаев //Сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – №3. – С. 83 – 87.

7. Меирбеков Е. М. Церебролизин в лечении нарушений нейропсихического развития у детей с кардиохирургической патологией /Е. М. Меирбеков, А. Х. Джаксыбаева //Матер. IV Междунар. конф. детских неврологов Центрально-Азиатских стран. – Алматы, 2007. – С. 61.

8. Одинак М. М. Факторы роста нервной ткани в центральной нервной системе /М. М. Одинак, Н. В. Цыган – М.: Наука, 2005. – 154 с.

9. Чуканова Е. И. Патогенетические и клинические моменты применения Церебролизина // Неврология, 2009. – №6-7. – С. 3 – 7.

10. Эффективность применения Церебролизина при сосудистой деменции посттравматического генеза /Е. С. Нургажаев, А. Ш. Избасарова, Н. К. Клипицкая и др. //Фармация Казахстана. – 2009. – №2. – С. 36 – 40.

11. Chukanova E. I. The effect of cerebrolysin on the clinical symptoms and the course of ischemic encephalopathy //Zh. Nevrol. Psikhiatr. – 2005. – №5. – P. 42 – 45.

12. Haffner Z. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial with Cerebrolysin in acute ischemic stroke /Z. Haffner, R. Gmeinbauer //Cerebrovasc. Dis. – 2001. – V. 11. – P. 4 – 76.

13. Neuroprotective effect of cytoflavin during compression injury of the spinal cord /V. V. Bul'on, N. N. Kuznetsova, E. N. Selina //Bull. Exp. Biol. Med. – 2005. – №6 – P. 39 – 44.

14. Neurotrophic effects of Cerebrolysin in animal models of excitotoxicity /I. Veinbergs, M. Mante, M. Mallory, E. Masliah //J. Neural. Transm. Suppl. – 2000. – №6. – P. 34 – 37.

15. Positive effects of cerebrolysin on electroencephalogram slowing, cognition and clinical outcome in patients with postacute traumatic brain injury: an exploratory study /X. A. Alvarez, C. Sampedro, P. Perez et al. //Int. Clin. Psychopharmacol. – 2003 – №8. – P. 18 – 23.

Поступила 07.09.10

S. N. Yeralina, O. M. Pugach, A. A. Tobulbayev, Ye. Sh. Kudabayev
MONITORING OF MARKERS INVESTIGATION IN NEUROSPECIFIC ENOLASE (NSE) AND PROTEIN (S-100) BRAIN INJURY FOR DEFINITION OF PROGNOSIS AND COURSE OF CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Estimation of markers use possibility in brain injury: protein S-100 and neurospecific enolase for definition of patients' prognosis with craniocerebral trauma and control of neuropropective therapy efficacy is made in the article.

С. Н. Ералина, О. П. Пугач, А. А. Тобылбаева, Е. Ш. Құдабаев
S-100 МИ БЕЛОГЫ ЖӘНЕ НЕЙРОСПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕНОЛАЗАНЫҢ (NSE) БҰЗЫЛУЫ МАРКЕРЛЕРІН БАС СҮЙЕК-МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ АҒЫМЫН БОЛЖАУ ҮШІН ЗЕРТТЕУ МОНИТОРИНГІ

Мақалада ми бұзылуы маркерлері: S-100 белогының және нейроспецификалық енолазаның бас сүйек-ми жарақаты науқастарының болжамын және нейропротективті терапияның тиімділігін бақылауды анықтау үшін қолдану мүмкіндігі қарастырылған.

З. И. Солошенко

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

КГКП «Областная станция скорой медицинской помощи» (Караганда)

В практике врачей скорой и неотложной помощи оказание помощи детям раннего возраста всегда представляется актуальным и требует от врача особого внимания. Отмечено увеличение количества случаев обращаемости за помощью со стороны родителей детей раннего возраста.

Количество вызовов скорой помощи к детям в возрасте до 1 г. в 2008 г. составило 6 191, из которых госпитализировано 1 720 детей. В 2009 г. количество обращений увеличилось до 8 346, госпитализации подлежали только 1 989 детей. Большой процент вызовов составляют дети до 1 г. с кишечными дисфункциями.

Учитывая анатомо-физиологические особенности ребенка, можно с уверенностью утверждать, что кишечные дисфункции в той или иной степени возникают практически у всех детей раннего возраста и являются функциональными, в какой-то мере «условно» физиологическим состоянием периода адаптации и созревания желудочно-кишечного тракта грудного ребенка [5].

Эта проблема вызывает интерес не только педиатров и неонатологов, но и гастроэнтерологов, невропатологов и врачей скорой и неотложной помощи.

К функциональным дисфункциям относятся состояния желудочно-кишечного тракта, заключающиеся в несовершенстве моторной функции (физиологический гастроэзофагеальный рефлюкс, нарушение аккомодации желудка и антропилорической моторики, дискинезия тонкой и толстой кишки) и секреции (значительная вариабельность активности желудочной, панкреатической и кишечной липазы, низкая активность пепсина, незрелость дисахаридаз, в частности, лактазы), лежащие в основе синдромов срыгивания, кишечных колик, метеоризма, диспепсии, не связанные с органическими причинами и принципиально не влияющие на состояние здоровья ребенка [7].

Врачи скорой помощи на практике наиболее часто сталкиваются с дисфункциями желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, которые клинически проявляются следующим: синдромом срыгивания, синдромом кишечной колики (метеоризм в сочетании со схваткообразными болями в животе и криком), синдромом нерегулярного стула со склонностью к запорам и периодическими периодами послабления [6].

Цель работы – формирование у врачей скорой помощи позиции, позволяющей качественно проводить дифференциальную диагностику с иными патологическими состояниями, сопровождающимися дисфункциями желудочно-кишеч-ного тракта у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По наблюдениям, характерной особенностью срыгивания при дисфункции желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста является то, что они появляются внезапно, без каких-либо предвестников и происходят без заметного участия мышц живота и диафрагмы. Срыгивания, как правило, не сопровождаются вегетативными симптомами, не отражаются на самочувствии, поведении, аппетите ребенка. Последнее является наиболее важным для дифференциальной диагностики с хирургической патологией (пилоростеноз), требующей срочного вмешательства. Срыгивания редко являются проявлением неврологической патологии, хотя многие педиатры считают, что срыгивания характерны для внутричерепной гипертензии. Однако внутричерепная гипертензия провоцирует типичную рвоту с вегето-висцеральным компонентом, состоянием продромы, отказом от кормления и сопровождается, как правило, длительным криком. Все это значительно отличается от клинической картины функциональных срыгиваний.

Функциональные срыгивания не нарушают

состояния ребенка, в большей степени вызывая волнение родителей. Для коррекции функциональных срыгиваний необходимо, прежде всего, првести беседу с родителями, объяснить механизм срыгиваний, снять психологическую тревогу в семье. Важно оценить выполнение правил вскармливания и прикладывания к груди.

Кроме того, срыгивание может быть одним из компонентов кишечных колик и реакцией на спазм кишки. При колике развиваются приступообразные боли в животе, вызывающие дискомфорт, чувство распирания или сдавливания в брюшной полости. Клинически кишечные колики у младенцев протекают так же, как и у взрослых – это боль в животе спастического характера, но у ребенка колика сопровождается длительным плачем, беспокойством. Болевой синдром во время колик связан с повышенным газонаполнением кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания пищи, сопровождаемым спазмом участков кишечника, что вызвано незрелостью регуляции сокращений различных его участков.

Клиническая картина характерна. Приступ, как правило, начинается внезапно, ребенок громко и пронзительно кричит. Так называемые пароксизмы могут продолжаться долго, может отмечаться покраснение лица или бледность носогубного треугольника. Живот вздут и напряжен, ноги подтянуты к животу и могут мгновенно выпрямляться, стопы нередко холодны на ощупь, руки прижаты к туловищу. В тяжелых случаях приступ иногда заканчивается только после того, как ребенок полностью изнурен. Часто заметное облегчение наступает сразу после дефекации. Приступы возникают во время или вскоре после кормления [3, 4]. Несмотря на то, что приступы кишечных колик повторяются часто и представляют собой весьма удручающую картину для родителей, можно считать, что общее состояние ребенка не нарушено – в период между приступами он спокоен.

Таким образом, целесообразно изменить сам принцип подхода к ведению детей с кишечными коликами, делая основной акцент на том, что это состояние функциональное.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время многие врачи, не анализируя особенностей состояния ребенка и ситуации в семье, связанной с волнениями по поводу болевого синдрома у ребенка, предлагают сразу же 2 обследования – анализ кала на дисбактериоз и исследование уровня углеводов кала. Оба анализа практически всегда у детей первых месяцев жизни имеют отклонения от условной нормы, что позволяет в какой-то мере диагностировать дисбактериоз и лактазную недостаточность и предпринимать активные действия, вводя лекарственные препараты – от пре- или пробиотиков до фагов, антибиотиков и ферментов, а также рекомендовать изменение питания вплоть до снятия ребенка с грудного вскармливания, что совершенно противопоказано. Этот является нецелесообразным, что доказывается абсолютным отсутствием эффекта от подобной терапии при проведении сопоставлении групп детей, которые находились на этой терапии и без нее. Становление микробиоценоза у всех детей происходит постепенно, и если у ребенка не было предшествующего антибактериального лечения или серьезного заболевания желудочно-кишечного тракта (что бывает крайне редко в первые месяцы жизни), у него вряд ли будет дисбактериоз, а формирование микробиоценоза в этом возрасте в большей степени обусловлено правильным питанием, в частности, грудным молоком, которое насыщено веществами, обладающими пребиотическими свойствами. Кроме того, анализы с отклонениями от условной нормы обусловят еще большую тревогу в семье и, как следствие, высокий уровень обращаемости за неотложной помощью.

Первичная лактазная недостаточность является достаточно редкой патологией и характеризуется резким вздутием живота, жидким частым и обильным стулом, срыгиванием, рвотой и отсутствием прибавки в весе [4].

Транзиторная лактазная недостаточность – довольно частое состояние. Однако в грудном молоке всегда присутствуют лактоза и лактаза, позволяющие хорошо усваивать грудное молоко именно в период созревания ферментной системы ребенка.

Таким образом, значимость и роль общепринятых диагнозов у детей раннего возраста (дисбактериоза и лактазной недостаточности) являются преувеличенными, а их лечение может нанести не только вред ребенку, но и создать в семье психологический дискомфорт.

Существует определенная этапность действий при купировании кишечных колик. Так, первым этапом и, на наш взгляд, очень важный – это беседа с растерянными и напуганными родителями, объяснение им причин колик, объяснение, как они протекают и когда должны закончиться. Снятие психологического напряжения, создание ауры уверенности также помогает уменьшить боль у ребенка и правильно выполнить все необходимые назначения.

В последнее время появилось много работ, доказывающих, что функциональные расстройства ЖКТ значительно чаще встречаются у долгожданных детей, детей пожилых родителей и в семьях с высоким уровнем жизни, т.е. там, где имеется высокий порог тревожности по поводу состояния здоровья ребенка [6]. Это обусловлено тем, что напуганные родители начинают «принимать меры», в результате чего расстройства закрепляются и усиливаются. Поэтому во всех случаях функциональных расстройств деятельности ЖКТ лечение следует начинать с общих мероприятий, которые направлены на создание спокойного психологического климата в окружении ребенка, нормализацию образа жизни семьи и ребенка.

Врач-педиатр скорой помощи должен вы-

яснить, как питается мать, и при сохранении разнообразия и полноценности питания предложить ограничение жиров продуктов, вызывающих метеоризм (огурцы, майонез, виноград, фасоль, кукуруза), и экстрактивных веществ (бульоны, приправы). Если мама не любит молоко, заменить его кисломолочными продуктами.

При достаточном количестве грудного молока надо убедиться, что при грудном вскармливании ребенок правильно прикладывается к груди, кормится по желанию, мать достаточно долго держит его у груди, чтобы младенец высасывал не только переднее, но и заднее молоко, которое особенно обогащено лактазой. В длительности прикладывания к груди нет строгих ограничений – одни малыши сосут быстро и активно, другие более медленно, с перерывами. Во всех случаях длительность должна определяться ребенком, он сам перестанет сосать и затем спокойно выдержит перерыв между кормлениями более 2 ч. В ряде случаев только этих мер может оказаться достаточно, чтобы значительно уменьшить частоту, длительность и силу проявлений кишечных колик.

Вторым этапом являются физические методы: удерживание ребенка в вертикальном положении или лежа на животе, желательно с согнутыми в коленных суставах ножками, на теплой грелке или пеленке; полезен массаж области живота.

Необходимо разграничить коррекцию острого приступа кишечных колик, включающих в себя такие мероприятия, как тепло на живот, массаж области живота, назначение препаратов симетикона, и фоновую коррекцию, способствующую снижению частоты и тяжести кишечных колик. Для коррекции острого приступа кишечных колик возможно использование препаратов симетикона но не в профилактическом режиме (добавление в питание, как указано в инструкции), а в момент колики, при возникновении болей – тогда при наличии метеоризма эффект наступит через несколько минут. В профилактическом режиме лучше использовать препараты фоновой терапии.

Следующий этап – пассаж газов и кала при помощи газоотводной трубки или клизмы, возможно введение свечи с глицерином. К сожалению, у детей с незрелостью или патологией со стороны нервной регуляции чаще прибегают именно к этому способу купирования колик. При отсутствии положительного эффекта назначаются прокинетики и спазмолитические препараты.

Анализ эффективности предложенной схемы коррекционных мероприятий показал, что использование только I этапа дает 15% эффективности, I и II этапа – 62% эффективности и только у 13% детей потребовалось использование всего комплекса мер для купирования болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердникова Е. К. Влияние психоэмоционльного состояния родителей на выраженность синдрома «беспокойного ребенка» /Е. К. Бердникова, А. И. Хавкин, Е. С. Кешишян //Тез. докл. на 2 конгр. «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М., 2004. – 234 с.
2. Коровина Н. А. Лактазная недостаточность у детей /Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Н. Е. Малова //Вопр. современной педиатрии. – 2002. – №1. – С. 57 – 61.
3. Мухина Ю. Г. «Современные аспекты проблемы лактазной недостаточности у детей раннего возраста» /Ю. Г. Мухина, А. И. Чубарова, В. П. Гераськина //Вопр. детской диетологии. – 2003. – Т. 2. – №1. – С. 50.
4. Соколов А. Л. Лактазная недостаточность: новый взгляд на проблему /А. Л. Соколов, Ю. А. Копанев //Вопр. детской диетологии. – 2004. – Т. 2. – №3. – С. 77.
5. Хавкин А. И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста: Пособие для врачей. – М., 2001. – С. 16 – 17.
6. Leung A. K. , Lemau J. F. Infantile colik: a review //J. R. Soc. Health. – 2004. – V. 124. – P. 162.
7. Ittmann P. I. Maturation of antroduodenalmotor activiti in preterm and term infants /P. I. Ittmann, R. Amarnath, C. L. Berseth //Digestive dis. Sci. – 1992. – V. 37. – P. 14 – 19.

Поступила 01.07.10

Z. I. Soloshenko

THE PECULIARITIES OF GASTROINTESTINAL DISEASES AT CHILDREN

The urgent aid doctor's experience on reduction of gastrointestinal distinctions at children at the age under 1 year is offered in the article. They made conclusion that efficacy of stage therapy on intestinal colic's is similar at all children and can be used both carrying and noncarrying ones. Exept it the analysis of efficacy offered in the work of correctional activities scheme is presented.

З. И. Солошенко

БАЛАЛАРДЫҢ АСҚАЗАН-ІШЕК АУРУЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада «Жедел жәрдем» дәрігерлерінің 1 жасқа дейінгі балалардағы асқазан-ішек ауруларын емдеудегі тәжірибесі келтірілген. Кезеңдік терапияның тиімділігі баяндалып, нақты дәлеледер берілген. Бұған қоса жұмыста келтірілген түзету шаралары сызбасының тиімділігіне талдау жасалған.

А. К. Батралиева

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА ПО ИМПОРТУ И ЭКСПОРТУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по Карагандинской области»

В 80 гг. прошлого века ассортимент фармацевтических субстанций, производимых в СССР, составлял 429 наименований, в том числе 350 – синтетических лекарственных средств, 54 – антибиотиков, 25 – витаминов. Основное количество субстанций (380) выпускалось на специализированных химико-фармацевтических заводах. В производстве лекарственных средств использовалось более 16 тыс. наименований видов сырья и полупродуктов синтеза. Их поставка осуществлялась на основе кооперации между предприятиями отраслей народного хозяйства страны, в т. ч. значительную часть компонентов для производства фармацевтических субстанций поставляли предприятия военно-промышленного комплекса. По импорту в незначительных количествах поставлялись преимущественно полупродукты, готовые же субстанции закупались редко и в небольших количествах [4].

Фармацевтическая промышленность во всем мире относится к наиболее быстроразвивающимся и рентабельным отраслям, однако после распада Советского Союза перед независимыми государствами, ранее входившими в его состав, остро встала проблема создания собственных национальных систем регулирования сферы обращения лекарственных средств [3].

Президент Республики Казахстан поставил

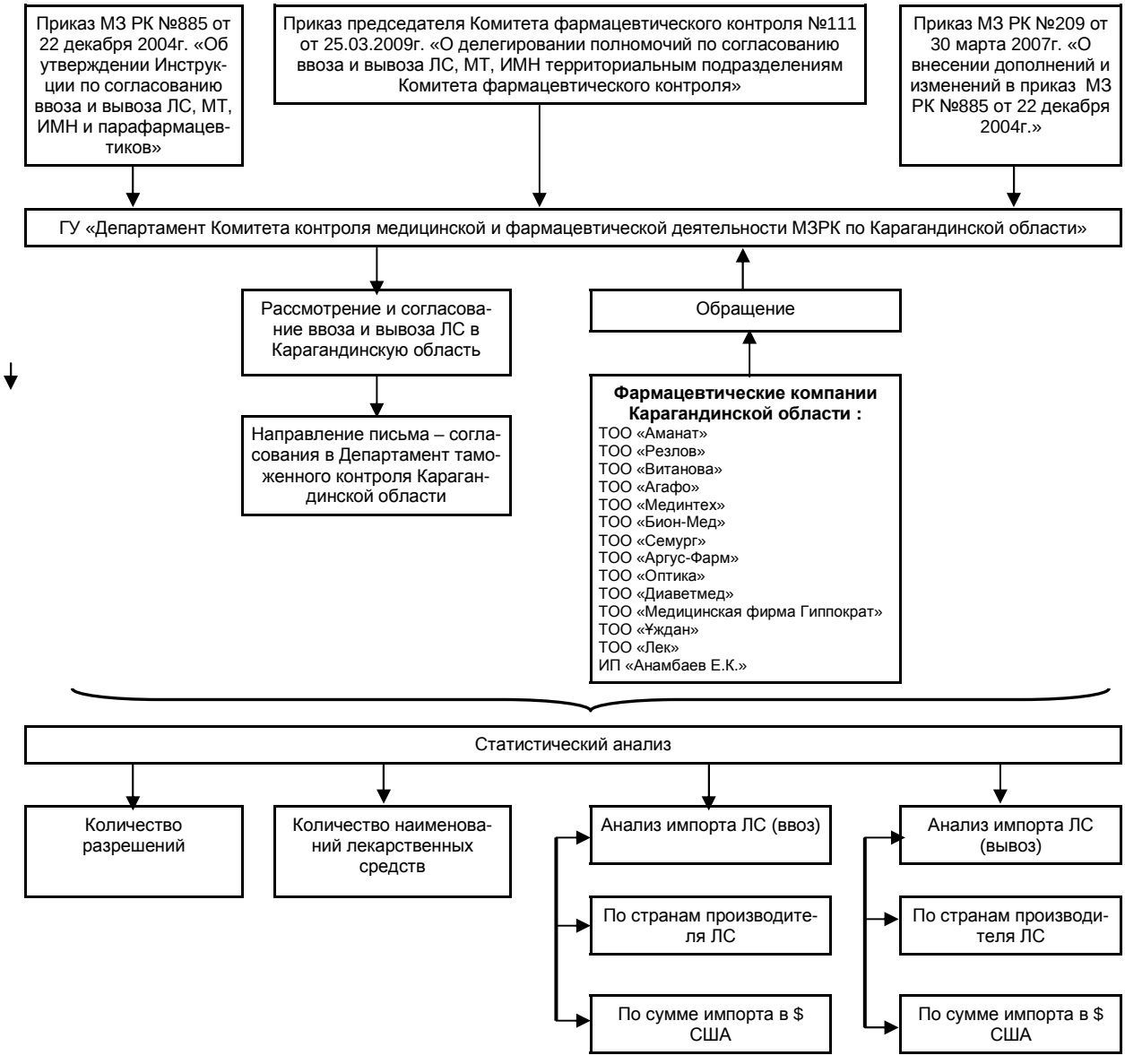


Рис. 1. Стратегическая схема мониторинга по импорту и экспорту лекарственных средств

перед Правительством задачу – избавиться от сырьевой зависимости в отечественной экономике и развивать несырьевые, высокотехнологичные и ориентированные на экспорт отрасли. Развитие фармацевтической индустрии послужит укреплению национальной безопасности за счет снижения зависимости страны от импорта и обеспечения потребностей в качественных и доступных лекарственных средствах [5].

Для выполнения необходимого анализа разработана стратегия мониторинга (рис. 1).

По результатам раннее проведенных исследований, импорт лекарственных средств в Карагандинскую область за период 2006 – 2008 гг. составил 8 518 наименований на общую сумму 1 253 976 148 долларов США. Что касается экспорта лекарственных средств из области, то количество вывоза лекарственных средств составило 23 наименования [1, 2].

Проведение мониторинга лекарственного обеспечения населения в регионах Республики Казахстан облегчает планирование реформ здравоохранения, поэтому в этом направлении работа продолжена и выполнен анализ импорта и экспорта лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения по Карагандинской области за 2009 г.

Как видно из рис. 1, мониторинг представляет комплекс мероприятий на основании законодательных актов МЗ РК. Результаты статистического анализа приведены в табл. 1, 2.

Таблица 1.
Результаты анализа писем-согласований на ввоз и вывоз лекарственных средств

Наименование фирмы	Кол-во разрешений	Кол-во наименований ЛС
ТОО «Аманат»	158	1391
ТОО «Резлов»	32	193
ТОО «Витанова»	22	476
ТОО «Агафо»	7	10
ТОО «Мединтех»	8	20
ТОО «Бион-Мед»	8	137
ТОО «Семург»	3	137
ТОО «Аргус-фарм»	4	25
ТОО «Оптика»	2	26
ТОО «ДиаВетМед»	3	5
ТОО «Медицинская фирма «Гиппократ»	3	3
ТОО «Ұждан»	1	3
ТОО «Лек»	1	1
ИП Анашбаев Е.К.	1	1
Всего ввоз:	253	2428
Вывоз:	7	27
ТОО «Резлов»	7	27

Таблица 2.
Анализ импорта лекарственных средств по странам-производителям за 2009 г.

Страна	Количество наименований	Сумма (доллары США)
Россия	964	47.744.818-88
Индия	276	25.217.753-28
Беларусь	180	5.152.904-43
Франция	166	20.206.711-75
Латвия	102	8.343.855-48
Германия	94	23.254.432-48
Украина	87	9.815.878
США	58	11.935.558-81
Словения	55	10.292.950
Австрия	53	14.289.304-66
Швейцария	47	21.294.775
Дания	32	34.015.222-04
Молдова	30	8.561.600
Италия	27	20.792.783-30
Польша	27	1.846.450
Ирландия	25	8.646.053-66
Хорватия	22	2.150.900
Нидерланды	20	24.011.211-29
Египет	19	1.790.550
Румыния	18	2.150.484
Финляндия	17	1.995.459-24
Китай	16	7.916.465
Испания	16	5.576.216
Бельгия	14	2.639.898-31
Великобритания	10	5.308.800
Турция	9	3.309.600
Греция	8	2.142.821-34
Словакия	7	486.159
Венгрия	6	1.765.781-60
Чехия	5	659.775
Бангладеш	4	528.700
Корея	4	26.390
Норвегия	3	870.557-05
Австралия	2	345.000
Эстония	2	258.086-36
Канада	1	3.000.000
Япония	1	29.000
Малайзия	1	210
Итого ввоз:	2428	318.373.115-96
Кыргызстан	8	23.151-60
Таджикистан	19	70.978-40
Итого вывоз:	27	94.130
Всего (ввоз+вывоз):	2428+27	318.467.245-96

Таблица 3.

Сравнительный анализ ввоза и вывоза лекарственных средств 2008 и 2009 гг.

Год	Количество разрешений	Количество наименований	Сумма (доллары США)	
			ввоз	в т.ч. вывоз
2008 г.	278	2417	575.950.720-98	1 (13 200)
2009 г.	260	2455	318.467.245-96	7 (94 130)

Как показывают данные табл. 1, всего за 2009 г. выдано 253 разрешения на ввоз лекарственных средств, общее число наименований составляет – 2 428. Разрешений на вывоз лекарственных средств из области зарегистрировано и выдано 7, общее число наименований при этом составило 27. При проведении исследований важным является регистрации стран-производителей лекарственных средств, ввозимых на территорию области. Однако для понимания полной картины импорта необходимо провести анализ в денежном выражении ввозимого объема медикаментов из различных стран мира. Как видно из данных табл. 1, 2 за 2009 г. выдано 260 писем: из них на ввоз 253, на вывоз 7.

Ввезено 2 428 наименований ЛС. Из них 964 (39,7%) – из России, 276 (11,4 %) наименований из Индии и 180 (7,4 %) из Беларуси.

Общая сумма ввоза составила 318 млн. 373 тыс. 115 долларов 96 центов. Наибольшую долю составили российские препараты – 47.744.818-88 (15%), препараты из Дании – 34.015.222-04 (10,7%) и препараты из Индии – 25.217.753-28, что составляет (7,9%).

Данные проведенного мониторинга требуют сравнения с результатами аналогичного анализа за 2008 год. Сравнительный анализ представлен в табл. 3.

Таким образом, по результатам проведенного мониторинга в сравнении с 2008 г.:

- уменьшилось количество выданных писем-согласований на 18;
- уменьшилась сумма на 257 млн. 577 тыс. 605 тенге 02 тиын (в 2008 г. сумма 575.950.720-98);
- увеличилось количество наименований лекарственных средств на 38 (в 2008 г. 2.417).

В 2008 г. российские препараты в ассортименте лекарственных средств составляли 31,7%, препараты из Индии – 14,6%, из Беларуси – 9,3%.

Все это объясняется тем, что в связи с экономическим кризисом и девальвацией тенге производители увеличивают ассортимент экономически доступных лекарственных средств. Уменьшилось количество фирм, занимающихся ввозом лекарственных средств с 18 до 14.

Ежегодно больше всех ввозит лекарственных средств в Карагандинскую область фирма ТОО «Аманат»: в 2009 г. – 158 писем (1 391 наименование ЛС), в 2008 г. – 142 письма (1 312 наименований), что составляет более половины всех писем-согласований и наименований лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батралиева А. К. Мониторинг фармацевтических предприятий и маркетинг оригинальных отечественных фитопрепаратов: Автореф. дис. … канд. фарм. наук. – Караганда, 2009. – 22 с.
2. Батралиева А. К. Мониторинг по ввозу лекарственных средств по Карагандинской области /А. К. Батралиева, Б. М. Танагузова, С. М. Адекенов / Фармацевтический бюллетень. – 2009. – №9, 10. – С. 15 – 17.
3. Годовальников Г. Развитие национальных систем регулирования обращения лекарственных средств в постсоветском пространстве // Ремедиум. – 2004. – №3. – С. 44.
4. Лин А. А. Кризис в производстве отечественных фармацевтических субстанций как угроза национальной безопасности России в сфере лекарственного обеспечения /А. А. Лин, А. М. Потапов //Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. Пятигорской Государственной фармацевтической академии. – Пятигорск, 2008. – Вып. 63. – С. 611 – 612.
5. Султанов С. Е. Своя таблетка ближе к сердцу //Фармацевтический бюллетень. – №7, 8. – 2007. – С. 18.

Поступила 19.07.10

A. K. Batraliyeva

ANALYSIS OF MONITORING RESULTS ON IMPORT AND EXPORT OF DRUGS IN KARAGANDA REGION

Author presents results of investigation on import and export of drugs in 2008, 2009.

А. К. Батралиева

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА ДӘРІ-ДӘРМЕКТІҢ ИМПОРТЫ МЕН ЭКСПОРТЫН АНЫҚТАУҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН МОНИТОРИНГ НӘТИЖЕСІНІҢ САРАПТАМАСЫ

2008-2009 жылдары Қарағанды облысында дәрі-дәрмектің импорты мен экспортының салыстырмалы мониторинг көрсеткіштері дәрі-дәрмек импортының төмендеуін көрсеткен. Дәрі-дәрмек экспортының төмендеуі облыс бойынша 22 пайыздан жоғары көрсеткішті құрайды.

Д. К. Рахимбекова

НОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Курс управления здравоохранением Алматинского государственного института усовершенствования врачей

Реализация социальной политики государства по охране здоровья населения в условиях рыночных экономических отношений связана с необходимостью изменения существующих подходов к управлению медицинскими организациями, с предоставлением им большей юридической и финансовой самостоятельности, возмещением всех понесенных затрат.

Нами были проанализированы отечественные современные правовые, нормативные и директивные документы, регламентирующие объемы медицинских услуг и механизмы финансирования здравоохранения Казахстана. Результаты показали, что использованы методы контент-анализа, информационно-аналитический, экономический.

В целом система финансирования как первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так и больничной, претерпела за годы реформ значительные изменения, однако на сегодняшний день перед государством стоит задача ее дальнейшего совершенствования путем предоставления дополнительных стимулов для поставщиков, чтобы эффективно предоставлять качественную помощь населению. Такая ориентация на результат деятельности будет способствовать развитию эффективного внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что, в свою очередь, повлияет на повышение качества оказываемых услуг, создание более эффективной организационной структуры поставщика и рациональное использование имеющихся ресурсов.

Внедрение новых методов финансирования, стимулирующих медицинские организации, может, во-первых, поддерживать взаимосвязь стимулов и возможностей организаций и быть направлена не только на результат, но и процесс, поскольку есть реальные и объективные различия в уровне развития, организационных формах поставщиков медицинских услуг (городские/сельские, СВА/поликлиники и т.д.).

Во-вторых, система финансирования должна включать гарантированные выплаты организациям на покрытие текущих расходов в рамках предоставления гарантированного объема медицинской помощи, а также и дополнительные стимулирующие выплаты за достигнутые (качественные) результаты работы. Так, согласно международному опыту, при финансировании ПМСП объем средств на стимулирующие выплаты может составлять 5-10% к общему бюджету. При этом, по крайней мере на первоначальном этапе, желательно, чтобы средства на стимулирующие выплаты были определены дополнительно к бюджету ПМСП (гарантированные выплаты на покрытие текущих расходов на оказание медицинской помощи).

Материально-технической базой хозяйственной деятельности медицинских организаций являются основные непроизводственные фонды. От их наличия, состояния и использования зависят объем и качество предоставляемых населению услуг и выполняемых работ. Поэтому Государственной программой реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг., в проектах Министерства здравоохранения по развитию здравоохранения на ближайшие 10 лет предусмотрено внедрение новых форм финансирования медицинских организаций, обеспечивающих экономическое стимулирование их деятельности, повышение эффективности используемых средств и обеспечение населения высокоэффективными современными медицинскими услугами. Особое внимание обращено на необходимость улучшения обеспеченности медицинских организаций современным диагностическим, лечебным оборудованием и медицинской техникой.

В условиях рынка стратегия развития объекта здравоохранения должна обеспечивать непрерывное повышение рентабельности и требуемый уровень финансовой устойчивости. Конечные финансовые результаты деятельности медицинской организации во многом предопределяются его экономическим потенциалом, то есть способностью производить и реализовывать новую медицинскую продукцию, современные медицинские технологии услуги. В целом экономический потенциал медицинской организации формируется под воздействием достаточно большого числа факторов внешней и внутренней среды, в том числе спроса на услуги, масштабы деятельности, организационно-технический уровень материальной базы, кадровый потенциал и т.д.

Результаты деятельности организаций (качество и эффективность) должны оцениваться через систему специально установленных индикаторов, соответствующих определенным критериям. Оценка индикаторов должна проводиться периодически и по итогам оценки должны начисляться и производиться выплаты организациям. Система индикаторов и их оценка должны быть связаны с системой мониторинга деятельности медицинской организации и информационными системами.

Таким образом, все медицинские организации, предоставляющие помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, будут входить в систему финансирования с элементами поощрительной оплаты за эффективное использование имеющихся ресурсов и результаты деятельности. Министерством здравоохранения может быть установлен определенный пакет индикаторов, отражающих приоритетные направления развития отдельных видов услуг и, соответственно, деятельности организа-

ций, через которые региональные органы управления здравоохранением могут производить оценку качества и эффективности деятельности организаций.

Анализ современных подходов к организации оплаты услуг медицинских организаций показал, что в основе этих изменений должен лежать переход к новым методологическим принципам финансирования организаций, ориентированным не на усредненные обезличенные показатели, а на конкретный конечный результат. Также важным является перевод всей системы построения управленческих взаимоотношений между органами управления и медицинскими организациями с так называемых «карательных» на «конструктивные» взаимоотношения.

Анализ и критическая оценка современной нормативной базы, тематический поиск результатов научных исследований, проведенных за последние 18 лет, в доступной нам литературе в бывшем СССР, странах СНГ и Казахстане, касающейся системы финансирования и оценки ее эффективности (приказы МЗ РК от 29.09.05г. № 490 «Об утверждении методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП»; от 17.11.04г. № 815 «Об утверждении правил оказания ГОБМП» (приложения 4 и 5); от 28.12.04г. № 898 «Об утверждении Правил осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в РК» и др.) показал, что методы оплаты медицинских услуг имеют большое значение для повышения эффективности использования ресурсов и качества оказываемых услуг.

ВЫВОДЫ

Положительными сторонами внедрения новых методов финансирования для региональных органов управления и медицинских организаций будут:

- прогонозируемость эффективности и рациональности расходов для фондодержателя;
- оценка обоснованности расходов самой медицинской организацией;
- формирование полной, достоверной медико-экономической информации о деятельности медицинской организации в рамках Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ);
- обеспечение эффективного управления ресурсами, качеством и видами услуг здравоохранения.

Исходя из реалий настоящего времени, когда в условиях распределения бюджетов республиканского и регионального уровней усиливается роль местных органов государственного управления по планированию социальной сферы и значение новых методов планирования, управления и финансирования здравоохранения, ориентированных на показатели территориально-демографического характера, внедрение современных методов финансового обеспечения медицинских организаций, прежде всего – в приоритетных сферах, таких как ПМСП, является не только актуальным, но и необходимым.

Поступила 24.06.10

D. K. Rakhimbekova

NEW MECHANISMS OF FINANCING MEDICAL ORGANIZATIONS

The estimation of operating mechanisms of medical organizations payment has shown necessity of transition to new methodological principles of financing organizations focused on a concrete final result of definite indicators. The transfer of administrative mutual relations between operated objects and operating systems from so-called ”punitive” to ”constructive” mutual relations is important.

Д. Қ. Рақымбекова

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫҢ ЖАҢА ТЕТІКТЕРІ

Дәрігерлік ұйымдардың қызметтерінің төлеуінің жұмыс істейтін тетіктерінің бағасы ұйымдардың қаржыландыруының нақтылы индикаторлар бойынша нақты шекті нәтиже бағдарланған жаңа әдістемелік қағидаларына өтудің қажеттілігін көрсетті. Басқарылатын нысандар мен бағдарлаушы жүйелердің арасындағы басқару арақатынастарын «жазалаушылықтан» басқарушы конструктивтік арақатынастарға көшіру маңызды болып табылады.

А. К. Батралиева, Б. М. Танагузова

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

ГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по Карагандинской области», ТОО «Карагандинский фармацевтический комплекс»

Для обеспечения независимости здравоохранения Республики Казахстан от импорта лекарственных препаратов необходима организация в стране производства собственных субстанций [5].

Анализ фармацевтических производств по ассортименту лекарственных средств в Республике Казахстан показал, что в республике в основном выпускаются галеновые лекарственные формы, а их ассортимент увеличивается за счет дешевых позиций [2]. По результатам исследований импорт лекарственных средств в Карагандинскую область за период 2006 – 2008 гг. составил 8 518 наименований на общую сумму 1 253 976 148 долларов США [1, 3].

В Государственном реестре Республики Казахстан на начало 2008 г. зарегистрировано 14 617 наименований лекарственных средств (10 568 регистрационных номеров). Казахстанская продукция представлена 1 746 наименованиями 122 отечественных производителей, 28 из которых занимаются выпуском перевязочных материалов, 10 – производят медицинское оборудование, 5 – комплектуют различные аптечки первой медицинской помощи, 5 – выпускают наборы реагентов для диагностики, 74 производителя заняты производством лекарственных средств, в том числе выпуском оригинальных препаратов.

По данным Государственного реестра Республики Казахстан, соотношение отечественной продукции к общему числу лекарственных средств составляет 11,95%, на Карагандинском рынке – 27,58%. Обеспеченность лекарственными средствами отечественного производства в Карагандинской области за период 2006 – 2008 гг. составила порядка 25% [4].

ГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК по Карагандинской области» осуществил мониторинг обеспеченности населения лекарственными средствами отечественного производства. Выявлено, что на территории Карагандинской области функционирует 1 286 объектов фармацевтической деятельности. Проанализирован ассортимент лекарственных средств, реализуемых на 12 оптовых организациях (табл. 1).

Для анализа детальной картины по обеспечению отечественными лекарственными средствами населения Карагандинской области проведен мониторинг с разделением ассортимента по группам лекарственные средства отечественного производства, изделия медицинского назначения отечественного производства и лекарственное растительное сырье отечественного производства (табл. 2, рис. 1).

По данным мониторинга, лекарственные средства отечественного производства составили 67,63% (2 420 наименований), лекарственное растительное сырье – 23,98% (1 245 наименова-

Таблица 1.

Анализ наличия лекарственных средств отечественного производства

Фирма	Общее количество наименований ЛС	Количество наименований ЛС отечественного производства	Наличие ЛС отечественного производства (%)
ТОО «Империя здоровья»	24	3	12,5
КФ ТОО «Эмити-Интернейшл»	1781	661	37,11
ПК «Pharm – News»	188	84	44,68
КФ ТОО «Стофарм»	2303	200	8,68
ТОО «Аманат»	2863	480	16,76
КФ ТПК «Логос»	1222	228	18,66
КФ ТОО «Медсервис – Плюс»	2036	634	31,14
ФК «Ромат»	1581	338	21,38
КФ АО «Интерфарма-К»	756	207	27,38
ТОО «Мак – Ил»	1583	402	25,39
ТОО «Инкар»	1385	246	17,76
СКГП ТОО «Медикус-Центр»	2776	529	19,06
В среднем за 2009 г.	–	–	22,37

Таблица 2.

Мониторинг ассортимента лекарственных средств отечественного производства

Фирма	Количество наименований ЛС отечественного производства		Количество наименований ИМН отечественного производства		Количество наименований ЛРС отечественного производства	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ТОО «Империя здоровья»	3	100	–	–	–	–
КФ ТОО «Эмити-Интернейшнл»	409	61,87	30	4,55	222	33,58
ПК «Pharm-News»	70	83,33	14	16,67	-	-
КФ ТОО «Стофарм»	166	83	13	6,5	21	10,5
ТОО «Аманат»	236	49,16	63	13,13	181	37,71
КФ ТПК «Логос»	203	89,04	25	10,96	-	-
КФ ТОО «Медсервис-Плюс»	339	53,47	38	5,99	257	40,54
ФК «Ромат»	149	44,08	32	9,47	157	46,45
КФ АО «Интерфарма-К»	130	62,80	7	3,38	70	33,82
ТОО «Мак – Ил»	228	56,72	30	7,46	144	35,82
ТОО «Инкар»	166	67,48	21	8,54	59	23,98
СКГП ТОО «Медикус-Центр»	321	60,68	74	13,99	134	25,33
Итого:	2420		347		1245	
В среднем:		67,63		8,39		23,98

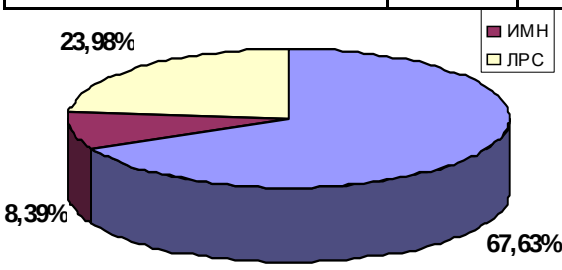


Рис. 1. Анализ наличия в оптовой аптечной сети лекарственных форм отечественного производства за 2009 г.

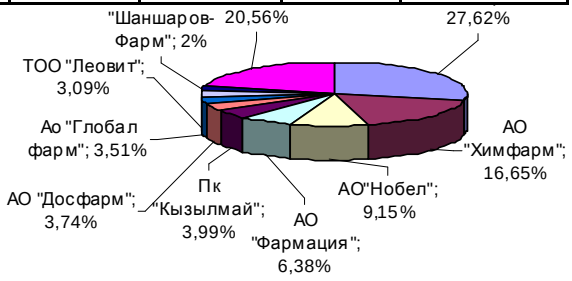


Рис. 2. Мониторинг долевого участия отечественного производителя на фармацевтическом рынке Карагандинской области за 2009 г.

ний), изделия медицинского назначения – 8,39% (347 наименований).

Мониторинг позволил определить долю отечественного производителя на фармацевтическом рынке Карагандинской области. Проанализировано поступление лекарственных средств отечественного производства в зависимости от фирм поставщиков. Наибольшее количество наименований ЛС поступает в Карагандинскую область от ТОО «Зерде» (27,62%), АО «Химфарм» (16,65%), АО «Нобел» (9,15%), АО «Фармация» (6,38%), ПК «Кызыл-май» (3,99%), ТОО «Досфарм» (3,74%), АО «Глобал фарм» (3,51%), ТОО «Леовит» (3,09%), ТОО «Шаншаров-Фарм» (1,87%) и др. (20,56%) (рис. 2).

Осуществлен сравнительный анализ наличия отечественных ЛС за 2008 – 2009 г. в Карагандинской области (рис. 3). Так, обеспеченность лекарственными средствами отечественного производства в 2009 г. по Карагандинской области составила 22,37%, что на 3,57% меньше по сравнению с 2008 г.

В 2009 г. наблюдается тенденция к увеличению объема ЛС отечественного производства на 5,48% и к уменьшению ассортимента изделий медицинского назначения на 2,27%, лекарственного растительного сырья на 10,78%.

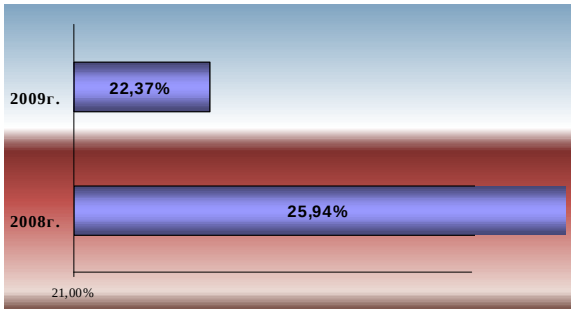


Рис. 3. Сравнительный анализ наличия отечественных лекарственных средств за 2008 – 2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ обеспечения лекарственными средствами отечественного производства по Карагандинской области /А. К. Батралиева, Б. М. Танагузова, Е. Г. Толоконников, С. М. Адекенов //Фарм. бюл. – 2009. – №9, 10. – С. 11 – 14.
2. Багирова В. Л. Внедрение концепции GMP при производстве лекарств для лечения больных социально-значимыми заболеваниями /В. Л. Багирова, Л. Г. Сатаева //Фарм. бюл. – 2007. – №3 – 4. – С. 13 – 14.
3. Батралиева А. К. Мониторинг обеспеченности лекарственными средствами отечественного производства по Карагандинской области за 2008 год //Фармация Казахстана:интеграция науки, образования и производства. – Шымкент, 2009. – С. 144 – 146.
4. Батралиева А. К. Мониторинг фармацевтических предприятий и маркетинг оригинальных отечественных фитопрепаратов: Автореф. дис. … канд. фарм. наук. – Караганда, 2009. – 22 с.
5. Пак Л. Ю. Проблемы фармацевтического производства в Республике Казахстан и пути их решения //Разработка, исследования и маркетинг новой фармацевтической продукции. – Пятигорск, 2007. – Вып. 62. – С. 690 – 691.

Поступила 19.07.10

A. K. Batraliyeva, B. M.Tanaguzova

MONITORING RESULTS ON SUPPLYING OF THE POPULATION OF THE KARAGANDA OBLAST BY MEDICAL PRODUCTION OF THE DOMESTIC MANUFACTURE.

According to the spent monitoring, the supplying by medical products of the domestic manufacture was equal to 22,37% around the Karaganda oblast in 2009 year that is less on 3, 57% in comparison with 2008 year.

А. К. Батралиева, Б. М. Танакөзова

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ТҰРҒЫЛЫҚТЫ ХАЛҚЫН ОТАНДЫҚ ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗДАНДЫРУ МОНИТОРИНГІНІҢ НӘТИЖЕСІ

Мониторингті жүргізу мәліметтері бойынша, 2009 жылы Қарағанды облысында отандық дәрі-дәрмекпен қамтамасыздандыру 22,37% құрады, ол 2008 жылға қарағанда 3,57%-ға кем болып табылады.

О. А. Потапова

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ РАНАМИ

ГККП «Рудненская городская детская больница»

Методы лазерной терапии в настоящее время привлекают все больше внимания клиницистов. Известен хороший эффект лазерного излучения низкой интенсивности при лечении ревматоидного артрита, трофических язв, заболеваний желудочно-кишечного тракта и др. [1, 2, 3].

Низкоэнергетическое лазерное излучение является неспецифическим биостимулятором репаративных и обменных процессов в различных тканях. Лазерное облучение ускоряет заживление ран. Это обусловлено улучшением локального кровотока и лимфооттока изменением клеточного состава раневого отделяемого в сторону увеличения количества эритроцитов и полинуклеаров, увеличением активности обменных процессов в ране, торможением перекисного окисления липидов, снижением бактериальной обсемененности.

При облучении пограничных тканей по краям раны наблюдается стимуляция пролиферации фибробластов. Кроме того, известно о бактерицидном эффекте лазерного излучения, связанного с его способностью вызывать деструкцию и разрыв оболочек микробной клетки. Активация гормонального и медиаторного звена общей адаптационной системы также является одним из механизмов стимуляции репаративных процессов.

Под влиянием лазерного изучения улучшается регенерация в нервной ткани, снижается импульсная активность болевых рецепторов. Наряду с уменьшением интерстициального отека и сдавливания нервных проводников это определяет болеутоляющие действия лазеротерапии.

В целом, наиболее выраженными эффектами лазеротерапии, возникающими преимущественно в месте воздействия, являются следующие: трофикорегенераторный, улучшающий микроциркуляцию, противовоспалительный, иммуностимулирующий, десенсибилизирующий, противоотечный, болеутоляющий. Простота проведения сеанса лазерного облучения, безопасность для обслуживающего медицинского персонала при строгом соблюдении санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров, отсутствие аллергических реакций у пациентов – все это позволило лазеротерапии получать все более широкое распространение среди немедикаментозных методов лечения хирургической патологии у детей, в частности инфицированных ран.

В поликлиническом отделении Рудненской городской детской больницы лазеротерапия в лечении инфицированных ран используется с 1991 г. Последние три года широко используем аппараты «Милта» и «Рикта», в которых, наряду с лазерным излучением, сочетается воздействие магнитного постоянного поля. Такое сочетание существенно увеличивает проникающую способность лазерного излучения, уменьшает его отражение на границе раздела тканей и улучшает поглощение, что приводит к повышению терапевтической эффективности при лечении инфицированных ран.

Как один из дополнительных методов лечения лазеротерапия была проведена 57 больным с инфицированными ранами различной локализации. Процедура проводилась по следующей методике: зона воздействия – область раны с захватом краев на 2-3 см влево, вправо, вверх и вниз; использовалась частота – с 1 по 4 сут – 1000 Гц, с 5 сут и до выздоровления – 50 Гц. Экспозиция в среднем составила 3-5 мин в зависимости от площади. Обработка проводилась на дистанции 0,5 см сканирующим методом. Обязательным условием перед проведением сеанса было снятие повязки, обработка раны.

У 99% детей, получавших лазеротерапию, отек тканей уменьшается после 2-3 процедур. Очищение раны и болевой симптом купировались после 3-4 процедур у 87% пролеченных больных. Курс лечения составил 10-15 процедур в зависимости от площади дефекта. Процедуры проводились ежедневно, после чего накладывались традиционные повязки. У детей, получавших лазеротерапию, в 34% случаев отмечалась негрубая деформация кожи в области дефекта и в 66% случаев деформация кожи отсутствовала.

Таким образом, основываясь на многолетнем опыте, мы можем рекомендовать лазеротерапию как преимущественный метод среди других немедикаментозных методов лечения инфицированных ран у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корепанов В. И. Низкоинтенсивная лазерная терапия в хирургии. – М., 1996. – 152 с.
2. Пономаренко Г. Н. Частная физиотерапия. – М., 2005. – 163 с.
3. Скобелкина О. К. Лазеры в хирургии. – М., 1989. – 94 с.

Поступила 17.03.10

O. A. Potapova

CLINICAL ANALYSIS OF LASERTHERAPY AFFICACY AT CHILDREN WITH INFECTIONS WOUNDS

The author shares his experience of successful use of laser radiation of low intensity in treatment of rheumatoid arthritis, trophic ulcers, diseases of gastrointestinal tract and so on low energetic laser radiation is not specific biostimulator of reparative and metabolic process ses in different tissues, accelerates wounds recovery that is stipulated by improvement of local blood flaw and lymps flow and lymph flow, increase of metabolic processes activity in wound, inhibition of peroxide ozidization of lipids, decrease of bacterial sawing.

О. А. Потапова

ЖҰҚПАЛЫ ЖАРАҚАТЫ БАР БАЛАЛАРҒА ЖАСАЛҒАН ЛАЗЕРОТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТАЛДАУЫ

Мақала авторы ревматоидтық артрит, трофикалық асқазан жарасы, асқазан-ішек және басқа да ауруларды емдеу барысындағы төменгі белсенділіктегі лазерлік сәулені табысты түрде қолданудың тәжірибесімен бөліседі. Төменгі энергетикалық лазерлік сәуле әртүрлі тіндердегі репаративтік және алмасу процестерінің спецификалық емес биостимуляторы болып табылады, жарақаттың жазылуын тездетеді, нәтижесінде жараның клетка құрамы өзгереді, жарақаттағы зат алмасу процестері артады, липидтердің қышқылдануы тежеледі, бактериялық тұқым шашылуы төмендейді.

З. Ш. Шукушева

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ТОО «Ердос» (Караганда)

Врожденные пороки развития центральной нервной системы плода по частоте встречаемости занимают одно из лидирующих мест в популяции, составляя от 10 до 30% от всех пороков развития, доминируя в их структуре.

По данным зарубежной литературы, частота врожденных поражений центральной нервной системы варьирует от 1-2 случаев на 1000 до 1 случая на 100 родов [3, 5].

