

Учредители журнала:
Управление делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор – А.В. Цой

Заместитель главного редактора – А.З. Бралов

Ответственный секретарь –
А.К. Тургамбаева

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
РК 4 января 2002 года
Регистрационный номер-2582-Ж

С 2005 г. входит в перечень
журналов, рекомендованных
Комитетом по контролю в
сфере образования и науки
МОН РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: **53-95-43**
e-mail: tak1973@mail.ru

Акмолинский филиал
АО Казкоммерцбанк г. Астана.
БИК KZKOKZKX
РНН 620300000517
ИИК №KZ679261501119357001
БИН 080240012523

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции.
Редакция оставляет за собой
право в отказе публикации
материалов в случае
несоблюдения правил
оформления.

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-практикалық журнал

**сәуір - маусым
2 (40) 2011
апрель - июнь**

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления делами Президента
Республики Казахстан**

*Ежеквартальный научно-практический
журнал*

*Журнал издается с 2002 г.
Выходит 4 раза в год*

Редакционный совет:

А.А. Аканов, А.К. Байгенжин,
Н.Д. Батпенов, А.Г. Дерновой,
В.Ю. Дудник, С.Н. Жариков,
О.Т. Жужжанов, С.Е. Ибраев,
С.З. Каирбекова, М.К. Кульжанов,
С.К. Мейрманов (Япония),
Е.К. Сарсебеков, Н.А. Стороженко (Россия),
И.Н. Ступаков (Россия), Т.З. Сейсембеков,
С.И. Токпанов, Р.К. Тулебаев,
Т.Ш. Шарманов, А. Шарман

**2011 - №2 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №2 – 2011
THE CONTENT OF THE JOURNAL №2 – 2011**

**Үздік мақалалар
Передовые статьи
Advanced articles**

В.Ю. Дудник, Е.К. Сәрсәбеков, Г.В. Хван, Т.А. Марқабәева
Білім арттыру дәрістер жүйесімен орта медициналық қызметкерлердің кәсіби біліктілігін жоғарылату
В.Ю. Дудник, Е.К. Сарсебеков, Г.В. Хван, Т.А. Маркабаева
Повышение профессионального уровня средних медицинских работников системой курсов обучающих лекций
V.Y. Dudnic, E.K. Sarsebekov, G.V. Khvan, T.A. Markabaeva
Raising the professional level of average medical workers by the system of the courses of the training lectures 16

С. Қисықова
Медициналық қызметкерлердің еңбекақысын дифференциалды төлеу әдістемесін қалыптастыру
С.Кисикова
К методике формирования дифференцированной оплаты медицинских работников
S. Kisikova
On the procedure of forming a differentiated wage of workers in the hospital 18

А.А. Солтанов
Әзербайжандағы өкпе обыры гистологиялық типтерінің географиясы
А.А. Солтанов
География гистологических типов рака легкого в Азербайджане
A.A. Soltanov
The geography of lung cancer's histology forms in Azerbaijan 20

**Денсаулық сақтау мен қоғамдық денсаулықты басқару
Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Management of Public Healthcare**

Б.А. Азанова, А.С. Айкешева, Г.С. Шаймұханова, А. Мергентай
Медициналық - экономикалық тарифтер мысалында медициналық ұйымдарды қаржыландыру тиімділігіне бағалау жүргізу әдістемесі
Б.А. Азанова, А.С. Айкешева, Г.С. Шаймуханова, А. Мергентай
Методика проведения оценки эффективности финансирования медицинских организаций на примере медико-экономических тарифов
B.A. Azanova, A.S. Aykesheva, G.S. Shaymuhanova, A. Mergentay
Methods of assessing the effectiveness of funding health care organizations on the example of health-economic tariffs 25

В.Ю. Дудник

Аурухана қызметін жетілдіру келешегі туралы

В.Ю. Дудник

О перспективах совершенствования деятельности больницы

V.Y. Dudnik

Prospects for improvement of hospital

29

В.Ю. Дудник, С.Д. Қисықова, А.Н.Чен, Г.Ж.Қуатова, Л.А. Бекмамбетова, Т.А. Марқабаева

Аурудың автоматтандырылған тарихын әзірлеудегі технологиялық блоктарды қалыптастыру

В.Ю. Дудник, С.Д. Кисикова, А.Н.Чен, Г.Ж. Куватова, Л.А. Бекмамбетова, Т.А. Марқабаева

Т.А. Марқабаева

Формирование технологических блоков при разработке автоматизированной истории болезни

V.Y. Dudnik, S.D. Kisikova, A.N. Chen, G.Zh.Kuvatova, L.A. Bekmambetova, Т.А. Markabaeva

Т.А. Markabaeva

Building technology clusters while developing a computerized medical records

31

Н.С. Игисинов, Д.П. Терешкевич, С.К. Қожахметов, А.Е. Нарбаев

Қызылорда облысындағы тоқ ішек обыры ауруының ерекшеліктері

Н.С. Игисинов, Д.П. Терешкевич, С.К. Қожахметов, А.Е. Нарбаев

Особенности заболеваемости раком прямой кишки в Кызылординской области

N.S. Iginov, D.P. Tereshkevich, S.K. Kozhakhmetov, А.Е. Narbaev

Features of incidence rectal cancer in Kyzylorda region

33

Е.Ж.Отаров

Кен өндіру жағдайындағы ауа тозандығы деңгейін гигиеналық бағалау

Е.Ж. Отаров

Гигиеническая оценка уровня запыленности воздуха в условиях добычи руды

E.Z.Otarov

Hygienic estimation of the air dust at the condition of mining the ore

36

Т.З. Сейсембеков, Б.К. Ыскакова, А.Ж.Шарбақов, Н.К.Нұрғалиева, З.З. Кенжина
Қазақстандағы жүрек ишемиялық ауруының және артериалды гипертензияның
эпидемиологиясы туралы

Т.З. Сейсембеков, Б.К.Искакова, А.Ж.Шарбақов, Н.К.Нурғалиева, З.З. Кенжина

К эпидемиологии ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии в
Казахстане

T.Z. Seisembekov, B.K.Iskakova, A.G.Sharbakov, N.K. Nurgaliyeva, Z.Z. Kengina

By epidemiology of coronary heart disease and hypertension in Kazakhstan

38

Д.П. Терешкевич

Қызылорда облысындағы халықтың өлім себептерін талдау

Д.П.Терешкевич

Анализ смертности населения Кызылординской области

D.P.Tereshkevich

Analysis of mortality of the population of Kyzylorda region

43

**Клиникалық зерттеулер
Клинические исследования
Clinical researches**

Г.Г. Атабаева

Моноклоналды нәруыздардың иммунотиптілігі

Г.Г. Атабаева

Иммунотипирование моноклональных белков

G.G. Atabaeva

Immunotyping of the monoclonal proteins

46

Н.В. Иванникова

Жіті және созылмалы синуситтерді емдеу барысында «Синуфорте» дәрісін қолдану тәжірибесі

Н.В. Иванникова

Опыт применения препарата «Синуфорте» в лечении острых и хронических синуситов

N.V. Ivannikova

The experience of applying «Sinuforte» in treatment of acute and chronic sinusitis

48

Г.А. Қалибекова

Гиперхолестеринемия – жүрек-қантамыр ауруларын туындататын фактор

Г.А. Қалибекова

Гиперхолестеринемия – как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний

G.A. Kalibekova

Hypercholesterolemia – as a factor of risk in cardio – vascular illnesses

51

О.В. Колядинова

Түсік түсірудің жасанды әдістерінің салыстырмалы сипаттамасы

О.В. Колядинова

Сравнительная характеристика искусственных методов прерывания беременности

O.V. Kolyadinova

The comparative characteristics of artificial abortion methods

53

Т.М. Латышева

Балалардың кіші және орта жасындағы тыныс алу жолдары ауруларының миопияға тигізетін әсері

Т.М. Латышева

Влияние заболеваний дыхательных путей на миопию в младшем и среднем детском возрасте

T.M. Latisheva

The influence of frequent respiratory infections on myopia progression in children

56

Р.А. Майданова

Диагностиканы нақтылауда диабеттік ретинопатиямен ауыратын науқастар қанының сарсуындағы эндотелина-1-ді анықтау

Р.А. Майданова

Информативность определения эндотелина-1 в сыворотке крови у больных диабетической ретинопатией в уточнении диагностики

R.A. Maydanova

Determination of endotelina-1 in the blood serum in the patients by diabetic retinopathy 58

Р.И. Розенсон

Радиациялық сәулеленген балаларда респираторлық аллергиядың қалыптасуы механизмі және клиникалық көріністерінің ерекшеліктері

Р.И. Розенсон

Особенности механизма формирования и клинических проявлений респираторных аллергозов у радиационно-облученных детей

R.I. Rozenson

Features of the formation mechanism and the clinical manifestations of respiratory allergies in radiation-exposed children 60

А.А. Салтанова

Закымдалған көздің денсаулыққа тигізетін зиянын бағалау

А.А. Салтанова

Оценка вреда здоровью при повреждениях органа зрения

A.A. Saltanova

Assessment of injury in case of damage of the vision 64

**Эксперименттік медицина мәселелері
Вопросы экспериментальной медицины
Issues of Experimental Medicine**

Б.Ж. Әбділманова

Қосымша репродукциялық технологиялар көмегімен бедеулікті емдеу кезіндегі эмбриондарды имплантациялау жағдайларын жетілдіру

Б.Ж. Абдильманова

Оптимизация условий имплантации эмбрионов при лечении бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

B.G. Abdilmanova

Optimization of conditions for embryo implantation in the treatment of infertility using assisted reproductive technologies 67

С.Қ. Ақшолақов, Б.С. Алтаева, Е.Н. Қуанышев

Нейрохирургиялық тәжірибеде эритроциттердің интраоперациялық аппараттық реинфузиясын қолдану

С.К. Акшулаков, Б.С. Алтаева, Е.Н. Куанышев

Использование интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов в нейрохирургической практике

S.K. Akshulakov, B.S. Altaeva, E.N. Kuanyshev

Using the hardware intraoperative reinfusion of red blood cell in neurosurgical practice 70

А.Қ. Әмірова, М.Б. Асқаров, С.С.Сапарбаев, К.Д. Сембаев

Феталді гепатоциттердің супернатантын зерттеуде полиакриламидтік электрофорез-гелін қолдану

А.К. Амирова, М.Б. Асқаров, С.С. Сапарбаев, К.Д. Сембаев

Применение полиакриламидного гель-электрофореза в исследовании супернатанта фетальных гепатоцитов

A.K. Amirova, M.B. Askarov, S.S. Saparbayev, K.D. Sembayev

Application of polyacrylamide gel electrophoresis in the study supernatants of fetal hepatocytes 73

Е.В. Жибитенко, Б.Ж. Абдильманова

Ерлер бедеулігінде жатыр ішін ұрықтандыру бағдарламасының тиімділігін бағалау

Е.В. Жибитенко, Б.Ж. Абдильманова

Оценка эффективности программы внутриматочной инсеминации при мужском факторе бесплодия

E. V. Ghibitenko, B.G. Abdilmanova

Assessment of the efficiency of the endometrial insemination programme dealing with male sterility factor 75

Е.А. Қиясов, Т.Б. Джалмақанова, Г.С. Габбасова, М.К. Байтанатова

MILESTONE ETHOS шағын толқынды жүйелер автоклавтарындағы азық-түлік сынамаларының қышқылды бұзылуы

Е.А. Қиясов, Т.Б. Джалмақанова, Г.С. Габбасова, М.К. Байтанатова

Кислотное разложение проб пищевых продуктов в автоклавах микроволновых систем MILESTONE ETHOS

E.A. Kiyasov, T.B. Dzhalmakanova, G.S. Gabbasova, M.K. Baytanatova

Acid decomposition of food samples in an autoclave microwave systems MILESTONE ETHOS 79

Ю.М. Мохир

Коллоидты фитоформулалар – фитотерапияның жаңа белестері

Ю.М.Мохир

Коллоидные фитоформулы – новые горизонты фитотерапии

Y.M. Mokhir

Colloidal phitoformulations –new horizons of phitotherapy 84

А.А. Музаффарзаде, Э.А. Искендіров, Ф.Х. Алиев, Г.Дж. Мамедбекова, С.В. Кулиева

Билиарлық цирроз ауруы тұсында бауыр резекцияларына оның ишемиялық дайындықтарын жүргізу тиімділігі

А.А. Музаффарзаде, Э.А. Искендеров, Ф.Х. Алиев, Г.Дж. Мамедбекова, С.В. Кулиева

Эффективность ишемической подготовки печени при ее резекциях на фоне билиарного цирроза

**A.A. Muzaffarzade, E.A. Iskandarov, F.X. Aliev, G.D.Mambetbecova,
S.V. Kulieva**
Effect of liver ischemic preconditioning in cirrhotic rats submitted to hemimepatectomy 88

Шолу
Обзоры
Review

А.А.Булгакова
«Қалын» көзбұршақты алып тастау «Азиялық» глаукоманы хирургиялық емдеу әдісі ретінде
А.А.Булгакова
Удаление «толстого» хрусталика, как метод хирургического лечения «Азиатской» глаукомы
A.A. Bulgakova
Removal of "thick" lens as a method of surgical treatment of "Asian" glaucoma 94

Р.А.Еркебай, Ә.К. Тұрғамбаева, Р.М. Әлібаева, А.Т. Ұлманов, Г.Н. Қыдырова
Ғылым, білім мен практиканың интеграциясы – сапалы денсаулық сақтау
Р.А.Еркебай, А.К. Турғамбаева, Р.М. Алибаева, А.Т. Улманов, Г.Н. Қыдырова
Интеграция науки, образования и практики - качественное здравоохранение
R.A. Erkebay, A.K. Turgambaeva, R.M. Alibayeva, A.T. Ulmanov, G.N. Kudyrova
The integration of science, education and practice - quality health care 97

К.С. Қалиасқарова
С гепатитін диагностикалаудың заманауи аспектітері
К.С. Калиасқарова
Современные аспекты диагностики гепатита С
K.S. Kaliaskarova
Current aspects of diagnosis of hepatitis C 101

**К.С. Қалиасқарова, Ж.Ж. Байжанова, А.А. Қонысбекова, Г.Н. Қыдырова,
Т.Б. Нұрпейісова**
Гепатологияда дің жасушаларын қолданудың клиникалық келешектері
**К.С. Калиасқарова, Ж.Ж. Байжанова, А.А. Қонысбекова, Г.Н. Қыдырова,
Т.Б. Нурпейсова**
Клинические перспективы применения стволовых клеток в гепатологии
**K.S. Kaliaskarova, J.J. Bayzhanova, A.A. Konysbekova, G.N. Kudyrova,
T.B. Nurpeisova**
Clinical application prospects of stem cells in hepatology 105

Д.Т. Сейсембеков
Қазіргі гинекология тәжірибесіндегі диагностика, емдеу және гениталийды ақтарылуды профилактика

Д.Т. Сейсембеков

Диагностика, лечение и профилактика пролапса гениталий в современной гинекологической практике

D.T. Seisembekov

Diagnosis, treatment and prevention of genital prolapse in modern gynecological practice 109

О. В. Ульянова

Қантты диабетті емдеуде сүйек кемігінің дің жасушаларын трансплантациялауды қолданудың болашағы

О. В. Ульянова

Перспективы применения трансплантации стволовых клеток костного мозга в лечении сахарного диабета

O. V. Ujanova

Prospects of application of marrow stem cells in the treatment of diabetes 114

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF THE DOCTOR**

**Денсаулық сақтаудағы аккредитация мен менеджмент жүйесі
Аккредитация и система менеджмента в здравоохранении
Accreditation and Health Management System**

А.О. Абдрахманова, Ш.Х. Оспанова, А.Р. Ризванова

Оңалту қызметтерін көрсету сапасын басқарудың үдерістік тәсілі

А.О. Абдрахманова, Ш.Х. Оспанова, А.Р. Ризванова

Процессный подход в управлении качеством оказания реабилитационных услуг

A.O. Abdrahmanova, S.H. Ospanova, A.R. Rizvanova

The process approach in management quality of rendering medical services in the rehabilitation center 119

С.Б. Есіркепова

Халыққа жоғары мамандандырылған нейрохирургиялық көмек көрсету

С.Б. Есеркепова

Высококвалифицированная нейрохирургическая помощь населению

S.B. Eserkepova

Highly specialized neurosurgical care to the population 121

Н.Б. Капин

Қазақстан Республикасы мен қиыр және таяу шетелдің сот-медициналық қызметтерін ұйымдастыру үлгілері

Н.Б. Капин

Организационные формы судебно-медицинских служб Республики Казахстан и стран ближнего и дальнего зарубежья

N.B. Kapin

Organizational forms of medicolegal services of Republic Kazakhstan and the countries of near and far abroad 123

О.К. Усманов

Емхананың хирургиялық бөлімі жұмысын ұйымдастыру

О.К. Усманов

Организация работы хирургического отделения поликлиники

О.К. Usmanov

The organization of surgical department of outpatient clinics 127

**Практикадан алынған жағдай
Случаи из практики
Cases from practice**

Б.Ж. Әбділманова

Анабездің мерзімінен бұрын пайда болған кемістігі және репродукциялық денсаулық жағдайын сақтау жолдары

Б.Ж. Абдильманова

Преждевременная недостаточность яичников и возможные пути репродуктивного состояния здоровья

Б.С. Abdilmanova

Premature insufficiency of ovaries 128

А.Х.Әлияқпарова

Марфан синдромын ерте анықтау

А.Х. Алияқпарова

Раннее выявление синдрома Марфана

А.Аliyақпарова

Early detection of Marfan syndrome 130

А.Х.Әлияқпарова

Туа біткен Горнер синдромының клиникалық көрінісі

А.Х. Алияқпарова

Клинический случай врожденного синдрома Горнера

А.Аliyақпарова

A clinical case of congenital Horner's syndrome 132

Н.Е. Досмағамбетова

Амбулаториялық-емханалық жағдайда перипарталдық (босанғаннан кейінгі) кардиомиопатияның кешенді терапиясы

Н.Е. Досмағамбетова

Комплексная терапия перипартальной кардиомиопатии в амбулаторно-поликлинических условиях

Н.Е. Dosmagambetova

Combination therapy of peripartum (postpartum) cardiomyopathy in an outpatient environment 134

Ж.Б. Абраев

Жыныстық жолмен жұғатын инфекциялар диагностикасында полимераздық тізбекті реакцияларды қолдану

Ж.Б. Абраев

Применение полимеразно-цепной реакции в диагностике инфекций, передаваемых половым путем

J.B. Abraev

Application of polymerase chain reaction in the diagnosis of sexually transmitted infections 136

Р.М. Әлібаева

Менеджмент жүйесі – медициналық ұйым сапасы

Р.М. Алибаева

Система менеджмента как качество медицинской организации

R.M. Alibayeva

The management system as the quality of the medical organization 137

Л.А. Ангелова, Г.З. Хамитова, Л.М. Левина, Г.Н. Қыдырова

Балалардың вакцинадан кейінгі БЦЖ – лимфадениттері

Л.А. Ангелова, Г.З. Хамитова, Л.М. Левина, Г.Н. Кыдырова

Поствакцинальные БЦЖ-лимфадениты у детей

L.A. Angelova, G.Z. Khamitova, L.M. Levina, G.N. Kydyrova

Post-vaccine BCG-lymphadenitis in children 140

М.М. Байменова

Оториноларингологиялық тәжірибедегі «Аква марис» препараттың тиімді қолданылуы

М.М. Байменова

Опыт эффективного применения препарата «Аква марис» в оториноларингологической практике

M.M. Vaimenova

Experience of effective use of the drug «Aqua maris» in otolaryngology practice 142

Х.Т. Баялина

Ми-тамырлық паталогияда артериялық гипертонияны емдеу ерекшеліктері

Особенности лечения артериальной гипертонии при цереброваскулярной патологии

Х.Т. Баялина

Особенности лечения артериальной гипертонии при цереброваскулярной патологии

H.T. Baijalinov

Features of treatment of hypertension with cerebrovascular disease 143

А.Р. Джулсаитов

Шала туылған нәрестелерді тамақтандыру

А.Р. Джулсаитов

Вскармливание недоношенных новорожденных детей

A.R. Dzhulsaitov

Feeding preterm infants

144

А.А. Дубицкий, Д.С. Бердімұратова

Зәбірленушілерге медициналық көмек көрсетудің ауруханаға дейінгі кезеңінде шешімдер қабылдау сұлбасын әзірлеу

А.А. Дубицкий, Д.С. Бердимуратова

Разработка схем принятия решений на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пострадавшим

A.A. Dubitsky, D.S. Berdimuratova

Development of decision prehospital medical care to victims

147

Г.Н. Жуковина

Балаға қатыгездік көрсету синдромында ауруханаға дейінгі көмек беру

Г.Н. Жуковина

Догоспитальная помощь при синдроме жестокого обращения с ребёнком

G.N. Zhukovina

Prehospital assistance conditional syndrome of child abuse

148

Ж.Ж. Жүнісова

Созылмалы гайморитпен ауыратын науқастарды кешенді емдеудегі психосоматиканы қолдану тәжірибесі

Ж.Ж. Жунусова

Опыт применения психосоматики в комплексном лечении больных хроническим гайморитом

J. J. Zhunusova

Experience of psychosomatic medicine in treatment of patients with chronic sinusitis

150

Н.В. Иванникова

Артериялық гипертензия ауруында лор мүшелерінің өзгеруі

Н.В. Иванникова

Изменения лор органов при артериальной гипертензии

N.V. Ivannikova

The otolaryngology organs changes during the disease of the high blood pressure

151

Н.В.Иванникова

Асқорыту мүшелерінің ауыруы кезінде лор мүшелерінің өзгеруі

Н.В. Иванникова

Изменения лор органов при заболевании органов пищеварения

N.V. Ivannikova

The otolaryngology organs changes during the digestion diseases

154

Г.С. Иденова

Кардиоцеребральды синдромдағы терапияның даму механизмі және кезеңділігі

Г.С. Иденова

Механизмы развития и этапность терапии при кардиоцеребральном синдроме

G.S. Idenova

Cardiocerebral syndrome: mechanisms of development and therapy stages 157

Т. Ким

Жасөспірімдер денсаулығының репродукциялық жағдайы

Т. Ким

Репродуктивное состояние здоровья подростков

T. Kim

Reproductive health of adolescents 159

А.В. Қиялова

Жедел медициналық жәрдем жұмысын ұйымдастыруда компьютерлік технологияларды пайдалану

А.В. Қиялова

Применение компьютерных технологий в организации работы скорой медицинской помощи

A.V. Kiyalova

The use of computer technology in the organization of emergency medical services 160

Е.А. Қиясов, Т.Б. Джалмақанова, Г.С. Ғаббасова, С.К. Биназарова

Алкоголь өнімдеріндегі илегіш заттардың салмақтық концентрациясын анықтау

Е.А. Қиясов, Т.Б. Джалмақанова, Г.С. Ғаббасова, С.К. Биназарова

Определение массовой концентрации дубильных веществ в алкогольной продукции

E.A. Kiyasov, T.B. Dzhalmakanova, G.S. Gabbasova, S.K. Binazarova

Determination of mass concentration of tannins in alcoholic beverages 161

И.И. Королёва

Көмейдің жіті қабынбалы ауруы кезіндегі небулайзерлік терапияның рөлі

И.И. Королёва

Роль небулайзерной терапии при острых воспалительных заболеваниях гортани

I.I. Koroleva

The role of nebulizer therapy in acute inflammatory diseases of the larynx 164

С.Ж. Қуандықова

Клиникалық ағымына қарай созылмалы гастритті емдеу ерекшеліктері

С.Ж. Қуандықова

Особенности лечения хронического гастрита в зависимости от клинического течения

S. Z. Kuandykova

Features of treatment of chronic gastritis according to the clinical course 165

З.Т. Құрманғалиева

Созылмалы гаймориттің асқынуын емдеуде «Рокситромицин» дәрісін қолдану тәжірибесі

З.Т. Курманғалиева

Опыт применения препарата «Рокситромицин» в лечении обострений хронического гайморита

Z.T. Kurmangalieva

Experience with the drug "Roxithromycin" in the treatment of exacerbations of chronic sinusitis

167

Г.Н. Қыдырова

Артериялық гипертониямен ауыратын науқастарды емдеуде «Моэксиприл» дәрісін қолдану тәжірибесі

Г.Н. Кыдырова

Опыт применения препарата «Моэксиприл» у больных с артериальной гипертонией

G.N. Kydyrova

Experience with the drug "Moeksipril" in patients with hypertension

168

Е.П. Маслова

Туберкулездың алдын алу

Е.П. Маслова

Профилактика туберкулеза

Y.P. Maslova

Prevention of tuberculosis

169

Е.П. Маслова

Митраль қақпақшаның пролапсы

Е.П. Маслова

Пролапс митрального клапана

Y.P. Maslova

Prolapse of mitral valve

171

А.Р. Ризванова

Балалар церебралдық параличімен ауыратын балаларды кешенді оңалтуда заманауи технологияларды қолдану тиімділігінің талдау

А.Р. Ризванова

Анализ эффективности применения современных технологий в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом

A.R. Rizvanova

Analysis of the effectiveness of using modern technologies in the complex rehabilitation of children with cerebral palsy

172

А.Р. Ризванова

Эпилепсия ұстамалары болатын балалар церебралдық параличінің болжамды критерийлерін анықтау

А.Р. Ризванова

Определение прогностических критериев детского церебрального паралича, сопровождающегося эпилептическими пароксизмами

A.R. Rizvanova

Determination of prognostic criteria of cerebral palsy, accompanied by epileptic paroxysms 174

У.М.Романова

Емізулі жастағы балаларға Феррум-лек дәрісін қолдану тиімділігі

У.М. Романова

Эффективность применения препарата Феррум-лек у детей грудного возраста

U.M. Romanova

Efficacy of the drug Ferrum lek in infants precinct 176

Е.И. Рыженкова

Спортшылардың миокардиодистрофиясын диагностикалауда фармакологиялық сынамаларды қолдану

Е.И. Рыженкова

Применение фармакологических проб в диагностике миокардиодистрофии у спортсменов

Y.I. Ryzhenkova

The use of pharmacological tests in the diagnosis of myocardial dystrophy in athletes 178

А.Т. Тыныбаева

Оттас ауруының амбулаториялық-емханалық кезеңінде оңалту іс-шаралар кешенін қолдану

А.Т. Тыныбаева

Применение комплекса реабилитационных мероприятий при желчнокаменной болезни на амбулаторно-поликлиническом этапе

А.Т. Tinibaeva

Application of the complex of rehabilitation measures for gallstone disease in the outpatient phase 179

А.Т. Улманов

Хирургиялық стоматология желісінің кейбір мәселелері

А.Т. Улманов

Некоторые особенности хирургической стоматологической сети

A.T. Ulmanov

Some features of surgical dental network 181

Т.Б. Усинова

Инфекциялық генез салдарынан жүктілікті аяғына дейін көтермеу және оның алдын алу

Т.Б. Усинова

Невынашивание беременности инфекционного генеза и ее профилактика

T.B. Usinova

Miscarriage of infectious genesis and its prevention 183

О.К. Усманов

Асқазан мен ұлтабар ойықжарасы асқынуының алдын алу

О.К. Усманов

Профилактика обострений язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

O.K. Usmanov

Prevention of relapse of gastric ulcer and duodenal ulcer

185

В.Ю. Шведенко

Жас макулярлық дегенерациясы ауруын емдеуде лютеин-кешенін қолдану

В.Ю. Шведенко

Лютеин-комплекс в лечении возрастной макулярной дегенерации

V.Y.Shvedenko

Lutein-complex in the treatment of age-related macular degeneration

186

Мерейтой иелері

Юбиляры

Jubilees

Журналға мақалалар қолжазбаларын рәсімдеу ережелері
Правила оформления рукописей статей в журнал
The rules for designing manuscripts of new articles for the journal

ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СИСТЕМОЙ КУРСОВ ОБУЧАЮЩИХ ЛЕКЦИЙ

В.Ю. Дудник, Е.К. Сарсебеков, Г.В. Хван, Т.А. Маркабаева
Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Введение. Реформирование системы здравоохранения вносит серьезные коррективы в работу всех подразделений лечебно-профилактических организаций. Не остается в стороне и институт медицинских сестер — с возрастанием в лечебно-диагностическом процессе роли среднего медицинского персонала повышаются и предъявляемые к нему требования [1].

На современном этапе развития медицины (в условиях бригадных методов лечения, когда с пациентом работает несколько специалистов, имеющих разный уровень профессиональной и деонтологической подготовки) неизбежно происходит переструктурирование взаимоотношений в системе «медицинский работник — пациент». Существенная роль в работе принадлежит среднему медицинскому персоналу. В условиях стационара медсестра практически постоянно находится в контакте с пациентом. Личность медсестры, методы ее работы, умение обращаться с пациентами служат компонентами лечебного эффекта. Работа медсестры весьма ответственная, и хорошей сестрой может быть человек, не только любящий свое дело и внимательно относящийся к больным, а и обладающий достаточными медицинскими знаниями. Может возникнуть вопрос: зачем медсестре знать все это, если она самостоятельно не работает, а лишь точно выполняет распоряжения врача? На этот вопрос можно дать лишь один ответ: работа будет плодотворной только в том случае, если специалист знает, для чего он ее делает. Непонимание сестрой значения выполняемых процедур может причинить больному непоправимый вред [2].

В лечебной организации, где много врачей, медицинская сестра может в любой момент обратиться к ним за советом, но иногда ей приходится принимать решение самостоятельно.

Цель работы. Оценить эффективность метода повышения профессионального уровня средних медицинских работников путем проведения курса обучающих лекций.

Материал и методы. Обучением охвачено 310 средних медицинских работников клинических отделений больницы, в основном — старшие, процедурные и постовые медицинские сестры. Отдельные лекции, содержащие вопросы организации работы в отделениях, безопасности персонала и пациентов, также прослушаны еще 20 сестрами-хозяйками отделений.

Прочитано всего 37 лекций на различные темы, начиная с организации системы и порядка оказания медицинской помощи населению РК и прикрепленному контингенту, принципов и объемов оказания медицинской помощи в больнице, основ статистики, заканчивая организацией документооборота в больнице и рачительным хозяйствованием (17%). Большинство лекций (50%) относятся к основам знаний почти по всем основным нозологическим формам заболеваний, включая понятия о принципах диагностики и лечения терапевтической, хирургической, гинекологической и другой патологии. Отдельное место занимало освещение принципов оказания медицинской помощи при неотложных состояниях и, в целом - системе оказания скорой медицинской помощи пациентам. Несколько лекций были посвящены основам здорового образа жизни: питанию и физической культуре. Прочитаны лекции по основам трудового законодательства, охраны труда, техники безопасности, профсоюзной деятельности и гражданской обороны и т.д.

Лекции проводились высокопрофессиональными специалистами больницы: руководителями центров, заведующими отделениями, профессорами, докторами и кандидатами медицинских наук. Для лучшего усвоения материала все лекции иллюстрированы, использовались презентации, клинические примеры, фотографии и т.д. Продолжительность каждой из лекций составляла от 40 до 90 минут, в среднем – 60 мин. Всем слушателям был предоставлен прочитанный материал в электронном виде.

После окончания курса лекций проведено анонимное анкетирование слушателей и заключительное собеседование по основным освещенным вопросам.

Результаты и обсуждение. Преимущественное большинство респондентов (93,6%) свою удовлетворенность лекциями оценили на «хорошо» и «отлично»; около 5% дали оценку «3» и 1,8% были не удовлетворены курсом лекций.

Результаты анкетирования показали, что на вопрос «насколько понятен был предложенный материал?» 88,4% медицинских сестер ответили, что поняли на «отлично» и «хорошо», а 11,6% - плохо или не поняли материал. По всей видимости, не все лекторы смогли донести «врачебный» материал в доступной для среднего медицинского работника, форме, что косвенно подтверждается достаточным процентом (13,0%) затрудняющихся ответить о возможности применения полученных знаний на практике.

Новое для себя узнало преимущественное большинство респондентов - 92,4%. Аналогичным образом обстояло о возможности применения полученных знаний на практике и о полезности аналогичной учебы для других медсестер: 84,8% - 2,2% -13,0% и 89,4% - 2,4% - 8,2%, соответственно. То есть большинство из ответивших смогут применять полученные знания на практике и считают, что другим медицинским сотрудникам полезно обучиться на данном цикле.

Далее, курсом лекций одобрено 65,3% слушателями из проанкетированных лиц. Всеми респондентами отмечены профессионализм лекторов (100,0%), богатый информационный материал (91,1%), несколько реже – иллюстрированность и организация лекций (76,1% и 72,0%, соответственно). В «другое» (12,5%) вошли такие ответы, как «доступно и интересно», «энтузиазм лектора», «любовь к своей профессии», «пунктуальность», «желание поделиться знаниями» и др.

Доля респондентов, неудовлетворенных лекциями, составил 1,8%. Некоторым слушателям не понравилось, что лекции проводились часто, другие отметили, что «лекции отвлекают от работы» и «после дежурств очень тяжело воспринимать материал». Как замечание было высказано мнение о «сжатости материала».

Выводы.

1. Подавляющее большинство средних медицинских работников (93,6%) удовлетворены курсом прочитанных лекций, материал был доступен и понятен.
2. 87% респондентов отметили, что полученный лекционный материал полезен для их работы.
3. Поставленная цель - повышение специальных знаний и профессионального уровня средних медицинских работников достигнута.

Литература

- 1 Трубина В.В. Опыт применения инновационного метода обучения для среднего медицинского персонала//Ученые записки СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова, том XII-№1-2006г. С.-26-31.
- 2 Рогова Н.В. Методические рекомендации по курсу Первой доврачебной помощи: Учебно-методическое пособие. Под ред. акад. РАМН, д.м.н., проф. В.И. Петрова. — Волгоград: Р79 Издательство ВолГУ, 2002. — 58 с.
- 3 Чупахин Н.Н., Белохвостикова Т.В. Опыт и проблемы аттестации средних медицинских работников в Краснодарском крае.//Ж.Главная Медицинская Сестра ». 2001.- № 1.- 34-35 с.
- 4 Цуцунава М.Р. Медсестринское исследование: навстречу передовой сестринской практике.//Санкт-Петербург.-Медицинский колледж.-2004.-№1, 15-17с.

Түйін

БІЛІМ АРТТЫРУ ДӘРІСТЕР ЖҮЙЕСІМЕН ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ БІЛІКТІЛІГІН ЖОҒАРЫЛАТУ

В.Ю. Дудник, Е.К. Сәрсембеков, Г.В. Хван, Т.А. Марқабәева

Денсаулық сақтау жүйесін реформалау медициналық ұйымдардың барлық бөлімшелерінің жұмысына түзету енгізеді. Емдеу-нақтамалау процесіндегі орта медициналық қызметкерлердің ролі өскен сайын оған қойылатын талаптар да артады. Жұмыс барысында орта медициналық қызметкерлердің оқуының инновациялық әдісі көрсетілді: әртүрлі тақырыптағы лекциялар курсы ұйымдастыру, жүйелік ұйымдардан бастап, тіркелген құрамдар мен Қазақстан Республикасының халқына медициналық көмек көрсетудегі тәртіптер, негізгі нозология формадағы аурулардың негізгі білімі, ауруханадағы құжатайналым ұйымдастыруы және ыждағатты шаруашылықтар. Лекциялар курсы өткізілген қорытындысы және жасырын түрдегі анкета мәліметтері орта медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыру үшін осы әдістің тиімділігін көретті.

Summary

RAISING THE PROFESSIONAL LEVEL OF AVERAGE MEDICAL WORKERS BY THE SYSTEM OF THE COURSES OF THE TRAINING LECTURES

V.Y. Dudnic, E.K. Sarsebekov, G.V. Khvan, T.A. Markabaeva

The reformation of the system of public health introduce correctives into the work of all subdivisions of medical organizations. With the growth in the diagnostic and treating process of the role of average medical personnel rise the requirements presented to it. Work shows the experience of the innovation method of the instruction of the average medical workers: the organization of the course of lectures on different themes, beginning from the organization of system and order of rendering to the medical aid to population RK and to the fastened contingent, the bases of knowledge almost on all basic nosologic forms of diseases, concluding by the organization of document turnover in the hospital and by zealous management. The sums of conducting the course of lectures and the results of final anonymous questioning showed the high efficiency of the method for raising in the special knowledge and professional level of average medical workers used.

К МЕТОДИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

С. Кисикова

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Известно, что в условиях государственного предприятия на праве хозяйственного ведения и внедрения новой системы оплаты медицинских услуг в рамках Единой национальной системы здравоохранения, появления в медицинских организациях дополнительных источников доходов, вопросы формирования адекватной оплаты и экономического стимулирования труда работников становятся еще более актуальными. Исходя из этого, в ЦКБ УДП РК, осуществляющей с 2009 года свою деятельность в юридическом статусе государственного предприятия на праве хозяйственного ведения, разработана и внедрена новая методика формирования дифференцированной оплаты труда различных категорий медицинских работников.

Целью этой методики явились достижение большей адресности и справедливости при организации дифференцированной оплаты труда работников больницы.

При этом решались следующие задачи: учет, анализ и оценка медико-статистической и финансово-экономической информации, характеризующей объем и структуру выполняемых объемов работы.

Дифференциация дополнительной оплаты труда в зависимости от личного вклада каждой категории медицинских работников в конечные результаты деятельности структурного подразделения и больницы.

Экономическое стимулирование медицинских работников включает формирование личной и коллективной материальной заинтересованности в повышении объема и качества выполняемой работы.

Технической основой при разработке данной методики было использование информационной системы на платформе СУБД SQZ – Server. Базовыми первичными учетными формами служили карта стационарного и амбулаторного больного, статистический талон, карта выбывшего из стационара, а также установленные формы бухгалтерского учета и отчетности по платным медицинским услугам. На их основе нарастающим итогом формировались выходные формы для ручного и компьютерного анализа и, следовательно, оценки отчетной деятельности больницы.

Для реализации поставленных задач было разработано 4 блока критериев оценки различных сторон деятельности для различных категорий работников, а также дифференцированные коэффициенты начисления дополнительной, дифференцированной заработной платы.

В первый блок критериев вошли показатели, характеризующие полноту выполнения должностных обязанностей каждой категории работников. Важнейшими из них были полнота, объем и структура выполнения плановых показателей, отражающих эффективность работы с кадрами, соблюдение установленных стандартов оказания профильной медицинской помощи, качества диагностики, лечения, а также ведения учетно - отчетной документации и самоконтроля.

Ко второму блоку индикаторов были отнесены требования по выполнению установленных должностных обязанностей: соблюдение деонтологических и этических норм при взаимоотношениях с пациентами и коллегами; частота нарушений трудовой дисциплины и обоснованных жалоб, а также наличие дисциплинированных взысканий.

Третий блок индикаторов состоял из критериев, касающихся участия медицинского работника в выполнении общебольничных, подразделенческих и индивидуальных заданий по выполнению финансового плана по объему платных медицинских услуг и структуре прямых и косвенных доходов.

И, четвертый блок состоял из индикаторов, характеризующих эффективность организационной и клинической инновационной деятельности, а также активность различных категорий работников в реализации общебольничных программ развития больницы.

На следующем этапе реализации этой методики в зависимости от коллективного и личного вклада различных категорий работников и в конечные результаты деятельности подразделений, для различных категорий работников оценивались объемы выполненной работы и начислялись коэффициенты оценки деятельности по блокам. Например, для заведующего отделением максимальное значение оценки его деятельности по первому блоку составляло 50%, а максимальный коэффициент – 1,0; по второму соответствующие показатели составляли – 17% и 0,34; по третьему – 25% и 0,5 и по четвертому – 8% и 0,16.

На заключительной стадии использования данной методики путем умножения базовой тарифной ставки на суммарный коэффициент оценки деятельности по блокам формировалась дифференцированная заработная плата каждого работника.

Опыт показывает, что использование такого методического подхода позволяет обеспечивать дифференциацию оплаты труда работников, основанную на объективных доказательствах индивидуального вклада в конечные результаты деятельности подразделения и больницы в целом.

Одновременно у специалистов больницы появляются экономические мотивации и материальная заинтересованность в повышении своего профессионального уровня и качества исполнения своих должностных обязанностей.

Литература:

- 1 Концепция формирования и внедрения Единой национальной системы здравоохранения в РК. –Астана, 2009
- 2 Светличная Т.Г. Здравоохранение в рыночной системе экономических отношений // Главврач. – 2008. – № 8.
- 3 Liu – JH; Roland – PS; Waller – MA. Outpatient cochlear implantation in the pediatric population //Otolaryngol – Head – Neck – Surg. – 2000. –№122. –P.1–19.
- 4 Carr A.J, Higginson, I.J. Are Quality of Life Measures Patient Centered? //BMJ. – 2001. – Vol.322. – P. 1357 – 1360.
- 5 Гаврилов В.А. Проблемы оплаты труда медицинских работников //Экономика здравоохранение. – 1997. – № 8/9/21. – С. 59 – 61.

Түйін

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕКАҚЫСЫН ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ТӨЛЕУ
ӘДІСТЕМЕСІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ**

С. Қисықова

Мақалада медициналық қызметкерлердің ұжымдық еңбегінің сандық және сапалық нәтижесіне қарай, сондай-ақ еңбекақыға дифференциальды төлем жасаудың әдістемесі мазмұндалған.

Summary

**ON THE PROCEDURE OF FORMING A DIFFERENTIATED WAGE OF WORKERS IN THE
HOSPITAL**

S. Kisikova

The article presents new methodological approaches to the quantitative and qualitative assessment of the contribution of medical workers in the collective work results and the method of calculating differential pay.

**ГЕОГРАФИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ТИПОВ РАКА ЛЕГКОГО В
АЗЕРБАЙДЖАНЕ**

А.А. Солтанов

Национальный Центр Онкологии, г. Баку

Введение. Рак легкого – одна из самых распространенных форм злокачественных новообразований [1,2,4,8]. Ежегодно отмечается в мире с 1.3 миллион новых случаев заболеваемости данной нозологической формой злокачественных новообразований, диагностируемых каждый год [6]. Морфологически рака легкого классифицируют: мелкоклеточный рак, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, крупноклеточный и смешанный рак.

В Азербайджане, как и во всем мире, в структуре заболеваемости и смертности злокачественных опухолей среди мужчин на первом месте стоит рак легкого [2].

Так, среди лиц мужского пола, заболеваемость раком легких у нас в республике составляет около 20%, а у женщин 3,3%. Показатели смертности от рака легкого в Азербайджане последние 10 лет не изменились [1,3].

Распределение рака легкого географически неоднородно [7]. В пределах Европы самые высокие мужские показатели заболеваемости отмечены в Венгрии и Польши, а самые низкие в Швеции и Мальте [6].

Плоскоклеточный рак легкого составляет более высокую пропорцию рака легкого [14], диагностированных среди мужчин, чем женщин, тогда как частота аденокарциномы легкого больше, среди женщин по сравнению с мужчинами [11]. Среди мужчин, плоскоклеточный рак считался самым частым гистологическим типом рака легкого в Корее (46%), Франции (41%) и Великобритании (40%), тогда как аденокарцинома больше всего распространена в Соединенных Штатах (31%), Канаде (31%), Швеции (30%), и Австралии (29%). За исключением Великобритании, где 28 % случаев рака легкого среди женщин был плоскоклеточный рак, аденокарцинома легких составляли самую большую

часть рака легкого среди женщин по сравнению указанных стран (в пределах от 38 % в Соединенных Штатах до 69 % в Японии) [5]. Мелкоклеточный рак легкого составил от 14 % (Австралия и Япония) до 17 % (Корея и Великобритания) рака легкого среди мужчин, и от 9 % (Япония) до 22 % (Великобритания) среди женщин [15].

Несмотря на обширное исследование, механизмы, приводящие к этим различным типам рака легкого, остаются неизученными. За последние десятилетия наблюдались географические и временные изменения в распределении типов рака легкого [9,10,12].

Знание этих модификаций может помочь определить основные новые этиологические и патологические механизмы рака легкого. Аденокарцинома легкого стала ведущим гистологическим типом в Северной Америке [13], Европе [9] и Азии [10].

Целью исследования явилось оценить распространения различных гистологических форм рака легкого в Азербайджане в зависимости отдельных факторов риска.

Материалы и методы. Материалами исследования явились истории болезни 876 больных раком легкого обследованных в Национальном Центре Онкологии за период 1995 - 2003г.г. Средний возраст больных составил 53 года. Морфологический диагноз установлен у 29,2% больных на основании цитологического метода, у 53,9% гистологического метода и у 16,9% на основании обоих методов. У 591 (67,5%) удалось определить гистологический тип опухоли. Плоскоклеточный рак диагностирован у 322 (54,5%), аденокарцинома у 66 (11,2%), мелкоклеточный рак у 11 (1,9%), крупноклеточный рак у 6 (1%), смешанный (плоскоклеточный рак +аденокарцинома) рак у 63 (10,6%) и прочие формы рака диагностированы у 123 (20,8%) больных.

Территория Азербайджанской республики условно разделена на 5 регионов, куда включены отдельные административные районы. Эти регионы отличаются климатогеографическими условиями и культурно-традиционными обычаями населения. В сравниваемых группах учтены региональные особенности гистологических типов рака легкого.

Из 565 опрошенных больных 148 (26,02%) были только курильщиками, 243 (43,01%) помимо курения одновременно употребляли спиртные напитки (алкоголь), 4 (0,71%) только употребляли спиртные напитки, 171(30,27%) отрицали вредные привычки у них в анамнезе. Сформированные по отдельным признакам группы больных подвергнуты однофакторным и многофакторным анализам. Статистическую обработку полученных данных проводили с применением пакета программ *STATISTICA-6 Base* (Basic Statistical Analysis Methods) с использованием 2-Way table summary. Из-за отсутствия данных в некоторых историях болезни по отдельным изучаемым вопросам, эти больные исключены из исследования самой программой автоматически. Поэтому общее число больных в сравниваемых групп составляли по-разному.

Результаты и обсуждение. Анализируя данные по территориальной распространенности рака легкого среди населения Азербайджанской республики, следует констатировать, что во всех регионах наиболее часто встречаемым гистологическим типом оказался плоскоклеточный рак.

Плоскоклеточный рак диагностирован у 322 (54,5%) больных. Высокая частота плоскоклеточного рака 236 (73,3%) отмечен в регионе «Большой Кавказ». Это можно связать с большой плотностью населения в этом регионе, по сравнению с другими, а также наличием в этом регионе таких крупных индустриальных городов, как Баку и Сумгаит. Низкая частота плоскоклеточного рака наблюдалась в регионе «Нахичевань» 4 (1,24%), находящемся на гористой местности, и с отсутствием индустриализации в городах этого региона (рисунок 1).

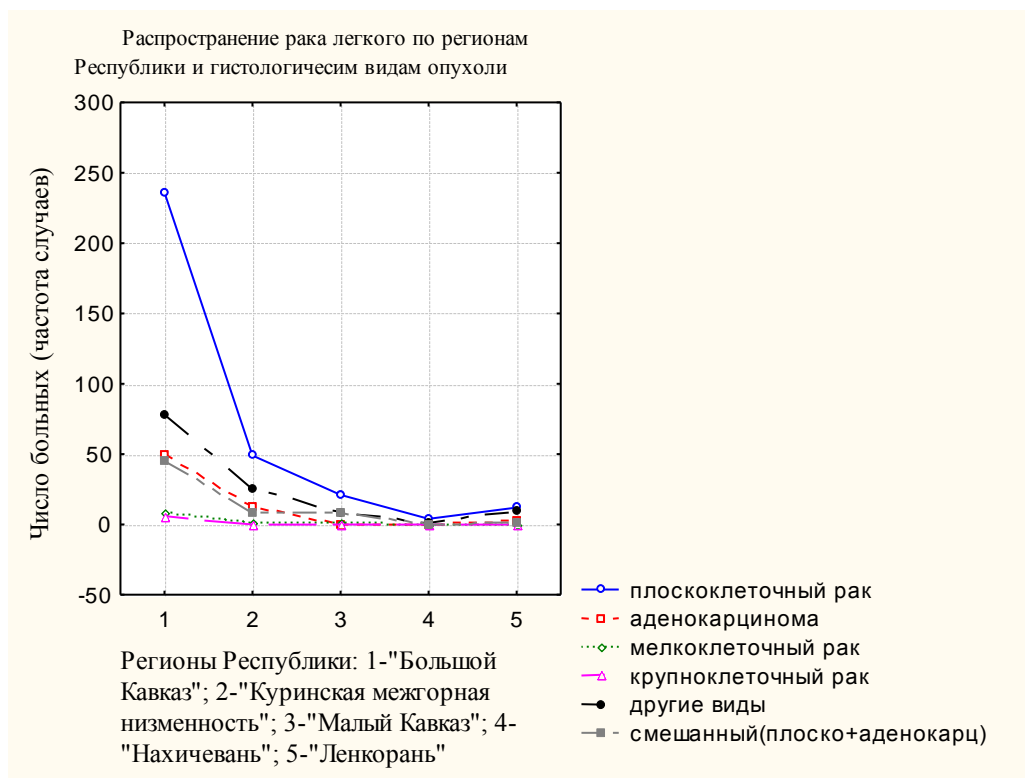


Рисунок 1 - Распространение рака легкого по регионам Республики и гистологическим типам опухоли

Согласно рисунку 1, аденокарцинома легких диагностирована у 66 (11,2%) больных. Среди них 50 (75,8%) больных были жителями региона «Большой Кавказ», 13 (19,7%) региона «Куринской межгорной низменности», 3 (4,5%) жителями региона «Ленкорань». Определенную связь гистологических типов рака легкого регионами Республики выявить не удалось. Отмечено высокая частота плоскоклеточного и недифференцированного («прочих») типов рака легкого.

Исследуя больных в зависимости от пола, следует отметить, что больные раком легкого мужского пола встречались в несколько раз чаще, чем женского. Соотношение больных мужчин и женщин для Республики составило 8,8/1. Половое соотношение для плоскоклеточного и недифференцированного («прочие») рака легкого - 8,5/1, для аденокарциномы - 6,3/1, мелкоклеточного рака - 10/1, крупноклеточного рака - 2/1 и смешанного рака - 62/1.

Половое соотношение для отдельных гистологических типов рака легкого изучено для отдельных регионов.

В регионе «Большой Кавказ» половое соотношение плоскоклеточного рака почти одинаково по соотношению Республики, что составило 8,8/1 (212 мужчин/24 женщины), для региона «Куринская межгорная низменность» 11,2/1 (45м/4ж), для «Малый Кавказ» 6/1 (18м/3ж), для «Нахичевань» 4/0 (4м/0ж), для региона «Ленкорань» 3/1 (9м/3ж).



Рисунок 2 - Распределение больных раком легкого по 5 регионам Республике, по полу и гистологическим типам опухоли.

Для аденокарциномы это соотношение в регионе «Большой Кавказ» составило 4,5/1 (41 мужчин/9 женщин), для региона «Курунская межгорная низменность» - 13 (13м/0ж), для региона «Ленкорань» - 3 (3м/0ж). В остальных регионах этот тип опухоли не диагностирован.

Для мелкоклеточного рака это соотношение в регионе «Большой Кавказ» составило 8/1 (8мужчин/1 женщин), для региона «Курунская межгорная низменность» 1 (1м/0ж), для региона «Малый Кавказ» 1 (1м/0ж). В остальных регионах этот тип опухоли также не диагностирован.

Все 6 случаев крупноклеточного рака легкого диагностированы у жителей региона «Большой Кавказ».

Для смешанного (плоскоклеточный + аденокарцинома) рака легкого половое соотношение для регионов составило: «Большой Кавказ»- 44/1 (44м/1ж); «Курунская межгорная низменность» - 8 (8м/0ж); «Малый Кавказ» - 8 (8м/0ж); и «Ленкорань» - 2 (2м/0ж).

Для недифференцированных («прочие») форм рака легкого половое соотношение для регионов: «Большой Кавказ»- 5,5/1 (66м/12ж); «Курунская межгорная низменность» - 24/1 (24м/1ж); «Малый Кавказ» - 9 (9м/0ж); «Нахичевань» - 1 (1ж/0ж) и «Ленкорань» - 10 (10м/0ж).

Выводы: 1) Рак легкого часто диагностируется у мужчин. 2) Соотношение больных мужчин и женщин раком легкого для Республики составило 8,8/1. 3) Самым частым гистологическим типом рака легкого в Азербайджане является плоскоклеточный рак. 4) Высокая частота плоскоклеточного рака 236 (73,3%) отмечен в регионе «Большой Кавказ» Азербайджана.

Литература

1. Солтанов А.А. Заболеваемость и смертность от рака легкого в Азербайджане. Азербайджанский журнал онкологии и гематологии. №2, стр.37-39, Баку,2005.
2. Солтанов А.А. Эпидемиологические особенности рака легкого в Азербайджане. Азербайджанский журнал онкологии и гематологии. №1, стр.20-26, Баку, 2007.
3. Солтанов А.А. Рак легкого в Азербайджанской Республике. Известие /биологические науки (Национальная Академия Наук Азербайджана), №5-6, Баку-Элм, 2007, стр.161-169.
4. Bahader Y, Jazieh A. Epidemiology of lung cancer. Ann Thorac Med 2008;3:65-7.
5. Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al. (Eds.) Cancer Incidence in Five Continents, Vol 9. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC) 2007. IARC Scientific Publications No. 160.
6. Ferlay J., Autier P., Boniol M., Heanue M., Colombet M., Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006 Ann Oncol. 2007 Mar;18(3):581-92
7. Gilliland, FD, Samet, JM Incidence and mortality for lung cancer: geographic, histologic, and diagnostic trends. Cancer Surv **1994**;19,175-195
8. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2005. CA Cancer J Clin. 2005;55(1):10-30.
9. Levi F, Franceschi S, La Vecchia C, Randimbison L, Te VC. Lung carcinoma trends by histologic type in Vaud and Neuchatel, Switzerland, 1974–1994. Cancer. 1997;79(5):906–14.
10. Morita T. A statistical study of lung cancer in the annual of pathological autopsy cases in Japan from 1958 to 1997 with reference to time trends of lung cancer in the world. Jpn J Cancer Res. 2002; 93 (1) : 15–23.
11. Sun Z, Aubry M-C, Deschamps C, et al. Histologic grade is an independent prognostic factor for survival in non-small cell lung cancer: An analysis of 5018 hospital- and 712 population-based cases. J Thorac Cardiovasc Surg 2006;131:1014-20.
12. Travis, W. D., World Health Organization., International Agency for Research on Cancer., International Academy of Pathology&International Association for the Study of Lung Cancer. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart (IARC Press, Lyon, 2004).
13. Travis WD, Garg K, Franklin WA et al. Evolving concepts in the pathology and computed tomography imaging of lung adenocarcinoma and bronchioloalveolar carcinoma. J Clin Oncol 2005; 23(14): 3279–87.
14. Wistuba Ignacio I. Histologic Evaluation of Bronchial Squamous Lesions: Any Role in Lung Cancer Risk Assessment? Clinical Cancer Research February 2005; 11; 1358
15. Youlden, Danny R. BSc; Cramb, Susanna M.et al. The International Epidemiology of Lung Cancer: Geographical Distribution and Secular Trends. Journal of Thoracic Oncology: August 2008 - Volume 3 - Issue 8 - pp 819-831.

Түйін

ӘЗЕРБАЙЖАНДАҒЫ ӨКПЕ ОБЫРЫ ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ ТИПТЕРІНІҢ ГЕОГРАФИЯСЫ

А.А. Солтанов

Азербайджан республикасы территориясы шартты түрде 5 аймаққа бөлінг, және оған жеке әкімшілік аудандарда құрамына кірген және науқастар осы аудандағы тұрғылықты жері бойынша бөлінген. Барлық аудандарда жиі кездесетін гистологиялық түр: жалпақклеткалы рак. Осы ауданда жалпақклеткалы рақтың ең жоғарғы көрсеткіші- 236(55.66%) Бұл гистологиялық түрөкпе рагының ішінде жынысқа қатыссыз « Үлкен Кавказ» аймағында 424 науқастың 236(55.7%) жалпақклеткалы рак, 50(11.8%) аденокарцинома, 9(2.1%) ұсақклеткалы рак, 6(1.4%) іріклеткалы рак, 45(10.6%) аралас рак 78(18,4%) басқа түрлері

Кілтті сөздер: Өкпе рагы, гистологиялық түрлері, жалпақклеткалы рак.

Summary

THE GEOGRAPHY OF LUNG CANCER'S HISTOLOGY FORMS IN AZERBAIJAN

A.A. Soltanov

The territory of Azerbaijan was conditionally divided to 5 regions, in which separate administrative regions were included, and patients were distributing to these due to their domicile. In all regions the most common histological type was squamous cell carcinoma. The highest rate of squamous cell carcinoma 236 (55.66%) was noted in first region. This histological type independent from sex between other types of lung cancer. In the Big Caucasus region squamous cell carcinoma was diagnosed in 236 (55,7%), adenocarcinoma in 50 (11,8%), small cell carcinoma in 9 (2,1%), large cell carcinoma in 6 (1,4%), mix cell carcinoma in 45 (10,6%) and other types (anaplastic inclusively) in 78 (18,4%) cases within 424 patients with lung cancer.

Key words: lung cancer, histological forms, squamous cell carcinoma.

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ПРИМЕРЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ
ТАРИФОВ

Б.А. Азанова, А.С. Айкешева, Г.С. Шаймуханова, А. Мергентай
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

Введение. Система здравоохранения Республики Казахстан предназначена для оптимального удовлетворения потребностей населения в профилактической, лечебно-диагностической, медико-социальной и лекарственной помощи [1]. Динамика основных показателей здравоохранения свидетельствует о ежегодном увеличении бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения. Так, в период с 2004 по 2009 гг. объем финансирования на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) увеличился с 90,5 до 273,1 млрд. тенге. В 2009 году на поэтапное доведение финансирования ГОБМП до среднереспубликанского уровня Алматинской, Жамбылской, Кызылординской и Южно-Казахстанской областей целевыми текущими трансфертами из республиканского бюджета было выделено 5,4 млрд. тенге. Расходы здравоохранения на душу населения за последние годы также имеют определенный рост: с 8 740тенге в 2004 году до 30 373 в 2009 году [2].

Имеют место объективные факторы, обуславливающие увеличение расходов на здравоохранение (рост цен на медикаменты, медицинскую технику, коммунальные услуги). Имеется тенденция роста расходов вследствие развития и внедрения в практику дорогостоящих медицинских технологий, применяемых при современных схемах лечения заболеваний. Кроме того, возросли требования населения к условиям, качеству и номенклатуре предоставляемой медицинской и лекарственной помощи [3].

На примере профильных отделений медицинских организаций районного уровня оказания медицинской помощи, была проведена оценка затрат и анализ расходов.

Цель исследования – оценить эффективность финансирования в соответствии с МЭТ на уровне районной клинической больницы по хирургическому профилю.

Материалы и методы: сравнительный анализ, информационно-аналитический, экспертной оценки, структурно-логический, статистический, математическая обработка результатов исследования, сопоставительный анализ.

Форма № 003/у – Медицинская карта стационарного больного, и форма 066\у. Для доказательства эффективности методов финансирования и приемлемого отношения "минимизации затрат" был проведен ретроспективный клинико-экономический анализ по критерию "минимизация затрат".

Источники затрат идентифицированы из медицинской карты стационарного больного (форма 003/у), и форма 066\у и сгруппированы следующим образом: стоимость лабораторных методов исследования; стоимость инструментальных методов исследования; стоимость консультации специалистов; стоимость медикаментов и изделий медицинского назначения.

Затраты на хирургические вмешательства не были включены в проводимый анализ.

Стоимости всех затрат указывались в соответствии с медико-экономическими тарифами 2009 года, а генерическое название и стоимость лекарственных препаратов в соответствии с Лекарственным регистром КФК МЗРК.

Для исследования была сформирована база данных больных и проведено распределение заболеваний по основным нозологическим единицам.

Проведенный анализ в профильных отделениях стационара показал, что основные затраты приходятся на такие отделения как хирургия, терапия и гинекология.

Анализ хирургического отделения в 2009 году, позволил определить структуру затрат по данному профилю. В целях повышения эффективности финансирования в 2009 году были разработаны медико-экономические тарифы.

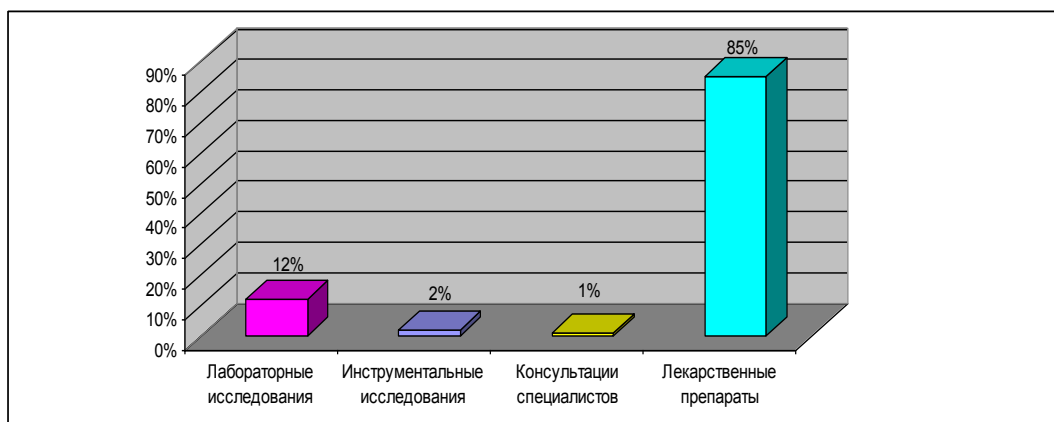


Рисунок 1 - Структура затрат лекарственных препаратов в 2009 г.

Как видно на рисунке 1, наибольшую долю затрат составили 85% назначения лекарственных препаратов, 12% - расходы на лабораторные исследования, 2% и 1% на инструментальные исследования и консультации специалистов соответственно. Также были рассчитаны стоимости всех затрат в соответствии с МЭТ.

С января 2010 года производится оплата по медико-экономическим тарифам и соответственно определена структура затрат по хирургическому профилю за 2010 год для сравнения которые оплачивались в 2009 году по фактическим затратам с расходами оплачиваемыми в рамках МЭТ в 2010 году.

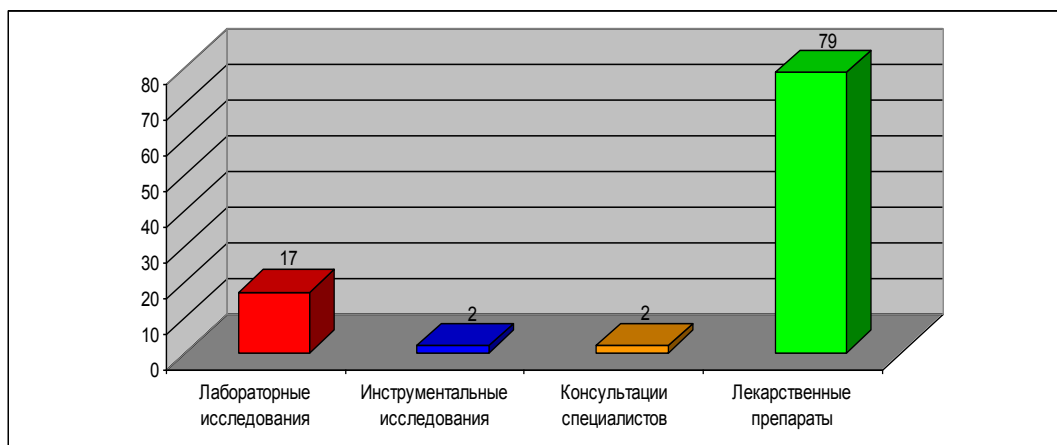


Рисунок 2 - Структура затрат по хирургическому профилю в 2010 г.

Как видно из рисунка 2 структура затрат по хирургическому профилю не имеет существенных различий, однако при расчете стоимости всех услуг и назначений определено, что в 2010 году общие затраты увеличились на 21,9% по сравнению с 2009 годом (лекарственные препараты на 17,9%, лабораторные исследования на 25,2%, консультации специалистов -2% увеличились в 2 раза).

Увеличение же доли затрат скорее связано с наибольшим назначением медицинских услуг и препаратов на одного больного, проведенным в 2010 году. Наряду с этим определены назначения медицинских услуг и медикаментов, которые не вошли в рамки МЭТ.

Заключение. Таким образом, общее количество проведенных лабораторных, инструментальных исследований, консультаций и назначенных медикаментов по изученным историям болезней составило 5638 на общую стоимость 1 349 739 тенге. При анализе выявлено большое количество услуг и медикаментов не входящих в объем стандарта. Лабораторные исследования, выходящие за пределы МЭТ, составили 23,8 % в общем количестве 182 на сумму 58991,5 тенге, инструментальные исследования вышедшие за предел стандарта – 24% в количестве 24 и их стоимость составила 19204,6 тенге, консультации специалистов - 57% затрат от объема в соответствии с МЭТ на сумму 39246,3 тенге, лекарственные препараты - 23,6% от фактически затраченных средств на сумму 78754,3 тенге.

Наряду с расходами в соответствии с МЭТ выявлены случаи, выходящие за рамки медико-экономических тарифов. Это позволило провести расчет последних услуг.

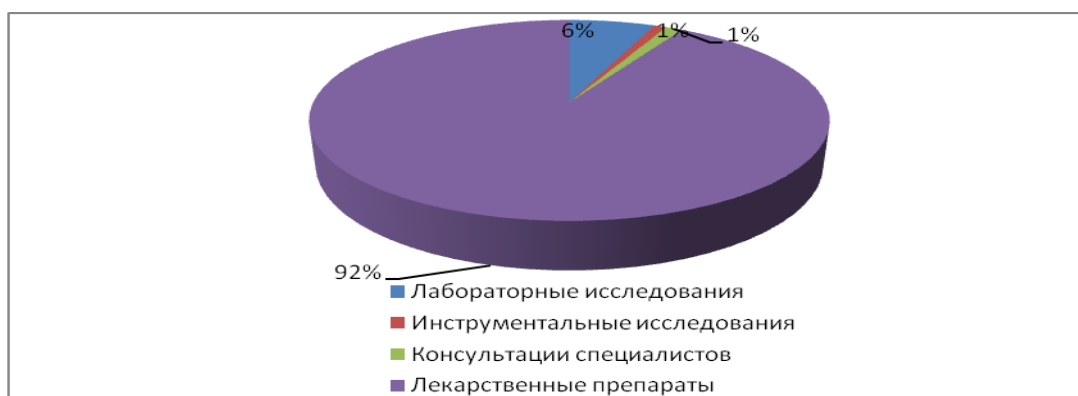


Рисунок 3 - Структура затрат вне МЭТ за 2009 год

Как отмечено выше, основную долю фактических затрат составили затраты на лекарственные препараты, однако при расчете затрат, которые не вошли в пределы МЭТ выяснено, что 92% из всех вышли за пределы (2009 г.) по хирургическому профилю, что составили затраты на медикаменты.

В 2010 году по данному профилю картина выглядит следующим образом (рисунок 4).

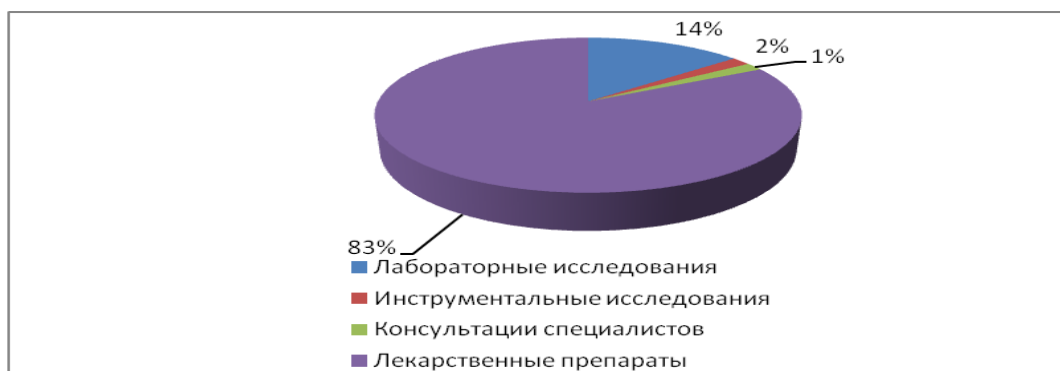


Рисунок 4 - Структура затрат вне МЭТ за 2010 год.

Так же как и в 2009 году основную долю затрат не вошедших в пределы МЭТ (рисунок 4) медикаменты составили – 83%, затраты на лабораторные исследования - 14%, а инструментальные исследования и консультации специалистов 2% и 1% соответственно. Различные формы расходов, не вошедших в пределы МЭТ в 2009 году с таковыми в 2010 году, графически представлены на рисунке 5.

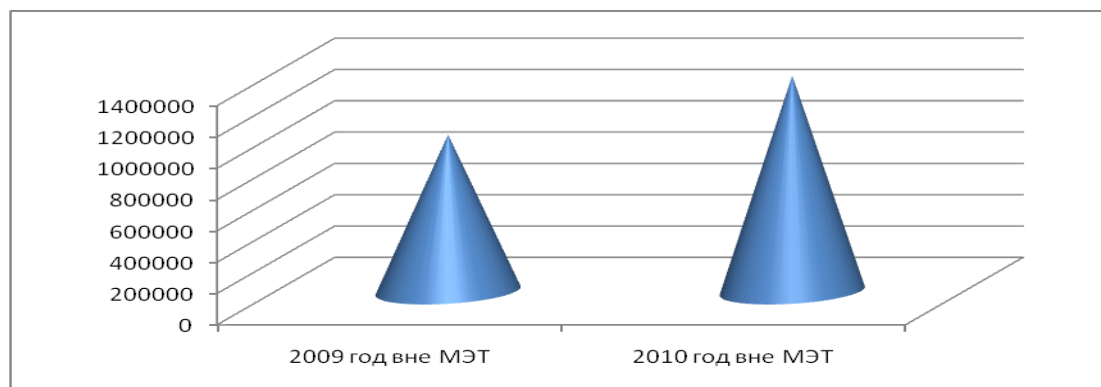


Рисунок 5 - Структура затрат, вне МЭТ за 2009- 2010 год по хирургическому профилю

Заключение. Таким образом, несмотря на большое количество процедур назначаемых не в соответствии с МЭТ, сохраняется тенденция в 2010 г увеличения затрат на 21,9% по сравнению с 2009 г. Все это способствует внедрению различных форм финансирования в здравоохранении, определяет существование или внедрение различных форм финансирования. Более того, выявляется существенная разница в расходах на медикаменты по хирургическому профилю. По результатам исследования, расходы на медикаменты превышают расходы на хирургические манипуляции, которые являются основными.

Медико-экономические тарифы не соответствуют фактическим потребностям и расходам. Рекомендуется провести детальный анализ различных форм финансирования, обеспечить преемственность между стационарной и амбулаторно-поликлинической службой, изучить факторы, влияющие на осложнения.

Литература:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан в 2005-2010 гг.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы
3. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года (с изменениями и дополнениями от 21 мая 2007 года, ст.29).

Түйін

МЕДИЦИНАЛЫҚ - ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАРИФТЕР МЫСАЛЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУ ТИІМДІЛІГІНЕ БАҒАЛАУ ЖҮРГІЗУ ӘДІСТЕМЕСІ

Б.А. Азанова, А.С. Айкешева, Г.С. Шаймұханова, А. Мергентай

Денсаулық сақтау жүйесі профилактикалық, емдік - диагностикалық, медициналық-элеуметтік және дәрі-дәрмек көмегімен тұрғындарға ұтымды қажеттілігі үшін бағытталған. Бірақ медициналық - экономикалық тарифтер нақты қажеттіктер мен шығындарға сәйкес келмейді. Амбулаторлық-емхана қызметі мен стационар арасында қаржыландырудың әртүрлі формаларына толық толдау жүргізуге ұсынылады.

Summary

METHODS OF ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF FUNDING HEALTH CARE ORGANIZATIONS ON THE EXAMPLE OF HEALTH-ECONOMIC TARIFFS

B.A. Azanova, A.S. Aykesheva, G.S. Shaymuhanova, A. Mergentay

The health system is designed to optimally satisfy the need of preventive, diagnostic and treatment, medico-social and medicinal aid. Medico-economic tariffs do not meet the actual needs and costs. It is recommended to undertake a detailed analysis of various forms of funding, as well as improve continuity between inpatient and outpatient services.

О ПЕРСПЕКТИВАХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ

В.Ю. Дудник

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Деятельность больницы в 2010 году осуществлялась в соответствии с утвержденным планом основных организационных мероприятий и была направлена на достижение установленных количественных и качественных показателей по медицинскому обслуживанию прикрепленного контингента и оказанию платных медицинских услуг населению.

Результаты проведенного исследования показали, что в 2010 году достигнут высокий уровень категоричности врачей, который по сравнению с 2009 годом, увеличился с 55,4% до 86,0% или в 1,5 раза. При этом обеспечивалась своевременность и полнота периодического повышения квалификации и обучения врачей на отечественных и зарубежных клинических базах.

Однако для повышения эффективности этой работы, очевидно, следует сделать акцент на изучение условий труда, профессиональной деятельности; влияния качества больничного менеджмента, морально-психологического климата на удовлетворенность и самодостаточность врачей при выполнении своих должностных обязанностей. Особое внимание следует уделить вопросам профессиональной компетенции руководителей структурно-функциональных подразделений, неумелое, недостаточное руководство и организаторская деятельность которых нередко становится реальными причинами увольнения врачей.

Отдельным разделом улучшения кадровой работы среди врачей должна стать оценка проводимых на рабочих местах в подразделениях и в больнице мероприятий по повышению профессионального мастерства, особенно среди молодых врачей, так как дорогостоящее обучение на других клинических базах часто является малоэффективным и без ожидаемой внедренческой отдачи. Очевидно, что для молодых врачей должны быть реализованы индивидуальные программы повышения профессиональных знаний и умений.

Такие же требования должны быть предъявлены к кадровой работе среди среднего медицинского персонала, так как уровень их категоричности повышается быстрее, чем реальные знания и умения.

Дальнейшие исследования показали, что из года в год сохраняется регрессивный тип прикрепленного контингента, а доля лиц старше 60 лет приближается к 70%.

При этом на фоне динамического увеличения числа посещений в поликлинике и на дому, проведения комплексных медицинских осмотров, динамического, диспансерного наблюдения, а также полной удовлетворенности в госпитализации, индекс здоровья государственных служащих не повышается и составляет 5,9% против нормативных 7,0%.

Понятно, что наиболее объективной причиной сложившегося положения является неуклонное старение прикрепленного контингента, накопление груза хронических, прежде всего, сердечно-сосудистых заболеваний, ухудшение качества жизни.

Однако, для улучшения состояния здоровья, имеющиеся медико-технологические возможности больницы можно использовать более эффективно.

Здесь, прежде всего, следует лучше учитывать геронтологические особенности течения основного и сопутствующих заболеваний, риск развития специфических осложнений, индивидуальную реакцию на используемые лекарственные и другие лечебные средства.

Между тем, больница располагает широким спектром гематологических, биохимических, иммунологических, цитологических методов лабораторной диагностики, позволяющие в динамике мониторировать изменения в гомеостазе на гуморальном, органном и клеточном уровнях. Результаты этих углубленных лабораторных

исследований, проводимых по индивидуальным (групповым) программам, должны подкрепляться имеющимися в распоряжении врачей больницы уникальными методами лучевой, функциональной, эндоскопической диагностики, которые помогут заблаговременно определять риск развития осложнений и осуществлять лечебно-тактические мероприятия, направленные на их предупреждение; проводить динамическое наблюдение и активное лечение с использованием адекватных средств патогенетической терапии и восстановительного лечения.

Конечно, использование такого методического подхода, по сути своей, регламентирующего внедрения современных технологий в геронтологической практике, требует глубокой научной проработки, особенно в части формирования стандартов лабораторной, инструментальной и клинической диагностики, частоты и полноты использования адекватных средств патогенетического лечения; изменения технологии динамического диспансерного наблюдения, частоты госпитализации, а также использования современных методов кардиохирургической, вертебрологической и ортопедической коррекции.

Реализация этой научно-практической задачи позволит улучшить качество состояния здоровья, жизни прикрепленного контингента и внести реальный вклад в обеспечение его долголетия.

Анализ и оценка деятельности больницы показывает, что в ближайшее время в больнице предстоит решать триединую задачу: обеспечить безусловное выполнение установленных Медицинским центром количественных и качественных показателей по медицинскому обеспечению прикрепленного контингента; выполнять в срок, в установленных объемах и структуре государственный заказ по оказанию стационарозамещающей, стационарной специализированной, высокоспециализированной медицинской помощи населению, а также не допустить снижения доходов от реализации платных медицинских услуг.

Реализация этой многосложной задачи потребует дополнительных усилий от менеджмента больницы, особенно в части: распределения еженедельных и ежемесячных заданий и графика выполнения объема и структуры госпитализируемых больных по госзаказу, в рамках оказания платных медицинских услуг; организации систематического оперативного мониторинга за выполнением установленных заданий, а также информационно-аналитического сопровождения; проведения ежемесячного анализа и оценки достигнутых результатов и принятия дополнительных управленческих решений, направленных на их коррекцию; повышения эффективности маркетинговой деятельности, постоянного взаимодействия с заказчиками и уполномоченными органами, особенно при формировании и представлении статистической и финансовой отчетности; усиления контроля за соблюдением установленных стандартов по качеству оказываемых медицинских услуг и финансово-экономических показателей; безусловного обеспечения оказываемых медицинских услуг необходимыми медикаментами, расходными материалами и сервисом.

Кроме того, в клиническую практику больницы необходимо внедрить ряд важнейших прорывных медицинских технологий. Прежде всего, следует уделить внимание развитию интервенционной кардиологии и вертебрологической практики в больнице. Для реализации этой задачи необходимо разработать и внедрить порядок отбора, алгоритм догоспитального обследования, предоперационной подготовки больных к ангиографическим исследованиям, интервенционным манипуляциям, а также их послеоперационного ведения, медицинской реабилитации и последующего диспансерного динамического наблюдения.

Также разработке и внедрению унифицированных (стандартов) непрерывной лучевой диагностики (ультразвуковой, рентгенологической, компьютерно-томографической и магнитно-ядерной) для более эффективного и рационального использования уникального, дорогостоящего оборудования, должно быть посвящено решение следующей задачи.

Особенно важным является произвести модернизацию средств восстановительного лечения для более эффективного использования в медицинской реабилитации прикрепленного контингента.

Вышеуказанные цели и задачи реалистичны, подкреплены соответствующими ресурсами, и для их реализации менеджмент больницы располагает необходимым организационным потенциалом.

Литература:

1 Единая Национальная система здравоохранения.-Астана. 2009 г.

2 Дубынина Е.И., Резников А.А. К вопросу использования ресурсов здравоохранения // Экономика здравоохранения. –1997. –№ 3/15. –С. 8 – 31.

3 Евсеев В.И. О новом механизме хозяйствования в здравоохранении //Врачебное дело. – 1990. – № 7. – С. 1 – 4.

ФОРМИРОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ БЛОКОВ ПРИ РАЗРАБОТКЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

*В.Ю. Дудник, С.Д. Кисикова, А.Н.Чен, Г.Ж. Куватова, Л.А. Бекмамбетова,
Т.А. Маркабаева
Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы*

Введение. История болезни - это сжатый отфильтрованный отчет об эпизодах лечения пациента в системе здравоохранения. Издавна история болезни является источником новых медицинских знаний. Ретроспективные исследования выписок из истории болезни позволили выявить важные медицинские причинно-следственные отношения. Большинство эпидемиологических исследований основано на ретроспективном анализе значительного числа историй болезни [1].

Физические и практические ограничения бумажной технологии снизили эффективность применения традиционных историй болезни для хранения и организации большого числа разнообразных данных. Типичным недостатком бумажной истории болезни является ее недоступность. Если информация из истории болезни хранится в компьютере, то при наличии доступа к терминалу компьютера врач может получить эту информацию за несколько секунд, вместо того, чтобы ждать минуты или часы, необходимые для поиска и доставки бумажной истории болезни. Хранение записей в памяти компьютера позволяет обеспечить к ним удаленный доступ, например, врач, может просматривать их вне отделения. Оно позволяет также одновременный доступ, например, в одном кабинете медицинская сестра может просматривать динамику изменения артериального давления у данного пациента, а в другом - врач анализировать результаты выполненных для этого же пациента лабораторных тестов - ситуация, совершенно невозможная при наличии только бумажной истории болезни [2].

Автоматизированные системы ведения истории болезни обеспечивают предоставление более разборчивых и лучше организованных отчетов за счет автоматически выполняемых проверок. Более того, диалоговые системы могут запрашивать у пользователя дополнительную информацию - свойство, которое неспособна обеспечить ни одна бумажная форма статистического учета. Медицинские записи, хранящиеся в памяти компьютера, могут предоставляться на разных носителях информации, начиная от экранов видеотерминалов до бумаги. Кроме того, информация о многих пациентах может быть агрегирована - полезное свойство, как для ведения научной работы, так и для управления процессом лечения [3-5].

Цель исследования - формирование технологических блоков для разработки информационной системы (ИС) «Автоматизированная история болезни» (АИБ) и регистрационно-статистической модели стационара.

Материалы и методы. При разработке АИБ формировались следующие технологические блоки: паспортная часть, протокол врача стационара, листы заключительных диагнозов, врачебных назначений, протоколы лабораторной, инструментальной, функциональной диагностики и лечения. При формировании технологических блоков созданы «шаблоны» и справочники для описания соматического статуса пациента по отдельным специальностям, составлены эталоны формулирования клинично-функционального диагноза, в план лечения введены стандарты назначения медикаментозной терапии.

Результаты и обсуждение. Использование ИС позволило централизованно хранить данные пациента, что, в свою очередь, предоставило возможность просматривать информацию из истории болезни различными специалистами стационара без передачи между ними бумажной истории болезни. При описании состояния здоровья пациента врачи могли использовать текстовые шаблоны для сокращения времени его обслуживания, получать статистические отчеты по широкому спектру параметров, отслеживать динамику изменения показателей состояния здоровья, контролировать ход диагностики и лечения пациента на основании электронных данных истории болезни, что позволяет повысить качество оказания медицинской помощи.

Формирование регистрационно-статистической модели стационара предоставило возможность учета коечного фонда, составления соответствующей статистической отчетности о деятельности стационара, планирования занятости коечного фонда, что упрощает создание графика плановой госпитализации пациентов.

При разработке ИС также были учтены возможные сбои программы, компьютера, ошибки ввода и отработаны способы устранения: предусмотрены аварийные ручные процедуры, обеспечены процедуры дублирования и восстановления данных, добавлены в систему контекстно-зависимые оперативные подсказки, разработаны графики своевременного и правильного резервирования оборудования.

В ходе внедрения АИБ пациента в отделениях стационара ЦКБ УДП РК оказалось, что данная ИС благодаря формированию вышеперечисленных блоков:

- предоставляет возможность врачам различных специальностей быстро и удобно вносить информацию о пациенте;
- обеспечивает безопасность доступа АИБ с учетом прав доступа пользователей к медицинской информации, утвержденной в медицинском учреждении;
- позволяет просматривать АИБ пациента и быстро находить нужную информацию в больших объемах медицинской документации;
- дает возможность формировать на основе АИБ различные выписки, справки, эпикризы, печатать их и хранить копию этих документов;
- предоставляет возможность наглядно просматривать медицинские данные по пациенту: диагнозы, лист назначений, строить различные графики и т.п.
- позволяет настроить удобные протоколы для врачей любых специальностей;
- дает возможность прикреплять к АИБ прочие необходимые документы.

Заключение. Таким образом, автоматизированная система истории болезни позволяет сократить объем бумажного документооборота отделений стационара, непроизводительные затраты времени медицинского персонала и повысить медицинскую эффективность в целом, а разработанная регистрационно-статистическая модель позволит проводить комплексный анализ и оценку количественных и качественных показателей использования коечного фонда и лечебно-диагностической работы стационара.

Литература:

- 1 Яковлев А.П., Столбов А.П., Бурмистрова М.И. Автоматизированные информационные системы в условиях многопрофильного стационара: Моногр. / 2000. - 176 с
- 2 Мартынихин А.В., Большаков Н.Б. Организация хранения информации истории болезни с учетом задач последующего автоматического извлечения данных// Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2003. - №5. - С.30-32.

- 3 Кобринский Б.А. Использование информационных технологий в деятельности медицинских учреждений // Главврач. - М.: Роспатент, 2005. - №6. - С. 18-21
- 4 Колодяжный Н. Г. "Подводные камни" информатизации медицинских учреждений// ГлавВрач. - 2006. - №7. - С. 82-86
- 5 Ликстантов М.И. Организация внедрения информационной системы в крупной клинической больнице// Сб.науч.тр. - Новосибирск.-2009. - С. 31-41.

Tүйін

АУРУДЫҢ АВТОМАТТАНДЫРЫЛҒАН ТАРИХЫН ӘЗІРЛЕУДЕГІ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ БЛОКТАРДЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

В.Ю. Дудник, С.Д. Қисықова, А.Н.Чен, Г.Ж.Куатова, Л.А. Бекмамбетова, Т.А. Марқабаетова

Ауыру тарихын автоматтандырудағы түрде келесі технологиялық жүйелер қалыптасты: төлқұжат бөлігі, аурухана дәрігерінің хаттамасы, қорытынды нақтамалар парақтары, дәрігер тағайындаулары, зертханалық, жабдықтық, функционалдық нақтамалау мен емдеу хаттамалары. Анықтамалар мен «дайын үлгілер» құрылды. Ауыру тарихын автоматты түрде толтырғанда бөлімшедегі қағаз айналымын азайтады, медициналық қызметкерлердің өндірістік емес уақыттарын үнемдейді және емдеу-нақтамалау үдерісінің тиімділігін арттырады, сондай-ақ тіркеу-статистикалық үлгісі аурухана қоры мен аурухананың емдеу-нақтамалау жұмыстарының сандық және сапалық көрсеткіштерін кешенді талдауға әрі бағалауға мүмкіндік береді.