Среди причин возникновения таких аномалий обычно выделяют различные хромосомные заболевания, вирусную инфекцию, экстрагенитальные заболевания у матери, тератогенное воздействие некоторых лекарств и наркотических веществ. Однако часто причина остается неизвестной. Некоторые врожденные пороки развития центральной нервной системы не совместимы с жизнью, другие аномалии приводят к тяжелым неврологическим нарушениям и инвалидности. В редких случаях аномалии центральной нервной системы подлежат внутриутробному лечению [1, 2, 4].

Кистозная гигрома представляет собой единичное или множественное образование, заполненное лимфой. Чаще всего возникает на задней поверхности шеи, имеет одну или несколько перегородок.

Приводим пример клинического случая врожденного порока развития плода (кистозная гигрома шейного отдела позвоночника, асцит, синдром задержки развития плода) в срок 18 нед. беременности.

История болезни №158, беременная А., 24 г., встала на учет по беременности в сроке 12-13 нед. по месту жительства (СВА «Вита»). Данная беременность первая, желанная. В сроке 9-10 нед. беременности находилась на стационарном лечении с диагнозом: беременность 9-10 нед., токсикоз средней степени тяжести, угроза прерывания беременности. Из анамнеза: менструальная функция без особенностей, половая жизнь с 20 лет, состоит в браке. Из перенесенных заболеваний: вирусный гепатит, полиноз.

При взятии на учет у беременной выявлена анемия (гемоглобин 112 г/л), в мазке на степень частоты – кольпит. 13 июля 2009 г. прове-

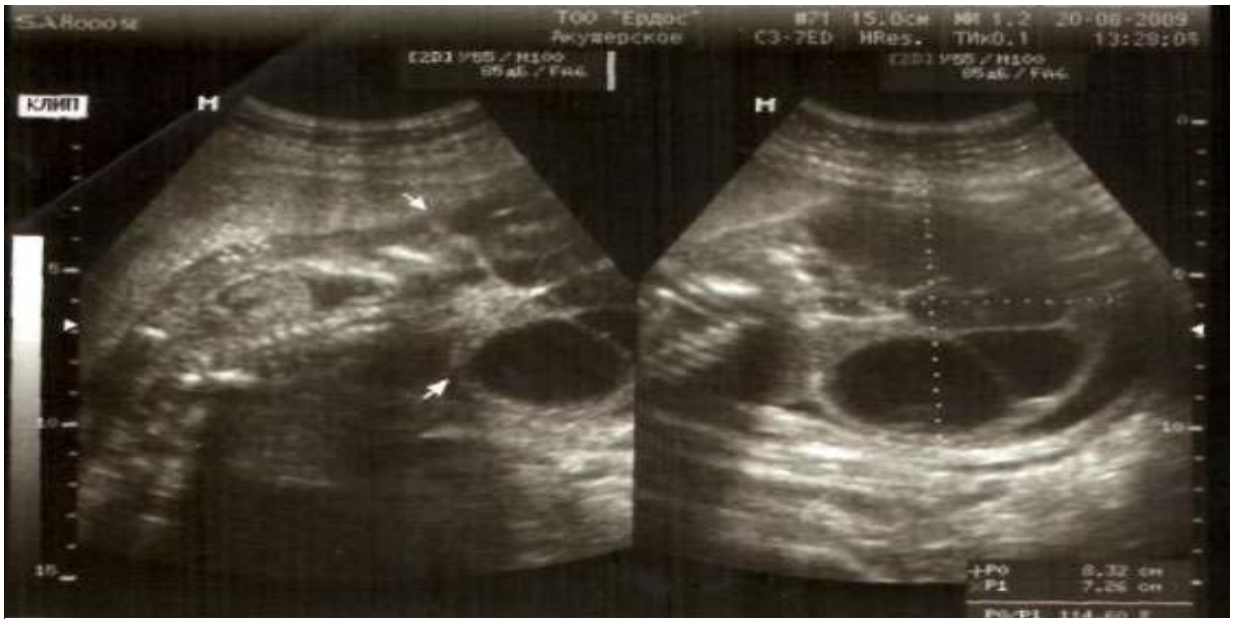


Рис. 1. Трансабдоминальное сканирование. Сечение на уровне шейного отдела позвоночника плода. Кистозное образование с внутренними перегородками

дено УЗИ. Заключение: беременность 13 нед., прогрессирующая, отмечено утолщение плаценты, частота сердечных сокращений плода 174 удара в мин. Беременная направлена на прием к акушеру-гинекологу. Назначен повторный осмотр в кабинете ультразвуковой диагностики через 8 сут. Пациентка на прием к врачу и повторное УЗИ не пришла (в амбулаторной карте отмечено, что беременная временно выбыла из города).

20 августа *2009 г. беременная повторно сделано УЗИ, выявлено наличие у плода многокамерного жидкостного образования в шейном отделе позвоночника, размером 6х7 см. Кровоток в образовании не регистрировался. В брюшной полости плода определялась свободная жидкость в небольшом количестве. Биометрические размеры плода не соответствовали сроку беременности. Заключение: беременность 18 нед., гипотрофия плода, врожденный порок развития плода (гигрома шейного отдела, асцит). Беременная направлена на контрольный осмотр в областной диагностический центр г. Караганды.*

21 августа 2009 г. осмотрена в отделении ультразвуковой диагностики областного диагностического центра. Заключение: беременность 18 нед. Кистозная гигрома шейного отдела позвоночника. Синдром задержки развития плода. Асцит.

Консультация генетика: показано прерывание беременности. 25 августа 2009 г. с согласия беременной произведено прерывание беременности. Диагноз верифицирован. При выписке состояние пациентки удовлетворительное. В последующем назначено обследование у генетика, терапевта, гинеколога.

Таким образом, своевременное ультразвуковое обследование пациенток в 1, 2 триместрах беременности позволяет определить подавляющее число макроскопически значимых структур мозга, диагностировать широкий спектр аномалий развития и заболеваний у плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Практическое руководство /А. Е. Волков – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – С. 121 – 148.
2. Митьков В. В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /В. В. Митьков, М. В. Медведев. – М., 1996. – 648 с.
3. Снайдерс Р. Дж. М. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода /Р. Дж. М. Снайдерс, К. Х. Николандес – М.: Видар, 1997. – С. 15 – 58.
4. Флейшер А. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика /А. Флейшер, Ф. Меннинг, Ф. Дженти, Р. Ромеро: пер с анг. – М. Изд дом Видар, 2004. – С. 12 – 19.
5. Хофер М. Ультразвуковая диагностика. Базовый курс /Матиас Хофер. – М.: Мед лит., 2006. – С. 67 – 72.

Поступила 22.04.10

Z. Shukusheva

CONGENITAL DEFECTS OF FETUS DEVELOPMENT IN THE SECOND TRIMESTER OF PRENANCY

The Ultrasound examination of gravidas in the first and in the second trimester of pregnancy makes to determine overwhelming quantity of microscopically important brain structures and to diagnose wide range of development abnormalities and diseases of fetus.

З. Ш. Шукушева

ЖҮКТІЛІКТІҢ ЕКІНШІ ТРИМЕСТРІНДЕГІ ҰРЫҚ ДАМУЫНЫҢ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРЫ

Жүкті әйелдерді бірінші және екінші триместерде уақытында ультрадыбыстық тексеру ұрық миының макроскопиялық маңызды құрылымының санын анықтауға, аурулардың даму аномалиясының кең таралуын талдауға мүмкіндік береді.

А. Ш. Зетов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СУПЕРРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

РГКП «Национальный центр проблем туберкулеза» МЗ РК, г. Алматы

Эффективность хирургических методов при деструктивных формах туберкулеза, по литературным данным, составляет 78-87,7% с летальностью до 8,2%. Высокая эффективность хирургического метода возможна при учитывании распространенности специфического процесса, наличия резистентности микобактерии туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, стойкой стабилизации туберкулезного процесса, функциональных и обменных нарушений в организме [1, 2].

В настоящее время эпидемиологическая обстановка в мире отягощается регистрацией больных с суперрезистентной формой туберкулеза легких, т.е. с наличием лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза не только к препаратам основного ряда, но и к препаратам второго ряда. В 2008 г. в 45 странах зафиксированы случаи суперрезистентного туберкулеза – практически не поддающейся лечению формы респираторного заболевания.

Хирургические методы лечения при таких формах туберкулеза, прежде всего, имеют проти-

воэпидемическое значение.

Проанализированы результаты хирургического лечения 23 больных с суперрезистентной формой туберкулеза легких. Лекарственная резистентность туберкулеза легких лабораторно подтверждена у всех больных.

Мужчин было 39,1%, женщин – 60,9%. По возрасту до 20 лет – 8,7%, 21-30 лет – 21,7%, 31 -40 лет – 52,1%, 41-50 лет – 17,4%.

Сельских было 30,4%, городских – 69,6% больных.

По признаку типирования – новый случай отмечен у 21,7% больных, т. е. это больные с первичной суперрезистентностью. Рецидивы были у 43,5% и неудача лечения – в 34,8% случаев.

По клиническим формам: большинство больных были с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких – 82,6% случаев (табл. 1).

Таблица 1.
Распределение больных по клиническим формам

Клинические формы	абс.	%
Фиброзно-кавернозный туберкулез	19	82,6
Туберкулома	2	8,7
Инфильтративный туберкулез	1	4,3
Пострезекционная эмпиема плевры	1	4,3
Всего	23	100

По длительности заболевания: до 1 г. страдали туберкулезом 34,8% больных, до 2 лет – 34,8%, до 3 лет – 21,7%, до 4 лет – 21,1%.

Инвалидами были 52,2% больных. Дыхательная недостаточность отмечалась в 74% случаев. Перед оперативным вмешательством результаты микроскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) у больных были положительными в 65,2% случаев, методом посева в 78,3% случаев.

Фибробронхоскопическое исследование выявило изменения в виде гнойного бронхита в 13% случаев, катарального эндобронхита в 30,4% и локального в 13%, атрофического эндобронхита в 8,7%, поражение специфическим процессом в 30,4% случаев.

Оперативные вмешательства были выполнены на различных сроках химиотерапии препаратами второго ряда (табл. 2).

Таблица 2.
Продолжительность химиотерапии перед проведением операции

Сроки химиотерапии	абс	%
3-4 мес.	2	8,7
5-6 мес.	6	26
7-10 мес.	6	26
11-15 мес.	4	17,4
16-22 мес.	5	21,7
Всего	23	100

Произведены различные по характеру оперативные вмешательства (табл. 3).

У 69,3% больных проведены операции резекционного характера, коллапсохирургические методы использованы в 26% случаев. Послеоперационные осложнения развились в виде эмпиемы плевры со свищом культи главного бронха после пневмонэктомии в 17,4% случаев, прогрессирование туберкулезного процесса после лобэктомии у 4,3% и трансстернальной трансперикардиальной окклюзии главного бронха у 4,3% больных, причиной которых явилась тотальная лекарственная резистентность. После торакомиопластики осложнений не было.

Следует отметить, что имеется связь между сроками лечения перед оперативным вмешательством и возникшими послеоперационными осложнениями в ближайший послеоперационный период. Частота осложнений на 7-10 мес. химиотерапии и 12-15 мес. лечения составили по 4,3%, в конце срока химиотерапии удельный вес осложнений составил 17,4%.

При микроскопическом и культуральном исследованиях резекционного материала на МБТ положительный результат отмечен в 60,8% случаев. В послеоперационный период бацилловы-

Таблица 3.
Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения

Характер операции	абс	%	Эмпиема со свищом		Прогрессирование туберкулеза	
Сегментарные резекции	3	13				
Лобэктомиии	6	26			1	4,3%
Пневмонэктомии	6	26	4	17,4%		
Комбинированные резекции	1	4,3				
Трансстернальная трансперикардиальная окклюзия главного бронха	1	4,3			1	4,3%
Торакомиопластика	6	26				
Всего	23	100				

деление сохранилось у 4 (17,4%) больных. По исходу «вылечен» удельный вес больных составил 47,8%, «неудача лечения» в 30,4% случаях и «умерли» 17,3% больных (табл. 4).

Таблица 4.
Исходы хирургического лечения

Исходы лечения	абс	%
Вылечен	11	47,8
Неудача лечения	7	30,4
Умер	5	17,3

Следует отметить, что благоприятный исход в большей степени (17,4%) достигнут после коллапсохирургических операций и после сегментарных резекций, проведенных по поводу ограниченных процессов, занимающих 1 сегмент (13,0%).

Умерли 5 больных после развития эмпиемы плевры со свищом и прогрессирования процесса в легких. В отдаленный период рецидив заболевания отмечен у 4,3% больных.

ВЫВОДЫ

Таким образом, применение хирургических методов лечения, направленных на улучшение эпидемиологической ситуации, позволило достигнуть эффективности в 47,8% случаев. При тотальной лекарственной устойчивости к микобактериям туберкулеза целесообразно применение коллапсохирургических методов лечения, приводящих к стабилизации туберкулезного процесса в легких и прекращению бактериовыделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Наумов В. Н. Хирургическая тактика в условиях современного течения туберкулеза /В. Н. Наумов, В. Г. Добкин, Н. Я. Шайхаев, К. В. Токаев //Материалы моск. конф. – М, 1997. – С. 96 – 97.
2. Репин Ю. М. Современные принципы и результаты хирургического лечения больных туберкулезом легких //X съезд фтизиатров: Тез. докл. – Киев, 1986. – С. 133 – 134.

A. Sh. Zetov

THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTRA-RESISTANT FORM OF PULMONARY TUBERCULOSIS

The effectiveness of surgical methods of treatment for patients with extra-resistant tuberculosis (XDR-TB) form constituted 47.8%. The implementation of surgical treatment methods of resection at XDR-TB is possible when tuberculosis processes are limited. At presence of total drug resistance of M. tuberculosis it is expedient to enlarge the indications for implementing collapse-surgical methods to stabilize the tuberculosis process in lungs and to stop TB bacilli excretion.

А. Ш. Зетов

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ СУПЕРРЕЗИСТЕНТТІ ТҮРІНЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ

Өкпе туберкулезінің суперрезистентті түріне шалдыққан науқастарды хирургиялық жолмен емдеудің тиімділігі 47,8% тең болып отыр. Туберкулездің супперрезистентті түрінің шектеулі үрдістерінде ғана хирургиялық жолмен емдеудің резекционды әдісі қолданылуы мүмкін. Туберкулез микобактериясының дәріге тұрақтылығы анықталған жағдайда көрсетілімнің мақсатына лайықты өкпе туберкулезінің үрдісін қалыпты жағдайға келтіру мен бактерия бөлінуді тоқтату мақсатында коллапсохирургиялық әдіс қолданылады.

У. С. Есенбекова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

КГКП Поликлиника №4 (Караганды)

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты заболевания раком шейки матки среди женщин репродуктивного возраста. По литературным данным, патология шейки матки встречается у каждой 7-10 женщины детородного возраста. Как известно, для развития любого заболевания должны быть причины и определенные условия. Так, для возникновения заболеваний шейки матки существуют факторы риска. К ним относятся: раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи и наличие инфекций, передающихся половым путем. Воспалительные процессы способствуют изменению структуры клеток слизистой влагалища и шейки матки. В дальнейшем эти изменения создают фон для развития предопухолевых состояний, а при отсутствии своевременного лечения – и более серьезных заболеваний шейки матки. Наиболее опасной в этом случае является папилломовирусная инфекция (ПВИ), которая в настоящее время получила широкое распространение среди населения [2, 4, 5].

По современным представлениям гормональный дисбаланс играет главенствующую роль в развитии патологии шейки матки, так как избыток одних гормонов и недостаток других влияет на клеточные структуры тканей, приводящих к разрушению здоровых клеток и формированию патологических. Это заболевания щитовидной железы, надпочечников, нарушения функции

яичников. В научных исследованиях обнаружено, что на фоне гиперпродукции эстрогенов отмечается перерождение доброкачественных изменений шейки матки в пограничные, а затем и злокачественные заболевания. По статистическим данным 25% женщин старше 35-40 лет страдают заболеваниями, которые сопровождаются повышенным уровнем эстрогенов. Это миома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия, различные формы мастопатий.

Следующей причиной возникновения патологии шейки матки является травма ее во время родов или инструментального аборта. Это связано с нарушением иннервации и трофики органа, что создает условия для дополнительного патологического разрастания тканей на месте травмы. Часто раковому процессу шейки матки предшествуют фоновые заболевания и предраковые процессы в шейке матки [1, 3].

Фоновыми называются заболевания и изменения влагалищной части шейки матки, которые способствуют возникновению и развитию рака шейки матки: псевдоэрозия (эндоцервикоз), эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия.

Предраковые заболевания шейки матки называют дисплазиями. Термин был утвержден на сессии ВОЗ в 1972 г. и является понятием морфологическим, т. е. такой диагноз может быть поставлен только в результате цитологического или гистологического исследования. Для дисплазии характерно нарушение созревания и дифференцировки клеток плоского многослойного эпителия, покрывающего шейку матки. При этом на разных уровнях многослойного плоского эпителия появляются базальные и парабазальные клетки с явлениями полиморфизма. Кроме того, для дисплазии характерны гиперплазия, гипертрофия, гиперхромия, повышение митотической активности, увеличение соотношения ядро – цитоплазма (ядерно-цитоплазматический индекс повышается до 0,7). В цервикальном канале при дисплазии отмечается выраженная гиперплазия резервных клеток.

По степени выраженности различают три основные формы дисплазии: легкую, среднюю и тяжелую. По классификации ВОЗ: ZIN I, ZIN II, ZIN III. При дисплазии легкой степени отмечается умеренная пролиферация эпителиальных клеток базальных и парабазальных слоев, при этом клетки сохраняют нормальное строение и полярность расположения. В отдельных клетках базального и парабазального слоев отмечаются явления дискариоза. При умеренной дисплазии патологический процесс захватывает от 1/2 до 2/3 толщины эпителиального пласта. Явления дискариоза наблюдаются во многих клетках, пролиферирующие клетки имеются во всех слоях эпителиального пласта. Для тяжелой дисплазии характерно беспорядочное расположение клеток базального и парабазального слоев, которые занимают почти всю толщу эпителия. Выражен гиперхроматоз ядер, ядра крупные, часто встречаются митозы. Явления дискариоза наблюдаются почти во всех слоях эпителиального покрова. Специфической клинической картины при дисплазии не существует. У половины больных вообще отсутствуют какие-либо жалобы, а у остальных симптоматика обусловлена сопутствующими гинекологическими заболеваниями. Визуально при осмотре в зеркалах и при кольпоскопии может выявляться так называемая атипичная слизистая оболочка, которая встречается от 3,5 до 16,2% от общего числа кольпоскопических исследований. При этом на слизистой оболочке шейки матки могут быть йоднегативные участки, различные варианты дискератоза (лейкоплакия, мозаика, пунктация). Чаще всего эти изменения наблюдаются при микоплазмозе, уреаплазмозе и бактериальных вагинозах. В результате лечения воспалительных заболеваний состояние слизистой оболочки шейки матки может изменяться, и одни элементы могут переходить в другие. При этом и диспластические процессы шейки матки могут становиться менее выраженными или совсем исчезать. В связи с этим допустима выжидательная тактика, наблюдение за динамикой процесса при дисплазии легкой и средней степени тяжести, для которых при консервативном лечении достаточно велика возможность регресса. При дисплазии тяжелой степени значительно увеличивается вероятность развития рака шейки матки, что требует активной тактики ведения пациенток с этой патологией. При этом недопустима выжидательная тактика с повторным положительным цитологическим исследованием мазков. Основной метод лечения при выраженной дисплазии - удаление шейки матки с последующим тщательным гистологическим исследованием полученного материала

Профилактика рака шейки матки представляет собой своевременное выявление и адекватное лечение фоновых и предраковых процессов, а также начальных форм рака шейки матки. Всемирный конгресс по патологии шейки матки и кольпоскопии в 1990 г. вынес резолюцию о том, что рак шейки матки полностью предотвратимое заболевание, если оно выявлено на стадии развития [2].

Проведено комплексное обследование 137 женщин с целью выявления фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, проведен сбор анамнеза, оценка общего состояния, осмотр шейки матки в зеркалах, ПАП скрининг, обследование на ВИЧ-инфекцию, кольпоскопия, цитологическое и бактериологическое исследование, бимануальное влагалищное исследование, прицельная биопсия, выскабливание слизистой канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

По результатам бакпосева, кольпоскопии, онкоцитологии, прицельной биопсии чаще всего встречается железистый эндоцервикоз с эпидермизацией различной стадии, в 10% случаев в

сочетании с эндометриозом, с наличием йоднегативных участков, с явлениями гиперкератоза, проявляющихся акантозом открытых протоков желез или наличием лейкоплакии. Эти изменения наблюдаются у пациенток в возрасте от 20 до 39 лет. Прицельная биопсия йоднегативных участков проведена всем, но гистологически атипия подтверждена в 12%. В 17 (12%) случаях обнаружен ZIN I. После проведенного противовоспалительного лечения состояние эпителия шейки матки нормализовалось у 15 больных. У 1 пациентки кольпоскопически заподозрена карцинома in situ, в другом случае рак шейки матки I-II степени, диагнозы подтверждены в онкодиспансере.

Нерожавшим больным с железистым эндоцервикозом в 3 случаях проведена химическая деструкция патологической ткани солковагином с отличным результатом. Простая деструкция – диатермоэлектрокоагуляция проведена у 37 больных (27%) под местной анестезией 10% лидокоином спреем. В 97 случаях (71%) проведена диатермоэлектроконизация (ДЭЭ) шейки матки. В течение 1 мес. всем больным проведен контроль регенерации ожоговой поверхности шейки матки и обработка пантенолом спреем. Пациенткам в течение 2 мес. рекомендовано ограничение физических нагрузок, половой покой. По истечению 2-3 мес. после деструкции всем больным проведена контрольная кольпоскопия, результат соответствует стадии заживления.

Таким образом, для снижения количества фоновых и предраковых заболеваний шейки матки необходимо:

- соблюдение интимной гигиены девочек;
- профилактика начала ранней половой жизни;
- профилактика инфекций, передающихся половым путем;
- профилактика абортов и родов до 18 лет;
- восстановление разрывов шейки матки после родов и абортов;
- добиться 100 % профилактических осмотров женского населения;
- улучшить диспансеризацию на акушерско-гинекологических участках;
- обучить всех участковых гинекологов методу кольпоскопии;
- улучшить цитологическое обследование женщин (ПАП-скрининг) после 40 лет;
- проводить разъяснительную работу среди женщин репродуктивного возраста по вопросу вакцинации четырехвалентной вакциной, особенно девушек, до начала половой жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихина И. А. Оптимизация диагностики и лечебных мероприятий у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий: Автореф: дис. … каед. мед. наук. – М., 1999. – 22 с.
2. Багаудова А. И. Радиохирургическое лечение псевдоэрозий шейки матки: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1999. – 23 с.
3. Прилепская В. Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции). – М.: МЕДпресс, 2000. – 432 с.
4. Родзинский В. Е. Безопасное материнство / В. Е. Родзинский, И. И. Костин //Акушерство и гинекология. –2007. – №5 – С. 12 – 16.
5. Серов В. Н. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов. Методическое пособие /В. Н. Серов, А. Л.Тихомиров. – М., 2002. – 24 с.

Поступила 02.06.10

U. S. Ysenbekova

TREATMENT EXPERIENCE OF NECK UTERUS BACKGROUND AND PRECANCER DISEASES

Tendency to increase of neck of uterus cancer disease frequency among women of reproductive age is marked at present. The factors of neck uterus background and precancer diseases risk are early beginning of sexual life, disorderly sexual connections, inflammatory processes. For early diagnostics of these diseases the following methods are used neck of uterus examination in mirrors, PAP screening, colposcopy, cytological and bacteriological investigation, bimanual vaginal investigation, target biopsy, abrasion at neck of uterus channel mucous with next histological investigation of brush cytology.

У. С. Есенбекова

ЖАТЫР МОЙНАҒЫНЫҢ ФОНДЫҚ ЖӘНЕ ҚАТЕРЛІ ІСІК АЛДЫ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Қазіргі уақытта өнімді жастағы әйелдердің арасында жатыр мойнағының қатерлі ісік ауруларының артуы байқалады. Жатыр мойнағының фондық және қатерлі ісік алды ауруларының қауіпті факторлары мыналар болып табылады: жыныстық қатынасты ерте бастау, бей-берекет жыныстық қатынастар, суық тию процестері. Бұл ауруларды ерте диагностикалау үшін келесі тәсілдер қолданылады: жатыр мойнағын айнамен қарау, ПАП скрининг, кольпоскопия, цитологиялық және бактериологиялық зерттеу, бимануалдық қынаптық зерттеу, нысаналы биопсия және басқа түрлер.

Д. А. Макишев

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

КГКП Областной центр травматологии и ортопедии им. проф. Х. Ж. Макажанова (Караганда)

Актуальными проблемами в травматологии являются вопросы лечения медиальных переломов шейки бедра у пациентов пожилого возраста. Среди переломов опорно-двигательного аппарата медиальные переломы шейки бедра составляют 17,5%, а среди переломов бедренной кости – 43%. Интерес к изучению данной проблемы обусловливает ряд причин: частота распространения травмы шейки, отсутствие адекватных методов терапии, высокая частота неудовлетворенных результатов лечения (90%) и высокие показатели летальных исходов, в особенности в пожилом возрасте, которые при консервативной терапии достигают 20%. Кроме того, неблагоприятные условия для сращения переломов шейки бедра зачастую связаны с анатомическими особенностями и трудностью иммобилизации. Общепринятые методы консервативного лечения: скелетное вытяжение и гипсовая тазобедренная повязка как самостоятельные методы лечения малоэффективны [1, 3, 7]. Длительный постельный режим у пожилых пациентов приводит к развитию застойной пневмонии, пролежней, тромбоэмболии, что и является основной причиной высокой летальности. Поэтому методы лечения, связанные с длительным обездвиживанием больного, в пожилом возрасте применяться не должны. Наиболее рациональным, по нашему мнению, является хирургическое лечение.

Существует множество методов оперативного лечения переломов шейки бедра, однако они не отвечают основным требованиям: не учитываются степень тяжести повреждения, индивидуальные особенности пожилого возраста, наличие старческого остеопороза, дегенеративно-дистрофические изменения в суставах, атрофия мышц, патологические изменения в сосудах, внутренних органах, так как большинство операций выполняются открытым методом.

Цель работы: отразить сложность медиальных переломов шейки бедра, особенно у лиц пожилого возраста, и эффективность результатов лечения в зависимости от оперативных методов лечения.

Работа основана на анализе историй болезни 42 пациентов с медиальными переломами шейки бедра, находившихся на стационарном лечении в Областном центре травматологии и ортопедии им. проф. Х. Ж. Макажанова с 2008 по 2010 гг. Всем 42 больным было проведено оперативное лечение. Возраст пациентов – от 60 до 85 лет. Мужчин было 19, женщин – 23. Все больные лечились оперативно методом закрытого остеосинтеза металлическими спонгиозными шурупами, оперированы были в сроки 3-7 сут после травмы, в течение которых проводилась коррекция сопутствующих соматических нарушений со стороны внутренних органов.

До операции больным выполнялась одномоментная ручная репозиции перелома шейки бедра по Летбеттеру, Смит-Петерсону под внутрисуставным новокаиновым обезболиванием с последующим наложением скелетного вытяжения за мыщелки бедра.

Операция проводилась методом закрытого остеосинтеза. Техника операции заключалась в следующем: конечность укрепляли на ортопедическом столе и под контролем ЭОП (электрооптического преобразователя) проводили закрытую репозицию отломков шейки бедра. При этом конечность оказывалась в положении легкой внутренней ротации, отведения в тазобедренном суставе. Наружно-боковым доступом в верхней трети бедра рассекались мягкие ткани продольным разрезом, длиной 3-5 см., обнажалась вертельная область. От подвертельной области строго горизонтально по направлению к центру головки чресшеечно проводили 2-3 спонгиозных шурупа. При этом фиксаторы упирались в наружный кортикальный слой шейки крупной резьбой, пройдя через спонгиозную толщу головки бедренной кости, компремируя саму головку. Изменяя угол введения спонгиозных шурупов, усиливали прочную фиксацию.

В послеоперационном периоде при точном сопоставлении отломков и стабильной их фиксации закрытым способом в сравнительно короткий срок происходило восстановление кровоснабжения проксимального отломка шейки за счет сосудов, формирующихся в реактивной зоне кости. В последующем гипсовая иммобилизации не требовалась, что создавало предпосылки к проведению санитарно-гигиенических мероприятий и не усугубляло имеющиеся явления легочно-сосудистой патологии, улучшало функцию внутренних органов.

Анализ исследований показал, что клиническое течение медиальных переломов шейки бедра у лиц пожилого возраста зависело от клинических проявлений и находилось в прямой зависимости от характера и степени тяжести повреждения шейки бедра, от степени смещения головки и от сопутствующих заболеваний.

Рентгенологические данные свидетельствовали о степени смещения перелома шейки бедра, причем выраженные изменения были характерны в зоне перелома для наиболее нагружаемого отдела перелома, с учетом степени остеопороза и изменения костных нарушений, от величины деформации и функциональных возможностей головки бедра, вследствие потери опоры. При разных видах повреждения шейки отчетливо проявлялась степень смещения головки (рис. 1-2).

В раннем послеоперационном периоде результаты лечения показали, что у 41 пациента

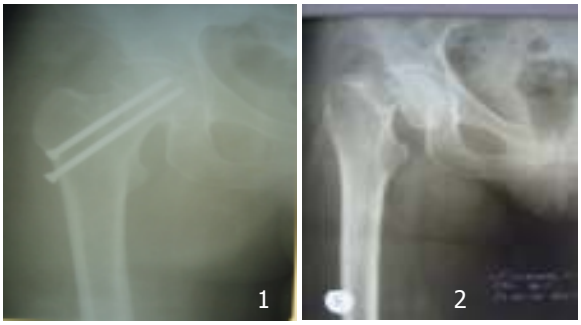


Рис. 1, 2. Больной Д. 71 г., до и после операции

имел место благоприятный исход, было достигнуто сращение отломков в сроки от 3 до 4 мес. с удовлетворительным восстановлением функции конечности. Лишь в одном случае имел место летальный исход, у больной М., 67 лет (тромбоэмболия).

Клинические наблюдения за больными с медиальным переломом шейки бедра подтверждают преимущество закрытого метода остеосинтеза металлическими спонгиозными шурупами в сравнении с существующими традиционными методами лечения.

Таким образом, лечение переломов шейки бедра у лиц пожилого возраста методом закрытого остеосинтеза поможет решить проблему неудовлетворительных исходов лечения и снизить летальность. Изучение клинико-рентгенологических особенностей при травмах шейки бедра необходимо для выбора тактики оперативного лечения и профилактики осложнений.

ВЫВОДЫ

1. У лиц пожилого возраста лечение переломов шейки бедра рекомендуется проводить методом закрытого остеосинтеза.

2. Применяемый метод остеосинтеза укорачивает сроки срастания отломков, исключает развитие послеоперационных осложнений (ложного сустава, аваскулярного некроза головки бедра).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л. Н. Остеосинтез металлическими пластинами /Л. Н. Анкин. – Киев: Здоровья, 1989. – 88 с.
2. Актуальные вопросы имплантологии и остеосинтеза: Сб. науч. тр. /Всерос. Науч.-Практ-Центр имплантантов с памятью формы; гл. ред. В. В.Котенко. – Новокузнецк, СПб.: ВНПЦ ИПФ. – 2002. – Ч. 4. – 176 с.
3. Барабаш А. П. Комбинированный напряженный остеосинтез /А. П. Барабаш, Л. Н. Соломин. – Благовещенск: Амур, Эско, 1992. – 52 с.
4. Гайворонский И. В. Клиническая анатомия черепа: Учеб. пос. для медвузов /ВМА РФ; И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – СПб: ЭЛБИ, СПб, 2006. – 50 с.
5. Девятов А. А. Чрескостный остеосинтез /А. А.Девятов; Под ред. В. В. Ремизова. – Кишинев: Штиинца, 1990. – 315 с.
6. Краснов А. Ф. Тактика травматолога в экстремальных ситуациях задачи и алгоритмы /А. Ф. Краснов, В .Ф. Мирошниченко. – Самара: СМИ, 1991. –230 с.
Остеосинтез переломов шейки бедренной кос-ти спице-стержневым фиксатором: Метод, реком / АГМА, НИИ травматологии и ортопедии. –Астана, 2002. – 12 с.

D. A. Makishev

THE TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES PATIENTS OF ELDER AGE

Clinical observations of author's article after elder patients with medical fracture of temporal neck confirms advantages of closing method of osteosynthesis by metal spongios screws in comparison with existing methods of treatment.

Д. А. Мақышев

ҚАРТАҢ ТАРТҚАН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ЖАМБАС СҮЙЕГІ СЫНЫҒЫН ЕМДЕУ

Мақала авторының қартаң тартқан пациенттердегі жамбас сүйегінің медиальдық сынығын клиникалық бақылауы емдеудің қолданымдағы тәсілдеріне қарағанда металл спонгиозды шұрыптармен остеосинтездің жабық тәсілінің артықшылығын бекіткен.

А. С. Алиев

ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Тайыншинская ЦРБ СКО

Трудность диагностики травм печени связана с тяжестью состояния пострадавших, шоком, тяжелой кровопотерей, нередко алкогольным или наркотическим опьянением. От скорости установления диагноза и проведения операции зависит жизнь пострадавшего.

По данным статистических исследований, механическое повреждение печени составляет 3-4% всех травм, а среди повреждений органов живота занимает II-III место. Наиболее часто поражаются III-IV, V, VI сегменты. На диафрагмальной поверхности печени различные виды повреждений были выявлены у 75,8%, на висцеральной поверхности – у 29,7% раненых [1].

Причиной повреждений печени у 34,4% пострадавших была автодорожная травма. У 20,6% – падение с высоты, у 14,6% – бытовая травма. Различают 6 типов повреждений печени: I – субкапсульные внутрипеченочные гематомы

II – разрывы паренхимы печени по периферии
III – множественные разрывы обеих долей печени
IV – центральные разрывы печени (полные и неполные) с локализацией в основном в области IV сегмента
V – повреждения приводящих и отводящих структур (сосудов, желчных протоков)
VI – фрагментация органа

Основные клинические формы повреждений печени: геморрагический и перитонеальный [1].

Диагностика открытых повреждений печени не представляет большого труда – локализация раны в зоне проекции органа, клиническая картина кровотечения с соответствующими изменениями параметров гемодинамики и лабораторных показателей дают возможность большинству пациентов поставить точный диагноз. Большую сложность для диагностики представляют закрытые повреждения. В таких ситуациях эффективны УЗИ живота, пункция брюшной полости с применением методики шарящего катетера и лапароскопия. Сонография является особенно ценным методом благодаря неинвазивности, высокой чувствительности, возможности распознавания подкапсульных разрывов органа при отсутствии внутреннего кровотечения [2].

Основным методом лечения механических повреждений печени является экстренная операция, которая включает первичную обработку раны печени, остановку кровотечения, ушивание раны и дренирование поддиафрагмального и подпеченочного пространства. Применяются гемостатические швы (П – образный, блоковидный и др.) и тампонада сальником на ножке [1].

Показанием к лапаротомии при закрытой травме живота является клиника гематоперитонеума. Операционный доступ может включать торакофренолапаротомию (пересечение реберной дуги и диафрагмотомию) [3, 4, 5].

Приводим наше наблюдение.

Больной Э. 18 лет, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении Тайыншинской центральной районной больницы с 24.08.2009 по 14.09.2009 г. с клиническим диагнозом: Сочетанная травма. Тупая травма живота. Разрыв печени. Внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени. Закрытый перелом со смещением правой ключицы. Травматический и геморрагический шок 3 степени.

Травма в ДТП, 2 часа назад до госпитализации в ЦРБ на поле перевернулся на мотоцикле.

Общее состояние больного тяжелое, обусловленное травматическим и геморрагическим шоком. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в мин., слабого наполнения. Артериальное давление 80/40 мм рт. ст.

Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный. Симптом Щеткина – Блюмберга положительный. При перкуссии – притупление в отлогих местах.

Локально: контур правой ключицы деформирован, отечный. При пальпации болезненный, определяется патологическая подвижность, крепитация. После предоперационной подготовки сделано оперативное вмешательство.

Операция: торакофренолапоротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание разрыва печени, санация, трубочное дренирование брюшной и плевральной полости.

Верхнесрединным разрезом вскрыта брюшная полость. В брюшной полости кровь со сгустками в количестве 3000,0 мл. Кровь удалена, брюшная полость осушена (учитывая наличия сгустков крови не удается провести реинфузию крови). При ревизии: имеется обширный разрыв диафрагмальной поверхности печени. Из раны печени обильное кровотечение. Рана тампонирована. Через срединный разрез не удается произвести наложение швов. Для доступа сделан разрез по 9 межреберью, торакофренотомия (пересечение реберной дуги и выполнения диафрагмотомии). Проведена ревизия раны печени. Рана на диафрагмальной поверхности печени обширная, с ушибленными краями неправильной формы, длиной до 10,0 см глубиной 5,0 см. Рана на печени ушита непрерывно кетгутом, с захватом дна раны. Наложены дополнительные восьмиобразные швы. Кровотечение остановлено. Брюшная полость осушена. Плевральная полость дренирована в VII межреберье. В малый таз и в подпеченочное пространство подведены дренажные трубки. Торакотомный и лапоротомный разрезы послойно ушиты.

Послеоперационный диагноз: Тупая травма живота. Травматический разрыв диафрагмальной поверхности печени (II тип – разрывы паренхимы печени по периферии). Внутрибрюшное кровотечение тяжелой степени. Геморрагический шок 3 степени.

Течение послеоперационного периода тяжелое. Больному проведено интенсивно-трансфузионное лечение, переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы, повторно проводили контроль УЗИ печени с целью исключения послеоперационных осложнений. После проведенного лечения общее состояние больного улучшилось, в удовлетворительном состоянии он выписан на амбулаторное лечение.

Таким образом, своевременная госпитализация в ближайший стационар, адекватная кратковременная предоперационная подготовка, быстро выполненное оперативное вмешательство, адекватный доступ к печени, надежный гемостаз повреждения печени, дренирование брюшной и плевральной полости, проведенное интенсивное лечение, динамический контроль лабораторных показателей, УЗИ органов брюшной полости и печени позволили избежать осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков Ю. В. Повреждение печени /Ю. В. Бирюков, О. В. Волков, С. Г. Рой //Хирургия. –

Журн. им. Н.И. Пирогова. – 1997. – №2. – С. 24 – 26.
2. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени //Л. Г. Борисов, К. Г. Кубачев, Н.Д. Мухиддинов и др. //Вестник хирургии. – 2007. – №4. – С. 35 – 39.
3. Долинин В. А. Операции при ранениях и травмах /В. А. Долинин, Н. П. Бисенков. – М.: Медицина, 1972. – С. 134 – 137.
4. Диагностика и хирургическое лечение повреждений печени //Р. Н. Чирков, В. Я. Васютков, Ю. А. Шабанов и др. //Хирургия. – Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2006. – №4. – С. 42 – 45.
5. Кованов В. В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – М.: Медицина, 1985. – С. 323 – 326.
6. Лохвицкий С. В. Травма печени мирного времени /С. В. Лохвицкий, Б. А. Бегежанов //Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – №3. – С. 195 – 197.

Поступила 07.06.10

A. S. Aliyev

TREATMENT OF LIVER RUPTURE IN THE CONDICTIONS OF DISTRICT HOSPITAL

The actuality of liver injury is stipulated by latentness complication in diagnostics is connected with patient's state severity who suffered by shock, severe blood hemorrhage, sometimes alcohol or marcotic drunkenness. The victim's depends on velocity of diagnosis determination and operation conduction. Detailed operation description was presented.

А. С. Алиев

АУДАНДЫҚ АУРУХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАУЫРДЫҢ ЖАРЫЛУЫН ЕМДЕУ

Бауыр зақымдануының маңыздылығы диагностикалаудағы жасырындылығына, күрделілігіне, сол сияқты көпқұрылымды асқынулардың дамуына байланысты. Жарақаттың бұл түрі ауыр абдоминалды зақымдануға жатады. Бауыр жарақаты диагностикасының қиындығы зардап шегушілердің жағдайының ауырлығына, шокқа, көп мөлшерде қан жоғалтуына, кей ретте алкогольдік және наркотикалық мас күйде болуына байланысты болып келеді. Зардап шегушінің өмірі диагнозды қоюдың және операция өткізудің жылдамдығына байланысты. Операцияның толық суреттелуі ұсынылған.

У. С. Есенбекова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

КГКП «Поликлиника №4 г. Караганды»

Проблема профилактики хромосомных и наследственных болезней остается актуальной для практической медицины во всем мире. Так, среди причин перинатальной и младенческой смертности врожденные пороки развития (ВПР) и хромосомные аномалии занимают II-III место. Более 40% спонтанных абортов и около 7% мертворождений обусловлены хромосомными аберрациями, а среди причин перинатальной и неонатальной заболеваемости 30% приходится на долю врожденных пороков развития и наследственных заболеваний. Чаще всего наблюдаются пороки развития сердечно-сосудистой системы (дефекты перегородок сердца, открытый артериальный проток, стеноз легочной артерии), костно -мышечной системы (расщелина верхней губы, амелия – полное отсутствие конечностей, полидактилия, синдактилия), мочеполовой системы (атрезия пищевода, ануса, незавершенный поворот кишечника) [2, 3, 4].

Основное назначение пренатальной диагностики (ПД) – отбор групп женщин высокого риска для дальнейшего углубленного наблюдения. Показания для пренатальной диагностики: возраст старше 35 лет; наличие 2 и более самопроизвольных абортов на ранних сроках беременности; наличие в семье ребенка или плода от предыдущей беременности с болезнью Дауна, другими хромосомными болезнями, множественными пороками развития; применение перед или на ранних сроках развития беременности фармакологических препаратов; перенесенные вирусные инфекции (гепатит, краснуха, токсоплазмоз и др.); облучение кого-нибудь из супругов до зачатия.

Методы, применяемые в пренатальной диагностике, разделяют на непрямые, когда объектом является сама беременная женщина, и прямые, когда исследуется сам плод. Основное назначение непрямых методов – отбор групп женщин высокого риска для дальнейшего углубленного наблюдения. Кроме того, важная роль принадлежит акушерско-гинекологическому осмотру и бактериологическим исследованиям на скрытые инфекции. Исследование маркерных эмбриональных белков в сыворотке крови матери, таких как а-фетопротеин (АФП) и хорионический гонадотропин (ХГ) в 16-20 нед. [1, 4].

Наиболее распространенным и самым эффективным прямым неинвазивным методом является УЗИ, которое обязательно должна пройти беременная в сроки 10-12 и 20-22 нед. Эхографическими маркерами хромосомной патологии в I триместре являются: воротниковый отек (ширина воротникового пространства более 2,5 мм), кистозная гигрома шеи, неиммунная водянка плода. К инвазивным методам относятся: биопсия хорио-

на на сроках 10-11 нед.; амниоцентез и кордоцентез, когда исследуется кусочек плаценты или пуповинная кровь соответственно. Оба метода позволяют диагностировать болезни, связанные с изменением количества и качества хромосом, генные болезни. Материалы, полученные при использовании всех выше перечисленных методов, направляют на цитогенетическое, биохимическое, молекулярно-генетическое исследования.

Цель данного исследования – выявить частоту встречаемости ВПР и оценить значимость различных факторов риска рождения ребенка с ВПР. В основную группу вошли женщины, у которых имело место рождение ребенка с ВПР в анамнезе, состоящих в 2008 г. на учете в КГКП «Поликлиника №4 г. Караганды», всего 37 случаев (группа риска). В структуре экстрагенитальной патологии превалировали заболевания мочевыделительной системы – у 28 (76%). Кольпит во время беременности наблюдался у 30 (81%) женщин. Осложнения беременности выявлены у 32 (86%): многоводие – 25, маловодие – 4, задержка внутриутробного развития плода – 7.

Во время беременности впервые была проведена УЗИ-диагностика в сроке 10-14 нед. проведено у 25 беременных (67%); свыше 20 нед. – у 8 беременных (22%); 30-34 нед. – у 4 (11%). Средний возраст женщин составил 25 лет, 7 женщин были моложе 20 лет и 12 – старше 30 лет. Консультацию генетика получили 35 беременных (94%). Трем из них предложено прерывание беременности по медицинским показаниям, от которого они отказались. На прерывание по медицинским показаниям было направлено 6 беременных, до 14 нед. – 3 беременных: по поводу дефекта черепной коробки у плода – 1 случай, 2 случай – с незаращением дужек позвоночника, 3 случай – по поводу гидроцефалии.

В сроке 21-22 нед. прерваны беременности у 3 пациенток: в 2 случаях – гидроцефалия, и в 1 случае множественные пороки ЖКТ с наличием асцита у плода.

Родилось доношенных детей – 31, недоношенных – 6. Средняя масса тела доношенных детей составила 3200 г., недоношенных – 2100 г. Гипотрофия разной степени при рождении наблюдалась у 11 (30%) детей. Структура врожденной патологии: врожденные пороки сердца – 3, ВПР костно-суставной системы – 7, мочеполовой системы – 6, сосудистой системы – 3, ЦНС – 7, атрезия отделов ЖКТ – 3, пороки развития слухового анализатора – 1, болезнь Дауна – 1. Трое детей имели множественные пороки развития и дали смертность в раннем неонатальном периоде: в 1 случае беременная по квоте была госпитализирована в перинатальный центр г. Астаны, где проведено кесарево сечение. У ребенка была атрезия кишечника и множество других пороков; во 2 случае – ребенок с ВПС «синий порок»; в 3 случае – множественные пороки развития, и особенно со стороны ЖКТ.

Сравнительный анализ показал, что чаще ВПР встречались у мальчиков (65%), такие как врожденные пороки развития мочеполовой системы, атрезия ЖКТ, множественные пороки развития. У девочек (35%) чаще выявлялись врожденные пороки сердца, плоско-вальгусная стопа.

Таким образом, социальная значимость профилактики наследственной и врожденной патологии в современном обществе приобретает все большее значение, поскольку возникает тенденция к сохранению часто единственной беременности любой ценой и любыми методами. Тем не менее, следует помнить, что не существует метода, позволяющего окончательно решить проблему дородового выявления наследственных и хромосомных болезней и дать окончательное заключение о здоровье будущего ребенка, оно все же носит вероятностный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко Н. П. Проблемы перинатальной психологии //Медико-психологические аспекты современной перинатологии. – М., 2003. – С. 24 – 27.
2. Национальная политика охраны репродуктивного здоровья населения Республики Казахстан. – Алматы, 2000. – С. 3 – 24.
3. Родзинский В. Е. Безопасное материнство / В. Е. Родзинский, И. И. Костин //Акушерство и гинекология. – 2007. – №5 – С. 12 – 16.
4. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности /М. Энкин, М. Кейрс, М. Ренфрью. – СПб., 2004 . – С. 437 – 441.

Поступила 02.06.10

U. S. Yesenbekova

EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL FETUS DEVELOPMENT DEFORMITY

Problem of chromosome and inherited diseases is actual for practical medicine in all world. Methods used in prenatal diagnostics are devided into indirect when the object is pregnant woman (selection of high risk women group, definition AFP and CG), and direct when fetus is investigated (USI, chorion biopsy, amniocentesis and cordocentesis). Majority of CDD is met at boys.

У. С. Есенбекова

ЖАТЫРДАҒЫ ҰРЫҚ ДАМУЫНЫҢ ТУА БІТКЕН АҚАУЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Хромосомдық және тұқым қуалаушылық аурулар профилактикасының проблемасы бүкіл әлемдегі практикалық медицинаның маңызды мәселесі болып табылады. Пренатальды диагностикада қолданылатын тәсілдер тікелей және тікелей емес болып бөлінеді, бұл ретте бірінші топта жүкті әйел бақылануышы объект болып табылады (жоғары қатерлі топтағы әйелдерді іріктеу, АФП және ХГ анықтау), ал тікелей топта жатырдағы ұрықтың өзі зерттеледі (УЗИ, хорион бипсиясы, амниоцентез және кордоцентез). Туа біткен ақаудың көбісі ұл балаларда кездеседі.

А. С. Алиев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Тайыншинская ЦРБ СКО

Хирургическое лечение прямой кишки является одной из актуальных проблем, так как связано с большим числом осложнений, высокой летальностью. Большую часть пострадавших составляют лица трудоспособного возраста, что говорит о высокой социальной значимости данной проблемы.

Причинами повреждения прямой кишки являются чаще колото-резаные раны, реже – закрытая травма живота, огнестрельные раны, перелом костей таза, повреждения инородными телами. Случаются разрывы прямой кишки от воздействия сжатым воздухом, а также разрывы прямой кишки во время родов [1]. Классификация повреждений прямой кишки по А. М. Аминеву:

I. По характеру повреждения – открытые, закрытые.

II. По этиологии повреждения прямой кишки делятся:

- при ранениях промежности и ягодичной областей, брюшной стенки;
- нанесенное острым твердым предметом по типу "падения на кол";
- при медицинских манипуляциях (очистительные клизмы, ректороманоскопия, термометрия, удаление полипов);
- при переломах костей таза;
- при операциях на соседних органах;
- от воздействия сжатым воздухом;
- при половых сношениях;
- повреждения инородными телами;
- спонтанные разрывы прямой кишки;
- разрывы прямой кишки во время родов.

III. По отношению к брюшине:

1. Внутрибрюшинные: а) простые; б) с повреждением соседних органов.
2. Внебрюшинные: а) простые; б) с повреждением окружающих органов; в) с повреждением сфинктерного аппарата.

IV. По глубине повреждения:

1. Повреждения слизистой оболочки прямой кишки с подслизистой гематомой.
2. Повреждения всех слоев прямой кишки [2, 4].

Клиника зависит от локализации повреждений. Так, при повреждении внутрибрюшного отдела прямой кишки развивается клиника перитонита, при полных внебрюшинных разрывах – клиника тазовой флегмоны.

Лечение:

1. При внутрибрюшинных повреждениях

Раны и разрывы прямой кишки ушивают двухрядными швами. По показаниям – выключение прямой кишки из пассажа с помощью двуствольной сигмостомы. При огнестрельных ранениях, размозжении стенки кишки проводится резекция кишки. Дистальный конец ушивается наглухо, а проксимальный выводится на брюшную стенку в виде одноствольной колостомы (операция типа Гартмана).

2. Повреждения внебрюшинной части прямой кишки

При повреждениях со сроком давности не более суток ушивают рану прямой кишки. С помощью ректального зеркала делается дивульсия ануса, что позволяет ушить рану прямой кишки на расстоянии до 12 см от края ануса.

Операцию завершают дренированием тазовой клетчатки и формированием двуствольной сигмостомы из мини-доступа [2, 4].

При повреждениях прямой кишки с давностью более 1 сут могут развиваться гнойные осложнения в виде тазовых флегмон и парапроктитов, поэтому действия хирурга включают двуствольную сигмостому, вскрываются и дренируются абсцессы и флегмоны параректальной клетчатки, при возможности – ушивание стенки прямой кишки. Если стенку ушить не удается, операция заключается только в дренировании параректальной клетчатки.

3. Повреждения слизистой оболочки прямой кишки и анального канала

Проводится ушивание слизистой оболочки прямой кишки или анального канала кетгутом. После операции необходима задержка стула на 2 -3 сут, по показаниям проводят дренирование параректальной клетчатки.

При повреждении сфинктерного аппарата проводится первичная сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика. Если хирург не владеет методиками пластик сфинктера, они выполняются в плановом порядке после заживления раны.

При выраженном разрушении анального канала (огнестрельные ранения, перелом костей таза) показано выключение прямой кишки путем наложения двуствольной сигмостомы.

При повреждении анального канала с дав-

ностью более суток ушивание раны не рекомендуется. Накладывают только гемостатические швы. После туалета раны дренирут параректальную клетчатку [1, 3].

В Тайыншинской ЦРБ в 2009 г с травмой прямой кишки оперированы 2 больных.

Больной А. 22 лет 03/02/2009 госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом : Колото-проникающая рана промежности с повреждением мочевого пузыря и прямой кишки. Поступил с жалобами на сильные боли в животе, боли в промежности, отсутствие самостоятельного мочеиспускания. Со слов больного травма бытовая: за 3 ч до поступления в ЦРБ упал с крыши своего дома высотой около 4 м. При падении промежностью воткнулся в остроконечный деревянный столб ("падение на кол".)

При поступлении общее состояние больного тяжелое, обусловленное клиникой мочевого перитонита. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Самостоятельного диуреза нет.

Проведена катетеризация мочевого пузыря. По катетеру выделилось около 50 мл мочи со сгустками крови. При ректальном осмотре на перчатке кровь. Локально: в области промежности справа от анального кольца имеется зияющая с ушиблено-рваными краями рана 5.0 Х 3, см, рана умеренно кровоточит. Больному после кратковременной предоперационной подготовки сделана лапаротомия, ушивание мочевого пузыря, наложена двуствольная сигмостома по Майдлю (создана «шпора», которая препятствует попаданию кала в отводящее колено), сделана первичная хирургическая обработка раны прямой кишки через расширенный анус, дренирование параректальной клетчатки.

Течение послеоперационного периода благоприятное. Через 3 мес больной госпитализирован для планового оперативного лечения. Под внутривенным наркозом проведена операция – закрытие сигмостомы. Течение послеоперационного периода благоприятное. Исход заболевания – выздоровление.

Больная В. 32 лет, с 16.09.2009 по 28.09.2009 г находилась на стационарном лечении ЦРБ с диагнозом: инфицированное сквозное ушиблено-рваное ранение стенки влагалища и прямой кишки. С её слов 4 дня назад по пути домой ночью больная была изнасилована. Объективно: Общее состояние больной удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. АД 130/ 100 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в мин. Локально: на передней стенке прямой кишки на 6-7 см выше анального кольца имеется повреждение длиной до 4 см, сообщающееся с влагалищем. Больной после кратковременной предоперационной подготовки в операционной под внутривенным наркозом проведена операция – первичная хирургическая обработка раны, наводящие швы, выключение прямой кишки наложением двуствольной сигмостомы. Течение послеоперационного периода благоприятное. Заживление раны промежности в течение недели с первичным натяжением. Сигмостома функционирует. Выписана на амбулаторное лечение.

01.12.2009 больная госпитализирована в хирургическое отделение ЦРБ на плановое оперативное лечение. 03.12.2009 под внутривенным наркозом сделана операция – закрытие сигмостомы. Исход заболевания - выздоровление.

Наши наблюдения подтверждают выводы о том, что при повреждениях нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала целесообразно выключение прямой кишки формированием двуствольной сигмостомы по Майдлю с созданием «шпоры».

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. Руководство по проктологии. – Куйбышев, 1975. – Т. 1. – 232 с.
2. Бальтайтис Ю. В. Хирургическая тактика при травме толстой кишки /Ю. В. Бальтайтис, В. Н. Мальцев, В. Б. Короленко //Вестн. хирургии. – 1993. – №1. – С. 49 – 52.
3. Лохвицкий С. В. Ошибки и осложнения при лечении внебрюшинных повреждений прямой кишки /С. В Лохвицкий, В. В. Дарвин, Н. Р. Абушахманов //Весн. хирургии. – 1985. – №4. – С. 123 – 125.
4. Шапошников Ю. Г. Повреждение живота /Ю. Г. Шапошников, Е. А. Решетников, Т. А. Михопулос. – М.: Медицина, 1986. – 253 с.

Поступила 07.06.10

A. S. Aliyev

THE SURGICAL TREATMENT OF RECTUM INJURES

The surgical treatment of rectum injures is one of actual problems, as it is connected with large quantity of complications high level of lethality. The majority of victims are persons of working ability age says about high social significance of the problem. The author describes the peculiarities of rectum injures treatment and gives two his observations.

А. С. Алиев

ТІК ІШЕКТІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Тік ішектің зақымдалуын хирургиялық емдеу маңызды мәселенің бірі болып табылады, себебі ол асқынулардың үлкен санымен, өлім-жітімнің үлкен деңгейімен байланысты. Зардап шегушілердің басым бөлігін еңбек жасындағы адамдар құрайды, бұл осы мәселенің үлкен әлеуметтік маңызын көрсетеді. Автор тік ішек зақымдалуын емдеудің ерекшеліктерін суреттеген және өз тәжірибесінен екі бақылауды келтірген.

Н. С. Селезнева

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ ВКО

Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом (Усть-Каменогорск)

ВИЧ представляет собой серьезную угрозу для всех, а особенно для здоровья осужденных и создает большие проблемы для руководства пенитенцитарной системы, а также здравоохранения. Осужденные остаются частью общества в целом, а это означает, что угроза ВИЧ является общей: как для здоровья осужденных, так и всего населения, поэтому нужны скоординированные действия.

Как и с любым инфекционным заболеванием, в интересах здоровья населения очень важным является сбор сведений, касающихся лиц, инфицированных ВИЧ. Эти сведения имеют важное значение для разработки эффективных профилактических программ в системе исправительных учреждений [1, 2].

В апреле 2009 г. был проведен текущий ЭН (эпидемиологический надзор) среди осужденных ИУ ВКО в период с 7 по 27 апреля. Количество респондентов ЭН – 500 осужденных в пяти исправительных учреждениях (4 мужских и 1 женское).

Цель эпидемиологического надзора за ВИЧ -инфекцией среди осужденных: изучение распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С (ВГ С), сифилиса, факторов рискованного поведения осужденных для разработки и внедрения эффективных профилактических программ и оценки их результативности.

Задачи эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди осужденных заключались в оценке распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса; в оценке моделей поведения, их распространенности и факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ-инфекцией, ВГС, сифилисом во время отбывания наказания в исправительных учреждениях области.

Критерии отбора респондентов: лица, находившиеся в местах лишения свободы не менее 6 мес. Методология: проводилось анонимное, добровольное анкетирование с забором крови методом «сухой капли» на фильтровальную тест-карту. В анкетах осужденным предлагалось ответить на вопрос об употреблении наркотиков и частоту вступления в гомосексуальные связи. Капиллярная кровь тестирована на ВИЧ, гепатит С и сифилис после анкетирования. Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА. Скрининговый этап проводился с использованием тест-систем российского производства (на ВИЧ «УниБест»). Экспертный этап – с использованием экспертных тест-систем «Murex». Полученные данные представлены в табл. 1.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных в 2009 г. составила 4,0% при среднем республиканском показателе 2,6% [3]. Среди заключенных мужчин показатель распространенности выше (4,2%), чем среди женщин – (0%) (для сравнения по РК: мужчины – 2,4%, женщины – 6,5%).

Распространенность ВИЧ среди осужденных мужчин младше 25 лет составила 3,8% (РК – 1,4%), 25 лет и старше – 4,1% (РК – 3,1%). Наблюдается более высокая распространенность ВИЧ-инфекции в колонии строгого режима, где отбывают срок рецидивисты (ОВ 156/2) – 13%.

Распространенность ВГС среди осужденных в 2009 г. составила 54,2% (РК – 43,3%). Этот показатель выше среди мужчин – 54,6%, чем среди женщин – 45% и выше среди заключенных старше 25-летнего возраста – 56,2%, чем среди респондентов моложе 25 лет – 48,5%. Распространенность сифилиса в 2009 г. ниже, чем в 2008 г., она составила 4,6% (РК – 11,3%). Показатель ниже среди заключенных мужчин – 4,6%, чем среди женщин – 5%, и выше среди заключенных старше 25-летнего возраста – 5,1%, чем среди респондентов моложе 25 лет – 3,1%.

По результатам анонимного анкетирования установлено: 47,2% респондентов отметили, что половина осужденных, находясь в местах лишения свободы, употребляют наркотики внутривенно, при этом 36,4% используют общие шприцы. 50% респондентов утверждают, что осужденные вступают в половые связи с другими осужденными и только 61% из них используют презервативы. Только 35,4% (124/350) опрошенных всегда используют средства защиты при по-

Таблица 1.

Удельный вес ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С и сифилиса среди осужденных разных ИУ по результатам ЭН 2009 г.

ИУ	Число обследованных	ВИЧ (%)	ВГ С (%)	Сифилис (%)
ОВ 156/2	100	13,0	58,0	2,0
ОВ 156/3	130	1,5	62,3	3,1
ОВ 156/14	130	0,8	43,1	10,8
ОВ 156/15	120	3,3	55,8	1,7
ОВ 156/21	20	0	45,0	5,0
Всего	500	4,0	54,2	4,6

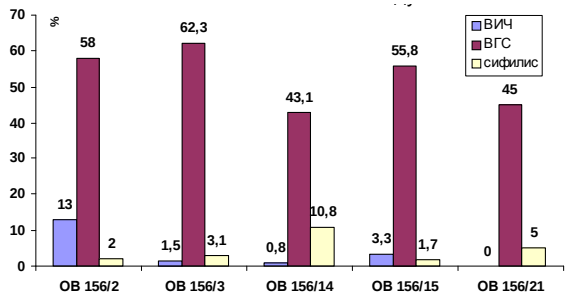


Рис. 1. Распространенность ВИЧ, ВГС и сифилиса в колониях ВКО в 2009 году

ловых связях. При свидании с женами использовали презервативы 33,1% (60/181) респондентов. У 6,6% опрошенных (33/500) в течение последних 6 месяцев наблюдались симптомы ИППП, 78,8% (26/33) из них обратились за помощью в медицинские части ИУ.

Проведя необходимые анализы и подводя итоги проделанной работе, пришли к выводу, что в пенитенциарной системе области необходимо создать комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение заражений, связанных с небезопасным поведением людей. Необходимо выработать у личного состава и осужденных навыков безопасного поведения, улучшать мотивацию к здоровому образу жизни как в ИУ, так и после освобождения. Важно также привлечь администрацию ИУ к активному участию в профилактических мероприятиях, проводимых в исправительных учреждениях.

ВЫВОДЫ

1. В исправительных учреждениях Восточно-Казахстанской области отмечается высокий процент лиц с ВИЧ-инфекцией.

2. Ведущий путь передачи ВИЧ-инфекции – парентеральный, через инъекционное употребление наркотиков.

3. ВИЧ-инфекция распространяется также половым, гомосексуальным путем.

4. Распространенность вирусного гепатита С дополнительно свидетельствует о рискованных поведенческих факторах осужденных (употребление наркотиков внутривенно).

5. В связи с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и гепатита С необходимо усиление превентивных мер среди осужденных исправительных учреждений ВКО для предупреждения дальнейшего распространения ВИЧ/СПИД.

6. В связи с тем, что ранее разработанные противоэпидемические мероприятия в пенитенциарной системе не показали своей результативности, необходимо внедрить в учреждениях пункты по обмену шприцев, как это практикуется среди гражданского населения Республики Казахстан и как это рекомендует ВОЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулова Г. Н. «Масштабы ВИЧ-инфекции в мире и ЮКО», вестник Южноказахстанской медакадемии. – 2009. – 132 с.

2. Оспанова К. Б. Эпидемиологические особенности и пути передачи ВИЧ-инфекции в г. Темиртау Карагандинской области //Актуальные проблемы здравоохранения Карагандинской области. – 2003. – С. 82 – 84.

3. Сулейменова Г. Р. Организация эпидемиологического надзора и профилактика ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики внутривенным путём, на примере г. Алматы // Автореф.: дис. …канд. мед. наук. – 2003. – 112 с.

Поступила 08.06.10

N. S. Selezneva

EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION IN PENITENTIARY SYSTEM OF EAST KAZAKHSTAN REGION

Author of the article analysis totals of conducted current epidemiological supervision among convicts, serving sentences in corrective institutions of East Kazakhstan region (EKR). Study of spreading VIM infection, virus hepatitis C, syphilis among convicts of EKR by way of voluntary anonym anonymous questionnairing for making up effective preventive programs on VIM infection in penitentiary system was conducted.

Н. С. Селезнева

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ПЕНИТЕНЦИАРЛЫҚ ЖҮЙЕСІН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ

Мақала авторы Шығыс Қазақстан облысының еңбекпен түзеу мекемелерінде жазаларын өтеп жүрген сотталғандар арасында өткізілген ағымдағы эпидемиологиялық қадағалаудың қорытындыларына талдау жасаған. Сотталғандардың арасында ВИЧ-инфекцияның, С вирусты гепатитінің, сифилистің таралуына ерікті анкеталау жолымен зерттеу жүргізілген, оның нәтижелері Шығыс Қазақстан облысының пенитенциарлық жүйесінде ВИЧ-жұқпаның алдын алу бойынша тиімді алдын алу шараларын қабылдауға мүмкіндік береді.

А. С. Жумакаева

ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ НОВОРОЖДЕННОГО

КГКП «Областная детская клиническая больница» (Караганда)

Аплазия кожи очаговая – порок развития, характеризующийся очаговым дефектом кожи, встречается частотой 1 случай на 10 000. Может сочетаться с аплазией глубже расположенных тканей (в частности, с различными формами дистрофий – незакрытия эмбриональных щелей). Аплазия кожи является результатом фетопатии, возникающей при воздействии различных неблагоприятных факторов (вирусная, бактериальная инфекции, интоксикация, внутриматочная или родовая травма и др.). Возможны наследственные формы аплазии с аутосомно-доминантным или рецессивным типом наследования. Описаны случаи хромосомных аномалий (трисомия по 13 паре, делеция короткого плеча 4 хромосомы).

Различают несколько видов аплазии кожи в зависимости от наиболее частой ее локализации. Аплазия кожи врожденная Андерсона-Нови (Кемпбелла синдром) – аплазия кожи черепа. Характеризуется дефектом кожи (до 10 см в диаметре) мембранозного или буллезного характера, локализующимся обычно в теменной области, реже в затылочной и задней аурикулярной областях. В 70% случаев очаг аплазии одиночный, однако возможно формирование 2-3 очагов поражения. Мембранозные очаги обычно округлые, лишены кожи, подлежащих тканей (включая костную) и покрыты тонкой эпителиальной мембраной. Гистологически в области мембранозного дефекта обнаруживают компактный коллаген с уменьшением количества эластических волокон, придатки кожи отсутствуют. Возможны признаки воспаления, некроза. Буллезные поражения выявляют обычно у плодов; у новорожденного на месте пузыря сформирован уже язвенный дефект, который в течение нескольких недель заживает с образованием атрофического рубца, в зоне которого волосы не растут (рубцовая алопеция).

Врожденная аплазия кожи черепа может сочетаться с врожденной гидроцефалией, гемангиомами, поликистозом почек, менингоцеле, расщеплением неба, микрофтальмией, буллезным эпидермолизом и др. Возможны осложнения в виде присоединения вторичной инфекции, менингита (при сообщении кожного дефекта с корой мозга), кровотечения из сагиттального синуса.

Аплазия кожи Девинка – врожденная аплазия кожи черепа, туловища или конечностей. Характеризуется участками, лишенными кожи, затянутыми тонкой мембраной, через которую хорошо различимы подлежащие органы и ткани. Возможно сочетание с дефектом развития в виде отсутствия конечностей. Аплазия кожи Фрейда – ограниченная аплазия кожи средней линии тела или (симметричная) конечностей. Дефекты кожи носят язвенный характер, медленно заживают с образованием рубца. Аплазия кожи Барта характеризуется множественными язвенными дефектами в области родничка, конечностей, слизистых оболочек. В настоящее время рассматривается как вариант буллезного эпидермолиза. Диагноз основывается на клинической картине. Дифференциальный диагноз проводят с механическими повреждениями (во время родов), буллезным эпидермолизом, врожденным сифилисом [6].

В работе представлен клинический случай врожденной аплазии кожи у новорожденного, который пролечен в отделении патологии новорожденных ОДКБ г. Караганды.

Ребенок переведен в экстренном порядке из Балхаша на 20 сут жизни с диагнозом: врожденный порок развития кожи, подкожной клетчатки в виде очагово-диффузной аплазии. Врожденная гидроцефалия.

Из анамнеза: мальчик родился от 5 беременности, 3 родов. От беременностей в 1991 г., 1996 г. родились здоровые дети – мальчики; в 2002 г. в сроке 25 нед. – «замершая» беременность, в 2008 г. в сроке 15 нед. произошел самопроизвольный выкидыш.

Во время настоящей беременности длительно принимала Дюфостон, во второй половине беременности УЗИ без патологии. В крови матери на ВУИ выявлены вирус краснухи и цитомегаловирусы. Во время беременности ознобы, легкая анемия. Роды в сроке 41 нед., кесарово сечение, родился весом 2400 г, рост 46 см. Закричал ребенок сразу. Родился ребенок с аплазией кожи верхних конечностей, спины, живота, нижних конечностей до мышц. 20 сут жизни находился на лечении в реанимационном отделении детской больницы г. Балхаша.

При поступлении ребенок стонет. На коже очаги аплазии с грануляционным краем на спине, бедрах, голени, выраженная бледность, истонченность кожи на животе, просвечиваются элементы сосудов (рис. 1, 2, 3). Широко расставленные соски. По внутренним органам без особенностей. Окружность головы 34,5 см, большой родничок 4,5х4,0 см. Фиксирует взгляд, гипотония, гипорефлексия.

Обследование: в общем анализе крови – анемия средней степени тяжести (Hb – 94 г/л), лейкоцитоз (20,4х10^9), палочкоядерный сдвиг (П – 18%), моноцитоз (М – 31%). Биохимические анализы крови в пределах допустимой нормы, результаты ИФА на ВУИ отрицательные. В общем анализе мочи умеренная протеинурия до 0,15 г/л.

Заключение НСГ: аномалия развития желудочковой системы. Врожденная гидроцефалия слева. Выраженное гипоксическое повреждение. Заключение окулиста: ангиопатия сетчатки.

Ребенок консультирован профессором К. А. Кенжебаевой заключение: врожденная аплазия кожи, подкожно жировой клечатки. Врожденные пороки развития желудочков мозга – гидро-



Рис. 1. Врожденная аплазия кожи у новорожденного до лечения



Рис. 2. Врожденная аплазия кожи у новорожденного во время лечения



Рис. 3. Результаты лечения врожденной аплазии кожи

цефальный синдром. Не исключается, что изменения в ЦНС связаны с ВУИ, изменение в кожных покровах как следствие ВУИ. Протеинурия возможна вследствие распада ткани, всасывания токсичных продуктов. Явных данных для диагностики сепсиса пока нет.

В отделении проведено лечение: кормился смесью Пре – Хумана; получал витамин Е, витамин А, внутримышечно цеф III, эфепим по 10 дней, актиферрин, свечи виферона. Пораженные участки кожи смазывалась маслом чайного дерева и ланолиновой мазью. Применялся биоптрон на области дефекта кожи №20.

На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика:

25 день жизни – сохраняются очаги аплазии кожи на спине, бедрах, голени, раны кровоточат, мокнут, на бедрах справа видны фасции;

30 – сохраняются очаги аплазии кожи на спине, бедрах, голени, по краям – грануляционная ткань, келлоидные рубцы, резкая болезненность;

35 – раны эпителизируются, участки аплазии на голени;

40 – идет хорошая эпителизация кожи: эпителизированные участки на левом колене, на голени затягиваются, на спине кожа практически эпителизировалась. Для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях выписан домой.

Лечение направлено на предотвращение осложнения процесса бактериальной флорой (использованы антибиотики); наружно – эпителизирующие и дезинфицирующие средства.

Таким образом, пациент с довольно редким заболеванием – очаговая аплазия кожи с положительным эффектом пролечен в отделении патологии новорожденных ОДКБ г. Караганды. Причиной развития очаговой аплазии кожи ребенка явился не наследственный фактор, а результат фетопатии при воздействии вируса краснухи и цитомегаловируса матери.

Поступила 22.06.10

A. S. Zhumakayeva

INFANT'S CONGENITAL CUTANEOUS APLASIA

Clinical case with rare disease infant's congenital cutaneous aplasia was described. The reason of aplasia development on author's opinion was not inherited factor, but effect of rubella virus and mother's cytomegalovirus.

А. С. Жұмақаева

ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕ ТЕРІСІНІҢ ТУА БІТКЕН АПЛАЗИЯСЫ

Сирек кездесетін аурудың клиникалық түрі – жаңа туған нәресте терісінің туа біткен ошақты аплазиясы сипатталған. Автордың пікірі бойынша, аплазия дамуының себебі тұқым қуалаушылық фактор емес, сәби анасының қызамық вирусы мен цитомегаловирус әсері болып табылады.

Г. А. Аманжолова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПАТИЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

КГКП «Детская больница» (Балхаш)

Вирусный гепатит относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний в детском возрасте [3, 4]. По частоте возникновения он уступает лишь острым респираторным вирусным инфекциям (ОРВИ) и острым желудочно-кишечным инфекциям (ОКИ). Поэтому вполне понятен тот повышенный интерес, который проявляют к проблеме вирусного гепатита у детей. Кроме того, общепризнанно, что назначать лекарственные препараты при вирусном гепатите необходимо с большой осторожностью. Однако негативное отношение к полипрагмазии не исключает возможности избирательного назначения некоторых лекарственных препаратов, особенно с целью проведения патогенетической терапии [1, 2, 5].

По нашему мнению, при гепатите перспективным и патогенетически оправданным является применение орнитин аспартата (гепатил), который превращает токсический аммиак в нетоксичную мочевину и выводит её с мочой, то есть действует целенаправленно.

Орнитин относится к группе гепатопротекторов, его действие связано с участием в цикле мочевинообразования и ускорением процесса обезвреживания токсических продуктов в клетках печени и увеличения выведения аммиака, оказывающего токсическое действие на центральную нервную систему. Клинические испытания подтвердили эффективность препарата при лечении гепатита и жирового перерождения печени, а также в качестве вспомогательного лечения при нарушениях функций печени различного происхождения: вирусной, лекарственной, токсической этиологии.

Целью работы явилось изучение влияния препарата гепатил на клиническое состояние и биохимические показатели в крови у больных с вирусным гепатитом А.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 53 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет с диагнозом: вирусный гепатит А, желтушная форма средней степени тяжести. Все больные дети в зависимости от вида лечения были разделены на 2 группы: I группу (группа контроля) составили 28 детей, которые получали традиционную базисную терапию. II группу (основную) составили 25 детей, которые наряду с базисной терапией получали гепатил из расчета 150 мг 2 раза в сут в течение 10 сут через рот.

Эффективность лечения оценивалась путем сопоставления динамики клинических и биохимических показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Градацию симптомов интоксикации осуществляли по выраженности лихорадки, слабости, снижения аппетита, сонливости, вялости, а степень тяжести – по биохимическим показателям (гиперферментемия, гипербилирубинемия).

Преджелтушный период вирусного гепатита А характеризовался вялостью – у 49 больных (92,4%), тошнотой – у 42 (79,2%), рвотой – у 17 (32,1%), чувством боли и тяжести в правом подреберье – у 43 (81,1%). У всех исследуемых больных – 100% отмечалась гепатомегалия.

Исследование биохимических проб печени показало, что основным синдромом был синдром цитолиза, который характеризовался гиперферментемией – аланинаминотрансферазы (АлАТ) до 1156,2±12,7 мкм/л, аспартатаминотрансферазы (АсАТ) до 839,4±9,3 мкм/л., наблюдающийся у 100% обследованных. Средние показатели общего билирубина составили 85,4±5,1мкм/л.

В результате лечения гепатилом у всех больных второй группы отмечен положительный клинический эффект. Отмечалось более быстрое улучшение субъективного состояния, нормализация сна, купирование диспепсических явлений и общей слабости, исчезновение болей в правом подреберье наблюдали уже на 4,7 день лечения. Отчетливое клиническое улучшение было достигнуто у 100% больных.

В то время как в I группе на фоне базисной терапии симптомы интоксикации сохранялись у 57,2% больных, диспепсические проявления в виде тошноты отмечались у 23,7% больных, боли в правом подреберье были выражены у 35,4% больных. Клиническое улучшение к 5 сут базисной терапии было всего лишь у 49,8% больных.

У 80% больных II группы к концу 3 нед. от начала лечения отмечалась полная нормализация размеров печени, в I – лишь у 25%. У остальных больных II группы – 5 человек (20%) и у 12 детей I группы (42,9%) – сохранялась незначительная гепатомегалия до 1,0 см. ниже реберного края. Выраженная гепатомегалия – до 3,0 см. ниже реберной дуги, сохранялась только у пациентов I группы 32,1%.

Кроме того, оценку эффективности действия препарата проводили на основании динамики биохимических показателей функционирования печени. Изменения биохимических критериев крови у больных с вирусным гепатитом в результате лечения гепатилом отражено в табл. 1.

Биохимические показатели у больных II группы приходили в норму в более короткие сроки, чем у детей I группы. Так, общий билирубин у больных I группы нормализовался к 19-20 сут от момента госпитализации

Во II группе показатель общего билирубина пришел в норму в среднем к 12-13 сут.

Показатель АлАТ у больных II группы пришел в норму к 18-19 сут, по сравнению с кон-

Таблица 1.

Динамика биохимических показателей до и после проведенного лечения

Биохимические показатели	I группа		II группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий билирубин	85,4±5,1	42,7±3,4	87,5±4,2	17,2±2,3
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	1156,2±12,7	567,6±9,2	1231,7±11,4	163,2±5,5
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	839,4±9,3	324,1±6,5	917,1±8,4	115,4±4,3

трольной группой, у которой показатель АлАТ нормализовался к 21-22 сут.

Переносимость препарата гепатил во всех случаях была хорошей. Побочных действий не наблюдалось ни у одного больного.

Таким образом, во второй группе больных динамика клинических и биохимических показателей происходила в более короткие сроки, что подтверждает высокую эффективность препарата гепатил.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбаков В. В. Острые вирусные гепатиты // Практический врач. – 2001. – №17. – С. 6 – 10.
2. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: Москва, 2004. – 824 с.
3. Учайкин В. Ф.,. Вирусные гепатиты от А до TTV /В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, Т. В. Чередниченко. – М., 2003. – 431 с.
4. Тимченко В. Н. Инфекционные болезни у детей. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 607 с.
5. Ющук Н. Д.. Инфекционные болезни: национальное руководство / Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1056 с.

G. A. Amanzholova

USE OF HEPATIL IN COMPLEX THERAPY OF VIRUS HEPATITIS

53 children at the age of 3-14 years with diagnosis virus hepatitis A, icteric form of middle severity rate were under observation. Positive clinical dynamics on the background of hepatil hepatoprotector use at patients with virus hepatitis A was defined and proved by our investigations.

Г. А. Аманжолова

ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕРДІҢ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯСЫНА ГЕПАТИЛДІ ҚОЛДАНУ ТУРАЛЫ

3 жастан бастап 14 жасқа дейінгі балалар ішінен 53 бала А вирусты гепатиті, сарғаю формасы, орташа ауыр дәрежелі диагнозымен бақылауда болды. Біздің тексерулеріміз бойынша А вирусты гепатитімен науқастарға гепатопротектор – гепатилді қолдануда клиникалық динамикасы фонында позитивті екені анықталды және дәлелденді.

**Н. О. Мусин, Э. Н. Мусин, Т. И. Цой,
Г. Ж. Жазбаева, Г. Е. Сембекова**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ

Курс реаниматологии Карагандинского государственного медицинского университета
(Караганда)

В настоящее время в мировой практике накоплен достаточный опыт использования ларингеальных масок в анестезиологии. Однако еще не все анестезиологи овладели методом установки ларингеальной маски для обеспечения проходимости дыхательных путей. Не вдаваясь в подробности истории создания ларингеальных масок, можно сказать, что их успешное внедрение началось с 1988 г.

Современная ларингеальная маска представляет собой трубку, внешне напоминающую интубационную, к которой подсоединен полый баллончик, по форме напоминающий надувную лодку. Баллончик многоразовой ларингеальной маски изготовлен из латекса, покрытого силиконом. Одноразовая ларингеальная маска изготовлена из термопластичного нетоксичного поливинилпирролидона.

Кроме применения во время операций и анестезий ларингеальная маска может использоваться при различных лечебных и диагностических процедурах для сохранения проходимости дыхательных путей, особенно у детей (МРТ-исследование, рентгенконтрастное, фиброскопия и т.д.). Через ларингеальную маску можно интубировать трахею при трудной или неудачной интубации [1, 2].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности использования ларингеальной маски во время наркоза.

В задачи исследования входило: 1) выбор оптимального метода введения ларингеальной маски; 2) оценка эффективности ларингеальной маски при ортопедо-травматологических операциях у взрослых; 3) оценка эффективности ларингеальной маски при нейрохирургических операциях у детей; 4) определить возможности про-

ведения ИВЛ через ларингеальную маску.

Начиная с 2004 г., в нашей клинике применяется ларингеальная маска во время анестезии. Всего проведено 18 анестезий с использованием ларингеальной маски у взрослых пациентов в возрасте от 16 до 64 лет при операциях ортопедо-травматологического профиля (остеосинтез при переломах ключицы, плеча, предплечья, голени). За этот период проведены анестезии с использованием ларингеальной маски у 35 детей в возрасте от 2 мес. до 5 лет по поводу врожденной гидроцефалии (вентрикулоперитонеальное шунтирование – 15 больных), кисты головного мозга – 3, черепно- и спинномозговой грыжи – 6, краниостенозе – 4, внутричерепных гидром и гематом – 5, ревизии вентрикулоперитонеального шунта – 1, вправлении костных отломков при вдавленном переломе черепа – 1.

Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) через ларингеальную маску использовали у 6 взрослых и 4 детей при удалении опухолей головного мозга.

Установка ларингеальной маски, как у взрослых, так и у детей нами осуществлялась на основе общепринятых рекомендаций. Сравнивая различные способы установки ларингеальной маски, мы пришли к выводу, что оптимальной, на наш взгляд, является методика «лицом к лицу», когда врач, стоя над больным, держит ларингеальную маску как перо дугой кверху и вводит её по траектории, повторяющей изгиб неба до упора «лодочки» в гипофаринкс с расчетом на то, что манжетка будет упираться вверху в корень языка, по бокам в грушевидные синусы и внизу в верхний пищеводный сфинктер. После раздувания манжетки в случае успеха надгортанник остается открытым, а дистальное отверстие трубки устанавливается у входа в гортань.

Следует отметить, что ларингеальную маску мы устанавливали на фоне вводного наркоза ингаляционным или внутривенным анестетиком. Детям младшего возраста давали вводный наркоз через лицевую маску фторотаном, изофлюраном или севораном. Взрослым применяли внутривенный наркоз пропофолом или тиопенталом натрия. Подбор ларингеальной маски у детей осуществляли в зависимости от возраста по массе тела, пользуясь рекомендацией А. Брайна: размер 1 – для новорожденных и грудных детей весом до 6,5 кг; размер 1,5 – весом 7,5-11 кг; размер 2,0 – весом 6,5-20 кг; размер 2,5 – весом 20-30 кг; размер 3,0 – весом более 30 кг. Размеры ларингеальной маски для взрослых также определяли по весу, указанному на трубке.

Анализ использования ларингеальной маски у взрослых при ортопедо-травматологических операциях показал, что ларингеальная маска обеспечивает свободную проходимость дыхательных путей и помогает контролировать параметры дыхания по экскурсии мешка наркозного аппарата, а при работе на Drager «Fabius» оценивать все показатели (дыхательный объем, частоту дыхания, минутный объем вентиляции, капнографию) во время спонтанного дыхания. Проведение наркозов в этой группе больных с помощью ларингеальной маски с поддержкой кислородом ни в одном случае не привело к развитию гипоксемии (по данным SpO2) и гиперкапнии.

Основной наркоз с помощью ларингеальной маски у детей при нейрохирургических операциях в большинстве случаев был ингаляционным, так как выбирались операции малотравматичные, непродолжительные, не сопровождающиеся большой кровопотерей при сохраненном спонтанном дыхании.

Операции и наркоз в этой группе больных также сопровождались стабильными показателями пульсоксиметрии (SpO2 выше 97%), частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), капнографии. После удаления ларингеальной маски все дети просыпались в течение 5 минут.

В группе больных, куда входили 6 взрослых и 4 детей, проводили ИВЛ через ларингеальную маску под ингаляционным наркозом севораном для удаления небольших опухолей головного мозга. Анестезию и ИВЛ проводили аппаратом Drager «Fabius». Ларингеальная маска обеспечивала полную проходимость дыхательных путей. На протяжении всей операции и анестезии сохранялись стабильные показатели АД, ЧСС, пульсоксиметрии и капнографии.

Осложнений, связанных с использованием ларингеальной маски, не было.

Таким образом, ларингеальная маска может быть широко использована в анестезиологической практике, при операциях, не требующих продленной ИВЛ в послеоперационном периоде, как у взрослых, так и у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ларингеальная маска в поддержании газообмена во время оперативных вмешательств в различных областях хирургии /О. Н.Жданов, Ф. И. Унту, В. Г. Пасько, М. И. Руденко //Альманах анестезиологии и реаниматологии. – 2002. – №2. – С. 51 – 53.

2. Мизиков В. М. Анализ осложнений и проблема герметичности дыхательного контура при использовании ларингеальной маски у детей /В. М. Мизиков, Т. В. Варюшина //Анестезиология и реаниматология. – 2000. – №5. – С. 50 – 53.

N. O. Musin, E. N. Musin, I. I. Tsoi, G. Z. Zhazbayeva, G. V. Sembekova

THE EFFICACY OF LARYNGITIS MASK USE DURING ANESTESIA

In the article the analysis of laryngitis mask use and its efficacy during anesthesia at adult people and children.

Н. О. Мусин, Э. Н. Мусин, Т. И. Цой, Г. Ж. Жазбаева, Г. Е. Сембекова
АНЕСТЕЗИЯ КЕЗІНДЕ ЛАРИНГЕАЛДЫҚ МАСКАНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада ларингеалдық масканы қолданудың және оның ересектер мен балалардағы анестезия кезіндегі тиімділігіне талдау жасалған.

Г. А. Аманжолова

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТЕ

КГКП, Детская больница (Балхаш)

Стенозирующий ларинготрахеобронхит (СЛТБ) чаще вызывают вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторный синцитиальный вирус (РС-инфекция). Наиболее часто ими заболевают дети в возрасте от 3 мес до 6 лет. Во время эпидемии гриппа синдром крупа составляет абсолютное большинство случаев и протекает особенно тяжело, может явиться причиной летальности. Тяжелое течение крупа часто наблюдается и при смешанной вирусно-вирусной и вирусно-бактериальной этиологии [1, 2, 3, 4].

Цель исследования – сравнительная оценка клинической эффективности при различных схемах лечения стенозирующих ларинготрахеобронхитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 65 детей в возрасте от 3 мес. до 3 лет, госпитализированных в КГКП, детскую больницу г. Балхаш с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Диагноз заболевания ставился с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических данных, результатов серологического исследования сыворотки крови. Грипп установлен у 50,3%, детей, парагрипп у 27,1%, аденовирусная инфекция у 22,6%. Легкая степень тяжести ОРВИ определена у 17,9%, средняя – у 63,6%, тяжелая – у 18,5% пациентов.

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки ее клинической эффективности больные были разделены на 3 группы.

В I у 17,9% пациентов со стенозом I степени кроме отвлекающей терапии назначали эфедрин, эуффиллин, антигистаминные, спазмолитические и симптоматические средства. Проводили щелочно-масленые ингаляции с использованием 2% раствора гидрокарбоната натрия. Также примененяли 5% раствор натрия бромида, настой валерианы с пустырником, десенсибилизирующие средства: димедрол, супрастин, тавегил в сочетании с эуфиллином в возрастной дозировке.

При накоплении мокроты в дыхательных путях проводили стимуляцию кашля шпателем, с последующим отсасыванием слизи электроотсосом.

Этитропное лечение – (противогриппозный иммуноглобулин, лейкоцитарный интерферон). Антибиотики назначали только при наличии бактериальных осложнений (пневмония, гнойный отит).

При стенозе II степени у 63,6% детей проводилась отвлекающая терапия и оксигенотерапия. Дополнительно назначался преднизолон из расчета 2-5 мг/кг. Медикаментозная аэрозольная терапия использовалась 2-4 раза в сут. При наличии вязкой мокроты ингаляцию проводили с муколитиками. Аэрозоли содержали антигистаминные препараты и ферменты: ацетилцистеин, трипсин, химотрипсин.

В случае беспокойства ребенка ему назначали оксибутират натрия, дроперидол, седуксен, дипразин в возрастной дозировке.

У 18,5% детей со стенозом III степени лечение проводили в отделении реанимации, число медикаментозных ингаляций увеличили до 4-6 раз в сут. При резком возбуждении ребенка целесообразно начинать лечение сразу с введения оксибутирата натрия, а затем дроперидола. Эти препараты при необходимости вводили, повторно чередуя каждые 3-4 ч.

Для разжижения мокроты широко применяли протеолитические ферменты, муколитики, бронхолитики, делали отсасывание мокроты с помощью электроотсоса. Обязательно назначали антибиотики широкого спектра действия. Гормональную терапию проводили выборочно, из расчета 1,5-2 мг/кг массы тела (по преднизолону) в инъекциях или ингаляциях. При стенозе гортани III степени, обусловленном гнойно-некротическим ларинготрахеобронхитом, гормональная терапия не назначалась. В случае необходимости проводили этиотропную и дезинтоксикационную терапию по общим правилам, но под контролем диуреза. Общий объем внутривенно вводимой жидкости рассчитывают по 30-50 мл/кг массы тела в сут. При стенозе III степени назначали в/в или в/м сердечные средства, гепарин, контрикал.

Кроме общепринятых препаратов, всем больным назначали амбробене – амброксола гидрохлорид. Он показан пациентам со стенозом I, II степени в виде ингаляции 2 раза в сут, а больным со стенозом III степени – в виде ингаляции и в/м инъекций. Детям до 2 лет назначали по 1 мл (1/2 ампулы) 2 раза в сут, от 2 до 5 лет – по 1 мл (1/2 ампулы) 3 раза в сут, старше 5 лет – по 2 мл (1 ампула) 2-3 раза в сут.

В тесной корреляции с клинической эффективностью находились и сроки выздоровления пациентов. Характерно, что в подавляющем большинстве наблюдений существенное улучшение состояния отмечалось уже на 5-6 сут терапии. Осиплость голоса и боль в горле купирова-

лись у большинства больных к 4 сут лечения, одышка – к 5 сут. Недомогание, снижение аппетита, слабость, сонливость сократились в 2,6 раза, явления ларингита – в 2,1 раза, ринита – в 2,2 раза. На фоне амбробене продуктивный кашель с эффектом разжижения мокроты возникал со 2 или с 3 сут. Максимальный клинический эффект, независимо от степени стеноза, отмечен у 67% больных со стенозирующим ларинготрахеобронхитом уже на 2 сут приема препарата. В эти же сроки у 72% больных детей наблюдалось разжижение мокроты. Исчезновение грубого кашля на 2-3 сут применения амбробене зарегистрировано у 75% пациентов, независимо от степени стеноза.

Таким образом, амбробене является высокоэффективным и безопасным противовоспалительным средством, способным существенно облегчить лечение ОРВИ у детей, кроме того, его можно использовать как дополнительный противовоспалительный препарат наряду с антибиотиками и как основной лечебный препарат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михельсон В. А. Интенсивная терапия в педиатрии. Москва ГЭОТАР-МЕДИА, 2003. – 552 с.
2. Самарина В. Н. Детские инфекционные болезни /В. Н. Самарина. О. А. Сорокина. – Спб.; М.: «Невский диалект», «Издательство БИНОМ», 2000. – 318 с.
3. Тимченко В. Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций /В. В. Левановић, И. Б. Михайлов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 384 с.
4. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. /В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшеева Учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 688 с.

G. A. Amanzholova

URGENT THERAPY FOR STENOSIS LARYNGOTRACHEOBRONCHITIS

65 children at the age 3 month-3 years hospitaled to children hospital of Balkhash city with diagnosis-acute respiratory virus infection (ARVI) were investigated. ARVI patients with (SLTB) the ambrobene therapy promotes reliable shortening of fiver duration, reduction of evidence of larynx stenosis and appearance of productive cough.

Г. А. Аманжолова

СТЕНОЗДЫ ЛАРИНГОТРАХЕОБРОНХИТ КЕЗІНДЕГІ ЖЕДЕЛ КӨМЕК ТЕРАПИЯСЫ

Балқаш қаласының Балалар ауруханасына жедел респираторлық вирусты инфекциясы (ЖРВИ) диагнозымен жатқызылған 3 айдан бастап 3 жасқа дейінгі балалар ішінен 65 бала тексеруден өтті. ЖРВИ науқастарға стенозды ларинготрахеобронхиттің емін амбробенемен жүргізгенде қызбаның ұзақтығы қысқарып, көмей стенозы азаяды және жөтел пайда болды.

М. Б. Султанова

ПРИМЕНЕНИЕ КАНЕФРОНА Н У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

КГКП «Поликлиника №4» (Караганда)

Большая часть случаев пиелонефрита у беременных женщин – это так называемый гестационный пиелонефрит. Частому возникновению этой патологии способствует комплекс присущих беременности физиологических изменений. Наибольшее значение среди них имеют гемодинамические нарушения в почке, чашечно-лоханочной системе и мочеточниках (гипоксия), связанные с гормональными сдвигами. Понижение тонуса и увеличение объема мочевого пузыря вследствие нейрогормональных влияний, иногда возникновение пузырно-мочеточникового или лоханочно-почечного рефлюксов, механическое сдавливание во второй половине беременности мочеточников увеличенной и ротированной вправо маткой, изменения иммунологической реактивности, значительное повышение концентрации глюкокортикоидов. Беременность является благоприятным фоном для обострения ряда хронических заболеваний почек, имевшихся у женщин до беременности. Частота заболеваний мочевыделительной системы у беременных женщин достаточно высока. По данным различных источников, они встречались у каждой третьей-четвертой женщины, конкурируя с болезнями системы кровообращения, и особенно с анемией, которая, как известно, является почти непременным спутником почечной патологии.

Инфекция проникает в мочевые пути восходящим путем (из мочевого пузыря), нисходящим – лимфогенным (из кишечника, особенно, при запорах), гематогенным (при различных инфекционных заболеваниях). Возбудители – кишечная палочка, грамотрицательные энтеробактерии, синегнойная палочка, протей, энтерококк, золотистый стафилококк, стрептококк, грибы типа Candida. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. Наиболее частое осложнение – поздний гестоз, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода. Грозными осложнениями являются острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиэмия, бактериальный шок. В связи с этим беременных с пие-

лонефритом относят к группе высокого риска.

Беременность увеличивает нагрузку на функцию почек, что может оказаться чрезмерным в случаях их повреждения. Вопрос о способах поддержки функционального состояния почек, профилактике осложнений и рецидивов инфекционно-воспалительного процесса у беременных женщин на сегодняшний день достаточно актуален. Препараты, используемые, для этих целей, имеют ограниченное применение или противопоказаны во время беременности, такие как антибактериальные средства, диуретики и др.

Поэтому идеальный препарат, необходимый для улучшения функции почек во время беременности, должен совмещать в себе несколько эффектов: положительно влиять на уродинамику, усиливать почечный кровоток и клубочковую фильтрацию, обеспечивать противовоспалительное действие, стимулировать регенеративные процессы в почечном эпителии. Что не менее важно, он должен хорошо переноситься, не оказывать побочного действия на мать и плод, что часто свойственно лекарствам, полученным на основе химического синтеза.

Таким эффективным препаратом является канефрон Н (компания «Бионорика» АГ, Германия), в состав которого входят растительные компоненты: экстракт золототысячника, розмарина и любистока. Входящие в эти растения эфирные масла, горечи, фталиды, флавоноиды и фенилкарбоновые кислоты оказывают диуретическое, спазмолитическое, сосудорасширяющее, противовоспалительное и антибактериальное действие. Изучены индивидуальные карты беременных, которым назначался канефрон Н в комплексной терапии инфекции мочевых путей, в частности пиелонефрита, в различные сроки.

37 пациенток с гестационным пиелонефритом получали лечение канефроном Н. Возраст пациенток был от 18 до 36 лет. Сроки беременности при назначении препарата составили от 12 до 34 нед. Все пациентки принимали по 50 капель или по 2 таблетки канефрона 3 раза в сут после еды. Длительность приема препарата зависела от тяжести патологии мочевыделительной системы от: 14 сут. до окончания срока гестации. Через 1-2 нед. от начала лечения достоверно исчезали признаки инфекции, уменьшалась лейкоцитурия, бактериурия, нормализовалась микроскопическая картина мочевого осадка в целом, приближалась к норме или становилась нормальной проба мочи по Нечипоренко.

В процессе лечения ни у одной беременной не наблюдалось обострения хронического пиелонефрита или острого пиелонефрита, не выявлено никаких побочных эффектов при терапии канефроном.

Таким образом, решающими факторами в пользу назначения канефрона Н беременным с инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы являются сочетание эффективности с высокой безопасностью, отсутствие противопоказаний и негативных влияний на плод, хорошая переносимость и возможность длительного применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю. П. Перспективы применения Канефрон Н в акушерской практике /Ю. П. Вдовиченко, Л. С. Шкоба //Здоровье женщины. – 2001. – №4. С. 10 – 12.

2. Печерина В. Л. Оценка эффективности применения препарата канефрон с целью лечения гестозов, сочетанных с почечной патологией /В. Л. Печерина, Е. В. Мозговая //Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – №9. – С. 42 – 44.

Поступила 25.06.10

M. B. Sultanova

THE USE OF CANEFRON AT PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL PYELONEPHRITIS

Author of the article shares his experiences of «Kanefron N» preparation use in treatment of pregnant women with gestational pyelonephritis. Just this preparation possesses antibacterial, spasmalitic, vasodilator action. Combination of efficacy with high safety, lack of contraindications and negative effect on fetus will allow successfully to use this preparation in treatment of pregnant women.

М. Б. Сұлтанова

КАНЕФРОН Н ПРЕПАРАТЫН ГЕСТАЦИЯЛЫҚ ПИЕЛОНЕФРИТКЕ ШАЛДЫҚҚАН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

Мақала авторы гестациялық пиелонефритке шалдыққан жүкті әйелдерді емдеу барысында «Канефрон Н» препаратын қолданудың тәжірибесін ортаға салған. Бұл препараттың антибактериалдық, спазмолитиялық, вазодилатиялық әсер етуі басым. Аталған препараттың қауіпсіздігі мен тиімділігі, жатырдағы ұрыққа қарсы көрсеткіші мен теріс әсерінің болмауы оны жүкті әйелдерді емдеу барысында қолдануға мүмкіндік береді.

Н. О. Мусин, Г. Ж. Жазбаева, Т. И. Цой, Г. Е. Сембекова, Н. И. Юн

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА

Курс реаниматологии Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда)

Синдром токсического шока (СТШ) впервые описан в 1978 г. J. K. Tadd у женщин при использовании вагинальных тампонов. В США с 1980 г. СТШ считается отдельным заболеванием. В 1997 г. в Лондоне состоялась международная конференция по СТШ.

Между тем частота развития СТШ составляет в среднем 0,016% (16 случаев на 100 000), у менструирующих женщин 3-14,4 случая на 100 000 в г. Отмечается рост заболеваемости СТШ, не связанной с менструациями, и в настоящее время приближается к 50% от всех случаев.

Установлено, что СТШ вызывается специфическим токсином St. aureus – ТСТШ-1. Появление признаков СТШ связано не с массивным ростом бактерий, а с продуцируемым ими токсином. Поэтому при тяжелой клинической симптоматике локальные проявления инфекции могут отсутствовать или быть незначительными. ТСТШ-1 является антигеном, который воздействует на иммунную систему, а затем на жизненно важные органы. СТШ развивается преимущественно у лиц с низким уровнем антител к ТСТШ-1.

Примерно у 10% женщин влагалищная микрофлора содержит St. aureus, десятая часть которых продуцирует ТСТШ-1. Антитела на защитном уровне обнаружены у 98% женщин, носителей St. aureus, выделяющих ТСТШ-1.

СТШ развивается у лиц различного возраста и пола, а не только у женщин во время менструации при использовании тампонов. СТШ встречается при ожоговой болезни, ЛОР-патологии, в челюстно-лицевой, реконструктивной, абдоминальной хирургии, инфекционных заболеваниях.

В акушерско-гинекологической практике СТШ поражает в основном молодых женщин после родов и абортов.

При носительстве штаммов St. aureus, выделяющих ТСТШ-1, для развития СТШ необходимо иметь очаг погибших клеток при ожоге, травме, некрозе раны; в матке, влагалище после родов, аборта, во время менструаций; из-за наличия инородного тела (тампон, дренаж, катетер). Имеет значение и «фактор прорыва»: вторичная обработка гнойной раны, ожоговой поверхности, различные манипуляции и инструментальные исследования.

При низком уровне антител к ТСТШ-1 или их отсутствии в ответ на активацию Т-лимфоцитов, Д-галактозамин-чувствительных систем и последующий выброс цитокинов (IL-1,2,6, TNF) происходит накопление последних в серозных оболочках, что приводит к нарушению микроциркуляции и другим проявлениям СТШ.

Клинические проявления СТШ могут начаться через 2-25 сут от момента воздействия этиологического фактора, однако в большинстве случаев это происходит в первые дни. Для СТШ характерны острое начало с появлением гипертермии (обычно выше 39ºС), артериальной гипотонии и сыпи. Сыпь появляется в начале болезни в виде солнечной эритемы, на которую могут не обращать внимания или принять за аллергию на лекарства. Эти три признака встречаются в 100% случаев. В первые дни бывают также рвота и диарея (у 90% больных). При неблагоприятном течении заболевания через 48 ч развивается острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) как признак полиорганной недостаточности.

К наиболее частым симптомам относят миалгию (мышечные и кожные боли при движении, дотрагивании), боли в области суставов. На второй неделе болезни появляется шелушение на лице, туловище и конечностях (100% случаев). На ладонях и стопах пласты кожи сходят, как кожура.

У женщин наблюдается кольпит, гиперемия половых губ, слизистой влагалища или гнойные выделения. СТШ может развиться после нормальных родов. У большинства родильниц с СТШ отсутствует эндометрит. При СТШ у больных акушерско-гинекологического профиля в большинстве случаев первично-очаговые признаки инфекции не обнаруживаются или минимальны. Через 2 мес. могут проявиться отдаленные последствия в виде миалгии, аменорреи, расслоения ногтей. СТШ может рецидивировать в случаях, связанных с менструацией (30%).

При своевременной диагностике СТШ и рано начатой терапии можно избежать летального исхода.

При постановке диагноза опираются на симптомы заболевания и лабораторные данные. St. aureus может быть высеян из очага инфекции или крови. Токсин (ТСТШ-1) выделяется с раневой поверхности, из спинно-мозговой жидкости, влагалища, крови, регионарных лимфоузлов.

Одним из лабораторных признаков СТШ является отсутствие или низкий уровень антител к ТСТШ-1. За рубежом разработан экспресс-метод, результаты которого готовы через 10 мин.

Лечение СТШ заключается в устранении инфекции и борьбе с нарушениями гемодинамики и функций жизненно важных органов и систем (санация очага, удаление инородного материала; антибиотики: клиндамицин, диклоксациллин, циклоспорин-А, полимиксин В, полусинтетические пенициллины или цефалоспорины). Для борьбы с синтезом токсина применяют ингибиторы протеинового синтеза (клиндамицин, гентамицин, эритромицин или кларитромицин).