Summary

BUILDING TECHNOLOGY CLUSTERS WHILE DEVELOPING A COMPUTERIZED MEDICAL RECORDS

V.Y. Dudnik, S.D. Kisikova, A.N. Chen, G.Zh.Kuvatova, L.A. Bekmambetova, T.A. Markabaeva

To develop an automated medical records were formed following technological blocks: the passport of the doctor's Hospital, Protocol, sheets of final diagnoses, medical appointments, protocols of laboratory, instrumental, functional diagnostics and treatment. Created templates and tutorials. Automate filling out medical records will reduce the amount of paper-based offices, overhead, doctors and medical-diagnostic process and the registration and statistical model would allow a comprehensive analysis and evaluation of quantitative and qualitative indicators of the number of beds and inpatient diagnostic.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.С. Игусинов^{1,2}, Д.П. Терешкевич¹, С.К. Кожрахметов², А.Е. Нарбаев^{1,2}

¹Институт общественного здравоохранения АО «МҰА», г. Астана

²ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

Введение. Ведущая роль в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в настоящее время по-прежнему принадлежит опухолям органов пищеварения; при этом рак прямой кишки занимает лидирующее место. В последние годы отмечено увеличение показателей заболеваемости во всех возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин, однако наибольший прирост данного показателя наблюдается в возрастной группе 60 лет и старше. При этом эпидемиологическое изучение рака прямой кишки показывает на неравномерность распространения его в мире. Многочисленные эпидемиологические и клинические исследования позволили накопить немало данных о связи развития рака прямой кишки с самыми различными эндогенными причинами и экзогенными факторами окружающей среды, влияющими на риск развития заболевания [1,2,3,4,5].

Особый научный интерес представляет проведение эпидемиологического изучения рака прямой кишки в регионах экологического неблагополучия, в частности в Приаралье, куда относится территориально и Кызылординская область. Для эпидемиологических

исследований, **целью** которых и явилось оценка эффективности профилактических и скрининговых программ, важным являющимся переходом населения изучаемой группы от состояния «здоровый» к состоянию «больной» в связи с экологией. Соответствующим показателем, которого является, следовательно, заболеваемость. В настоящей статье дана предварительная оценка заболеваемости раком прямой кишки у всего населения Кызылординской области.

Материал и методы: материалом послужили учетно-отчетные документы онкологических учреждений республики о больных, у которых впервые в жизни установлен диагноз рак прямой кишки. Используются данные Агентства Республики Казахстан по статистике о численности населения Кызылординской области [6,7]. По общепринятым методам санитарной статистики [8] вычислены экстенсивные, грубые, возрастные, выровненные и стандартизованные показатели. При стандартизации использовано мировое, европейское и африканское стандартное население. Тренды заболеваемости определены методом наименьших квадратов за 10 лет (1999-2008 гг.). Определены средние значения (M), средняя ошибка (m), 95% доверительные интервалы (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли ($T_{\text{пр/уб}}$, %).

Результаты и обсуждение. В Кызылординской области за исследуемый период впервые зарегистрировано 164 больных раком прямой кишки. Средний возраст больных составил $62,8 \pm 1,2$ года (95% ДИ=60,5-65,1 года). В динамике средний возраст больных имел тенденцию к росту с $57,9 \pm 3,8$ лет (1999 г.) до $63,1 \pm 3,7$ лет в 2008 году. При выравнивании среднего возраста больных раком прямой кишки также наблюдался рост, а среднегодовой темп прироста составил $T_{\text{пр}} = +0,5\%$.

Среднегодовой грубый показатель заболеваемости раком прямой кишки составил $2,7 \pm 0,2$ /0000 (95% ДИ=2,3-3,1 /0000). В динамике показатели имели тенденцию к снижению с $4,0 \pm 0,8$ /0000 (1999г.) до $3,3 \pm 0,7$ /0000 (2008г.), а при выравнивании также установлено снижение ($T_{\text{уб}} = -1,8\%$).

Стандартизованные показатели заболеваемости были неоднородными и их 95% ДИ во всех случаях не накладывались друг на друга, т.е. различия статистически значимыми ($p < 0,05$). Так, стандартизованный (мировой стандарт) показатель заболеваемости раком прямой кишки за указанный период составил $3,9 \pm 0,3$ /0000 (95% ДИ=3,3-4,5 /0000) (рисунок 1), а при выравнивании мирового стандарта в динамике наблюдалось снижение ($T_{\text{уб}} = -2,0\%$).

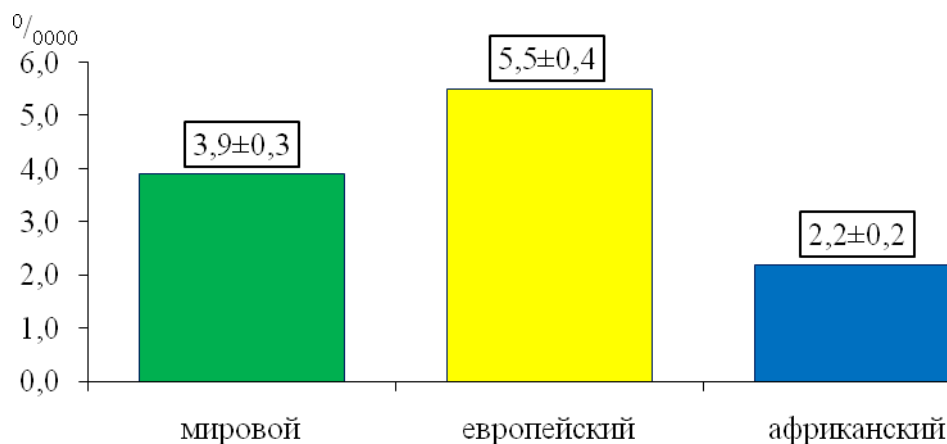


Рисунок 1 – Стандартизованные показатели заболеваемости раком прямой кишки в Кызылординской области за 1999-2008 гг.

Анализ возрастных показателей заболеваемости раком прямой кишки выявил, что показатель увеличивался с возрастом и достиг пика в возрастной группе 70 лет и старше (рисунок 2).

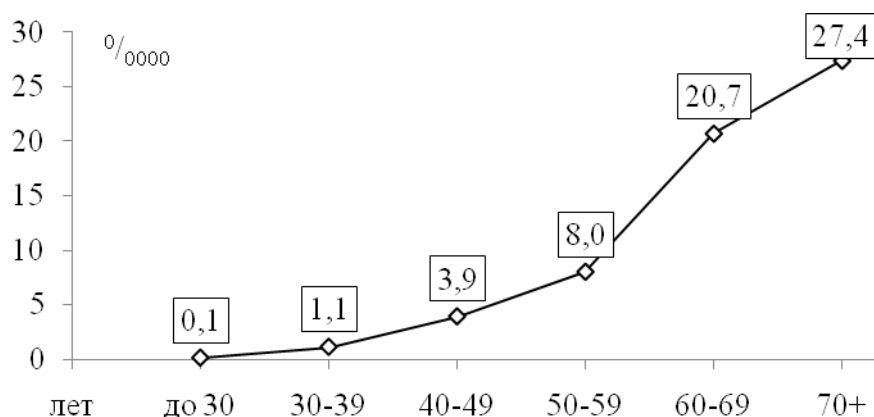


Рисунок 2 – Среднегодовые возрастные показатели заболеваемости раком прямой кишки в Кызылординской области за 1999-2008 гг.

При анализе 95% ДИ возрастных показателей заболеваемости раком прямой кишки установлено, что показатели до 70 лет не накладывались друг на друга, т.е. различия статистически значимыми ($p < 0,05$).

Тренды возрастных показателей заболеваемости раком прямой кишки имели тенденцию к снижению практически во всех возрастных группах, за исключением группы 70 лет и старше, где выравненные показатели увеличились ($T_{пр} = +0,9\%$). Наиболее высокие темпы убыли были установлены в возрастных группах до 30 лет ($T_{уб} = -12,1\%$) и 30-39 лет ($T_{уб} = -11,2\%$).

Выводы: установлено, что рак прямой кишки за последние годы в Кызылординской области снизился, и тренд выравненного показателя заболеваемости составил $T_{уб} = -1,8\%$. За изучаемый период наблюдалась тенденция к «старению» рака прямой кишки, о чем говорило увеличение показателя среднего возраста больных. Возрастные показатели заболеваемости раком прямой кишки характеризовались унимодальным ростом с пиком в 70 лет и старше ($27,4 \pm 4,1^{0/10000}$), при этом только в данной возрастной группе тренд имел тенденцию к росту. Стандартизованные показатели заболеваемости раком прямой кишки статистически значимо отличались друг от друга и в динамике также снизились.

Установление причинно-следственной связи, пространственная оценка и прогнозирование заболеваемости раком прямой кишки с учетом воздействия природно-климатических и экологических факторов будут этапами дальнейших исследований.

Литература:

- 1 Cancer incidence in five continents // Eds.: D.M. Parkin, S.L. Whelan, J. Ferlay et al. IARC, Lyon. – 2003. – Vol. VIII.
- 2 Gazelle G. S., Gaa J., Saini S. et al. Staging of colon carcinoma using water enema CT // J-Comput-Assist-Tomogr. – 1995. – Vol. 19. – N 1. – P. 87-91.
- 3 Gazelle G. S., Mc Mahon P. M., Scholz F. J. Screening for colorectal cancer // Radiology. – 2000. – Vol. 215. – N2. – P. 327-335.
- 4 Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году. – М.: МНИОИ им. П.А.Герцена, 2002. – 264с.
- 5 GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer <http://globocan.iarc.fr/>
- 6 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2007. – 392 с.
- 7 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
- 8 Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М.; 1999. – 460 с.

Түйін

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТОҚ ІШЕК ОБЫРЫ АУРУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Н.С. Игусинов, Д.П. Терешкевич, С.К. Қожахметов, А.Е. Нарбаев

1999-2008жж. аралығында Қызылорда облысындағы тоқ ішек обырының сырқаулық

көрсеткіші $2,7/0000$ құраған. Сырқаулықтың жастық көрсеткіштерінің унимодальді өсуі байқалған, ең шыңы болып 70 және одан асқан жас аралығы – $27,4/0000$. Динамикада дәрежі және стандартты көрсеткіштерінің бағыттары (трендісі) төмендеген.

Түбір сөздер: тоқ ішек обыры, сырқаулық, бағыттар (тренділер).

Summary

FEATURES OF INCIDENCE RECTAL CANCER IN KYZYLORDA REGION

N.S. Iginov, D.P. Tereshkevich, S.K. Kozhakhmetov, A.E. Narbaev

In Kyzylorda during 1999-2008 incidence of cancer of the rectum was $2,7/0000$. Age-related incidence rates were unimodal with a peak growth in the older age group – 70 years and over – $27,4/0000$. In the dynamics of trends in crude and standardized incidence rates decreased.

Key words: colorectal cancer, incidence, trends.

КЕН ӨНДІРУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ АУА ТОЗАҢДЫҒЫ ДЕҢГЕЙІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Е.Ж.Отаров

ҚР ДСМ Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ.

Кіріспе. Қазіргі уақыттағы Елбасының жүргізіп отырған әлеуметтік-экономикалық жаңғырту бағдарламасының негізгі міндеттерінің бірі жұмысшылардың еңбек жағдайын сауықтандыру болып табылады. Еліміздің ұлттық қауіпсіздігі мен оның өркендеуін анықтайтын, негізгі өндірістік күш болып саналатын жұмысшылардың денсаулығын жақсарту мен сақтау еліміздегі әлеуметтік саясаттың негізі болып саналады. Елбасы Қазақстанның 2030 жылға дейінгі Даму стратегиясында ауруды болдырмау мен оның алдын алу және халыққа әсер етуші қауіпті факторларды төмендету жөніндегі шараларды ұйымдастырудың қажеттілігін ашып көрсетті [1].

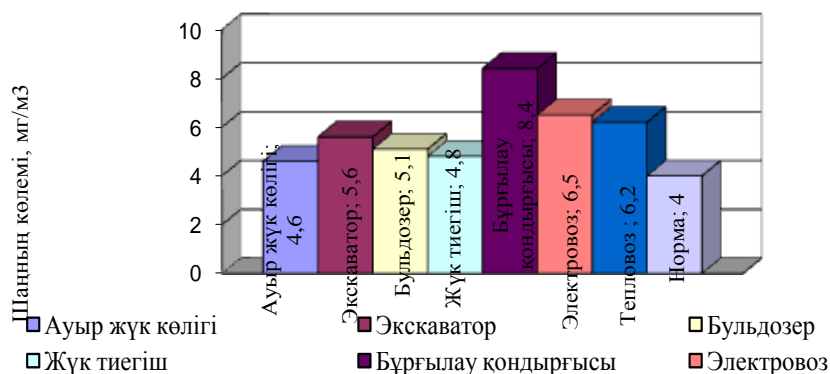
Жұмысшы қауымның денсаулығын нығайту мен ауруларды алдын - алуды күшейтудің кешенді бағдарламасында өндірістік жарақаттар мен кәсіби аурушандылықтың, уақытша еңбекке жарамсыздықты (УЕЖ) төмендетуге бағытталған, санитарлық-сауықтандыру шараларын жүргізуде еңбек жағдайын қорғау және жақсартуды әрі қарай дамыту негізгі орын алады [2, 3].

Отандық хризотил-асбест өндірісіндегі жұмысшы қауымның денсаулығына әсер етуші өндірістік шаңның қауіптілігін бағалау қазіргі уақыттағы заман талабы және де көкейтесті мәселе.

Зерттеу әдістері мен материалдары. Хризотил-асбест өндірісіндегі тау көліктері жүргізушілерінің жұмыс орындарындағы шаң деңгейін анықтау және еңбек жағдайының класын есептеу «Өндірістік орта факторларының зияндылығы мен қауіптілігі көрсеткіштері бойынша, еңбек үрдісінің ауырлығы мен кернеулілігі бойынша еңбек жағдайларын бағалаудың гигиеналық критерийлері» атты басшылық нормативтік кәжаты [4] талаптарына сәйкес жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері мен оларды талдау. Хризотил-асбест кенін ашық әдіспен өндіргенде барлық негізгі технологиялық үрдістер шаң бүлінумен жөреді.

Өндірістік учаскелердің жұмыс аймағы ауасының шаңдануын бағалау ашық карьердің жұмыс орындарында жөргізілді. Технологиялық үрдістің тізбегіндегі өндірістік ортаның жалпы шаңдануын зерттеу нәтижесінде мынадай мәліметтер (1 сурет) алынды.



1 сурет - Жұмыс орындары ауасының шаңдану деңгейі (максималды бірреттік концентрация, мг/м³)

Жылжымалы барлық механизмдер мен машиналардағы шаңның максималды бірреттік деңгейі рұқсат етілген деңгейден жоғары. Шаңның төменгі деңгейі ауыр жүк көлігімен жүк тиегіш машинада тиесінше 4,6 және 4,8 мг/м³ деңгейінде тіркелсе, шаңның жоғары деңгейі карьерде пайдалы қазбаларды бұрғылау кезінде бұрғылау машинасының кабинасында 8,4 мг/м³ деңгейінде тіркелді. Барлық өздігінен жүретін жылжымалы механизмдер мен машиналардағы шаңның максималды бірреттік деңгейінің рұқсат етілген мөлшерден жоғары болуын, кенді өндіру тізбегінде технологиялық үрдістің ерекшелігімен түсіндірсек (ашық карьердегі жұмыстар), карьердегі жолдардан шығатын шаңдар, механизмдер мен көліктер кабиналарының герметизациясының жетілдірілмеуінен, механизмдер мен көліктердің техникалық жағдайымен және де басқа себептермен байланыстыруға болады. Нормативтік кәжатқа [4] сәйкес өздігінен жүретін жылжымалы механизмдер мен машиналардың жұмыс орындарындағы шаңдану көрсеткіштері бойынша зиянды деп табылып, 3.1. – кәсіби қауіп класына жатқызылды.

Қорытынды. Сонымен, жоғарыда келтірілген мәліметтерді қорыта келе өздігінен жүретін жылжымалы барлық механизмдер мен машиналардағы шаңның максималды бірреттік деңгейі 4,6-8,4 мг/м³ аралығын құрап, санитарлық нормадан 1,15-2,1 есеге ауытқып, максималды бірреттік шаңдану көрсеткіштері бойынша зиянды деп табылып, 3.1. – кәсіби қауіп класына жатқызылды.

Пайдаланылған әдебиеттер

- 1 Қазақстан Республикасы Президентінің Қазақстанның 2030 жылға дейінгі Даму стратегиясын одан әрі іске асыру жөніндегі шаралар туралы жарлығы. Астана. 2007. 26 б.
- 2 Кулкыбаев Г.А. Современные проблемы профессиональной патологии// Мед. труда и промышленная экология. - 2006. - №4. - С. 1-7.
- 3 Ибраев С.А., Приз В.Н., Отаров Е.Ж., Жарылқасын Ж.Ж. Возможности контролируемого использования хризотила на АО «Костанайские минералы» //Мат. IX Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье».- Москва, 2010.- С.205-206.
- 4 «Өндірістік орта факторларының зияндылығы мен қауіптілігі көрсеткіштері бойынша, еңбек үрдісінің ауырлығы мен кернеулілігі бойынша еңбек жағдайларын бағалаудың гигиеналық критерийлері» басшылық құралы. №1.04.001.2000.

РЕЗЮМЕ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗАПЫЛЕННОСТИ ВОЗДУХА В УСЛОВИЯХ ДОБЫЧЕ РУДЫ

Е.Ж. Отаров

В представленной статье дана гигиеническая оценка уровню запыленности воздуха рабочей зоны машинистов передвижных механизмов. На основе полученных данных определены классы условий труда основных профессий машинистов горнорудных машин.

Summary

HYGIENIC ESTIMATION OF THE AIR DUST AT THE CONDITION OF MINING THE ORE

E.Z.Otarov

In presented article is given hygienic estimation level of the air dust at the machinist mobile mechanism working zones. On the base of obtained material, it is given certain classes of conditions of the main labor profession machinist mining ore machines.

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КАЗАХСТАНЕ

*Т.З.Сейсембеков, Н.К.Нурғалиева, Б.К.Искакова, А.Ж.Шарбаков, З.З. Кенжина
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана*

Введение. Заболевания сердечно - сосудистой системы остаются основной причиной смерти в развитых странах. По данным ВОЗ, в Европейском регионе и странах СНГ они заметно опережают смертность от рака, травм, инфекции и пр. причин, составляя примерно половину общей смертности. В Казахстане, с 1975г. по 2006г. [1,2] наблюдался рост смертности от болезней системы кровообращения (БСК) более чем в 2 раза: с 255,4 до 532,4 на 100 тыс. населения, и только с 2007г. отмечается снижение этого показателя, особенно заметное в 2008г. - 489,7 и в 2009г. - 416,4. (Рис 1).

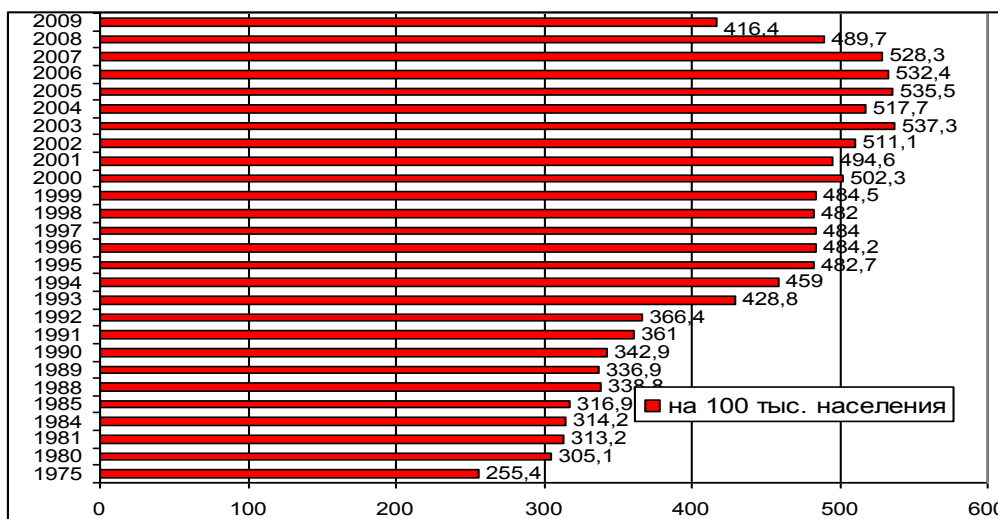


Рисунок 1 - Смертность от БСК в Республике Казахстан за 1975-2009гг.

Постановлением Правительства РК №102 от 13.02.2007г. была утверждена «Программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009гг». Реализация данного Постановления заметно активизировала оказание кардиохирургической помощи населению РК. Так, в г.Астане за 2007–2009гг. в Национальном научном медицинском центре было произведено более 2000 операций аортокоронарного шунтирования [3]. Поэтому отмеченная положительная динамика в показателях смертности от БСК - вклад, в основном, кардиохирургической службы, а не результат улучшения работы терапевтической и кардиологической службы.

Цель исследования. Оценить особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) в РК.

Материалы и методы. Аналитическое исследование по данным официальной статистики МЗ РК за 2000-2010гг, материалы обследования 1483 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в Акмолинской, Костанайской, Северо-Казахстанской областях.

Результаты и обсуждение. За последние 10 лет наблюдается динамика роста общей и впервые выявленной заболеваемости БСК (Рис. 2), а также роста заболеваемости артериальной гипертензией, в частности, впервые выявленной АГ (Рис. 3).

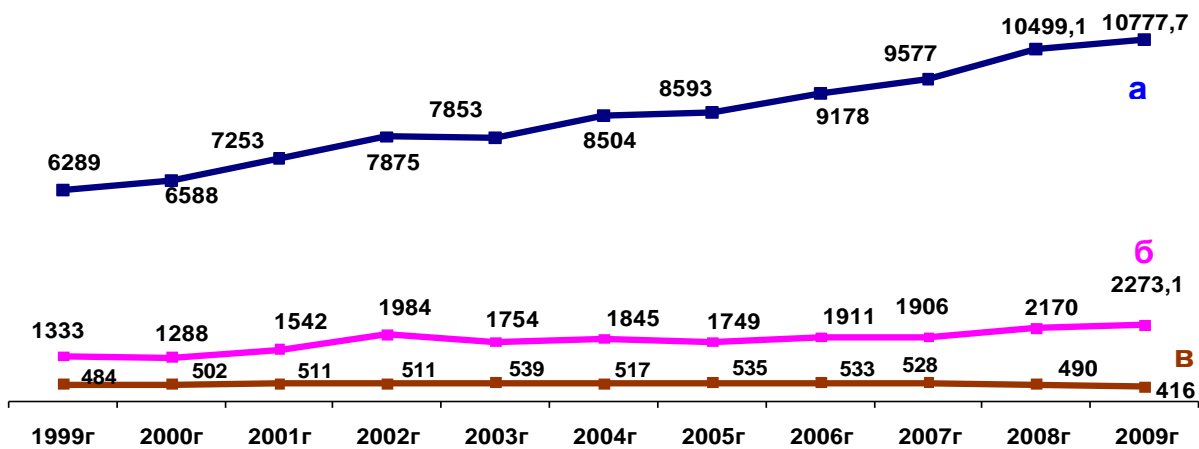


Рисунок 2 - Динамика показателей общей (а) и впервые выявленных (б) заболеваний системы кровообращения, смертности от БСК (в) в Республике Казахстан за 1999 -2009 гг. (на 100 тыс. населения).

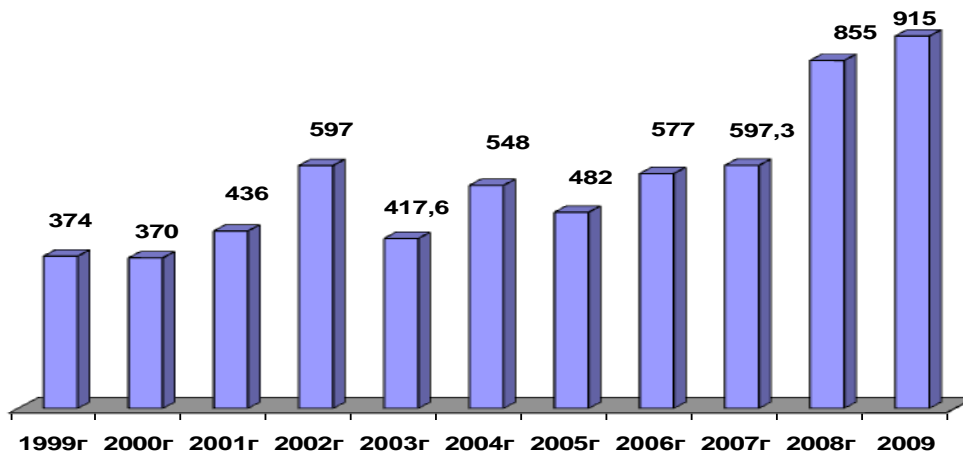


Рисунок 3 - Динамика впервые выявленной заболеваемости по АГ в РК за 1999-2009 гг. (на 100 тыс. населения)

Примерно половина смертности от БСК приходится на ИБС, которая может дебютировать острым инфарктом миокарда (ОИМ) или внезапной смертью, но нередко сразу переходит в хроническую форму. По данным Фремингемского исследования у 40,7% мужчин и 56,5% женщин первым симптомом ИБС является стенокардия напряжения (СН). В России почти 10 млн. трудоспособного населения страдает ИБС, из них более 1/3 имеют стабильную стенокардию (СС). Согласно данным международного исследования АТР-Survey (2002), в России среди больных ИБС преобладали пациенты со стенокардией II и III ФК, причём последних было почти в 2 раза больше, чем в других странах, участвовавших в исследовании [4]. В популяции только 40-50% больных стенокардией знают о заболевании и лечатся, а в 50-60% случаев заболевание остаётся не диагностированным. За последние 2 года в РК отмечается снижение доли ИБС в общей смертности от БСК. В 2008г. на ИБС пришлось 222,7 (45,5%) из показателя смертности от

БСК 489,7 на 100 тыс. населения, а в 2009г. - 157 (37,7%) от 416,4 на 100 тыс. населения. При этом ведущими причинами смертности в РК остаются БСК– 49% в 2009г. Территория РК - девятая в мире. По своеобразию экономических и природных условий подразделялась на 5 регионов [5]. С учётом административно-территориального деления в настоящее время это: 1.Северный регион, включающий Северо-Казахстанскую, Акмолинскую, Костанайскую и Павлодарскую области; 2.Южный - Южно-Казахстанскую, Алматинскую, Жамбылскую и Кызылординскую области; 3. Западный - Западно-Казахстанскую, Атыраускую, Мангыстаускую и Актюбинскую области; 4.Восточный - Восточно-Казахстанскую область; 5.Центральный регион - Карагандинскую область. Распространённость основных сердечно-сосудистых заболеваний (ИБС, АГ, ОИМ) среди взрослого населения (18 лет и старше) заметно различается по регионам. Так, заболеваемость ИБС (Рис 4.) выше в Южном регионе и имеет тенденцию к последующему росту, в 2006г. - 454,3 при среднереспубликанском показателе - 386,0 и 559,6 - в 2009г. В остальных регионах заболеваемость ИБС ниже, особенно в Западном, в 2009г. - 338,9 при среднереспубликанском показателе 457,3 на 100 тыс. населения.

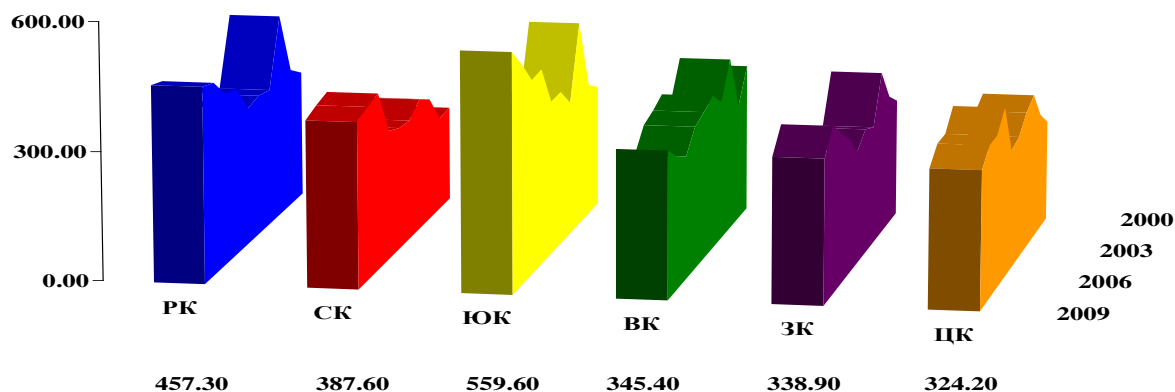


Рисунок 4 - Заболеваемость ИБС взрослых (18 лет и старше) по регионам РК (2000-2009 гг.) на 100 тыс. населения

Показателям заболеваемости ИБС не соответствуют показатели заболеваемости ОИМ (Рис. 5). Так, в Южном - при высоких показателях заболеваемости ИБС, наблюдаются самые низкие показатели заболеваемости ОИМ – от 28,7 в 2000г. до 31,8 в 2009г., при республиканских показателях заболеваемости ОИМ за эти же годы - от 58,0 до 56,8 на 100 тыс. населения.

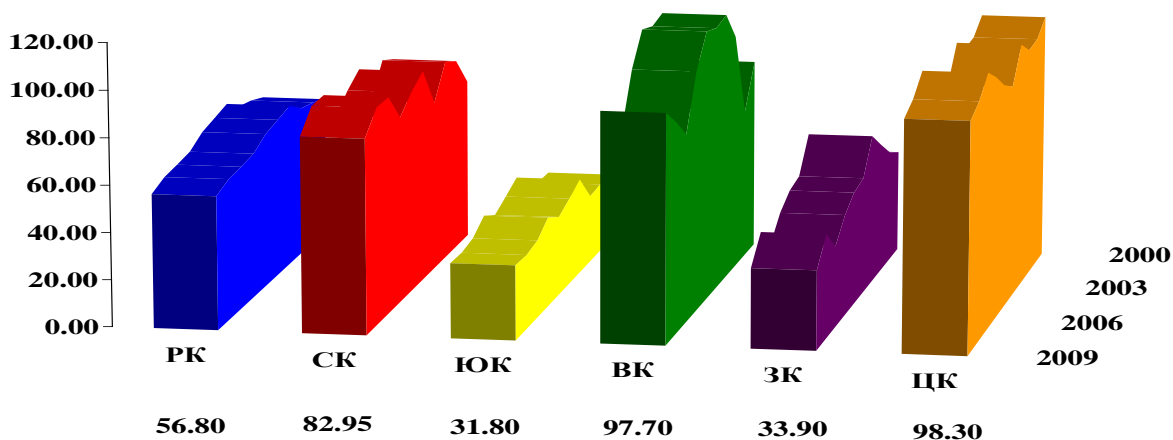


Рисунок 5 - Заболеваемость ОИМ взрослых (18 лет и старше) по регионам РК (2000-2009 гг.) на 100 тыс. населения

Заболеваемость ОИМ выше в Северном, Восточном и Центральном регионах. Высокие показатели смертности от БСК отмечены в Северном, Восточном и Центральном регионах и ниже данные показатели в Южном и Западном регионах РК (Рис.6). Количество больных острым коронарным синдромом по Республике в 2009г. было 67473, а в 2008г. - 59977, т.е. увеличилось на 7496 (12,5%).

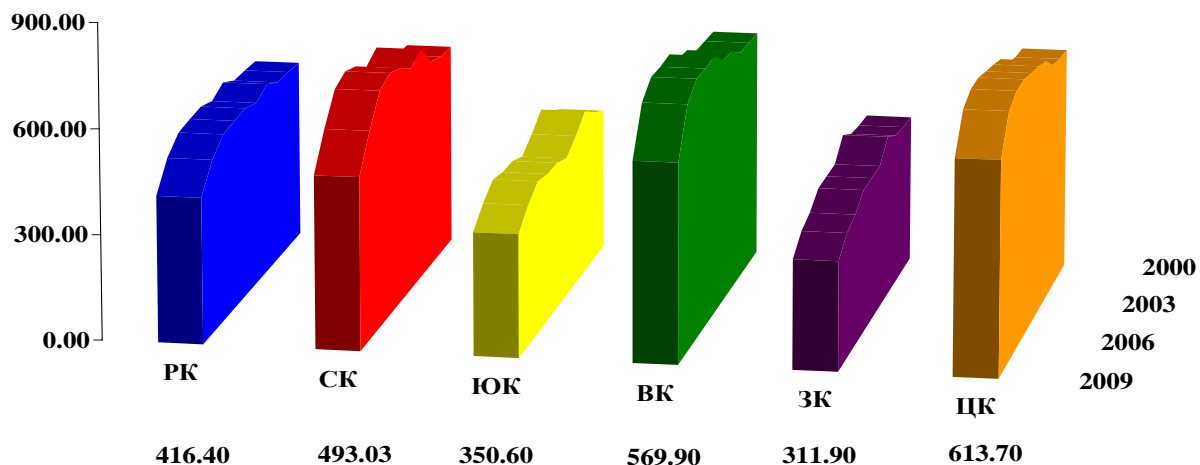


Рисунок 6 - Смертность от БСК взрослых (18 лет и старше) по регионам РК (2000-2009 гг.) на 100 тыс. населения

Заболеваемость АГ выше в Западном и Южном регионах (Рис. 7).

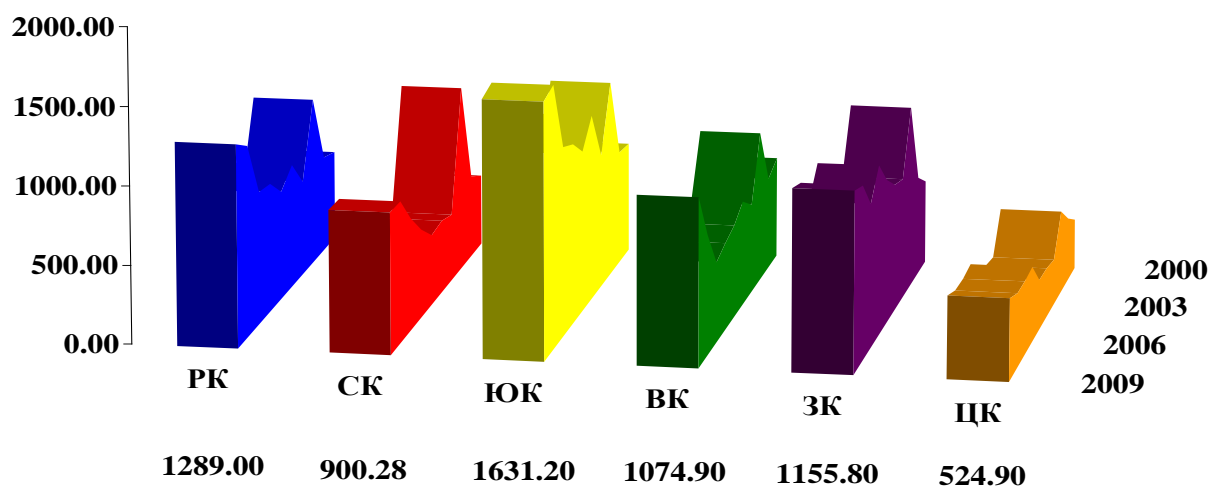


Рисунок 7 - Заболеваемость АГ взрослых (18 лет и старше) по регионам РК (2000-2009 гг.) на 100 тыс. населения

Самым неблагоприятным по сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) остаётся Северный регион. Об этом свидетельствуют и данные официальной статистики [1], и результаты проведённых нами исследований по Северо-Казахстанской, Акмолинской и Костанайской областям. По данным МЗ РК, ССЗ за последние 10 лет (1999-2008гг) возросла в Акмолинской области на 76,5%, Костанайской - 42,8%, Северо-Казахстанской - 144,8%. Среди обследованных нами 1483 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями указанных областей, ИБС имела место соответственно у 35,8%, 35,6% и 43,3% (Рис. 8).



Рисунок 8 - Распространенность АГ и ИБС в структуре сердечно-сосудистых заболеваний в Северном регионе Казахстана

В среднем, в северном регионе распространённость ИБС составила 38,2%, у мужчин 54,0% и 18,3% у женщин; заболеваемость ОИМ в среднем –21,9%, смертность–18,1% (Рис.9), что превышает среднереспубликанские показатели.

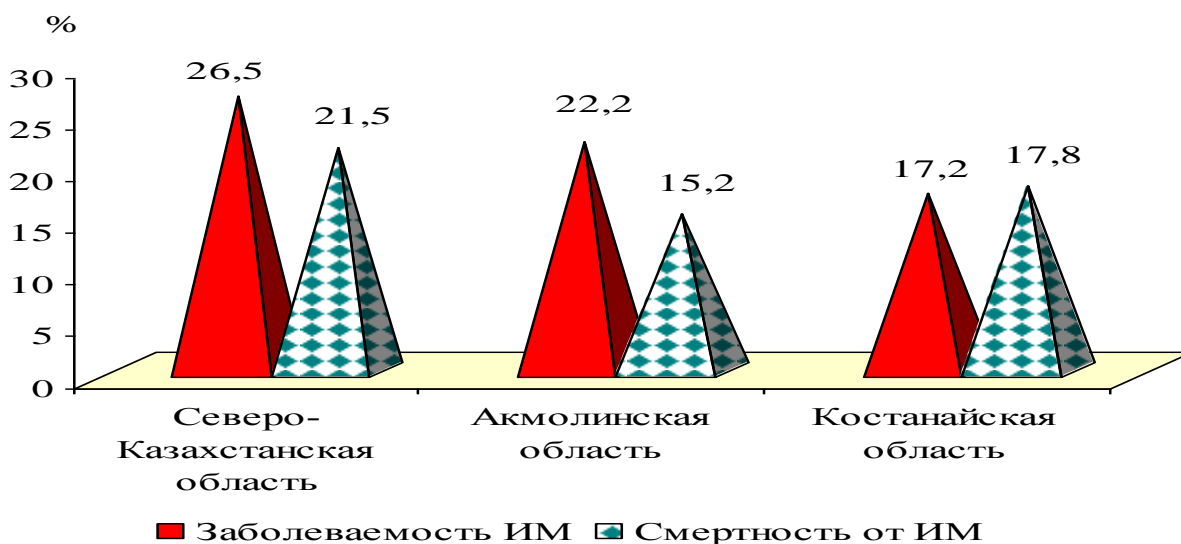


Рисунок 9 - Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда среди больных ССЗ в Северном регионе Казахстана

У 91,5% больных ИБС выявлены гемодинамически значимые поражения коронарных артерий. Установлена чёткая зависимость (более выраженная при сочетании ИБС с АГ и сахарным диабетом) тяжести и распространённости мультифокального атеросклероза от степени выраженности дислипидемий.

Выводы. Таким образом, несмотря на тенденцию к снижению смертности от БСК за последние два года, эпидемиологическая ситуация по сердечно-сосудистым заболеваниям в РК неблагоприятная, особенно в Северном, Восточном и Центральном регионах. При планировании и проведении лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий необходимо учитывать эти особенности распространения и течения сердечно - сосудистых заболеваний по регионам страны.

Литература

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2000 - 2009 гг. //Статистический сборник МЗ РК.- Астана-Алматы, 2000 - 2010гг.

2. Проблемы и пути совершенствования специализированной кардиологической помощи населению Республики Казахстан. – Алматы, 2007 – 246 с.
3. Бекбосынова М.С., Пя Ю.В., Сейсембеков Т.З., С.А.Андосова, А.Ж.Канапина. «Опыт организации реабилитационных мероприятий больным ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда» // Профилактическая кардиология, 2010, том 13, № 5, с.51
4. «Диагностика и лечение стабильной стенокардии»// Российские рекомендации, М.-2008 – 63 с.
5. Казахская советская энциклопедия.//Энциклопедический справочник - Алма-Ата, 1981 -704 с.

Түйін

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖҮРЕК ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ТУРАЛЫ

Т.З. Сейсембеков, Н.К.Нұрғалиева, Б.К. Ыскакова, А.Ж.Шарбақов, З.З. Кенжина

Соңғы екі жылдағы қан айналу жүйесінің ауырлары себептерінен болған өлімдерінің саны төмендегеніне қарамастан, Қазақстандағы жүрек тамырлар ауырларының эпидемиологиялық жағдайы нашар, әсіресе Солтүстік, Шығыс және Орталық өңірлерінде.

Summary

BY EPIDEMIOLOGY OF CORONARY HEART DISEASE AND HYPERTENSION IN KAZAKHSTAN

T.Z. Seisembekov, N.K.Nurgaliyeva, B.K.Iskakova, A.G.Sharbakov, Z.Z. Kengina

Despite the downward trend in mortality from cardiovascular diseases over the past two years, the epidemiological situation of cardiovascular diseases in Kazakhstan dysfunctional, especially in the Northern, Eastern and Central regions.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.П. Терешкевич

Институт общественного здравоохранения АО «МУА», г. Астана

Введение. Демографические процессы являются базисными и системообразующими показателями социального развития в современном мире [1]. Для человеческого общества, как и для иных биологических сообществ, наиболее важными характеристиками, отражающими стабильность и устойчивость во взаимодействии организма и среды его обитания, являются такие параметры, как выживаемость, фертильность, продолжительность жизни. Демографические характеристики существенно зависят от влияния факторов окружающей среды на организм человека, и вместе с тем демографическая структура и сама оказывает воздействие на общепопуляционные параметры адаптации [2,3,4].

Современная гигиеническая наука уделяет значительное внимание особенностям воздействия факторов окружающей среды на отдельные демографические характеристики. Особый научный интерес вызывает изучение показателей смертности в регионах с экологическими проблемами.

Материал и методы. По общепринятым методам санитарной статистики [5] вычислены экстенсивные, грубые, возрастные, выравненные и стандартизованные показатели. При стандартизации (прямым методом) использовано мировое, европейское и африканское стандартное население. Тренды заболеваемости определены методом наименьших квадратов. Определены средние значения (М), средняя ошибка (m), 95% доверительные интервалы (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли ($T_{\text{пр/уб}}$, %).

Использованы данные Агентства Республики Казахстан по статистике о численности и смертности всего населения Кызылординской области [6,7]. Изучаемый период составил 7 лет (1999-2007 гг.).

Результаты и обсуждение. В Кызылординской области за исследуемый период зарегистрировано 41 061 случаев смерти среди населения. Распределение умерших по возрасту показало, что высокий удельный вес выявлен в возрасте 70-79 лет – 19,8% (рис1).

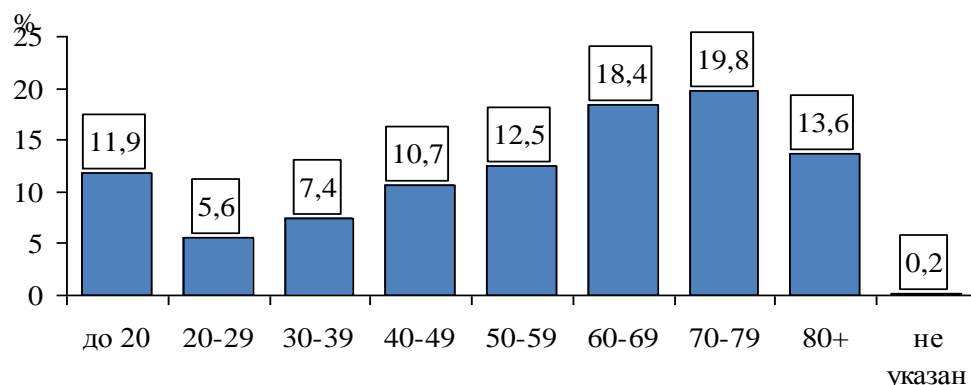


Рисунок 1 - Удельный вес смертности населения Кызылординской области по возрастным группам за 1999-2007 гг.

Средний возраст умерших составил $55,5 \pm 0,2$ года (95% ДИ=55,1-55,9 лет). В динамике средний возраст умерших имел тенденцию к росту с $55,0 \pm 0,4$ лет (2003 г.) до $55,8 \pm 0,4$ лет в 2007 году. При выравнивании наблюдалась незначительная тенденция к росту ($T_{пр} = +0,1\%$).