Для оптимизации транспорта кислорода рекомендуется искусственная вентиляция легких

в разных режимах в зависимости от наличия или отсутствия ОРДС.

Противошоковая терапия включает в себя борьбу с гиповолемией (инфузия плазмозаменителей) и введение дофамина. Для пассивной иммунизации внутривенно вводят иммуноглобулин G: интраглобин – 2-5 мл/кг в течение 2-3 сут, пентаглобин (IgG и IgM) по 5 мл/кг/сут трижды, а также антистафилококковую плазму и антистафилококковый гамма-глобулин.

Ретроспективный анализ неясных случаев шока с летальным исходом у 4 больных позволяет нам думать о развитии у них СТШ. Два случая были связаны с родами у молодых женщин, когда был высеян St. aureus. Однако им был выставлен септический шок. Один случай имел место у ребенка 5 лет с ожоговой болезнью, который умер от шока накануне выписки домой, когда площадь ожога после длительного лечения уменьшилась до размера монеты. Ему тоже был выставлен септический шок, однако все симптомы соответствовали СТШ. Также имел место случай у женщины 48 лет с небольшой площадью ожога (10-12% 1-2 степени) с типичной клиникой СТШ, который приняли за анафилактический шок.

ВЫВОДЫ

1. СТШ зачастую расценивается как септический или анафилактический шок, а имеющиеся симптомы ошибочно относят к другим заболеваниям из-за недостаточной информации и неосведомленности врачей об этой патологии.

2. Для своевременной диагностики СТШ необходимо знание клинических признаков этого заболевания наряду с серологическим типированием и бактериологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коноводова Е. Н. Синдром токсического шока у женщин детородного возраста //Рос. мед. журн. – 2002. – №6. – С. 43 – 47.

2. Мусин Н. О. Септический шок. Синдром токсического шока. Учебно-методическое пособие. – Караганда, 2007. – 46 с.

N. O. Musin, G. Z. Zhazbayeva, T. I. Tsoi, G. Y. Sembekova, N. I. Yun

PECULIARITIES OF TOXIC SHOCK SYNDROME

Syndrome of toxic shock (STS) is often estimated as septic or anaphylactic shock. Except it there isn't sufficient doctors' inquiry about this pathology. For opportune diagnostics of (STS) it is important to know clinical signs of this disease with serologic typing and bacteriological investigation.

Н. О. Мусин, Г. Ж. Жазбаева, Т. И. Цой, Г. Е. Сембекова, Н. И. Юн

ТОКСИКАЛЫҚ ШОК СИНДРОМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Токсикалық шок синдромы (ТШС) көбінесе септикалық және анафилактикалық шок ретінде бағаланады. Солай болғанымен осы патология туралы дәрігерлердің хабардар болу деңгейі жеткіліксіз. Токсикалық шок синдромын тиісті уақытында диагностикалау үшін осы аурудың клиникалық белгілерін, серологиялық бөлінуі мен бактериологиялық зерттелуін білу маңызды.

С. А. Тугузбаева

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Областной противотуберкулезный диспансер (Караганды)

Туберкулез остается важной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2005г. в мире выявлено 8,8 миллионов случаев туберкулеза, 1,6 млн человек умерли от туберкулеза [1].

Общеизвестный кризис в начале 90 годов после распада СССР имел тяжелые последствия. Экономический спад, ухудшение экологической обстановки, миграционные процессы, снижение жизненного уровня уязвимых групп населения, недостаточное финансирование здравоохранения в целом и противотуберкулезных мероприятий в частности привели к значительному ухудшению ситуации с туберкулезом. Все это способствовало стремительному росту заболеваемости и смертности населения от туберкулеза [2].

Последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Карагандинской области стабилизировалась, но при этом вопросы борьбы с данной патологией сохраняют свою актуальность. Государственные затраты на профилактику и лечение растут из года в год, смертность от туберкулеза снижается медленно. Как правило, умирают социально и экономически уязвимые люди, чаще всего не имеющие постоянного места работы, в основном жители города, многие из них – вернувшиеся из мест заключения (СИЗО, тюрьмы, колонии).

Так, в Карагандинской области показатель смертности от туберкулеза остается высоким. За последние три года этот показатель колеблется в пределах 18,5-26 на 100 000 населения.

Целью исследования явилось изучение причин смерти больных, страдающих хроническими формами туберкулеза легких.

Изучены причины смертности среди больных с хроническими формами туберкулеза органов дыхания в специализированном отделении Карагандинского областного противотуберкулезного диспансера, рассчитанного на 90 коек. При этом акцентировалось внимание на основных

социальных факторах, способствующих развитию хронической формы туберкулеза, и осложнениях заболевания, ставших непосредственной причиной смерти. Также были учтены сопутствующие заболевания, повлиявшие на течение основного процесса.

В работе приводится анализ причин смертности за три года (2007-2008-2009 г.). За это время в отделении всего пролечено – 553 больных: в 2007 г.-207, в 2008 г.-201, в 2009 г.-145. Из них умерли за 3 г. 120 больных, что составило 21,7%; в 2007 г. умерло 51 (42,5%); в 2008 г. 35 (29,2%); в 2009 г. 34 (28,3%) больных.

Из общего числа больных, умерших за три года, женщин было – 26 (22%), мужчин – 94 (78%); городских жителей – 85 (70,8%), сельских – 20 (16,6%), лиц без определенного места жительства – 15 (12,5%).

Как видно из табл. 1, среди больных, умерших от хронической формы туберкулеза легких, преобладают лица в возрасте от 31 до 50 лет – 89 (74,1%).

Из общего числа умерших 54 (45,0%) страдали алкоголизмом, 25 (20,8%) наркоманией. В местах лишения свободы находились 80 (66,7%), безработные составили 81,0 (83,3%), инвалиды по туберкулезу – 20 (16,7%), пенсионеры – 4 (3,3%).

У умерших больных часто встречались различные сопутствующие заболевания: сахарный диабет – 6 (5,0%), хронический гепатит – 44 (36,7%), токсический гепатит – 6 (5,0%), хронический пиелонефрит – 31 (25,8%), ХНЗЛ – 4 (3,3%), цирроз печени – 1 (0,8%). В то же время паталого-анатомическое вскрытие показало, что почти в 90% случаев у умерших больных были хронический гепатит и хронический пиелонефрит.

При изучении амбулаторных карт и сбора анамнеза заболевания выяснилось, что большинство пациентов болеют туберкулезом легких 5 и более лет, в связи частыми рецидивами были госпитализированы многократно, то есть 3-4 раза и более раз (63%). Часто прерывали лечение, нарушали больничный режим, уходили самовольно из стационара, а при ухудшении состояния, вновь поступали.

У всех больных отмечалась выраженная туберкулезная интоксикация.

Клинические формы туберкулеза умерших больных представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, среди умерших в основном преобладает фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 62,5%. При этом казеозная пневмония расценивалась как злокачественное течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. 6 больных, страдавших инфильтративным туберкулезом легких, умерли от сочетанной патологии (ВИЧ/СПИД, цирроз печени, язвенная болезнь желудка).

В 112 (93,3%) случаях процесс был распространенным, то есть с поражением обоих легких. У всех больных установлено бактериовыделение с множественной лекарственной устойчивостью, в том числе к специфическим препаратам отмечена у 116 (96,7%) пациентов, при этом в большинстве случаев – множественная лекарственная устойчивость.

Из этих больных умерли в первые сути – 5 (4,16%) больных, до 10 сут – 8 (6,6%). В период госпитализации до 1 мес. – 39 (32,5%), до 3 мес. – 29 (24,1%), при лечении 5 и более месяцев – 39 (32,5%).

Основной причиной смерти больных было чаще всего прогрессирование туберкулезного процесса, нарастание легочно-сердечной недостаточности – 91 (75,8%), легочное кровотечение – 11 (9,2%), печеночно-клеточная недостаточность – 8 (6,7%) .

Таким образом, среди умерших от хронических форм туберкулеза легких преобладают неработающие, страдающие алкоголизмом и

Таблица 1.

Возрастной состав умерших больных от хронических форм туберкулеза легких за 2007-2009 г.

До 30 лет		31-40		41-50		51-60		61 и старше		Всего	
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
14	11,7	46	38,3	43	35,8	14	11,7	3	2,5	120	100

Таблица 2.

Клинические формы туберкулеза умерших больных

Клинические формы	Количество больных	
	абс	%
Диссеминированный туберкулез легких	2	1,7
Инфильтративный туберкулез легких	32	26,7
Казеозная пневмония	11	9,1
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	75	62,5
Всего	120	100

наркоманией мужчины среднего возраста. Основной причиной смерти больных явился распространенный фиброзно-кавернозный туберкулез легких с множественной лекарственной устойчивостью. Асоциальное поведение многих больных, пренебрежение к своему здоровью, медицинская неграмотность приводит к хроническим формам туберкулеза легких. Все должны быть заинтересованы в осуществлении конкретных профилактических мер по предотвращению распространения инфекции, так как от этого зависит возможность защитить общество в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залескис Р. Туберкулез в мире и Европейском регионе ВОЗ. Международная конференция «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 16 – 18.
2. Исмаилов Ш. Ш. Актуальные проблемы контроля за туберкулезом в Казахстане. Международная конференция «Глобальный контроль за туберкулезом в странах Центральной Азии». – Алматы, 2007. – С. 28 – 30.

Поступила 25.06.10

S. A. Tuguzbayeva

THE ANALYSIS OF MORTALITY REASONS OF PATIENTS WITH CHRONIC FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

The characteristic and mortality reasons of patients with chronic form of pulmonary tuberculosis is studied, it is established that among died from chronic forms of pulmonary tuberculosis prevail jobless men, men of middle age suffering with alcoholism and narcomania. The main reason of patients' mortality was the wide-spread fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis with MDR.

С. А. Тоғызбаева

ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ТҮРЛЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨЛУ СЕБЕПТЕРІН ТАЛДАУ

Өкпе туберкулезінің созылмалы түрлері бар науқастардың өлу себептері және сипаттамасы терең зерттеліп, өкпе туберкулезінің созылмалы түрімен ауырып қайтыс болған науқастар арасында ішімдіктен, нашақорлықтан зардап шегетін, жұмыс істемейтін, орта жастағы ер адамдар басым екені анықталды. Көптеген дәрі-дәрмектерге тұрақтылығы бар жайылып кеткен өкпе туберкулезінің фиброзды-кавернозды түрі науқастардың қайтыс болуының негізгі себебі болып табылады.

С. Г. Бабич

ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКОЙ

Областной медицинский центр

Ларингеальный масочный воздуховод (ларингеальная маска) (Laryngeal Mask Airway) изобретен английским анестезиологом А. Брейном (A. Brain) на основании биоинженерных исследований слепков гортани умерших. Конструкция ларингеальной маски (ЛМ) обеспечивает свободное поступление воздуха из дыхательного контура к больному путем создания герметичного контакта с мягкими тканями гортаноглотки над входом в гортань больного. ЛМ состоит из трех основных частей: тубуса воздуховода, маски и трубки с контрольным баллоном и клапаном для заполнения воздухом обтуратора маски. Проксимальный конец тубуса соединяется с дыхательным контуром с помощью стандартного коннектора диаметром 15 мм. Продолжением дистального конца тубуса является манжетка обтуратора маски эллиптической формы.

ЛМ имеет определенные преимущества перед эндотрахеальной трубкой. Размер и форма ЛМ делают невозможным проникновение маски в пищевод, отсутствует перенос флоры верхних дыхательных путей в трахею, снижается травматизм.

Показания к применению ларингеальной маски:

1. Для обеспечения проходимости дыхательных путей без необходимости поддержания маски руками анестезиолога.

2. Необходимость избежать использования трахеальной интубации при спонтанной вентиляции.

3. В случае трудной интубации для облегчения последующего введения эндотрахеальной трубки через ларингеальную маску или по эластичному проводнику.

Противопоказания:

1. Полный желудок или какое-либо состояние, ведущее к задержке эвакуации желудочного содержимого (ларингеальная маска не защищает дыхательные пути от регургитации и аспирации желудочного содержимого).

2. Возможность регургитации желудочного содержимого в пищевод (например, при наличии грыжи пищеводного отверстия).

3. Манжетка ларингеальной маски затрудняет хирургический доступ (например, в глотку).

Размер ларингеальной маски должен соответствовать анатомо-физиологическим особенностям пациента, для чего необходимо наличие для каждого пациента, по крайней мере, 3 размеров маски (табл. 1).

Цель данной работы – оценка адекватности и безопасности анестезиологической защиты пациента от хирургической агрессии при прове-

Таблица 1.
Характеристика ларингеальной маски

Размер ЛМ	Возрастная категория	Масса пациента, кг	Объем манжеты, мл
1	Грудной ребенок	до 6,5	2-4
2	Ребенок	6,5-20	10
2,5	Подросток	20-30	15
3	Взрослый	30-50	20
4	Взрослый	50-70	30
5	Взрослый	70-100	40
6	Взрослый	Более 100	50

дении операций средней продолжительности и травматичности (индекс Б по Гологорскому) в условиях внутривенной анестезии с использованием ларингеальной маски.

За период январь-июнь 2010 г. автором проведено 8 анестезиологических пособий с ларингеальной маской (6 плановых, 2 экстренных): аллопластика посттрепанационного дефекта лобной кости – 1, открытая репозиция и металлоостеосинтез плечевой кости – 1, открытая репозиция и металлоостеосинтез бедренной кости – 1, металлоостеосинтез лучевой кости – 1, открытая репозиция и остеосинтез ключицы – 1, металлоостеосинтез наружной лодыжки – 1, резекция яичника при апоплексии – 1, тубэктомия при нарушенной трубной беременности – 1. Возраст больных – от 19 до 45 лет (в среднем – 34,5 г.), масса тела – от 50 до 100 кг (в среднем – 71,5 кг). Операционно-анестезиологический риск по ASA I – II степени. Премедикация в/м за 30 мин. до операции: атропин – 0,01 мг/кг, димедрол – 0,3 мг/кг, промедол – 20 мг. Индукция – пропофол до 4 мг/кг.

Трудности с установкой ларингеальной маски возникли в трех случаях вследствие недостаточного расслабления жевательной мускулатуры, что потребовало дополнительного введения пропофола. Поддерживающая доза пропофола на протяжении операции до 200 мкг/кг/мин (в/в капельная инфузия с концентрацией препарата в инфузионном растворе 3-4 мг/мл), анальгетический компонент анестезии – промедол 20 мг в/в после установки ларингеальной маски. Самостоятельное дыхание по полуоткрытому контуру воздушно-кислородной смесью с FiO_2 30%. Монито-ринг: неинвазивное АД и пульсоксиметрия апп. МПР 6-03 «Triton».

Контроль глубины анестезии осуществлялся по показателям частоты пульса, величины АД, изменениям частоты и ритма дыхания, наличию или отсутствию двигательных реакций на болевые раздражители со стороны операционной раны. Изменение показателей АД: на этапе индукции – 125/77±5 мм рт.ст., хирургической стадии анестезии – 115/72±3 мм рт. ст., на этапе пробуждения – 123/75±4 мм рт. ст.; частоты пульса: 84±7, 76±3, 87±4 уд. в 1 мин соответственно. Изменение SpO_2 99±1%, ЧДД 17±2 в 1 мин., проведение ВИВЛ не требовалось, расслабление скелетной мускулатуры достаточное на всех этапах операций. Восстановление сознания через 15±3,5 мин. после прекращения инфузии пропофола.

Удаление ларингеальной маски производилось после пробуждения больного (критерий – открывание рта по команде), перед опустошением манжеты – обязательная санация глотки, лучше всего использовать подключенный к электроотсосу полихлорвиниловый катетер с атравматичным концом. Интра- и послеоперационных анестезиологических осложнений не было.

Таким образом, нутривенная анестезия пропофолом с ларингеальной маской обеспечивает хорошую анестезиологическую защиту пациента от операционной агрессии, а также управляемость анестезии и контроль над пациентом. Являясь малоинвазивной методикой, имеет минимальный потенциальный риск осложнений и может рассматриваться как альтернатива регионарным методам обезболивания и эндотрахеальной анестезии при проведении операций средней продолжительности и травматичности у подготовленных больных.

Поступила 28.06.10

S. G. Babich

INTRAVENOUS ANESTHESIA WITH LARGYNGCAL MASK

Author of the work gives estimation of adequate and sated anesthesiological patient's defense at conduction of middle duration and traumatism operations.

С. Г. Бабич

ЛАРИНГЕАЛЬДЫ МАСКАМЕН ТАМЫР ІШІНЕ АНЕСТЕЗИЯ

Мақала авторы орта және ұзақ мерзімді жарақаттарға операциялар өткізу кезінде пациенттің адекваттылығына және анестезиологиялық қорғануының қауіпсіздігіне баға береді.

М. Б. Султанова

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

КГКП «Поликлиника №4» (Караганда)

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее частым осложнением беременности и причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Во время нормальной беременности физиологические гормональные изменения, вызывающие расслабление гладких мышц и последующее формирование плаценты и кровообращения плода, приводят к увеличению объема циркулирующей крови. Это начинается уже на 5-й неделе беременности, и к ее окончанию увеличение внутрисосудистого объема достигает 50%. При этом системное сосудистое сопротивление и артериальное давление (АД) снижаются, а частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое увеличивается на 10–20 уд/мин. В результате на 30–50% увеличивается сердечный выброс, что достигается в основном за счет увеличения ударного объема. Неспособность обеспечить увеличение ударного объема проявляется возникновением тахикардии, что свидетельствует о сниженном сердечном резерве. Кроме того, тахикардия усугубляет гемодинамические нарушения, возникающие при замедленном наполнении левого желудочка.

Термин "гипертензия беременности" охватывает широкий спектр состояний, при которых артериальное давление меняется в широких пределах. По данным ВОЗ, частота этих осложнений составляет 25-40%.

У беременных с АГ, недавно диагностированной или существовавшей ранее, возможно возникновение неблагоприятных осложнений беременности, в частности, преждевременной отслойки плаценты, кровоизлияния в мозг или в орган-мишень, а также ДВС-синдрома.

Кроме осложнений для беременной, при АГ имеются также осложнения со стороны плода. Наиболее опасные из них – задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода. АГ при беременности может возникнуть как на фоне позднего гестоза, так и других экстрагенитальных заюолеваний (ЭГЗ).

Лечение артериальной гипертонии у беременных лекарственными средствами требует индивидуального и осторожного подхода. По рекомендации Международного общества изучения АГ при беременности (ISSHP), для лечения таких пациенток препаратом первой линии является метилдофа (допегит, альдомет). Метилдофа – гипотензивное средство центрального действия. Его активные метаболиты в центральной нервной системе способствуют снижению артериального давления путем замещения эндогенного допамина в допаминергических окончаниях, угнетению допадекарбоксилирования при синтезе норадреналина, стимуляции пресинаптических тормозных а-рецепторов (тонуса симпатической части вегетативной нервной системы), уменьшению активности ренина плазмы крови.

Цель исследования – установить уровнь АД, при котором эффективен препарат метилдофа, и состояний, при которых необходимо назначать комбинированную терапию.

Под наблюдением находились 13 беременных женщин, у которых наблюдалась артериальная гипертензия. Определены стабильность повышения АД, исключение симптоматической АГ или идентификация ее формы, выявление наличия других факторов риска: сердечно-сосудистых заболеваний и клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и лечение, определено наличие поражений «органов-мишеней». Возраст беременных женщин составлял от 18 до 40 лет, срок беременности – от 22 до 38 нед. Среднее систолическое АД (САД) у пациенток составляло 146,4±3,0 мм рт. ст., диастолическое (ДАД) – 100,3±1,5 мм рт. ст. В соответствии с критериями Международного общества изучения АГ при беременности, женщины были распределены на 2 группы. В I группу включены 7 пациенток с артериальной гипертензией, 3 – с нейроциркуляторной дистонией по гипертензивному типу. 4 – с артериальной гипертензией на фоне заболевания почек. Среднее САД у пациенток этой группы составляло 143,9±3,7 мм рт. ст., ДАД – 95,5±1,6 мм рт. ст. Во II группу вошли 5 беременных с гестационной АГ (АГ), преэклампсия легкой степени выявлена у 5. Среднее САД в этой группе составляло 152,6±3,4 мм рт. ст., ДАД – 102,6±1,8 мм рт. ст.

Исследования проводились сначала в условиях амбулатории, затем дальнейшее наблюдение продолжалось в стационаре. Все беременные до выявления у них АГ не применяли гипотензивные препараты. Всем пациенткам был назначен препарат метилдофа по 500 мг 2 раза в сут., максимальная доза препарата – 1 г/сут. При увеличении дозы препарата некоторые беременные жаловались на головную боль, сонливость, тошноту, особенно при АГ на фоне гестоза. Критериями эффективности терапии была динамика АД через 1 нед. от начала лечения и при каждом посещении. АД измеряли в амбулаторных условиях с помощью метода Короткова двукратно с интервалом 3-5 мин на обеих верхних конечностях в положении беременной сидя. Кроме того проводился самоконтроль АД беременными женщинами или их родственниками, что было чрезвычайно полезным в достижении адекватного лечения АГ и являлось неотъемлемой частью нашего исследования.

При анализе результатов исследования эффективность лечения оценивали по следующим критериям: полный антигипертензивный эффект – снижение АД менее 130/80 мм рт. ст.;

частичный – снижение АД на 10% от исходного уровня и более (но не ниже 130/80 мм рт. ст.). На фоне лечения оценивали внутриутробное состояние плода с использованием кардиотокографии (КТГ), биофизического профиля (БФП) плода и допплерографического исследования маточно-плацентарного комплекса.

При применении препарата метилдофа у 7 женщин был отмечен антигипертензивный эффект, поэтому не было необходимости назначать комбинированную антигипертензивную терапию. При применении метилдофы у 5 женщин отмечен антигипертензивный эффект, но в связи с появлением осложнений беременности, решено дополнительно назначить антигипертензивный препарат другого ряда. У 13 женщин, которые применяли метилдофу, САД составляло 148,5±2,5 мм рт. ст. и ДАД – 98,5±1,4 мм рт. ст. Полный антигипертензивный эффект наблюдался через 1 нед. от начала лечения, он отмечен у 7 беременных женщин и сохранялся длительно на протяжении нескольких месяцев. У 5 беременных была угроза прерывания беременности или преждевременных родов. Им назначили препараты метилдофа и нифедипин в дозе 10 мг 2 раза в сут. В этой группе пациенток САД составляло 152,6±3,4 мм рт. ст., ДАД – 102,6±1,8 мм рт. ст. Полный антигипертензивный эффект появился также через 1 нед. от начала лечения и отмечен у 2 (40%) беременных, частичный – у 3 (60%).

Беременным с АГ проводили КТГ, с помощью которой оценивали изменения интервалов между отдельными циклами деятельности сердца плода. По данным КТГ определяли следующие параметры: базальную частоту сокращений сердца (БЧСС), продолжительность стабильного ритма. Под влиянием лечения АГ наблюдали улучшение показателей БФП плода и допплерографических данных.

Таким образом, препарат метилдофа эффективен при АГ, когда САД не превышает 155, ДАД – 100 мм рт. ст., при нейроциркулярной дистонии, преэклампсии легкой степени и АГ.

Из 13 беременных с АГ монотерапия с применением препарата метилдофа в суточной дозе 1 г в амбулаторных условиях оказалась эффективной. Монотерапия с применением метилдофа эффективна, если САД не превышает 148,5±2,5 мм рт. ст., ДАД – 98,±1,4 мм рт. ст. При присоединении осложнений (преэклампсия) эффективность лечения АД снижается, поэтому необходимо назначать комбинированную терапию или другие антигипертензивные средства. Патологии у новорожденных, связанные с применением антигипертензивных средств, в наших исследованиях не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М. Артериальная гипертензия у беременных /Е. М. Вихляева, О. М. Супряга // Терапевт. арх. – 1988. – №4. – С. 29 – 32.
2. Елисеев О. М. Современная концепция лечения артериальных гипертоний у беременных //Терапевт. арх. – 1998. – №9. – С. 29 – 35.
3. Шехтман М. Н. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 186 с.

Поступила 28.06.10

M. B. Sultanova

TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT PREGNANT WOMEN IN OUTPATIENT CLINIC CONDITIONS

The treatment of pregnant women with arterial hypertension with preparation metieldof was described in the article. It's active metabolites in CNS promate reduction of arterial pressure.

М. Б. Сұлтанова

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМДЕУ

Мақалада жүкті әйелдердегі артериалық гипертензияны метилдофа препаратымен емдеудің нәтижесі сипатталған. Оның орталық нерв жүйесіне белсенді метаболиттері артериалық қысымды төмендетуге ықпал етеді.

С. Г. Бабич

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Областной медицинский центр (Караганда)

При всем многообразии средств и методов проведения общей анестезии существуют две принципиально разные модели защиты пациента от хирургической агрессии: это внутривенная анестезия и ингаляционная анестезия. Каждый из перечисленных методов имеет свои преимущества и недостатки.

Бесспорные достоинства метода внутривенной анестезии – быстрое начало действия препаратов и отсутствие загрязнения окружающей среды. Отрицательной стороной данного вида анестезии является определенная непредсказуемость окончания действия препаратов, так как они элиминируются системами, которые могут иметь исходные нарушения функционального резерва [1].

Одной из преимуществ ингаляционной анестезии является возможность быстрого управ-

ления альвеолярной концентрацией анестетика (глубиной анестезии). Такая возможность чаще всего реализуется путем подачи в контур большого количества летучих анестетиков за короткий промежуток времени, то есть при высоком потоке свежего газа. Вместе с тем, традиционная анестезия с высоким газотоком имеет и свои серьезные недостатки, которые состоят в большом расходе анестетика, значительных потерях тепла и влаги из дыхательных путей пациента, загрязнении воздуха операционной. Снижение газотока в дыхательном контуре позволяет избежать всех этих негативных явлений, что определяет значительный интерес к методам ингаляционной анестезии на основе низких потоков свежего газа. Сравнивая стоимость различных видов анестезиологического пособия, было обнаружено, что снижение потока свежего газа во время анестезии с 5 до 2.5 л/мин позволяет дополнительно сэкономить 100 млн американских долларов в год только в США и 225 млн долларов в год во всем мире [2, 3].

Современная классификация дыхательных контуров в зависимости от величины газотока по данным Международной Комиссии по стандартизации (ISO) представлена в табл. 1:

Теоретическим обоснованием возможности проведения анестезии с низким потоком свежего газа является величина базального потребления кислорода (при анестезии метаболизм соответствует уровню базальных потребностей, зависящих только от массы и температуры тела больного), которая составляет ≈3,5^{o}мл/кг/мин при температуре тела 37,6^{o}С. Метаболические потребности в кислороде уменьшаются на 10^{o}% при снижении температуры тела на каждый 1^{o}С ниже 37,6^{o}С.

Обязательным условием безопасного проведения анестезии с низкими потоками свежего газа является наличие современной наркозно-дыхательной аппаратуры с реверсивным контуром и поглотителем CO_2, мониторинг концентрации кислорода на вдохе, концентрации углекислого газа на выдохе и концентрации галогенсодержащего анестетика на выдохе.

Цель данной работы – оценка эффективности и безопасности низкопоточной анестезии при стабилизирующих операциях на позвоночнике, операциях на головном и спинном мозге.

За период январь-июнь 2010 г. автором проведено 14 низкопоточных анестезий: стабилизирующие операции на позвоночнике – 7, удаление опухолей головного мозга – 5, удаление опухолей спинного мозга – 2. Возраст больных от 34 до 57 лет (в среднем 41 год), масса тела от 58 до 90 кг (в среднем 72,5 кг). Операционно-анестезиологический риск по ASA II – III степени.

Используемая в отделении аппаратура: наркозно-дыхательные аппараты «Drager Fabius Plus», газоанализаторы «Drager Scio Four», мониторы «Drager Infinity». Ингаляционные анестетики: форан (изофлюран) и севоран.

Премедикация в/м за 30 мин. до операции: атропин – 0,01 мг/кг, димедрол – 0,3 мг/кг, промедол – 20 мг. Индукция – пропофол 2-3 мг/кг в/в. Интубация на фоне релаксации ардуаном 0,05-0,08 мг/кг. Переход на низкие потоки (кислород 0,4 л/мин, воздух 0,6 л/мин) после денитрогенации с газотоком более 4 л/мин в течение 10-20 мин. Базисная анестезия – ингаляционный анестетик+промедол (до 60 мг в/в в зависимости от продолжительности и травматичности операции). Мониторинг: концентрация кислорода на вдохе, концентрация углекислого газа на выдохе и концентрация галогенсодержащего анестетика на выдохе, пульсоксиметрия, неинвазивное АД. Изменение показателей АД: на этапе индукции – 132/78±5 мм рт. ст., хирургической стадии анестезии – 117/71±4 мм рт.ст., на этапе пробуждения – 133/74±3 мм рт. ст.; частоты пульса: 88±7, 74±3, 85±4 уд. в 1 мин. соответственно. $EtCO_2$ поддерживалось на уровне 31-33 мм рт. ст. Изменение SpO_2 99±1%, Интра- и послеоперационных анестезиологических осложнений, ухудшения неврологического статуса больных после операций не было.

Таким образом, ингаляционная низкопоточная анестезия является безопасным (при соблюдении обязательных условий мониторирования и требований к наркозно-дыхательной аппаратуре) и эффективным (адекватная анестезиологическая защита от операционной травмы, высокая управляемость) методом обезболивания при длительных и травматичных операциях у больных нейрохирургического и нейротравматологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дж. Эдвард Морган-мл «Клиническая анестезиология» /Дж. Эдвард Морган-мл, Мэгид С. Михаил. – Книга первая, перевод с английского под редакцией академика РАМН А. А. Бунятяна. – М.: ЗАО.; «Издательство БИНОМ», 2004. – 386 с.

Таблица 1.

Современная классификация дыхательных контуров в зависимости от величины газотока

Газоток в контуре	Название
> 4 л/мин	высокий (high flow anesthesia)
1,0-0,5 л/мин	низкий газоток (low flow anesthesia)
< 0,5 л/мин	минимальный газоток (minimal flow anesthesia)
= поглощению газов и паров анестетика организмом в данный момент времени	закрытый контур (closed system anesthesia)

2. Спенс А. Ведущие подходы к анестезии на низком потоке //В кн.: Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии (освежающий курс лекций). – Архангельск. – 1998. – С. 62 – 69.
3. Baum J. Low Flow Anesthesia /Butterworth-Heinemann. – 1996. – 196 p.
4. Lampotang S. The cost of wasted anesthetic gases /S. Lampotang, M. E. Nyland, N. Gravenstein //Anesth Analg. – 1991. – № 71. – P. 151.

S. G. Babich

EXPERIENCE OF LOW-STREANED ANESTHESIA CONDUCTION AT NEUROSURGICAL OPERATIONS

The substantiation anesthesia conduction with low streams of fresh gas and also efficacy and safety of low -streamed anesthesia at stabilizing operations on spinal column, brain, and spinal cord is given in the article.

С. Г. Бабич

НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАР БАРЫСЫНДА ТӨМЕНГІ АҒЫНДЫ АНЕСТЕЗИЯНЫ ӨТКІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мақалада жаңа газдың төменгі ағындарымен анестезия өткізудің негіздемесі берілген, сол сияқты омыртқаға, миға және жұлын миына тұрақтандырушы операциялар барысында төменгі ағынды анестезияның тиімділігі мен қауіпсіздігі сипатталады.

Е. Т. Курмангалиев

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НАКОСТНЫХ ПЛАСТИН ДИАФИЗА БЕДРА

ТОО МСЧ «Шахтер Испат-Кармет»

Последние несколько десятилетий с учетом скачка в развитии промышленности и дорожного транспорта существенно возрос травматизм и произошли изменения в его структуре, при этом отмечается рост переломов длинных трубчатых костей и сочетанной травмы. В структуре основных повреждений у взрослых на долю нижних конечностей приходится от 25,6% до 35,5% [5]. Переломы диафиза бедренной кости, по данным различных авторов, составляют от 10,4 до 30,8% от общего количества переломов длинных трубчатых костей. Данные переломы наиболее часто встречаются у лиц трудоспособного возраста, что определяет значительный экономический ущерб, причиняемый обществу, и обуславливает актуальность данной проблемы [2]. Поэтому лечение переломов диафиза бедренной кости является одной из актуальнейших задач современной травматологии. В лечении указанных переломов применяются различные методики, доступные на современном этапе, но все большее распространение в последние десятилетия получил погружной, внутренний остеосинтез [7].

Широкое внедрение в практику современного внутреннего остеосинтеза позволяет сократить сроки консолидации переломов, начинать раннее, активное восстановительное лечение и, как следствие, добиться хороших функциональных результатов лечения в 85% - 97% случаев, при применении классических методик данные показатели ниже [3]. Конечно же имеют место и осложнения при оперативном лечении переломов диафиза бедренной кости, и при переломах бедра они встречаются чаще, чем при переломах других трубчатых костей [1].

По данным различных авторов частота осложнений при оперативном лечении варьирует от 10,5 до 20,3% [5]. Основные, поздние осложнения при оперативном лечении переломов длинных трубчатых костей: замедленная консолидация отломков, образование ложных суставов, развитие остеомиелита. Возникновение тех или иных осложнений приводит к необходимости ревизионного остеосинтеза. По данным исследований при осложнениях связанных с нарушением консолидации и возникновением деформаций, у большинства больных (67,3%) имеет место миграция или перелом металлических конструкций (1).

В 3 квартале 2009 г. в травматологическом отделении МСЧ «Шахтер Испат-Кармет» находилось на лечении 2 больных с переломами накостных пластин после проведенного ранее металлоостеосинтеза диафиза бедра. В обоих случаях это мужчины трудоспособного возраста, 35 и 42 лет, получивших травмы в результате ДТП и оперированные в сроки ч/з 2 нед после перелома бедра. Приведем данные из историй болезни пострадавших.



Рис. 1. Рефрактура средней трети левого бедра с переломом накастной пластины

Больной Б., 35 лет. Получил травму в результате ДТП 29.11.08 г., закрытый оскольчатый перелом средней трети левого бедра, в течение 2 нед проводилось скелетное вытяжение, 14.12.08 г. произведен накостный остеосинтез средней трети левого бедра. Ранний послеоперационный

период без особенностей, выписан 28.12.08 г., в кокситной гипсовой повязке. Гипсовая повязка снята в апреле 2009 г., восстановительное лечение проходил амбулаторно. 13.04.09. повторная травма, закрытый перелом шейки левого бедра, лечение стационарное, 18.04.09. произведен остеосинтез шейки бедра винтами. После восстановления функции конечности 17.10.09. в автобусе был прижат левым бедром к креслу, почувствовал резкую боль, при обращении за медпомощью выявлен перелом накостной пластины и рефрактура средней трети левого бедра, от оперативного лечения на момент обращения отказался. 09.11.09. поступил в отделение травматологии МСЧ «Шахтер Испат-Кармет». При осмотре определяется «галифеобразная» деформация, отек, патологическая подвижность и боли при боковой нагрузке, пальпации в средней трети бедра. На R-грамме от 09.11.09. (рис. 1) определяется рефрактура средней трети левого бедра с угловым смещением отломков, перелом накостной пластины, сросшийся перелом шейки бедра с остеосинтезом спонгиозными винтами. 11.11.09. произведена операция: удаление накостной пластины диафиза левого бедра и спонгиозных винтов шейки бедра, ВКДО левого бедра комбинированным спице-стержневым аппаратом (рис. 2). Послеоперационный период без особенностей. Выписан 24.11.09. в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем наблюдался амбулоторно по месту жительства, передвигался с полной нагрузкой на конечность (рис. 3). 25.05.10г. в условиях МСЧ произведен демонтаж аппарата внешней фиксации. На рентгенограммах от 18.05.10. (рис. 4) определяется полное сращение перелома диафиза бедра.

Больной Ш. 42 л. Получил травму в результате ДТП 26.08.09., доставлен с места происшествия в стационар, в связи с тяжестью состояния госпитализирован в ОАРИТ, после стабилизации общего состояния 10.09.09. выполнен накостный остеосинтез средней трети правого бедра, выписан в кокситной гипсовой повязке, гипс снят амбулоторно в декабре 2009г. 28.12.09. дома при нагрузке на правую нижнюю конечность почувствовал резкую боль в зоне перелома, доставлен в отделение травматологии МСЧ «Шахтер Испат-Кармет». 30.12.09. больному выполнена операция: удаление накостной пластины средней трети правого бедра и ВКДО стержневым аппаратом. Послеоперационный период протекал без особенностей, больной выписан 11.01.10. в удовлетворительном состоянии. Консолидация перелома через 6 мес.

При выборе метода остеосинтеза после удаления накостных пластин мы учли, что при использовании внеочагового остеосинтеза компрессионно-дистракцтонными аппаратами, обнажение, замещение костных фрагментов и костная пластика не обязательны. Если же применять остеосинтез погружными фиксаторами, то операция включает следующие элементы: освежение костных отломков в зоне перелома, плотное соединение отломков в правильном положении, биологическая стимуляция регенерата с помощью костной пластики [6]. Применение внеочагового остеосинтеза позволило ограничиться удалением накостных фиксаторов, проведением остеоперфорации и наложением аппаратов внешней фиксации, что значительно сократило время оперативного вмешательства, снизило травматичность и позволило избежать такого

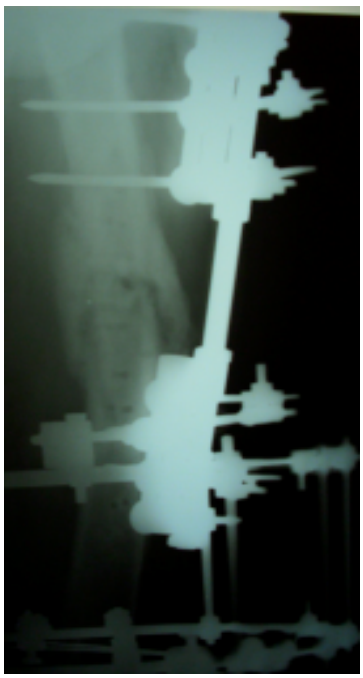


Рис. 2. ВКДО средней трети левого бедра стержневым аппаратом



Рис. 3. Больной Б. через 5 мес. после ревизионной операции



Рис.4. Рентгенограмма левого бедра перед демонтажем стержневого аппарата

этапа, как забор костного трансплантата. Сохранение костной мозоли также является одним из важнейших факторов сокращения сроков лечения.

Аппараты монтировались из серийно выпускаемых наборов Г. А. Илизарова и стержневого аппарата МКЦ, в качестве остеофиксаторов использовались спицы 1,8-2,0 мм., стержни Шанца и Штеймана. Применение комбинированных спице-стержневых аппаратов позволяет снизить число послеоперационных осложнений, связанных с воспалением мягких тканей и фиксационными контрактурами [4].

Применение внеочагового остеосинтеза бедра комбинированными спице-стержневыми аппаратами при ревизионных операциях по поводу переломов накостных пластин у обоих пациентов позволили получить хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апагуни А. Э. Ошибки и осложнения оперативного лечения диафизарных переломов бедренной кости //Травматология и ортопедия России. – 2005. – №1 – С. 38 – 39.
2. Накостный компрессионно-динамический остеосинтез в лечении диафизарных переломов бедренной кости /В. И. Зоря, С. В. Новиков, Н. Н. Карчебный и др. //Хирургия. – 2009. – №5 – С. 52 – 57.
3. Ревизионные операции при ошибках и неинфекционных осложнениях стабильно-функционального остеосинтеза /В. М. Шаповалов, В. В. Хоминец, С. В. Михайлов и др.//Травматология и ортопедия России. – 2009. – №4 – С. 73 – 79.
4. Соломин С.Н. Основы чрезкостного остеосинтеза аппаратом /С. Н. Соломин, Г. А. Илизарова. – СПб.: Морсар АВ, 2005. – 521с.
5. Травматология и ортопедия: Руководство для врачей. – В 4 т.: Т. 2. /Под ред. Н. В. Корнилова. – М.: Медицина, 2005. – 896 с.
6. Хирургическое лечение псевдоартрозов длинных трубчатых костей с использованием дополнительных очагов костеоброзования /В. Д. Балаян, Н. В. Тишков, Ю. А. Барабаш и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №7 – С. 73 – 76.
7. Хирургическое лечение диафизарных переломов бедренной кости /Д. М. Пучиньян, Д. А. Марков, К. К. Лавченко и др. //Саратовский науч. -мед. журнал. – 2009. – Т. 5. – №4 – С. 594 – 596.

Поступила 29.06.10

Y. T. Kurmangaliyev

TREATMENT OF FEMUR DIAPHYSIS PLATES FRACTURES

In this article, experience in treatment of two cases of unumited femur fractures after bone osteosynthesis complicated with fracture of fixators are presented. In both cases in repeated interventions the extrafocal osteosynthesis of the femur with a combined pin-nail apparatus was used. Satisfactory results were obtained: consolidation and restoration of the function began in 6 months after extrafocal osteosynthesis.

Е. Т. Құрманғалиев

ОРТАН ЖІЛІК ДИАФИЗІНІҢ СҮЙЕКҮСТІ ПЛАСТИНАСЫНЫҢ СЫНУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ ЕМІ

Мақалада ортан жілік диафизінің сүйек үстілік пластинаның остеосинтезден кейін бірікпеген сынықтың, бекітушілердің асқынып сынуын емдеудің екі жағдайы келтірілген. Екі жағдайда да қайталап араласуда құрамдас бізстержіндік аппаратпен ортан жіліктің ошақтан тыс остеосинтезі қолданылды, консалидация және қызметінің қалпына келуі ошақтан тыс ресинтезден кейін 6 айдан кейін мүмкін болды.

В. В. Снисаренко

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТУННЕЛИРОВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии, лучевой диагностики, анестезиологии и реаниматологии ФНПР КГМУ, ОМЦ (Караганда)

Анализ многочисленных исследований послеоперационных осложнений показывает их достоверное увеличение при дефиците питания больных. Имеются исследования нарушений питания в группах больных после трансплантации печени, которые указывают на увеличение летальности и длительности пребывания в реанимации пациентов с тяжелой степенью нарушения питания [2]. Операции на печени приводят к распаду белка и снижению их синтеза. Механизм данных изменений связан с увеличением катаболизма и вовлечением аминокислот в процесс глюконеогенеза, синтезом печенью белков острой фазы при увеличении экскреции азота с мочой после перенесенного хирургического стресса. Наиболее интенсивно потребляются аминокислоты аланин и глютамин. Данные аминокислоты селективно поступают в висцеральный кровоток и включаются в глюконеогенез. При недостатке поступления энергии и аминокислот извне, катаболизму подвергается и скелетная мускулатура.

Растворы аминокислот содержат обычно в составе 8 незаменимых аминокислот: триптофан, треонин, лейцин, лизин, фенилаланин, метионин, изолейцин, валин, а также полузаменимые аминокислоты аргинин, гистидин, пролин и аланин, которые не синтезируются в необходимом количестве в условиях послеоперационного стресса и являются неспецифическим источником азота. Поэтому обеспечение пациентов необходимым

количеством аминокислот является важным звеном послеоперационной интенсивной терапии.

Анализ литературных источников показал отсутствие данных об особенностях парентерального питания у больных после туннельных резекций печени, оперированных по поводу декомпенсированного цирроза печени.

Целью работы явилось определение эффективности парентерального питания после туннельных резекций печени. Нами были исследованы 25 больных, которым выполнена туннельная резекция печени по поводу декомпенсированного цирроза печени.

Контрольную группу составили 12 больных, которым после выполнения туннельной резекция печени парентеральное питание проводилось в редуцированном варианте: использовались лишь концентрированные (10-20%) растворы глюкозы. В исследуемой группе 13 пациентам проводили комплексное парентеральное питание с использованием концентрированных растворов глюкозы, аминокислот и жировых эмульсий. В качестве аминокислот использовали аминоплазмаль, в качестве жировых эмульсий – липофундин. Энергетические потребности больных рассчитывали по формуле Харриса-Бенедикта [1]. Эта формула была предложена еще в 1919 г и до настоящего времени успешно используется в клинической практике. При этом учитываются такие показатели пациента, как пол, вес, рост, возраст.

Формула Харриса-Бенедикта

Мужчины ЭЗ = 66,6+13,7W+5H+6,8A

Женщины ЭЗ = 65,5+9,6W+1,7H+4,7A

где ЭЗ – энергозатраты, W – вес (кг), H – рост (см), A – возраст.

Растворы аминокислот и жировые эмульсии вводились через катетер, установленный в верхнюю полую вену, в режиме продленной инфузии, скорость инфузии для аминокислот составила 70 мл в час, для жировых эмульсий 40 мл в час. У всех больных в ближайшем послеоперационном периоде регистрировали печеночную энцефалопатию различной степени, которую оценивали при помощи теста связи чисел.

Полученные данные обрабатывали с помощью статистического пакета программ, представленного в приложении Windows Professional XP. Количественные результаты представлены в виде средних величин с соответствующими им показателями стандартного отклонения.

Длительность проведения парентерального питания у больных обеих групп составила до 4 сут с последующим переходом на энтеральное питание при разрешении пареза кишечника. Критериями отмены парентерального питания служили: полная компенсация энтеральных затрат и потребностей пациентов в белке при пероральном питании. Энергозатраты в I и II группах составили 1800-2400 ккал/кг.

Как в I, так и во II группах, в качестве источника энергии применяли 20% раствор глюкозы с энергетической ценностью 680 ккал/л. Суточная потребность составила 1500 мл. При применении ступенчато более высоких (до 40%) концентраций растворов глюкозы у 15% больных отмечено развитие гиперосмолярного синдрома, несмотря на ограничение скорости введения концентрированных растворов глюкозы, что потребовало проведения соответствующей терапии. Больным II группы, помимо 20% раствора глюкозы, давали жировую эмульсию второго поколения – липофундин, имеющую в своем составе триглицериды средней длины, наряду с длинноцепочечными триглицеридами и подвергающиеся окислению и фосфоризации независимо от карнитина, причем согласно последним публикациям, липофундин не оказывает влияние на ретикулоэндотелиальную систему печени [3]. Энергетическая ценность 10% раствора липофундина – 1 ккал/мл, 20% раствора – 2 ккал/мл. При применении липофундина ни у одного из пациентов не было зарегистрировано побочных реакций. Уровень триглицеридов у всех пациентов II группы оставался в пределах нормы и составил в 1 сут 0,8±0,2 ммоль/л, 2 сут 1,1±0,3 ммоль/л, 3 сут 1,4±0,3 ммоль/л, 4 сут 1,0±0,2 ммоль/л.

В комплексном парентеральном питании больным II группы, помимо концентрированных растворов глюкозы и жировых эмульсий, использовали раствор аминокислот – аминоплазмаль, применение которого позволило обеспечить пациентов необходимым количеством аминокислот в послеоперационном периоде. Степень энцефалопатии достоверно не изменялась в обеих группах. Одной из причин отсутствия гнойно-септических послеоперационных осложнений в обеих группах явилась адекватная нутритивная поддержка, а применение жировых эмульсий позволило значительно снизить инфузию концентрированных растворов глюкозы с целью компенсации энергетических затрат пациента и избежать связанных с ними осложнений.

Таким образом, использование в качестве компонентов парентерального питания жировых эмульсий и аминокислот позволило провести сбалансированное парентеральное питание, не применяя высококонцентрированные растворы глюкозы для компенсации энегретических затрат пациента, которые имеют высокий риск развития гиперосмолярного синдрома и снизить риск развития гипергидратации без нарастания степени печеночной энцефалопатии.

ВЫВОДЫ

1. Парентеральное питание в раннем послеоперационном периоде после операций туннелирования печени является неотъемлемым компонентом интенсивной терапии.

2. Парентеральное питание необходимо проводить с учетом энергозатрат пациента.

3. Использование в комплексе парентерального питания: 20% раствора глюкозы, жировых эмульсий и растворов аминокислот оптимально покрывает энергетические и метаболические потребности организма в раннем после-

операционном периоде без нарастания степени печеночной энцефалопатии.

4. Изолированное использование в качестве парентерального питания лишь концентрированных растворов глюкозы, несмотря на ступенчатое повышение концентрации до 40%, увеличивает риск развития гиперосмолярного синдрома и не покрывает полностью энергетические и метаболические потребности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jacobs D. Metabolic assessment / D. Jacobs, M. Wong //World J. Surgery. – 2000. – V. 24. – №12.– P. 1460 – 1467.
2. Pikul J. Degree of preoperative malnutrition is predictive of postoperative morbidity and mortality in liver transplsnt recipients /J. Pikul, D. Michael Sherpe, Ruth Lowndes //Transplantation. – 1994. – V. 57. – №3. – P. 469 – 472.
3. Weimann A. Nutrition of liver transplant patients /A. Weimann, M. Plauth, S. Bischoff //Can. J. 11. Gastroenterol. – 2000. – Suppl. – P. 85 – 88.

Поступила 30.06.10

V. V. Snisarenko

EFFICACY OF PARENTERAL NOURISHMENT AFTER LIVER FORAGE OPERATIONS

The data on use of parenteral nourishment at patients with liver cirrhosis after liver forage operations are presented in the article.The afficacy of different regimes of parenteral nourishment in early postoperative period was analysed. It is noted, that the complex parenteral nourishment with regard for power expenditures of patient covers optimally energetic and metabolic demands of organism in early postoperative period without hepatic encephalopathy rate augmenting.

В. В. Снисаренко

БАУЫРДЫ ТЕСУ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КЕЙІН ПАРЕНТЕРАЛДЫҚ ТАМАҚТАНДЫРУ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада бауыр циррозына шалдыққан науқастарға бауырды тесу операциясынан кейін парентералдық тамақтандыру мәліметтері келтірілген. Операциядан кейінгі ерте кезеңде парентералдық тамақтандырудың әртүрлі режимдерінің тиімділігіне талдау жасалған. Кешенді парентералдық тамақтандыру пациенттің энерго шығынын ескере отырып, организмнің энергетикалық және метаболикалық қажеттіліктерін операциядан кейінгі ерте кезеңде бауыр энцефалопатиясының деңгейі артуынсыз барынша жаба алатыны атап көрсетілген.

К. Т. Мукашев

К ВОПРОСУ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ

КГКП ЦБ (Темиртау)

Пострадавшие с хронической субдуральной гематомой (ХСГ) зачастую после «не тяжелой» травмы головы остаются трудоспособными. Через месяц и более могут появиться очаговые симптомы, что подчас расценивается как нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Только после проведения дополнительных методов обследования (КТ, МРТ, ЭХО-ЭС, каротидная ангиография и др.) устанавливают правильный диагноз [3].

Клиническая манифестация ХСГ полиморфна. Наблюдается как постепенное развитие компрессионного синдрома, так и внезапное резкое ухудшение состояния больного до сопора и комы [2]. Диагностика ХСГ затруднена, особенно когда отсутствуют указания на черепно-мозговую травму.

Одним из основных методов в диагностике ХСГ в лечебных учреждениях на городском уровне является каротидная ангиография. Показанием к ней служит самочувствие пациента, требующее верификацию состояния сосудов головного мозга при подозрении на травматическое его повреждение, формирование внутричерепной гематомы или контузионного очага для уточнения плана и характера оперативного вмешательства. Противопоказанием к проведению ангиографического исследования являются острые заболевания печени, почек, активный туберкулез легких, острые инфекционные заболевания, повышенная чувствительность к йодистым препаратам, склонность к аллергическим реакциям [4].