Среднегодовой грубый показатель смертности в Кызылординской области составил $7,5 \pm 0,1\%$ (95% ДИ=7,4-7,7‰). В динамике показатели имели тенденцию к росту $7,5 \pm 0,1\%$ (1999г.) до $7,7 \pm 0,1\%$ (2007г.), а при выравнивании ситуация аналогична ($T_{пр} = +0,4\%$) (рис. 2).

С целью исключения возможного влияния возрастного состава всего населения на частоту смертности в Кызылординской области, нами произведено элиминирование его с различными стандартами населения. Полученные стандартизованные показатели заболеваемости были неоднородными и их 95% ДИ во всех случаях не накладывались друга на друга (рис. 3), т.е. различия статистически значимыми ($p < 0,05$).



Рисунок 2 - Динамика грубого показателя смертности в Кызылординской области за 1999-2007 гг.

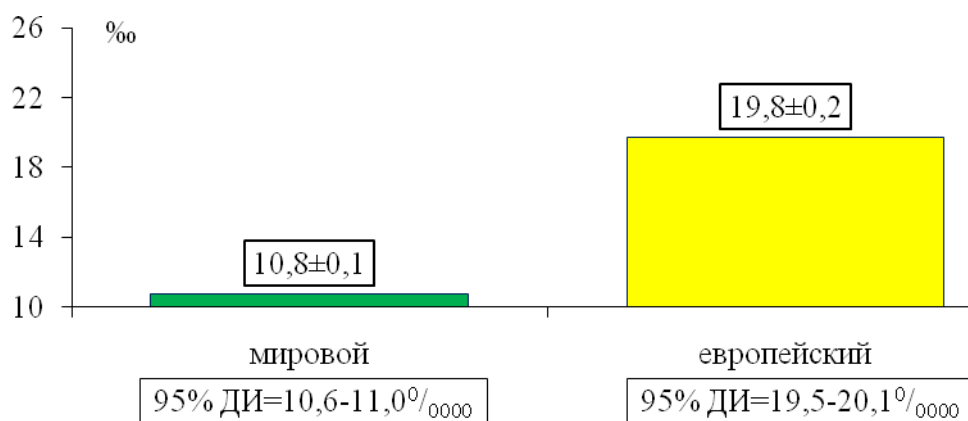


Рисунок 3 - Среднегодовые стандартизованные показатели смертности в Кызылординской области за 1999-2007 гг.

Анализ возрастных показателей смертности в Кызылординской области выявил унимодальный рост с пиком в возрасте 60-69 лет. При анализе 95% ДИ возрастных показателей смертности установлено, что показатели до 60 лет не накладывались друг на друга, т.е. различия статистически значимыми ($p < 0,05$) (таблица).

Таблица - Среднегодовые возрастные показатели смертности в Кызылординской области за 1999-2007 годы

Возрастная группа	Смертность, ‰		Тренд, %
	M±m	95% ДИ	
до 20 лет	2,03±0,05	1,9-2,1	-0,2
20-29 лет	2,4±0,1	2,3-2,6	-2,3
30-39 лет	4,0±0,1	3,7-4,2	+0,9
40-49 лет	7,1±0,2	6,8-7,4	+0,7
50-59 лет	14,4±0,2	13,9-14,9	-0,6
60-69 лет	32,6±0,4	31,8-33,5	-0,6
70-79 лет	77,7±0,8	76,1-79,4	+0,2
80 лет и старше	197,3±3,2	191,1-203,5	+0,4

Исходя из таблицы, тренды возрастных показателей смертности имели различную тенденцию. При этом наиболее высокий темп убыли отмечен в возрастной группе 20-29 лет ($T_{уб} = -2,3\%$), а прирост выраженным в 30-39 лет ($T_{пр} = +0,9\%$).

Выводы: установлено, что в последние годы показатели смертности в Кызылординской области увеличивается. Средний возраст умерших имел тенденцию к «старению». В динамике грубый показатель смертности увеличивается ($T_{пр} = +0,1\%$). Возрастные показатели смертности отмечены наибольшими в возрасте 80 лет и старше (197,3±3,2‰). В динамике возрастные показатели имели различную тенденцию. Стандартизованные показатели смертности статистически значимо отличались друг от друга и в динамике также увеличивались. Дальнейшее углубленное целенаправленное эпидемиологическое исследование смертности в Кызылординской области с учетом влияния экологических факторов будет приоритетом наших перспективных исследований.

Литература:

1. Валентей Д.И., Кваша А.Я. Основы демографии. М.: Мысль, 1989. – 286 с.

2. Агаджанян Н.А., Бяхов М.Ю., Шендеров Б.А. Экологические проблемы эпидемиологии / Под ред. академика РАМН Н.А. Агаджаняна. М.: Просветитель. – 2003. – 240 с.
3. Агаджанян Н.А., Медведев М.А., Ротов А.В. и др. Адаптационные характеристики и резервы здоровья человека. – Томск, 2005. – 284 с.
4. Клементьев А.А. Разработка и исследование проблемно-ориентированного комплекса математических моделей объектов управления в системе охраны здоровья населения / Дис... д.т.н. – Москва, 1990. – 259 с.
5. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.
6. Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2007. – 392 с.
7. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.

Түйін

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ ХАЛЫҚТЫҢ ӨЛІМ СЕБЕПТЕРІН ТАЛДАУ

Д.П. Терешкевич

Қызылорда облысындағы өлім-жітім көрсеткіші $7,5 \pm 0,1\%$, тең болды, ал оның стандартты (әлемдік стандарт) көрсеткіші $10,8 \pm 0,1\%$ құраған. Өлім-жітім көрсеткішінің ең жоғарғы шыңы 80 жас және одан асқан жас арасында $-197,3 \pm 3,2\%$ өжеткен. Осы өлім-жітім көрсеткіштерінің динамикасын түзегенде, олардың бағыты жоғарылаған ($T_{np} = +0,4\%$), ал әрбір жас топтарындағы өлім-жітім көрсеткішінің бағыты (трендісі) бірдей болмаған.

Түбір сөздер: өлім-жітім, стандартты көрсеткіштер, бағыттар (тренділер).

Summary

ANALYSIS OF MORTALITY OF THE POPULATION OF KYZYLORDA REGION

D.P. Tereshkevich

Found that the crude rate of mortality among population of Kyzylorda oblast was $7,5 \pm 0,1\%$, and standardized (world standard) rate was $10,8 \pm 0,1\%$. The peak age mortality are related to age 80 years and older – $5.16 \pm 0.1\%$. Leveled mortality rates tended to increase ($T_{np} = +0,4\%$), and age trends of indicators have been different.

Key words: mortality, standardized rate, trend.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ



ИММУНОТИПИРОВАНИЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ БЕЛКОВ

Г.Г. Атабаева

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Введение. Миеломная болезнь (МБ) - заболевание системы крови, относящееся к парапротеинемическим лейкозам. Своевременная диагностика МБ, от которой зависят тактика и исход лечения, в большинстве случаев затруднительна [1,2]. До настоящего времени лабораторная диагностика проводилась только путем определения белковых фракций, что не являлось полным исследованием. Современный метод, позволяющий диагностировать МБ - электрофорез белков.

Цель исследования. Оценить информативность теста иммунотипирования моноклональных белков.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет, преобладали мужчины. 7 пациентов с диагнозом: Миеломная болезнь, но до настоящего времени иммунотипирование белков им не проводилось. Остальные 8 человек обследовались с подозрением на МБ по поводу различной патологии. Отмечались основные клинические признаки, как боли в костях, слабость, при этом 5-и пациентам в течение года и более не могли установить диагноз. Три пациента обследованы без направления врача, и у них выявлена гиперпротеинемия, что, наряду с клиникой, явилось показанием к дальнейшему обследованию.

Имунотипирование белковых фракций (определение моноклональных белков) проводилось на анализаторе Minicap Sebia. Система капиллярного электрофореза Minicap

разработана для проведения полной автоматизации этого теста с быстрым разделением и хорошей разрешающей способностью [3]. Для иммунотипирования связь профилей наблюдалась при введении смешанных образцов с ELP раствором, что дало полный элетрофоретический профиль образца белков. Профили антисыворотки получались с 5-ю следующими анализами, посредством введения в капилляры предварительно разведенных образцов смешанных с антисывороткой против IgG, IgA и IgM, каппа и лямда (свободных и связанных) легких цепей. Электрофореграммы оценивались визуально для определения присутствия специфических реакций с подозрительными моноклональными белками.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что у 30,0% обследованных больных, тест позволил подтвердить диагноз МБ обнаружением тяжелых и легких цепей в крови (таких как IgG, каппа). У 13,3% больных с клиническим диагнозом МБ получены сомнительные результаты теста в связи с тем, что они находились на химиотерапии, и в это время миеломные клетки продуцировали минимальное количество моноклональных белков. У 13,3% пациентов установлено, что миеломные клетки продуцировали только легкие цепи, что позволило сделать заключение о наличии болезни легких цепей или миеломе Бенс-Джонса. У остальных пациентов результаты обследования позволили исключить МБ, однако им были верифицированы другие заболевания.

Выводы. Установлено, что тест иммунотипирования моноклональных белков является важным диагностическим маркером миеломной болезни, весьма информативен и помогает клиницисту своевременно поставить точный диагноз и подобрать адекватное лечение.

Литература

1 Новак В.Л. Гематология в Украине. Проблемы, пути решения. 2004.- С. 36-39

2 Матлан В.Л. Миеломная болезнь. Сб. Трудов Львов. национального медицинского университета им. Данила Галицкого. 2007.-178 стр.

3 www. medprofy.ru

Түйін

МОНОКЛОНАЛДЫ НӘРУЫЗДАРДЫҢ ИММУНОТИПТІЛІГІ

Г.Г. Атабаева

Бұл жұмыс миелом ауруына байланысты, өз уақытындағы клиникалық-зертханалық нақтамалау өте қиынға соғады, сондықтан емдеу кешігіп басталады. Моноклональды нәруыздардың ақпараттық заманауи байқауы жүргізілді. Байқау әдісі хабарлаушы ретінде миелом ауруын нақтамалауда маңызды маркер екенін көрсетті, клиницистке дер кезінде нақтама қоюға көмектеседі және тиісті ем жасауға қолайлы.

Summary

IMMUNOTYPING OF THE MONOCLONAL PROTEINS

G.G. Atabaeva

Work are dedicated to the myeloma disease, whose timely clinical laboratory diagnostics in the majority of the cases is difficult, and treatment, as a rule, is late. The evaluation of the informativeness of the contemporary test of immunotyping of monoclonal proteins is carried out. It is shown that the approved method is the important diagnostic marker of myeloma disease, it is completely informative and helps clinician to in proper time place diagnosis and to select adequate treatment.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СИНУФОРТЕ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ

*Н.В. Иванникова
ТОО «Дом Здоровья», г. Астана*

Введение. Острый и хронический синусит являются одними из самых частых заболеваний лор органов. По данным литературы, 5-15% взрослого населения страдает той или иной формой синусита [1]. В ТОО «Дом Здоровья» воспалительные заболевания околоносовых пазух носа (ОНП) составили в 16,6% случаев. Отмечается тенденция к возрастанию числа больных страдающих данной патологией.

Несмотря на огромное количество консервативных и хирургических методов лечения, острый синусит нередко переходит в хроническую форму и часто приводит к развитию хронического бронхита, пневмонии или бронхиальной астмы.

Рост числа заболеваемости широко распространенной данной патологии связан с ухудшением экологии, снижением состояния иммунитета и увеличением числа острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Согласно данным ВОЗ, каждый третий житель планеты ежегодно болеет ОРВИ. Острый синусит является наиболее частым осложнением ОРВИ и с одинаковой частотой в 5-10% встречается во всех возрастных группах [2]. Это происходит вследствие отека слизистой оболочки полости носа, в том числе в остиомеатальном комплексе, который представляет собой сложную систему очень узких пространств, куда открываются ОНП. В пазухах нарушается вентиляция, снижается парциальное давление кислорода, давление в пазухе становится ниже атмосферного, усиливается трансудация, а эвакуация слизи нарушается в связи с угнетением мукоцилиарного клиренса. На этом фоне возникает вторичная бактериальная инвазия. Микробная флора начинает активно размножаться и процесс из асептического переходит в септический гнойный, и в клинической картине начинает доминировать симптомы инфекционного воспаления пазухи.

Патогенетическое лечение гнойного синусита направлено на восстановление вентиляции и дренирование ОНП, разжижение скопившихся выделений и удаление из полостей. Обеспечение хорошего дренажа пораженной пазухи – основное условие успешной терапии воспалительных процессов замкнутых полостей. Этим требованиям соответствует спрей – синуфорте назальный секретостимулятор, секретолитик с выраженным дренажным и противоотечным действием. Препарат вызывает рефлекторную гиперсекрецию в ОНП и полости носа, обеспечивая полную эвакуацию патологического содержимого из всех пазух. Противоотечное действие не имеет сосудосуживающего компонента, что отличает его от деконгестантов [2,4,5].

Целью исследования явилось оценить эффективность препарата «Синуфорте» в режиме монотерапии и изучение влияния препарата на мукоцилиарный клиренс слизистой оболочки полости носа.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 68 пациентами, из них 28 составили контрольную группу, получавшую стандартную терапию: антибиотики, деконгестанты, пункции верхнечелюстных пазух носа и т.д. В основной группе 40 пациентов проводилась монотерапия синуфорте. В исследование включены пациенты с диагнозами - острый или обострение хронического синусита.

Результаты и обсуждение. В основной группе положительная динамика таких симптомов, как заложенность носа и болезненность в области проекции ОНП была достигнута на 4-ый день лечения.

В контрольной группе эти симптомы сохраняются на 5-7 день (рисунок 1).

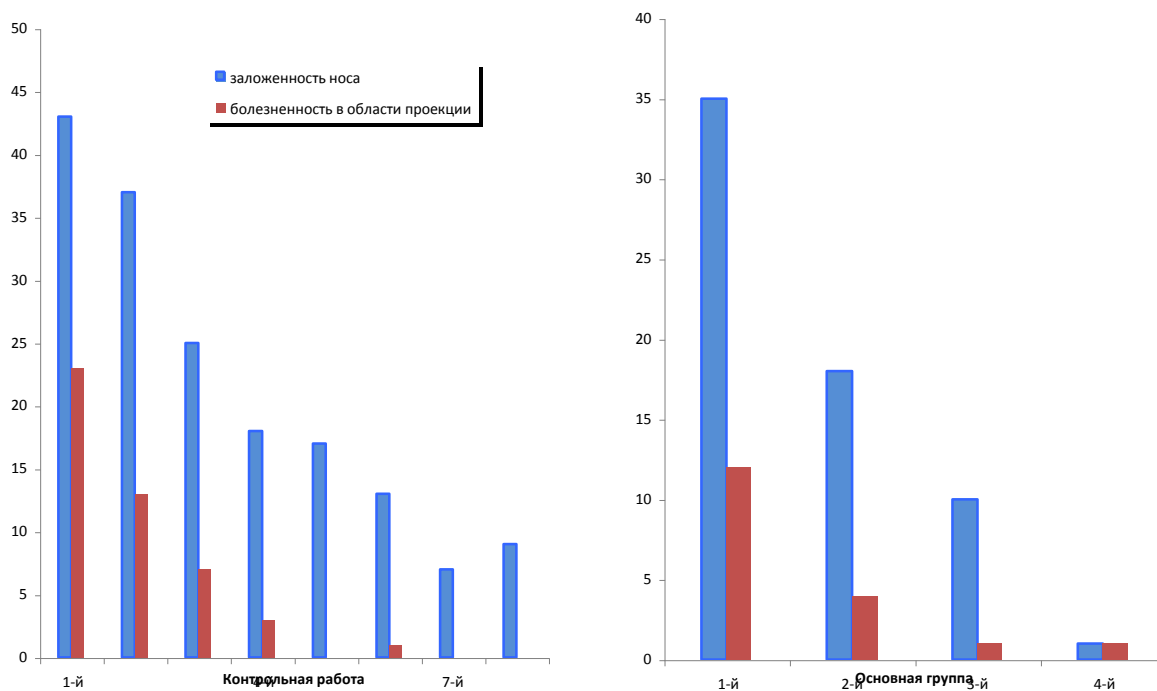


Рисунок 1 - Динамика клинических симптомов по данным анамнеза в контрольной и основной группах

В контрольной группе больные отмечали значительное уменьшение гнойного отделяемого к 5-му визиту к врачу, но слизисто-гнойные массы выделялись из носа до 7-го визита включительно, а слизистые - до 8-го дня лечения, тогда как в основной группе к 4-му визиту сохранилось лишь слизистое отделяемое (рис. 2).

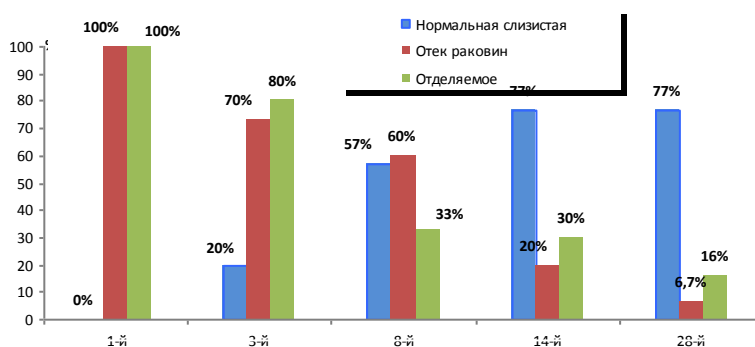


Рисунок 2 - Динамика выделений из полости носа в основной группе по данным анамнеза

Сравнивая данные эндоскопического обследования полости носа, необходимо отметить более выраженную положительную динамику симптомов в основной группе больных, в том числе и уменьшение отека в зоне остиомеатального комплекса (рис.3).

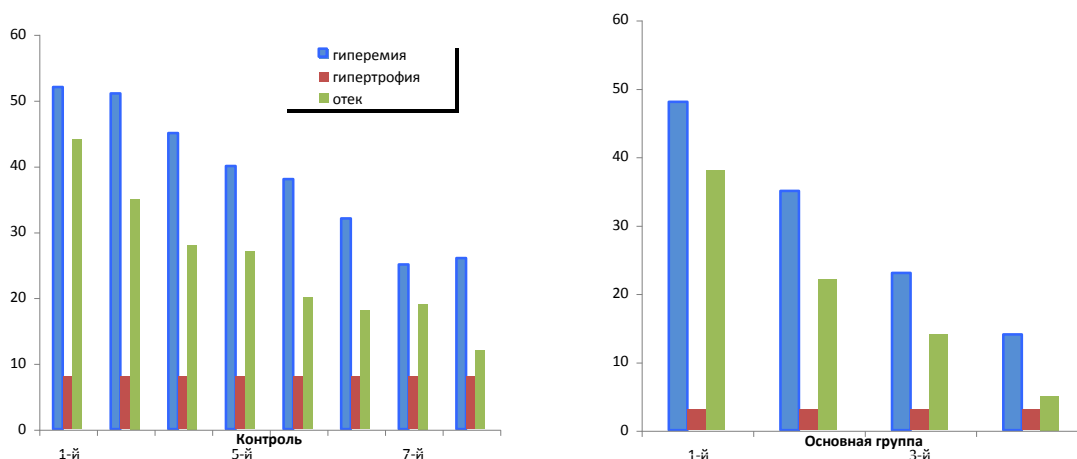


Рисунок 3 - Данные объективного исследования полости носа

В основной группе имеет место ускорения биения ресничек слизистой оболочки полости носа, что свидетельствовало о влиянии синуфорте на двигательную активность реснитчатого эпителия.

Выводы: Проведенное наблюдение свидетельствует о положительной клинической эффективности препарата синуфорте в терапии острого и хронического экссудативного синусита в стадии обострения. Препарат также активно улучшает мукоцилиарный клиренс полости носа и ОНП, тем самым ускоряет завершение воспалительного процесса.

Литература:

- 1 Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.А. //Параназальные синуситы. М.1982; 164.
- 2 Статистический сборник МЗ РК, Алматы, 2003г.
- 3 Бешапачный С.Б. Ринология. Киев 2004; 3: 63-67
- 4 Гедеванишвили М.Д. Ринология, киев 2002; 2: 28-29
- 5 Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захарович Г.П. //Принципы этиопатогенетической терапии синуситов. Методические рекомендации. Санкт-Петербург 2006.

Түйін

ЖІТІ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ СИНУСИТТЕРДІ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА «СИНУФОРТЕ» ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Н.В. Иванникова

Жүргізілген зерттеулер терапиядағы синуфортенің өткір және хроникалық экссудативтік синуситінің оң клиникалық нәтиже беретінін көрсетті. Препарат мұрын қбыршағының және ОНП мукоцилиарлы клиренсын бесенді түрде жақсартады, сонымен оның өршу процесінің тежелуін тездетеді.

Summary

THE EXPERIENCE OF APPLYING «SINUFORTE» IN TREATMENT OF ACUTE AND CHRONIC SINUSITIS

N.V. Ivannikova

Проведенное наблюдение свидетельствует о положительной клинической эффективности синуфорте в терапии острого и хронического экссудативного синусита в стадии обострения. Препарат также активно улучшает мукоцилиарный клиренс полости носа и ОНП, тем самым ускоряет завершение воспалительного процесса.

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ – ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫН ТУЫНДАТАТЫН ФАКТОР

Г.А. Қалибекова

Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасының Емханасы, Астана қ.

Кіріспе: Қазіргі таңда гиперхолестеринемия атеросклероз бен жүрек ишемиялық ауруын тудыратын негізгі факторлардың бірі болып табылады [2,6]. Әр ел тұрғындарының арасында осы көрсеткішке жүргізілген зерттеулер барысында қан құрамындағы холестериннің орташа концентрациясы мен коронарлы тамырлардың жетіспеушілігінен қайтыс болғандардың арасы өзара тығыз байланыста екені анықталды. Осы тәуелділік әртүрлі тұрғындар жиынтығында кездесетіндігін алдыңғы қатарлы эпидемиологиялық зерттеулердің бірі – Фремингемскпен дәлелденген [1]. Оның соңғы 5 жылдық зерттеулері көрсеткендей ер және әйел адамдардың ЖИА даму қаупі жалпы холестерин деңгейінің 5,2-ден 6,5 ммоль/л-ге дейін жасқа байланысты 3-5 есе өскені болып саналады. Британ елінің аумақтық зерттеулерінде 40-пен 59 жас аралығындағы ЖИА-мен сырқаттанатын ер адамдар 25%-ды құрайды, бұл аурудың қауіптілігі қан сары суының құрамындағы холестериннің жалпы деңгейімен тікелей байланысты [2]. MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) тексерулер нәтижесі холестерин деңгейі мен ЖИА-дан қайтыс болғандардың арасында нақты байланыс бар екендігін көрсете білді [7]. 20 жастағы адамдарда егер де холестерин деңгейі өсетін болса онда ол адамдардың жүрегінде міндетті түрде коронарлы тамырлардың жетіспеушілігі пайда болады деген де деректер бар [3].

Атеросклероздың холестериндік теориясына жүргізілген жақын арадағы зерттеу нәтижелерінің барысында липид деңгейін төмен түсіретін дәрілерді қабылдағанның өзінде коронарлы тамырлардағы атеросклероздың дамуы мен оның клиникалық көріністерінің қайта пайда болғандығы анықталды [4,5,6,7].

Зерттеудің жұмысының мақсаты: қан сарысуының құрамындағы холестерин деңгейін анықтау арқылы жүрек ишемиялық ауруының кездесу жиілігін айқындау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеу жұмысы 20 мен 65 жас аралығындағы мемлекеттік қызметкерлерге жүргізілді, сол мақсатта 112 адам тексерілуден өткізілді. Жалпы холестерин деңгейін анықтау энзимколориметриялық әдіспен жүргізілді. Европалық ұсыныстарға сәйкес жалпы холестерин деңгейі қалыпты жағдайда 5,2 ммоль/л-ге дейін болу керек, 5,2-ден 6,5 ммоль/л-ге дейін – жеңіл гиперхолестеринемия (ЖГХС), 6,5-тен 7,8 ммоль/л-ге дейін – орташа гиперхолестеринемия (ОГХС), ал 7,8 ммоль/л және одан жоғары болса – ауыр гиперхолестеринемия (АГХС).

Зерттеу нәтижелері: Мемлекеттік қызметкерлерге жүргізген зерттеулер барысында 1-ші кестеде көрсетілгендей тексерілгендердің 73-інде холестерин деңгейі қалыпты болып шықты (ХС орташа деңгейі $4,0 \pm 1,2$ ммоль/л тең). 27 адамның қан құрамындағы холестериннің орташа деңгейі $5,5 \pm 1,5$ ммоль/л-ден жоғары екендігі анықталды, 12 адамның қан құрамындағы ХС деңгейі $7,0 \pm 2,2$ ммоль/л-ден асқаны байқалды.

1-ші кесте – Тексерілген адамдардағы холестерин деңгейінің көрсеткіші

	Қалыпты көрсеткіш	Орташа деңгейлі көрсеткіш	Жоғары деңгейлі көрсеткіш
Тексерілген адамдар саны	73	27	12
ХС	$4,0 \pm 1,2$ ммоль/л	$5,5 \pm 1,5$ ммоль/л	$7,0 \pm 2,2$ ммоль/л

Холестеринге тексерілген қызметкерлердің жасы мен қан сарысуының құрамындағы холестериннің деңгейі бір-біріне тәуелді, яғни адам жасы ұлғайған сайын қанның құрамындағы холестерин деңгейі де жоғарылайды. Холестерин деңгейінің өсуі адам жасына тәуелді екендігі жайында келесі мәліметтер алында (2-ші кесте мен сурет):

20-мен 29 жас аралығындағы топтың 71,4% -да қан сарысуының құрамындағы холестерин деңгейі орташа есеппен $4,0 \pm 1,2$ ммоль/л тең болды, ал қалған топтың (28,5%) қанының құрамындағы холестерин деңгейінің көрсеткіші $5,5 \pm 1,5$ ммоль/л болды. Бұл топта қан құрамындағы холестерин деңгейінің көрсеткіші бойынша орташа және ауыр гиперхолестеринемия тіркелген жоқ; 30-бен 39 жас аралығындағы тексерілуге келгендердің 85,0%-да холестерин деңгейінің көрсеткіші қалыпты деңгейді құрады; 10,0%- да орташа гиперхолестеринемияны, ал 5,0%-да жоғары гиперхолестеринемияны көрсетті. 40-пен 49 жас аралығында холестеринге тексерілгендердің 58,6%-да ХС деңгейі қалыпты болып шықты, ал 27,5%-да орташа гиперхолестеринемия, 13,7%-да жоғары гиперхолестеринемия байқалды. 50 мен 59 жас аралығындағы қаралушылардың 50,0%-ының қан құрамындағы холестерин деңгейі қалыпты, ал 32,1%-да орташа гиперхолестеринемия, 17,8%-да жоғары гиперхолестеринемия тіркелді. 60 жастан асқан қаралушылардың қан құрамындағы холестерин деңгейінің қалыпты мөлшерде болғаны 71,4% құрады, ал 14,2%-да орташа ГХС, 14,2%-да жоғары ГХС тіркелді.

2-ші кесте- Қан құрамындағы холестерин деңгейінің жасқа байланысты өзгерісі (112 ересек адам)

Жас аралық көрсеткіш/ХС	Барлығы	Қалыпты көрсеткіш	Орташа деңгейлі көрсеткіш	Жоғары деңгейлі көрсеткіш
ХС		$4,0 \pm 1,2$ ммоль/л	$5,5 \pm 1,5$ ммоль/л	$7,0 \pm 2,2$ ммоль/л
20-29	21	71,4%	28,5%	-
30-39	20	85,0%	10,0%	5,0%
40-49	29	58,6%	27,5%	13,7%
50-59	28	50,0%	32,1%	17,8%
60 <	14	71,4%	14,2%	14,2%

Қорыта келсек, қазіргі таңда гиперхолестеринемия атеросклероздың дамуына әкеп соқтыратын негізгі факторлардың бірі. Атеросклероздық өзгерістердің түзілуі қан құрамындағы липидтердің әртүрлі фракциялары мен субфракцияларының арасындағы қатынастардың бұзылуынан пайда болады [1,7]. Дегенмен, қан сарысуындағы холестериннің деңгейінің жасқа қатынасы бойынша толқын тәрізді өзгеріп отыратындығы анықталды, бізде қабылдауда болған адамдардың барлығында дерлік холестерин деңгейінің тұрақты еместігі айқындалды. Сондықтан тәжірибеде қан құрамындағы холестерин деңгейін уақытылы байқап дер кезінде алдын алу іс-шараларын жүргізіп отырған жағдайда ғана атеросклероздың профилактикасы жүргізілген болар еді. Дегенмен, гиперхолестеринемиясы бар адамдарды емдәммен емдеумен қатар, оларға гиполлипидемиялық препараттарды үнемі, кей жағдайларда өмір бойы қолдануды қажет етеді, сонда ғана гиперхолестеринемия салдарынан туындайтын ауруларды жеңуге болады.

Сондықтан зерттеу нәтижелерінің барысында келесі көрсеткіштер анықталды:

- 1) ЖҚА тудыратын факторлар – мемлекеттік қызметкерлердің арасында да кеңінен тараған деп айтуға болады;
- 2) Тексерілген қызметкерлердің 34,8%-да гиперхолестеринемия анықталды;
- 3) ЖҚА қауіптілігін тудыратын гиперхолестеринемия сияқты негізгі факторлардың біріне түзету жасау қажет.

Қолданылған әдебиеттер

1 Dawber T.R. Incidence of coronary heart disease, stroke and peripheral arterial disease in the Framingham Study: the Epidemiology of Atherosclerotic Disease. // Cambridge, M. A., Harvard University Press, 1980. — P. 59—75.
 2 Shaper A. G. Risk factors for ischemic heart disease: The prospective phase of the British regional Heart Study // J. Epidemiology and Community Health, 1985. — v. 39. — P. 197—209.

- 3 Pearson T. A. The prediction of midlife coronary heart and hypertension in young adults: the J. Hopkins multiple risk equations.// Am J. Prev. Med, 1990. — v. 6. — P. 23—28.
- 4 Gotto A. M. Contemporary Diagnosis and Management of Lipid Disorders. — 2001. — 236 p.
- 5 Лутай М. И. Профилактика і лікування ішемічної хвороби серця// Нова медицина, 2002. — № 3 — с. 30—35
- 6 Метелица В. И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М.: Бином, 2002. — С. 551—619.
- 7 Штайнберг Д., Готто А. Запобігання ішемічній хворобі серця шляхом зниження рівня холестерину. 50 років від лабораторії до ліжка хворого.// Лікарський вісник, 2002. — XLVII, ч. 1. — № 147. — С. 7—20.

РЕЗЮМЕ

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ – КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.А. Калибекова

Зерттеу жұмыстарынан мемлекеттік қызметкерлердің ішінде жүрек-буын ауруларымен ауру тәуелділігінің көп таралу факторы жасы 50-59 жастағы үлкен топтарға жататындығын көрсетті (49,9%). Гиперхолестеринемияның таралуы 34,8% құрайды. Холестерин деңгейінің қаралушы тұлғалардың жасына тәуелділігі анықталды.

Summary

HYPERCHOLESTEROLEMIA – AS A FACTOR OF RISK IN CARDIO – VASCULAR ILLNESSES

G.A. Kalibekova

Research showed, that the most highest prevalence of factors of risk in cardio – vascular illnesses among state employees there were age groups from 50 till 59 year (49.9%). Prevalence of hypercholesterolemia composes 34.8%. It was revealed dependence of level cholesterol from inspector's age.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСКУССТВЕННЫХ МЕТОДОВ ПЕРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О.В. Колядинова

ГККП «Городской родильный дом №1», г. Астана

Введение. Искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, которые могут оказывать неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье женщин [1-4]. В настоящее время, по данным ВОЗ, аборт является наиболее серьезной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин в большинстве стран мира [5-9]. Совершенствование способов искусственного прерывания нежелательной беременности, по мнению многих ведущих специалистов акушерско-гинекологического профиля, позволит снизить частоту хронических гнойно-воспалительных заболеваний половых органов, способствовать снижению частоты бесплодия, сократить частоту невынашивания, материнской и перинатальной патологии и, в конечном счете, снизить частоту материнской смертности [10-11].

В связи с вышесказанным для акушерско-гинекологической службы г. Астана является высоко актуальным внедрением наиболее эффективных и безопасных методов искусственного прерывания беременности, к числу которых, прежде всего, относится медикаментозный аборт и мануальная вакуум-аспирация.

В доступной литературе в настоящее время нет однозначного мнения о выборе методов прерывания беременности, определения доз применяемых препаратов и эффективности [12-15]. В связи с этим, **целью** настоящего сообщения явился анализ медикаментозных и хирургических методов прерывания беременности.

Материал и методы. Основными критериями для подбора пациенток к исследованию явились наличие маточной беременности, подтвержденной данными УЗИ, соответствие

размеров матки предполагаемому сроку беременности; определенный срок гестации. При этом исключались пациентки с острыми и подострыми воспалительными процессами женских половых органов, в т.ч. передаваемых половым путем; острым воспалительным заболеванием любой другой локализации; острым инфекционным заболеванием и с тяжелыми соматическими заболеваниями; пациентки с внематочной беременностью или подозрением на нее; беременность на фоне гормональной контрацепции; миома матки любых размеров; недостаточность надпочечников; длительная кортикостероидная терапия; нарушения свертывающей системы крови, анемия; декомпенсированная форма сахарного диабета; почечная и печеночная недостаточность; наличие рубца на матке после оперативных вмешательств; беременность на фоне внутриматочной контрацепции; беременность на фоне отмены гормональной контрацепции; аллергическая реакция на простагландины, включая мизопростол. Среди обследованных беременных женщин изучался общий и специальный (гинекологический) анамнез: перенесенные соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной функции, течение предшествующей беременности и родов. Проводились клинические исследования с определением массы тела женщин, уровень артериального давления, измерение окружности живота и высоты стояния дна матки. Верификацию срока беременности производили с помощью ультразвукового сканирования.

Результаты и обсуждение. В таблице представлены результаты сравнительного анализа частоты применения различных методов искусственного прерывания беременности за последние три года (2008-2010).

Таблица – Сравнительная характеристика частоты применения различных методов искусственного прерывания беременности за период 2008-2010 г.г.

Показатели работы	2008-й год	2009-й год	2010-й год
Прервали беременность	1776	1645	1391
Миниаборт	1458	1474	1328
Фарм.аборт	39	152	80
Направлены на миниаборт	297	164	60
Беременность прервана по мед.показаниям	2	1	1
Прерывание по социальным показаниям	19	6	2

Как видно из таблицы, возросла частота прерывания беременности методом вакуум-аспирации. Так, если в 2008-м году этот метод использовали только в 82% всех прерываний, то в 2009-м году – уже в 90%, а в 2010-м году – в 95,5% случаев. Кроме того, нарастает частота медикаментозных прерываний сочетанным применением мифепристона и мизопростола.

Частота осложнений остается минимальной, менее 0,9%, что также соответствует литературным данным лучших акушерско-гинекологических стационаров [1,4,7].

Помимо изучения сравнительной частоты применения различных методов искусственного прерывания беременности, нами изучена физиологическая пролиферация эндометрия. Исследования показали, что преимущества медикаментозного аборта и мануальной аспирации связаны, прежде всего, с высокой эффективностью обоих методов. Это позволяет избежать рисков, связанных с анестезией и с хирургическим вмешательством. При этом исключается риск повреждений внутренней стенки полости матки и ее шейки, снижается вероятность занесения инфекции и развития спаечного процесса.

Кроме того, медикаментозный аборт позволяет осуществить прерывание беременности на любых допустимых сроках, что в еще большей степени снижает риск развития осложнений.

В отдаленном периоде, по данным ультразвукового исследования при медикаментозном методе и при мануальной вакуум-аспирации установлена более физиологичная пролиферация эндометрия по сравнению с кюретажем.

Заключение. Таким образом, для снижения материнской смертности после абортов необходимо предоставить женщинам возможность выбирать наиболее безопасные методы прерывания беременности. До 12 недель беременности наиболее безопасным методом является мануальная аспирация и медикаментозный аборт, а после 12 недель – только медицинский аборт. Оба этих метода характеризуются минимальной травматичностью и относительно низкой частотой осложнений – менее 0,9%. Опыт внедрения медикаментозного аборта с применением современных фармакологических препаратов продемонстрировал отсутствие отрицательного влияния на репродуктивную функцию женщин.

Литература:

- 1 Семятов С.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков московского мегаполиса в современных социально-экономических условиях.- Автореферат дисс. ... доктора мед. наук.- Москва, 2009.- 54 с
- 2 Кухнинова Л.Н. Совершенствование системы планирования семьи по сохранению репродуктивного здоровья молодежной популяции.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Санкт-Петербург, 2008.- 22 с
- 3 Мельничук Т.А. Клинические аспекты искусственных методов прерывания беременности.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 2007.- 24 с
- 4 Кульбаева К.Ж., Баубекова А.Ш. Профилактика нарушений в репродуктивной системе с пубертата.//Валеология, г.Астана, 2009,№1. – С. 58-61.
- 5 Баубекова А.Ш. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков в экологически неблагоприятных регионах Республики Казахстан.//Валеология, г. Астана, 2009.- №1. – С. 126-132.
- 6 Можейко Л.Ф., Новикова Е.В. Клинические и социальные аспекты у девочек-подростков, прерывавших беременность в ранние и поздние сроки гестации //Репродуктивное здоровье в Белоруссии.- 2010.- №3.- С.48-53
- 7 Карабалин Н.С. Репродуктивное здоровье и совершенствование медико-социальной помощи девушкам-учащимся средних и высших учебных заведений на примере г.Алматы.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Алматы, 2007.- 32 с
- 8 Дармограй Н.В. Современные проблемы репродуктивного здоровья женщин //Мед сестра 2002; 5: 8—10
- 9 Локшин В.Н. Научное обоснование современных организационных форм улучшения репродуктивного здоровья женщин (на материале Республики Казахстан): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст-Петербург 2005.- 41с
- 10 Курбатова А.В., Егорова А.Т. Репродуктивное здоровье девочек-подростков //Сибирское медицинское обозрение 2009; 50: 9-13
- 11 Подольский В.В. Репродуктивное здоровье женщин — важнейшая проблема современности //Здоровье женщины 2003; 13:1: 100-103
- 12 Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: World Health Organization 2004
- 13 Каюпова Н.А. Проблемы нереализованного материнства //Репродуктивная медицина.- 2009; 1:01: 4-6
- 14 Мамедалиева Н.М., Бапаева Г.Б. Преждевременные роды. – Алматы, 345 с
- 15 Glasier A., Gulmezoglu A.M., Schmid G. et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death //Lancet 2006; 5: 13.

Түйін

ТҮСІК ТҮСІРУДІҢ ЖАСАНДЫ ӘДІСТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

О.В. Колядинова

Астана қ. №1 Қалалық перзентханада ұйымдастырылған жанұяны жоспарлау әдістеріне талдау жасалынды. Соңғы 3 жыл ішінде - 2008-2010 жылдары аборттың жаңа әдістерін пайдалану жағдайларының саны күрт өсті. Біз жанұяны жоспарлау бойынша сапалы қызметтерді пайдалану мүмкіндігі Астана қ. тұрғындарының репродуктивті денсаулығын сақтауда маңызы зор деген қорытындыға келдік.

Summary

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ARTIFICIAL ABORTION METHODS

O.V. Kolyadinova

We analyzed the experience of family planning service, that was organized in Astana Maternity Hospital N1, for the last 3 years – 2008-2010. The use of newly developed methods of abortion increased dramatically. We concluded that free access to good-quality family planning services is important in sparing the reproductive health of population in Astana.

**ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА МИОПИЮ В
МЛАДШЕМ И СРЕДНЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Т.М. Латышева

РГП «Больница УДП РК», г. Астана

Введение. Близорукость у детей младшего и среднего возраста значительно возросла в последние годы в связи с бурным внедрением в нашу жизнь и жизнь наших детей современных обучающих технологий [1]. Близорукость у детей — одно из самых распространенных заболеваний [2]. К возрасту 14-15 лет практически каждый третий ребенок уже страдает детской близорукостью [3].

Лидирующее место в структуре общей заболеваемости в детской популяции занимают острые респираторные инфекции, при этом удельный вес часто и длительно болеющих детей составляет от 1/7 до 1/2 от всего их численного состава [4]. Наибольшее число часто и длительно болеющих детей выявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте, составляя от 50 до 75% всех случаев ОРВИ [5].

У часто болеющих детей (ЧБД) отмечается полисистемный характер отклонений в состоянии здоровья. Значительно чаще выявляются хронические заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, патология органов дыхания и мочеполовой системы, аллергические заболевания. ЧБД склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям [6-8]. Сочетание частых эпизодов ОРВИ и миопической рефракции является одним из наименее изученных и дискуссионных вопросов современной педиатрии [1]. Поэтому, при лечении близорукости у детей необходим комплексный подход с учетом состояния общего здоровья, направленный на замедление ее прогрессирования и на улучшение кровоснабжения глазного яблока и внутриглазных структур.

Материал и методы: наблюдение пациентов в течение трех лет позволило заметить закономерность, характеризующуюся тем, что дети, часто болеющие, в частности, вирусно - бактериальными заболеваниями дыхательных путей, имеют более выраженный прогресс миопии и спазма аккомодации, чем дети, болеющие менее часто.

Обследованы 94 ребенка в возрасте от 6 до 13 лет. Наблюдение проводилось в течение 3-х лет. Помимо показателей общего состояния здоровья, обследованы зрительные функции (острота зрения, рефрактометрия, УЗИ глаз).

В результате наблюдения выделены две группы пациентов: 1 группа (51 человек) – в начале наблюдения пациенты данной группы имели слабую степень близорукости (в среднем 2,7Д), длительность заболеваний дыхательных путей в течение всего срока наблюдения составила в среднем 24 дня в год. Средний возраст в группе составил 9,6 года.

2 группа (43 человека) – пациенты данной группы имели слабую степень близорукости (в среднем 2,3 Д) и длительность заболеваний дыхательных путей в среднем составила 63 дня в год. Средний возраст в группе составил 9,9 года.

Состояние органов зрения всех пациентов не отягощено какой либо сопутствующей патологией глаз. Все пациенты, в зависимости от возраста, имели приблизительно равные

зрительные нагрузки в течение всего срока наблюдения и находились под контролем офтальмолога, получая специализированную помощь.

Результаты и обсуждение: Динамика состояния органов зрения и зрительных функций представлена в таблице 1.

Таблица 1- Динамика показателей визометрии, рефрактометрии и УЗИ глаз до начала и по окончании срока наблюдения

Показатель	Показатели в начале наблюдения			Показатели по окончании наблюдения		
	Острота зрения без коррекции	Рефракция (Д)	УЗИ (ПЗР –мм)	Острота зрения без коррекции	Рефракция (Д)	УЗИ (ПЗР-мм)
1 группа n=51	0,7+0,25	2,7+ 0,7	24,5+0,3	0,5+0,2 p>0,1	3,5+1,1 p>0,1	25,1+0,4 p>0,1
2 группа n=43	0,8+0,15	2,2+0,6	24,1+0,2	0,3+0,2*	4,6+1,0*	25,9+0,7*

Примечание* - достоверность различий с начальными показателями p<0,05

В представленной таблице видно, что в течение 3-х лет наблюдения выявлены тенденции по снижению зрения у детей в обеих группах. Однако в первой группе острота зрения снизилась на 28,6 % по сравнению с 62,5% второй группы, показатели рефракции выявили рост миопии в среднем на 29,6% в первой группе по сравнению с более чем 2-х кратным ростом миопии во второй группе. Увеличение передне-задней оси глазного яблока у пациентов второй группы также было более выраженным и показало увеличение на 7,5 % по сравнению с 2,2 % в первой группе. Все показатели до начала и по окончании срока наблюдения имели достоверную разницу во второй группе, в то время как в первой достоверных различий не наблюдалось.

При анализе структуры сопутствующей патологии у часто болеющих детей выявлена достаточно большая частота патологии органов зрения, достигающая в отдельных возрастных группах 15-20% и представленная преимущественно приобретенной близорукостью низкой величины. Эти показатели согласуются и с литературными данными по вопросу о частоте миопии у ЧДБ [1,7,8]. Среди эпизодически болеющих детей частота патологии органов зрения оказалась достоверно более низкой. Возможно, подобным изменением физических свойств глазного яблока, обусловленных, в частности, транзиторным формированием дисплазии соединительной ткани у часто болеющих детей, можно объяснить наибольшую частоту близорукости у часто болеющих детей младшего школьного возраста.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показали, что частые и длительные заболевания дыхательных путей у детей младшего и среднего возраста негативно влияющие на состояние общего здоровья и органов зрения в частности. Следовательно, данная категория больных нуждается в более углубленных реабилитационных мероприятиях, направленных, в частности, и на восстановление зрительных функций.

Литература:

- 1 Свирчевский И.В. Обоснование и эффективность новых технологий лечения часто болеющих детей с сопутствующей близорукостью и нарушениями аккомодации.- Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Москва, 2011.- 24 с
- 2 Обрубов С.А., Румянцев А.Г., Чиненов И.М. Близорукость, сочетающаяся с экстраокулярной патологией, как ассоциированное проявление синдрома соединительно-тканной дисплазии. // Российская педиатрическая офтальмология.- 2008.- №4.-С.25-29.

3 Демидова М.Ю., Обрубов С.А., Тумасян А.Р. Эффективность информационно-волновой технологии в лечении прогрессирующей близорукости у детей, ассоциированной с дисплазией соединительной ткани // Российская педиатрическая офтальмология. - 2009. - №2. - С. 34-37.

4 Rubaei D., Huyhn S.C., Kifley A. Correctable and non-correctable visual impairment in a population based sample of 12-year old children //Am. J. Ophthalmol.- 2006.- Vol.142.- N.1.-P. 112-118

5 Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Свирчевский И.В. Часто болеющий ребёнок. Клинико-экспериментальное и экономическое обоснование новых технологий профилактических и восстановительных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях. ГОУ ВПО РГМУ Росздрава 2008 г. 64 с.

6 Гаращенко М.В., Свирчевский И.В. Новые подходы к специфической и неспецифической профилактике и лечению ОРВИ. Сборник научных трудов конференции в рамках работы выставки «Здравоохранение 2008». ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. 2008г. С.3.

7 Обрубов С.А., Демидова М.Ю., Делягин В.М., Карпина Л.М., Свирчевский И.В., Беспалюк Ю.Г., Иванова А.О. Патология глаз при хронических воспалительных заболеваниях кишечника у детей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2008.- Т.53.- №4.- С.73-77.

8 Козлова С. Н., Савельева Е. В., Коробкина А. Г. Определение уровня цитокинов (IL4, IL8, IFN γ , TNF α) и sIgA в носоглоточных смывах и состояние местного иммунитета у детей с аденоидами // Российский иммунологический журнал.- Москва,- 2008.- Т2,- С. 113.

9 Коробкина А. Г. Савельева Е. В., Коробкина А. Г. Адаптивный иммунитет и содержание цитокинов в сыворотке крови детей раннего возраста с сочетанной ЛОР патологией, ассоциированной с оппортунистическими инфекциями // Российская оториноларингология «100 лет Российской оториноларингологии: достижения и перспективы».- Москва.- 2008.- №2.- С. 64-69.

Түйін

БАЛАЛАРДЫҢ КІШІ ЖӘНЕ ОРТА ЖАСЫНДАҒЫ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ МИОПИЯҒА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ

Т.М. Латышева

Зерттеу мақсаты кіші және орта балалар жасындағы тыныс алу жолдары ауруларының миопияның прогресіне әсерін зерттеу болып табылды. 3 жылдың ішінде миопиясы бар 3-15 жас аралығындағы 94 бала зерттелінді. Тыныс органдарының жиі кездесетін аурулары жиі ауратын балаларда миопияның тез дамуын анықтайтындығы дәлелденді.

Summary

THE INFLUENCE OF FREQUENT RESPIRATORY INFECTIONS ON MYOPIA PROGRESSION IN CHILDREN

T.M. Latisheva

The aim was to study the influence of frequent respiratory infections on myopia progression in children. We followed for 3 years 94 children aged 3-15 years with clinically diagnosed myopia. It was confirmed that frequent respiratory infections had negative effect on visual acuity in children.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

Р.А. Майданова

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Введение. В настоящее время отмечается прогрессивный рост числа больных сахарным диабетом (СД) и его осложнениями, в числе которых – диабетическая ретинопатия (ДР) [1]. В патогенезе развития ДР принимает участие большое количество факторов, среди которых существенная роль отводится эндотелину-1 (ЭТ-1) - мощнейшему вазоконстриктору, усиливающему продукцию цитокинов [2,3], инициирующих локальный воспалительный процесс. Также ЭТ-1 потенцирует синтез и секрецию различных факторов, которые могут провоцировать развитие ретинопатии. Гипоксия и локальная ишемия способствуют переходу проэндотелина в ЭТ-1. Сроки развития непролиферативной ДР варьируют в широких пределах: от нескольких месяцев с начала

СД до медленного прогрессирования в течение нескольких лет. В связи с этим, для ранней диагностики изменений на глазном дне, необходимо как можно раньше обследовать пациентов – до развития необратимых процессов.

Цель исследования: оценить информативность теста на содержание ЭТ-1.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных СД 2-го типа с ДР (1- группа) в возрасте от 50 до 72 лет, из них мужчин - 64%, женщин - 36%. Длительность заболевания СД составила от 1 года до 12 лет. Контрольную группу (2 - группа) составили больные СД с недиагностированной ДР. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, включавшее визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Уровень ЭТ-1 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и обсуждение. У всех обследованных пациентов 1 группы отмечалось повышение ЭТ-1 до 3-5 фмоль/мл (0,355-0,923). У 87,5% больных 2 группы выявлено повышение ЭТ-1, что коррелировало с клиникой (наличием ДР). У двух пациентов без явных клинических проявлений на глазном дне тест на Эндотелин -1 также оказался положительным, что явилось основанием для постановки диагноза ДР и своевременного назначения местного лечения.

Заключение. Таким образом, определение Эндотелина-1 в сыворотке крови у больных сахарным диабетом является важным дополнительным методом в постановке диагноза диабетической ретинопатии.

Литература

- 1 Цыбиков Н.Н. с соавт. Содержание эндотелина, нейронспецифической энолазы и аутоантител в сыворотке крови и слезной жидкости у больных сахарным диабетом 2 типа.//Вестник Офтальмологии, №4.- 2010.- С14-15.
- 2 Лысенко В.С. Современные представления о патогенезе препролиферативной диабетической ретинопатии// Вестник РАМН.-2003.-С.44-47.
- 3 Гомзаков О.А. Эндотелин в кардиологии: молекулярные, физиологические, и патологические аспекты// Кардиология-2001-Т.41,№2-С232-240.

Түйін

ДИАГНОСТИКАНЫ НАҚТЫЛАУДА ДИАБЕТТІК РЕТИНОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАР ҚАНЫНЫҢ САРСУЫНДАҒЫ ЭНДОТЕЛИНА-1-ДІ АНЫҚТАУ

Р.А.Майданова

Қазіргі уақытта қант диабетімен оның ішінде күрделісі - асқыну мерзімі кең тараған диабеттік ретинопатиямен ауыратындар көбейіп кетті. Ертерек нақтамалау үшін авторлар көз аумағының өзгеретінін Эндотелин-1-ді анықтауға байқау жасады. Қант диабетімен ауыратындарды ертерек нақтамалау үшін, диабеттік ретинопатияның асқынуына жол бермей осы байқауды қолданудың маңызды тәсіл екені жұмыс барысында көрсетілді.

Summary

DETERMINATION OF ENDOTELINA-1 IN THE BLOOD SERUM IN THE PATIENTS BY DIABETIC RETINOPATHY

R.A. Maydanova

Is at present noted the progressive growth of the patients with diabetes mellitus and by its complications, in number of which - diabetic retinopathy. For early diagnostics of changes on the eyeground, the authors used a test to the content of endotelina-1. In the work it is shown that the use of a test in the patients with diabetes mellitus is important additional method in the early formulation of diagnosis of diabetic retinopathy before the development of the irreversible processes.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕСПИРАТОРНЫХ АЛЛЕРГОЗОВ У РАДИАЦИОННО-ОБЛУЧЕННЫХ ДЕТЕЙ

Р.И. Розенсон

АО «Медицинский университет Астана», кафедра детских болезней №1

Введение. В процессе разработки атомного оружия и его испытания, которые в период существования СССР проводились, в основном, на территории Семипалатинского ядерного полигона, имело место облучение большого по численности контингента населения, включая детей [1-4]. В последние месяцы проблема исследования радиационно-индуцированной патологии у облученного населения стала еще более актуальной в результате аварии на атомной электростанции Фукусима после землетрясения в г. Фукусима (Япония) [5].

Имеющиеся публикации, касающиеся изучения различных аспектов радиационно-индуцированной патологии, посвящены в основном исследованиям генетических, онкологических, эндокринных проблем здоровья населения [6-9]. Имеются лишь единичные публикации по изучению отдельных изменений со стороны системы иммунитета у радиационно-облученных лиц [10].

Целенаправленных исследований по изучению особенностей клинического течения аллергических заболеваний у детей, подвергавшихся воздействию ионизирующего излучения, ранее не проводилось. В связи с этим **целью исследования** явилось оценить особенности иммунопатогенеза аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей и подростков, постоянно проживавших в зоне повышенного радиационного риска.

Материалы и методы: Под наблюдением находились дети и подростки в возрасте от 3 до 15 лет, постоянно проживавшие на территориях максимального, повышенного и минимального радиационного риска вокруг Семипалатинского ядерного полигона. Особенности клинического течения респираторных аллергозов были изучены на материале 498 детей с бронхиальной астмой, 105 детей с круглогодичным аллергическим ринитом, 154 с поллинозом. Аллергическое обследование включало сбор анамнеза по специально разработанной анкете, постановку кожно-аллергологических тестов, определение функциональной активности бета-2-адренорецепторов, кожной чувствительности к гистамину в серийных разведениях. Кроме того, изучали состояние иммунного статуса, определяли показатель мукоцилиарного клиренса и кислотно-щелочного равновесия слизистой носа.

Результаты и обсуждение. Обнаружено, что частота выявления сопутствующего астено-вегетативного синдрома у больных поллинозом детей, постоянно проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, составила $61,8 \pm 8,3\%$ случаев, что в 1,25 раза чаще, чем у необлученных больных поллинозом ($P < 0.001$). Отмечалось наличие тенденции к повышению частоты встречаемости сопутствующих сезонному аллергическому риниту трахеобронхита, пыльцевой астмы, астматического бронхита, аллергодерматоза. Так, частота трахеобронхита у больных поллинозом детей, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, была в 1,23 раза выше, чем у необлученных, и в 1,1 раза выше, чем у проживавших в зоне повышенного риска.

Частота выявления астматического бронхита и пыльцевой астмы у больных детей, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, оказалась в 1,45 раза более высокой, чем у проживавших в зоне повышенного риска, и в 1,71 раза чаще, чем у не подвергавшихся воздействию радиационного фактора.

Выявлено также наличие тенденции к снижению частоты наличия наследственной отягощенности по аллергии у больных детей с сезонным аллергическим ринитом из зоны чрезвычайного и максимального радиационного риска. В данной подгруппе показатель

составил $55 \pm 8,5$ %, что было в 1,26 раза реже, чем у необлученных, и в 1,06 раза реже, чем у проживавших в зоне повышенного риска.

С повышением степени радиационной опасности зоны постоянного проживания обследованных больных поллинозом детей нарастала и широта спектра сенсibilизации. Так, лишь один непереносимый аллерген выявлен у $27,0 \pm 7,3$ % детей, больных поллинозом и не подвергавшихся воздействию ионизирующих излучений, что в 1,49 раза чаще, чем у проживавших в зоне повышенного радиационного риска, и в 2,9 раза чаще, чем у проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска. Напротив, частота встречаемости 4 и более непереносимых аллергенов у больных поллинозом детей, проживавших в зоне повышенного риска в 1,5 раза отмечалась более высокой по сравнению с показателем у детей, не подвергавшихся воздействию неблагоприятных факторов Семипалатинского ядерного полигона.

Таким образом, с повышением степени радиационной опасности зоны постоянного проживания у детей, больных поллинозом, нарастала и частота выявления сопутствующих трахеобронхита и пыльцевой астмы, расширялся спектр непереносимых аллергенов, снижалась частота наличия наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям в анамнезе.

Аналогичным образом, с повышением степени радиационной опасности зоны постоянного проживания нарастала также широта спектра сенсibilизации у детей, больных круглогодичным аллергическим ринитом. Так, частота выявления специфической этиологически значимой сенсibilизации к аллергенам только одной группы у детей, больных КАР и не подвергавшихся воздействию факторов ядерного полигона, составляла $65,7 \pm 8,0$ %. У детей с тем же заболеванием, проживавших в зоне повышенного радиационного риска, частота выявления моносенсibilизации составила $44,2 \pm 7,6$ %, что в 1,5 раза реже, чем у необлученных детей, больных КАР. Наиболее редко (в $33,3 \pm 9,1$ % случаев) обнаруживали наличие этиологически значимой сенсibilизации к аллергенам только одной группы у детей, больных КАР, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска. Данный показатель оказался в 1,3 раза более низким, чем у больных КАР, проживавших в зоне повышенного радиационного риска, и в 2,0 раза ниже, чем у больных КАР, не подвергавшихся воздействию радиационного фактора. Напротив, частота выявления одновременной сенсibilизации к аллергенам трех, четырех и более групп, была наиболее высокой у больных КАР, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска ($18,5 \pm 7,5$ %). Данный показатель оказался в 1,1 раза выше показателя в зоне повышенного радиационного риска, и в 2,2 раза выше, чем у не подвергавшихся воздействию излучений.

Атопическая форма бронхиальной астмы наиболее часто обнаруживалась у необлученных детей ($74,4 \pm 3,3$ % случаев) и наиболее редко – у детей, проживавших в зонах чрезвычайного и максимального радиационного риска ($62,1 \pm 5,4$ % случаев). Частота обнаружения инфекционно-зависимых форм бронхиальной астмы достоверно зависела от зоны постоянного проживания заболевших. Так, у детского населения зоны повышенного радиационного риска в случае заболевания бронхиальной астмой частота таких форм была в 1,5 раза выше показателя группы сравнения. Наиболее высокой отмечена частота выявления инфекционно-зависимых форм бронхиальной астмы у детского населения зоны чрезвычайного и максимального радиационного риска ($27,8 \pm 5,8$ %), что было в 1,7 раза выше показателя, отмечавшегося у детского населения зоны повышенного радиационного риска ($P < 0,1$), и в 2,6 раза выше, чем у больных бронхиальной астмой детей, проживавших за пределами региона и составивших контрольную группу ($P < 0,001$).

Одним из показателей, характеризующих тяжесть течения бронхиальной астмы, является возраст детей, при котором возникают ее первые проявления. При этом считается, что чем раньше возникло заболевание, тем хуже его отдаленный прогноз. У детей, составивших контрольную группу (необлученные), начало заболевания в возрасте

до 3 лет было отмечено в $59,1 \pm 3,7\%$ случаев, у детей, проживавших в зоне радиационного риска – в 1,14 раза чаще ($P > 0,1$), у детей проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска в 1,19 раза чаще ($P > 0,1$).

Таким образом, можно предполагать относительно более тяжелое течение бронхиальной астмы у детей, подвергавшихся воздействию относительно более высоких доз ионизирующих излучений. Действительно, частота легких форм бронхиальной астмы у детей, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, оказалась в 3,1 раза ниже показателя, отмечавшегося в группе сравнения ($P < 0,001$), и в 1,6 раза реже, чем у детей из группы повышенного радиационного риска ($P < 0,01$). Напротив, частота тяжелых форм была наименьшей у детей, составивших контрольную группу ($23,3 \pm 3,2\%$), что было в 1,1 раза ниже показателя, отмечавшегося у детей зоны повышенного радиационного риска и в 1,3 раза реже, чем у детей из зоны чрезвычайного и максимального радиационного риска. У детей контрольной группы, больных бронхиальной астмой, частота выявления сенсibilизации к аллергенам только одной группы составила $76,8 \pm 3,5\%$; у детей проживавших в зоне повышенного радиационного риска $65,8 \pm 3,5\%$; у детей, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска – $46,4 \pm 6,7\%$. Все указанные различия статистически достоверны.

С повышением интенсивности воздействия ионизирующих излучений у обследованных детей, больных бронхиальной астмой, частота выявления полисенсibilизации нарастала. Так, частота выявления одновременной сенсibilизации к аллергенам двух различных групп у больных атопической бронхиальной астмой, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, составила $30,3 \pm 6,1\%$. У детей, проживавших в зоне повышенного радиационного риска – $27,2 \pm 3,3\%$; у детей контрольной группы – $21,1 \pm 3,0\%$. Частота выявления одновременной сенсibilизации к аллергенам трех и более различных групп у больных атопической бронхиальной астмой детей, проживавших в зоне чрезвычайного и максимального радиационного риска, составила $23,2 \pm 5,0\%$; у детей, проживавших в зоне повышенного радиационного риска – $7,1 \pm 1,9\%$; у детей контрольной группы – лишь $2,1 \pm 1,2\%$.

Аналогичные закономерности выявлены и при изучении особенностей клинического течения бронхиальной астмы у подростков, постоянно проживавших в регионе, прилегающем к Семипалатинскому ядерному полигону. Они заключались в наличии тенденции к снижению частоты встречаемости атопических форм бронхиальной астмы и повышению частоты формирования смешанных форм, как правило, характеризующихся склонностью к затяжному течению приступов, частым обострениям заболевания, формированием полисенсibilизации. При этом, чем более выраженной была степень воздействия радиации на обследованных нами больных, тем реже встречались у них легкие формы, и напротив, чаще формировались тяжелые формы.

Заключение. Таким образом, установлено, что круглогодичный аллергический ринит и бронхиальная астма, развивающиеся у детского населения, подвергавшегося воздействию ионизирующих излучений, характеризуются ранним началом, развитием полисенсibilизации, повышенной тяжестью течения, наличием тенденции к снижению частоты встречаемости атопических и повышению частоты инфекционно-зависимых форм. Указанные клинические проявления усугубляются с повышением интенсивности радиационного фактора.

Сезонный аллергический ринит, развивающийся у детского населения, подвергавшегося воздействию ионизирующих излучений, характеризуется более частым наличием сопутствующей пылевой бронхиальной астмы, и нарастанием широты спектра сенсibilизации.

Особенности иммунного статуса у проживающих в зоне радиационной опасности детей, больных аллергическими заболеваниями респираторного тракта, заключается в формировании абсолютной Т-лимфопении, характеризующейся одновременным дефицитом клеток с хелперным и супрессорным фенотипами, повышенной склонности к

образованию антител-реагинов, повышенным содержанием в периферической крови ауто-РОК, дефицита функциональной активности специфических клеток – супрессоров, что определяет повышение частоты формирования клеточной сенсibilизации к атопическим аллергенам.

Литература:

- 1 Rodzi M., Ihda S., Yokozeki M. et al Blood transport method for chromosome analysis of residents living near Semipalatinsk Nuclear Test Site //Hiroshima J. Med. Sci.- 2009.- Vol.58.- N.4.- P.67-73
- 2 Taira Y., Hayashida N., Brahmanandhan G.M. et al Current concentration of artificial radionuclides and estimated radiation from 137Cs around the Chernobyl Nuclear Power Plant, Semipalatinsk Nuclear Test Site, and in Nagasaki //J. Rad.Res.- 2011.- Vol.52.- N.1.- P.88-95
- 3 Stepanenko V.F., Hoshi M., Bailiff I.K. et al Around Semipalatinsk Nuclear Test Site: Progress of dose estimation relevant to the consequences of nuclear tests //J.Rad.Res.- 2006.- Vol.47.- Suppl., A1-13
- 4 Sholom S., Desrosiers M., Bouville A. et al EPR tooth dosimetry of Semipalatinsk Nuclear Test Site area inhabitants //Rad. Meas.- 2007.- Vol.42.- N.6.- P.1037-1040
- 5 Christodouglas M.D., Forrest R.D., Ainsley C.G. et al Short term and long term health risks of nuclear power plant accidents //New England J. Med.- 2011.- N.3.- P.676-684
- 6 Сиротюк М.В. Взаимосвязь состояния соматического здоровья с нарушением речевого развития школьников, проживающих на территориях радиационного загрязнения.- Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Москва, 2004.- 23 с.
- 7 Дедович Н.Г. Адаптация детей, постоянно проживающих в районах радиационного загрязнения - Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Симферополь, 1999.- 24 с.
- 8 Shore R.E. Low-dose radiation epidemiology studies: status and issues //Health Phys.- 2009.- Vol.97.- N.5.- P.481-486
- 9 Sigurdson A.J., Land C.E., Bhatti A. et al Thyroid nodules, polymorphic variants in DNA repair and RET-related genes, and interaction with ionizing radiation exposure from nuclear tests in Kazakhstan //Rad.Res.- 2009.- Vol.171.- N.1.- P.77-88
- 10 Овчарова Е.А. Влияние низкоинтенсивного хронического радиационного воздействия на показатели иммунитета жителей прибрежных сел реки Теча в отдаленные сроки - Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.- Москва, 2006.- 21 с.

Түйін

РАДИАЦИЯЛЫҚ СӘУЛЕЛЕНГЕН БАЛАЛАРДА РЕСПИРАТОРЛЫҚ АЛЛЕРГОЗДЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫ МЕХАНИЗМІ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Р.И. Розенсон

Радиациясы жағымсыз аймақтағы Семей қаласындағы бронх демікпесі мен риниттің клиникалық көріністерінің даму әрекеттерінің негіздемелерін оқып үйрендік. Иондық сәулеленуге алып келетін балалардағы жылдық аллергиялық ринит пен бронх демікпесі ерте басталуы мен, полисенсibilизацияның дамуы мен, ауыр ағым да өтуі мен, атопияның кездесу жиілігінің төмендеуі мен, ал инфекция тәуелді және аралас түрлерінің керісінше кездесу жиілігінің, жоғарылауы мен, яғни тепе- теңдіктің бұзылыстары мен көрінеді. Жоғары да айтылған клиникалық көріністер радиациялық фактодың интенсивтілігінің жоғарылауынан қиындай түседі.

Summary

FEATURES OF THE FORMATION MECHANISM AND THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF RESPIRATORY ALLERGIES IN RADIATION-EXPOSED CHILDREN

R.I. Rozenson

We studied the peculiarities of immune mechanisms and natural history of respiratory allergic diseases in children, living around the Semipalatinsk nuclear test site. It was found that bronchial asthma and allergic rhinitis in children after radiation exposure are different from the non-exposed ones: by early development, polysensibilization, increased severity and a tendency to decreased incidence of atopic forms and increased incidence of infection-induced forms. These peculiarities were especially evident in children from heavily exposed areas.

ОЦЕНКА ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

А.А. Салтанова

Атырауский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

Введение. Травма органа зрения – повреждение глаза, вызванное воздействием внешних причин. Травмы глаз в структуре патологии органа зрения составляют более 10% [1,2]. Большинство повреждений глаз (до 90%) носит характер микротравм и тупых травм. Проникающие ранения составляют не более 2%, а ожоги - около 8% всех случаев [3,4].

Определение степени тяжести вреда здоровью при повреждениях глаз производится по трем критериям: по длительности расстройства состояния здоровья, по проценту стойкой утраты общей трудоспособности, по потере органом его функции.

Длительность расстройства здоровья согласно Инструкции по организации и производству судебно-медицинской экспертизы (далее – Инструкция), утвержденной приказом МЗ РК № 368 от 20.05.2010 г., определяют с учетом данных, содержащихся в медицинских документах. Тяжесть вреда здоровью по потере органом его функции определяется также согласно Инструкции [5].

Оценка вреда здоровью при повреждениях органа зрения - является одним из сложных вопросов судебно-медицинской экспертизы. Сложность вопроса обусловлена, во-первых, тем, что исходы тяжелых ранений глаз могут наступать в отдаленные сроки после повреждения – от 6 до 12 месяцев. Это связано с особенностями анатомического строения глазного яблока, длительно протекающими воспалительными и иммунными процессами во внутренних оболочках глазного яблока. В интересах же следствия необходимо провести судебно-медицинскую экспертизу в более ранние сроки, не дожидаясь клинического исхода [6]. Во-вторых, в посттравматическом периоде острота зрения может колебаться в ту или иную сторону, как в сторону улучшения, так и в сторону ухудшения, поэтому оценка степени вреда здоровью должна основываться на объективных критериях. В-третьих, процент утраты трудоспособности исчисляется по утрате остроты зрения. Для этого необходимо узнать остроту зрения не только после травмы, но и до получения травмы, что порою бывает затруднительно. С учетом сложностей, возникающих при судебно-медицинской экспертизе повреждений органа зрения, большое значение приобретает оценка клинических критериев, по которым можно определить вред здоровью пострадавшего в любые сроки после повреждения [7].

Мошетовой Л.К. и соав. (2001) выявлена зависимость между клинической симптоматикой и степенью вреда здоровью при травмах глаз.

В таблицах 1-2 представлена зависимость между клинической симптоматикой и степенью вреда здоровью при контузиях органа зрения и при прободных ранениях глаз.

Таблица 1- Зависимость между клинической симптоматикой и степенью вреда здоровью при контузиях органа зрения

№	Клинические симптомы контузий органа зрения	Вред здоровью		
		До 5% Легкий вред	10-30% Средней тяжести	35% и выше Тяжкий вред
1	Гематома век	+	-	-
2	Иридоциклит	+	+	-
3	Субконъюнктивальное кровоизлияние	-	-	-
4	Берлиновское помутнение сетчатки	+	+	-
5	Гифема	+	+	-
6	Гемофтальм	+	+	+

7	Гипертензия	+	+	+
8	Повреждение радужки	+	+	+
9	Рана конъюнктивы	+	+	-
10	Эрозия роговицы	+	-	-
11	Разрыв склеры с выпадением оболочек	-	-	+
12	Сублюксация хрусталика	-	+	+
13	Гипотония	-	+	+
14	Раны роговицы (разрывы)	-	+	+
15	Субретинальное кровоизлияние	-	+	+
16	Травматический мидриаз	-	+	-
17	Люксия хрусталика	-	-	+
18	Разрыв слезного канальца	-	+	-
19	Травматическая катаракта	-	-	+
20	Отрыв внутренней связки век	-	+	+
21	Отслойка сетчатки	-	-	+
22	Диплопия вследствие нарушения функции глазодвигательных мышц	-	+	-
23	Разрыв хориоидеи	-	+	+
24	Атрофия зрительного нерва	-	-	+
25	Перелом стенок глазницы со смещением	-	-	+
26	Разрыв роговицы по кератотомическим рубцам	-	-	+
27	Дырчатый разрыв макулярной области	-	-	+
28	Размножение глазного яблока	-	-	+

Таблица 2 - Зависимость между клинической симптоматикой и степенью вреда здоровью при прободных ранениях

№	Клинические симптомы контузий органа зрения	Вред здоровью		
		До 5% Легкий вред	10-30% Средней тяжести	35% и выше Тяжкий вред
1	Посттравматический увеит	+	+	+
2	Пролиферация в стекловидном теле	+	+	+
3	Травматическая катаракта	-	-	+
4	Повреждения радужки	+	+	+
5	Гемофтальм	+	+	+
6	Дислокация зрачка	+	+	+
7	Посттравматическая глаукома	-	+	+
8	Субатрофия глазного яблока	-	-	+
9	Задние синехии	-	+	-
10	Травматическая отслойка сетчатки	-	-	+
11	Посттравматический кератит	+	+	+
12	Эндофтальмит	-	-	+

13	Рубец в макулярной зоне	-	-	+
14	Передние синехии	+	+	+
	<u>Рубцы:</u>			
15	Центральной зоны роговицы без повреждения оболочек	-	+	+
16	Парацентральной зоны роговицы без повреждения оболочек	+	+	-
17	Периферических отделов роговицы с повреждением оболочек	+	+	+
18	Центральной зоны роговицы более 1/2 её площади	-	-	+
19	Склеры без выпадения оболочек глаза	+	+	-
20	Склеры с выпадением оболочек глаза	-	+	+
21	Роговично-склеральных ранений без выпадения оболочек	-	+	+
22	Роговично-склеральных ранений с выпадением оболочек	-	-	+

В таблицах 1-2 отмечены клинические симптомы и указана степень вреда здоровью при каждом из них. Выделенные в таблице симптомы приводят к снижению зрения до 0,04 и ниже или длительной нетрудоспособности свыше 4 месяцев, что может приравняться к тяжкому вреду здоровью [7].

В период 2008-2010г.г. в Атырауском филиале РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК проведены 179 экспертиз живых лиц с повреждениями органа зрения: 174 первичных судебно-медицинских экспертиз по медицинским документам; 5 дополнительных судебно-медицинских экспертиз. По механизму возникновения травмы глаз разделились следующим образом: в 175 случаях - от действия тупых твердых предметов; в одном - от действия колюще-режущего предмета; в одном - от действия колющего предмета (стрела лука); в одном - от огнестрельного дробового ранения; в одном - ожоговое повреждение глаз. В 162 случаях вред здоровью оценен как легкой степени, по длительности расстройства здоровья (кровоподтеки, ушибленные раны, ссадины, контузии глазного яблока). Оценка вреда здоровью, при легких травмах глаз трудности не вызывали. Сложности возникали при оценке вреда здоровью средней и тяжелой степени, которые проводились по медицинским документам. В десяти случаях вред здоровью оценен как тяжкий по признаку утраты органом его функции. Клиническая симптоматика повреждений глаз разнообразна. Отмечались: гемофтальм, гифема, отслойка сетчатки, гипотония глазного яблока, деструкция хрусталика, деструкция стекловидного тела 2 ст., сублюксация хрусталика, травматический мидриаз, посттравматическая катаракта, субатрофия глазного яблока, проникающее ранение глаз, склеры, сетчатки, роговицы с выпадением содержимого глазного яблока через рану, снижение остроты зрения до светоощущения. В четырех случаях – вред здоровью оценен как средней степени тяжести. Клинически: ограниченный разрыв сетчатки, субконъюнктивальное кровоизлияние, ангиопатия, травматическая катаракта, ретинолизис, гемофтальм, ушибленная рана верхнего века левого глаза, посттравматические рубцы верхнего и нижнего века, снижение зрения от 0,2 до 0.

Заключение. Таким образом, при результаты проведенных экспертиз при повреждениях органа зрения, оцененных как тяжкий вред здоровью, обнаружено, что клинические проявления травм органа зрения как в сочетании с другими симптомами, так и самостоятельно являются основной причиной снижения остроты зрения пострадавших до 0,04-0,0 и определяют тяжесть вреда здоровью свыше 1/3. При проведении же судебно-медицинской экспертизы они могут служить критериями, определяющими степень вреда

состоянию здоровья. Все перечисленные симптомы можно рекомендовать использовать при проведении судебно-медицинской экспертизы в тех случаях, когда сроки исхода травмы не совпадают со сроками проведения следствия. Использование указанных клинических критериев позволит повысить объективность и качество проводимых судебно-медицинских экспертиз и проводить судебно-медицинскую экспертизу в ранние сроки, не дожидаясь исхода травмы.

Литература:

- 1 Barr A, Baines PS, Desai P, MacEwen CJ. Ocular sports injuries: the current picture. Br J Sports Med. 2000, vol.34, №6, pp.456-458.
- 2 Офтальмология. Клинические рекомендации. - Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 358 с.
- 3 Офтальмология. Национальное руководство. - Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2008 г.- 1044 с.
- 4 Офтальмология. - Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 360 с.
- 5 Инструкция по организации и производству судебно-медицинской экспертизы, утвержденная приказом МЗ РК № 368 от 20.05.2010 г.
- 6 Самищенко С.С. Судебная медицина. – М., 2006. – 340 с.
- 7 Мошетова Л.К., Солохин А.А., Кочергин С.А., Либман Е.С. Клинические критерии оценки степени вреда здоровью при повреждениях органа зрения. Методические указания. – Москва, 2001. – 11 с.

Түйін

ЗАҚЫМДАЛҒАН КӨЗДІҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ТИГІЗЕТІН ЗИЯНЫН БАҒАЛАУ

А.А. Салтанова

Мақалада зақымдалған көздің денсаулыққа тигізер ауырлығын бағалау туралы мәселелер қарастырылған. Клиникалық бағамдарға нақты білімді беру кезінде денсаулыққа әкелер зиянды жақтарының маңызы зор. Мәселен зақымданған көздің денсаулыққа зиянын сипаттау, сот-медициналық сараптаманы ерте мерзімде беруге мүмкіндік береді.

Summary

ASSESSMENT OF INJURY IN CASE OF DAMAGE OF THE VISION

A.A. Saltanova

In article the problems arising at an estimation of weight of harm to health at damages of an organ of vision are considered. Important value at an estimation of degree of harm to health has knowledge of the objective clinical criteria characterizing heavy harm to health at damages of organs of vision that will allow to spend a forensic medical examination to early terms, without waiting a trauma outcome.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

ОПТИМИЗАЦИЯ УСЛОВИЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Б.Ж. Абдильманова

Медицинский центр Экомед-плюс, г. Астана

Введение: В конце XX века с возникновением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ВРТ), основанных на экстракорпоральном оплодотворении ооцитов, появилась возможность достижения беременности практически при всех формах бесплодия у супружеских пар, ранее обреченных на бездетность. Вместе с тем, следует подчеркнуть, что последние 5-10 лет, несмотря на внедрение в практику более совершенных схем контролируемой стимуляции суперовуляции, микроманипуляционной техники и более широкого использования переноса в матку криоконсервированных

эмбрионов, результаты лечения бесплодия с помощью ВРТ кардинально не меняются, составляя в среднем около 30% при расчете на число переносов эмбрионов [1,2].

Одной из возможных причин неудач в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона (ЭКО и ПЭ) является нарушение процессов имплантации (прикрепления эмбриона к эндометрию), что, несомненно, связано с состоянием эндометрия.

От состава эндометриального секрета и свойства маточного эпителия зависит способность свободной бластоцисты имплантироваться и ее дальнейший рост.

Содержание в структуре эндометрии прогестероновых и эстрогеновых рецепторов, а также пиноподий - выростов на поверхности эндометрии, к которым непосредственно прикрепляется эмбрион, позволяет обеспечить успешную имплантацию и развитие эмбриона [3,4].

Основные женские половые гормоны - эстрадиол и прогестерон, которые действуют на слизистую оболочку матки, через собственные рецепторы обеспечивают циклическое развитие эндометрии. При нарушении содержания рецепторов в эндометрии и даже при нормальных уровнях гормонов в крови, не происходит достаточного развития эндометрии и эмбрион не может прикрепиться к матке. К сожалению, у женщин, идущих на ЭКО, именно эндометрия бывает слабым звеном.

Данные УЗИ не дают возможности однозначно судить о состоянии эндометрия, только в 80% можно диагностировать патологию эндометрия [3,4,5].

У бесплодных пациенток, неоднократно безрезультатно проходивших лечение с помощью ВРТ, возникает необходимость проведения биопсии эндометрия перед повторным проведением лечения.

Данный метод основан на комплексном изучении эндометрия, включающем гистологическое исследование. Биопсия эндометрия улучшает коэффициент имплантации, беременности и рождения живых детей после ЭКО.

Цель исследования: одним из путей повышения эффективности ВРТ, помимо отбора для переноса в матку наиболее качественных эмбрионов, является оптимизация условий их имплантации, поскольку именно от этих условий, при достаточно правильном, полном и скрупулезном выполнении хорошо известных технологических приемов в большой степени зависит вероятность наступления беременности.

Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 79 инфертильных супружеских пар, обратившихся по поводу бесплодия в медицинский центр «Экомед плюс». Из них 51 пар (исследуемая группа), имеющих в анамнезе две и более безрезультатные попытки ЭКО.

Средний возраст женщин в исследуемой группе колебался от 25 до 42 лет и в среднем составил 33,5±3,5 года. Первичное бесплодие наблюдалось у 32 (62,7%) пациенток, вторичное - у 19 (37,2%). Средняя продолжительность бесплодия составила 8,5±2,9 года, при колебаниях от 3 до 15 лет.

Контрольную группу составили 28 пациенток, у которых биопсию эндометрия не проводили, имели две и более неудачных попыток ЭКО.

В контрольной группе возраст пациенток составлял от 26 до 40 лет (в среднем 33,6±3,1 года). Первичное бесплодие отмечено у 17 (60,7%), вторичное - у 11 (39,2%) пациенток. Продолжительность бесплодия колебалась от 3 до 11 лет и в среднем составила 7,2±3,2 года.

В исследуемой группе все 51 женщин ранее длительно и безуспешно лечились по поводу бесплодия. Диагноз и оценка их состояния обусловлены данными анамнеза и результатами общеклинического, ультразвукового и гормонального исследований. По данным УЗИ исключены патологии эндометрия - полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, субмикозные миоматозные узлы, подозрение на наличие патологического процесса. УЗИ полости матки являлось показанием к проведению гистероскопии и выскабливания эндометрия.

В исследуемой группе проводили биопсию эндометрия пайпелем без обезболивания на 21 день менструального цикла. Полученный материал (аспират эндометрия) подвергали морфологическому исследованию.

В программах ВРТ стимуляцию суперовуляции в обеих группах проводили под контролем УЗИ по длинному и короткому протоколу гонадотропинами (пурегон, "Organon", Нидерланды менопур, Ferring, Германия), с предварительным использованием антагонистов ГнРГ (диферелин, "Beaufor Ipsen", Франция) в виде ежедневных инъекций или антагонистов ГнРГ (цетротид "Serono", Германия). Трансвагинальную пункцию фолликулов выполняли через 34 часа после введения 10 000 ЕД хорионического гонадотропина при достижении лидирующим фолликулом 18 мм в диаметре. Перенос эмбрионов в матку осуществляли на стадии 6-8 бластомеров через 3 суток после пункции фолликулов при помощи катетера ("Cook", Австралия или "Tom I Kat", США). Переносили не более 3 эмбрионов. В пострасферном периоде назначали вагинально «Утрожестан» (Франция) 800 мг в сутки.

Положительным результатом лечения считали выявление плодного яйца в полости матки с помощью УЗИ через 3 недели после переноса эмбрионов.

Результаты и обсуждение. Гистологическое изучение эндометрия у 51 пациенток исследуемой группы показало в 7,8% случаев (у 4) наличие гиперпластического процесса - железисто-кистозной гиперплазии эндометрия, железистый полип, железисто-фиброзный полип. У 5,8% (у 3) наблюдалось отсутствие секреторных преобразований эндометрия, что, безусловно, свидетельствовало об ановуляции. Пациенты с ГПЭ направлены на гистероскопию, а пациентам с ановуляторными циклами проводилась гормональная терапия. Остальные 44 пациента исследуемой группы с гистологическим заключением - эндометрии в средней фазе секреции, вступили в программу ЭКО.

Положительным результатом лечения считали выявление плодного яйца в полости матки с помощью УЗИ через 3 недели после переноса эмбрионов. При лечении пациентов с помощью ВРТ проведено 38 процедур ЭКО и 6 процедур ЭКО+ИКСИ. На основании данных гормонального и ультразвукового исследования наступила клиническая беременность у 15 пациентов, что составило 34,1% в расчете на число переносов эмбрионов.

В контрольной группе пациенток стандартная технология ЭКО применена у 21, процедура ЭКО+ИКСИ - у 7, наступила беременность у 8 (28,5%).

Частота наступления беременности в исследуемой группе, где перед началом стимуляции суперовуляции осуществляли биопсию эндометрия выше, чем в контрольной группе, где не проводилась биопсия эндометрия в предшествующем цикле перед началом программы ЭКО.

Следует обратить внимание, что подготовка эндометрия перед циклом ЭКО повышает процент наступления беременности. Пайпель очень простой и удобный метод в подготовке эндометрия к ЭКО. Так, практическому врачу хорошо известно наличие гиперплазии эндометрия препятствует имплантации эмбрионов и наступлению беременности. В практическом отношении чрезвычайно важным, поддерживающим мнение о необходимости применения биопсии эндометрия перед использованием ВРТ, является соображение некоторых авторов о неполном отторжении функционального слоя слизистой оболочки во время менструации, что приводит к переносу эмбрионов на участки эндометрия с гиперплазированной тканью и полипами.

Выводы: Оптимизация условий имплантации в группах пациенток путем коррекции состояния эндометрия с помощью его аспираций перед началом стимуляции суперовуляции в программах ВРТ является вполне оправданной, поскольку, подтверждая предположение о необходимости "освежения" измененной внутренней поверхности матки в целях создания более благоприятных и комфортных условий имплантации эмбрионов и их дальнейшего развития, дает возможность повысить частоту наступления беременности в данных программах.

Литература:

1. Калинина Е.А. Оптимизация процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов при синдроме поликистозии яичников. Проблемы репродукции 2003.С.81-83.
2. Корнеева И.Е. Современная концепция диагностики и лечения бесплодия в браке. Автореф. диссертация доктора мед. наук. М. 2006.
3. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. Consilium Medicum 2007; 1:15-17.
4. Катусева Л.М. Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии: Автореф. диссертация доктора мед. наук. М. 2001.
5. Алиева К.У. Оптимизация подготовки эндометрия на программу ЭКО и ПЭ у пациенток с нарушением маточной гемодинамики: Автореф.дисс... канд.мед.наук. М. 2007.

Түйін

**ҚОСЫМША РЕПРОДУКЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР КӨМЕГІМЕН БЕДЕУЛІКТІ ЕМДЕУ
КЕЗІНДЕГІ
ЭМБРИОНДАРДЫ ИМПЛАНТАЦИЯЛАУ ЖАҒДАЙЛАРЫН ЖЕТІЛДІРУ**

Б.Ж. Әбділманова

Пациенттер тобында ВРТ көмегімен эндометрия жағдайын түзету арқылы имплантация жағдайын оңтайландыру ақталған болып табылады, өйткені эмбриондардың имплантациясы үшін қолайлы, әрі жайлы жағдай жасау және олардың әрі қарай жақсы дамуы мақсатында жатырдың өзгеріске ұшыраған ішкі бетінің «жаңару» қажеттілігі туралы болжамдарды дәлелдей отыра, осы бағдарламаларда жүктіліктің басталу жиілігін арттыруға мүмкіндік береді.

Summary

**OPTIMIZATION OF CONDITIONS FOR EMBRYO IMPLANTATION IN THE TREATMENT OF
INFERTILITY USING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES**

B.G. Abdilmanova

The optimization of implantation conditions in groups of patients by condition correction with the help of SRT has been justified. Supporting the idea of the necessity “renewing” changed inner uterus surface for making comfortable conditions for embryo implantation and their further development might give the possibility to increase the pregnancy frequency in these programs.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АППАРАТНОЙ РЕИНФУЗИИ
ЭРИТРОЦИТОВ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*С.К. Акишулаков, Б.С. Алтаева, Е.Н. Куанышев
АО «Республиканский Научный Центр Нейрохирургии», г. Астана*

Введение. В настоящее время при планируемых кровопотерях отдается предпочтение именно аппаратной реинфузии отмытых эритроцитов. Важнейшее преимущество реинфузии отмытых эритроцитов перед использованием донорской крови заключается в том, что в сосудистое русло возвращаются собственные форменные элементы, что исключает отрицательное влияние донорской крови на организм: отсутствует риск возникновения у реципиентов посттрансфузионных реакций и осложнений, аллоиммунизации, передачи гемотрансмиссивных инфекций и угнетения иммунитета. [2,5].