В фазе клинической декомпенсации ХСГ может проявляться вторичной дислокационной среднемозговой симптоматикой (парез взора вверх, двухсторонние стопные знаки, анизокория и др.).

В хирургическом лечении ХСГ возникает необходимость выбора оперативного вмешательства. Наименее травматичной и эффективной является эвакуация содержимого гематомы через фрезевое отверстие с промыванием ее полости и установлением закрытого наружного дренажа (ЗНД). Этот метод имеет ряд преимуществ: дренирование осуществляют не форсированно, что уменьшает риск формирования послеоперационных внутримозговых и оболочечных гематом, создает лучшие возможности для постепенного расправления длительно сдавленного мозга, уменьшает угрозу инфекции [2].

Если ХСГ проявляется развитием дислокационного синдрома головного мозга, предпочтение отдают декомпрессивной трепанации черепа

(ДТЧ). Развитие дислокационного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) является основным звеном патогенеза, определяющим течение и исход травматической болезни [1].

Производимая ДТЧ позволяет полностью убрать организовавшуюся капсулу ХСГ и всю гематому в целом, что способствует устранению дислокации, в то время как ЗНД удаляет гематому частично. Одним из недостатков ДТЧ является необходимость состояния посттрепанационного синдрома. Раннее закрытие костного дефекта способствует быстрому восстановлению нарушенных функций мозга.

Приводим наблюдения:

Больной П. 1938 г. р. поступил 10/09-06 с ухудшением состояния на фоне злоупотребления алкоголем, развития судорожного синдрома. Учитывая отсутствие объективных признаков свежей травмы, отсутствие указаний на травму головы в анамнезе, больной наблюдался в первые 2 сут невропатологом с диагнозом нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне передней правой мозговой артерии, судорожный синдром.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание на уровне умеренного оглушения. Госпитализирован после приступа судорог. В неврологической картине: зрачково-моторных нарушений нет. Правосторонний гемипарез до 4 б. Слабая ригидность затылочных мышц. На глазном дне отсутствуют признаки застоя. ДЗН бледноваты, границы четкие. На ЭКГ-гипоксия миокарда.

12/09-06 производится лечебно-диагностическая пункция. Ликвор прозрачный и слегка желтый при ЛД=120 мм в. ст. Произведена рентгенография черепа, на которой выявлен линейный перелом теменно-височной кости. После люмбальной пункции состояние больного ухудшается с развитием анизокории, мидриазом слева с углублением изменения сознания до глубокого сопора.

12/09-06 при осмотре нейрохирургом выявляются множественные «старые» рубцы на голове, указывающие на «хроническую травму головы», с учетом развившейся неврологической картины у больного заподозрена хроническая оболочечная гематома справа. 13.09.06 произведена каротидная ангиография. На ангиограмме в прямой проекции имеется перелом теменной и височной кости слева. Выраженная значительная дислокация передней мозговой артерии справа налево с бессосудистой зоной справа.

Клинико-ангиографически установлена хроническая субдуральная гематома справа.

Больной оперирован в экстренном порядке. Учитывая умеренную с переходом в грубую фазу клинической декомпенсации больному произведена трепанация черепа справа (12/09-06) с удалением субдуральной гематомы и удалением костного лоскута. Гладкое послеоперационное течение с регрессом неврологической симптоматики позволили произвести раннюю аутокраниопластику – 5/10-06. При выписке практически полный регресс имевшейся неврологической симптоматики у больного. Сознание ясное. Зрачково-моторных нарушений нет. Полный регресс оболочечной симптоматики и пирамидной недостаточности. Координаторные пробы не уверенны. В позе Ромберга легкая неустойчивость.

Наличие костного дефекта свода черепа после произведенной нейрохирургической операции является неблагоприятным фактором, препятствующим полноценной и скорейшей социальной, бытовой и трудовой адаптации. Раннее закрытие костного дефекта черепа, восстановление анатомических взаимоотношений мозга, его оболочек способствует восстановлению нарушенных функций мозга. Ранняя краниопластика позволяет технически облегчить и сократить время операции, улучшает адаптацию аутотрансплантанта, заживляемость раневой поверхности, что в конечном итоге позволяет раньше начать реабилитацию [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермеков Ж. М. Оценка факторов, влияющих на исход дислокационного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме /Ж. М. Ермеков, Д. И. Дубчев, А. Е. Жалбагаев //Матер. 1-го Съезда нейрохирургов республики Казахстан с международным участием. – Астана, 2009. – С. 154 – 155.
2. Коновалов А. Н. Нейротравматология /А. Н. Коновалов, Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов. – М.: «ВАЗАР-ФЕРРО», – 1994. – 415 с.
3. Можаев С. В. Нейрохирургия /С. В. Можаев, А. А. Скоромец, Т. А. Скоромец. – СПб.: Политехника, 2001. – 353 с.
4. Ранняя краниопластика при тяжелой ЧМТ /С. К. Кенжебаев, М. С. Антоненко, Г. Д. Махамбаев и др. //Материалы 1-го Съезда нейрохирургов республики Казахстан с международным участием. – Астана., 2009. – С. 160.

K. T. Mukashev

TO THE QUESTION ABOUT CHOICE OF SURGICAL TREATMENT METHOD FOR CHRONIC SUBDURAL

In the article the author presents the case when chronic subdural hematoma in phrase of moderate clinical decompensation developed as brain blood circulation disorder. Conducted carotid angiography allows to put real diagnosis. In the article the choice of surgical treatment method for chronic intracranial hematoma in dependence on clinical peculiarities, course and phases at craniocerebral trauma.

К. Т. Мұқашев

СОЗЫЛМАЛЫ СУБДУРАЛЬДЫ ГЕМАТОМАНЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТӘСІЛІН ТАҢДАУ МӘСЕЛЕСІНЕ

Мақалада автор созылмалы субдуральды гематоманың шектеулі клиникалық декомпенсация түрінде ми қай айналымының бұзылуы ретінде көрініс табу жағдайын келтірген. Өткізілген каротидты ангиография дәл диагнозды белгілеуге мүмкіндік берді. Мақалада созылмалы бассүйек гематомасын хирургиялық жолмен емдеу тәсілін талдау талқыланған, емдеу тәсілі бассүйек-ми жарақатының клиникалық ерекшеліктеріне, ағымына және деңгейіне байланысты таңдалып алынады.

В. Н. Хрулева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: ЛЕЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Городская поликлиника №3 (Атырау)

Синдром вегетативных дисфункций (СВД) и его проявления вызывают большое количество вопросов, на которые существует множество ответов. СВД полиэтилогичен, среди множества причин выделяют врожденные и приобретенные особенности:

- наследственно-конституционные особенности деятельности вегетативной нервной системы (аутосомно-доминантный тип наследования);
- неблагоприятное течение беременности и родов, способствующих нарушению созревания клеточных структур надсегментарного аппарата, натальным травмам ЦНС и шейного отдела позвоночника (гипертензионно-гидроцефальный синдром, вертебро-базилярная недостаточность);
- постнатальные повреждения ЦНС (травмы черепа, опухоли);
- гипокинезия (малоподвижный образ жизни, приводящий к резкому снижению толерантности к динамическим нагрузкам);
- гормональный дисбаланс (врожденные и приобретенные заболевания желез внутренней секреции, дизовариальные расстройства, беременность, роды, климактерический период);
- патологическое влияние продуктов горения табака, пивной алкоголизации, токсико- и наркомании, приводящие к дестабилизации вегетативной нервной системы вследствие токсического и психоневротического воздействия;
- другие причины развития вегетативных дисфункций: шейный остеохондроз, оперативные вмешательства и наркоз, неблагоприятные метеорологические условия, избыточная масса тела, инфекции верхних дыхательных путей и носоглотки.

Взаимодействие этих факторов приводит к нарушению нейрогормонально-метаболической регуляции. Одним из ведущих звеньев становится поражение гипоталамических структур, осуществляющих интегративную роль. Нарушения регуляции проявляются в виде дисфункции симпатоадреналовой и холинергической систем, изменения чувствительности периферических рецепторов. Нарушаются функции гистамин-серотони-новой и калликреинкининовой систем, вводно-электролитный обмен. Тормозятся процессы микроциркуляции, что приводит к гипоксии тканей. Расстройство нейрогормональной регуляции сердца приводит к неправильной реакции на раздражители, что выражается в неадекватности тахикардии, колебании тонуса сосудов (повышении или снижении АД), росте минутного объема сердца (гиперкинетический тип кровообращения), спазме периферических сосудов.

Клинически СВД проявляется сердечно-сосудистыми расстройствами (кардиалгия, тахикардия, легко возникающая при незначительных эмоциях и физических усилиях, при ортостатической пробе и усиленном дыхании, даже редкие эпизоды суправентрикулярной тахикардии и пароксизмы мерцания), церебральными (головные боли, сопровождающиеся астенизацией, синкопальными состояниями, ортостатической гипотонией, похолоданием конечностей, шумом и звоном в ушах), абдоминальными (дискинезия желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей, нейрогастральный синдром), респераторными (тахипноэ, нарушение вдоха, вздрагивание во сне); нарушением терморегуляции (неинфекционный субфебрилитет и/или эпизоды фебрильной температуры, диффузным гипергидрозом); изменением кожных покровов; сосудистой дистонией (по типу ваго- и симпатикотонии), синдромом общей дезадаптации (повышенная утомляемость, раздражительность, снижение работоспособности. беспокойство). При этом вегетативные проявления нередко являются симптомами, снижающими качество жизни пациентов.

Для объективной оценки вегетативной дисфункции используются параметры сердечно-сосудистой и дыхательной систем: частота сердечных сокращений, вариабельность ритма сердца, величина артериального давления, частота дыхания. Исследуемые показатели регистрируются в покое (вегетативный тонус) и при выполнении деятельности (вегетативное обеспечение).

Цель исследования: изучение терапевтической эффективности и переносимости ноотропного пептидергического препарата животного происхождения – церебролизина в комплексном лечении больных лабильной формой артериальной гипертензии с преобладанием в клинической картине вегетативных нарушений.

Задачи исследования: оценить влияние церебролизина на динамику частоты сердечных сокращений (ЧСС), индекса напряжения Баевского, величины систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления у пациентов с лабильной формой артериальной гипертензии.

Критерием для исследования послужило наблюдение в практической деятельности у больных с лабильной формой артериальной гипертензии перманентных и пароксизмальных вегетативных нарушений с преобладанием расстройств в кардиоваскулярной системе. В комплексном лечении с гипотензивными препаратами для стабилизации нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипотоламуса и внутренних органов использовали возможность применения пептидергического препарата – церебролизина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 25 больных в возрасте от 18 до 45 лет с лабильной формой артериальной гипертензии средней продолжительностью 10,4±1,6. Из них 18 женщин и 7 мужчин.

Для уточнения диагноза всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: электрокардиографию, ЭХО-кардиографию, кардиоинтервалографию, ультразвуковую допплерографию магистральных артерий головы, липидный спектр сыворотки крови, мониторирование АД. У всех пациентов была исключена патология щитовидной железы, почек, почечных артерий, надпочечников. Обследование проводилось амбулаторно.

Пациенты продолжали получать гипотензивные препараты. Церебролизин назначался в дозе 10 мл/сут с длительностью терапии от 10 до 15 сут. Продолжительность курса определялась наличием или отсутствием жалоб. Эффективность лечения оценивалась на основании анализа количественных показателей кардиоинтервалографии, ЧСС, САД, ДАД, динамики жалоб пациентов. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартного пакета статистических программ Microsoft Excel. Достоверность различий определялась с использованием критерия Стьюдента, достоверным считались различия при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Доминирующими неспецифическими проявлениями вегетативной дисфункции со стороны сердечно-сосудистой системы были боли и перебои в работе сердца, тахикардии, аритмии. Кардиалгии характеризовались неопределенной длительностью, колющего или ноющего характера, не связанные с физической нагрузкой, преимущественно после эмоционального напряжения; повышением чувствительности при пальпации мягких тканей в области левой половины грудной клетки.

Изменений на ЭКГ сегмента ST зарегистрировано не было. Кардиоритмические нарушения легко возникали при незначительных эмоциях и физических усилиях, в душном помещении, нередко при усиленном дыхании, иногда ночью, отчего больные просыпались с частотой пульса до 120 уд/мин. На ЭКГ регистрировались синусовая аритмия, единичные предсердные экстрасистолы. Показатели АД варьировали в пределах 161,2-172,4 мм рт. ст(САД), 90,6-100,3 мм рт. ст (ДАД). При суточном мониторинге выявлено повышение АД не более 50% времени исследования.

Все пациенты после первого дня лечения отмечали улучшение. Кардиалгии и кардиоритмические нарушения уменьшились по частоте и продолжительности, появлялось чувство «легкости» в области сердца, лучшая переносимость эмоциональных и физических нагрузок. К окончанию курса лечения негативные сердечно-сосудистые проявления прекратились у всех пациентов, динамика АД имела тенденцию к снижению (дозы гипотензивных препаратов коррекции не подвергались), значимо уменьшилась ЧСС; ИН Баевского – интегральный показатель, отражающий взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, уменьшился.

Таблица 1.

Динамика показателей инструментальных методов исследования до и после лечения церебролизином у больных с лабильной формой артериальной гипертензии

	Исходные значения (M±m)	Значения после курса церебролизина (M±m)
ЧСС, уд. в мин	118,41±5,51	88,12±3,02
ИН Баевского	91,75±9,71	35,84±3,7
САД мм рт. ст.	161,2±11,2	139,27±5,04
ДАД мм рт. ст.	90,63±9,73	80,24±3,15

Таблица 2.

Результаты применения церебролизина по шкале общего клинического впечатления

Характер изменений	Дни терапии			
	3	7	10	15
Большое улучшение	4	8	17	25
Небольшое улучшение	21	15	7	0
Изменений нет	0	2	1	0
Ухудшение	0	0	0	0
Всего	25	25	25	25

ВЫВОДЫ

Результаты проводимого исследования показывают, что применение у больных лабильной формой артериальной гипертензии церебролизина оказывает положительное влияние на показатели вегетативного гомеостаза – снижение

напряженности вегетативной регуляции, регрессия кардиоваскулярных изменений. Отмечается снижение повышенного артериального давления в комплексном лечении с гипотензивными препаратами. Переносимость препарата можно характеризовать как хорошую: неблагоприятные реакции в применяемых дозировках не отмечены.

V. N. Khruleva

THE EXPERIENCE OF NEUROTROFIC THERAPY USE: THE TREATMENT OF VEGETATIVE DISFUNCTION

The author of the article in proved form acquaints with positive results of cerebrolizin prepar ation efficacy investigation in treatment of patients with labile form of arterial hyrtension.

В. Н. Хрулева

НЕЙРОТРОФИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ: ВЕГЕТАТИВТІК ДИСФУНКЦИЯНЫ ЕМДЕУ

Мақала авторы церебролизин препаратының артериалдық гипертензияның лабильдік түріндегі науқастарды емдеу барысындағы тиімділігі мен оң нәтижелерін дәлелді түрде сипаттаған.

К. Т. Мукашев

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ РАНЕНИЙ ПИСТОЛЕТОМ «ОСА»

КГКП «Центральная больница» (Темиртау)

После появления в свободной продаже пистолетов травматического действия «Оса» выросло поступление в отделения нейрохирургии пострадавших с пулевыми ранениями из данного вида оружия [4].

Особенностями таких ранений является то, что они носят характер как огнестрельных (пуля в качестве ранящего снаряда), так и не огнестрельных (запуск пули осуществляется не силой сжигаемого пороха, а воздухом), вызывая разной тяжести черепно-мозговые травмы. Различные степени повреждения, от ран мягких тканей головы до проникающих с тяжелым повреждением вещества головного мозга приводят к различному патогенезу ран черепа, различным подходам к их лечению, различным исходам [2].

Ранения из газового оружия носят в основном не проникающий характер, однако при выстрелах в упор могут сопровождаться переломами костей черепа, ушибами-размозжениями мозгового вещества. При таких ранениях костные отломки внедряются в головной мозг. Кроме того, в мозг могут внедряться и части газового патрона – прокладки, частицы пороха, сам газовый заряд [2].

Хирургическое лечение проникающих черепно-мозговых ранений в полном объеме должно выполняться только на этапе специализированной помощи с применением современных способов хирургической обработки и способов плановой нейрохирургии [3].

При проявлении визуальных признаков нарастающего отека мозга и дислокации необходимо создание наружной декомпрессии с расширяющей пластикой твердой мозговой оболочки, способствующие улучшению результатов хирургического вмешательства.

Приводим наблюдение.

Больная Г. 1991 г. р. находилась на лечении с 28.08.07 г. по 28.09.07 г. диагноз: открытая тяжелая ЧМТ. Слепое пулевое ранение. Ушиб, размозжение левой лобной доли. Оскольчато-дырчатый перелом левой лобной кости. Пролапс вещества головного мозга.

Поступила через 30 мин. после выстрела в упор в голову из пистолета «Оса», доставлена в 21 ч 30 мин. Операция в 22.15-23.45.

При поступлении состояние тяжелое. Коматозное состояние с клиникой травматического дислокационного синдрома (средний балл по ШКГ-6 баллов). Фотореакция резко снижена с выраженной анизокорией ОС больше ОД. Взгляд не фиксирует.

Пуль 64 уд в 1 мин.. АД-100/60. Выраженный правосторонний гемипарез с преобладанием в ноге, с выраженным гипертонусом в конечностях. Умеренно выраженная оболочечная симптоматика. Симптоматика больной клинически, помимо повреждения мозга, расценена как дислокация головного мозга. В лобной области слева рана, умеренно кровоточит. Форму и размеры раны визуально рассмотреть не удается, так как в рану выступает размозженное, пролабирующее мозговое вещество, закрывающее саму рану.

На рентгенографии черепа в двух проекциях от 28.08.07 г. определяется инородное тело (пуля) в полости черепа слева (в лобной доле) дырчато-оскольчатый перелом левой лобной кости (рис. 1, 2).

На начальном этапе произведена резекционная трепанация черепа с удалением костных отломков, внедрившихся в мозговое вещество, освобождением краев дефекта твердой мозговой оболочки с вымыванием детрита и образованием костного округлого окна до 3 см в диатстре. После применения приема Пуссепа, из мозговой раны дополнительно удален и отмыт детрит, в дне раны визуально определяется резиновая пуля, которая удалена. Раневой канал имеет сегментарный характер, направлен от лобной в теменную долю на глубину до 6,0-7,0 см, захваты-



Рис. 1. Рентгенограмма черепа в передней прямой проекции



Рис. 2. Рентгенограмма черепа в боковой проекции

вая 2 доли головного мозга. Пульсации твердой мозговой оболочки (ТМО) – нет. На этапе обработки костной раны, после удаления патологического субстрата сдавления, костных отломков, мозгового детрита с резекционной трепанацией черепа и созданием достаточного костного окна с освобождением краев ТМО, отсутствует пульсация мозга, свидетельствующая о выраженности внутричерепной гипертензии.

Произведена дополнительная резекция кости по ходу мозгового раневого канала, проекционно, до дна мозговой раны. После дополнительно произведенной резекции кости визуально стала определяться вялая «пульсация мозга» через ТМО, указывающая на достаточную эффективность проведенной декомпрессивной трепанации черепа [4]. Сформировано овальной формы «костное окно» до 5,0 на 8,0 см. Широко вскрыта ТМО, после чего технически удалось завершить поэтажную обработку раны мозга с аспирацией содержимого раневого канала и очагов размозжения.

Далее произведена расширяющая пластика дефекта ТМО ввиду нарастающего отека и пролабирования мозга фасцией височной мышцы. В раневой канал мозга установлен силиконовый дренаж для активного дренирования в послеоперационном периоде. Ушивание кожи произведено с дополнительным разрезом и перемещением кожного лоскута ввиду образовавшегося дефекта кожи в результате ранения, с незначительным натяжением без послабляющих разрезов. Заживление раны первичное.

Выписана с некоторым регрессом неврологической симптоматики. При выписке фотореакции снижены.

Сухожильные рефлексы Д. больше С. Умеренно выраженный правосторонний гемипарез. Слабо выраженная оболочечная симптоматика. Легкие расстройства координации, статики.

В лобно-теменной области слева дефект черепа с легким западением кожных покровов в полость черепа.

На рентгенограммах черепа в 2 проекциях от 24.09.07 г. определяется дефект костной ткани в области теменной кости слева 5.0 на 7.5 см с ровными, четкими контурами.

Поступила на отсроченную краниопластику 07.04.2009. с диагнозом: травматическая болезнь головного мозга. Церебральный арахноидит. Посттрепанационный синдром. Послеоперационный дефект черепа слева.

При поступлении жалобы на периодические головные боли. При неврологическом осмотре слабость конвергенции слева. Легкое сходящееся косоглазие слева. Парез 3, 4 пары слева. Сухожильные рефлексы с рук Д чуть больше С.

С ног С равно Д. Слабо положительный симптом Баре справа. Пальце-носовая проба с промахиванием с правой руки. В позе Ромберга легкая неустойчивость. Локально в лобно-теменной области слева послеоперационный дефект свода черепа с втянутым кожно-апоневротическо-мозговым рубцом.

ЯМРТ головного мозга от 30.03.09. На серии МР-томограмм головного мозга в аксиальной, сагиттальной и корнеальной проекциях с получением Т1-ВИ. Т2-ВИ, FLAIR слева в конвекситальных отделах лобной доли определяется зона рубцовоатрофических изменений (ОЧМТ, пулевое ранение 2007 г.). Признаки перифокального отека не определяются. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки умеренно расширены. Передний рог бокового желудочка деформирован. Подтянут к зоне рубцовых изменений. Третий желудочек не расширен. Параселлярная область без особенностей. Гипофиз не увеличен.

Заключение: признаки рубцово-атрофических изменений.

09.04.09. Произведена операция: аллокраниопластика-полокостом.

Послеоперационное течение гладкое.

При выписке после произведенной краниопластики в неврологическом статусе регрессировали нарушения статики и координационные нарушения, имевшиеся у больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдар Б. В. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. – СПб. – Гиппократ, 2002. – 647 с.
2. Ермеков Ж. М. Критерий интраоперационной оценки достаточности обьема декомпрессивной трепанации черепа при развитии травматического дислокационного синдрома /Ж. М. Ермеков, Д. И. Дубчев, А. Е. Жалбагаев //Матер. 1-го съезда нейрохирургов республики Казахстан с международным участием). – Астана, 2009. – С. 152 – 153.
3. Лебедев В. В. Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей /В. В. Лебедев, В. В. Крылов. – М.: Медицина, 2000. – 567 с.
4. Пулевые ранения мирного времени. Повреждения черепа и головного мозга при применении пистолета «Оса» /Ж. М. Ермеков, Е. М. Адильбеков, Е. В. Кисаев и др. //Медициналык журналы. – Астана, 2008. – №2. – С. 127.

Поступила 01.07.10

K. T. Mukashev

COSEQUENCES OF CRANIOCEREBRAL WOUNDS BY «OSA» PISTOL

The case from practice of blind bullet wound of skull with hard injure of brain, segmentary direction of wound chand in brain is presented. Conducted operative measure and put off cranioplacty led to practical recovery. Thorough conducted operative measure at penetrating wounds of brain prevents development of complications and leads to good functional result.

К. Т. Мұқашев

«ОСА» ПИСТОЛЕТІНЕН БОЛҒАН БАССҮЙЕК-МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ЗАРДАПТАРЫ

Бассүйектің соқыр оқтан болған жарақатының салдарынан миға зақым келуінің практикадан алынған жағдайы сипатталған. Жедел хирургиялық емнің және кейінге қалдырылған краниопластиканың нәтижесінде науқас толық сауығып кеткен. Мұқият өткізілген жедел ем бассүйек миының асқынуына жол бермей, түпкілікті нәтижеде жақсы функционалдық қорытындыға қол жеткізген.

**Р. Х. Бегайдарова, Г. К. Алшынбекова,
О. Н. Ефимова, С. М. Данбаева,
Г. А. Оспанова**

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В и С

Карагандинский государственный медицинский университет, Департамент по контролю и социальной защите населения Карагандинской области, Областная инфекционная больница, гепатоцентр

Казахстан, как известно, является гиперэндемичным регионом по вирусному гепатиту (ВГ). Хотя за последние годы заболеваемость вирусным гепатитом В снизилась в связи с проводимой поголовной иммунизацией населения, но заболеваемость гепатитом С имеет тенденцию к росту.

В доступной литературе нет исследований, посвященных медико-санитарной экспертизе и вопросам, отражающим социальную реабилитацию при гепатите В и С у детей, что является весьма актуальным [1, 2, 3].

Цель работы – изучение потребности детей в основных видах реабилитации, больных вирусным гепатитом В и С.

Для определения характера реабилитационных услуг, необходимых детям, страдающим ВГ, был проведен анализ нуждаемости данной категории в конкретных видах реабилитационного воздействия. Всего было проанализировано 149 анкет больных детей вирусным гепатитом В и С, состоящих на учете в гепатоцентре города Караганды за период с 1998 по 2009 гг.

Результаты анализа выявили довольно высокую (100%) степень нуждаемости детей, страдающих ВГ в разных видах абилитационно-реабилитационной помощи. Практически все дети, больные гепатитом, нуждались в мерах медицинской реабилитации: в амбулаторном восстановительном лечении – 100% (наблюдались в гепатоцентре), а в стационарном лечении – 14,9%.

Из видов восстановительной терапии наибольшая потребность приходилась на фармакотерапию (100%), на фитотерапию – 27,4% и на физиолечение – 12,0%.

В качестве этиотропной терапии в 100% случаев дети получали противовирусные препараты и в 92% им была проведена патогенетическая терапия, при этом у 65 больных был вирусный гепатит В и у 84 детей – вирусный гепатит С.

Фитотерапия включала в основном желчегонные травы (96%), а в 4% случаев применялись противовоспалительные сборы.

Дети с хроническими формами гепатита В и С в 31,5% случаев нуждались в психотерапии, в 14,5% – в санаторно-курортном лечении. Наименьший процент больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, объясняется тем, что для этой категории более приемлемым является охранительный режим.

Потребность в профессиональной реаби-

литации детей-инвалидов вследствие перенесенного гепатита определялась с учетом возраста ребенка. При этом в профориентации нуждались 29,4% всех детей в возрасте 14-18 лет, в профессиональных консультациях – 82,3%, в психологической коррекции – 37,2%. В получении профессиональной подготовки в общеобразовательной школе нуждались 88%, в профессиональном образовании – 63,2% детей, из них в получении среднего уровня – 65%, высшего – 35%.

Потребность в социальной реабилитации была высока и составила в целом 98%. В обучении персональному уходу, сохранности, социальной независимости, навыкам и общению нуждались 50%, в социокультурной реабилитации – 48,9%, в реабилитации средствами лечебно-физической культуры (ЛФК) - 29,7% детей с указанной патологией.

Потребность детей в психологической реабилитации составляла в среднем 68,4%, в том числе в психологическом консультировании – 75%, психотерапии – 25%, психокоррекции – 28,2%, в психологическом тренинге – 25% детей. В 37,5% случаев больные дети нуждались в психологической реабилитации, в психологической помощи семье – 12,5% родителей, имеющих в семье больного ребенка с ВГ.

В мерах педагогической реабилитации и социально-бытовой адаптации (осуществляемых родителями) нуждались соответственно 99,8% и 65,8% детей с ВГ.

Одним из основных видов социальной помощи семье, имеющей ребенка с ограничениями жизнедеятельности, является социальный патронаж (медико-социальный, социально-педагогический и культурно-досуговый). В медико-социальном патронаже нуждались 96,3%, в культурно-досуговом – 73,5%, в социально-педагогическом – 37,3% семей, в которых были дети, больные вирусными гепатитами.

Медико-социальный патронаж включал обучение родителей методам реабилитации этих детей в домашних условиях, лечебной физкультуры и массажа, а также содержал информацию о течении заболевания и его исходах, вопросы профилактики обострения ВГ, острых респираторных заболеваний у данной категории детей.

Культурно-досуговый патронаж используется для обеспечения развития ребенка и его включения в общество сверстников путем вовлечения в активные игры, познавательную и не учебную деятельность, посещения зрелищных мероприятий, а также участия в спортивных мероприятиях.

Социально-педагогический патронаж включает обучение родителей приемам организации игровой и учебной деятельности, способам психического развития этой категории детей.

ВЫВОДЫ

1. Для того, чтобы осуществить максимально возможную интеграцию детей с вирусными гепатитами в общество и социальную среду, необходимы совместные дружественные, активные усилия медицинских, педагогических, социальных, административно-хозяйственных и других структур нашего государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты от А до TTV /В. Ф. Учайкин , Н. И. Нисевич, Т. В. Чередниченко. – М., 2003. – 431с.
2. Горбаков В. В. Острые вирусные гепатиты // Практический врач. – 2001. – №17. – С. 6 – 10.
3. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – М.: Москва, 2004. – 824 с.

Поступила 07.07.10

R. K. Begaidarova, G. K. Alshinbekova, O. N. Efimova, S. M. Danbayeva, G. A. Ospanova

REHABILITATION OF CHILDREN WHO ARE ILL WITH VIRUS HEPATITIS B AND C

Our investigations defined that in order to fulfil maximal possible integration of children with virus hepatitis into society and social surroundings the combined friendly active efforts of medical pedagogical, social, administrative-economic and another structures of out state.

Р. Х. Бегайдарова, Г. К. Алшынбекова, О. Н. Ефимова, С. М. Данбаева, Г. А. Оспанова

В ЖӘНЕ С ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІНЕ ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ

1998 жылдан 2009 жылға дейінгі кезеңдегі Қарағанды қаласының гепатоорталығында тіркеуде тұрған В және С вирусты гепатиттерімен науқас 149 баланың анкетасына талдау жүргізілген. Зерттеулердің нәтижесі вирусты гепатитке шалдыққан балаларды оңалтудың ең қолайлы жолы қоғам мен әлеуметтік ортаның барынша бірігуі арқылы ғана жүзеге асатынын көрсеткен. Біздің мемлекетіміздің медициналық, педагогикалық, әлеуметтік, әкімшілік-шарушылық және басқа құрылымдарының бірлесе қимылдаған күш-әрекеті қажет.

А. М. Конурова

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

КГКП «Поликлиника города Сатпаев» (Сатпаев)

Состояние здоровья граждан является одним из главных компонентов национальной безопасности любого государства. Эффективность системы здравоохранения, наряду с адекватным финансированием отрасли, обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия, государственным регулированием фармацевтического рынка в значительной степени зависит от уровня качества предоставляемой населению медицинской помощи. Во внедряемой Единой национальной системе здравоохранения для проведения экспертизы качества медицинской помощи предлагается использовать индикаторы результата – критерии оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами.

В рамках проведения процедуры аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь, нами проведен анализ деятельности дневного стационара по КГКП «Поликлиника города Сатпаев» за I полугодие 2010 г. Работа осуществлялась врачом и медицинской сестрой, имеющими высшую категорию.

Дневной стационар поликлиники рассчитан на 20 коек. Среднее содержание пациентов составляет 7,1 койко-дней (табл. 1).

Стационар оказывает диагностические услуги (осмотры, консультации), лабораторные и инструментальные исследования, а также лечебные услуги на основании лицензии. Дневной стационар поликлиники, как и стационар на дому обеспечен лекарственными препаратами согласно списку основных жизненно-важных средств

Таблица 1.

Количество койко-дней, проведенных пациентами в дневном стационаре в соответствии с нозоформой

Наименование заболевания	код	чел.	к/дни	среднее пребывание
Новообразования	C00-D48	6	48	8
Злокачественные новообразования	C00-C90	1	8	8
Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена	E00-E90	29	150	5,1
Сахарный диабет	E10-E14	6	33	5,5
Прочие		23	117	5,0
Болезни нервной системы	G00-G99	4	32	8
Болезни системы кровообращения	I00-I99	204	1487	7,2
Гипертоническая болезнь	I10-I13	101	684	6,7
Другие формы острой ИБС	I23. I24			
Стенокардия	I20	1	7	7
Стенокардия стабильная	I20.8	14	107	7,6
Цереброваскулярные болезни	I60-I69	1	8	8
Прочие		87	681	7,8
Болезни органов дыхания	J00-J99	27	189	7
Пневмонии	J12-J16, J18	8	63	7,8
Бронхит хронический неуточненный, эмфизема	J40-J43	14	91	6,5
Бронхиальная астма	J45-J46	3	22	7,3
Другие хронические обструктивные болезни легких	J44-J47	2	13	6,5
Болезни органов пищеварения	K00-K93	29	221	7,6
Язва желудка и двенацатиперстной кишки	K25-K27	2	13	6,5
Гастрит и дуоденит	K29	1	8	8
Желчнокаменная болезнь, холецистит, холангит	K80. K81. K83.0	5	38	7,6
Прочие		21	162	7,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	13	92	7,0
Болезни МЧП системы	N00-N99	19	146	7,6
Почечные и тублоинтерстициальные болезни	N10-N12. N15	3	21	7
Всего		331	2365	7,1

для оказания экстренной и плановой помощи.

Основной контингент, обслуживаемый стационарами, – инвалиды, диспансерные больные, дети, участники ликвидации аварии на Чернобыльской атомной электростанции, воины-интернационалисты, участники Великой Отечественной войны (УВОВ), инвалиды Великой Отечественной войны (ИВОВ), пенсионеры, подростки (табл. 2).

Таблица 2.
Основной контингент обслуживания дневного стационара (n=331)

Население	абс	%
Инвалиды	41	12,4
Пенсионеры	141	42,6
Не работающие	45	13,6
Работающие	66	19,9
Домохозяйки	32	9,7
Дети	0	-
Подростки	4	1,2
УВОВ и приравненным к ним	2	0,6
Итого	3331	100

Таблица 3.
Нозологические заболевания, пролеченные в дневном стационаре

Нозологические формы	Количество (n=599)	
	абс.	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы	204	61,6
АГ	101	30,5
ИБС	1	0,32
прочие	102	30,8
Эндокринные болезни	29	8,7
в.т.ч. сахарный диабет	6	1,8
прочие	23	6,9
Неврологические заболевания	4	1,2
Заболевания органов дыхания:	27	8,1
бронхиальная астма	3	0,9
пневмония	8	2,4
хронический бронхит	14	4,2
прочие:	2	0,6
Злокачественные новообразования	6	1,8
Заболевания мочеполовой системы	19	5,7
Заболевания костно-мышечной системы	13	3,9
Болезни органов пищеварения:	29	8,7
язва желудка	2	0,6
гастрит и дуоденит	1	0,3
холецистит	5	1,5
Прочие:	21	6,3

Анализ обращаемости за медицинской помощью показал, что наиболее часто медицинская помощь в дневном стационаре оказывалась по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) (61,6% случаев), причем на долю артериальной гипертензии (АГ) и прочих заболеваний ССС приходится более половины всех случаев.

II место занимают болезни эндокринной системы и заболевания органов дыхания: 8,7% и 8,1% соответственно (табл.3).

В стационаре на дому оказывалась медицинская помощь больным с АГ и прочими заболеваниями сердечно-сосудистой системы двоим больным, что составило по 4% случаев (табл.4)

Таблица 4.
Нозологические формы, пролеченные в стационаре на дому

Нозология	Количество (n=4)	
	абс	%
Заболевания сердечно-сосудистой системы		
АГ	2	4
ИБС	-	-
прочие	2	4

В результате лечения, полученного в дневном стационаре при поликлинике, отмечалась положительная динамика в 100% случаев, при этом с улучшением выписаны больные в 99,8% случаев и в 0,2% случаев – с выздоровлением (табл. 5).

Таблица 5.
Динамика состояния больных, пролеченных в условиях дневного стационара

Динамика	Количество	
	абс	%
Ухудшение	-	-
Без перемен	-	-
Улучшение	328	99,8
Выздоровление	3	0,2

ВЫВОДЫ

1. При проведении анализа качества медицинских услуг, предоставляемых дневным стационаром и стационаром на дому в КГКП «Поликлиника города Сатпаев», за I полугодие 2010 г. определены объем и качество оказываемой медицинской помощи, которые проводятся квалифицированными медицинскими работниками в соответствии с действующей нормативной базой.

2. Наиболее часто медицинская помощь в дневном стационаре оказывалась по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (в 61,6% случаев), причем на долю артериальной

гипертензии и прочих заболеваний ССС приходится более половины всех случаев.

3. При лечении больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях стационара на дому отмечается улучшение состояния и клинической картины заболеваний в 100% случаев, что определяет высокую степень удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинской помощи и медицинских услуг.

Поступила 14.07.10

A. M. Konurova

FROM THE WORK EXPERIENCE OF DAILY IMPATIENT DEPARTMENT

The activity analysis of daily impatient department and impatient department at home of Satpayev town polyclinic which showed that 61,6% medical aid appealability falls to the share of cardiovascular system pathology and during the treatment in conditions of impatient department at home the recovery comes in 100% cases.

А. М. Қоңырова

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАРДЫҢ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІНЕН

«Сәтпаев қаласының емханасы» КМҚК-дағы күндізгі стационар және үйдегі стационар қызметіне талдау жасалған. Соның нәтижесінде медициналық көмек сұрап келгендердің ішінде жүрек-тамыр жүйесі патологиясының үлесіне 61,6% келген, бұл ретте үйден стационарлық ем алудың нәтижесінде науқастардың 100% өздерін жақсы сезінген.

И. Н. Касимова

ПРИМЕНЕНИЕ МЕБЕВЕРИНА В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ МОТОРИКИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

ТОО «Кошумбаева» (Жезказган)

В настоящее время функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) определяются как комплекс постоянных или периодически возникающих гастроинтестинальных симптомов, не объяснимых структурными или биохимическими нарушениями.

Абдоминальная боль является наиболее частым симптомом при функциональных заболеваниях кишечника и билиарного тракта. Наиболее частой причиной боли является гипермоторная активность, которая приводит к развитию спазма.

В соответствии с международной классификацией дисфункциональные расстройства билиарного тракта подразделяют на два типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди. Нарушение любого звена в координации оттока желчи и панкреатического сока может приводить к появлению рецидивирующих болей в верхней половине живота, транзиторному повышению в крови уровня трансаминаз, расширению общего желчного протока и сопровождаться эпизодами приступов острого панкреатита.

Ведущее значение в купировании болевого синдрома функциональных заболеваний ЖКТ принадлежит миотропным спазмолитикам, что подтверждается многочисленными клиническими исследованиями. Однако фармакологическая группа миотропных спазмолитических средств неоднородна, и при выборе препарата следует учитывать механизм его действия, т.к. абдоминальная боль часто сочетается с другими клиническими симптомами, в первую очередь с метеоризмом, запором и диареей. Одним из наиболее эффективных антиспастических препаратов является мебеверин (дюспаталин).

Механизм действия дюспаталина состоит в следующем. Гладкие мышцы желудочно-кишечного тракта сокращаются в результате стимуляции ацетилхолином мускариновых рецепторов, что приводит к открытию натриевых каналов и поступлению ионов натрия в клетку. С целью предупреждения спазма мускулатуры используют антихолинергические препараты, блокирующие мускариновые рецепторы. Основным их недостатком является высокая частота нежелательных эффектов, в том числе сухости во рту, нарушений зрения, тахикардии, задержки мочеиспускания. В отличие от холинолитических средств, мебеверин непосредственно снижает проницаемость мембран гладкомышечных клеток для ионов натрия и, соответственно, не вызывает побочных реакций, связанных с блокадой холинергической системы.

Мебеверин предупреждает спазм гладкомышечных клеток, но не вызывает их стойкую атонию, он блокирует натриевые каналы клеточной мембраны, в связи с чем поступление в клетку ионов натрия, а следовательно и кальция, становится невозможным. Вследствие этих процессов значительно уменьшается сила мышечного сокращения.

Препарат активно метаболизируется при прохождении через стенку кишечника и печень, определяемой концентрации в плазме не обнаруживается. Все метаболиты препарата быстро выводятся с мочой. Полная экскреция препарата происходит в течение 24 ч после приема однократной оральной дозы [1].

Был применен препарат мебеверин (дюспаталин) у 20 пациентов с гипертоническими расстройствами желчевыводящих путей. Эффективность препарата оценивалась при его применении

в виде монотерапии по 1 таблетке 135 мг 3 р/сут за 20 мин до еды в течение 28 сут. Оценивались следующие параметры: наличие болей, выраженность метеоризма, частота и консистенция стула, затрудненное опорожнение кишечника, чувство его неполного опорожнения. В результате к 28 дню исследования у 70% пациентов болевой синдром был купирован полностью и у 25% значительно уменьшилась его интенсивность. В тот же период метеоризм той же степени выраженности, что и до лечения, оставался лишь у одной больной. Ощущение неполного опорожнения кишечника исчезло у 17 из 18 пациентов, у которых наблюдался этот симптом. Ощущение затрудненной эвакуации прекратилось к 7 сут лечения у 12 из 14 обследованных. Через две недели у пациентов, страдающих диареей, отмечалась тенденция к нормализации стула. У 10 из 20 (50,0%) больных при контрольном УЗИ отмечено уменьшение размеров желчного пузыря.

Побочных эффектов при применении препарата отмечено не было. Дюспаталин можно использовать для симптоматического лечения любых болей и дискомфорта в животе функционального происхождения, а также вторичных спастических болей при органических заболеваниях кишечника.

Безопасность препарата подтверждается многолетним опытом его применения в широкой практике. Мебеверин не обладает антихолинергической активностью и, соответственно, не вызывает побочные реакции, свойственные атропину. Мебеверин можно назначать при глаукоме и гиперплазии предстательной железы, когда противопоказаны холинолитические средства.

Таким образом, преимуществом применения мебеверина (дюспаталина) при функциональных заболеваниях кишечника и желчевыводящих путей является избирательность его действия на гладкую мускулатуру ЖКТ. Достоинством дюспаталина является также современная форма выпуска, обеспечивающая его пролонгированное действие. Препарат хорошо переносится и может быть рекомендован для лечения функциональных заболеваний кишечника, желчных путей и купирования спастических болей при органических заболеваниях ЖКТ у взрослых и детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А. В. Клиническая фармакология мебеверина (дюспаталина) и его роль в лечении заболеваний //Клиническая фармакология и терапия. – 2001. – Т. 10. – №1. – С. 1 – 4.

Поступила 16.07.10

I. N. Kasimova

THE USE OF MEBEVERINE IN TREATMENT OF BILE – EXCRETING TRACTS MOTILITY DISORDERS

Using his experience the author recommends preparation mebeverine (Duspatalin) as agent of choice at functional diseases of bowels and bile – excreting tracts. The advantage of the use is election of action on smooth musculature of gastrointestinal tract. The preparation is tolerated good and can be recommended for treatment of functional disease of bowels, biliary tracts and stopping of spastic pains of gastrointestinal tract organic diseases at adult people and children.

И. Н. Касимова

ӨТ ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫ МОТОРИКАСЫ БҰЗЫЛУЫН ЕМДЕУДЕ МЕБЕВЕРИНДІ ҚОЛДАНУ

Өз тәжірибесіне сүйене отырып, автор ішек пен өт шығару жолдарының функционалдық аурулары кезінде таңдау құралы ретінде гидрохлорид (Дюспаталин) препаратын қолдануды ұсынады. Оның бірқатар артықшылығы анықталған. Препарат адам ағзасына қолайлы, ешқандай зиян келтірмейді, ересектерге де, балаларға да ішек пен өт жолдарының функционалдық ауруларын емдеу барысында қолдануға ұсынылған.

И. И. Шелихов

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Областная клиническая больница (Караганда)

Причина постпункционного синдрома четко установлена – истечение ликвора через дефект твердой мозговой оболочки, что влечет за собой натяжение мозговых оболочек при перемещении пациента в вертикальное положение вследствие дислокации мозга и, как следствие, порождает головную боль, тошноту, рвоту и головокружение [2, 3]. Теоретически при эпидуральной анестезии отверстие в твердой мозговой оболочке отсутствует, однако в 0,5-4% все же имеется ее повреждение эпидуральной иглой большого диаметра и у 50% таких пациентов требуется лечение головной боли [1].

Приводится клинический случай.

Больной Б., 27 лет, в связи с проведением оперативного вмешательства – венэктомии по поводу варикозно-расширенных вен левой нижней конечности планировалось проведение эпидуральной анестезии лидокаином 2% на уровне L -3 L-4. При проведении индетификации эпидурального пространства произошел непреднамеренный прокол твердой мозговой оболочки иглой Туохи №18G, из павильона иглы появилось истечение ликвора. Игла извлечена, повторная пункция в промежутке L-4 L-5 с установкой катетера №18 G без технических сложностей. Кате-

тер введен вниз. Эпидуральная анестезия лидокаином 2%, дробно, 340 мг с хорошим эффектом, в последующем течение анестезии и оперативного вмешательства без особенностей. По окончании операции эпидуральный катетер удален. Больному рекомендован постельный режим в течение сут.

На 2 сут после операции при подъеме в вертикальное положение у больного развился сильнейший приступ головной боли, сопровождавшийся тошнотой, двукратной рвотой. Боли возникали при малейшей физической нагрузке, перемене положения в постели, при кашле. В связи с возникшим осложнением для консультации был приглашен анестезиолог.

При осмотре: состояние неудовлетворительное в связи с выраженным болевым синдромом. Больной астенизирован, положение вынужденное, лежачее. При малейшей попытке подняться с кровати, приподнять голову от подушки – сильнейшие головные боли, головокружение, тошнота. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые. Температура 36,7ºС. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 120 и 70 мм рт. ст., пульс удовлетворительных свойств, 88 в мин. Дыхание носовое, свободное, 18 в мин, над легкими дыхание везикулярное. Мочится самостоятельно, диурез достаточный. В анализах – без особенностей. Учитывая клиническую картину, имевшую место пункцию твердой мозговой оболочки, диагностирован синдром постпункционной головной боли. Назначено лечение: строгий постельный режим, внутривенная инфузия кристаллоидов в объеме 2400,0, обильное питье, внутримышечно кетонал 100 мг 4 раза в сут, кофеин 500 мг 4 раза в сут внутримышечно.

После суток проведенной терапии состояние больного не улучшилось. Сохранялись сильные головные боли, тошнота. Было принято решение о проведении пломбирования эпидурального пространства аутокровью. После проведения беседы с пациентом и получения информированного согласия, в условиях операционной в положении лежа на боку произведена пункция эпидурального пространства на уровне L4-L5 иглой Туохи №18G. В асептических условиях взято 20,0 мл крови из кубитальной вены. После введения 16,0 мл свежей крови в эпидуральное пространство у больного появилось чувство тяжести в затылке, введение аутокрови прекращено. Больной отметил значительное уменьшение болевого синдрома. Болевой синдром купировался полностью через 20 мин. Транспортирован в палату, с рекомендациями соблюдения постельного режима 2 ч. После 2 ч больного подняли, болевого синдрома и тошноты не отмечает, активен. Выписан на 7 сут после операции. При выписке состояние удовлетворительное, неврологической симптоматики нет, головные боли не повторялись.

ВЫВОДЫ

1. Постпункционная головная боль является осложнением, влияющим на качество оказания медицинской помощи. Стандартные мероприятия терапии данного осложнения не всегда бывают эффективны.

2. Методика пломбирования эпидурального пространства аутокровью эффективна, достаточно просто выполнима и может быть рекомендована в случае развития выраженного постпункционного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Илюкевич Г. В. Регионарная анестезия / Г. В. Илюкевич, В. Э. Олецкий. – Минск: Ковчег, 2006. – 228 с.
2. Шифман Е. М. 100 лет головной боли: Клиническая физиология постпункционной головной боли. Пособие для врачей. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 64 с.
3. Шифман Е. М. Спинномозговая анестезия в акушерстве /Е. М. Шифман, Филиппович Г. В. – Петрозаводск: Интел Тек, 2005. – 558 с.

Поступила 17.06.10

I. I. Shelikhov

EPIDURAL SPACE FILLING USE AT POSTPUNCTURED HEAD ACHE

The clinical case at patient observed after conducted epidural anesthesia 2 % lidocaini on the level L-3, L-4 is considered. Manipulation was complited by puncture of firm brain membrane by № 18 G Tuokhi needle, the outflow of cerebrospinal fluid appeared from pavilion of needle. The clinical picture of postpunctured head ache was developed at patient. Conservative actions were without effect. The filling of epidural space by autoblood was made. The patient marked significant decrease of pain syndrome. Pain syndrome was stopped fully within 20 minutes. The high efficacy of the treatment method is marked.

И. И. Шелихов

ПУНКЦИЯДАН КЕЙІНГІ БАС АУЫРУЫ ЖАҒДАЙЫНДА ЭПИДУРАЛЫҚ КЕҢІСТІККЕ ПЛОМБАЛАУДЫ ҚОЛДАНУ

L-3 L-4 деңгейінде 2% лидокаинмен эпидуральды анестезия өткізілгеннен кейін науқастағы клиникалық жағдай қарастырылған. Манипуляция Туохи № 18G инесімен қатты ми қабығын тесумен күрделенді, ине павильонынан ликвор ағуы байқалды. Пациентте пункциядан кейінгі бас ауыруының клиникалық картинасы дамыды. Консервативтік іс-шаралар тиімсіз болды. Эпидуралық кеңістікті аутоқан-мен пломбалау жасалды. Науқас ауыру синдромы әжептәуір азайғанын атап көрсетті. Ауыру синдромы 20 минуттың ішінде толық басылды. Осы емдеу тәсілінің жоғары тиімділігі анықталған.

С. Д. Турысбекова

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

ТОО « Альменбетов» (Жезказган)

Функциональные нарушения (ФН) ЖКТ занимают одно из главных мест в структуре патологии органов пищеварения. Диагностика ФН зачастую вызывает трудности у практических врачей. ФН чаще всего обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта.

Классификация ФН ЖКТ построена по клиническим критериям в зависимости от преобладания симптомов расстройств:

– регургитация, руминация и циклическая рвота;
– абдоминальные боли – функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки (СРК), функциональные абдоминальные боли, абдоминальная мигрень и аэрофагия;
– детская дисхезия (болезненная дефекация), функциональный запор, функциональная задержка стула, функциональный энкопрез.

СРК – функциональное кишечное расстройство, проявляющееся абдоминальным болевым синдромом, нарушением дефекации, метеоризмом. 40-70% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, имеют СРК.

Симптомы СРК: частый стул, более 3 раз в сут.; редкий стул, менее 3 раз в нед.; твердый или бобовидный стул; разжиженный или водянистый стул; натуживание на протяжении акта дефекации; выделение слизи во время акта дефекации; чувство переполнения, вздутия. Боли при СРК от тупых до острых, спазматических, по длительности – от нескольких минут до нескольких часов. Функциональные абдоминальные боли ФАБ проявляются наряду с функциональной диспепсией, СРК, абдоминальной мигренью и аэрофагией. В клинической картине превалируют жалобы на абдоминальную боль в околопупочной области, но могут отмечаться и в других областях живота, также имеется снижение аппетита, тошнота, рвота, диарея, головные боли.

Симптомы ФАБ: – часто повторяющаяся или непрерывная абдоминальная боль; частичное или полное отсутствие связи между болью и физиологическими событиями (приемом пищи, дефекацией, менструацией; потеря повседневной активности; отсутствие органических причин боли. У детей первого года жизни диагноз ФАБ не ставят, подобный симптомокомплекс называют детскими коликами, а в отличие от взрослых это выражается длительным плачем, беспокойством, сучением ножками.