Известно, что аутотрансфузируемые эритроциты в отличие от донорских, не депонируются, и эффективнее нормализует кислородно-транспортную функцию крови [4]. Исследованиями с Cr51 доказано, что реинфузируемые эритроциты обладают нормальной продолжительностью жизни и значительной их секвестрации в селезенке не происходит, то есть отмытые эритроциты практически не отличаются от эритроцитов, циркулирующих в сосудистом русле [3].

Для нейрохирургического больного возникающие при кровопотере снижение тканевой перфузии и гипоксия головного мозга, ферментативные и кислотно-основные сдвиги в циркулирующей крови являются не просто нежелательными явлениями, а представляют реальную опасность развития отека головного мозга, пролабирования его в операционную рану, увеличивают пул погибших нейронов, затрудняют последующую репарацию тканей головного мозга и восстановление неврологических функций.

К сожалению, использование донорских компонентов крови, особенно при больших объемах кровопотери, не позволяют в полной мере решить эту проблему. Использование интраоперационной аппаратной реинфузии эритромассы (ИАРЭ) в определенной степени помогает решить эти проблемы. Именно при вмешательствах у больных с церебральными сосудистыми мальформациями и богато кровоснабжаемыми опухолями мозга (нейроцитомы и в особенности менигиомами различной локализации), когда высока вероятность массивной кровопотери, применение этой кровосберегающей технологии может снизить потребность в донорской эритромассе на 70—90%. [1]

Цель исследования: Оценить эффективность применения интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов у нейрохирургических больных.

Материалы и методы. В данной статье проанализированы результаты использования интраоперационной аппаратной реинфузии эритроцитов аппаратом типа Cell Saver - CATS Fresenius, полученных в Республиканском научном центре нейрохирургии за период с мая 2010 по декабрь 2010 год.

Используемый аппарат CATS Fresenius отвечает следующим требованиям: одновременный сбор, измерение и обработка крови из полостей организма без создания помех в операционной ране, простота в работе, безопасность антикоагуляции, обеспенивание и фильтрация крови, малая травматизация элементов крови, возможность регуляции производительности, надежность и компактность аппарата.

Аппаратная обработка раневой крови происходит в три этапа и подразумевает: 1) Сбор, стабилизация и фильтрация крови из операционной раны в стерильный резервуар коллектора; 2) Обработка собранных эритроцитов путем непрерывного процесса промывки от плазматических и незритроцитарных клеточных компонентов крови, микроагрегатов, осколков клеток, фибрина, жира, свободного гемоглобина, активированных факторов коагуляции, а также антикоагулянта; 3) Переливание аутоэритромассы пациенту через систему с фильтром. Показаниями для использования аппаратной реинфузии эритроцитов являлись: предполагаемая кровопотеря при плановых оперативных вмешательствах больше 20 % ОЦК.

Результаты и обсуждение. Проведен сравнительный анализ результатов лечения в этих группах (рисунок) по следующим критериям: по количеству гемотрансфузии компонентов крови во время операции и времени пребывания в реанимационном отделении.

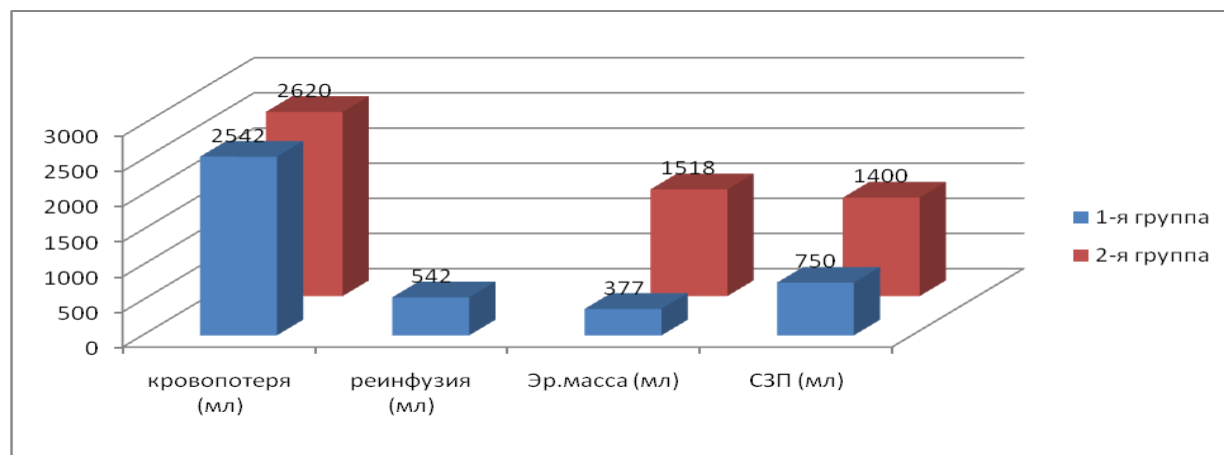


Рисунок - Эффективность использования ИАРЭ в нейрохирургии

Оценка эффективности применения метода аппаратной реинфузии эритроцитов была проведена у 12 плановых больных с предполагаемой кровопотерей более 20% ОЦК, которые были поделены на 2 группы: 1-ая группа (7 пациентов) с применением интраоперационной аппаратной реинфузии отмытых эритроцитов, 2-ая группа (5 пациентов) без использования интраоперационной аппаратной реинфузии отмытых эритроцитов.

Длительность операций в обеих группах в среднем составила около 10 часов, неблагоприятные исходы лечения у больных не наблюдались.

Исходя из рисунка, при исследовании установлено, что в 1-й группе при использовании CATS Fresenius собрано 11 900мл крови, реинфузировано отмытых эритроцитов 3 795мл.

Таким образом, нам удалось собрать 67% потерянной во время операции крови и уменьшить количество гемотрансфузии донорской эритроцитной массы на 75%, СЗП на 46%, а в ряде случаев полностью избежать переливания донорских компонентов крови.

Время пребывания пациентов в реанимационном отделении составило в 1-й группе от 1 до 9, в среднем - 3 суток, а во 2-й группе от 1 до 4 суток, в среднем – 2 суток.

Следовательно, отличий между двумя группами по срокам пребывания пациентов в реанимации, выявлено не было.

Выводы. Установлено, что применение аппаратной реинфузии крови позволяет значительно улучшить качество инфузионно-трансфузионной терапии и что, оказывает выраженный положительный эффект, а так же позволяет сократить или полностью избежать переливания донорских компонентов крови.

Следует отметить, что жизнь ряда пациентов зависела от системы непрерывной реинфузии эритроцитов С.А.Т.С. и только благодаря этому высокотехнологическому оборудованию удалось справиться с массивной интраоперационной кровопотерей.

Литература:

- 1 Лубнин А.Ю. Мошкин А.В. Громова В.В. Гаджиева О.А. Интраоперационная реинфузия эритроцитов в нейроанестезиологии //Анестезиология и реаниматология 2001. -N 2
- 2 Бутров А.В. Стандарт восполнения операционной кровопотери.// Курс инфузионно-трансфузионной терапии. Материалы научно-практической конференции. Москва 2006.
- 3 Виньон Д. Переливание аутокрови - протоколы.// Альтернативы переливанию крови в хирургии. Международный симпозиум. Российская федерация анестезиологов и реаниматологов Ассоциация по развитию альтернатив переливания крови. Материалы симпозиума. 1998.
- 4 Горобец Е.С., Костяк О.С., Буйденко Ю.В. и соавт. Различные аспекты интраоперационной аппаратной Cell Saver реинфузии аутоэритроцитов в онкологической хирургии. // Анестезиология и реаниматология. №2. 2004.
- 5 Техническое руководство американской ассоциации банков крови. 12-е издание.//Перевод с английского под редакцией проф. Токарева Ю.Н. 2000.
- 6 Лубнин А.Ю., Громова В.В., Гаджиева О.А. и др. Кровесберегающие методики в нейрохирургии. В сб.: Бескровная хирургия — итоги и перспективы развития. М 2002.

Түйін

НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘЖІРІБЕДЕ ЭРИТРОЦИТТЕРДІҢ ИНТРАОПЕРАЦИЯЛЫҚ АППАРАТТЫҚ РЕИНФУЗИЯСЫН ҚОЛДАНУ

С.Қ. Ақшолақов, Б.С. Алтаева, Е.Н. Қуанышев

Жуылған эритроциттерді аппараттық реинфузиясын қолданудың донорлық компоненттерді құюға қарағанда артықшылығы бар. Жүргізілген зерттеу нейрохирургиялық тәжірибеде қанды аппараттық реинфузияны қолдануы инфузиялық-трансфузиялық терапияның сапасының жаңарғанын дәлелдеді және донорлық қан компоненттерінің құюлуын қысқартуға немесе толық бас тартуға мүмкіндік береді.

Summary

USING THE HARDWARE INTRAOPERATIVE REINFUSION OF RED BLOOD CELL IN NEUROSURGICAL PRACTICE

S.K. Akshulakov, B.S. Altaeva, E.N. Kuanyshev

Using the hardware reinfusion of washed red blood cells has obvious advantages over the transfusion of donor blood components. Our research showed, that application of hardware intraoperative reinfusion of blood can significantly improve the quality of infusion-transfusion therapy in neurosurgical practice and reduce or completely avoid the transfusion of donor blood components.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЬ-ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ИССЛЕДОВАНИИ СУПЕРНАТАНТА ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ

*А.К. Амирова, М.Б. Аскарров, С.С. Сапарбаев, К.Д. Сембаев
АО «Национальный научный медицинский центр» г. Астана*

Введение. В последние годы большую актуальность в качестве новых способов лечения и профилактики заболеваний человека находят применение различные виды клеточной терапии. Особое внимание исследователей привлекают вопросы по изучению состава и механизма действия фетальных клеток на организм. Проведены оригинальные исследования клеточного состава фетальной печени и селезенки [1], состава белково-пептидного комплекса криоконсервированных фетальных тканей человека и ювенильных тканей новорожденных кроликов [3].

В лаборатории Центра клеточных технологий и трансплантологии (ЦКТиТ) в процессе выделения изолированных культур клеток фетальных гепатоцитов получают, по специально разработанной методике, супернатант фетальных гепатоцитов (СФГ), обладающий биологической активностью [1,5,6,7,8]. Максимальное значение оптической плотности отмечены в ультрафиолетовой области при длине волны 200-220 нм и 260-265 нм, характерный растворам белка [9,10,11]. Вместе с тем, состав и молекулярная масса белковых фракций СФГ до конца не изучены, что и определило **цель исследования:** оценить состав и молекулярную массу белковых фракций СФГ методом гель-электрофореза.

Материалы и методы. Материалом исследования явились образцы СФГ, предоставленные лабораторией ЦКТиТ АО «ННМЦ».

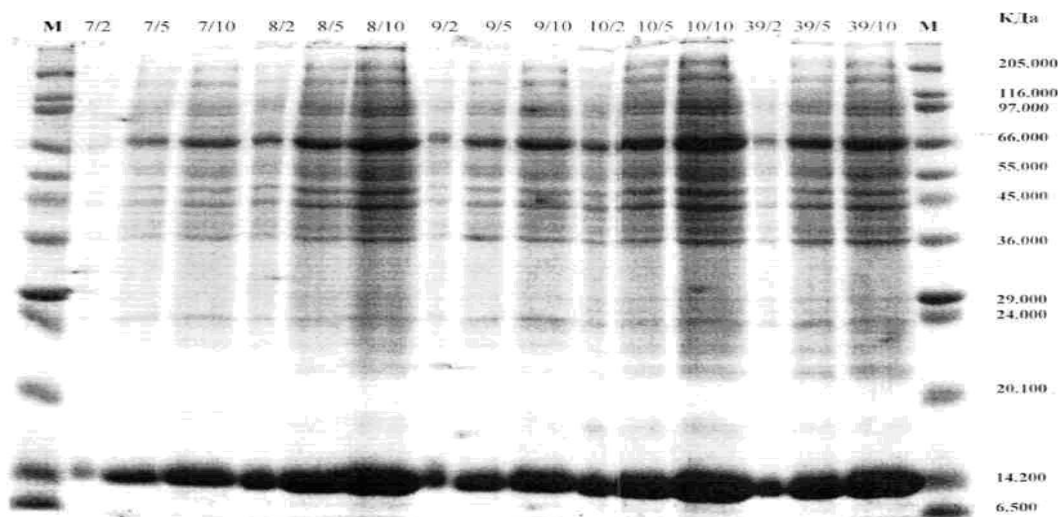
В настоящее время электрофорез в полиакриламидном геле (ПААГ) в присутствии додецилсульфата натрия (ДСН) является общепринятым методом определения гомогенности белковых препаратов. Метод основан на свойстве заряженных частиц (молекул) перемещаться под действием электрического поля. Обычно скорость миграции зависит от трех параметров анализируемых белков: величины молекул, формы молекул и суммарного заряда. Электрофорез в ПААГ с использованием ДСН позволяет разделять белки, различающиеся между собой только по молекулярной массе.

Электрофорез в денатурирующих условиях по методу Лэммли [2,3,4]. Для проведения электрофореза использовались: установка для вертикального электрофореза (источник постоянного тока, электрофоретическая камера, политетрафторэтиленовый гребень), водяную баню. При приготовлении же разделяющего и концентрирующего гелей использовались: раствор акриламида, бис-акриламид, 1.5 М буферный раствор трисгидрохлорида с рН 8.8; 0.5 М буферный раствор трисгидрохлорида с рН 6.8, раствор ДСН, раствор аммония персульфат, тетраметилэтилендиамин. Буфер для образцов: 1М буферный раствор трисгидрохлорида с рН 6.8-2.4, раствор ДСН, глицерол, β-меркаптоэтанол, бромфеноловый синий.

Время полимеризации разделяющего геля - 30 мин., концентрирующего -15 мин. при комнатной температуре.

Для визуализации результатов электрофореза окрашивали гели красителем Кумасси синий (Coomassie G-250).

Результаты и обсуждение. В разделяющем геле белки мигрировали в зависимости от длины полипептидной цепи, то есть пропорционально молекулярной массе. В качестве маркера белков применен SigmaMarker, содержащий 12 белков, имеющих молекулярную массу: 205000, 116 000, 97 000, 66 000, 55 000, 45 000, 36 000, 29 000, 24 000, 20 000, 14 200, 6 500 Да. Результаты проведенного анализа показали на электрофореграмме следующее (рис.).



**Рисунок - Электрофореграмма образцов супернатанта фетальных гепатоцитов.
«М» - маркер белков с диапазоном молекулярных масс 6 500 - 205 000 Да**

В исследуемых (рис.) образцах СФГ обнаружено более 12 белковых фракций с диапазоном молекулярных масс от 6500 до 205000 Да. Электрофореграмма позволила выделить две основные фракции с молекулярной массой 14200 Да, 66000 Да и участок, наиболее насыщенный белковыми фракциями с молекулярной массой в диапазоне от 36000 до 97000 Да.

Заключение. Таким образом, с помощью электрофореза в полиакриламидном геле в присутствии додецилсульфата натрия определен размер и субъединичный состав белков образцов супернатанта фетальных гепатоцитов. Результаты проведенного исследования подтверждают сложный и многокомпонентный состав СФГ, содержащий сумму веществ белковой природы, различающихся по молекулярной массе, и требуют дальнейших исследований в этом направлении.

Литература:

- 1 Жетимкаринова А.Д. «Антистрессорная защита клеточными медиаторами при высоком операционно-анестезиологическом риске». Автореферат д.м.н., г. Астана, КазГМА – 2008.- 40с.
- 2 Электрофорез (2.2.31). Государственная фармакопея Республики Казахстан. Том 1, Алматы, «Жибек жолы»-2008. - С. 83-91.
- 3 U. K. Nature. Laemmli. Cleavage of Structural Proteins during the Assembly of the Head of Bacteriophage T4. Nature, 1970; V.227. - P.680-685.
- 4 K. Weber, M Osborn. The Reliability of Molecular Weight Determinations by Sulfate-Polyacrylamide Gel Electrophoresis. The Journal of Biological Chemistry, 1969. Vol.244, № 16, Issue of August 25. - P.4406-4412.
- 5 Доскалиев Ж.А., Байгенжин А.К., Асабаев А.Ш. и др. Медиаторы фетальных тканей: новые возможности «метаболической реанимации» синдрома полиорганной недостаточности у хирургических больных //В материалах международной конференции «Биотехнология и медицина».- Москва, март, 2006г. - С. 43

- 6 Букеева Ж.К. Влияние «медиаторных веществ» фетальных клеток на течение острого и хронического гепатита у крыс (экспериментальное исследование). Автореферат к.м.н. г. Астана, КазГМА – 2007г.- С.20.
- 7 Доскалиев Ж.А., Григорьевский В.П., Асабаев А.Ш., Стикеева Р.К., Жетимкаринова А.Д., Букеева Ж.К., Махмутов А.Т., Нугманов Н.А. Влияние супернатанта фетальных гепатоцитов на биохимические показатели экспериментальных крыс//Материалы III Российской конференции по иммунотерапии – М., 2006.- С. 11
- 8 Докалиев Ж.А., Мустафин А.Х., Жетимкаринова А.Д., Конакбай Б.К., Джуманиязов Д.З., Байменшин Н.С. Медиаторы фетальных тканей в коррекции послеоперационного дистресс-синдрома взрослых // Материалы I конгресса Евро-Азиатского респираторного общества. Москва- 2005.- С.69
- 9 Амирова А.К., Доскалиев Ж.А., Каюпов Б.А., Сапарбаев С.С. Анализ супернатанта спектрофотометрическим методом в УФ- и видимой области спектра//Специальный выпуск ежеквартального научно-практического журнала «Астана Медициналық Журналы» №4 - 2008, с.87-88.
- 10 Долгов В.В., Ованесов Е.Н, Щетникович К.А. Фотометрия в лабораторной практике. СПб. Витал Диагностикс, Москва-2004, 192с.
- 11 Кочубей В.И. Определение концентрации веществ при помощи спектрофотометрии. Руководство к лаб. Работе. Саратов-2008. 14с.

Түйін

ФЕТАЛДІ ГЕПАТОЦИТТЕРДІҢ СУПЕРНАТАНТЫН ЗЕРТТЕУДЕ ПОЛИАКРИЛАМИДТІК ЭЛЕКТРОФОРЕЗ-ГЕЛІН ҚОЛДАНУ

А.К. Әмирова, М.Б. Асқаров, С.С.Сапарбаев, К.Д. Сембаев

Қазіргі кезде феталді жасушалардың құрамы және организмге әсер ету механизімі өте маңызды мәселелердің бірі. Жұмыстың мақсаты гелді электрофорез әдісі бойынша феталды гепатоциттердің супернатантының (ФГС) протеин фракцияларының молекулалық салмағын және құрамын анықтауы болып табылады. Зерттеу жадығаттары ретінде АҚ «ҰҒМО» Жасуша технологиялары және трансплантология орталығының зертханасынан берілген ФГС сынамалары қолданылды. Полиакриламид гелі электрофорез әдістерімен ФГС сынамаларының құрамында молекулалық салмағы 6500 – 205000 Да диапазонында 12-ден жоғары протеин фракциялары анықталды.

Summary

APPLICATION OF POLYACRYLAMIDE GEL ELECTROPHORESIS IN THE STUDY SUPERNATANTS OF FETAL HEPATOCYTES

A.K. Amirova, M.B. Askarov, S.S. Saparbayev, K.D. Sembayev

Currently, topical issues of composition and mechanism of action, conditions of fetal cells in the body. The aim of study was to determine the composition and molecular weight protein fractions of the supernatant of fetal hepatocytes (SFG) by gel electrophoresis. Materials of the study were samples SFG provided laboratory of Center of cell technologies and transplantation JSC «National Research Medical Center». Method of polyacrylamide gel electrophoresis in the samples SFG is defined more than 12 protein fractions with a range of molecular weights from 6500 to 205000 Da.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНСЕМИНАЦИИ ПРИ МУЖСКОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ

*Е.В. Жибитенко, Б.Ж. Абдильманова
Медицинский центр «Экомед - Плюс», Астана*

Введение. Внутриматочная инсеминация (ВМИ) — введение предварительно подготовленной спермы в полость матки. Этот метод оплодотворения наиболее точно имитирует естественный процесс зачатия. Введенная сперма продвигается по маточным трубам к яйцеклетке, затем происходит оплодотворение яйцеклетки. ВМИ часто рекомендуют парам, где партнер не способен доставить сперму шейке матки путем естественного полового акта или имеет легкие/умеренные отклонения параметров спермы, особенно концентрации и подвижности сперматозоидов [1,2].

Беременность при инсеминации случается в 20-25 случаях из ста. В возрасте до 35 лет шансов забеременеть после процедуры инсеминации гораздо больше. Для повышения

шансов оплодотворения используют также методы гормональной стимуляции яичников. Однако инсеминация может проводиться и в естественном цикле созревания яйцеклетки.

Показания к ВМИ являются: невозможность самостоятельного проникновения сперматозоидов в полость матки при патологии шейки матки; снижение подвижности сперматозоидов; иммунное бесплодие; идиопатическое (необъяснимое) бесплодие.

- Противопоказания к ВМИ: непроходимость маточных труб; соматические и психические заболевания, при которых противопоказана беременность; пороки развития и патология матки, при которых невозможно вынашивание; беременности; опухоли и опухолевидные образования яичника; злокачественные новообразования любой локализации; острые воспалительные заболевания любой локализации.
- Возможные осложнения: аллергические реакции, связанные с введением препаратов для стимуляции овуляции; шокоподобная реакция при введении спермы в полость матки; синдром гиперстимуляции яичников; острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы; возникновение многоплодной и/или эктопической беременностей [3,4,5].

Цель исследования. Оценка эффективности ВМИ при лечении мужского бесплодия.

Материалы и методы. В исследование включено 165 пар с мужским бесплодием в медицинском центре «Экомед Плюс» г. Астаны. Пациентам проводилась программа ВМИ.

Обследование и лечение пациентов для подготовки к программе проведено репродуктологами центра. Заключение спермограмм пациентов соответствовали патозооспермии. Клиническое обследование включало изучение клинико-анамнестических данных, сексуальной и эякуляторной функций, оценку общефизического развития и урогенитальное обследование.

Лабораторное обследование включало двукратный анализ спермы, выявление инфекций передающихся половым путем, определение антиспермальных антител. По показаниям исследовали гормональный статус, УЗИ органов малого таза, медико-генетическое исследование.

Клиническое обследование женщин проводили по схеме: оценивали жалобы, анамнез, особенности ранее выполненных общих и гинекологических оперативных вмешательств. Изучали характер менструальной и репродуктивной функций. При объективном обследовании учитывали особенности телосложения, развитие вторичных половых признаков. При гинекологическом исследовании обращали внимание на характер развития женских половых органов, состояние шейки матки, величину, положение, подвижность матки и придатков.

Диагностика инфекционного статуса включала исключение инфекций, входящих в TORCH-комплекс, микроскопию вагинального мазка. Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы оценивали по уровню гипофизарных (ФСГ, ЛГ, пролактин) и половых стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон, тестостерон) в плазме крови. ЭхоГСС и ГСГ для оценки состояния полости матки и маточных труб была произведена 165 пациенткам. При УЗИ органов малого таза определяли положение и размеры матки, оценивали структуру миометрия. Изучали состояние срединного М-эхо: его эхогенность, структуру, величину передне-заднего размера. При исследовании яичников измеряли их размеры, оценивали толщину капсулы, состояние фолликулярного аппарата и стромы яичников.

УЗИ органов малого таза проводилось всем женщинам в циклах, предшествующих стимуляции, в период стимуляции и после процедуры ВМИ.

Обработку спермы для проведения программы ВМИ проводили в градиенте плотности с использованием сред MediCult: в стерильную центрифужную коническую пробирку послойно помещали градиент плотности, состоящий из 0,8 мл SupraSperm 80% и 0,8 мл SupraSperm 50%; на градиент плотности осторожно наслаивали эякулят; пробирку центрифугировали в течение 20 минут при 3000 об/мин.; верхний слой, включающий

остатки спермы, градиент плотности удаляли пипеткой; добавляли 2,0 мл среды, осторожно перемешивали и вновь помещали в центрифугу на 10 минут при 1000 об/мин.; удаляли пипеткой надосадочную жидкость и повторяли шаг 5; удаляли пипеткой надосадочную жидкость, насливали необходимое количество среды и ставили в термостат на флотацию.

После обработки спермы в градиенте плотности повторяли анализ спермограммы. Протокол для ВМИ включал стимуляцию овуляции с 3-его дня менструального цикла до 7-го дня цикла кlostилбегит в дозе 50-100 мг в сутки. На 8-й день при отсутствии доминирующего фолликула назначали р – ФСГ в дозе 75МЕ. УЗИ мониторинг проводили на 8, 10, 12 дни менструального цикла. При достижении 1-го лидирующего фолликула 20-21 мм или 2-3-х фолликулов 18 мм и толщины эндометрия 8-10 мм вводили «овуляторную» дозу ХГ 5000МЕ, ВМИ проводили через 35-36 часов от введения «овуляторной» дозы ХГ и выполняли процедуру с помощью катетеров для ВМИ-Sperm Trans.

В исследование включено 165 пациентов с бесплодием. Средний возраст мужчин составил $37,2 \pm 3,5$ года. Длительность бесплодия варьировала от 1 года до 8 лет. Среди пациентов с патозооспермией наиболее часто выделялись следующие состояния: астенозооспермия - 67,3%, олигозооспермия - 40,6%, тератозооспермия - 18,6%. Сочетанные нарушения в виде олиго-астено-тератозооспермии выявлены у 42,8%.

Также исследованы 165 женщин репродуктивного возраста от 20 до 45 лет. Средний возраст женщин составил $31,1 \pm 0,5$ года. Все женщины имели правильное телосложение, средний показатель массы тела и роста. Все пациентки имели регулярный менструальный цикл. Средняя продолжительность менструального цикла составила $29,1 \pm 0,3$ дня. В исследование не были включены женщины, имеющие в анамнезе оперативные вмешательства на яичниках. У всех пациенток отмечены нормальные показатели клинического и биохимического анализов крови и скрининга на инфекции, обследования на флору и степень чистоты влагалища. При обследовании маточных труб нарушение их проходимости не было.

Таким образом, обследованные пациентки не имели противопоказаний для проведения программы ВМИ.

Результаты и обсуждение. *Оценка эффективности программы ВМИ.* В исследование вошли 165 бесплодных пар с мужским фактором, которым проведена программа ВМИ. Проанализировано 368 циклов стимуляции в ходе проведения 2-3 последовательных попыток. Эффективность программы ВМИ оценивалась в зависимости от различных клиничко-лабораторных показателей, являющихся наиболее практически значимыми.

Процент беременности значительно зависел от возраста женщин, у молодых женщин процент беременности оказался самым высоким. Так, у женщин возрастной группы 20-30 лет процент беременности был в 1,5 - 1,6 раза выше, чем в возрастной группе 31-40 лет и в 3,5-3,6 раза выше, чем в возрастной группе после 40 лет.

Полученные данные позволяют сделать вывод о необоснованности применения программы ВМИ в возрастной группе старше 40 лет. Протокол программы ВМИ включал проведение стимуляции овуляции, целью которой является получение оптимального количества фолликулов - 1-3.

Одним из основных вопросов программы ВМИ при мужском факторе бесплодия являются показатели спермы, при которых возможно проведение программы и получение адекватных результатов. В группе пациентов с количеством сперматозоидов 10-14 млн/мл процент беременности составил 13,3%, в группе с количеством сперматозоидов 15-20 млн/мл - 17,2% и в группе пациентов, имеющих количество более 20 млн/мл - 19,1%. При количестве сперматозоидов до 10 млн/мл процент беременности оказался критически низким - 7,8%.

Установлены низкие показатели процента наступления беременности (7,6%) при наличии быстро подвижных сперматозоидов до 10%. В группе пациентов при наличии 10-

16% сперматозоидов категории «а» процент беременности составил 14,6%, в группе пациентов с 17-24% быстро подвижных сперматозоидов – 16,9% и в группе пациентов, имеющих более 25% быстро подвижных сперматозоидов – 19,1 %.

Самая низкая эффективность программы ВМИ оказалась при наличии морфологически нормальных форм до 8% (7,9% беременности). При увеличении морфологически нормальных форм более 8% отмечается достоверное увеличение показателей беременности (до 16,9%).

Выводы:

1. Программа ВМИ является методом выбора в восстановлении фертильности при мужском бесплодии. При использовании программы ВМИ частота наступления беременности на цикл стимуляции в исследуемой группе составила 20,6% .
2. Программа ВМИ является эффективным методом при определенных показателях спермы (количество сперматозоидов более 10 млн/мл, процент морфологически нормальных форм более 8%, процент быстро подвижных сперматозоидов более 10%) и проведении отработанного протокола, включающего обязательную стимуляцию овуляции, обработку спермы в градиенте плотности и технику внутриматочного введения спермы.
3. Программа ВМИ у бесплодных пар с мужским фактором при определенных показателях спермы должна находиться на первом этапе назначений ВРТ, как наиболее экономически эффективная и обеспечивающая получение адекватных репродуктивных показателей при проведении не менее 3-х попыток.

Практические рекомендации:

1. При мужском факторе бесплодия у пациентов, имеющих показатели спермы: количество сперматозоидов более 10 млн., процент быстро подвижных форм более 10%, морфологически нормальных форм более 8% и в возрасте партнерш до 40 лет, рекомендуется проведение не менее 3-х попыток ВМИ. При отрицательном результате 3-х попыток ВМИ рекомендуется проведение программы ЭКО.
2. Программу ВМИ следует проводить по отработанному протоколу, включающему: проведение обязательной стимуляции овуляции для достижения оптимального числа доминантных фолликулов; назначение «овуляторной» дозы ХГ 5000 МЕ при достижении 1 доминантного фолликула до 21 мм или 2-3 фолликулов до 18 мм и толщине эндометрия 8 мм; обработку спермы в градиенте плотности, позволяющие получить не менее 1-5 млн. быстро подвижных сперматозоидов для инсеминации; проведение процедуры ВМИ через 35-36 часов после введения; «овуляторной» дозы ХГ, внутриматочное введение спермы идентичное эмбриопереносу.

Литература

- 1 Бесплодный брак под редакцией проф. Кулакова В.И., М., 2006- с.337-358, 286-306.
- 2 Андрологические аспекты бесплодного брака. Тер–Аванесов Г.В., практическое руководство, М., 2000- с.68.
- 3 Стимуляция функции яичников. Назаренко Т.А., М., 2009-с.109-134, 57-64.
- 4 Место внутриматочной инсеминации в преодолении бесплодия Корсак В.С., Каменецкий Б.А., Исакова Э.В., Мариченко А.Г., М., Проблемы репродукции, 2001, №5- с.13-17.
- 5 Секреты репродуктивной медицины Чен П.Т.К., Гоулдстайн М., Роузенвэкс З., под общ.редакцией акад. РАМН проф. Кулакова В.И., М., 2006-с.309-316.

Түйін

ЕРЛЕР БЕДЕУЛІГІНДЕ ЖАТЫР ІШІН ҰРЫҚТАНДЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Е.В. Жибитенко, Б.Ж. Әбдильманова

Ерлер бедеулігі факторында жұбай тұқымын құрсақшілік инсеминациялау белгілі бір көрсеткіштер анықталғанда ерлер бедеулігін емдеудің мейлінше жарақатсыз, ауыртпай, әрі тиімді әдісі болып табылады.

Summary

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF THE ENDOMETRIAL INSEMINATION PROGRAMME DEALING WITH MALE STERILITY FACTOR

E. V. Ghibitenko, B.G. Abdilmanova

Endometrial insemination with the husband, sperm in case of the male sterility factor is a painless, less traumatic, cheaper and efficient method of male sterility treating under conditions of certain sperm characteristics.

КИСЛОТНОЕ РАЗЛОЖЕНИЕ ПРОБ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В АВТОКЛАВАХ МИКРОВОЛНОВЫХ СИСТЕМ MILESTONE ETHOS

*Е.А. Киясов, Т.Б. Джалмаканова, Г.С. Габбасова, М.К. Байтанатова
РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» УДП РК*

Сотрудниками отдела санитарно-химических исследований РГП «ЦСЭЭ» УДП РК разработаны методические рекомендации «Методика кислотного разложения проб пищевых продуктов в автоклавах микроволновых систем Milestone ETHOS», утвержденные главным государственным санитарным врачом Республики Казахстан и являются руководством для лабораторий системы санитарно-эпидемиологической службы.

Разложение проб это одна из основных операций в аналитической химии. При разложении пищевых продуктов необходимо обеспечить: полное растворение пробы с удержанием всех компонентов в растворе; минимальное содержание солей в растворе; отсутствие взвесей в анализируемом растворе; минимальное значение поправки «холостого» опыта, особенно при определении примесей.

Классические способы подготовки проб к анализу – кислотное разложение при нагревании в открытом сосуде – не всегда в полной мере обеспечивает выполнение вышеперечисленных условий. Кроме того, этот способ разложения пищевых продуктов является достаточно длительным и трудоемким.

В качестве альтернативы традиционным способом разложения в настоящее время широкое распространение получило микроволновое разложение пищевых продуктов. На сегодняшний день микроволновое кислотное разложение исследуемых образцов является общепризнанным стандартом в подготовке проб для спектральных методов анализа, таких как атомная абсорбция.

Преимуществом системы микроволнового разложения в автоклавах являются: многократное сокращение времени протекания реакции (за счет повышения температуры, при повышенном давлении в закрытых системах и увеличения подвижности частиц в поле); микроволновое излучение нагревает весь объем жидкости, не нагревая сосуд, в результате чего раствор очень быстро достигает температуры кипения; снижение расхода кислот; задержка паров кислот, угрожающих безопасности и здоровью оператора.

Закрытые системы позволяют предотвратить: потери летучих элементов, загрязнение образца из атмосферы.

Процесс протекает в автоматическом режиме без контроля оператора. Безусловным лидером в разработке и производстве микроволновых систем пробоподготовки является фирма Milestone, которой принадлежат ключевые технологические и конструктивные решения в данной области.

В основе микроволновой технологии пробоподготовки Milestone лежит высоконадежный самогерметизирующийся автоклав для разложения третьего поколения. Автоклавы устанавливаются в специальный ротор и герметизируются с помощью калиброванного динамометрического ключа. При этом предельно допустимое давление во всех автоклавах ротора будет одинаковым. Если давление превысит

предельно допустимое для данного типа автоклава значение, то специальное пружинное устройство немедленно сбросит внутреннее давление до допустимых значений, приоткрыв и сразу закрыв ячейку. В отличие от других конструкций, использующих мембранные клапаны, сбрасывается только давление, при этом образец (включая летучие элементы) остается внутри автоклава. Автоклавы Milestone легко собирать и открывать в отличие от сосудов иных конструкций, использующих неудобные одноразовые расходные материалы. Вскрывают автоклавы на специальном прочном монтажном столике, при этом нет необходимости держать сосуды в руках.

Управление (рисунок) системами пробоподготовки Milestone осуществляется через специализированные контроллеры с сенсорным экраном и встроенным программным обеспечением Easy CONTROL (полностью соответствует требованиям норм GLP).

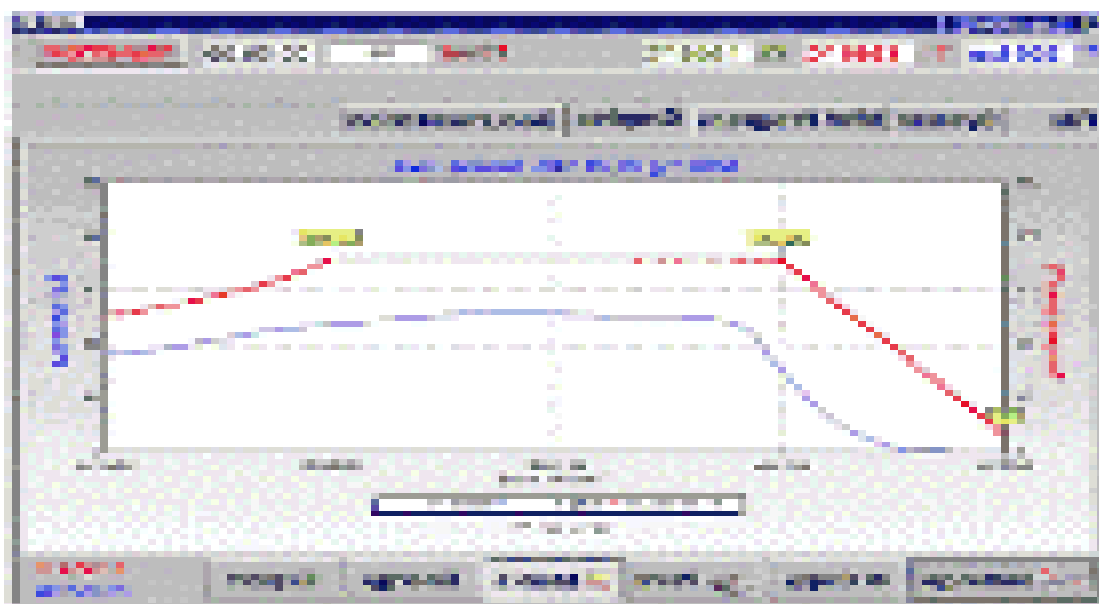


Рисунок - Система пробоподготовки Milestone

Контроль за всеми параметрами процесса микроволновой подготовки проб ведется в реальном времени. Оператор может использовать встроенную библиотеку методов, либо создавать собственные профили давления и температуры (задание метода осуществляется просто и наглядно путем рисования желаемой температурно-временной зависимости непосредственно на экране). Рекомендованные методики и настройки записаны на внешней flash-карте (для модели Ethos1).

Преимущества программного обеспечения Easy CONTROL: контроль всех параметров в он-лайн режиме, температуры с частотой 20 раз /секунду, возможность изменения всех параметров (время, мощность магнетрона, температура, давление) во время работы программы, при этом программа автоматически подстраивается под эти изменения; мощность микроволн регулируется в соответствии с данными о температуре - контроль осуществляется на протяжении всего процесса, что важно для экзотермических реакций; один метод разложения применим к 95% образцов; графическое представление всех параметров; функция разграничения досупа к системе; хранение данных на внешней flash-карте.

Возможность переноса и хранения данных в стандартных программах Microsoft Office.

Комплектации же микроволновых лабораторных систем Ethos 1, Start D разработаны специально для кислотного разложения сложных органических веществ и промышленных материалов (фармпрепаратов, катализаторов, огнеупорных керамик, руд, шлаков и.т.д.). Промышленные образцы обычно требуют полного разложения для контроля качества. Автоклавы микроволновых систем Milestone способны работать при высокой температуре

(до 300° С) и давлении (до 100 атм) в присутствии концентрированных кислот, что обеспечивает полное разложение термостойких и химически стойких материалов. Роторная технология микроволнового разложения Milestone обеспечивает аналитика широкими возможностями, необходимыми при работе с трудными промышленными образцами.

С системой Ethos и правильным выбором автоклавов можно проводить разложение как органической, так и неорганической матриц.

Для подтверждения эффективности микроволновых систем пробоподготовки, мы провели два параллельных исследования с обычной схемой пробоподготовки и пробоподготовки с помощью микроволновой системы на пробах вина и молока.

Так, при пробоподготовке вина обычным способом нам необходимо сначала вино перед минерализацией освободить от углекислого газа. Для этого, пробу вина освобождаем от углекислого газа путем продувания воздуха в течение 3-5мин. при помощи водоструйного насоса. При микроволновом разложении таких манипуляций не производим. При сравнении были получены следующие результаты: во-первых, объемы проб вина и молока для анализа при классической схеме составили 80мл. и 150 мл, а при микроволновом разложении соответственно – 1,5 грамм и 5,0 грамм. Во избежание опасности, были разработаны стандартные параметры растворения пищевых проб в микроволновых автоклавах Milestone согласно таблице 1.

Таблица 1 - Стандартные параметры растворения пищевых проб в микроволновых автоклавах Milestone

Тип пробы	Максимальная температура по методике, 0С	% сухой органики в пробе	Максимальная навеска (исходя из 0,6г сухой органики), г	Количество реагентов, мл	
				HNO ₃ , конц. (65%)	H ₂ O, доведение до min объема 9мл
Пищевые продукты на основе белков и жиров					
Сухое молоко, кофе, какао, молотый горох, соя, комбикорм, сухой корм для животных, витамины, жмых подсолнечный	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	100	0,6	6,0	3,0
Сыр, сырокопченая колбаса, шпроты, сливки сгущеные	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	75	0,8	6,0	2,8
Семга копченая	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	60	1,0	6,0	2,6
Кубик суповой	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	50	1,2	6,0	3,0
Красная икра, яйцо	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	50	1,2	6,0	2,4
Варено-копченая колбаса, жирный творог, мороженое, пломбир	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	45	1,3	6,0	2,3
Свежее мясо, рыба, сметана, вареная колбаса, нежирный творог	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	30	2,0	6,0	1,6
Йогурт, кровь	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-	25	2,4	6,0	1,2

	77				
Цельное молоко	195 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	12	5,0	6,0	0
Пищевые продукты на основе углеводов					
Сухие крупы, мука, зерно, солома, чай, сахар, мед, волосы, ногти	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	100	0,6	6,0	3,0
Хлеб	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	60	1,0	6,0	2,6
Вино крепленое	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	40	1,5	6,0	2,1
Яблоки, сухое вино, морковь, картофель, кабачок	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	20	3,0	6,0	0,6
Огурец, салат	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	10	6,0	6,0	0
Помидоры, арбуз	190 ⁰ С, DF-FO-CCS-77	7	8,4	6,0	0

Примечание * - Использована расчетная формула: Максимальная навеска= (100%*0,6)/% сухой органики.

Техника работы приведена в таблице 2.

Таблица 2 - Процесс растворения

Этап	Время	Температура	Мощность излучения
1	5 мин	80 ⁰ С	350 Вт
2	3 мин 30с	160 ⁰ С	800 Вт
3	4 мин 30с	195С	1000 Вт
4	12 мин	195 ⁰ С	800 Вт

Как видно из таблицы 2 , микроволновое разложение пробы вина позволяет существенно сократить время на подготовку проб к анализу по сравнению с классическими способами.

Техника работы с пищевыми продуктами: помещаем TFM сосуд на платформу весов, исключаем вес сосуда и отмериваем 1,5 мл. образца. Следим за тем, чтобы вся проба была перенесена на дно сосуда→размещаем TFM сосуд в защитном экране НТС→добавляем 3 мл Н₂О, затем 6 мл ННО₃ 65%, после чего осторожно перемешиваем раствор →закрываем сосуд и помещаем его в сегмент ротора, затем затягиваем динамометрическим ключом→вставляем сегмент в камеру микроволновой системы и подсоединяем температурный датчик→проводим микроволновую программу до завершения →охлаждаем ротор воздухом до комнатной температуры →открываем сосуд и переливаем раствор в мерную колбу.

Таким образом, процесс минерализации пробы, включая упаривание образца на водяной бане досуха, озоление в муфельной печи и выпаривание кислоты на водяной бане с последующей выдержкой в сушильном шкафу соответственно составил 10 - 12 часов, а при микроволновом разложении, включая микроволновую программу и охлаждение ротора – 55 минут.

Таблица 3- Длительность подготовки проб к анализу

Наименование пробы	Классический способ разложения	Микроволновое разложение
Вино	11 час.20мин.	00 час.55 мин.
Молоко	10 час.00мин.	00 час.55 мин.

Следовательно, микроволновое разложение проб особенно удобно для подготовки проб к анализу инструментальными методами, так как анализ с помощью аналитических приборов занимает намного меньше времени, чем сама подготовка проб к нему. Подготовленные таким способом растворы использовали для анализа методом атомно-абсорбционной спектроскопии с пламенной ионизацией.

Полноту разложения проб контролировали с помощью государственных стандартных образцов (ГСО) свинца, которые разлагали в микроволновой системе одновременно с анализируемыми пробами в сравнении с классическими способами разложения.

В работе было проведено 8 анализов (4 анализа вина и 4 анализа молока) по определению свинца атомно-абсорбционным методом с внесением ГСО свинца с массовой концентрацией в пробу вина 0,5 мг/дм³ и в пробу молока 0,1 мг/дм³ с использованием 2-х способов пробоподготовки. По результатам содержания свинца в пробах, полученных двумя способами пробоподготовки, видно, что они хорошо сопоставимы между собой. Незначительное расхождение в значениях, а именно занижение результатов можно объяснить неравномерностью содержания элементов в исследуемых пробах и потерей летучих элементов при классической пробоподготовке.

Таблица 4 - Содержание свинца (мг/дм³) в пробах, полученных в результате микроволновой и стандартной пробоподготовки

Наименование пробы	Классический способ разложения	Микроволновое разложение
Вино	0,496	0,501
	0,495	0,500
	0,495	0,502
	0,496	0,501
Молоко	0,084	0,102
	0,089	0,101
	0,091	0,100
	0,093	0,103

По результатам работы сделаны следующие **выводы**: сравнение значений содержания тяжелых металлов в пробах, полученных в результате 2-х способов пробоподготовки, показало высокую сходимость результатов; метод микроволнового разложения проб может рекомендоваться как перспективный экспрессный метод.

Литература:

1. Методика № DG-FO-CCS-77.
2. Методика № DG-FO-CCS-76.
3. Пробоподготовка в микроволновых полях. Теория и практика /Пер. с англ. под ред. Г.М. Кингстона, Л.Б. Джесси. – М.: Мир, 1991.– 350 с.
4. Бок Р. Методы разложения в аналитической химии. / Пер. с англ.; Под ред. А.И. Бусева, Н.В. Трофимова. М.: Химия, 1984. 432 с.
5. The use of microwaves in wet digestion of a biological substance with a view to assay of mercury by Atomic Absorption Spectrometry (A.A.S.) Ministry of agriculture direction of the quality. Cneva. Paris M.G. Schnitzer Pittsburgh Conference 1988 Microdigest A300.
6. Analysis of Arsenic in foodstuffs by hybride generation A.A.S. Comparison of 2 digestion technics: Microwave ashing dry ashing national center for veterinary and food sciences. Central laboratory of food hygiene. schnitzer M.G. Pittsburgh conference. 1990. microdigest a 300.
7. Microwave-induced sample digestion: Evaluation and applications in analysis. Rhone poulenc industrialisation. 69151 decines charpieu M.D. Didenot pittsburgh conference 1988.

Түйін

**MILESTONE ETHOS ШАҒЫН ТОЛҚЫНДЫ ЖҮЙЕЛЕР АВТОКЛАВТАРЫНДАҒЫ АЗЫҚ-ТҮЛІК
СЫНАМАЛАРЫНЫҢ ҚЫШҚЫЛДЫ БҰЗЫЛУЫ**

Е.А. Қиясов, Т.Б. Джалмақанова, Г.С. Фаббасова, М.К. Байтанатова

Сынамаларды микротолқынды еріту әдісі көпшілікке танымал экспресс әдісі болып табылады. Автоклаптағы микротолқынды жүйелі ерітудің ерекшеліктері мынада: реакция жүргізу ұзақтығының едәуір қысқаруы (температураның ұлғаюы, жабық жүйенің ішіндегі қысымның жоғарылауы және бөлшектердің қозғалысының артуы нәтижесінде), ұшқыш элементтерді шығындалуын, қышқыл шығынын азайтады, оператордың қауіпсіздігі мен денсаулығына қатер төндіретін қышқыл буынан сақтандырады.

Summary

**ACID DECOMPOSITION OF FOOD SAMPLES IN AN AUTOCLAVE MICROWAVE SYSTEMS
MILESTONE ETHOS**

E.A. Kiyasov, T.B. Dzhalmakanova, G.S. Gabbasova, M.K. Baytanatova

The method of microwave decomposition of tests can be recommended as a perspective express method. Advantage of system of microwave decomposition in autoclaves are: repeated reduction of time of course of reaction (at the expense of rise in temperature, at an elevated pressure in the closed systems and increases in mobility of particles in the field); microwave radiation heats up all volume of a liquid, without heating up a vessel therefore the solution very quickly reaches boiling temperatures, decrease in the expense of acids, delay of steams of the acids menacing to safety and health of the operator.

**КОЛЛОИДНЫЕ ФИТОФОРМУЛЫ –
НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ФИТОТЕРАПИИ**

Ю.М. Мохир

Институт здоровья человека, г. Караганда

Действующим началом современных фармацевтических препаратов являются химические соединения, выделенные из растительного, животного или микробиологического сырья, либо их модифицированные аналоги, либо соединения, полученные в результате органического синтеза. Эти препараты весьма эффективны в острых ситуациях. Вместе с тем, длительное их использование для лечения хронических патологий весьма проблематично вследствие наличия множества побочных эффектов. Теоретически единственной реальной альтернативой фармпрепаратов являются фитопрепараты, однако их ахиллесовой пятой до последнего времени оставалась низкая эффективность.

Подлинным прорывом в производстве фитопрепаратов нового поколения явилась разработка технологии Advanced Liquid Technology (Университет Бристоля, Великобритания), которая предоставляет возможность произвести фактически любой продукт, в т. ч. и лекарственные растения, в микроактивированной коллоидной форме. Данная технология позволяет составлять комплексы из множества компонентов, каждый из которых остается активным и доступным для организма, но находится в формуле обособленно. Единственным обладателем этой технологии является компания AD Medicine International LTD (США) – мировой лидер в области производства уникальных фитопрепаратов нового поколения. Компании AD Medicine Международным союзом перспективных технологий здоровья (Global Union of Progressive Technologies in Health) присвоен знак высшего качества коллоидных технологий «Гарантированная биодоступность» [1].

Коллоидные фитоформулы AD Medicine (КФФ) – это многокомпонент-ные препараты коллоидного характера, в состав которых входят лекарственные растения и их компоненты, природные нутриенты, природные витамины и минералы, а также вода, обладающая свойствами талой ледниковой воды.

В составе КФФ содержатся лишь те компоненты, эффективность которых доказана многовековым опытом народной медицины и новейшими клиническими исследованиями.

Для КФФ характерна сбалансированность состава – строго определенное соотношение стандартизованных компонентов в соответствии со своим назначением.

В составе КФФ отсутствуют гормоны, психотропные и наркотические вещества, консерванты, ненатуральные красители и вкусовые добавки, а также геномодифицированные компоненты и нанокomпоненты.

Производство КФФ осуществляется в США в соответствии с самым жестким фармакопейным стандартом ВОЗ – GMP. Этот стандарт предусматривает наличие соответствующих производственных помещений, современного оборудования, совершенных технологических процессов, квалифицированного персонала, использование высококачественного исходного сырья, а также многоступенчатый контроля на каждом этапе производства.

Особенности биологической эффективности КФФ обусловлены следующими свойствами.

КФФ по физическим свойствам сходны с жидкими средами организма (кровью, лимфой, внутри- и межклеточной жидкостью), естественны для структур и тканей организма, вследствие чего биодоступность их компонентов достигает 98%. Для сравнения: биодоступность сухих, капсулированных форм, а также жидких экстрактов и простых растворов, отваров, настоек не превышает 6 - 18%.

Наряду со своим основным назначением, каждая КФФ вследствие многокомпонентности состава обладает широким спектром действия и комплексным воздействием на организм.

Сбалансированность состава КФФ обеспечивает потенцирование биологической активности компонентов – взаимное усиление эффекта каждого из них. В результате этого КФФ обладают высокой эффективностью, многократно превосходящей эффективность каждого из компонентов в отдельности.

Малый размер частиц обеспечивает беспрепятственное поступление компонентов КФФ внутрь клеток-мишеней и воздействие на межклеточный матрикс, что обуславливает быстрый позитивный эффект (на 1-й – 3-й день от начала приема).

Для КФФ характерен стойкий и длительный эффект после окончания их приема.

Жидкая форма КФФ позволяет легко и точно варьировать дозировки в зависимости от состояния здоровья и цели их использования – в профилактических оздоровительных программах или с целью коррекции при патологии.

В составе комплексной терапии КФФ хорошо сочетаются с медикаментозными препаратами и усиливают эффект медикаментозной терапии.

Все КФФ совместимы друг с другом, что позволяет использовать их в различных сочетаниях, добиваясь максимального эффекта.

КФФ безопасны при длительном применении. Они лишены побочных эффектов, не вызывают привыкания или зависимости, приятны на вкус.

Единственным абсолютным противопоказанием для КФФ является индивидуальная непереносимость компонентов.

В России процедуру государственной регистрации прошли 22 КФФ. Ниже приводится перечень с указанием их назначения.

АнгиОмега Комплекс (AngiOmega Complex) – регуляция обмена холестерина и активная защита сосудов от атеросклероза.

Анти-Оксидант (Anti-Oxidant) – комплекс каскадных антиоксидантов для улучшения функционального состояния антиоксидантных систем организма.

Артро Комплекс (Arthro Complex) – улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата.

Био-Клинзинг Комплекс (Bio-Cleansing Complex) – активная противопаразитарная защита.

Брейн Бустер (Brain Booster) – улучшение мозгового кровообращения и функционального состояния центральной нервной системы.

Бьюти Нэчурал (Beauty Natural) – улучшение функционального состояния соединительной ткани.

Визио Комплекс (Visio Complex) – улучшение функционального состояния органов зрения.

Детокс (Detox) – улучшение функционального состояния печени, желче-выводящих путей (в т. ч. желчного пузыря) и поджелудочной железы.

Гастеро Комплекс (Gastro Complex) – улучшение функционального состояния желудочно-кишечного тракта.

Имьюн Саппорт (Immune Support) – улучшение функционального состояния (гармонизация) иммунной системы.

Кардио Саппорт (Cardio Support) – улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Лайф Малти Фактор (Life Multy-Factor) – коллоидный сбалансированный витаминно-минеральный фитокомплекс, содержащий 12 витаминов и 11 ионизированных минералов.

Мейл Эктив Комплекс (Male Active Complex) – улучшение функционального состояния мужской половой сферы, в т. ч. предстательной железы.

Ментал Комфорт (Mental Comfort) – антистрессовая защита и улучшение психо-эмоционального состояния организма.

Нефрин Комплекс (Nephro Complex) – улучшение функционального состояния мочевыделительной системы.

Остео Комплекс (Osteo Complex) – улучшение функционального состояния костной системы и системы регуляции обмена кальция.

Реотон Комплекс (Rheoton Complex) – улучшение функционального состояния лимфо-венозной системы.

Слип Контрол (Sleep Control) – формирование восстановительного сна и активная коррекция возрастных нарушений здоровья.

Тирео Саппорт (Thyreo Support) – улучшение функционального состояния щитовидной железы.

Фимейл Эктив Комплекс (Female Active Complex) – улучшение функционального состояния женской половой сферы.

Фо Кидз (For Kids) – гармонизация иммунитета и укрепление здоровья ребенка.

Шугар Бэланс (Sugar Balance) – улучшение функционального состояния системы регуляции обмена углеводов.

Подробная характеристика КФФ приведена в справочных изданиях [1, 2].

В Казахстане свидетельства о государственной регистрации получены для 8 препаратов – Анти-Оксидант, Артро Комплекс, Брейн Бустер, Детокс, Имьюн Саппорт, Кардио Саппорт, Остео Комплекс и Фимейл Эктив Комплекс. Планируется регистрация и остальных КФФ.

В настоящее время детально разработаны схемы использования отдельных КФФ и их сочетаний при различных патологических состояниях [1 – 3].

Накоплен значительный клинический материал о высокой эффективности КФФ и их сочетаний при различных патологиях – сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени, опорно-двигательного аппарата, инфекционных заболеваниях, хроническом стрессе и др. [4].

Использование КФФ в составе комплексной терапии повышает эффективность лечения, позволяет снизить объем медикаментозной терапии – уменьшить число применяемых фармпрепаратов и их дозы – и, тем самым, уменьшить их побочные эффекты, а в перспективе в ряде случаев – вообще отказаться от медикаментозной терапии.

КФФ улучшают самочувствие, позволяют добиться компенсации заболевания и повысить качество жизни.

Наряду с высокой клинической эффективностью получены убедительные доказательства экономической целесообразности использования КФФ [5].

КФФ высоко эффективны при преморбидных состояниях (состояниях «предболезни»).

КФФ могут использоваться для улучшения функционального состояния (расширения функциональных возможностей и поддержания на оптимальном уровне) отдельных органов и систем, что особенно желательно в условиях повышенной нагрузки на эти системы. Это создает теоретическую основу применения КФФ для целенаправленной профилактики той или иной патологии при предрасположенности к ней и/или повышенном риске ее развития.

КФФ способны в значительной мере снижать влияние негативных факторов современного образа жизни (отрицательных последствий современной цивилизации) на организм, реально противостоять ослаблению организма и его преждевременному старению. В этом плане весьма перспективным представляется использование КФФ в общеоздоровительных и противовозрастных (anti-age) программах.

Все вышеизложенное позволяет рассматривать КФФ как важнейшую составную часть новых технологий здоровья [6].

Литература:

1. Профессиональная забота о здоровье и долголетию. Коллоидные фитоформулы ЭД Медицины (Справочник продукции ЭД Медицины, изд. 9-е, доп.). - Лос-Анжелес - София - Москва, 2010. - 284 с.
2. Мохир Ю. М., Мягкова Т. В., Гаркавцева О. А., ред. Коллоидные фитоформулы ЭД Медицины (Краткий справочник, изд. 2-е, доп). Лос-Анжелес - София - Москва, 2010. - 84 с.
3. Коллоидные фитоформулы ЭД Медицины. Рекомендации по практическому применению. - М., 2009. - 46 с.
4. Эффективность доказана (Сб. науч. публикаций о коллоидных фитоформулах ЭД Медицины). М., 2009. - 48 с.
5. Мищенко Н. Г., Мищенко М. А. Исследование доказательств клинико-экономической эффективности применения коллоидных фитоформул ЭД Медицины у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. - Нижний Новгород, 2008. - 34 с.
6. Мохир Ю. М. Коллоидные фитоформулы как составная часть новых технологий здоровья. / Валеология (Астана), 2008, № 4, 62 – 66.

Түйін

КОЛЛОИДТЫ ФИТОФОРМУЛАЛАР –ФИТОТЕРАПИЯНЫҢ ЖАҢА БЕЛЕСТЕРІ

Ю.М.Мохир

Осы ғылыми жұмыста AD Medicine коллоидты фитоформулардың (КФФ) құрамындағы ерекшеліктер, оларды өндіру жолдары және биологиялық әсерлері жан-жақты сипатталған. Барлығы 22 КФФ тізімі тәжірибеге алынып, олардың қолданылуы көрсетілген. Кейбір КФФ-лардың жоғарғы деңгейдегі әсерлері салдарынан әртүрлі патологиялық жағдайларда емдеу жұмыстарына келетін зияндар ескеріліп, оларды алдын ала болдырмау жолдары осы зерттеу жұмысында негізге алынып, КФФ денсаулық сақтау технологиясының жаңа әрі маңызды бағыттағы бөлімі екені дәлелденеді.

Summary

COLLOIDAL PHITOFORMULATIONS –NEW HORIZONS OF PHITOTHERAPY

Y.M. Mokhir

The work contains the general characteristic of AD Medicine colloidal phitoformulations (CPF) – special features of their formula, manufacture and biological efficiency. It has also the list of 22 CPF with their prescriptions specified. High efficiency of specific CPF and their combinations for prevention and correction of various pathological conditions has been demonstrated, which allows considering CPF as the most significant component of new health technologies.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ РЕЗЕКЦИЯХ НА ФОНЕ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА

*А.А. Музаффарзаде, Э.А. Искендеров, Ф.Х. Алиев, Г.Дж. Мамедбекова,
С.В. Кулиева*

*Научный Центр Хирургии им М.А.Топчибашева,
Центральная Экспериментальная Лаборатория, Баку, Азербайджан*

Введение. Печень является органом с огромными приспособительными ресурсами и регенераторными свойствами. Нередко эти возможности переоцениваются, так как при обширных резекциях оставшаяся часть печени проявляет неспособность, выполнять все функции органа на соответствующем уровне. С помощью новейших технологий (лазерный скальпель, ультразвуковой нож, неон – аргоновый коагулятор и др.) гемигепатэктомии выполняется специализированными хирургами относительно легко. Для предотвращения потери крови во многих клиниках применяется так называемый «маневр Прингла», что означает временное сжатие магистральных сосудов печени [1,2,6,9]. Факт развития реперфузионного повреждения печени после восстановления кровотока является грозным осложнением, пути профилактики и лечения которого до сих пор остается актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии.

Реперфузионное повреждение проявляется более ярко при цирротически измененном печени [1]. Нередко в первые дни после операции возникает и в скором времени прогрессирует печеночная недостаточность, которая сопровождается трудно корригируемыми изменениями в различных органах и системах организма, прогрессирующими метаболическими нарушениями и тяжелыми формами эндотоксемии. Данные в литературе показывают что, паренхима печени с признаками цирроза более чувствительна к реперфузионному повреждению [3,4,8]. Результаты операций во многом зависят от морфофункционального состояния гепатоцитов в оставшейся части печени, что непосредственно связано с кровоснабжением и энергетическим балансом.

В хирургических центрах различных стран для профилактики реперфузионного повреждения и с целью улучшения морфофункционального состояния гепатоцитов применяется ишемическая подготовка печени (ischemic preconditioning) [1,4,5]. Ишемическая подготовка (ИП) печени, это кратковременные фазы ишемии и реперфузии, периодически повторяющиеся по 2-3 раза до основных хирургических вмешательств, перед длительной времени ишемии.

Целью исследования явилось оценка эффективности ИП на фоне билиарного цирроза после гемигепатэктомии на крысах в экспериментальных условиях.

Материалы и методы: Исследования проводилось на белых крысах весом 250-300 гр в Центральной Лаборатории Медицинского Университета. Крысы были подразделены на 4 группы. Первые две считались контрольными, где в первой производилась резекция печени, а во второй перед операцией накладывали сосудистый клип на магистральные сосуды у ворот печени. В 2 других группах создавался модель билиарного цирроза, путем перевязки общего желчного протока (ОЖП). Операции проводились под внутримышечным введением кетамина-тиопенталовой смеси. Срединным разрезом открывалась брюшная полость, ОЖП выделялся в толще гепатодуоденальной связки, перевязан и пересечен между двумя лигатурами, отрезок протока длиной в 2см был извлечен для предотвращения реканализации. Крыс держали в лабораторных условиях неделю, после чего производилось релапаратомия и резекция печени. В 3-й и 4-ой группах соответственно останавливали приток крови к органу путем наложения клипа на печеночную артерию и портальную вену, в течение 60 минут. 3-я группа отличался от 2-ой группы тем, что резекция печени осуществлялось на фоне развивающегося билиарного цирроза. В 4-й группе до операции применялось ИП печени по схеме 10 минут ишемии + 5 минут реперфузия + 15 минут ишемия + 5 минут реперфузии.

Стандартные ферменты: АлАТ, АсАТ, Щелочная фосфатаза (ЩФ), γ – глутамил транспептидаза (ГГТ) отражающие функциональную активность печени и количество общего билирубина измеряли на биохимическом анализаторе 1, 3 и 24 часов после резекции. Куски печеночной ткани, взятые в те же часы после резекции фиксировались 10%-м растворе формалине, обрабатывали парафином, срезы толщиной 5,0 – 8,0 мкм окрашивали гематоксилином-еозином и по методу ван-Гизона после чего изменения в структуре органа изучали под световым микроскопом.

Статическая обработка данных производилась с помощью параметрических (Стюдент) и непараметрических (Манна-Уитни) методов. При $p < 0,05$ разница между группами считался достоверным.

Результаты и обсуждение: У крыс первой группы, где производилась резекция печени, несмотря на короткий срок длительности операции и аккуратность манипуляций, агрессия вмешательства дала о себе знать в биохимическом анализе крови (таблица).

Таблица - Изменения активности ферментов в первой группе

Ферменты	1 час после рез.	3 час после рез.	24 час после рез.
АсАТ е/л	325,6±20,2	718,5±22,4 **	263,5±11,5 *
АлАТ е/л	247,7±9,1	419,8±18,5**	136,1±3,5**
ЩФ е/л	13,2±0,6	19,0±0,5**	9,0±0,3**
ГГТ е/л	493,5±14,5	669,5±19,8**	332,3±9,7**

Примечание - Достоверность различия между показателями. По сравнению с 1 час после резекции * – $p_0 < 0,05$; ** – $p_0 < 0,01$.

Как видно из таблицы на анализах крови взятых через час после резекции АсАТ было 325,6±20,16 е/л; АлАТ 247,7±9,055 е/л; ГГТ 13,23±0,649 е/л и ЩФ 493,5±14,46 е/л. Статически достоверного подъема в количестве общего билирубина не наблюдалось. Отмечалось активность ферментов, и через 3 часа после операции достигло максимального уровня. После суток от проведенного вмешательства отчетливо было видно тенденция к улучшению, и в сравнение с первым часом активность ферментов достоверно снизился, приближаясь к нормативным показателям.

При гистоморфологическом обследовании, через час после резекции в контрольной группе выраженных патологических изменений выявить не удалось. Дольчатая структура и нормальное радиальное строение гепатоцитов сохранено. Но в некоторых местах центральной зоны определялось расширение вен, отечность гепатоцитов в малом количестве и зернистость цитоплазмы. Цитоплазмы же гепатоцитов в периферических участках были более прозрачны. В общем, морфологические изменения от нормальных показателей отличались незначительно (рисунок 1).

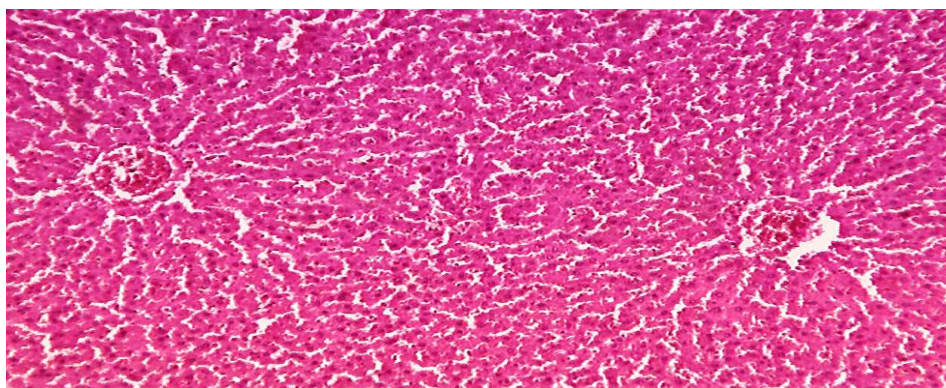


Рисунок 1- Контрольная группа - 60 минут после резекции: Дольчатое строение сохранено. Окраска – гематоксилин-эозин. Увеличение об.200к.10.

Во второй группе крыс в первые часы после резекции и соответственно после восстановления кровообращения видимых изменений в оставшейся части печени не наблюдалось. Биохимический анализ крови показал схожие изменения с первой контрольной группой. Макроскопически печень была бледно-розового цвета, увеличенных размеров и тестообразной консистенции. На взятых кусках гистологическое исследование показало дезорганизацию диффузного характера, как паренхиме, так и в строме печеночной ткани.

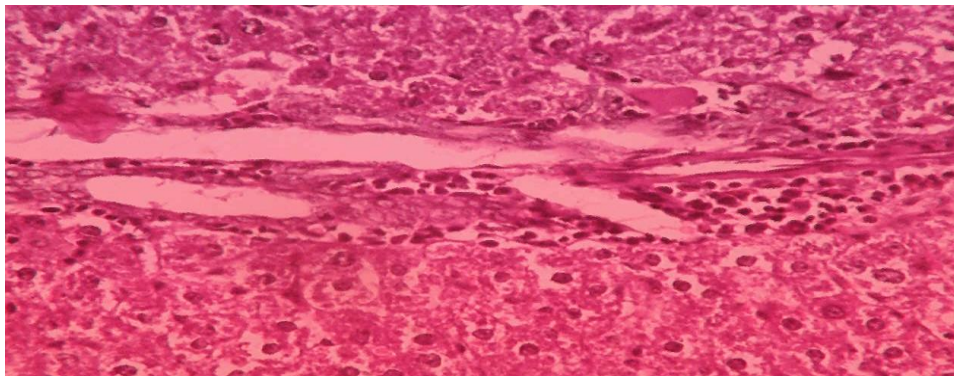
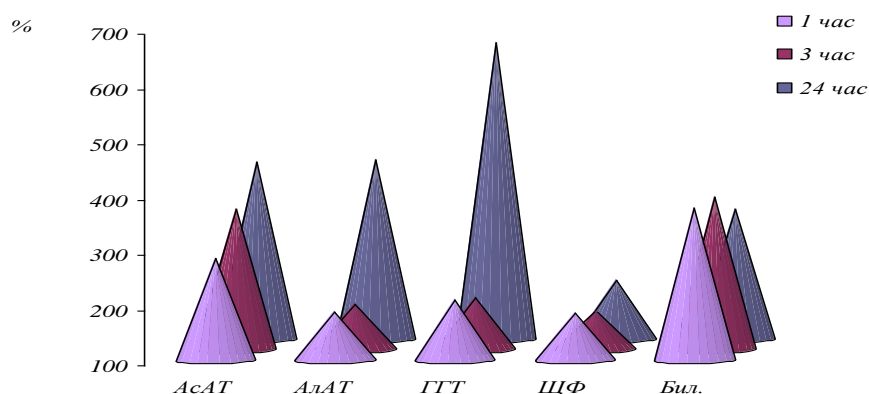


Рисунок 2 - Вторая группа - 60 минут после резекции: Коагуляционный некроз в центре долек. Отек волокнистой соединительной ткани перипортальной зоны. Окраска – гематоксилин-эозин. Увеличение об.40ок.12.

В момент наблюдения множественное число гепатоцитов оказались в состоянии некробиоза, были выявлены центрлобулярные очаги микронекроза. Разрушено балочное строение долек, исчезло радиальный облик гепатоцитов создающих балки, наблюдается вакуолярная дистрофия цитоплазмы многих гепатоцитов. В центрально расположенных гепатоцитах преобладало колликвационный, а в периферических группах коагуляционный некроз. Видны следы клеточной инфильтрации с преобладанием в перифокальных очагах некроза. Портальное и перипортальное соединительнотканый каркас резко отечный, в некоторых участках выделяется изменения похожие на фибриноидного некроза. Микроциркуляторное русло редуцировано, спастическое, основная часть сосудов заполнена детритом и микротромбами. Похожие изменения имели место и с лимфоидными капиллярами, что не наблюдалось в первой контрольной группе крыс. Синусоиды деформированы, контуры четко не выделяются, эндотелиальный слой подвержен деструкции. Наблюдается очаговая пролиферация звездчатых ретикулоэндотелиоцитов в перисинусоидальных участках. В центральных венах и в ветках междольковых вен порталных трактов прослеживается мукоидное опухание сосудистой стенки, гомогенизация и деформация волокнистого каркаса в сочетании с перивазальной лимфоидной инфильтрацией.

В анализах крови взятых на сутки после резекции отмечалось высокие цифры активности ферментов (рисунок 3)



1-я группа – 100%

Рисунок 3 - Изменения в биохимическом составе крови второй исследуемой группы

Помимо этого повышался уровень билирубина в крови, в основном как считаем за счет свободной фракции, что возможно связано потерей функциональной активности гепатоцитов улавливать желчные кислоты в крови на фоне гипоксии.

С целью выявления нарушений связанных с агрессивным воздействием реперфузионного повреждения в патологически измененной печени создавалась модель вторичного билиарного цирроза. Задачами явились выяснить в динамике изменения в морфологической структуре в оставшееся части печени через час после резекции и анализах биохимического состава крови.

В третьей группе после моделирования билиарного цирроза перед операцией наблюдался зеленовато-желтого цвета печень, с неравномерными контурами и бугристой поверхностью. Биохимический анализ крови (повышенная активность ферментов и высокий уровень билирубина) и макроскопическая картина печени свидетельствовали в пользу правильности моделирования.

Морфологический анализ, проведенный через час после резекции ещё раз доказал серьезные патологические нарушения в структуре печени связанные с реперфузионным повреждением. По сравнению с предыдущими группами у крыс на фоне билиарного цирроза наблюдалось прогрессирование патологического процесса. Большинство долек имеют тотально зернистый характер и подвержены гидропической дистрофии. Стерлась балочно-радиальное строение долек. В центрлобулярно расположенных гепатоцитах выделяется коагуляционный и колликвационный типы некроза. В очагах некроза наблюдалось огромное количество пигмента липофусцина. Привлекает внимание скопление в периферических гепатоцитах капель жира, как основной показатель гипоксии. В портальных и перипортальных участках помимо резко выраженного отека стромы, выявляется разрыхление волокнистого каркаса и распространение дезорганизации на соседние участки. Объём соединительной ткани увеличивался в перисинусоидальных участках. Результатом этого в печени выделяется не только элементы острой ишемии, но и некротические, дистрофические и склеротические изменения характерные для хронической гипоксии тканей. На местах крупных некрозов гепатоцитов появились участки некротически-детритные массы с жировыми включениями. Клеточная инфильтрация в перипортальных и перисинусоидальных участках внедрились в глубь долек. Терминальные ветви печеночной артерии и портальной вены находились в спастическом состоянии и деформированы. Просветы микрососудов вблизи центральной вены заполнены тромбами и массами детрита. В некоторых местах паренхимы определялось деформация и тотальная дилатация сосудов

микроциркуляторного русла. Эти изменения можно характеризовать как хронический процесс и угнетением регуляторных механизмов самой печени (Рисунок 4).

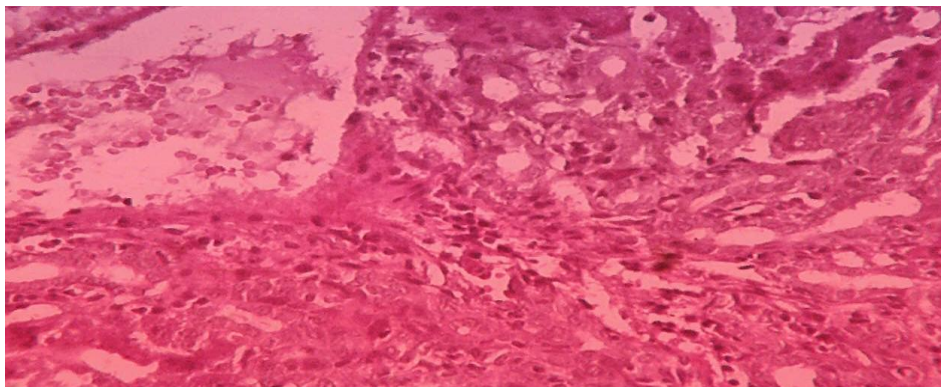


Рисунок 4 - Третья группа - 60 минут после резекции: Некроз гепатоцитов в центролобулярных участках. Портальная и перипортальной зона: расширение синусоидов. Окраска – гемтоксилин-эозин. Увеличение об.20ок.12.

В основной группе предварительно до оперативного вмешательства и естественно перед ишемией и реперфузией, у крыс этой группы применялась техника ишемической подготовки, с целью повышения стойкости паренхимы к реперфузионному повреждению, а также для активизации механизмов саморегуляции печени. Ишемическая подготовка печени проводилась по вышеупомянутой методики, после резекции органа проводился сравнительный анализ биохимических показателей крови и патоморфологической картины взятых кусков ткани.

Исследование в четвертой группе доказали все теории высказанные о том, что печень имеет огромные компенсаторные и приспособительные механизмы. Применение ишемической подготовки дала положительный толчок в сторону борьбы с микроциркуляторными сдвигами. Несмотря на 60 минутную ишемию на фоне билиарного цирроза, уже через 1 час после резекции замечена активизация репаративных процессов. Гомогенизация, зернистость и гидропическая дистрофия остаётся таким же, как и третьей группы. Но некрозы в центролобулярных зонах носят эпизодический характер, а в группах периферических гепатоцитов отмечается «ступенчатые» и «мостовидные» микронекрозы. Появление единичных функционально активных гепатоцитов в отдельных участках, говорит о восстановлении регенеративных процессов (Рисунок 5).

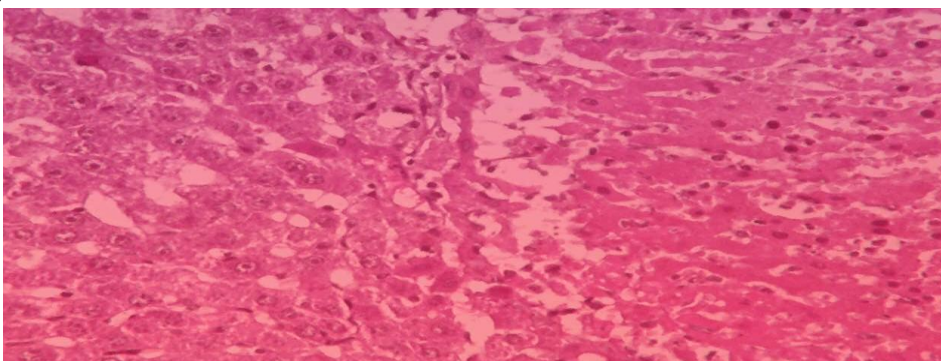


Рисунок 5 - Основная группа - 60 минут после резекции: ступенчатый некроз гепатоцитов в центролобулярных участках. Окраска – гемтоксилин-эозин. Увеличение 20 об. 50ок. 20об.

Перисинусоидальные участки расширены, обнаружена дилатация желчных протоков. В некоторых гепатоцитах помимо скопления липофусцина, можно заметить и желчные

пигменты. Наблюдается слабая деформация микроциркуляторных сосудов портальных и перипортальных зон, некоторые из них закупориваются мелкими агрегатами. Определяется гиперплазия клеток Купфера и эндотелиоцитов в стенке синусоидов, пролиферация холангиоцитов внутри желчных путей. Тонкие стебли из соединительной ткани заметны как в портальных трактах, так и внутри дольки. В портопортальных и порто-кавальных направлениях появляется псевдолобулярное строение долек. Биохимический анализ крови третьей группы на фоне билиарного цирроза показал более выраженные изменения в сравнении контрольной группой. В четвертой группе животных, где применялась ишемическая подготовка печени до резекции, наблюдалось умеренное повышение активности АлАТ и АсАТ и отчетливое снижение после оперативного вмешательства в различные сроки, в сравнении с третьей группой. Патоморфологическая структура печеночной ткани после ишемической подготовки, показал начальные признаки репаративных процессов, чего не наблюдалось в группе без подготовки.

Заключение. Таким образом, исследования показали, что моделирование ишемии-реперфузии сопровождалась рядом выраженными нарушениями морфофункционального состояния печени. Ишемическая подготовка является эффективной процедурой для профилактики реперфузионного повреждения печени после гемигепатектомии. Ишемическая подготовка способствовала повышению активности репаративных и реабилитационных ресурсов органа, что проявлялась повышением морфофункционального состояния печени после обширных резекций, тем самым имея большие перспективы в применении в клинической практике.

Литература:

- 1 Andiran F., Kilinc K., Renda N., Ayhan A., Tanyel FC. Lipid peroxidation and extracellular matrix in normal and cirrhotic rat livers following 70% hepatectomy // *Hepatogastroenterology*. 2003;50: p.805-808
- 2 Ajamieh H., Merino N., Candelario-Jalil E. et al. Similar protective effect of ischaemic and ozone oxidative preconditionings in liver ischaemia/reperfusion injury // *Pharmacol Res*. 2002; 45: p.333-339
- 3 Clavien P., Tdav S., Sindram D., Bentley C. Protective effects of ischemic preconditioning for liver resection performed under inflow occlusion in humans. *Ann Surg*. 2000; 232: p.155-162
- 4 Duenschede F., Erbes K., Riegler N. et al. Protective effects of ischemic preconditioning and application of lipoic acid prior to 90 min. of hepatic ischemia in a rat model / *World J. Gastroenterol.*, 2007, Juli 21, 13(27), 3692-3698
- 5 Fernandez L., Heredia N., Grande L. et al: Preconditioning protects liver and lung damage in rat liver transplantation: Role of xanthine/xanthine oxidase. *Hepatology* 2002;36: p.562–572
- 6 Peralta C., Bartrons R., Riera L. et al: Hepatic preconditioning preserves energy metabolism during sustained ischemia. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2000;279: p.163–171
- 7 Peralta C., Serafin A., Fernandes-Zabelagui L. et al. Liver ischemic preconditioning: a new strategy for the prevention of ischemia-reperfusion injury / *Transplant. Proc*. 2003, Aug., 35(5): 1800-1802
- 8 Casillas-Ramirez A., Mosbah IB., Romalho F., Peralta C. Past and future approaches to ischemia-reperfusion lesion associated with liver transplantation / *Life Sci.*, 2006, Oct.12; 79(20), p.1881-1894
- 9 Nilsson B., Friman S., Gustafsson B., Delbro D. Preconditioning protects against ischemia/reperfusion injury of the liver. *J Gastrointest Surg* 2000; 4. p.44–49.

Түйін

БИЛИАРЛЫҚ ЦИРРОЗ АУРУЫ ТҰСЫНДА БАУЫР РЕЗЕКЦИЯЛАРЫНА ОНЫҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ДАЙЫНДЫҚТАРЫН ЖҮРГІЗУ ТИІМДІЛІГІ

*А.А. Музафарзаде, Э.А. Искендіров, Ф.Х. Алиев, Г.Дж. Мамедбекова,
С.В. Кулиева*

Зерттеу кезінде АлАТ және АсАТ белсенділігінің баяу өсуі және үшінші топпен салыстырғанда әртүрлі уақыттарда жедел араластырудан кейін үлкен мөлшерде бауыр ұлпаларының патоморфологиялық құрылымы ишемиялық дайындықтан кейін дайындықсыз топтарда байқалмаған бастапқы репаративті процестердің белгілерін көрсетті.

Summary

EFFECT OF LIVER ISCHEMIC PRECONDITIONING IN CIRRHOTIC RATS SUBMITTED TO HEMIHEPATECTOMY

A.A. Muzaffarzade, E.A. Iskandarov, F.X. Aliev, G.D.Mambetbecova,
S.V. Kulieva

Ischemia induces significant increase in ALT and AST levels in normal rats after liver resection. Hemihepatectomy during total ischemia led to destructive and dystrophic changes in sinusoids. Morphological changes in cirrhotic liver significantly deeper in non-cirrhotic rats.

ОБЗОРЫ



УДАЛЕНИЕ «ТОЛСТОГО» ХРУСТАЛИКА, КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «АЗИАТСКОЙ» ГЛАУКОМЫ

А.А.Булгакова

Филиал КазНИИ глазных болезней, г Астана

Для республик Средней Азии и Казахстана проблема закрытоугольной глаукомы (ЗУГ) особенно актуальна, где эта форма заболевания является преобладающей среди коренного населения и составляет 43% – 45% среди первичной глаукомы [1,2,3,4,5].

Многочисленные работы исследователей связывают частоту ЗУГ с такими анатомо-оптическими особенностями строения глаз у жителей Азиатского региона, как узкий или закрытый угол передней камеры (УПК), укороченная переднезадняя ось глаза, «толстый» хрусталик, мелкая передняя камера, темнопигментированная радужка, гиперметропическая рефракция [6,7,8,9,10,11]. Продолжающийся рост хрусталика в течении всей жизни усугубляет предрасположенность к ЗУГ [12,13,14].

В основе развития «азиатской глаукомы» лежат нарушения пространственных соотношений иридоцилиарной зоны, увеличение контакта «толстого» хрусталика с цилиарными отростками и радужкой, скопление ВГЖ в водяных полостях стекловидного тела, что способствует возникновению системы внутриглазных блоков (ангулярного, зрачкового, циклохрусталикового, витреохрусталикового). Как видно, хрусталик играет важную роль в патогенезе ЗУГ, особенно при возрастном увеличении его размеров [15,16,17,18,19].

Г.А. Шилкин с соавт.(1977), занимаясь ЗУГ, предлагает следующий алгоритм лечения: при увеличении размеров хрусталика и остроте зрения выше 0,1 и функциональной блокаде УПК показана лазерная иридэктомия или лазергониопластика, при наличии гониосинехий –фильтрующая операция. При остроте зрения ниже 0,1 и функциональной блокаде УПК показана ранняя экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, а при наличии гониосинехий- комбинация с антиглаукоматозной операцией одно- или двухмоментно[20].

И.В.Гудова (1981) на основании гистомикроскопического исследования приходит к выводу о комбинированном механизме гипертензии при хрусталиковом блоке, в связи с чем автор говорит о необходимости проведения сочетанной антиглаукоматозно-хрусталиковой хирургии ургентного плана[21].

С.Н. Федоров с соавт.(1994) рекомендуют при наличии предрасполагающих к хрусталиковому блоку факторов и высокой степени гиперметропии удалять прозрачный хрусталик, благодаря чему углубляется передняя камера и устраняется зрачковый блок[22].

Tanihara H.(1992) , Ritch R.(1995) с соавт. предлагают комбинацию экстракции хрусталика с механическим гониосинехиолизисом [23,24].

Greve E.L., Gunning F.P (1998) сравнили отдаленные результаты лечения хронической ЗУГ путем удаления хрусталика и трабекулэктомии. При сроке наблюдения более 50 месяцев гипотензивный эффект без дополнительной гипотензивной терапии был достигнут в 68% случаев в обеих группах. Острота зрения улучшилась или осталась без изменения в 91% случаев в группе с удалением хрусталика. В 48% случаев после трабекулэктомии произошло ухудшение остроты зрения, в 52% случаев зрение осталось неизменным.. Авторы также сообщают, что в течение послеоперационного периода для стабилизации ВГД и улучшения зрения потребовалась дополнительная хирургия в 27% случаев в 1-й группе и в 80% - во второй.. На основании вышесказанного авторы делают заключение, что фильтрующая хирургия на глазах с хронической ЗУГ связана с неоднократными хирургическими вмешательствами и снижением зрения, вследствие чего они рекомендуют начинать хирургию с удаления хрусталика и в случае некомпенсации ВГД- дополнять ее трабекулэктомией [25].

Padmanahan V. (2002) также предлагает проведение факоемульсификации «толстого» хрусталика в «коротком» глазу как метод лечения ЗУГ[26].

Д.И. Иванов с соавт (2002) считают, что в глазах с мелкой задней камерой, то есть там, где присутствует элемент хрусталикового блока, эффективность фистулизирующих операций значительно снижается. В части случаев гипотензивный эффект получить не удается, а в части случаев он сохраняется кратковременно. Они предлагают лечение данной формы ЗУГ с органической блокадой угла передней камеры путем удаления хрусталика через тоннельный доступ, визуально-контролируемое механическое разделение гониосинехий (гониосинеохилизис) и наложение швов на прикорневую зону радужки[27].