Абдоминальная мигрень (АМ) носит интенсивный, диффузный характер, сопровождается тошнотой, рвотой, поносом, побледнением и похолоданием конечностей. Длительность болей колеблется от получаса до нескольких часов или даже суток. При диагностике АМ надо учитывать связь с головной болью, молодой возраст, семейный анамнез, терапевтический эффект препаратов против мигрени, увеличение скорости линейного кровотока в брюшной аорте при допплерографии.

ФЗС – функциональная задержка стула и функциональной запор – нарушение процессов формирования и продвижения кала по всей кишке. Частой причиной является дисфункция и некоординированная работа мышечных структур тазового дна и прямой кишки, а также причиной может стать угнетение дефекационного рефлекса у стеснительных детей (условно-рефлекторные запоры).

Важную роль при лечении играет нормализация режима питания, охранительный психоэмоциональный режим, надлежащий выбор лекарственных препаратов.

Одним из ведущих патологических механизмов в функциональных заболеваниях кишечника является чрезмерное сокращение гладкой мускулатуры кишечной стенки и связанная с этим абдоминальная боль.

В терапии этих состояний необходимо использовать лекарственные средства, обладающие спазмолитической активностью, таких как дюспатамин.

Действующим началом препарата дюспатамин является мебеверина гидрохлорид, производное метоксибензамина. Особенностью препарата является то, что гладкомышечные сокращения подавляются мебеверином не полностью, что указывает на сохранение нормальной перистальтики после подавления гипермоторики. Не существует известной дозы мебеверина, которая бы полностью ингибировала перистальтические движения, т. е. вызывала бы гипотонию. Приводим дозировку этого препарата в зависимости от возраста пациента.

Дозировка	Возраст пациента
25 мг	3 года
50 мг.	4-8 лет
100 мг.	9-10 лет
150 мг.	старше 10 лет

Мебеверин обладает двумя эффектами:

– оказывает антиспастический эффект, снижая проницаемость клеток гладкой мускулатуры для Na+.
– способствует уменьшению оттока К+ и, соответственно, не вызывает гипотонию.

Основное клиническое преимущество препарата дюспатамин заключается в том, что он показан пациентам с СРК и АБ функционального генеза, которая сопровождается как запором, так и диареей, поскольку препарат оказывает нормализующее действие на функцию кишечника

Поступила 16.07.10

S. D. Turysbekova

THE TREATMENT OF FUNCTIONAL DESEASES OF BOWELS AT CHILDREN

The treatment of functional abdominal pains at children with the help of duspatalin preparation is described in the article.

С. Д. Тұрысбекова

БАЛАЛАР ШЕКТЕРІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ

Мақалада дюспаталин перапаратының көмегімен балалардағы функционалдық абдоминалдық ауруларды емдеу жағдайы сипатталған.

И. И. Шелихов

СЛУЧАЙ ИНЪЕКЦИИ ЛИДОКАИНА 2% В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Областная клиническая больница (Караганда)

Субдуральное пространство является потенциальным пространством между твердой мозговой оболочкой и арахноидальными оболочками и в него может проникнуть игла типа Туохи или эпидуральный катетер. При инъекции происходит широкое распространение препарата в это пространство, в результате чего возникает не запланированная широкая блокада, описанная как массивная экстрадуральная анестезия. Эта ситуация может возникнуть при проведении эпидуральной анестезии и обезболивании в послеоперационном периоде и должна подозреваться всякий раз, если эпидуральная доза вызывала более широкое, чем ожидалось распространение анестезии [1].

Больной 36 лет поступил в операционную для проведения оперативного вмешательства по поводу варикозного расширения вен левой нижней конечности. Состояние больного удовлетворительное, он в сознании, адекватен. В анамнезе жизни – редкие ОРВИ, ангина, корь в детстве. Кожные покровы чистые, нормального питания, мышечная масса развита хорошо. Рост 178 см, масса тела 86 кг. Дыхание носовое, свободное. Над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

После премедикации за 30 минут до анестезии Sol. Atropini sulfatis 0,1% 0,7, Sol. Dimedroli 1%.2,0, Sol. Tramadoli 5% 2,0, в положении на левом боку, в асептических условиях на уровне L4-L5 иглой Туохи №18 G, без технических сложностей, с 1 попытки осуществлена пункция эпидурального пространства. Идентификация эпидурального пространства с помощью метода «потери сопротивления». Тест доза лидокаин 80 мг с адреналином 0,18%. 1:200000. Через 6 мин введена основная доза 320 мг лидокаина с адреналином 1:200000. Признаки анестезии на 15 мин, появилось чувство тепла в стопе, левом бедре. На 40 мин появилась мышечная релаксация конечности. Справа движения в пальцах стопы сохраняются, чувствительности нет. На 50 мин после введения тест дозы лидокаина начата операция. Анестезия и релаксация хорошая, болевой, тактильной чувствительности нет. Больной в сознании, адекватен. Артериальное давление 120 и 80 мм ртутного столба, пульс 68 в минуту. Уровень кожной чувствительности отсутствует слева на уровне Т-12 справа L-2. На 64 мин анестезии больной стал жаловаться на снижение зрения в левом глазе, невозможность напрячь брюшной пресс, слабость, онемение левой верхней конечности, чувство нехватки воздуха.

При осмотре у больного слева птоз, миоз – появился односторонний симптом Горнера, развилась симпатическая блокада. Уровень кожной анестезии слева С-4, справа Т-6. Артериальное давление снизилось до 90 и 50 мм рт. ст., пульс 60 в мин, дыхание носовое, свободное 14 в мин. Объём инфузии солевых растворов составил к этому моменту 1200,0. Начата подача кислорода через маску, инфузия рефортана 10% 500,0. Через 7 мин уровень кожной анестезии начал снижаться, слева Т-2, справа Т-10. Больной в сознании, адекватен. Видимые слизистые розовые, дыхание носовое, свободное 14 в мин, Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст., пульс 64 в мин. На 90 мин появились движения в пальцах правой стопы при отсутствии кожной, температурной и тактильной чувствительности. Уровень кожной анестезии слева L-1, справа L-3. По окончании операции больной в сознании переведен в палату отделения. Чувствительность и двигательная активность в нижних конечностях восстановились к 140 мин от начала анестезии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 7 сут.

Данный клинический случай интересен непредсказуемо высоким, распространенным, односторонним блоком, развитием симптома Горнера при стандартной дозе лидокаина на люмбальном уровне. Отсутствие тотального спинального блока, симптомов постпункционной головной боли в послеоперационный период, исключают субарахноидальное введение лидокаина.

I. I. Shelikhov

THE CASE OF 2% LIDOCAINI INJECTION INTO SUBDURAL SPACE OF EPIDURAL ANESTHESIA CONDUCTION

The present clinical case is interesting by unforeseen high, spread, one-sided block, development of Gorner's symptom at standard lidocaini dose of lumbar level. The absence of total spinal block, symptoms of postpunctured head ache in postoperational period expel subarachnoidal lidocaini introduction.

И. И. Шелихов

ЭПИДУРАЛДЫ АНЕСТЕЗИЯНЫ ӨТКІЗУ ЖАҒДАЙЫНДА СУБДУРАЛДЫ КЕҢІСТІККЕ 2% ЛИДОКАИН ЕНГІЗУ ЖАҒДАЙЫ

Бұл клиникалық жағдай люмбальды деңгейдегі лидокаиннің стандарттық дозасы жағдайында болжаусыз жоғары, кең тараған, бір жақты блок Горнер симптомының дамуымен қызықты. Операциядан кейінгі кезеңде пункциядан кейінгі бас ауруының болмауы лидокаинды субарахноидалды енгізудің қажетсіздігін көрсетеді.

Т. А. Иванова

СВЕТОТЕРАПИЯ БИОТРОН – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

КГКП «Областной центр медицинской помощи ветеранам войны» (Караганда)

В практике физиотерапевта больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата встречаются достаточно часто. Более 4% населения страдают самыми различными заболеваниями суставов, деформирующий остеоартроз занимает одно из первых мест в структуре заболеваний, которые поражают лица различного пола 45 -70 и более лет и приводят к достаточно длительной потере трудоспособности, нередко принимая прогрессирующее течение.

Деформирующий остеоартроз (ДОА) относится к дистрофическим поражениям тканей суставов и бывает первичным и вторичным. Первый возникает в результате нарушения питания хряща, которое происходит при поражении синовиальной оболочки, снижении ее секреторной функции и дегенерации хряща, в процессе которого он теряет эластичность и упругость. Происходит разволокнение хряща и образование в нем дефектов, что, в свою очередь, приводит к остеосклерозу и деформации суставов. Длительная микро-травматизация суставов, физические перегрузки, неблагоприятные условия труда и быта у пожилых, да и у относительно молодых людей, являются факторами риска для развития ДОА. Кроме того, большое значение у пожилых людей в развитии и прогрессировании множественного поражения суставов – полиостеартроза – имеют гиперхолистеринемия, атеросклероз и облитерирующие изменения капилляров, ожирение, которые приводят к механической перегрузке суставов, слабости связочного аппарата и нарушению конгруентности суставных поверхностей. При вторичном остеоартрозе патологический процесс происходит уже в травмированном хряще, в его развитии имеют место дисплазия, остеонекроз, нервно-трофические и метаболические нарушения.

В практике врачей КГКП «ОЦМПВВ» чаще всего встречаются остеоартрозы коленных, тазобедренных, голеностопных, а также мелких суставов стоп и кистей. Часто диагностируются полиостеоартрозы, для которых характерно поражение нескольких суставов и позвоночника.

Клинико-морфологические признаки определяют три стадии ДОА: I, II и III, формирование каждой из которых обусловлено своеобразным характером и определенной степенью нарушения трофики эпифизарного хряща и синовиальной оболочки. Кроме того, происходят изменения в электролитных соотношениях и нарушается дисбаланс микроэлементов в сыворотке крови. Это существенно изменяет клеточный метаболизм, в результате чего происходит нарушение кровоснабжения тканей суставов, отложение липидов в стенках капилляров, что ведет за собой уменьшение транспорта кислорода, микроэлементов и гормонов к клеткам. Трофика тканей ухудшается и дистрофический процесс приобретает прогрессирующий характер.

В настоящее время для лечения ДОА широко применяются различные методы физиотерапии, которые обладают разнообразным лечебным действием на организм, эффективность которого зависит от стадии заболевания. При I стадии ДОА эффективность лечения наиболее выражена, при II – она снижается, еще ниже становится при III стадии ДОА.

Цель работы – изучение эффективности биоптронтерапии у пациентов с болевым синдромом крупных суставов. Выбор светотерапии биоптрон был обусловлен тем, что этот метод лечения, воздействуя на организм и, в частности, на какой-либо сустав, поддерживает его восстанавливающие способности и помогает ему использовать собственный потенциал для выздоровления. Кроме того, пожилой возраст пациентов ККГП «ОЦМПВВ», сопутствующие заболевания ограничивают возможности врача в применении различных методов физиотерапии, а светотерапия Биоптрон никаких отрицательных побочных эффектов при ее использовании не выявила.

Одним из важных эффектов биоптронтерапии является ее биостимулирующее действие. Происходит повышение температуры тканей на 1,0-1,5ºС и улучшение в них микроциркуляции. Биоптронтерапия обладает противовоспалительным действием, которое обусловлено улучшением регионарного кровотока и лимфотока, оказывает противоотечное действие, стимулирует иммунную систему, оказывает болеутоляющее действие, обусловленное устранением гипоксии тканей в области проведения процедур [1, 2].

Для решения поставленной задачи были проведены наблюдения за 28 пациентами с болевым синдромом различных крупных суставов при ДОА в возрасте от 50 до 75 лет, с длительностью заболевания от 2 до 10 лет.

Светотерапия проводилась при помощи аппарата Биоптрон Компакт, который благодаря небольшим размерам и удобной конфигурации, очень прост в использовании, как в физиотерапевтическом кабинете, так и у постели больного. В приборе Биоптрон Компакт имеется вмонтированный таймер, подающий звуковые сигналы каждые 2 мин, что обеспечивает четкий контроль времени проведения сеанса. Длина волны аппарата Биотрон Компакт 480-3400 нм, то есть генерирует видимое и коротковолновое инфракрасное излучение без ультрафиолетовой компоненты. По этому физическому параметру аппарат Биоптрон приближается к лазерам, но лишен других характерных для лазерного излучения свойств – монохроматичности, когерентности, изотропности. Степень поляризации аппарата Биоптрон больше 95%, плотность потока световой энергии в минуту 2,4 Дж/см^2, удельная мощность – 40 мВт/см^2.

Процедуры проводились ежедневно по 6-8 мин на каждую сторону пораженного сустава. Курс лечения составлял 8-10 процедур. Все больные хорошо переносили процедуры, акцентируя внимание на том, что уже через 4-5 процедур выявлялось уменьшение болевого синдрома, особенно у больных с I и II стадиями ДОА. В процессе лечения достоверно уменьшилась выраженность боли, несколько увеличился объем движений в суставах, улучшилось общее самочувствие и настроение больных. Значительное улучшение в процессе лечения достигнуто у 10 (36,3%) пациентов, улучшение достигнуто у 15 (54,5%) пациентов. У 3 (9%) пациентов не отмечено выраженной динамики, что, по-видимому, связано с длительностью заболевания и развитием патологического болевого синдрома.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности курсового применения светотерапии Биоптрон в отношении уменьшения болей при ДОА, что дает основание рекомендовать включение данной процедуры в комплексную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В. М. Общая физиотерапия /В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – М., Медицина, 1999. – С. 151.

2. Улашик В. С. Общая физиотерапия /В. С. Улашик, И. В. Лукомский. – Минск: Книжный дом, 2005. – С. 244.

3. Физические методы лечения больных деформирующим остеоартрозом. Методические рекомендации. – Алмата, 1987. – С. 12.

Поступила 19.07.10

T. A. Ivanova

PHOTOTHERAPY BIOTRON – NEW METHOD OF PATIENTS' TREATMENT WITH OSTEOARTROSIS DEFORMANS

Bioptron phototherapy is known and widely used in different fields of medicine. Bioptron beeing influenced on organism by natural way supports his reducing abilities, helps him to use own potential for recovery. The use of bioptrontherapy at osteoartthrosis deformans is recommended for inclusions into complex therapy is stationary and outpatient clinic treatment.

Т. А. Иванова

БИОПТРОН ЖАРЫҚ ТЕРАПИЯСЫ – ОСТЕОАТРОЗ ДЕФОРМАЦИЯСЫМЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛІ

Биоптрон жарық терапиясы кеңінен белгілі және медицинаның әртүрлі салаларында кеңінен қолданылады. Биоптрон, табиғи тәсілмен организмге әсер ете отырып, оның қалпына келтіру қабылетін қолдайды, сауықтыру үшін оған өз әлеуетін қолдануға көмектеседі. Остеоартроз деформациясы жағдайында биоптронтерапияны қолдану стационарлық және амбулаторлық емдеу барысында кешенді терапияға енгізу үшін ұсынылған.

К. Б. Жактаева

КАТАМНЕЗ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

КГКП «Областная детская клиническая больница» (Караганда)

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является следствием хронического заболевания либо системного заболевания с поражением почек и встречается по среднестатическим данным у 20 больных на 1 млн детского населения. В настоящее время существуют три метода лечения больных детей с ХПН, позволяющих добиться достаточной реабилитации больных: перитониальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки. Наиболее эффективным методом лечения, который позволяет добиться медико-социальной реабилитации больных с терминальной стадией ХПН, является аллотрансплантация почки. Несмотря на значительные успехи в клинической трансплантологии, важное практическое значение имеет предупреждение реакции отторжения и ее обратимости в отдаленном периоде.

В связи с актуальностью этой проблемы нами представлен случай из практического наблюдения и лечения больного М. 13 лет с клиническим диагнозом: ХПН, терминальная стадия на фоне хронического гломерулонефрита. Хрониодиализ (июль 2007 – август 2008). Состояние после трансплантации донорской почки (07.08.08).

Anamnesis vitae: ребенок от 1 беременности, 1 запоздалых родов. Течение беременности с токсикозом 1 половины беременности. В родах слабость 2 периода-бинт Вербова, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Вес-3400. Рост 52 см. Шкала Апгар 5-7 баллов. В периоде адаптации отмечалось угнетение ЦНС, со 2 дня желудочное кровотечение – гемотрансфузия №20. До 1 года состоял на Д учете у невропатолога по поводу перинатального поражения ЦНС, натального поражения шейного отдела С-С7. Частые ОРВИ. Иммунопрофилактика по графику. Наследственность не отягощена.

Anamnesis morbi: Болен с марта 2004 г. На фоне ОРВИ появились боли в животе и мутная моча, проведена аппендэктомия. На 3 сут состояние ухудшилось, появились кожный, абдоминальный и почечный синдромы. Выставлен диагноз: геморрагический васкулит Шенлейн-Геноха, течение тяжелое (нефритический синдром с отеками, артериальной гипертензией, макрогематурией). С мая по сентябрь 2005 г. лечился в ОДКБ г. Караганды, получал преднизолон 45 мг/сут. Ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии для дальнейшего лечения и уточнения диагноза переведен в РДКБ «Аксай» г. Алматы, где 15.09.2005 г. проведена биопсия почек.

Заключение биопсии: фокально-сегментарный мезангиопролиферативный гломерулонефрит с фокальным и сегментарным гломерулосклерозом вследствие выраженных воспалительных изменений. III тип нефрита Шенлейн-1 Геноха). Клинически имел место хронический нефритический синдром. Противопоказанием для проведения иммуносупрессивной терапии явилась ассоциация болезни с хроническим вирусным гепатитом В фазе интергации (показаний к противовирусной терапии не было). Проведено лечение преднизолоном – 30 мг/с, поддерживающая терапия азатиоприном, получал нефропротективную терапию (диета, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторы AT_2). в 2005 -2007 гг. отмечались рецидивы нефрита с прогрессированием артериальной гипертензии, почечной недостаточности. С июля 2007 г. по май 2008 г. находился на программном гемодиализе в РДКБ «Аксай» по поводу терминальной стадии ХПН. С мая по июнь 2008 г. находился на программном гемодиализе в отделении эфферентной терапии ННЦМД г. Астана. Проведено 24 сеанса гемодиализа.

Ввиду отсутствия положительной динамики от программного гемодиализа больной консультирован зав.отделением трансплантации Научного центра хирургии им. Сызганова Э. Ш. Султановым. Рекомендована трансплантация донорской почки. Абсолютных противопоказаний не было. С 01.08 по 14 08. 2008 г. находился на лечении в клинике Аади Хоспитал г. Лахор (Пакистан), произведена трансплантация донорской почки. 07.08.2008 г. Выписан на 7 сут после операции с функционирующей цистостомой на 3 -компонентной иммуносупрессивной терапии: Сандиммун Неорал 250 мг/сут, Селл-септ-2000 мг/сут, преднизолон 40 мг/сут. С 15.08. по 18.08.2008 г находился на обследовании в Республиканском Центре урологии Узбекистана. После операции (трансплантации донорской почки) на 11 сут поступил в ННЦМД г. Астана на обследование функции трансплантата и коррекции дозы иммуносупрессивной терапии.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое за счет основного заболевания и его осложнений (анемия, артериальная гипертензия, почечная недостаточность), тяжести перенесенной операции. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно. Телосложение астеническое, пониженного питания. Отстает в физическом развитии. Отмечается пастозность лица. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев спокойный. Дыхание везикулярное 18-20 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены. ЧСС-75 уд/мин., границы относительной сердечной тупости сердца расширены на 0,5 см. АД-130/100 мм рт. ст., живот мягкий, не увеличен. Печень плотноэластичной консистенции, по краю реберной дуги. В правой подвздошной области послеоперационная рана, шов спокойный, местных изменений нет. Имеется функционирующая цистома. Диурез самостоятельный 1500-2500 мл. УЗИ трансплантa-

та 19.08.08 – 122х63 мм, контур ровный, четкий, паренхима 16 мм. КМД сохранена, собирательная система – 30 мм, отделы не расширены. В режиме ЦДК сосудистый рисунок прослеживается до коркового слоя, кровоток в магистральных и сегментарных сосудах, прослеживается незначительное количество межпетельной жидкости.

Заключение: гепатомегалия, незначительное количество выпота в межпетельное пространство. УЗИ трансплантата (через месяц после операции) от 16.09.08 – положительная динамика. Гемодинамических изменений трансплантата не выявлено. В отделении эфферентной терапии ННЦМД больному проводилась иммуносупрессивная трехкомпенентная терапия (Сандиммун неорал от 300-200 мг/сут, Селл-септ – 2000 мг/сут, преднизолон – 40-30 мг/сут). Антибактериальная, гипотензивная, гастропротективная терапия. Состояние больного на фоне проводимой терапии улучшилось. Гемодинамические показатели нормализовались, концентрация циклоспорина в крови в допустимых параметрах.

Из клиники ННЦМД г. Астаны после трансплантации почки больной выписан через 1 мес.10 дней на амбулаторное наблюдение по месту жительства. Ежемесячные наблюдения больного проводятся нефрологом консультативно-диагностической поликлиники ОДКБ г. Караганды в течение 1 г. 10 мес после трансплантации донорской почки. За истекший период дважды находился на стационарном лечении в ННЦМД г. Астаны (с 05.01.2009 по 17.01.09 и с 13.06.2009 по 01.07.2009 г.), где проводилось контрольное обследование функции трансплантата, концентрация циклоспорина в крови и коррекция лечения). Больной регулярно получал бесплатно иммуносупрессивную трехкомпонентную терапию, кроме того, с гипотензивной целью моноприл + амлодипин и по рекомендации эндокринолога L-тироксин. Состояние больного в течение первого года после трансплантации почки было средней степени тяжести за счет основного заболевания и его осложнений (анемия, артериальная гипертензия) побочных эффектов иммуносупрессивной терапии. Отмечались выраженные признаки вторичного экзогенного гиперкортицизма, гипертрихоза (побочный эффект циклоспорина) отставания в физическом развитии. На фоне снижения дозы преднизолона от 40 мг до 5 мг, Сандиммун-неорал от 200 мг/сут. до 125 мг/сут, Селл-септ-2000 мг/сут до1, 500 мг/сут, значительно уменьшились симптомы гиперкортицизма, гипертрихоза. Состояние больного удовлетворительное, самочувствие не нарушено, прибавил в росте 5 см. Нормализовалось А/Д до 110/80 мм рт. ст. Отмечается положительная динамика лабораторных показателей: Снижение уровня креатинина от 120 мкмол/л до 72,4 мкмоль/л. Повышение СКф до 84,3 мл/мин. Общий анализ крови Нв-130 г/л. Эритроциты – $4,6x10^{12}$, лейкоциты – $7,3x10^{9}$,СОЭ – 4 мм в час. Общий анализ мочи уд. Вес – 1018, белок отр., проба Зимницкого уд. Вес 1010-1025. Концентрация $CyA_0$116 нг/мл. CdA_2-1105 нг/мл.

Вывод: своевременная и пожизненная иммуносупрессивная терапия больных после пересадки донорской почки является эффективным методом предупреждения реакции отторжения и восстановления функции почек.

K. B. Zhaktayeva
KATAMNESIS OF SICK CHILD WITH TERMINAL STAGE OF CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

The clinical case of allotransplantation of donor kidney to child with positive dynamics in katamnesis on the background of uninterrupted immunosuppressive therapy is given in the article.

К. Б. Жақтаева
СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНІҢ ТЕРМИНАЛДЫҚ ДЕҢГЕЙІ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ НАУҚАС БАЛАНЫҢ МӘЛІМЕТТЕР ЖИЫНТЫҒЫ

Мақалада үздіксіз иммуносупрессивті терапия фонында науқас балаға мәліметтер жиынтығындағы оң динамикамен донорлық бүйректі аллотрансплантациялаудың клиникалық жағдайы сипатталған.

В. Н. Клочко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОВ В ОТНОШЕНИИ P. AERUGINOSA – ВЕДУЩЕГО ВОЗБУДИТЕЛЯ РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Карагандинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы

Введение в арсенал терапевтов антибиотиков в 40 гг. прошлого столетия было самым значительным событием, изменившим прогноз больных с раневыми инфекциями.

В последние годы в тактике антибактериальной терапии раневых инфекций отмечается определенная тенденция к более раннему назначению антибиотиков и более длительному их применению, а также проведению профилактических курсов. Антибактериальные препараты являются ключевым звеном в комплексном патогенетическом лечении больных.

По данным аторов [3], в большинстве стационаров СНГ ведущим возбудителем госпитальных инфекций является P. aeruginosa и его значение в патологии человека неуклонно возрастает. Этот патоген является наиболее частым воз-

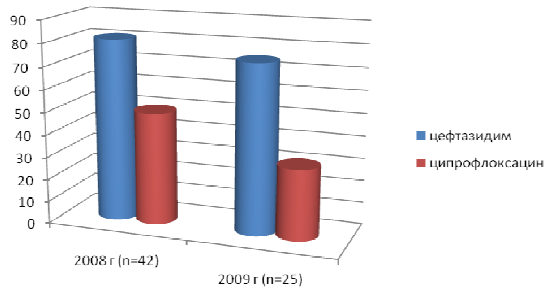
будителем нозокомиальных инфекций среди всех грамотрицательных микроорганизмов [2]. Распространенность синегнойной инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) сохраняет стабильность на протяжении последних 10 лет. Среди клинических форм синегнойной инфекции у пациентов ОРИТ наибольшую значимость имеют вентилятороассоциированной пневмонии (ВАП), инфекции мочевыводящих путей, кожи и мягких тканей [1]. Выбор антибиотиков для стартовой терапии пациентов проводится в основном эмпирически, с учетом локальных данных о чувствительности предполагаемого возбудителя.

Широкий спектр механизмов устойчивости P. aeruginosa обусловливает высокую полирезистентность этого возбудителя к антимикробным препаратам. Часто наблюдается сочетание нескольких механизмов резистентности. В связи с этим лечение синегнойной инфекции сложно и малоэффективно без постоянного определения ее чувствительности к антибиотикам.

Определение спектра чувствительности P. aeruginosa проводили в условиях бактериологической лаборатории многопрофильного стационара г. Абая за период 2008-2009 гг., в течение которого были изучены антибиотикограммы 67 штаммов P. aeruginosa, выделенных из клинического материала. Выделение и идентификацию возбудителя выполняли стандартными методами. Определение спектра чувствительности P. Aeruginо-sa к антимикробным препаратам выполнялось с помощью диско-диффузионного метода. Использовались коммерческая среда – агар Мюллера – Хинтона и диагностические диски с антибиотиками производства компании «Hi-media» (Индия). Определение результатов проводили в соответствии с рекомендациями по лабораторным стандартам. Внутренний контроль качества осуществлялся с использованием коллекции типовых культур (АТСС).

Результаты определения чувствительности штаммов P. aeruginosa, выделенных от больных, представлены на рис. 1, 2.

Несмотря на то, что в последние годы ряд исследователей указывают на тенденцию снижения активности цефтазидима и ципрофлоксацина в отношении синегнойной палочки, наши наблюдения свидетельствуют о высокой (85,2-74%) и стабильной активности цефтазидима в отношении P. aeruginosa (рис. 1).



Достоверность различий p<0,03

Рис. 1. Динамика чувствительности к цефтазидиму и ципрофлоксацину штаммов P. aeruginosa (n=67), выделенных в 2008-2009 гг. из клинического материала

В то же время, ципрофлоксацин уступает свои позиции – показатель его активности снизился до 31,4%. Среди аминогликозидов наибольшую активность в отношении штаммов, выделенных из клинического материала, проявляет тобрамицин (рис. 2).

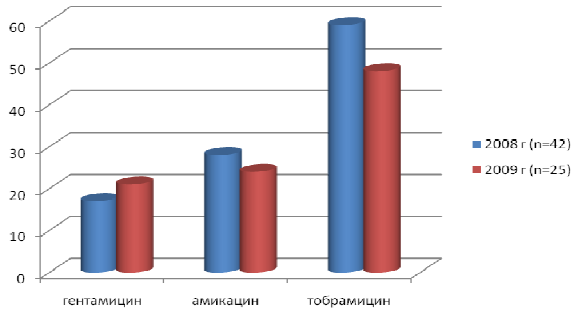


Рис. 2. Спектр чувствительности к аминогликозидам штаммов P.aeruginosa (n=67), выделенных в 2008-2008 гг. из клинического материала

На протяжении всего периода наблюдения чувствительность штаммов синегнойной палочки к гентамицину и амикацину не превышала 20%, тогда как тобрамицин был эффективным в отношении половины штаммов этого патогена.

Полученные нами данные указывают на необходимость назначения антибактериальных препаратов на основании результатов определения возбудителя и его антибиотикочувствительности, что позволяет проводить целенаправленную антибактериальную терапию и контролировать ее эффективность. Чувствительность штаммов P. aeruginosa, выделенных из клинического материала, к основным антисинегнойным антибиотикам, несколько снизилась. Наиболее активными препаратами остаются цефтазидим, имипенем и тобрамицин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов М. Б. Алгоритмы и организация антибиотикотерапии /М. Б. Богданов, Т. В. Черненькая. – М.: Издат. дом "Видар-М", 2004. – 206 с.
2. Сидоренко С. В. Клиническое значение Pseudomonas aeruginosa. Клин. фармакол. и тер. – 2003. – №12 (2). – С. 1 – 7.
3. Results of Russian country. wide surveillance of antimicrobial resistance of nosocomial gram. negative bacteria (NGNB) from 28 intensive care units (ISUs) /L. Stratchounski, G. Reshedko, O. Stetsiouk et al. //In: Proceedings of the 41st Interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy. 2001 Sep. Dec., Chicago, USA. Chicago, 2001. – P. 53 – 55.

Поступила 21.06.10

V. N. Klochko

COMPARATIVE ACTIVITY OF ANTIBIOTICS IN RELATION OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA – LEADING CAUSATIVE AGENT OF WOUNDED INFECTIONS IN MULTIPROFILED IMPATIENT DEPARTEMENT

The investigations of comparative activity of antibiotics in relation of Pseudomonas aeruginosa as leading causative agent of wounded infections in multiprofiled impatient department of Abai town are presented in this article.

В. Н. Клочко

КӨП САЛАЛЫ СТАЦИОНАРДАҒЫ ЖАРАҚАТТЫ ЖҰҚПАНЫҢ БАСТАПҚЫ ҚОЗДЫРҒЫШЫ PSEUDOMONAS AERUGINOSA БАЙЛАНЫСТЫ АНТИБИОТИКТЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ БЕЛСЕНДІЛІГІ

Мақалада Абай қаласындағы көп салалы стационардағы жарақатты жұқпалардың бастапқы қоздырғышы ретінде Pseudomonas aeruginosa байланысты антибиотиктердің салыстырмалы белсенділігіне жасалған зерттеулердің нәтижесі ұсынылған.

А. В. Батт

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Центральная больница (Темиртау)

Острая почечная недостаточность (ОПН) является одним из многих осложнений, требующих интенсивной терапии (ИТ). Различают 3 формы ОПН – преренальную (гемодинамическую), обусловленную острым нарушением почечного кровообращения; ренальную (паренхиматозную), вызванную поражением почечной паренхимы; и постренальную (обструктивную), развившуюся в результате острого нарушения оттока мочи.

Среди шоковых механизмов преренальной ОПН – снижение сердечного выброса, острая сосудистая недостаточность, гиповолемия и резкое снижение объема циркулирующей крови (ОЦК). Ренальная ОПН в большинстве случаев вызвана острым канальцевым некрозом вследствие ишемии при шоковых состояниях. Среди других факторов, повреждающих эпителий извитых почечных канальцев, важное место занимают лекарственные и химические соединения, приводящие к нефротоксическому некрозу канальцев. В 25% случаев ренальная ОПН обусловлена воспалением почек. Частой причиной ренальной ОПН является миоренальный синдром.

Постренальная ОПН вызывается острой обструкцией мочевых путей: двусторонней обструкцией мочеточников, обструкцией шейки мочевого пузыря, аденомой, раком предстательной железы, опухолью, шестисомозом мочевого пузыря, стриктурой уретры. Среди других причин – некротический папиллит, ретроперитонеальный фиброз и забрюшинные опухоли, заболевания и травмы спинного мозга. Механизм развития постренальной ОПН связан с афферентной почечной вазоконстрикцией, развивающейся в ответ на резкое повышение внутриканальцевого давления с выбросом ангиотензина 2 и тромбоксана А2.

Следует отметить ОПН, развившуюся в составе синдрома полиорганной недостаточности, которая возникает при шоковых состояниях различного генеза.

Цель исследования – изучение эффективности додиализного лечения ОПН у хирургических больных. В задачи исследования входило выявление причин ОПН и оценка эффективности ИТ без применения искусственной почки.

Анализу подвергнуты истории болезни 20 больных хирургического профиля в возрасте от 22 до 64 лет, находившихся на лечении в Центральной больнице г. Темиртау за последние три года в условиях реанимационного отделения.

В большинстве случаев (16 больных) была выявлена преренальная ОПН, развившаяся вследствие гиповолемии и нарушения почечного кровотока в связи с гипотонией на фоне геморрагического, септического шока, выраженной дегидратации в результате травмы, желудочно-кишечного кровотечения, острой кишечной непроходимости, острого панкреатита, перитонита, синдрома рвоты.

У 3 больных ОПН расценена как ренальная, так как была вызвана следующими причинами: нефротоксическое действие гентамицина, синдром позиционной компрессии, отравление уксусной кислотой. В одном случае имела место постренальная ОПН вследствие окклюзии мочевыводящих путей камнем.

О развитии ОПН судили на основании олигоанурии, которая появилась на фоне интенсивной противошоковой терапии, лабораторных данных, которые выявили изменения в анализах мочи (снижение удельного веса, наличие гиалиновых цилиндров, белка), плазмы (повышение креатинина более чем в 3 раза от нормы, гиперкалиемия, гиперосмия). У 2 больных ОПН протекала без олигоурии. При этом отмечали быстрый рост азотистых шлаков в крови, по клиренсу креатинина выявлено снижение как фильтрационной, так и реабсорбционной функции почек.

С целью дифференциальной диагностики функциональной ОПН и канальцевого некроза

(истинной ОПН) в качестве пробы больным вводили с большой скоростью кристаллоидные растворы в виде изотонического раствора хлористого натрия или Рингера в количестве 500,0 мл. Увеличение диуреза в течение часа свидетельствовало о том, что олигурия была вызвана гипоперфузией почек. При отсутствии реакции для улучшения почечного кровотока путем возбуждения дофаминовых рецепторов вводили дофамин в дозе 1-3 мкг/кг/мин. При сохраняющейся олигурии в лечении ОПН до применения гемодиализа назначали маннитол в дозе 25 г внутривенно. Если после этого почасовой диурез не увеличивался до 50,0 мл, дозу маннитола повторяли с ожиданием результата в течение 2 ч. Отсутствие эффекта от второго введения маннитола требовало решения о необходимости гемодиализа с учетом уровня креатинина и калия плазмы.

Для подготовки к гемодиализу в течение нескольких дней внутривенно назначали фуросемид в дозе 600-1000 мг в сут в 200-400 мл 5% раствора глюкозы. Суточный объем жидкости составлял сумму потерь с перспирацией и патологических потерь (1,0-1,5 л).

Борьба с ОПН по вышеописанной методике позволила восстановить функцию почек у 14 больных с преренальной олигоанурией. Четверо больных из-за неэффективности терапии были переведены в отделение искусственной почки для гемодиализа. Двое больных из-за нестабильной гемодинамики по основному заболеванию (продолжающееся кровотечение, сепсис) были нетранспортабельны и умерли от полиорганной недостаточности.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что додиализное лечение олигоанурии наиболее эффективно у больных с преренальной ОПН.

Поступила 27.07.10

A. V. Batt

INTENSIVE THERAPY OF ACUTE RENAL UNSUFFICIENY IN MULTIPROFILED HOSPITAL

The author shares renal insufficiency treatment acute and makes conclusion that predialysis treatment of oligoanuria is the most effective at patients with prerenal ARU.

А. В. Батт

КӨПСАЛАЛЫҚ АУРУХАНАДА ӨТКІР БҮЙРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯСЫ

Автор өткір бүйрек жеткіліксіздігін емдеудің тәжірибесімен бөліскен және олигоануридің додиализдік емі пациенттер арасында барынша тиімді нәтиже көрсеткені туралы қорытынды жасаған.

С. К. Абеуова

ПРИМЕНЕНИЕ ВОЛОКНА «GLASS-SPAN» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

АО «Медслужба транспорта» (Караганда)

Болезни пародонта в настоящее время представляют собой одну из наиболее важных и сложных проблем в стоматологии. Большое внимание уделяется совершенствованию лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта, разработке и внедрению в практику методов и средств лечения на основе знания этиологических факторов и распространенности заболеваний среди различных возрастных групп. Адекватное обследование больного с патологией пародонта позволяет не только правильно диагностировать заболевание, но и определить этиологические факторы и патогенетические механизмы патологического процесса в пародонте [1]. Результаты обследования создают основу для составления комплексного плана лечения с использованием средств этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Основными требованиями к лечению заболеваний пародонта является комплексность, индивидуальность проводимой терапии, ее обоснованность и последовательность.

Среди методов, используемых при лечении патологии пародонта, в последнее время часто используется шинирование подвижных зубов. Теоретические основы применения метода заключаются в следующем: патологическая подвижность зубов в начальной стадии заболевания обусловлена отеком тканей и усугубляется деструкцией волоконного аппарата и костной ткани пародонта. В свою очередь деструкция тканей пародонта значительно снижает их выносливость к действию вертикальной нагрузки, и направленной под углом к длинной оси зуба, снижает уровень адаптации и компенсации.

В клинической практике было проведено комплексное лечение 15 больных с заболеваниями пародонта (рис. 1).

У 7 больных отмечалась подвижность зубов 1 степени и у 8 – второй степени. С целью шинирования зубов в комплексной терапии заболеваний пародонта нами была применена система «Glass-span». Основу этой системы составляет лента из микроволоконного кварца шириной 4 мм, толщиной 0,06 мм и светоотверждаемый ненаполненный бондинг. Благодаря микроволоконной структуре «Glass-span», пропитанной светоотверждаемым бондингом, после засвечивания полимеризационной лампой образуется прочная конструкция с внутренним пространственным каркасом. Для оценки отдаленных результатов

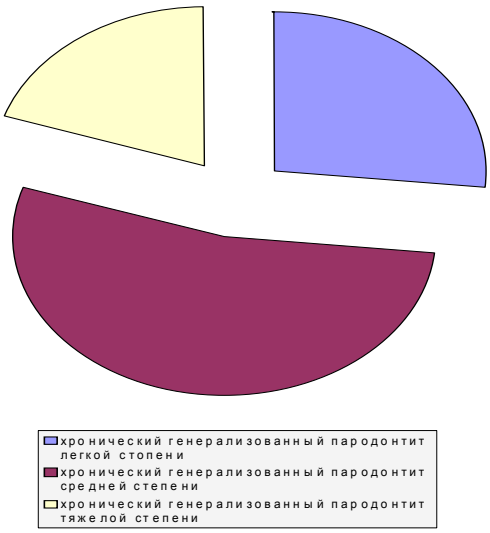


Рис. 1. Результаты больных

шинирования проводилось рентгенологическое исследование через 6 и 12 мес.

У всех пациентов с заболеваниями пародонта при обращении проводилось снятие всех над- и поддесневых отложений с последующей полировкой поверхностей зубов и применением медикаментозной терапии. На вторые-третьи сут со стороны оральной поверхности, реже с вестибулярной, накладывалась шина из «Glass-span» по следующей методике: предварительная абразивная обработка поверхности зубов с целью создания ретенционных пунктов, протравливание поверхности зубов, бондинг поверхности зубов, поэтапное прикладывание ленты к зубному ряду с заведением в межзубной промежуток и засвечиванием поверхности. В завершение шина покрывалась тонким слоем композита с последующей полировкой. При изготовлении шины с гигиенической целью оставлялись открытыми придесневые промежутки между зубами.

По результатам применения данного метода лечения нами сделаны следующие выводы: применение шинирования в комплексной терапии заболеваний пародонта позволяет улучшить эффективность лечения, однако при шинировании зубов со 2 степенью подвижности необходимо создать специальную бороздку на поверхности зуба. При плохой гигиене полости рта проведение шинирования не эффективно. Отдаленные результаты лечения показали, что рентгенологически отмечалось изменение уровня расположения костной ткани по отношению к корню зуба, что наглядно подтверждает эффективность применения данного метода в комплексном лечении заболеваний пародонта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зазулевская Л. Я. Практическая пародонтология. – Алматы: Верена, 2006. – 348 с.

Поступила 29.07.10

S. K. Abeuova
THE USE OF FIBER «GLASS-SPAN» IN THE TREATMENT OF PARODENTIUM

The use of fiber «Glass-span» for splinting loose teeth in complex therapy of parodentium diseases improves treatment results and leads to prolonged presentation of chewing teeth efficacy.

С. К. Әбеуова
«GLASS-SPAN» ТАЛШЫҒЫН ПАРОДОНТ АУРУЫН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА ҚОЛДАНУ

«Glass-span» талшығын пародонт ауруының кешенді терапиясында жылжымалы тістерді жалғау үшін қолдану емдеудің нәтижелерін жақсартады және тістердің шайнау қызметінің ұзақ сақталуына әсер етеді.

А. В. Батт

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Центральная больница (Темиртау)

Как известно, тотальная внутривенная анестезия (ТВА) является одним их самых сложных методов анестезии и представляет определенный риск для больного. Известны многочисленные осложнения, возникающие при ТВА, начиная с интубации, а в последующем до экстубации трахеи и раннего послеоперационного периода.

Целью настоящего исследования явилось изучение гемодинамических нарушений во время 547 ТВА, выполненных в Центральной больнице г. Темиртау. В задачи исследования входила оценка этих нарушений в зависимости от характера самого наркоза.

Наркозы проводились больным в возрасте от 16 до 84 лет при различных операциях, выполненных в плановом и экстренном порядке. Плановые операции (238 вмешательств) осуществлялись по поводу острого и хронического холецистита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжи передней брюшной стенки, опухолей брюшной полости. Экстренные операции под ТВА выполнялись при острой кишечной непроходимости, перитоните, прободной язве желудка, гангрене нижних конечностей, проникающих ножевых ранениях грудной и брюшной полостей.

Для наркоза использовались следующие препараты: кетамин, тиопентал натрия, нейролептаналгезия, раденаркон, оксибутират натрия, валиум, пропофол и миорелаксанты (дитилин,

ардуан). Во всех случаях в качестве основного анестетика использовался кетамин в комбинации с фентанилом или другими вышеперечисленными препаратами.

Нарушения гемодинамики оценивали по изменениям артериального давления (АД) методом Короткова, по частоте сердечных сокращений (ЧСС), цвету кожного покрова и слизистых. Клинически значимыми считали изменения гемодинамики, вызывавшие колебания АД в сторону повышения или понижения более чем на 40 мм.рт.ст. от исходного.

Выявлено, что при экстренных операциях, когда наркоз начинался при относительно стабильной гемодинамике, систолическое АД составляло в среднем 123,6 мм рт. ст., а диастолическое – 76,2 мм рт. ст. ЧСС при этом в среднем соответствовало 98,4 удара в мин. У 37 больных по ходу операции отмечалось снижение систолического АД на 33,2%, диастолического на 36,8%, а ЧСС увеличивалась на 12,3%. Учитывая характер патологии, можно считать, что у этих больных была скрытая или явная гиповолемия и падение АД следует объяснить недостаточной предоперационной коррекцией, а также неэффективным восполнением ОЦК во время наркоза и операции. У части экстренных больных перед наркозом (6 случаев) отмечена артериальная гипертензия выше 160 мм рт. ст., которая была связана с гипертонической болезнью и стресс-реакцией на боль. Во время анестезии в 3 случаях произошло резкое снижение АД до 80 мм рт. ст., что можно объяснить снижением реакции напряжения на фоне имевшейся гиповолемии.

При анализе анестезии с гемодинамическими осложнениями при плановых операциях у 24 больных имела место исходная артериальная гипертензия на операционном столе с систолическим АД в среднем 168,9 мм рт. ст. и диастолическим 121,4 мм рт. ст. У 2 больных систолическое АД превышало 200 мм. рт. ст. Несомненно, что в этих случаях была неэффективная премедикация и не проводилась достаточная предоперационная подготовка в плане профилактики артериальной гипертензии.

У 3 больных для снижения АД вводили дроперидол в дозе 5 мг, что привело к снижению АД до 90 мм рт. ст. В этих случаях также, по-видимому, была скрытая гиповолемия и из-за альфа-адренолитического действия дроперидола развился сосудистый коллапс, тогда как в обычных условиях дроперидол снижает АД на 20-30 мм рт. ст. Как правило, борьба с артериальной гипертензией с помощью медикаментов в начале наркоза приводит в дальнейшем к значительным колебаниям АД.

Выявлено 2 случая коллапса у больных пожилого и старческого возраста на фоне введения барбитуратов, что объясняется кардиодепрессивным эффектом этих препаратов, и 3 случая значительного снижения АД на введение пропофола, который также отрицательно влияет на гемодинамику. Кроме того, имели место 4 случая нестабильности гемодинамики с перепадами АД, вероятно, за счет недостаточной аналгезии.

У 13 больных в связи с затяжной интубацией наблюдалось непродолжительное повышение АД на 35,2%. Причиной такой реакции явилась гипоксия, а также поверхностная анестезия и снижение действия миорелаксантов.

ЧСС в большинстве случаев зависела от АД. При гиповолемии снижение АД сопровождалось тахикардией, более выраженной у молодых пациентов. У больных старше 60 лет реакция со стороны ЧСС была незначительной.

Таким образом, можно считать, что выявленные нарушения гемодинамики во время ТВА зависят от различных причин, среди которых можно отметить недостаточную подготовку больных к наркозу и операции, неэффективность премедикации, неправильный выбор основного анестетика, ограниченный набор препаратов, использование барбитуратов и пропофола у больных пожилого и старческого возраста, неполноценное восполнение ОЦК во время анестезии и операции, а также дефицит плазмозаменителей.

Поступила 27.07.10

A. V. Batt

CHANGES OF HEMODYNAMICS RATES IN TOTAL INTOVENOUS ANESTHESIA

The author of the article presents results of hemodynamic disorders study in total intravenous anesthesia.

А. В. Батт

ТАМЫР ІШІНДЕГІ АНЕСТЕЗИЯ ЖАҒДАЙЫНДА ГЕМОДИНАМИКА КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗГЕРУІ

Мақала авторы тамыр ішіндегі анестезия жағдайындағы гемодинамикалық бұзылыстарды зерттеудің нәтижелерімен кеңінен таныстырады.

С. К. Абеуова

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАПАНА В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

АО «Медслужба транспорта» (Караганда)

Эффективное лечение периодонтитов остается актуальной проблемой в терапевтической стоматологии. В литературе обсуждается перспективность использования различных лекарственных препаратов и методов лечения. Основными требованиями, предъявляемыми к лекарственным препаратам для лечения каналов и периапикальных тканей, является наличие противовоспалительного и противомикробного эффекта и способность стимулировать процессы регенерации в костной ткани [1]. Препараты, используемые для обтурации каналов, должны предотвращать развитие осложнений и не вызывать аллергических реакций со стороны макроорганизма [2].

С целью лечения периодонтитов использовался препарат, применяемый для восстановления костной ткани – КоллапАн. Препарат полностью замещается костной тканью, сохраняет антимикробную активность в течение 20 сут, не вызывает отторжения, нагноения, аллергических реакций. Противопоказанием является индивидуальная непереносимость антибиотика, входящего в состав препарата. Материал плотно обтурирует корневой канал, обладает бактериостатическим действием, хорошо рентгеноконтрастен.

С применением препарата КоллапАн пролечено 20 пациентов с различными формами периодонтитов: 1 пациент с диагнозом «хронический фиброзный периодонтит», 7 – с диагнозом «хронический гранулирующий периодонтит», 12 – с диагнозом «хронический гранулематозный периодонтит».

Лечение всех форм периодонтитов проводили в одно посещение. Перед проведением лечебных манипуляций проводилось рентгенологическое исследование причинного зуба и костной ткани для определения степени деструкции костной ткани и постановки диагноза, что определяло в дальнейшем тактику лечения. Лечение состояло из нескольких этапов. По показаниям проводилось адекватное обезболивание. Затем после изоляции зуба от слюны осуществлялся достаточный доступ к устьям корневых каналов. После рентгенологического определения рабочей длины корневого канала проводилась его эндодонтическая обработка. Медикаментозная обработка корневых каналов проводилась с использованием ЭДТА и препаратов на основе хлора, затем – пломбирование корневого канала препаратом КоллапАн и рентгенологическое исследование для контроля качества обтурации корневого канала.

Результаты лечения. *Больная М., 1982 г. рождения, амбулаторная карта №268. Диагноз 3,6 хронический гранулематозный периодонтит. На рентгеновском снимке от 03.12.2008 г. наблюдается у верхушки медиального корня 3,6 зуба очаг разряжения костной ткани округлой формы с четкими границами, диаметром 0,3 см.*

На контрольной рентгенограмме от 03.12.2008 г. в 3.6 корневые каналы плотно обтурированы пломбировочным материалом до верхушки корня с незначительным выведением.

Отдаленные результаты оценивались через 6 мес. после проведенной санации. На контрольной панорамной рентгенографии (рис. 1) в области корня 3,6 отмечается уменьшение очага разряжении до 0,2 см, канал плотно обтурирован. При лечении хронических форм периодонтита с применением препарата КоллапАн происходило быстрое купирование воспалительных явлений после пломбирования корневого канала. У пролеченных пациентов не отмечалось обострения процесса и осложнений после пломбирования. На контрольной рентгенограмме через 6 мес. в области апикального отверстия наблюдается отсутствие патологических изменений в костной ткани и формирование на месте околоверхушечного очага плотной костной ткани.

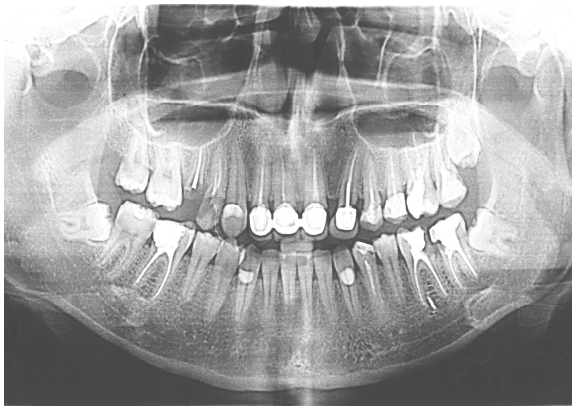


Рис. 1. Панорамная рентгенография через 6 мес.

Таким образом, применение препарата КоллапАн способствовало купированию воспалительного процесса в периодонте и регенерации костной ткани, что позволяет рекомендовать этот препарат для широкого применения при лечении различных форм периодонтитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев А. И. Практическая терапевтическая стоматологи /А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – СПб, 2001. – 389 с.

2. Фролова О. А Лечебный эффект биогенной пасты при экспериментальном периодонтите /О. А. Фролова, В. А. Исакова //Стоматология. – 1990. – №1. – С. 20 – 22.

Поступила 29.07.10

S. K. Abeuova

THE USE OF KOLLAPAN IN THE PRACTICE OF THERAPEUTIC STOMATOLOGY

The use of kollapan preparation in the treatment of chronic forms of periodontitis promotes regeneration of bone tissue and prevents development of further complications.

С. К. Әбеуова

КОЛЛАПАНДЫ ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯНЫҢ ПРАКТИКАСЫНДА ҚОЛДАНУ

Коллапан препаратын периодонтиттің созылмалы түрін емдеу барысында қолдану сүйек тінінің регенерациясына ықпал етеді және одан әрі қарай асқынулардың алдын алады.

Е. К. Аманбеков

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ОМО ДКНБ РК по Карагандинской области
(Караганда)

Заболевания позвоночника дегенеративно -дистрофического характера в последнее время приобрели особую актуальность в связи с увеличением их частоты, вовлечением юношеского и даже подросткового возраста. Ведущую роль в диагностике различных вертеброневрологических заболеваний сохраняет за собой рентгенологический метод, являющийся простым и доступным в исполнении. В большинстве случаев качественные рентгенограммы обеспечивают получение достоверной диагностической информации как в морфологическом, так и в функциональном плане.

Целью исследования явилось определение начальных признаков остеохондроза шейного отдела позвоночника у лиц юношеского и зрелого возраста с последующим составлением рентгенофункциональной характеристики этих признаков. Проведено рентгенологическое исследование 50 лиц юношеского возраста (17-21 г.) и 40 лиц зрелого возраста (35-55 лет) на базе ОМО ДКНБ. Методика исследования предусматривала выполнение обзорной рентгенографии шейного отдела позвоночника в прямой задней и боковой проекциях в вертикальном положении, что создавало функциональную (статистическую) нагрузку на межпозвонковые диски, а также проведение функциональной пробы, состоящей в рентгенографии шейного отдела в боковой проекции, выполненной в положении максимального сгибания и разгибания. Использовалась классификация остеохондроза, предложенная Schmorl в модификации Международной классификации болезней, согласно которой выделяют 1 фазу хондроза (дискоза) и 2 фазу – остеохондроза.



Рис. 1. Подвывих Ковача

Анализ полученных данных проводился по следующим параметрам: состояние оси шейного и грудного отдела позвоночника; высота межпозвонковых щелей; деформация тел шейных позвонков; патология подвижности. Анализ полученных данных выявил высокую частоту заболеваемости остеохондрозом позвоночника: у юношей – 90,9%, у взрослых – 92,2%, причем у 70,6% обследованных имела место начальная стадия остеохондроза.

Ранним и достоверным признаком хондроза позвоночника является изменение оси исследуемого отдела позвоночного столба. При этом отмечены варианты искривления этой оси. Выпрямление шейного лордоза с ангулометрическим показателем 173±2,4° встречается чаще в зрелом возрасте ('89,3%), несколько реже – в юношеском возрасте (75,6%). Сочетание лордоза с кифотическим искривлением (S-образная деформация оси) отмечено реже и преимущественно в юношеском возрасте (14,6%). Гиперлордоз шейного отдела (ангулометрический показатель 150±3º) выявлен у юношей в 14,6%, у взрослых – в 6%. Крайне редко при значительной выраженности процесса определялся локальный угловой кифоз, составляющий у лиц юношеского возраста 5,2%, а в зрелом возрасте – 4,2%. В грудном отделе нарушение оси пораженного отдела позвоночника отмечено в 32,7% с уменьшением ангулометрического показателя от 34,4º до 40,0°. Высота межпозвонкового диска при его дегенерации снижается, но степень снижения в начальной стадии варьирует от незначительной (менее 1 мм) в 53% до умеренной (1-1,5 мм) в 47%. У лиц зрелого возраста умеренное снижение высоты диска встречается чаще (61%), чем у лиц юношеского возраста (33%).

При хондрозе отмечена постоянно определяющаяся характерная деформация тел шейных позвонков в виде ромба. Деформация тел груд-



Рис 2. Деформация тел шейных позвонков

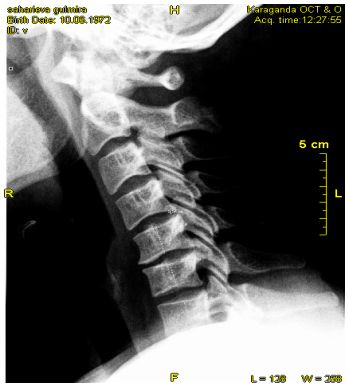


Рис. 3. Гипомобильность верхних сегментов

ных позвонков в начальной стадии не выражена. Для начальной стадии остеохондроза, по нашим данным, не характерно образование краевых экзостозов. Анализ проведенных функциональных проб исследуемого отдела позвоночника в фазе максимального сгибания и разгибания позволил обнаружить нарушение подвижности различного характера, как правило, сочетанного вида. Так, в 21% определялась гипомобильность 1-2 сегментов, приводящая к функциональному блоку и сочетающаяся с гипермобильностью в соседних сегментах. В 64,5% отмечена гипермобильность нескольких (2-4) сегментов, расположенных последовательно (подвывих Ковача).

В 18% этот подвывих имелся уже в нейтральном положении, в остальных случаях определялся в положении разгибания. Гипермобильность определена у юношей в 72%, в зрелом возрасте – в 58,5%. Нестабильность была выявлена в нескольких (2-3) шейных сегментах, расположенных последовательно или на различном уровне. Весьма часто (67,2%) определялась нестабильность сегмента 2-3 шейных позвонков, при этом у юношей в 79%, у взрослых – в 48,5%. Нестабильность в средних шейных сегментах определена в 68% (юноши – 65,5%, зрелый возраст – 59,7%). В грудном отделе смещение тел позвонков определялось в 1,4% случаев и было стабильным.

Таким образом, по данным анализа рентгенограмм шейного и грудного отделов позвоночника, при начальной стадии остеохондроза самыми частыми и ранними признаками являются изменение оси данного отдела позвоночника и патология подвижности – изменение физиологической амплитуды как в сторону ее уменьшения, так и в сторону увеличения. Чаще всего выявлено уплощение шейного и грудного отделов позвоночника с уменьшением ангулометрического показателя, а также гипермобильность и нестабильность сегментов, проявляющихся, преимущественно, в шейном отделе позвоночника.

Поступила 29.07.10

Y. K. Amanbekov

PROBLEM OF DIAGNOSTICS FOR SPINAL COLUMN CRVICAL TRORACIC PART OSTEOCHONDROSIS

The definition of initial signs of spinal column cervical part osteochondrosis at persons of youthful and mature age with following working out roentgenofunctional characteristics of these signs.

Е. К. Аманбеков

ОМЫРТҚАНЫҢ МОЙЫН-КЕУДЕ БӨЛІГІ ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ МӘСЕЛЕСІНЕ

Мақалада жасөспірім және ересек жастағы адамдардың мойын бөлігі остеохондрозының бастапқы белгілерінің сипаттамасы берілген және одан әрі осы белгілердің рентгенофункционалдық сипаты келтірілген.

Н. А. Долгушина

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СРЕДЕ ОСУЖДЕННЫХ Г. КОСТАНАЯ

ГУ «Костанайский областной центр
по профилактике и борьбе со СПИДом»

Большинство людей, находящихся в заключении, со временем возвращаются в общество. Поэтому сокращение масштабов передачи ВИЧ-инфекции в тюрьмах является важным элементом уменьшения распространения инфекции среди населения вне тюрем. Защита и укрепление здоровья не только приносит пользу заключенным, но также повышает уровень здоровья и защищенности работников тюремной системы на рабочих местах.

Всего кумулятивно по данным официальной статистики на 01.06.2010 г. на территории Костанайской области зарегистрировано 906 чел. ВИЧ-инфицированных (показатель на 100 000 населения – 89,4, по РК – 85,9), в том числе в

пенитенциарной системе – 232 чел.(25,6%). Наибольший удельный вес среди путей передачи составляют парентеральный (61,5%) и половой (33,6%.). Приведенные данные позволяют утверждать, что эпидемия в Костанайской области преимущественно распространяется в популяции наркопотребителей, значительная часть которых в силу криминогенности пополняет пенитенциарные учреждения.

В области находятся 6 пенитенциарных учреждений. Эпидемиологический надзор проводился в 2 учреждениях: УК 161/2 строгого режима и УК 161/4 общего режима. Выборка составила 350 человек.

Цель исследования – определение уровня распространенности ВИЧ-инфекции, гепатита «С», сифилиса, оценка распространенности моделей поведения, сопряженных с риском ВИЧ-инфицирования. Использование данных эпидемиологического надзора для разработки профилактических программ среди заключенных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В эпидемиологический надзор (ЭН) были включены осужденные, отбывающие наказание 6 месяцев и более и не участвовавшие в данном исследовании в течение последних 2 нед.

Исследование проводили с группой осужденных: УК 161/2 – 162 чел., УК 161/4 – 188 чел., всего 350 чел. ЭН включал серологическое и поведенческое исследование. Проводился забор крови методом сухой капиллярной капли на фильтровальные тест-карты. Сухая капля крови была тестирована на ВИЧ, гепатит «С», сифилис. Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА: скрининговый этап с использованием тест-систем российского производства, экспертный этап с использованием тест-системы «Murex».Одновременно проводилось анкетирование с помощью типовой анкеты для осужденных исправительных учреждений Министерства юстиции (поведенческий надзор). Результаты обработаны программой Epi-info.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты серологического исследования: распространенность ВИЧ – 0,6% (*в сравнении:* 2,3% – 2009 г.), вирусного гепатита С – 38,0% (33,7% – 2009 г.), сифилиса – 12,0% (13,7% – 2009 г.).

Результаты поведенческого исследования: доля осужденных, которые правильно указали меры профилактики ВИЧ и в то же время правильно назвали неверные представления о путях передачи ВИЧ – 83% (289 чел.), в 2009 г. – 58,2% (204 чел). Повысился уровень осведомленности о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции в 1,4 раза). Среди осужденных наносили татуировки в МЛС – 4,3% (в 2009 г. – 3,7%), использовали чужие лезвия для бритья – 9,1% (в 2009 г. – 18,5%), использовали свой шприц при введении наркотиков (мнения осужденных-вопрос анкеты №9) – 24,3% (в 2009 г. – 14,3 %), обрабатывают шприц дезинфицирующим раствором – 21,1% в (2009 г. – 19,4%).

Большее число опрошенных заключенных – 33,4% (117 чел.) считают, что в колониях меньше половины осужденных имеют половые контакты с другими осужденными и только 23,9% из них пользуются презервативами. За последние 6 мес. 20 (5,7%) осужденных имели хотя бы один из симптомов ИППП (в 2009 г. – 6,9% – 24).

Доля осужденных, тестировавшихся на ВИЧ в течение последних 12 месяцев, (по результатам ЭН) – 88,9% (2009 г. – 58,3%); 79,1% – знают результат этого теста (2009 г. – 71,6%); с 82,0% осужденных проведены беседы о значении теста на ВИЧ (2009 г. – 75,5%).

В течение 2009-2010 г. врачами-эпидемиологами ОЦ СПИД и медслужбой учреждений проводилась подготовка волонтеров среди осужденных по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции по принципу «Равный – равному», подготовленные волонтеры работали в отрядах. Периодически проводились семинары с сотрудниками медицинских служб, учреждений по результатам ЭН с целью корректировки профилактических программ среди осужденных. Общественный фонд «Адал-Комек» во всех учреждениях Костанайской области провел акции «Касается меня – касается каждого» по повышению информированности осужденных по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

ВЫВОДЫ

1. За последнее время распространенность ВИЧ-инфекции снизилась среди осужденных в 3,8 раза, сифилиса – в 1,1 раза, повысилась распространенность гепатита «С» в 1,1раза.

2. Благодаря совместной работе с общественными фондами повысился уровень осведомленности осужденных о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ в среднем 1,4 раза.

3. Как одна из мер применяемой профилактики снизился процент использования чужих лезвий для бритья в 1,98 раза.

4. При внутривенном введении наркотиков используют только свой шприц 24,3% осужденных (в 2009 г. – 14,3%).

5. Повысился процент осужденных, которые знают, что обследовались на ВИЧ и знают результат своего теста. (На вопрос анкеты № 23; проходили ли вы обследование на ВИЧ? – 88,9% осужденных ответили: «Да» (2009 г. – 58,3%). На вопрос анкеты №25; знаете ли вы результат этого теста? – 79,1% осужденных ответили: «Да» (2009 г. – 71,6%).

6. Повысился процент осужденных, наносивших татуировки в МЛС, в 1,2 раза.

7. Остается низким процент использования презервативов при гомосексуальных контактах –23,9%.

8. Анализ результатов поведенческого надзора (анкетирование) показал отсутствие 100% дотестового консультирования перед забором крови на ВИЧ-инфекцию и послетестового консультирования и сообщения результатов

обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Серологический и поведенческий надзор за распространением ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Методические рекомендации РЦ СПИД. – Алматы, 2002. – 116 с.
2. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане /М. К. Сапарбеков, И. Х. Шуратов, Т. Е. Чакликов и др. – Алматы., 2000. – 346 с.
3. Эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом в развивающихся странах. Опыт и проблемы. – Немецкое общество по техническому сотрудничеству. – 1999. – 152 с.

Поступила 29.07.10

N. A. Dolgushina

ANALYSIS OF INFORMING VIL INFECTION IN ENVIRONMENT OF KOSNANAY CITY CONVICTS

Author made investigation on informing VIM infection of convicts in Kostanay city penitentiary institutions. Thanks to combined work social founds the level of convicts information about ways of transmission and measures of VIM prevention increased average 1,4 times.

Н. А. Долгушина

ҚОСТАНАЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ СОТТАЛҒАНДАР АРАСЫНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ ТУРАЛЫ ХАБАРДАР БОЛУДЫҢ ТАЛДАУЫ

Автор Қостанай қаласындағы пенитенциарлық мекемелердегі сотталғандардың ВИЧ-инфекция туралы хабардар болуларына талду жүргізген. Қоғамдық қорлармен бірлесе жүргізген жұмыстың нәтижесінде сотталғандардың ВИЧ-тің берілу жолдары мен оның алдын алу шаралары туралы хабардар болу деңгейі орта есеппен 1,4 есе артқан.

В. С. Жумабекова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

КГКП « Поликлиника №1» (Караганда)

В настоящее время в структуре гинекологических заболеваний ведущее место занимают воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), которые являются частой причиной развития осложнений и потери временной трудоспособности и инвалидности женщин. Несмотря на разработку новых методов лечения и внедрение в клиническую практику новых противомикробных лекарственных средств, частота воспалительных заболеваний органов малого таза на современном этапе остается высокой.

Среди разнообразных причин ВЗОМТ немаловажная роль отводится изменениям экологической ситуации на планете, условий жизни и питания, стрессовым ситуациям, использованию огромного арсенала антибактериальных средств, приведших к появлению новых видов микроорганизмов, модифицированных, устойчивых ко многим нынешним антибиотикам. Это обусловило появление недостаточно изученных форм инфекции, атипичных форм, трудно поддающихся стандартным методам лечения инфекций малого таза [1, 2, 3]. Изменение иммунобиологической реактивности организма, угнетение активности фагоцитоза приводят к развитию вторичного Т-клеточного и комбинированного иммунодефицитного состояния. При изучении инфекций малого таза возросли трудности в диагностике, лечении и профилактике этих патологических состояний, в связи с этим возникает необходимость формирования новых методов лечения и разработки новых программ. Заслуживает внимания применение в гинекологической практике протеолитических ферментных препаратов, полученных из смеси ферментов растительного и животного происхождения.

Энзимотерапия представляет собой воздействие на патологический очаг смеси гидролитических ферментов животного и растительного происхождения. Это воздействие основано на комплексном влиянии их на ключевые физиологические и патофизиологические процессы в организме.

Протеолитические ферментные препараты, используемые для системной энзимотерапии, обладают рядом свойств, а именно: противовоспалительным – снижение активности воспалительного процесса; противоотечным – снижение осмотического давления и уменьшения отека ткани: анальгезирующим – ферменты расщепляют медиаторы воспалительного процесса и за счет улучшения микроциркуляции обладают иммуномодулирующим свойством – стимулируют клетки иммунной системы, продуцирующие цитокины.

Цель исследования – изучение эффективности применения препарата «Вобэнзим» в комплексном лечении инфекции малого таза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе КГКП «Поликлиника №1» изучена эффективность препарата Вобэнзим. Под наблюдением находились 21 женщина, у которых наблюдались воспалительные заболевания малого таза. Возраст женщин составлял от 17 до 35 лет. В исследуемую группу включены 11 женщин с диагнозом: обострение двустороннего хронического сальпингоофорита – 1, острый сальпингоофорит – 6 и обострение хронического метроэндометрита – 4 пациентки. Всем женщинам был

назначен препарат Вобэнзим, который зарегистрирован в Казахстане. Среднесуточная доза 5-6 таблеток 3 раза в сут. Натощак или за 30 мин. до еды. Таблетки рекомендовали запивать 200 мл жидкости. Продолжительность курса лечения составлял от 2 до 4 нед. в амбулаторных условиях. В группу сравнения вошли женщины, также имевшие различные воспалительные процессы малого таза, которым в состав комплексного лечения Вобэнзим не включался.

Обе сравниваемые группы были равномерно распределены по возрастному составу, характеру основного заболевания, характеристике болевого синдрома. В процессе лечения анализировалась динамика температурной реакции организма, данные микробиологической характеристики анализа мазка, определение чувствительности к антибиотикам, данные в динамике анализов крови (лейкоцитоз и СОЭ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном лечении воспалительных заболевании органов малого таза применение препарата Вобэнзим показало выраженные положительные качества, т.к. препаат хорошо переносился больными и практически не вызывал побочных действий. Применение препарата привело к быстрому восстановлению и улучшению общего состояния и самочувствия пациенток, нормализовались сон и аппетит у женщин, исчезли признаки интоксикации. Уже через 24 ч после начала лечения в основной группе отмечалось уменьшение интоксикации и болевого синдрома.

Указанные клинические проявления коррелировали с лабораторными данными. На 2 сут у пациентов основной группы количество лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов уменьшились, и достигли уровня физиологических данных по сравнению с контрольной группой, где не применялась энзимотерапия.

Как свидетельствуют литературные данные, спектр применения энзимотерапии постоянно и успешно расширяется. Принимая во внимание результаты собственных исследований, считаю необходимым рекомендовать включение в комплекс терапии воспалительных заболеваний органов малого таза препарат Вобэнзим. Метод основан на терапевтическом воздействии целенаправленно составленных смесей гидролитических ферментов растительного и животного происхождения, благодаря разностороннему влиянию на разнообразные патофизиологические процессы, возникающие в организме больных женщин.

ВЫВОДЫ

Лечение воспалительных заболеваний проводилось по общепринятой, традиционной методике, с включением энзимотерапии. Эффективность предлагаемого метода оценивалась по результатам общеклинических, лабораторных, микробиологических и инструментальных методов исследования. Улучшение всех перечисленных параметров по сравнению с контрольной группой наступило уже через 24 ч после начала лечения, что свидетельствует о выраженном эффекте энзимотерапии, а именно препарата Вобэнзим.

Таким образом, применение энзимотерапии в практической гинекологии не претендует на роль совершенного, однако позволяет улучшить результаты лечения воспалительных заболеваний органов малого таза, эффективно в ускорении регенеративных процессов и экономически доступно к широкому использованию в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божедомов В. А. Применение вобэнзима и др протеолитических ферментов при лечении урогенитальных хламидиозов, мико-уреаплазмозов // Всероссийск. науч.-практ конф. – Сочи., 1996. – С. 23 – 25.
2. Веремеенко К. Н. Системная энзимотерапия. Теоретические основы, опыт клинического применения /К. Н. Веремеенко, В. Н. Коваленко. – Киев.: Морион, 2000. – 320 с.
3. Стрижова Н. В. Патогенетическое обоснование использования препарата системной энзимотерапии в лечении хронических сальпингоофоритов //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2001. – №1. – С. 19 – 21.

Поступила 29.07.10

B. S. Zhumabekova

MODERN ASPECTS OF TREATMENT FOR SMALL PELVIS ORGANS INFLAMATORY DISEASES

Use of enzymotherapy in particular preparation «Bobanzim» in particular gynecology allows to improve results of small pelvis organs inflammatory disease treatment. It is effective in acceleration of regenerative processes simple in realization and economically accessible to wide use in clinical practice.

В. С. Жұмабекова

КІШІ ЖАМБАС ОРГАНДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ АСПЕКТІЛЕРІ

Практикалық гинекологияда энзимотерапияны, соның ішінде «Вобэнзим» препаратын қолдану жамбас сүйегі органдарының қабыну ауруларын емдеудің нәтижелерін жақсартуға мүмкіндік береді, ол регенеративтік процестерді жеделдетуде тиімді және клиникалық тәжірибеде кең көлемде қолдануға қолжетімді.

Н. А. Долгушина

ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В СЛУЧАЯХ, СВЯЗАННЫХ С ЗАРАЖЕНИЕМ МЕДРАБОТНИКОВ

ГУ «Костанайский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом»

В Костанайской области по состоянию на 1 января 2010 г. зарегистрировано 16 несчастных случаев среди медицинских работников, произошедших по неосторожности, из них в 4 случаях (26%) источником контакта были ВИЧ-инфицированные пациенты, состоящие на «Д» учете в ОЦ СПИД.

После контакта с ВИЧ-инфицированной кровью (при уколе иглой, порезе) риск заражения в среднем составляет 0,3%. Риск инфицирования после попадания ВИЧ-инфицированной крови на неповрежденные слизистые составляет 0,09%. Количество таких ситуаций в сравнении с 2009 г. в области возросло в 1,2 раза (*для сравнения:* 2009 г. – 13 случаев).

Контроль за обследованием медработников проводится регулярный: четырехкратное обследование – в день чрезвычайной ситуации с целью уточнения ВИЧ-статуса, через 1 мес., 3 мес., 6 мес. Кроме того, проводится контроль за своевременностью назначения (в течение 72 ч) антиретровирусных препаратов в соответствии с Приказом МЗ РК №150 от 12.02.2010 г.

В качестве необходимых мер подготавливаются презентации по профилактике непредвиденных ситуаций и несчастных случаев в ЛПО Костанайской области. Анализируются результаты опроса медработников по алгоритму действия при нестандартной ситуации во время оказания организационно-методической помощи ЛПО.

Несчастные случаи с медицинскими работниками зарегистрированы: в городской больнице г. Рудного – 3 случая, на станции скорой медицинской помощи г. Костаная – 2 случая, Костанайская городская больница – 2, Костанайский родльный дом – 1, ОЦ СПИД – 2, г. Житикара УК 161/3 – 1 случай, Консультационно-диагностический наркологический центр «Надежда» – 1, Денисовская ЦРБ – 2 случая, Костанайская ЦРБ – 1 случай, Лисаковская городская больница – 1 случай.

Нестандартные ситуации произошли: при выполнении внутривенных инъекций – 4 случая (25%), при выполнении внутримышечных инъекций – 3 (19%), при работе с использованными шприцами – 4 (25%), при проведении операций – 2 (13%), укол иглой во время ушивания раны – 1 (6%), забрызгивание слизистой глаз биологической жидкостью при ушивании – 1 (6%), укол скарификатором – 1 случай (6%).

Травмы вызывают следующие предметы: одноразовые шприцы – 9 (56%), одноразовые системы – 1(6%), операционные иглы – 1(6%),

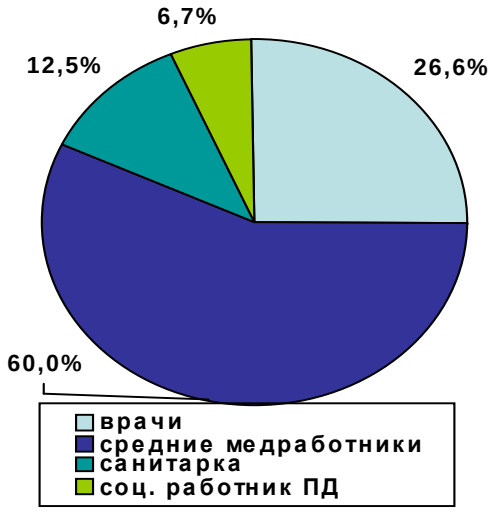


Рис. 1. Категории медицинских работников получивших травмы в ЛПУ

использованные шприцы, предназначенные для утилизации – 4 (25%).

Приводим пример 1.

В ЛПО г. Рудного произошел взрыв в муфельной печи из-за разрыва ампулы с лекарственным средством, помещенным в контейнер для использованных шприцев. В результате взрыва повреждено глазное веко истопнику. Госпитальный эпидемиолог принял решение проверить, какие ЛПО и отделение выбрасывают ампулы в контейнеры для утилизации шприцев, для этого были перебраны все контейнеры с использованными шприцами, вручную, в вязаных хлопчатобумажных перчатках. В результате – укол иглой.

В данной ситуации был альтернативный метод решения – работа со старшими сестрами отделений по усилению контроля за утилизацией использованного инструментария, недопущению выброса посторонних предметов в КБУ.

Приводим пример 2.

В ЛПО г. Костаная было дано указание протыкать иглой фильтры использованных систем перед погружением в контейнер. В результате медицинская сестра процедурного кабинета проколола большой палец левой кисти использованной иглой, которой выполнялась процедура ВИЧ – инфицированному пациенту.

В соответствии с приказом САН ПИН №362 от 23.06.2008 г. использованные внутривенные системы должны утилизироваться сразу в непрокалываемые контейнеры. Пострадавшим медработникам была назначена антиретровирусная терапия в 7 случаях (43,8%). Отказались от получения антиретровирусной терапии – 9 (56,3%) человек.

Начата АРВ-профилактика в первые часы после контакта (в первые 72 ч). Использовались два режима постконтактной профилактики: основной – при контакте с небольшим объемом биологической жидкости (уколы, порезы), назна-

чался Комбивир по 1 таб. 2 раза в сут; расширенный – при контакте, сопряженным с высоким риском инфицирования: глубокие порезы, раны, сопровождающиеся кровотечением, заведомо известный ВИЧ- положительный статус пациента. Назначался Комбивир по 1 таб. 2 раза в сут сочетании с Невирапином по 1 таб. 2 раза в сут. Проводился еженедельный лабораторный контроль: активность печеночных ферментов, общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы.

Медработникам, подвергшимся риску заражения ВИЧ, было рекомендовано на период наблюдения избегать половых контактов или использовать презервативы, не становиться донором крови, спермы или органов, прекратить кормление грудью.

Все 16 пострадавших медицинских работников соблюдали следующие меры предосторожности: при попадании крови на кожу после снятия перчаток, мыли руки с мылом под проточной водой, при попадании на слизистые оболочки глаз - промывали водой.

ВЫВОДЫ

1. В области увеличилось количество нестрашных случаев с медработниками в сравнении с 2008 г. в 1,2 раза: отчасти это связано с их точной регистрацией и более ответственным подходом руководителей ЛПО к контролю за непредвиденными ситуациями.

2. Профессионального заражения ВИЧ-инфекцией в ЛПО Костанайской области не зарегистрировано.

3. Повысилась информированность медработников по универсальным мерам предосторожности (90% медработников правильно определили алгоритм действия при непредвиденной ситуации, в 2008 г. – 75%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Серологический и поведенческий надзор за распространением ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан. Методические рекомендации РЦ СПИД. – Алматы, 2002. – 116 с.
2. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции в Казахстане /М. К. Сапарбеков, И. Х. Шуратов, Т. Е. Чакликов и др. – Алматы, 2000. – 346 с.
1. Эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом в развивающихся странах. Опыт и проблемы. – Немецкое общество по техническому сотрудничеству. – 1999. – 152 с.

N. A. Dolgushina

POSTCONTACTED PREVENTION IN CASES, CONNECTED WITH MEDICAL WORKERS' INFECTION

In Kostanai region for the 1st of January 2010 year 16 accidents among medical workers, happening on carelessness were registrated. From them in 4 cases (26%) the source of contact were VIM infected patients registrated in SAID Regional centre. Author shares experience of conducted postcontact prevention.

Н. А. Долгушина

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ НАУҚАСТАРДАН ДЕРТ ЖҰҚТЫРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНАН КЕЙІНГІ ПРОФИЛАКТИКА

Қостанай облысында 2010 жылғы 1 қаңтарға дейінгі жағдай бойынша медицина қызметкерлерінің абайсызда науқастардан дерт жұқтырып алуларының 16 жағдайы тіркелген, соның ішінде 4 жағдайда (26%) дерт себебі облыстық СПИД орталығында «Д» есебінде тұратын ВИЧ-жұқтырған пациенттер. Автор науқастармен байланыста болғаннан кейін өткізілетін профилактика туралы өз тәжірибесін ортаға салған.

В. С. Жумабекова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЖАНИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

КГКП «Поликлиника №1» (Караганда)

Несмотря на многолетнее изучение и расширяющийся арсенал фармацевтических препаратов, используемых для лечения альгодисменореи, каждое новое поколение сталкивается с различными сторонами этой сложной проблемы.

По определению большинства авторов, альгодисменорея – патологическое состояние, характеризующееся циклическими приступообразными болями внизу живота, связанными с началом менструации. Для альгодисменореи характерны нейровегетативные и психоэмоциональные расстройства (общее недомогание, депрессия, раздражительность, сонливость, потливость, тошнота, рвота, диарея, головная боль, обморочные состояния), приводящие к нарушению работоспособности. Подобное состояние сказывается не только на общем самочувствии, но и влияет на взаимоотношения подростка с его окружением (семья, школа, сверстники). Этим обусловлена наибольшая частота пропусков занятий в школе. Поэтому альгодисменорея – это не только медицинская, но и социальная проблема [2, 3].

По данным литературы, частота альгодисменореи в структуре гинекологической заболеваемости девушек-подростков занимает одно из ведущих мест, составляя от 5 до 22% [1].

Традиционно для лечения альгодисменореи используют ингибиторы циклооксигеназы и антагонисты простагландинов, анальгетики, спазмолитические и седативные препараты. Применяются нетрадиционные методы терапии альгодисменореи – психофизическая коррекция,

рефлексотерапия, гомеопатия, физиотерапия, фитотерапия. Положительным эффектом при альгодисменореи обладают также гормональные препараты. Известно, что прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) не менее 3 мес. способствует значительному облегчению симптомов первичной альгодисменореи у 70-80% больных.

Цель исследования – определение эффективности низкодозированного орального препарата «Жанин» («Байер Шеринг Фарма», Германия) для лечения девушек-подростков с первичной альгодисменореей.

Обследованы 25 девушек, в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст – 16,7 лет) с жалобами на болезненные менструации, которые в течение 3 мес. принимали с лечебной целью КОК «Жанин». Ранее опыта применения других контрацептивов у них не было. Длительность первичной альгодисменореи составила от 1 г. до 2,7 лет (в среднем 1,5 г.). 15 пациенток самостоятельно использовали нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, спазмолитики, отмечая временное улучшение. Результаты гинекологического осмотра и ультразвукового исследования внутренних гениталий свидетельствовали об отсутствии гинекологических заболеваний как причины альгодисменореи у обследованных больных. Результаты оценивались по визуальной аналоговой шкале путем заполнения анкеты самыми пациентами.

При выборе препарата для лечения альгодисменореи (АДМ) в исследовании ориентировались на доказанное преимущество современных контрацептивов с целью наиболее полноценной блокады овуляции.

Изучена эффективность препарата «Жанин» у девушек-подростков с первичной альгодисменореей. Отмечен положительный лечебный эффект. Входящий в состав Жанина диеногест обладает высокой селективностью к рецепторам прогестерона, за счет чего имеет выраженные антиэстрогенные свойства. Поскольку эстрогены усиливают сократительную деятельность маточной мускулатуры, а прогестерон, наоборот, тормозит чрезмерные и болезненные сокращения матки, уравновешенное взаимодействие этих стероидов накануне менструации способствует устранению условий к гиперпродукции простагландинов секреторным эндометрием и обеспечению полноценного и болезненного его отражения.

После 1 цикла приема препарата «Жанина» болевой синдром исчез у 20 (80%) пациенток, 3 (12%) пациентки отметили уменьшение болей и у 2 (8%) пациенток состояние существенно не изменилось. После 3 циклов приема препарата «Жанин» положительный эффект от проводимой терапии (т.е. безболезненные менструации и отсутствие вегетативных проявлений АДМ) наблюдался у 24 девушек (96%), у 1 (4%) сохранилась незначительная боль.

У всех девушек, применявших препарат «Жанин», закономерная меструальноподобная реакция появлялась регулярно в дни перерыва приема препарата. Важно отметить, что ни у одной пациентки не наблюдалось увеличения массы тела на фоне приема препарата.

Таким образом, применение низкодозированного гормонального контрацептива «Жанин» не только позволяет предупредить нежелательную беременность, но и оказывает выраженный лечебный эффект в отношении альгодисменореи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисова Л. З. Альгоменорея у девушек пубертатного возраста: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Москва., 1990. – 30 с.
2. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков. – Москва, 2000. – С. 250 – 258.
2. Прилепская З. Н. Дисменорея /З. Н. Прилепская, Е. А. Межевитинова //Гинекология. – 2001. – Т. 3 – №6. – С. 215 – 218.

B. S. Zhumabekova

THE USE OF «ZHANIN» PREPARATION FOR TREATMENT ALGODISMENORRHEA AT GIRLS TEENAGERS

Results of investigation and treatment at girls teenagers with algodismenorrhea are given in the article. Preparation «Zhanin» renders evident medical effect: decreases pain, restores menstrual function and regulates it.

В. С. Жұмабекова

ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАРДАҒЫ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯНЫ ЕМДЕУ ҮШІН «ЖАНИН» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Мақалада жасөспірім қыздардағы альгодисменореяны тексерудің және емдеудің нәтижелері берілген. «Жанин» препаратының емдік тиімділігі айқын: ауруды бәсеңдетеді, етеккір функциясын қалпына келтіреді және оны реттейді.

К. И. Аженова

ВЛИЯНИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ BLEND-A–MED EXPERT НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова (Актобе)

В состав зубной пасты Blend-a-med expert входят 0,454% раствор фторида олова и гексаметафосфата натрия. Фторид олова обладает широким спектром антимикробного действия как в отношении грамположительной, так и граммотрицательной флоры, снижает метаболическую активность зубной бляшки и уменьшает количество зубного налета. Гексаметафосфат натрия является полифосфатным соединением, препятствует образованию пигментированного налета на зубах [3, 4]. Несмотря на широкое применение данной пасты для чистки зубов в США, в условиях Западного Казахстана ее клиническая эффективность раньше не изучалась. Климатогеографическое положение г.Актобе, особенности его экологии, а также оптимальное содержание фтора в питьевой воде делает актуальным проведение данных исследований, в отличие от США, где нет аналогичных условий [1, 2].

Цель исследования: изучение влияния зубной пасты и зубной щетки Blend-a-med expert на состояние полости рта у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Для проведения исследования были определены 2 группы по 30 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет. В I группу методом выборки были отобраны здоровые лица обоего пола без жалоб на состояние зубов и ткани пародонта. Во II группу отобраны больные обоего пола с сахарным диабетом 2 типа. Пациенты пользовались выданными им зубными пастами и щетками Blend -a-med expert. У всех больных при клиническом обследовании полости рта определяли прикус, состояние зубов и зубных рядов. До начала исследования проведено стоматологическое обследование. Определялись гигиенический индекс по Грин-Вермильону, индекс РМА, индекс кровоточивости по Kotschke и индекс зубного налета по Loe. Предварительно все пациенты обучались правильной гигиене полости рта.

Для оценки противовоспалительного эффекта зубной пасты и щетки необходим комплексный подход. Вначале рассмотрено их гигиеническое действие. С этой целью в динамике в течение 2 мес. изучен индекс гигиены полости рта по Грин-Вермильону (табл. 1).

Результаты клинического исследования, убедительно демонстрируют динамичное улучшение показателей индексов. Они достоверно коррелируются между собой, дополняя позитивные изменения: у пациентов I группы уже к концу 1 мес. индекс гигиены снижается на 50%, зубного налета – на 54,5% и у II группы соответственно до 66,6% и 65%. Начиная с конца 1 мес., индекс зубного налета у испытуемых лиц между группами не отличался (табл. 1, 2).

Показатели индекса зубного налета в начале испытания и на 7 сут во II группе были существенно выше по сравнению с данными I группы. При определении кровоточивости десен по Kotschke у лиц I группы кровоточивость не обнаружена, у 10 пациентов отмечена редкая кровоточивость, у 3 – кровоточивость десен во время чистки зубов, только у 1 пациента она была самопроизвольной. При чистке зубов предложенной пастой и щеткой уже к концу 1 мес. у 3 лиц была редкая кровоточивость, к концу 2 мес. кровоточивость десен обследуемых лиц не отмечена.

Во II группе у 12 пациентов обнаружена редкая кровоточивость десен. У 8 она наблюдалась во время чистки зубов. При применении пасты Blend-a-med expert и щетки у этих пациентов уже к концу 1 мес. кровоточивость не обнаружена. Воспалительные явления в десне по ин-

Таблица 1.

Динамика индекса гигиены полости рта по Грин-Вермильону (n=30 человек в группе)

Группы больных:	Исходный уровень	Дни наблюдения				
		7	21	30	45	60
I	1,0±0,08	0,8±0,1	0,6±0,1	0,4±0,02	0,2±0,01	0,02± 0,01
Оценка индекса	Средний	Средний	Хороший	Хороший	Хороший	Хороший
II:	2,4±0,09	2,2±0,1	1,9±0,05	1,6±0,03	0,6±0,03	0,4±0,05
Оценка индекса	Плохой	Плохой	Плохой	Средний	Хороший	Хороший

Таблица 2.

Динамика индекса зубного налета по Loe (n=30)

Группы исследования	Исходный уровень	Дни наблюдения				
		7	21	30	45	60
I	1,0±0,1	0,8±0,10	0,6±0,07	0,6±0,02	0,3±0,1	0,1± 0,01
II	1,7±0,2	1,3±0,15	0,6±0,06	0,5±0,06	0,2±0,05	0,1±0,02

дексу РМА в I группе отмечены у 6 человек, в среднем на каждого в группе 3,2%. В конце испытаний индекс РМА был положителен только у одного 2%, а в пересчете на группу – 0,1%.

Во II группе положительный индекс РМА у всех испытуемых был в среднем 6,5% на одного, а конце испытания был положительным только у 5 человек (в пересчете на всю группу – 0,7%). Кроме того, следует отметить, что у пациентов субъективно отмечалось исчезновение запаха изо рта, восстанавливался цвет слизистой оболочки края десны.

Таким образом, исследование выявило достоверное снижение показателей индексов зубного налета, кровоточивости и воспалительных процессов слизистой края десны при применении зубной пасты и зубной щетки Blend-a-med expert.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерина В. Д. Роль гигиены полости рта в лечении воспалительных заболевании пародонта: Автореф. дис. …канд. мед. наук. – М., 1987. – 20 с.
2. Лемецкая Т. И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта //Автореф. дис. …д-ра. мед. наук. – М., 1998. – 54 с.
3. Kugel G. Randomized Trail Evaluating 0,454% Stannous Fluoride Dentifrice with Restorative Dentistry J Dent Res 2008; 87 (Spec Iss B): Abstract 2863. SnF_2.
4. Zhang Y. The Oral Molodour Efficacy of a 0,454% Stannous Fluoride Dentifrice J Dent Res. – 2008. – V. 87. – P. 1539.

Поступила 18.08.10

K. I. Azhenova

EFFECT OF BLEND-A-MED EXPERT TOATH PASTE OB ORAL COWITY STATE AT PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

Conducted clinical investigations at patients at the age of 35-55 years with type II diabetes showed efficacy of Blend-a-med expert tooth paste and tooth brush. It is established that reliable lowering of dental deposit indexes rates, bleeding sickness and inflammation of gum mucous lip. Significant improvement of hygienic state, disappearance of unpleasant smell from mouth cavity and restoration, of natural colour of gum mucous was showed.

К. И. Аженова

BLEND-A–MED EXPERT ТІС ПАСТАСЫНЫҢ 2 ТИПТЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН НАУҚАСТАРДЫҢ АУЫЗ ҚУЫСЫ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ

Өткізілген клиникалық зерттеулер 2 типтегі қант диабетімен сырқаттанған 35-55 жас аралығындағы пациенттерге Blend-a-med expert тіс пастасы мен тіс щеткасын қолданудың тиімділігін көрсетті. Тіс қағы индекстері, қызыл иектің қанауы мен қабыну көрсеткіштері төмендегені анық белгілі болған. Ауыз қуысының гигиеналық жағдайы елеулі түрде жақсарғаны, жағымсыз иістің кеткені және қызыл иектің табиғи түсі қалпына келгені атап көрсетілген.

И. Н. Мотовилова

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДАКРИОЦИСТИТОМ

КГКП «Поликлиника №5 г. Павлодар»

Дакриоцистит новорожденных по данным ВОЗ за 2009 г., встречается у 2-3% младенцев. Возникает в первые дни или недели жизни, что чаще всего связано с врожденной непроходимостью слезоотводящих путей любого механизма. В норме свободное сообщение между носослезным протоком и полостью носа формируется на 8 мес. внутриутробного развития. До этого выходное отверстие слезного канала в носовую полость закрыто тонкой перепонкой. К моменту рождения у большей части детей перепонка либо подвергается обратному развитию, либо при первом крике прорывается. В тех случаях, когда этого не происходит, возникают проблемы со слезоотведением. Слезоотводящие пути состоят из слезных канальцев (верхнего и нижнего) которые, соединившись, открываются в носовой проход.

Клиническая картина дакриоцистита новорожденных протекает сначала в виде общего покраснения глаза либо без отделяемого, либо очень скудного слизистого или гнойного характера. Существует два основных признака дакриоцистита новорожденных: 1) слезостояние, 2) отделяемое из слезного мешка. Процесс чаще всего односторонний, что в принципе отличает его от бактериального конъюнктивита.

Цель работы – обоснование назначения своевременного поэтапного лечения дакриоцистита новорожденных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Лечение дакриоцистита осуществляется в 2 этапа. I этап проводится в амбулаторных условиях и начинается с массажа слезного мешка. Эта самая важная процедура на первом этапе лечения дакриоцистита новорожденных, так как массаж воздействует на причину и направлен на улучшение проходимости слезных путей.

Затем назначаются противомикробные дезинфицирующие препараты, которые способствуют удалению и очищению конъюнктивальной полости от скопившегося слизистого или гнойного отделяемого. Одномоментно с назначением противомикробных препаратов продолжается курс массажа слезного мешка. Если в течение 2 нед. эффекта не наступает, то делаются слезно-носовая и канальцевая пробы.

При появлении гнойного отделяемого из слезного мешка местно назначаются антибактериальные средства в виде инстилляций. Антибактериальное лечение необходимо во избежание гнойных воспалительных заболеваний слезного мешка и окружающих его мягких тканей.

Лечение на амбулаторном этапе осуществляется до 3-месячного возраста. Если лечение не принесло положительного результата, необходим II этап лечения – зондирование слезно-носового канала с последующим его промыванием.

Под наблюдением за последние 3 г. находились 35 детей в возрасте от 2 нед. до 6 мес. Необходимо отметить, что 5 больных впервые были обследованы по подозрению на дакриоцистит в возрасте 5 мес. по причине позднего обращения. Всем детям проводился I этап лечения непроходимости слезных путей. Антибактериальное лечение назначалогсь с учетом результата бактериологического анализа на микрофлору и чувствительность к антибиотикам из конъюнктивальной полости. У 16 детей наступило полное выздоровление: у 9 на 2 мес. жизни, у 7 на 3 мес. жизни. В 19 случаях потребовался II этап лечения.

Таким образом, в 16 (45,7%) случаях удалось избежать II этапа лечения путем адекватного лечения с учетом этиологии и патогенеза заболевания. У 19 детей выздоровление наступило после зондирования слезно-носового канала с последующим промыванием слезных путей. Следует отметить, что все дети наблюдаемой группы выписаны с выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Применение антибиотика ципромед в лечении воспалительных заболеваний роговицы у детей /Н. Т. Тлеубаев, Г. К. Токсанбаева, Л. К. Кейкина, Р. Б. Бахытбек //Офтальм. журн. Казахстана. – 2005. – №1. – С. 10. – 14.
2. Тейлор Д. Детская офтальмология /Д. Тейлор, К. Хойт. – Бином. – 2007. – 384 с.

Поступила 28.08.10

I. M. Motovilova

PRINCIPLES OF CHILDREN TREATMENT WITH DACRYOCYSTITIS

Timely children treatment with lacrimal nasal ways taking into account ethyology and pathogenesis will lead to full child recovery. Adequate prescribed treatment may lead to recovery on the stage of outpatient treatment. Applying to latest terms it is not necessary to conduct 1 stage of treatment and to send children for probing with following washing out of lacrimal nasal ways at once.

И. Н. Мотовилова

БАЛАЛАРДЫ ДАКРИОЦИСТИТТЕРДЕН ЕМДЕУДІҢ ҚАҒИДАЛАРЫ

Этиологиясы мен патогенезін ескере отырып, балаларды көз-мұрын жолдары ауруларынан тиісті уақытында кезең-кезеңмен емдеу оларды толық сауықтыруға алып келеді. Адекватты тағайындалған амбулаторлық емделудің бірінші кезеңінде сауықтырып жібере алады. Дәрігерлік көмекке тиісті мерзімінен кеш жүгінгенде емдеудің бірінші кезеңін жүргізудің қажеті жоқ, мұндай жағдайда балаларды зондылауға, содан соң көз-мұрын жолдарын жуып тазартуға жіберу қажет.

Л. С. Ли

ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

Кафедра глазных болезней Карагандинского государственного медицинского университета

Заболевания орбиты являются одним из наиболее сложных разделов офтальмологии. На долю болезней орбиты, по данным различных авторов, приходится 0,5-0,8% всех глазных заболеваний. Воспалительные процессы в глазнице относятся к числу тяжелых проявлений офтальмопатологии, что связано как с опасностью потери не только органа зрения, но и жизни больного.

Топографическое соседство глаза с придаточными пазухами носа, близость к одонтогенному аппарату делают орган зрения очень уязвимым к так называемой перифокальной инфекции (воспалительные заболевания зубов, придаточных пазух носа). Возможно распространение инфекции с пораженных зубов в орбиту через верхнюю стенку гайморовой полости, в месте луночек I – II моляра.

Особенности анатомических взаимоотношений верхнечелюстной кости и внутреннего угла глаза не исключают распространения одонтогенной инфекции в орбиту, минуя собственно верхнечелюстную пазуху. Главное – обширные артериальные и особенно венозные связи. Артериальная система орбиты широко анастомозирует с сосудами лица, носа, придаточных пазух, зубов и головного мозга. Артерии зубной системы связаны с артериями глазницы, в основном через ветви a. maxillaris externa.

Большое количество венозных сплетений

носовой полости, зубов, лица и глотки связано с венозной системой глазницы и полости черепа, что обусловливает возможность орбитальных и внутричерепных осложнений.

Поэтому данная категория больных относится к пограничной области между офтальмологией, оториноларингологией, челюстно-лицевой хирургией, неврологией и нейрохирургией.

Под наблюдением находился больной О. 32 г. За 3 нед. до поступления отмечал сильные головные боли справа, диплопию без видимой причины, с чем и обратился к нейрохирургу диагностического центра. С диагнозом краниалгия неясного генеза и подозрением на объемный процесс головного мозга направляется на консультацию к окулисту. При исследовании зрительных функций выявлены битемпоральность сужения полей зрения до 70°, стушеванность границ диска зрительного нерва с височной стороны с четким краевым побледнением. Артерии сужены, вены полнокровны, извиты. Заключение: дифференцировать начальный застойный сосок зрительного нерва с хронической сосудистой оптикопатией.

Рекомендована консультация невропатолога и повторный осмотр окулиста через 2 мес. Однако больной был направлен нейрохирургом к окулисту уже через 5 дней, так как появились отек век, экзофтальм, хемоз, резкое ограничение подвижности глазного яблока, затруднение репозиции на фоне застойной инъекции. С подозрением на новообразование орбиты больной направляется на КТ, после чего вновь осматривается этими же специалистами. На КТ головного мозга данных об объемном процессе нет, обнаружены воспалительные изменения в правой глазнице. Экзофтальм справа. Искривление носовой перегородки влево.

С подозрением на флегмону орбиты справа и тромбоз кавернозного синуса больной направляется на консультацию к невропатологу, который не выявил очаговой неврологической симптоматики и, видя общее тяжелое состояние больного, рекомендовал срочное дальнейшее обследование и лечение в условиях стационара. Больной госпитализирован в глазное отделение с диагнозом: Флегмона орбиты справа. Общее состояние больного тяжелое: высокая температура тела, озноб, головная боль, разбитость.

Объективно: острота зрения ОД равна «0», пальпаторно тургор глаза несколько повышен, плотный отек, инфильтрация век, хемоз, выраженный прямой экзофтальм, наружная офтальмоплегия, репозиция затруднена, болезненна. Роговица слегка отечна, влага передней камеры слегка опалесцирует, цилиарных болей нет, прямая зрачковая реакция на свет отсутствует. В стекловидном теле густая муть, затрудняющая офтальмоскопию. Больному поставлен диагноз: Флегмона орбиты справа, нейроувеит.

На верхней челюсти справа обнаружен разрушенный кариозный зуб (II моляр), который был удален стоматологом в отделении. Осмотр ЛОР-врача, нейрохирурга, невропатолога, терапевта – патологии не выявлено. В общем анализе крови: СОЭ – 50 мм/ч, Л – 20,0х10^9/л.

С целью декомпрессии больному осуществлена орбитотомия. Гнойного отделяемого не получено. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: речь невнятная, плохо ориентируется в окружающей обстановке, непроизвольное мочеотделение, температура тела 40°, появился легкий отек век слева, правой половины лица. После осмотра невропатолога больной был переведен в срочном порядке в реанимационное отделение с диагнозом: Тромбоз кавернозного синуса справа, вторичное венозное кровоизлияние в правую гемисферу, абсцесс головного мозга лобно-височной локализации с явлениями прорыва капсулы абсцесса, вторичного менингоэнцефалита, отека головного мозга, ДВС-синдро-ма и синдрома септикоцемии.

Несмотря на мощную антибактериальную, дезинтоксикационную, противовоспалительную, осмотерапию у больного развились интракраниальные осложнения, сепсис, отек головного мозга с вклинением ствола и летальным исходом.

Таким образом, единственно возможной причиной развития флегмоны орбиты у больного был кариозный зуб (II моляр). Источником попадания инфекции от зуба может быть гематогенный путь в связи с общностью кровоснабжения глазницы и верхней челюсти, альвеолярных отростков, зубов от подглазничной артерии (ветви a. maxillaris sup.), дающей глазничные артериальные ветви.

Рассматриваемый клинический случай следует расценивать как один из редких в плане наличия флегмоны орбиты одонтогенной этиологии в стадии выраженного воспалительного отека с развитием интракраниальных осложнений и наступлением смерти больного, что диктует необходимость своевременного проведения экстренных энергичных лечебных мероприятий уже в самой начальной стадии серозной орбитальной флегмоны – активного отека ретробульбарной клетчатки.

Поступила 26.08.10

L. S. Li

ORBIT PHLEGMON

Clinical case of orbit Phlegmon in initial stage of inflammatory edema of retrobulbar fiber with development of hard intracranial complication, sepsis and lethal outcome was presented.

Л. С. Ли
КӨЗ ҰЯСЫ ФЛЕГМОНАСЫ

Ретробульбарлы торшаның суық тиюден ісінуінің ең бастапқы кезеңіндегі көз ұясы флегмонасының клиникалық жағдайы келтірілген, бұл ретте ауыр интракраниалды асқынулар, сепсис дамиды және өлімжітім орын алады.

И. Н. Мотовилова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИГАМОКС ПРИ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТАХ

КГКП «Поликлиника №5 г. Павлодар»

Одной из частых причин обращения больных к офтальмологу являются воспалительные заболевания конъюнктивы и роговицы, при лечении которых, как правило, применяются антибактериальные препараты. Несмотря на большое количество антибактериальных средств и различных методов их применения, в некоторых случаях выздоровление затягивается, а иногда приводит к осложнениям. Это обусловливает поиск более эффективных препаратов, способных за короткий срок восстановить трудоспособность.

В течение 2 лет изучалась эффективность препарата Вигамокс (фирма «Алкон»), который является представителем IV поколения фторхинолоновых антибиотиков и действует на широкий спектр грамположительных и грамотрицательных бактерий, атипичных микроорганизмов и анаэробов. Вигамокс влияет как на размножающиеся микроорганизмы, так и на находящиеся в стадии покоя.

Цель работы: изучение клинической эффективности антибактериального препарата Вигамокс в лечении некоторых заболеваний роговицы и конъюнктивы.

Под наблюдением находились 30 пациентов с кератоконъюнктивитами различной этиологии в возрасте от 16 до 50 лет. Их разделили на 4 группы: I группа – 14 человек с бактериальным конъюнктивитом; II группа – 8 человек с инородными телами роговицы; III группа – 4 пациента с повреждением роговицы при ношении мягких контактных линз (МКЛ); IV группа – 4 находившихся на лечении в связи с кератоконъюнктивитом на фоне системных заболеваний (ревматоидный артрит, сахарный диабет).

Всем больным проводилось обязательное бактериологическое исследование конъюнктивальной флоры, определялась чувствительность микрофлоры к антибиотикам, осуществлялось промывание слезных путей.

Эффективность применения препарата оценивалась по срокам излечения, регресса инфильтрации, эпителизации. Одновременно с вигамоксом назначались десенсибилизирующие и эпителизирующие средства. Глазные капли вигамокс назначали всем пациентам в виде инстилляций по 1 капле 4-6 раз в сут в зависимости от тяжести воспалительного процесса или его осложнения. Длительность лечения составила от 3 до 10 сут.

У пациентов I группы симптомы конъюнктивита купировались на 2 сут лечения, у больных II и III групп на 3-4 сут. Терапия IV группы проводилась в сочетании с другими противовоспалительными препаратами и включала в себя репаративные, десенсибилизирующие, витаминные средства. Эффект наступал на 8-10 сут.

В ходе исследования не отмечено ни одного случая аллергической реакции или другого побочного действия вигамокса.

Вигамокс, являясь препаратом IV поколением фторхинолонов, имеет лучшую антибактериальную активность по отношению к грамположительным бактериям и обладает лучшей способностью проникать в оболочки глаза (табл. 1).

Таблица 1.
Сравнительное изучение срока действия вигамокса и ципрофлоксацина

Патология	Препарат	
	вигамокс	Ципрофлоксацин
Бактериальные конъюнктивиты	1-2 сут	2-3 сут
Инородные тела роговицы	3-4 сут	5-6 сут
Повреждения роговицы при ношении МКЛ	2-3 сут	5-6 сут
Кератоконъюнктивиты на фоне системных заболеваний	8-10 сут	14 сут

Таким образом, исследование свидетельствует о высокой антибактериальной эффективности препарата Вигамокс при лечении кератоконъюнктивитов различной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кански Д. Клиническая офтальмология. – «Рит элсивер», 2009. – 536 с.
2. Сомов Е. Е. Клиническая офтальмология. – М.: «МЕД пресс» – информ», 2009. – 392 с.

Поступила 28.06.10

I. N. Motoviliva
EXPERIENCE OF VIGAMOKS PREPARATION USE AT KERATOCONJUNCTIVITIS

Clinical efficacy of Vigamoks preparation in treatment of inflammatory diseases of conjunctivitis and corned was valued. The conducted investigation testifies about high efficacy of Viamoks preparation. Improvement of clinical picture is achieved for minimal short terms.

И. Н. Мотовилова

КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТТЕР БАРЫСЫНДА ВИГАМОКС ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Конъюнктивтер мен мөлдірқабықтың суық тиюден қабыну ауруларын емдеу кезінде Вигамокс препаратын қолданудың клиникалық тиімділігіне баға берілген. Жүргізілген зерттеу Вигамокс препаратының жоғары тиімділігін айғақтаған. Соның нәтижесінде өте қысқа мерзім ішінде клиникалық картинаны жақсартуға қол жеткізілген.

Р. Б. Акпеисова

НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИПРОСПАНА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ И АСТМЕ

Отдел клинической аллергологии и иммунологии НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК (Алматы)

Аллергический ринит и астма довольно часто встречаются как сопутствующие друг другу заболевания и концепция «один путь – одна болезнь» нашла подтверждение благодаря ряду общих черт. Доказано, что лечение ринита может значительно снизить выраженность и тяжесть симптомов астмы. Несмотря на предложенную ВОЗ базисную терапию ринита и астмы, в практике встречаются случаи «некорректной» терапии. Приводим случай нецелесообразного применения дипроспана при аллергическом рените астме.

Больной П., 1978 г. поступил 27.03.2007 г. в отделение аллергологии НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК с жалобами на ежесуточные 1- 2-кратные приступы удушья, преимущественно в ночное время, кратковременно купируемые ингаляцией саламола или таблетированным эуфиллином, на одышку смешанного характера при физической нагрузке, сухой кашель, постоянную заложенность носа и отсутствие обоняния. Из анамнеза заболевания стало известно, что пациент считает себя больным примерно с 7-летнего возраста, когда впервые стали беспокоить приступообразное чихание, ринорея и заложенность носа. Первоначально заболевание носило сезонный характер с обострением в конце июля и по сентябрь, а с 1995 г. – с середины мая по сентябрь.

Наблюдался в детском и взрослом аллергоцентре г. Алматы и получал только симптоматическое лечение. Специфическую диагностику и специфическую терапию аллергенами не проводили. С 2000 г. назальные симптомы стали беспокоить круглогодично и спустя 2 г. к ним присоединились кашель, затрудненное дыхание и приступы удушья. В конце 2002 г. во время очередного обострения по совету родственника впервые сделал инъекцию дипроспана. Эффект наступил моментально.

В летний период следующего года больной сделал уже 2 инъекции дипроспана с интервалом в мес. В течение последующих 2-3 лет инъекции дипроспана приходилось делать раз в 3 мес. и несмотря на это нарастала симптоматика. Появилась одышка при физической нагрузке, нарастала интенсивность заложенности носа и частота приступов удушья, что требовало постоянного приема дополнительных лекарственных средств и стационарного лечения. В течение последнего года инъекции дипроспана стали ежемесячными, но эффект был неполным. Пациент постоянно пользовался сальбутамолом/эуфиллином. Параллельно с постоянной заложенностью носа полностью пропало обоняние. За 2 мес. до поступления больной сделал 8 инъекций, т. е. раз в неделю, и был направлен за высокоспециализированной помощью.

Из провоцирующих факторов пациент отмечал пребывание в пыльном и/или сыром помещении, уборку постели и/или помещения, а также холодный воздух, сырость, простудные заболевания, резкие запахи и физические нагрузки. В анамнезе лекарственная аллергия на НПВП в виде анафилактического шока.

Отклонения, выявленные при физикальном и лабораторно-инструментальном обследовании: объективно при поступлении состояние оценено как тяжелое. Дыхание через нос было полностью затруднено. Грудная клетка эмфизематозной формы, обе половины симметрично участвовали в акте дыхания. При сравнительной перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Экскурсия легких ограничена – 2,0 см, ЧДД 22 в мин. Аускультативно-ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие хрипы по всем полям.

Спирография от 28.03.07 г.: Нарушений ВСЛ не выявлено. ЖЕЛ – 113%, ОФВ1 – 115%, ПСВ-575 л/мин., ИТ – 71%. Проба с сальбутамолом отрицательная. По данным ЭКГ и ЭзоКГ изменений не выявлено. ППН: выявлена сенсибилизация к бактериальным аллергенам (протей мирабилис++). UniCAP Total Ig E (kU/1) – 112 (норма до 100), микст ингаляционных аллергенов – отрицательный.

При осмотре ЛОР-органов: зев бледно-розовой окраски, миндалины рыхлые, чистые. Риноскопия – слизистая бледная, отечная, полость носа заполнена множественными полипами, отделяемого нет, носовое дыхание отсутствует. Отоскопия без особенностей.

Поставлен клинический диагноз: астма, сочетанная форма, тяжелой степени тяжести, непрерывно-рецидивирующее течение. Гормонозависимость. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДНII. Хронический аллергический ринит, перси-

стирующее течение, обострение. Полипоз носа.

На фоне стандартного лечения астмы проводилось местное лечение носоглотки – деконгестанты, туалет носа солевым раствором 2-3 раза в сут и инсуфляции триамцинолона по 0,5 таб/прием 3-4 раза в сут.

При осмотре ЛОР-органов через неделю после начала местной терапии – носовое дыхание улучшилось. Риноскопия – слизистая бледная, полипы сократились в объеме, нижний носовой ход проходим для ватника.

При осмотре ЛОР-органов через 2 нед. после начала местной терапии – носовое дыхание продолжало восстанавливаться, больной стал различать резкие запахи. Риноскопия – объем и количество полипов значительно сократились, появилась проходимость носовых ходов в верхних и средних отделах.

Деконгестанты были отменены, инсуфляции триамцинолона были заменены на вдувания мометазона фуроата (50 мкг в обе половины носа 2 раза в сут).

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть нецелесообразность применения дипроспана при патологии носоглотки, где базовой терапией являются топические глюкокортикостероиды.

Поступила 12.08.10

R. B. Akpeisova

INEXPEDIENT USE OF DIPROSPAN IN ALLERGIC RHINITIS AND ASTHMA

Author investigated problem of diprospan use in treatment of allergic rinitis and asthma. The given clinical case showed that prescription of diprospan leads to negative results as hard clinical course of disease.

Р. Б. Ақпейісова

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТ ЖӘНЕ АСТМА КЕЗІНДЕ ДИПРОСПАНДЫ ДҰРЫС ҚОЛДАНБАУ

Автор аллергиялық ринитті және астманы емдеу кезінде дипроспанды қолданудың мәселесін зерттеген. Келтірілген клиникалық жағдай дипроспанды қолданудың салдарынан аурудың клиникалық ағымы бұрынғысынан ауырлай түсетінін көрсеткен.

Б. Ш. Сакташев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА РАКА ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Кафедра онкологии АО «Медицинский университет Астана», Городской онкологический диспансер (Астана)

Хирургическое лечение рецидива рака желудка после гастрэктомии представляет очень сложную задачу. Отношение хирургов к подобным случаям сложное, поскольку в большинстве случаев их относят к категории бесперспективных, так как большинство из них погибают от травматичности повторного оперативного вмешательства или от диссеминации опухолевого процесса.

Рецидивы – это разрастания опухолевой ткани, возникающие на том самом месте, где располагалась первичная опухоль из-за неудаленных или неразрушенных частиц опухолевых тканей, уцелевших на месте, в ближайших лимфопутях или лимфоузлах после удаления первичного опухолевого очага.

Сотрудниками кафедры онкологии АО «Медицинский университет Астана» проводятся подобные оперативные вмешательства на базе городского онкологического диспансера г. Астана.

При рецидиве рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе после гастрэктомии в 2010 г. прооперирован 1 больной с благоприятным исходом.

Больной Н. поступил в хирургическое отделение ГОД г. Астаны 07.01.10 г. Клиническая картина при поступлении: немотивированная общая слабость, снижение трудоспособности, утомляемость, снижение аппетита, желудочный дискомфорт. Из анамнеза: больному сделана операция в объеме тотальной гастрэктомии в июне 2009 г. Поставлен диагноз рак желудка T3N2M0 IIIБ степени. В послеоперационный период проводилась консервативная симптоматическая терапия. Ухудшение отмечал с ноября 2009 г. Обратился в поликлинику по месту жительства, при обследовании развернутого анализа крови обнаружена анемия средней степени, больной направлен в ГОД г. Астаны на дообследование. На поликлиническом этапе обследования при рентгеноскопии обнаружен рецидив рака желудка в области анастомоза. При эндоскопическом обследовании в области анастомоза отмечена инфильтрация ткани, осуществлена биопсия с 3 участков. Цитоморфологическое заключение – аденокарцинома. Рецидив развился в сроки менее 1 г. после гастрэктомии.

Больной дополнительно обследован: на УЗИ данных об отдаленном метастазировании не обнаружено. По результатам компьютерной томографии брюшного сегмента визуализировалась опухоль в области эпигастрия размером 35х30 см. Заключение: подозрение на рецидив рака желудка. Вес больного составлял 65 кг при росте 179 см, отмечена потеря в весе на 15 кг. При поступлении больной астенического телосложения, пониженного питания, отмечена бледность и сухость кожных покровов, слизистые бледные.

Печень не увеличена, в эпигастальной области пальпировалась плотное ограниченно подвижное образование в диаметре до 30 см. Стул не изменен, склонен к запорам. В ОАК гемоглобин 80 г/л, эритроциты 3,0х10^{12}г/л, в биохимических анализах отмечалось снижение общего белка до 45 г/л, другие показатели крови и мочи в пределах нормы. Больному в отделении проведена стандартная предоперационная подготовка. После нормализации показателей крови больной взят на операцию.

Под общим обезболиванием проведена срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружен обширный местно-распространенный процесс, визуализировался конгломерат опухоли размерами 35х25х15 см в области пищеводно-кишечного анастомоза, в опухолевый конгломерат вовлечены брауновское соустье, левая доля печени, хвост и тело поджелудочной железы, петли тощей и подвздошной кишки, поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка, брыжейка тонкой кишки, имелись метастазы в брыжейке тонкой кишки, при дальнейшей ревизии по ходу операции обнаружены метастатические лимфатические узлы в области чревного ствола и в воротах селезенки. Данных об отдаленном метастазирование нет. Учитывая местное распространение процесса с техническими трудностями проведена экстирпация пищеводно-кишечного анастомоза с брауновским соустьем, резекция левой доли печени, корпоро-каудальная резекция поджелудочной железы, резекция поперечно-ободочной кишки и ее брыжейки, резекция тощей и подвздошной кишки, резекция участка тонкой кишки, спленэктомия, лимфодиссекция D3. Операция выполнена абдоминальным доступом. Непрерывность пищеварительной трубки восстанавливалась повторным эзофагоеюноанастомозом с формированием межкишечного анастомоза по Ру, толсто-толсто-кишечным анастомозом по типу «конец в конец» и анастомозом тонкой кишки по типу «конец в конец» и «конец в бок».

Морфологический диагноз основывался на макроскопическом и морфологическом исследованиях резецированного конгломерата рецидивной опухоли. При патогистологическом исследовании обнаружены метастазы в лимфатических узлах брыжейки тонкой кишки, ворот селезенки и лимфатических узлов в области чревного ствола.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 7 сут состоятельность анастомозов подтверждена рентгеноскопически. В отделении проводилась интенсивная симптоматическая терапия. Больной благополучно выписался в январе 2010 г. и в настоящее время получает курсы полихимиотерапии, за время наблюдения рецидива не обнаружено.

Особенности рецидива рака во многом определяются характером предшествующего вмешательства с учетом объема выполненной лимфодиссекции. Анализ причин развившегося рецидива показал, что ранее была выполнена нерадикальная операция, так как при повторном хирургическом вмешательстве обнаружены метастатические лимфатические узлы в области чревного ствола и в воротах селезенки.

В настоящее время целесообразность повторных хирургических вмешательств при полиорганном поражении рецидива рака желудка после гастрэктомий, сомнений не вызывает.

Поступила 25.08.10

B. S. Saktashev
SURGICAL TREATMENT STOMACH CANCER RECIDIVATION AFTER GASTRECTOMY

Author of the article shares experience of surgical treatment of stomach recidivation after gastrectomy.

Б. Ш. Саташев
ГАСТРЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚАЗАН ҚАТЕРЛІ ІСІГІ РЕЦИДИВІН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Автор гастроэктомиядан кейінгі асқазан қатерлі ісігін хирургиялық емдеудің тәжірибесі туралы мәліметтерді ортаға салған.

Г. К. Тулеутаева

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Поликлиника №1 (Семей)

Реабилитация – это динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида.

Медицинская реабилитация слагается из ряда мероприятий с целью не допустить растренировки больного во время пребывания его на лечении; ускорить процесс реабилитации путем психологических и физических воздействий (средства ЛФК, физиотерапия, мануальная и рефлексотерапия и др.); ускорить выработку компенсаторных процессов и управления ими; управлять процессом адаптации при необратимых процессах.

Реабилитационный процесс строится на принципах, предусматривающих: раннее начало восстановительных мероприятий, адекватных

состоянию больного, обеспечивая более благоприятное течение и исход заболевания; комплексность использования различных средств восстановительного лечения (средств ЛФК, массажа, физиопроцедур, мануальной и рефлексотерапии, двигательного режима больного).

Основными задачами восстановительной медицины (реабилитации) являются ускорение восстановительных процессов и предотвращение или снижение инвалидизации. Невозможно обеспечить функциональное восстановление, если игнорировать стремление организма к движению.

Физическая реабилитация оказывает положительное влияние на функцию сердечно-сосудистой, мышечной, гуморальной систем, на обмен липидов и систему коагуляции. ЛФК также положительно влияет на устранение факторов риска: снижение веса, регулирует липидный и углеводный обмен, способствует развитию коллатерального кровотока, также оказывает благоприятное психическое воздействие, уменьшается выраженность депрессии, вследствие чего улучшается качество жизни.

В отделении восстановительной терапии поликлиники №1 г. Семей в зависимости от заболевания, состояния больного, его возраста, этапа восстановительного лечения наблюдение ведется врачами различных специальностей.

Кафедрой врачебного контроля и лечебной физкультуры СГМУ разработаны программы оптимального двигательного режима, применяемые в ежедневной работе с пациентами, рекомендуемые пациенту при выписке из отделения. Соблюдается этапность процесса реабилитации, непрерывность и преемственность.

Занятия в группе проводит специально подготовленный инструктор ЛФК.

Программа реабилитации подбирается индивидуально, составляется конкретный план восстановительного лечения. Для выбора адекватных физических нагрузок пациентам с ИБС, перенесшим ИМ и имеющим симптомы хронической сердечной недостаточности (ХСН), использовался тест ходьбы в течение 6 мин, соответствующий субмаксимальной физической нагрузке. На основании полученных при тестировании данных пациенту рекомендовались адекватные его возможностям физические нагрузки. С 2006 г. по 2009 г. в отделение принято на лечение 1 013 пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями

Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями разделены на 4 группы: без ЛФК, ЛФК с щадящем режиме, в тренирующем режиме и в тренирующем режиме с занятиями на тренажерах под контролем самочувствия, ЧСС и артериального давления. Регулярно проводился ЭКГ-контроль.

При динамическом наблюдении занятия ЛФК позволяют ускорить амбулаторную реабилитацию. Проведение регулярных (5 раз в нед.) физических тренировок в течение 3 и более недель позволяет больным с СН увеличить толерантность к физическим нагрузкам, уменьшается частота эпизодов стенокардии, снижается интенсивность и длительность боли, улучшается психоэмоциональное состояние пациентов, на ЭКГ – положительная динамика. При этом физические тренировки способствуют повышению реакции организма на лекарственную терапию.

Таким образом, применение лечебной гимнастики является эффективным, безопасным и молозатратным методом лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, повышает эффективность стационарного лечения. В связи с этим лечебная физкультура (ЛФК) должна стать основным звеном медицинской реабилитации различных больных, и найти большее применение в комплексной терапии кардиологических больных. Повышая толерантность к физическим нагрузкам, улучшая психический статус больных, физические тренировки положительно влияют на клинические проявления болезни.

В настоящее время кардиологическая реабилитация неразрывно связана со вторичной профилактикой.

В результате реабилитационных мероприятий и мероприятий по вторичной профилактике повышается физическая работоспособность и функциональный класс больного, прекращается или уменьшается число приступов стенокардии, уменьшается количество госпитализаций по поводу ухудшения, улучшается психологический статус, предотвращается инвалидизация, улучшается качество жизни.

Поступила 09.10.10

G.K.Tuleutayeva

SIGNIFICANCE OF MEDICAL PHYSICAL CULTURE IN REHABILITATION OF CARDIOLOGICAL PATIENTS ON POLYCLINIC STAGE

The use of medical gymnastics is effective, safe not very spent methodof treatment for patients with cardiovascular diseases, increases efficacy of stationary treatment. Therefore the medical physical culture must be the main chain of medical rehabilitation and is widely adopted in complex therapy of cardiologic patients. Raising the patience to physical loads, improving patients' mental status, the physical trainings positively have influence on clinical manifestations of disease.

Г. К. Төлеутаева

ЕМХАНАЛЫҚ КЕЗЕҢДЕГІ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУДАҒЫ ЕМДІК ДЕНЕ ТӘРБИЕСІНІҢ МАҢЫЗЫ

Емдік гимнастиканы пайдалану жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратындарды емдеудің тиімді, қауіпсіз және көп қаражатты талап етпейтін, стационарлық емделудің тиімділігін жоғарылататын әдісі болып табылады. Осыған байланысты емдік дене тәрбиесі медициналық реабилитацияның негізі болуы және кардиологиялық науқастарды кешендік терапиялауда көп қолданысқа ие болуы тиіс. Физикалық жүктемелерге толеранттылықты жоғарылатып, науқастардың психикалық статусын жақсарта отырып, физикалық жаттығулар аурудың клиникалық байқалуларына жақсы әсер етеді.

Г. К. Тулеутаева

СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА

Республиканский Диагностический Центр
(Астана.)

Легочная гипертензия – довольно распространенное состояние, диагностировать которое, особенно на ранних этапах развития, и лечить очень непросто. С легочной гипертензией сталкивается в своей практике каждый врач-терапевт, а зачастую и педиатр.

Легочная гипертензия (ЛГ) определяется как повышение среднего давления в легочной артерии (ЛА) более 25 мм рт. ст. в покое или более 30 мм рт. ст. при нагрузке. В настоящее время известно более ста заболеваний, при которых развивается ЛГ, вторичная в этих случаях, т. е. осложнение основного заболевания.

Первичная легочная гипертензия – это повышение легочного сосудистого сопротивления и давления в легочной артерии без видимых причин, является самостоятельным заболеванием в отличие от *вторичной легочной гипертензии*, возникающей как осложнение различных болезней органов кровообращения и дыхания.

Заболевание встречается редко. Оно может начаться как в грудном, так и в пожилом возрасте, но обычно в 20-40 лет.

По статистике наиболее подверженными первичной легочной гипертензией являются молодые женщины в возрасте от 20 до 40 лет. При этом случаи болезни мужчин встречаются гораздо реже. Женщины болеют в 1,7 раза чаще. Прием оральных контрацептивов также может иметь отношение к возникновению первичной легочной гипертензии, особенно при наличии ряда предрасполагающих факторов – системной красной волчанки, семейных случаев заболевания.

Причины возникновения этого заболевания неизвестны. Первичная легочная гипертензия становится причиной инвалидизации и при отсутствии лечения приводит к преждевременной смерти больного. Диагностика базируется на исключении других известных и более распространенных причин повышения давления в малом круге кровообращения

Заболевание заключается в разрастании и утолщении внутренней выстилки мелких и средних ветвей легочной артерии с прогрессирующим сужением их просвета. На последних стадиях заболевания возможно развитие воспаления мышечного слоя легочной артерии с последующим его разрушением. В результате этих изменений в легочной артерии постепенно повышается давление, т.е. развивается легочная гипертензия.

Критерием наличия ЛГ при хронических заболеваниях легких является повышение среднего давления в легочной артерии (Ppa) в условиях покоя *выше* 20 мм рт. ст. (в норме данный показатель находится в пределах 9-16 мм рт. ст.).

Постоянный рост давления в легочной артерии передается правому желудочку, вызывая утолщение его стенки (гипертрофию). Со временем правый желудочек перестает справляться с прогрессирующей легочной гипертензией, что приводит к снижению его сократительной (насосной) функции (правожелудочковая недостаточность).

Для характеристики тяжести ЛГ используется функциональная классификация (ВОЗ) – модифицированный вариант классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA), предложенной для пациентов с недостаточностью кровообращения.

В качестве примера, демонстрирующего первичную легочную гипертензию, приведены результаты обследования больной К. в Республиканском Диагностическом Центре.

Больная К., *обратилась с жалобами одышку при незначительной физической нагрузке (в наклоне туловища, отдыхает на каждом пролете лестницы), утомляемость, периодически желтушность склер и кожи, боли в эпигастрии, вздутие живота, отеки на лице, нижних конечностях.*

Из анамнеза с 13-летнего возраста на рентгенограмме грудной клетки отмечали расширение тени сердца. С 2003 г. на ЭКГ отмечается гипертрофия правого желудочка, несколько лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма, получает Серетид, однако одышка прогрессирует. Вредных привычек нет. Наследственность отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, иктеричны, гиперпигментные пятна на спине. Набухшие шейные вены. Периферические лимфатические узлы не

увеличены. Грудная клетка нормостеническая. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы ЧДД 24 в мин. Над легкими – легочный звук. Перкуторно: расширение границ сердца вправо. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолодиастолический шум на аорте, легочной артерии, у левого края грудины, проводится на сонные, бедренные артерии, ЧСС 82 уд. в мин. АД 125/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен налетом. Живот мягкий, безболезненный, вздут. Печень по краю реберной дуги, болезненна. Отеки голеней.

При обследовании в крови железодефицитная анемия (Нв102г/л, сывороточное железо 4,90 мкмоль/л), гипербилирубинемия (общий билирубин 39,8 мкмоль/л), лактатдегидрогеназа 254,0 (норма135,0-195,0).

ЭхоКГ от 16. 04. 2010 г. Полость правого желудочка увеличена, 48-50 мм. Передняя стенка утолщена. Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Полость левого желудочка не увеличена, стенки не утолщены. Макс. объем левого предсердия 30 мл (в норме), макс. объем правого предсердия 97 мм (значительно увеличен). Аорта не расширена. Уплотнение корня аорты. Аортальный клапан, митральный клапан: створки подвижные. Трикуспидальный клапан: створка незначительно утолщена, подвижна, уплотнена. Трикуспидальная регургитация ++. Объем коллабирования <50%. РСДЛА около 75-80 мм рт. ст. Перикард без особенностей. Заключение: Дилатация правых отделов сердца. Дилатация и гипертрофия правого желудочка. Дилатация ствола и ветвей легочной артерии (25 -26 мм), Легочная регургитация (+). Высокая легочная гипертензия. Глобальная сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, ФВ – 55%. Нижняя полая вена 2,2 см, на вдохе 1,8 см. Дополнительная хорда в ЛЖ.

Компьютерная томография грудного сегмента от14.04.2010г. На серии томограмм отмечается понижение пневматизации легочной ткани. В проекции верхней доли левого легкого, определяется буллезные вздутия, фиброзные тяжи. В проекции верхушек плевроапикальные наслоения. Легочный рисунок избыточен, обогащен за счет сосудистого компонента. Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких уплотнены, структурны. Просвет трахеи и крупных бронхов не изменен, калибр сегментарных бронхов расширен, стенки уплотнены, деформированы. Лимфатические узлы не увеличены. Плевральные полости свободны. Купол диафрагмы ровный. Стенки перикарда несколько утолщены, в полости выпот. Границы полостей сердца расширены в поперечнике за счет всех отделов. Заключение: КТ картина остаточных изменений перенесенной плевропневмоний верхней доли левого легкого, единичные буллы. Легочная гипертензия. Кардиомегалия. Перикардит.

Таким образом, у пациентки определились симптомы тяжелой хронической правожелудочковой сердечной недостаточности: выраженная одышка, застойный синдром в виде гепатомегалии, с признаками кардиального цирроза печени, рецидивирующим асцитом. Симптоматика сердечной недостаточности появилась на фоне длительного анамнеза одышки, в связи с чем несколько лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма, получает серетид, однако одышка прогрессирует. На данный момент данных о хронической обструктивной болезни легких, интерстициальных заболеваний легких, тромбэмболической обструкции легочных артерий, врожденной аномалии сосудов, ВИЧ-инфекции, патологии щитовидной железы, сдавления легочных сосудов, гематологическиж заболеваний, являющихся причиной легочной гипертензии нет. НА КТ нет данных о ИФА, ТЭЛА, имеются единичные буллы и фиброзные тяжи в верхней доле левого легкого.

По данным обследования – дилатация правых отделов сердца. Дилатация ствола ЛА. Легочная гипертензия. РСДЛА около 75-80 мм рт. ст. Учитывая пол, возраст, анамнез, результаты дообследования, исключая легочную гипертензию вторичную, наиболее вероятной причиной состояния пациентки является первичная легочная гипертензия.

Установлен диагноз: I27.0 Первичная легочная гипертензия IV класс. Осложнение: ХСН IV ФК по NYHA. Кардиальный цирроз печени. Сопутствующий: (Д50,8) Железодефицитная анемия средней степени тяжести, вторичного генеза.

Пациентке рекомендовано лечение в стационарных условиях. Постоянный прием нейрогуморальных модуляторов – ИАПФ периндоприл 5 мг по ? таб. Вечером (подбор дозы титрованием), β-блокаторы (подбор дозы после снижения отечного синдрома с титрованием), верошпирон 12,5 мг 2 раза в день. Диуретическая терапия (фуросемид с подбором дозы, при необходимости комбинация с гипотиазидом). Препараты для снижения давления в ЛА – антогонисты кальция, бозентан. Лечение анемии, санация хронических очагов инфекции. Учитывая тяжесть состояния и прогноз заболевания, рекомендовано направление на МСЭК.

О течении первичной легочной гипертензии известно мало, поскольку сначала заболевание протекает почти бессимптомно. Согласно ряду исследований, больные умирают в среднем через 2-3 г. после постановки диагноза. Точнее всего ожидаемую продолжительность жизни можно определить по функциональному классу сердечной недостаточности (классификация Нью -Йоркской кардиологической ассоциации). Большинство больных погибают от правожелудочковой недостаточности, либо наступает внезапная смерть, что весьма характерно для этого заболевания.

Поступила 09.10.10

G. K. Tuleutayeva

CASE OF PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION IN CARDIOLOGIST'S PRACTICE

Author of the article describes case of primary pulmonary hypertension. And specifies that the reasons of this disease rise are not known. The primary pulmonary hypertension becomes a reason of incapacitation and at lack of treatment leads to premature patient's death. Diagnostics is based on exception of another known and wide – spread reasons of high pressure in lesser circulation.

Г.К.Төлеутаева

КАРДИОЛОГ ДӘРІГЕРІНІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ АЛҒАШҚЫ ӨКПЕ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ КЕЗДЕСУІ

Мақаланың авторы алғашқы өкпе гипертензиясының жағдайын сипаттайды. Бұл аурудың туу себептерінің белгісіз екендігін нақтылайды. Алғашқы өкпе гипертензиясы мүгедектенудің себебі болып табылады және емделмеген жағдайда науқастың уақытынан ерте өлуіне әкеліп соқтырады. Диагностика қан айналымының аздаған шеңберінде қысымның жоғарылауының көп кездесетін себептерін жоққа шығарумен негізделеді.

К 60-летию Карагандинского государственного медицинского университета

ДОСТОЙНЫЙ ТРУЖЕНИК ТЫЛА И ПЕРВЫЙ РЕКТОР КГМИ



В этом году люди, думающие о прогрессе, с чувством глубокой признательности продолжают праздновать 65-ю годовщину Великой Победы СССР над черными силами фашизма. Особую память о миллионах погибших на пути к этой цели сохраняет сегодняшнее население независимого Казахстана, окружившее всесторонним вниманием героических участников небывало тяжелых сражений. Вместе с тем, мы отлично помним, что победа была достигнута в результате колоссальных усилий всего советского народа. Ведь война явилась огромным испытанием прочности большой страны в целом, однако, многонациональное население сумело преодолеть все трудности и лишения, объединившись под общим лозунгом: «Все для фронта, все для победы!».

Немало искренних патриотов, буквально рвавшихся на фронт, сдерживала бронь военного времени, подчеркивающая чрезвычайную востребованность их на своих рабочих местах. В числе таких людей оказался и опытный врач Поспелов, приехавший в далекий Казахастан из Кубани еще в 1933 году для участия в создании третьей угольной базы стремительно развивавшегося в тот период государства.

Петр Моисеевич Поспелов родился в 1903 году в многодетной крестьянской семье и рано испытал все трудности их жизнедеятельности. Обучаясь в сельской школе, он увлекался биологией и мечтал стать врачом. Вопреки воле родителей, поступил в медицинский институт, совмещая все студенческие годы с постоянной работой на станции скорой помощи. После окончания института вернулся в родной совхоз «Венцы-Заря», где возглавил врачебный участок. Затем успешно заведовал терапевтическим отделением Георгиевской городской больницы Ставропольского края. В дальнейшем, убедившись в своих профессиональных возможностях и движимый чувством интернационализма, приехал в Караганду. Свою служебную карьеру на новом месте Петр Моисеевич начал рядовым врачом второго рудника города. Так наступил следующий полувековой и очень плодотворный этап его деятельности в нашем регионе.

Благодаря глубокому профессионализму и общей мудрости в сочетании с высокими организаторскими способностями, вскоре многие прозвали Петра Моисеевича «старостой» медиков Караганды. Деловые способности этого умного и энергичного человека оценило тогдашнее руководство области, предложив ему возглавить местный отдел здравоохранения, где он оставил яркий след, построив хорошо продуманную сеть лечебно-профилактических учреждений для городских и сельских жителей. На этой весьма ответственной должности полностью раскрылись не только профессиональные, но и общегражданские качества выдающегося руководителя. Он быстро освоил казахский язык, психологию и основные традиции народа, побывал на промышленных предприятиях, посетил все сельские районы, вплоть до отгонного животноводства и, конечно, занимался бытом, а также правильным распределением молодых врачей, приезжающих из других республик.

Ввиду недостаточности в регионе многих специалистов-медиков еще до 1940 года П. М. Поспелов ставил вопрос о необходимости открытия медицинского института в Караганде, что было одобрено, но это намерение пришлось отложить из-за начавшейся войны. С ее началом хлопот у Петра Моисеевича прибавилось - надо было предупредить появление возможных эпидемий, срочно организовать госпитали в Караганде и обеспечить их всем необходимым: медикаментами, аппаратурой, инвентарем, одновременно укрепляя здоровье тружеников тыла. Несмотря на существование трудностей, ему удалось четко поставить работу по основным направлениям.

Безупречный труд Петра Моисеевича получил широкое признание народа – в 1944 г. ему было присвоено высокое звание «Заслуженный врач Казахской ССР» и вручен орден «Знак почета». В 1946 году заведующего Карагандинским облздравотделом наградили орденом «Красная Звезда», также много поощрений Петр Моисеевич имел по административной, партийной и профсоюзной линии.

В связи с развитием угольной, металлургической, химической и других отраслей промышленности в бассейне быстро возрастало население, требовалось качественное медицинское обслуживание. После настоятельного ходатайства Министерства здравоохранения Казахской ССР, наконец, в 1950 году шахтерская столица обогатилась высшим медицинским учебным заведением, руководство которым было поручено опытному организатору с широким политическим кругозором и постоянным чувством нового – П. М. Поспелову. Воодушевленный всеобщим доверием, первый ректор КГМИ самоотверженно проработал на этом посту 24 года. В частности, за кратчайший срок он сумел поднять основные показатели работы руководимого им коллектива до

уровня ведущих медицинских вузов РСФСР. В связи с этим по прошествии всего 10 лет со времени открытия Карагандинскому медицинскому институту была присвоена первая категория и предоставлено право защиты кандидатских диссертаций по определенным отраслям медицинской науки.

Заботливый ректор упорно добивался от руководителей республиканских и союзных министерств оказания необходимой помощи периферийному вузу. Установление постоянной связи с основными учебно-научными центрами страны способствовало ускоренному росту и развитию КГМИ.

В 1959 году был открыт санитарно-гигиенический факультет, а в 1962 г. – педиатрический. Затем появилось вечернее отделение лечебного факультета, позволившее получить высшее образование средним медицинским работникам. Ежегодный набор в институт возрос до тысячи человек. Несколько позже открылось подготовительное отделение типа рабфака, предназначенное для будущих абитуриентов из числа рабочих со стажем, демобилизованных солдат и др. Петр Моисеевич постоянно оказывал благотворное влияние на судьбы многих других граждан нашей страны как талантливый руководитель, депутат и просто очень близкий людям, благородный человек.

Прежде всего первый ректор много сил посвятил укреплению материальной базы института, построив корпуса для теоретических, морфологических и языковых кафедр, научно-исследовательскую лабораторию, библиотеку и типовые общежития для студентов. Позже для них появился специальный санаторий-профилакторий, а также дом отдыха в Каркаралинске, одновременно служащий спортивным лагерем. Характерно, что строительство всех объектов проходило в быстром темпе, т.к. в помощь рабочим СМУ организовались строительно-монтажные бригады из числа самих студентов. Клиническим кафедрам для обучения студентов предоставлялась вся коечная сеть городов Караганды и Темиртау, с руководителями которых на взаимно выгодных условиях умел договориться ректор института.

Одновременно должное внимание уделялось правильному подбору состава преподавателей, способных своим личным примером положительно воздействовать не только на мысли, но и чувства студентов. Нередко ему удавалось уговорить известных ученых из центральных городов Союза переехать в Караганду, охотно приглашал он также заслуженных участников ВОВ, постоянно пополнял ряды преподавателей перспективной молодежью. Особенно высокие требования предъявлялись к будущим заведующим кафедрами, которым вменялось в обязанность создание безупречного морально-психологического климата и осуществление надлежащей организации труда в коллективе. Согласно должностным инструкциям, все преподаватели должны были заниматься научными исследованиями, в зависимости от эффективности которых они получали соответствующую оценку в баллах при очередном подведении итогов социалистического соревнования сотрудников, что служило определенным стимулом для подтягивания многих до уровня передовых.

В 1952 году сам Петр Моисеевич защитил кандидатскую диссертацию, посвященную изучению профессионального травматизма в регионе и путям его снижения. В дальнейшем он сосредоточился на определении санаторно-курортных возможностей Центрального Казахстана. В частности, оказалось, что открытые по инициативе Петра Моисеевича санатории «Шахтер», «Жосалы», «Шалгия» по своим лечебным возможностям не уступают известным здравницам Крыма и Кавказа, и это было доказано в шести диссертационных работах, выполненных под его руководством. В дальнейшем научные изыскания коллектива КГМИ получили отражение в тысячах статей, сотнях диссертаций, десятках монографий.

С учетом большого числа и других заслуг, в 1973 году Петр Моисеевич был избран почетным гражданином г.Караганды. Кроме того, за свой длительный бескорыстный труд на благо людей он был награжден орденами «Ленина» и «Октябрьской революции».

Первое мое личное знакомство с Петром Моисеевичем состоялось в 1955 году, когда из Казахского медицинского института г.Алматы я была переведена на кафедру нервных болезней КГМИ. Ректор встретил меня приветливо и рассказал о большом объеме предстоящей работы в стенах недавно открывшегося вуза, заметив, что скучать здесь никому не приходится. Вскоре я действительно ощутила бьющий ключом трудовой ритм коллектива, где каждый преподаватель, наряду с напряженной учебно-методической, воспитательной и научно-исследовательской работой, был обязан в полной мере оказывать помощь органам практического здравоохранения. В те годы существовал большой спрос на невропатологов, ввиду чего наряду с другими членами кафедры и мне довелось многократно побывать в подшефных институту городах Кустанае, Джезказгане, Аркалыке, а также в сельских районах.

В 1961 году руководство неожиданно выдвинуло меня на должность проректора по учебно-воспитательной работе. На всю жизнь запомнила короткое наставление ректора в первый день пребывания на работе в новом качестве: «Перед Вами открываются большие возможности и соблазны, но помните, что только объективность к людям и честность в работе обеспечат успех» и далее, показав пальцем на лежащий карандаш, продолжил: «Унести домой - ни-ни» и подтвердил свои слова решительным жестом отрицания. Как я убедилась позже, это было твердым жизненным кредо самого Петра Моисеевича.

Один из секретов преуспевания коллектива КГМИ заключался в высокой требовательности

и одновременно уважительном отношении ректора к сотруднику любого ранга. Подобрав человека на определенную должность, он предоставлял ему полную самостоятельность, не третируя по мелочам, однако требовал потом по-максимуму. Глубокое доверие с предоставлением свободы действий для улучшения любимого дела, поистине, окрыляла каждого добросовестного работника, вызывая ощущение удовлетворенности от полученной возможности самореализации.

Первый ректор КГМИ ставил перед коллективом цель: готовить квалифицированных врачей из достойной молодежи, устремленной в будущее и способной осуществлять дальнейший социальный прогресс. Вот почему он уделял большое внимание высококонкурсному отбору абитуриентов и признавал приоритетность воспитательной работы со студентами.

Профориентация поступающих в институт проводилась почти непрерывно. После всех выездов и вылетов сотрудников для оказания помощи практическому здравоохранению вместе с отчетом об основной работе требовалось предоставление в ректорат сведений относительно проведенных профориентационных мероприятий. «Привлекайте лучших – медалистов и отличников - что посеем, то и пожнем», часто повторял ректор. Наряду со средними школами, профориентация охватывала и медицинские училища, проводились беседы среди санитарок, передовых рабочих предприятий и демобилизованных солдат с целью улучшения социального состава будущих абитуриентов. Отдельные из них оказывались студентами лишь после многократных попыток. После осуществления качественного набора деканатам поручалось вдумчивое формирование академических групп с учетом степени подготовленности их к обучению, национальности, трудового и армейского стажа, что способствовало скорейшему формированию дружного и способного к самоуправлению коллектива. Серьезно занимались также подбором старост групп лекционных потоков, которые в содружестве с комсомольско-профсоюзным активом становились главной опорой администрации в многоаспектной воспитательной работе. В частности, студенческое самоуправление по итогам социалистического соревнования за учебный год безошибочно определяло по всем показателям группу вуза, а ректорат изыскивал средства для поездки этой группы в Ленинград как поощрение за большие успехи.

Однако наиболее значительным актом воспитания врачей признавался праздничный день их выпуска, когда они в лучших залах города с приглашением руководителей, героев труда, врачей-депутатов и другой элиты, давали собственное «Торжественное обещание», построенное по типу «Клятвы Гиппократа», но с абсолютно современным содержанием.

Примечательно, что это мероприятие очень понравилось тогдашнему министру здравоохранения СССР, академику Б. В. Петровскому, побывавшему в КГМИ, настолько, что он вскоре трансформировал наше «Торжественное обещание» в «Присягу Советского врача». Принятие подобной присяги врача в настоящее время продолжают выпускники медицинских вузов Казахстана, что способствует, на наш взгляд, укреплению их служебной ответственности.

Резкое увеличение научной информации во второй половине XX века обусловило частую смену учебных планов, что затрудняло качественную подготовку специалистов. Осуществляя глубокий анализ каждого из них под руководством ректора мы смогли сохранить квалифицированных преподавателей от сокращений, переводя их временно на смежные кафедры или почасовую оплату, создавая факультативы. Это помогло, в частности, углубленному изучению иностранных языков.

В 1968 году КГМИ провел первую Всесоюзную студенческую конференцию с докладами на иностранных языках, которая получила в стране широкий резонанс. Ряд выпускников института впоследствии, наряду с дипломом врача, получили сертификат переводчика, а некоторые из них уходили из вуза со знанием двух и более иностранных языков.

Повышению эффективности учебного процесса на многих кафедрах помогало построению практических занятий по исследовательскому типу и активное участие студентов в кружках НСО, а также регулярное представление ими своих работ на всесоюзный конкурс. В рабочих программах кафедр особый акцент ставился на воспитательном аспекте каждого вида занятий, что получило высокую оценку государственной инспекционной комиссии Министерства образования Союза ССР и было распространено через Совет по высшей школе г.Москвы.

Министерство здравоохранения Каз. ССР определял КГМИ «школой передового опыта» и обязывал в 60-70 годах проводить регулярные семинары для проректоров и завучей других медицинских нститутов республики.

В институте был создан свой факультет повышения педагогической квалификации, проводивший анализ различных методик обучения того времени: проблемных и комплексных лекций, защиту истории болезни, решение ситуационных задач, применение различных видов ТСО и т.п. Широко распространялось программированное обучение и безмашинный программированный контроль знаний студентов. В результате длительного использования этих методик мы убедились в целесообразности их применения на кафедрах, загружающих, в основном, память студентов значительным объемом конкретного материала (морфологических, языковых, гигиенических). В меньшей мере эти методики рекомендованы были кафедрам, максимально развивающим логическое мышление будущих врачей (по социальным дисциплинам, медико-биологическим и клиническим).

Прекрасно понимающий запросы молодежи, ректор часто говорил: «Не учебой единой жив студент, молодость дана для того, чтобы на все ее хватило». Вот почему студенты КГМИ почти всегда оказывались в числе призеров по итогам различных соревнований в области спорта и художественной самодеятельности. Своей кипучей энергией и постоянным оптимизмом Петр Моисеевич заряжал не только студентов, но и сотрудников всех подразделений.

Таким образом, создание в институте под руководством первого ректора культа интеллекта, эрудиции, постоянного творческого поиска по всем направлениям работы обеспечило положительный результат в достижении главной цели.

Вместе с тем, следует сказать, что среди студентов встречались также и слабо успевающие, особенно в числе внеконкурсного набора, принятых из отдаленных сельских районов. Некоторые из них ввиду трудности овладения учебной программой и недостаточного владения русским языком подавали заявление на уход из института.

На протяжении многих лет кафедры младших курсов проводили дополнительные занятия для этого контингента, вплоть до индивидуальных уроков, а также им оказывалась и другая всесторонняя помощь. Особенно большим стимулом для упорного продолжения врачебного образования служили личные беседы самого Петра Моисеевича, проникнутые отеческой заботой и ценными советами.

Примечательно, что отдельные выпускники из этого состава студентов, отлично поработав в сельских районах, стали впоследствии известными учеными, организаторами высшего медицинского образования и руководителями лечебно-профилактических учреждений. Все эти люди, конечно, навсегда запомнили бережное отношение к ними и сохраняют самую светлую память о ректоре П. М. Поспелове.

Первый ректор еще при жизни законно гордился тем, что каждый четвертый врач в Казахстане – выпускник КГМИ, воспитанный в духе глубокого патриотизма и очень радовался их успехам. Один из них – академик Торегельды Шарманов создал настоящую славу родной Alma Mater, очень плодотворно проработав 10 лет министром здравоохранения Казахской ССР. В 1978 году он провел Всемирную конференцию по вопросам организации первичной медицинской помощи населению, в работе которой приняли участие представители 114 стран, в том числе и сенатор из США – Роберт Кеннеди. Всемирная организация здравоохранения признает, что реализация главных аспектов конференции с определенным успехом продолжается до сих пор. Многотысячная армия выпускников КГМИ, в числе которых министры и вице-министры, известные ученые, отличники практического здравоохранения, преподаватели учебных заведений, несмотря на трудности перехода общества к рыночным отношениям, своим упорным трудом способствовали укреплению здоровья населения независимого Казахстана.

Немалое число врачей, закончивших Карагандинский мединститут, весьма успешно работают в странах ближнего и дальнего зарубежья, подтверждая тем самым хорошее качество полученного в его стенах образования.

Нас, современников и бывших коллег Петра Моисеевича, в том числе и оставшихся участников ВОВ, особенно радует сохранение в новых условиях конкурентоспособности Карагандинской кузницы врачебных кадров, прочный фундамент которой был заложен под руководством первого ректора. Квалифицированный профессорско-преподавательский коллектив этого вуза, состоящий, в основном, из собственных выпускников, подготовил стране 32742 врача, усилия которых в конечном итоге направлены на сбережение главной ценности общества – здоровья народа.

Ныне, в дважды юбилейный год, ветераны и выпускники вуза с особой признательностью вспоминают Ваши заслуги, как организатора здравоохранения и основателя КГМИ, а также говорят: «Вечная память Вам, наш дорогой Петр Моисеевич»!

Ветеран труда, профессор КГМУ ***Жанайдарова Гульджиан Ахметжановна***

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

1. Принимаются к опубликованию оригинальные и проблемные статьи на казахском, русском и английском языках общим объемом (включая иллюстрации, таблицы и список литературы) до 8-10, но не менее 6 страниц, обзоры литературы – 10-15 страниц, случаи из практики – не менее 3 страниц.

2. Статья предоставляется в редакцию в распечатанном виде в 2 экземплярах и на электронном носителе. Статья должна быть отпечатана на одной стороне стандартного листа и содержать не более 30 строк на странице с полуторным интервалом между строками (Word), шрифт Times New Roman, размер шрифта 14, с полями сверху и снизу 2 см, слева 4 см, справа 1 см и иметь разделы: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература.

3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения, заверенное печатью. К статье должен прилагаться акт экспертизы.

4. В начале первой страницы пишутся инициалы и фамилии авторов (не более 5), название статьи, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием кафедры (отдела), города. В конце статьи должны быть подписи каждого автора. На отдельном листе предоставляются сведения об авторах с указанием фамилии, имени, отчества (полностью), должности, ученой степени, ученого звания, точного адреса и контактных телефонов. Координаты и имя автора, с которым будет осуществляться переписка, должны быть точно выверены и выделены жирным курсивом.

5. Статья должна быть тщательно проверена автором. Корректура автору не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу. Статья, направленная на доработку или не принятая к опубликованию, возвращается только по запросу автора.

6. Фотографии, рисунки, чертежи, графики и диаграммы должны быть выполнены в компьютерном варианте или отсканированы. Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими. Подписи к иллюстрациям обязательны. Место, где в тексте должна быть иллюстрация или таблица, следует отметить квадратом на полях. В подписях к микрофотографиям указываются способ окраски, увеличение.

7. Таблицы и рисунки должны быть озаглавлены, пронумерованы и отпечатаны.

8. Сокращения слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Меры даются по системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого появления в тексте и остаются неизмененными.

9. Фамилии авторов пишутся с инициалами, фамилии иностранных авторов – иностранным алфавитом.

10. Список литературы составляется в алфавитном порядке, сначала указываются отечественные, затем зарубежные авторы. Работы русских авторов, опубликованные на иностранном языке, помещаются среди работ иностранных авторов, работы иностранных авторов на русском языке – среди работ русских авторов. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

При описании статей из журналов указываются фамилия, инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы (от и до). При описании статей из сборников указываются фамилия, инициалы авторов, название статьи, название сборника, место издания, год, страницы (от и до). При описании монографии указываются фамилия, инициалы авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц, при описании главы из монографии – фамилия, инициалы автора главы, название главы, фамилия, инициалы автора монографии, название монографии, место издания, год издания, страницы (от и до). В работе, написанной 1, 2, 3 авторами, указываются фамилия, инициалы первого автора, название работы, через косую черту указываются все авторы. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек), приводится в списке по заглавию. Через косую черту после заглавия указываются фамилии 4 авторов, если же авторов 5 и более – фамилии 3 авторов, затем ставится «и др.».

Количество источников в статье не должно превышать 18, в обзоре литературы 40 – 45 за прошедшие 5-10 лет.

11. К статье обязательно прилагается резюме, содержащее краткое изложение работы и выводы, на казахском, русском и английском языках размером не более 15 строк с указанием инициалов и фамилий авторов и названия статьи. В тексте резюме запрещается использование сокращений и аббревиатур.

12. Статьи можно предоставлять в редакцию журнала по адресу: ***100008 г. Караганда, ул. Гоголя 40, каб. 239*** или присылать по e-mail: ***rio@kgmu.kz***.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

14. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или направленных в другие редакции для опубликования, не допускается.

15. Рассматриваются только рукописи, оформленные в соответствии с данными правилами