А.Н.Марченко, В.В.Егоров, Е.Л.Сорокин (2006) сообщают о проведении факоемульсификации «толстого» прозрачного хрусталика на обоих глазах у пациентов с гиперметропической рефракцией и отмечают ее эффективность в плане существенного углубления передней камеры, раскрытия УПК и профилактики острого приступа и хрусталикового блока[28].

А.В.Золотарев, И.Г.Стебнев, М.В.Шевченко в результате клинических исследований также пришли к выводу, что хирургическое лечение катаракты методом ФЭК приводит к снижению уровня ВГД от исходного у 86%, причем максимальное снижение уровня ВГД имеет место у пациентов с гиперметропической рефракцией [29].

М.М. Правосудова, Л.И.Балашевич в своих работах доказывают, что удаление хрусталика методом ультразвуковой факоемульсификации с имплантацией ИОЛ у больных с закрытоугольной глаукомой приводит к углублению передней камеры открытию УПК на большем протяжении, что способствует стойкой компенсации ВГД и стабилизации зрительных функций. На основании проведенных исследований авторы рекомендуют ультразвуковую факоемульсификацию как один из способов лечения некоторых форм ЗУГ [30].

Таким образом, по мнению многих авторов, с внедрением современных высокотехнологичных методов ультразвуковой факоемульсификации стало возможным удаление хрусталика независимо от плотности ядра как самостоятельного метода хирургического лечения ЗУГ или в комбинации с гипотензивными операциями. [31-36], с целью открытия УПК и компенсации внутриглазного давления. Среди причин механизма этого процесса указывается на расширение угла передней камеры вследствие удаления хрусталика, открытие фрагментов трабекулярной зоны, ранее не участвовавших в фильтрации [37-39].

Благодаря достижениям офтальмохирургии, активному внедрению хирургии малых разрезов, развитию инновационных технологий ультразвуковой факоемульсификации вопрос о хирургической тактике глаукоме в сочетании с разной степенью помутнений хрусталика претерпел значительные изменения. В настоящее время при наличии медицинских и социальных показаний (удаленность места жительства больного от

центров квалифицированной офтальмологической помощи, уровень его благосостояния) необходимо проведение комбинированных операций – факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ в сочетании с гипотензивным вмешательством. Кроме того, эта, так называемая тройная процедура, более экономична для больного, так как не требует повторных обследований и госпитализации, а также позволяет избежать двух восстановительных периодов, снижающих качество жизни пациентов, особенно трудоспособного возраста [40-42].

Литература

- 1 Ботабекова Т.К. Глаукома // Монография. Алматы, 2003 - 200 с
- 2 Качан Н.А. Особенности диагностики, клиники и лечения первичной глаукомы в Туркменистане: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М., 1980
- 3 Мустафина Ж.Г., Краморенко Ю.С., Егоров Е.А., Добрица Т.А Глаукома. Алматы, 1995. – 183 с.
- 4 Ахророва З.Д. Первичная глаукома в Таджикистане // Клин. Офтальмология.-2002.-Т.3.-32.-С.51-55.
- 5 Файзиева У.С. Разработка патогенетически ориентированных технологий лазерного лечения первичной закрытоугольной глаукомы в Узбекистане: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- Ташкент, 2004.- 45 с.
- 6 Lowe R. F, Creeping angle closure in Asian eyes // Ocular Surg. News.- 1990.- Vol.1.- No.7.-P1, 15.
- 7 Мачехин В.А. Ультразвуковые биометрические исследования у больных глаукомой. Автореф. дис. ...докт. мед. наук.- М., 1974.- 25 с.
- 8 Ширшиков Ю. К. Соотношение некоторых анатомических параметров глаз при первичной глаукоме // Вестн. Офтальм.,-1979.- №1.- С. 13-17.
- 9 Егорова Э.В, Семенов А.Д., Файзиева У.С. Анатомические особенности глаза в определении факторов риска возникновения глаукомы и показаний к своевременному лечению // Ерошевские чтения: Сб. науч. трудов.- Самара.-2002.-С.55-57
- 10 Иванов Д.И. Закрытоугольная глаукома: анатомические и патогенетические особенности лечения // Глаукома.-2004.-№3.-С.40-49.
- 11 Егорова Э.В, Семенов А.Д., Файзиева У.С. Анатомические особенности глаза в определении факторов риска возникновения глаукомы и показаний к своевременному лечению // Ерошевские чтения: Сб. науч. трудов.- Самара.-2002.-С.55-57
- 12 Ремизов М.С., Страхов В.В. Аккомодативные перегрузки и гипертензия глаза // Сб. научных трудов VI всесоюзного съезда офтальмологов, ТомII, Глаукома.-М., 1985.-С.47-49.
- 13 Schachar R.A. Histology of the ciliary muscle-zonular connections // Annals Ophthalmology. – 1996. – Vol.28. – P.70 – 79
- 14 Thornton S.P., Shear N.A. Surgery for Hyperopia and Presbyopia // Baltimore, Md: Williams& Wilkins; 1997.- P.33-36.
- 15 Shingleton BJ, Gamell LS et al. Long-term changes in intraocular pressure after clear corneal phacoemulsification; normal patients versus glaucoma suspect and glaucoma patients // J Cataract Refract Surg 1999; 25:885-890.
- 16 Амансахатов И.А., Сейидов А.С. К вопросу прогрессирования катаракты после антиглаукоматозных операций // Материалы I-ой Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург,-1998.- С.48.
- 17 Francs W.A. Hitchins P.A. Intraocular gas injection in the treatment cornea-lens contact and choroidal effusion following fistulizing surgery // Ophthalmic. Surg. – 1990. – Vol.21. – P.831.
- 18 Ефимова М.Н. Злокачественная глаукома: диагностика, клиника, лечение // Глаукома- 2002.-№ 1.- С.53-60.
- 19 Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Файзиева У.С. Диагностика методом ультразвуковой биомикроскопии системы внутриглазных блоков при закрытоугольной глаукоме у лиц узбекской национальности на фоне псевдоэкзофалиативного синдрома // Глаукома- 2008.-№ 2.- С.15-20
- 20 Шилкин Г.А. Закрытоугольная глаукома: патогенез, клиника, диагностика, лечение и хирургическая профилактика: Дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1982.
- 21 Гудова И.В. Хирургическое лечение факоморфической и факолитической глаукомы: Дис. ...канд.мед.наук.-М., 1981.- 165с.
- 22 Федоров С.Н., Ивашина А.И., Козлов В.И. и др. Способ лечения закрытоугольной глаукомы при гиперметропии высокой степени и коротком глазе.- Авт. Св-во № 2021795.- 1994.
- 23 Ritch R., Bruce M at al. The Glaucomas 2-nd edition.- Mosby, 1997.
- 24 Tanihara H., Nishiwaki K., Nagata M. Surgical results and complications of goniosynechiolysis // Graefe's Arch. Clin. Exp. Ophthalmol./-1992.- Vol.- 230.-No.4.P. 309-313.
- 25 Greve E.L.Primery angle closure glaucoma: extracapsular cataract extraction or filtering procedure ? Ophthalmology. – 1988. – Vol.12. – No 3.-P. 157-162.
- 26 Padmanabhan V/ Reasearcher recommends phaco for treatment of PACG // Eurotimes.-2002.-No.10.- P25.

- 27 Иванов Д.И., Кремешков М.В., Катаева З.В. Технология хирургического лечения проблемных случаев закрытоугольной глаукомы // Глаукома, 2005.-№ 3.-С.
- 28 Марченко А.Н., Егоров В.В, Сорокин Е.Л. Проведение факоэмульсификации при гипертензии, обусловленной увеличением размеров хрусталика // Материалы VII Международной научно-практической конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». Москва, 2006.-С.173-176.
- 29 Золотарев А.А., Стебнев И.Г., Шевченко М.В. Гипотензивный эффект факоэмульсификации катаракты при различных видах клинической рефракции // Сб. научных статей VI Международной конференции. Глаукома: теории, тенденции, технологию.- М.,2008.- С.247-251.
- 30 Правосудова М.М., Балашевич Л.И. Возможности операции факоэмульсификации в лечении больных с закрытоугольной глаукомой // Сб. научных статей IX научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии».- М.-2008.- С.206-210.
- 31 Тимошкина Н.Т., Малюгин Б.Э., Джондоян Г.Т. Современные аспекты одномоментного хирургического лечения первичной глаукомы и катаракты // Новое в офтальмологии.- 1997.- №3.- С.29-33.
- 32 Джондоян Г.Т. Лечение больных открытоугольной глаукомой и осложненной катарактой методом факоэмульсификации с имплантацией заднекамерной интраокулярной линзы и одномоментной непроникающей склерэктомией: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.- М., 1998.- 170 с.
- 33 Фабрикантов О.Л., Белый Ю.А. Влияние технологии удаления катаракты на частоту осложнений в послеоперационном периоде и функциональные результаты // Сб.науч. статей «Современные технологии катаракты»- М.,2000.- С.157-161.
- 34 Курышева Н.И. Ультроструктура катарактального хрусталика при различных методах лечения первичной глаукомы (клинико-морфологическое исследование) // Тезисы докладов VII съезда офтальмологов России - 2000.-С.153.
- 35 Gianoli F., Schnider C. et al. Combined surgery for cataract and glaucoma: phacoemulsification and deep sclerectomy compared with phacoemulsification and trabeculectomy// J. Cataract and Refract. Surg. – 1999.-vol.25.- P.340-342.
- 36 Ботабекова Т.К., Курмангалиева М.М., Иманбаева З.А. Анализ поэтапного и комбинированного хирургического лечения больных глаукомой, осложненной катарактой. // Сб. Материалы международной конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения глаукомы и сосудистой патологии органа зрения» - Алматы, 2005.-С.71-73.
- 37 Obstbaum SA. Cataract surgery and its effect on intraocular pressure (editorial) // J Cataract Refract Surg 1999; 25:887.
- 177 Kim DD, Doyle JW, Smith MF. Intraocular pressure reduction following phacoemulsification cataract extraction with posterior chamber intraocular lens implantation in glaucoma patients // Ophthalmic Surg Lasers 1999; 30:37-40
- 38 Suzuki R, Tanaka K, Sagara T, Fukiwara N. Reduction of intraocular pressure after phacoemulsification and aspiration with intraocular lens implantation // Ophthalmologica 1994; 208: 254-258
- 39 Suzuki R, Kuroki S, Fukiwara N. Ten-year follow up of intraocular pressure after phacoemulsification and aspiration with intraocular lens implantation performed by the same surgeon // Ophthalmologica 1997; 211: 79-43.
- 40 Курмангалиева М.М. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации системы хирургического лечения больных глаукомой // Дисс...докт.мед. наук.-Алматы,2004.-205 с.
- 41 Балашевич Л.И. Экономические и профессиональные проблемы внедрения факоэмульсификации катаракты // Сб. науч. Статей «Современные технологии хирургии катаракты-2001»М.,- 2001.- С.35-39.
- 42 Астахов С.Ю. Современные методы хирургической реабилитации больных с сочетанием катаракты и глаукомы // Офтальмологический конгресс «Белые ночи»- 25-28 мая 1998 г.- С.22-24.

ИНТЕГРАЦИЯ НАУКИ, ОБРАЗОВАНИЯ И ПРАКТИКИ - КАЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

*Р.А.Еркебай, А.К. Тургамбаева, Р.М. Алибаева, А.Т. Улманов, Г.Н. Кыдырова
АО «Медицинский университет Астана» г. Астана
ТОО «Дом здоровья», г. Астана
Национальный научный медицинский центр, г.Астана*

Благополучие и уровень развития любого общества прямо и непосредственно зависят от здоровья его населения. В связи с чем, качественное медицинское обслуживание составляет необходимый компонент качества жизни [1,2].

Сегодня Республика Казахстан за короткий исторический период независимости достигла значительного роста в экономике, интегрируясь с мировым сообществом.

Одной из главных задач в современных условиях реформирования практического здравоохранения и профессионального образования является подготовка компетентных специалистов, которые способны применять свои знания на практике в изменяющихся условиях и чья основная компетенция заключается в умении включаться в постоянное совершенствование профессиональной подготовки на протяжении всей профессиональной деятельности [1].

Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи, указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать четыре ее элемента: квалификацию специалиста; оптимальность использования ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой [2].

К принципам управления качеством, заложенным в основу международных стандартов ИСО серии 9001:2000, отнесен принцип непрерывного улучшения. Постоянное улучшение начинается с человека, с совершенствования его личных качеств, знаний, навыков и умений. Наиболее важным аспектом непрерывного совершенствования является обучение персонала. Качество медицинской помощи не может быть выше уровня полученного образования [2].

В Канаде после окончания медицинской школы канадские студенты-медики сдают государственные экзамены в Медицинском лицензионном совете, который осуществляет их допуск к практической деятельности. Национальные корпорации терапевтов и хирургов в провинциях определяют критерии специализации врача-интерна и дают разрешение на работу в данной провинции. В процессе прохождения специализации врач-интерн дважды сдает экзамены. Кроме того, специальная комиссия из сотрудников больницы, где собирается работать врач, также проверяет его знания и навыки. Каждый врач обязательно должен состоять в профессиональной организации – национальных, провинциальных ассоциациях или объединениях, которые занимаются организацией дальнейшего непрерывного обучения врачей и переаттестацией врачей каждые 10 лет [3].

Стандарты в здравоохранении и медицинском образовании обеспечивают информационную поддержку врача при принятии решений о формах и способах повышения квалификации; создают основу формирования конкретных программ обучения в рамках непрерывного профессионального развития, включающие все виды последипломного образования; создают основу для контроля за процессом обучения на всех уровнях образования в целях обеспечения прав врачей и преподавателей; являются ориентиром, позволяющим определить, в каком направлении следует развивать систему непрерывного профессионального образования [3].

Проблемой, которая назрела, является необходимость прогнозирования потребности государства в определенных специалистах. Существуют тревожные тенденции в подготовке кадров на современном этапе: сокращение удельного веса клинической практики на всех этапах обучения и сужение опыта в плане прохождения клинической практики. Кроме того, отсутствует стандартизация с точки зрения требований и экзаменов [4].

В 36 странах мира существует система последипломного медицинского образования, выполнение требований которой врачами является обязательным для продления действия их лицензий на осуществление медицинской практики.

Структура последипломной подготовки в развитых странах такова: специализация или «продвинутое» медицинское образование с целью приобретения определенной медицинской специальности и продолженное медицинское образование (повышение профессиональной квалификации) врачей-специалистов. Основной формой первичной специализации врача в последипломный период медицинского образования можно считать интернатуру. В тех странах, где она является обязательным условием для

получения права на самостоятельную медицинскую практику, врачи за время обучения в ней последовательно проходят стажировку по основной клинической специальности. Специализация в развитых странах занимает 5-7 лет. Система повышения профессиональной квалификации (непрерывное усовершенствование) – неотъемлемая часть медицинского образования в целом. В большинстве стран усовершенствование медицинских специалистов организовано в форме курсов различной продолжительности, практикуются обязательные программы усовершенствования для врачей с определенной периодичностью [5].

Последипломному этапу медицинского образования Всемирная федерация медицинского образования (ВФМО) придает большое значение, в связи с тем, что на данном этапе врачи, получившие базовое образование, приобретают дополнительные навыки по выбранной специальности. Подготовка специалистов проводится по принципу наставничества, что подразумевает обучение молодых врачей в клинических учреждениях под руководством более опытных коллег, обеспечивающих обучение и наблюдение за работой молодых врачей. Последипломное медицинское образование состоит из прохождения курса обучения перед сертификацией, профессионального обучения, специализации и субспециализации, других формализованных программ обучения для освоения определенных специальностей [6].

Система качества обучения включает непрерывный процесс и «представляет собой совокупность организационной структуры, ответственности, процедур, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством услуг и она является средством, обеспечивающим соответствие услуг установленным требованиям» [7].

Одним из требований обеспечения непрерывности медицинского образования является повышение квалификации медицинского персонала всех уровней - от работников больничных прачечных до руководства больниц. Повышение квалификации медицинского персонала определяют уровень их самооценки, а также, в соответствии с эффектом Хоторна (Hawthorne Effect) и принципами Маслоу в области иерархии потребностей, повышают их мотивацию и стремление к совершенствованию [8].

Сегодня признана ведущая роль США в области здравоохранения на международном уровне. Создание образцовых медицинских исследовательских центров при клинических больницах университетов или медицинских учебных центров при больницах является существенным аспектом национальной программы здравоохранения. Стандарты, достигнутые в подобных центрах, оказывают иницилирующее воздействие на всю систему медицинского обеспечения страны, распространяясь по другим медицинским центрам вместе с научной информацией, полученной в результате исследований, научными публикациями и подготовленными в этих центрах специалистами [9].

Американская ассоциация медицинских специальностей (ААМС) объединяет ассоциации по 24 специальностям. ААМС несет ответственность за официальную аккредитацию медицинских учебных заведений, регламентация деятельности которых также является прерогативой государственных инстанций, ответственных за управление высшими учебными заведениями. [10].

Больницы и страховые компании, в свою очередь, требуют гарантии качества этого «товара» через систему «креденции» (оценки полномочий): проверку наличия доказательств прохождения предыдущих этапов обучения, рекомендательные письма и прочие [11].

Государственное регулирование, выражающееся в форме государственных экзаменов и норм лицензирования, устанавливает стандарты, определяющие уровень подготовки каждого выпускника и медицинского учебного заведения в целом. Федеральными инстанциями и соответствующими департаментами отдельных штатов регламентируются программы повышения квалификации [12].

В последнее время возникло такое мнение, что непрерывное обучение при помощи продолженного медицинского образования (ПМО) - это не только важная часть

профессиональной жизни каждого практикующего врача, но также, и то, что оно может послужить неким дополнением к подтверждению его компетентности на протяжении всей карьеры. Общий комитет Совета Объединений Медицинских Специализаций (СОМС), включающий в себя 13 медицинских организаций, представляющих профильное медицинское образование, впервые был создан в 2002 году для того, чтобы определить оптимальные методы реформирования ПМО и те проблемы, с которыми столкнулась профессия. В результате были сформулированы 6 принципов эффективного продолженного медицинского образования. Эти принципы включают: улучшение качества ухода за пациентами, поддержку профессиональных занятий, оценку профессиональных и образовательных потребностей, пробуждение профессионализма и мотивация учащихся – и при всем при этом ощутимые результаты. Такой подход к ПМО подразумевает, что врач должен пополнять уже имеющиеся навыки обучением на протяжении всей жизни и заниматься самооценкой [13]. Продолженное медицинское образование должно: быть основанным на фактах, научным, современным, объективным, и представленным в беспристрастной форме; иметь объективные, ощутимые результаты, например, сведения о положительных изменениях в практике учащегося; способствовать развитию эффективных методов практики врача в сфере его деятельности; быть положительной частью практики врача, включающей, обучение на протяжении всей карьеры и подтверждение его компетентности; повышать качество здравоохранения путем информирования врачей о сути данного явления; быть инструментом для указания возможных ошибок и повышения безопасной практики при обучении; быть эффективным механизмом для гарантирования непрерывного подтверждения врачом его компетентности.

В рекомендациях делается ударение на качество, компетентность врача-учащегося. Можно проследить два главных аспекта продолженного медицинского образования в будущем: изменение в сторону оценки, основанной на компетентности и гарантирование подтверждения компетентности врача. ПМО необходимо, как часть процедуры возобновления лицензии.

Для Казахстана в условиях стремительно развивающихся противоречивых общественных процессов, глубоких структурных сдвигов в народном хозяйстве при рыночной экономике, признанной развитыми странами, наличии значительной безработицы в ряде отраслей производства эффективная переподготовка дипломированных специалистов приобретает особую актуальность. Наиболее эффективным фактором высокого производства становится человеческий капитал. В этой связи, возникает вопрос: какова роль государства в области образования в условиях глобализации? Конечно, найти однозначный ответ на этот вопрос трудно. Одни ученые подчеркивают все больше негативные моменты в деятельности государства в образовательной сфере. Это в основном касается в странах с развивающейся экономикой — рост коррупции в образовании. Другие, напротив, видят причину в жестком государственном контроле над образованием. А государству приходится искать некий баланс, чтобы уравновесить негативные и позитивные моменты, обусловленные глобализацией. При этом приходится учитывать, что время разработки национальной политики в области образования крайне ограничено вследствие быстрых темпов развития глобализации. Если ранее горизонты социальной политики измерялись 4-5 годами, сегодня программы возникают и "умирают" за год [14].

Литература

- 1 Сафин Г.Ф., Кадыров Г.Р. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. //Казанский медицинский журнал. Казань, 2002, №2, С.142-143.
- 2 Starr P. The Social Transformation of American Medicine.-New York: Basic Books. Inc., 1982, P.56-80.
- 3 Аканов А.А., Каптагаева А.К., Смаилова А.Н. Медицинское образование Казахстана: проблемы и перспективы. Материалы международного симпозиума «Управление качеством медицинской и санаторно-курортной помощи в современных условиях». – Астана- Чолпан –Ата, 2005. с. 257-259.

- 4 О.П. Щепин, В.Б.Филатов, В.С. Нечаев // Последипломное медицинское образование и национальное здравоохранение//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Москва: Медицина, 2002, №5, С.23-25
- 5 Контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: Материалы Российско-Австрийской конференции 103 июля 1998 года /Под ред. В.Ф. Чавпецова, В.Ю. Семенова, К.А. Кудрина. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, С. 138.
- 6 В.А. Никитин, В.В. Филончева «Управление качеством на базе стандартов ИСО 9000:2000. 2-ое изд. – СПб.:Питер, 2004, стр.7.
- 7 Л.К. Мошетова, Ф.Е. Вартамян, Ю.Н. Касаткин, В.Е. Щитинин, С.В. Серый «Проблемы развития последипломного образования специалистов здравоохранения».- Последипломное медицинское образование на современном этапе.- М, 2000.- С.9-17.
- 6 Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005 - 2010 годы. Астана, 2004
- 7 Назарбаев Н.А., Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Казахстан на пути ускоренной экономической, социальной и политической модернизации» от 18.02.2005г.
- 8 Н.К.Хамзина, П.К. Казымбет, В.А. Омарова, Р.Т. Сатыбаева «Унификация стандартов высшего и среднего медицинского образования», Астана, 2004.
- 9 Аканов А.А., Хамзина Н.К., Чукмаитов А.С. «Медицинское образование в США: опыт для Казахстана».- Астана. -2005г.
- 10 Ф.Е. Вартамян, В.А. Алексеев, «Международное сотрудничество и развитие медицинского образования», -М, 2000.-С. 19-27.
- 11 Л.К. Мошетова, Ф.Е. Вартамян, Ю.Н. Касаткин, В.Е. Щитинин, С.В. Серый «Проблемы развития последипломного образования специалистов здравоохранения».- Последипломное медицинское образование на современном этапе.- М, 2000.- С.9-17.
- 12 Международные стандарты ВФМО улучшения качества, Университет Копенгагена, Дания, 2003г.
- 13 Резолюция первой международной конференции «Медицинское образование XXI века», 2000г.
- 14 О.П.Яблонский, В.А. Иванова «Основы стандартизации, метрологии, сертификации» учебник/Серия «Высшее образование» - Ростов-на-Дону, Феникс, 2004г., С.20-25.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ГЕПАТИТА С

К.С. Калиаскарова

Национальный научный медицинский центр, г.Астана

Хронические вирусные гепатиты (ХВГВ) представляют серьёзную проблему современной гепатологии. Во всем мире в ближайшие десятилетия ожидается дальнейшее увеличение числа больных с поздними последствиями вирусных гепатитов, увеличением смертности и расходов, связанных с лечением терминальных форм поражения печени, обусловленных инфицированием вирусами[1]. Высокий риск вирусных гепатитов в качестве предшественников цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) создает необходимость своевременной диагностики и дифференцированного подхода при определении лечебной стратегии.

При назначении противовирусной терапии важно учитывать вероятность неэффективного ответа (около 30%); возможность формирования мутаций вирусов и индуцирования аутоиммунных состояний, усиливающих прогрессирование гепатита.

Вирус гепатита С (ВГС) – одна из главных проблем общественного здравоохранения, и основная причина хронического заболевания печени [2]. По приблизительным оценкам в мире этим вирусом инфицировано около 180 миллионов человек [3]. В США распространенность этой инфекции за период с 1999 по 2002 годы составляла 1,6%, что приблизительно равняется 4,1 миллиона человек с наличием антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС), у 80% которых в крови определяется РНК вируса (виремия) [4]. Гепатит С является основной причиной смерти у пациентов с заболеваниями печени и ведущим показанием к трансплантации печени в США [5]. Расчеты показывают, что смертность, ассоциированная с ВГС (смерть от печеночной недостаточности или гепатоцеллюлярной карциномы) будет продолжать расти в течение следующих 20 лет [6]. Оптимальные методы выявления ВГС-инфекции основаны на скрининге популяции в отношении риска

заражения вирусом в анамнезе с последующим обследованием отобранных людей с поддающимся определению факторами риска [7]. В настоящее время внутривенное введение наркотиков является основным путем передачи ВГС, соответственно все лица, которые практикуют или ранее практиковали внутривенное введение наркотиков, даже однократно, а также лица, применяющие интраназальные наркотики и практикующие применение общих средств для их введения, должны быть обследованы на наличие ВГС инфекции [8,9,10]. Должны также тестироваться лица, перенесшие переливание крови или ее компонентов, или трансплантацию органов. Пациенты с гемофилией должны быть обследованы на ВГС-инфекцию. Сходным образом, лица с необъяснимым повышением уровня активности аминотрансфераз (аланиновой и/или аспарагиновой аминотрансферазы; АЛТ/АСТ), получавшие когда-либо процедуру гемодиализа, дети, рожденные от матерей инфицированных ВГС, или пациенты с ВИЧ-инфекцией должны быть обследованы на предмет наличия ВГС инфекции [11,12]. Другие потенциальные источники передачи ВГС включают сексуальные отношения с инфицированным партнером или с большим количеством сексуальных партнеров, постоянную работу с инфицированной кровью или продуктами крови, в случае медицинского персонала, и выполнение татуировок [13,14,15]. Хотя распространенность ВГС существенно выше среди лиц с большим количеством сексуальных партнеров, передача ВГС половым путем среди моногамных партнеров редкое явление [17,18]. Тем не менее, от 1 до 5% моногамных половых партнеров ВГС-инфицированных лиц также являются анти-ВГС позитивными. Нет необходимости ограничивать обычные бытовые отношения, за исключением тех, которые могут привести к взаимодействию с кровью, таких как использование общей бритвы или зубной щетки. ВГС не передается при объятиях, поцелуях, пользовании общей посудой и грудном вскармливании. Предполагается, что в отношении передачи ВГС потенциально опасны и другие ситуации, включая определенные виды народной медицины (акупунктура, ритуальная скарификация), пирсинг, нанесение татуировок и даже услуги, оказываемые в парикмахерской [19,20]. Передача ВГС при пирсинге, однако, редкое явление и многие пациенты с вирусным гепатитом С, делавшие пирсинг, были инфицированы другими путями [21,22,23]. Таким образом, нет необходимости в рутинном обследовании лиц выполнявших татуирование или пирсинг в отсутствие других факторов риска. Так как симптомы заболевания в основном отсутствуют у пациентов с хроническим гепатитом С, обнаружение инфекции требует скрининга факторов риска, который должен быть выполнен при любой возможности и связан с надлежащим обследованием по поводу ВГС [24]. Для некоторых из этих категорий (например, лица, употребляющие инъекционные наркотики или больные гемофилией) распространенность ВГС очень высокая ($\approx 90\%$); для других (реципиенты переливания крови) распространенность умеренная ($\approx 10\%$). Для остальных (например, лиц, подвергшихся уколу иглой, сексуальных партнеров ВГС-инфицированных лиц) она достаточно низкая (1 - 5 %). Правила надлежащей клинической практики требуют, чтобы все лица, в отношении которых установлено, что они инфицированы ВГС, должны быть проконсультированы о том, как предотвратить дальнейшее распространение вируса. Так как контакт с инфицированной кровью является главным путем передачи вируса, необходимо информировать лиц инфицированных ВГС, что должны быть предприняты меры предосторожности во избежание возможности контакта других людей с их кровью. Это особенно важно для лиц, принимающих инъекционные наркотики, которые являются главным источником ВГС-инфекции, так как у них главным путем передачи является совместное использование игл и другого инфицированного оборудования. Два класса лабораторных методов используются в диагностике и наблюдении инфекции ВГС: серологические методы основанные на обнаружении специфических антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) и молекулярно-биологические методы основанные на обнаружении нуклеиновой кислоты вируса. Тесты, основанные на обнаружении анти-ВГС, используются как для скрининга, так и для

диагностики ВГС-инфекции. Специфичность современных тест-систем для ИФА для анти-ВГС выше 99% [25]. Вероятность получения ложноположительных результатов возрастает при проведении исследования в популяции с низкой распространенностью гепатита С. Получение ложноотрицательных результатов возможно при обследовании пациентов с тяжелой иммуносупрессией, как в случаях ВИЧ-инфицированных, реципиентов трансплантатов внутренних органов, пациентов с гипо- или агаммаглобулинемией или находящихся на гемодиализе. Генотипирование важно в эпидемиологических исследованиях и в клинической практике для определения оптимальной длительности терапии и предсказания вероятности ответа на неё. Вирус гепатита С может быть отнесен к одному из по меньшей мере 6 основных генотипов (с 1 по 6) на основании 30% разницы в последовательности нуклеиновых кислот между изолятами [26]. Наиболее распространен генотип 1 (подтипы 1a и 1b) за которым следуют генотипы 2 и 3. Менее распространенные генотипы 4-6 [27]. Неверное типирование основных генотипов случается редко (< 3%) и смешанные генотипы встречаются также весьма редко. Иногда (< 5%) генотип определить не удастся. Обычно это обусловлено малым количеством вируса в образце, проблемой на этапе амплификации при проведении ПЦР или экстремально высокой вариабильностью генома ВГС [28]. Для диагностики острой или хронической ВГС-инфекции обычно необходимы исследования сыворотки как на наличие антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС), так и РНК вируса. С целью диагностики рекомендуется применять чувствительный количественный анализ РНК ВГС, т.к. он дает информацию об уровне виремии, что полезно для принятия решения о дальнейшем ведении пациента. Дифференциальный диагноз острого и хронического гепатита С основан на клинической картине, а именно, наличии симптомов желтухи и наличии или отсутствии повышенный уровня АЛТ в анамнезе и их длительность. После недавнего инфицирования, РНК ВГС обычно определяется в сыворотке до появления антител, РНК вируса может быть обнаружена уже через 2 недели после инфицирования, тогда как анти-ВГС в общем случае достигают определяемых титров только через 8-12 недель. Эти два маркера ВГС-инфекции могут присутствовать в различных сочетаниях, что требует тщательного анализа для их интерпретации. Необходимо проводить тестирование на РНК_НСV: пациентов с положительным результатом теста на анти-НСV; с использованием чувствительного количественного анализа у пациентов, для которых рассматривается возможность противовирусного лечения; пациентов с необъяснимым заболеванием печени, у которых анализы на анти-НСV отрицательны, но иммунный статус скомпрометирован, или у которых подозревается острая НCV инфекция. Генотипирование ВГС должно проводиться у всех НCV-инфицированных лиц перед началом интерферонотерапии с целью определить дозирование препаратов, продолжительность лечения и вероятность ответа на него. Исследования естественного течения болезни показывают, что от 55% до 85% лиц, у которых развивается острый гепатит С, останутся ВГС-инфицированными [29]. Спонтанное выздоровление при остром гепатите чаще наблюдается у детей и молодых женщин, чем у лиц старшего возраста. Хроническая ВГС - инфекция имеет значение не только для самих инфицированных, но и для тех кто с ними контактируют: у первых имеется риск прогрессии заболевания до цирроза и/или ГЦК, для вторых имеется риск инфицирования при контакте с вирусом. Риск развития цирроза колеблется от 5 % до 25 % в промежутке времени от 25 до 30 лет. Прогрессия заболевания вплоть до развития цирроза может быть ускорена у пациентов старшего возраста, страдающих ожирением, имеющих иммунодефицитное состояние (например, у пациентов с коинфекцией ВИЧ), и употребляющих более 50 гр алкоголя в сутки, хотя точное количество алкоголя, ведущее к прогрессированию фиброза неизвестно. Для лиц с циррозом, в исходе вирусного гепатита С, существует риск развития терминальной стадии болезни печени (30% в течение 10 лет), а также риск развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) (1% - 3% в год). Идентифицировать пациентов с риском развития прогрессирующего заболевания печени трудно. В настоящее

время, предпочтительным подходом является оценка степени фиброза при биопсии печени. Пациенты с отсутствием фиброза или минимальным фиброзом (стадия 0-2 по шкале Ishak или 0-1 по шкалам IASL, METAVIR, Batts-Ludwig) имеют низкий риск осложнений и смерти связанной с заболеванием печени (в течение последующих 10-20 лет). Наличие мостовидного фиброза (например, стадия 3 по шкале METAVIR) является важным прогностическим фактором прогрессии заболевания печени до цирроза и, таким образом, является показанием к проведению лечения. Инфицирование вирусом гепатита С также приводит к развитию внепеченочных проявлений, включая смешанную криоглобулинемию II и III типов. Симптоматическая криоглобулинемия является показанием к противовирусной терапии вне зависимости от стадии заболевания.

Цель лечения – предотвратить осложнения и смерть от ВГС-инфекции. Краткосрочные результаты могут измерены биохимически (нормализация активности сывороточной АЛТ), вирусологически (отсутствие РНК ВГС в сыворотке крови определяемой с помощью чувствительной тест-системы на основе ПЦР), и гистологически (уменьшение степени некровоспалительной активности < 2 баллов при отсутствии утяжеления степени фиброза) [30]. Может развиваться несколько вариантов вирусологического ответа, названные в зависимости от времени их развития в процессе терапии. Наиболее важен устойчивый вирусологический ответ (УВО), определяемый как отсутствие РНК ВГС в сыворотке крови при исследовании чувствительной тест-системой ПЦР через 24 недели после окончания противовирусной терапии. Такая ситуация в общем рассматривается как «вирусологическое излечение». Отсутствие вируса в конце 24-недельного или 48-недельного курса терапии называется непосредственным вирусологическим ответом (НВО). НВО не является надежным предиктором достижения УВО, хотя, и необходим для его развития. Отсутствие развития РВО является наиболее достоверным предиктором отсутствия возможности достижения УВО.

Таким образом, мониторинг кинетики вируса является важным инструментом прогноза достижения УВО. В настоящее время основными трудностями терапии в отношении которых требуются новые подходы для увеличения частоты УВО являются: 1) пациенты, инфицированные 1 генотипом ВГС с высокой вирусной нагрузкой; 2) афро-американцы, инфицированные ВГС; 3) пациенты, которым не удалось достигнуть УВО при применении терапевтических режимов утвержденных в настоящее время.

Литература

- 1 Игнатова Т.М., Абдуллаев С.М., Северов М.В. Факторы прогрессирования хронического гепатита С // Гепатологический форум. - 2005. - №1. - С.11-16.
- 2 Lok A.S., Heathcote E.J., Hoofnagle J.H. Management of Hepatitis B 2000, Summary of a Workshop. Gastroenterology 2001;120:1828-53.
- 3 Gross P.A., Barrett T.L., Dellinger E.P., Krause P.J., Martone W.J., McGowan J.E., Sweet R.L., et al. Infectious Diseases Society of America quality standards for infectious diseases: purpose of quality standards for infectious diseases/ Clin Infect Dis 1994; 18:421.
- 4 McQuillan G.M., Townsend T.R., Fields H.A., Carrol M., Leahy M., Polk B.F. Seroepidemiology of hepatitis B virus infection in the United States. Am J Med 1989; 87(suppl 3A):5S-10S.
- 5 (5)CDC. Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for limiting transmission in the United States through universal childhood vaccination. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991; 40:RR-13:1-25.
- 6 (6)Beasley R.P. Hepatitis B virus: the major etiology of hepatocellular carcinoma. Cancer 1988; 61:1942-56.
- 7 McMahon B.J. Hepatocellular carcinoma and viral hepatitis. In: Wilson R.A., ed. Viral Hepatitis. New York: Marcel Dekker 1997; 315-330.
- 8 Seeger C., Mason W.S. Hepatitis B virus biology. Microbiol Mol Biol Rev 2000;64:51-68.
- 9 Ganem D., Schneider R.J. Hepadnaviridae and their replication. In: Knipe D.M., Howlev P.M., Chanock R.M., Monath T.P., Roizman B., Straus S.E., eds. Fields Virology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2001:2703-37.
- 10 Scaglioni P.P., Melegari M., Wands J.R. Biologic properties of hepatitis B viral genomes with mutations in the precore promoter and precore open reading frame. Virology 1997; 233:374-81.
- 11 Buckwold V.E., Xu Z., Chen M., Yen T.S., Ou J.H. Effects of a naturally occurring mutation in the hepatitis B virus basal core promoter on precore gene expression and viral replication. J Virol 1996; 70:5845-51.

- 12 Locarnini S., Birch C. Antiviral chemotherapy for chronic hepatitis B infection: lessons learned from treating HIV-infected patients. *J Hepatol* 1999; 30:536-50.
- 13 Maynard J.E. Hepatitis B: global importance and need for control. *Vaccine* 1990;8(Suppl):S18-S20.
- 14 Mast E.E., Alter M.J., Margolis H.S. Strategies to prevent and control hepatitis B and C virus infections: a global perspective. *Vaccine* 1999; 17:1730-33.
- 15 Margolis H.S., Alter M.J., Hadler S.C. Hepatitis B: evolving epidemiology and implications for control. *Semin Liver Dis* 1991; 11:84-92.
- 16 CDC. Recommendations for protection against viral hepatitis. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR* 1985; 34:313-35.
- 17 CDC. Prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus: prenatal screening of all pregnant women for hepatitis B surface antigen. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). *MMWR* 1988; 37:341-6.
- 18 Scharschmidt B.F., Held M.J., Hollander H.H., Read A.E., Lavine J.E., Veereman G., McGuire R.F., et al. Hepatitis B in patients with HIV infection: relationship to AIDS and patient survival. *Ann Intern Med* 1992; 117:837-8.
- 19 Rodriguez-Mendez M.L., Gonzalez-Quintela A., Aguilera A., Barrio E. Prevalence, patterns and course of past hepatitis B virus infection in intravenous drug users with HIV-1 infection. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1316-22.
- 20 Bond W.W., Favero M.S., Petersen N.J., Gravelle C.R., Eben J.W., Maynard J.E. Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week [letter]. *Lancet* 1981; 1:550-1.
- 21 Petersen N.J., Barrett D.H., Bond W.W., Berquist K.R., Favero M.S., Bender T.R., Maynard J.E. Hepatitis B surface antigen in saliva, impetiginous lesions, and the environment in two remote Alaskan villages. *Applied Environ Microbiol* 1976;32:572-4.
- 22 Beasley R.P., Hwang L.Y., Lee G.C.Y., Lin C.C., Roan C.H., Huang F.Y., Chen C.L. Prevention of perinatally transmitted hepatitis B virus infections with hepatitis B immune globulin and hepatitis B vaccine. *Lancet* 1983; 1:1099-1102.
- 23 Beasley R.P., Hwang L.Y., Lin C.C., Leu M.L., Stevens C.E., Szmuness W., Chen K.P. Incidence of hepatitis B virus in preschool children in Taiwan. *J Infect Dis* 1982; 146:198-204.
- 24 Corsaget P., Yvonnet B., Chotard J., Vincelot P., Sarr M., Diouf C., Chiron J.P., et al. Age- and sex-related study of hepatitis B virus chronic carrier state in infants from an endemic area (Senegal). *J Med Virol* 1987; 22:1-5.
- 25 McMahon B.J., Alward W.L.M., Hall D.B., Heyward W.L., Bender T.R., Francis D.P., Maynard J.E. Acute hepatitis B virus infection: Relation of age to the clinical expression of disease and subsequent development of the carrier state. *J Infect Dis* 1985; 151:599-603.
- 26 Tassopoulos N.C., Papaevangelou G.J., Sjogren M.H., Roumeliotou-Karayannis A., Gerin J.L., Purcell R.H. Natural history of acute hepatitis B surface antigen-positive hepatitis in Greek adults. *Gastroenterology* 1987;92:1844-50.
- 27 Horvath J., Raffanti S.P. Clinical aspects of the interactions between human immunodeficiency virus and the hepatotropic viruses. *Clin Infect Dis* 1994; 18:339-47.
- 28 Bodsworth N., Donovan B., Nightingale B.N. The effect of concurrent human immunodeficiency virus infection on chronic hepatitis B: a study of 150 homosexual men. *J Infect Dis* 1989; 160:577-82.
- 29 Hoofnagle J.H., Dusheiko G.M., Seeff L.B., Jones E.A., Waggoner J.G., Bales Z.B. Seroconversion from hepatitis B e antigen to antibody in chronic type B hepatitis. *Ann Intern Med* 1981; 94:744-8.
- 30 Viola L.A., Harrison I.G., Coleman J.C., Paradinal F.J., Fluker J.L., Evans B.A., Murray-Lyon I.M. Natural history of liver disease in chronic hepatitis B surface antigen carriers: survey of 100 patients from Great Britain. *Lancet* 1981; 2:1156-9.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ПРИМЕНЕНИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ГЕПАТОЛОГИИ

*К.С. Калиаскарова, Ж.Ж. Байжанова, А.А. Конысбекова, Г.Н. Кыдырова,
Т.Б. Нурпеисова*

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Последние три десятилетия прошлого века и начало текущего характеризовались активным развитием гепатологии. Это было связано с целым рядом причин: ростом вирусных и алкогольных заболеваний печени, научными достижениями в изучении этиологии, патогенеза, клиники, лечения хронических гепатитов (ХГ) и циррозов печени (ЦП). Только от гепатита В за прошедшие 15–20 лет в мире погибло больше людей, чем за Вторую мировую войну, а более 30% трансплантации печени, производимых в мире, связаны с HCV. Не случайно говорят, что заболеваемость вирусными гепатитами В и С

трансформировалась из медицинской проблемы в социальную и представляет реальную угрозу для национальной безопасности страны. В течение прошедших 15 лет открыты вирусы гепатитов С, D, E, F, G, TT, SEN. Вместе с тем вопросы этиотропной и патогенетической терапии остаются наиболее сложной и далекой от своего разрешения проблемой.

Одним из перспективных и наиболее широко обсуждаемых в доступной литературе направлений развития хирургических технологий является изучение и применение стволовых клеток. Результаты экспериментальных исследований по применению стволовых клеток в различных областях хирургии многообещающие и позволяют рассчитывать на прорыв в лечении различных заболеваний печени.

Возможность практического применения стволовых клеток впервые продемонстрирована в 50-х годах XX века, когда группа немецких ученых сообщила, что с помощью трансплантации костного мозга как источника стволовых клеток можно спасти животных, получивших смертельную дозу радиоактивного облучения. Позже А. Кохер с соавторами (Университет Колумбии) продемонстрировали, что введение крысам с экспериментальной ишемией миокарда кроветворных стволовых клеток человека предотвращает отмирание кардиомиоцитов в зоне повреждения, а Бенджамин Рейбинофф с соавторами (университетская больница Хадасса в Иерусалиме) показали, что при трансплантации эмбриональных стволовых клеток человека в желудочек головного мозга мыши они дифференцируются в нейроны.

Накопленный к концу XX века экспериментальный материал позволил надеяться на успешное применение стволовых клеток для лечения таких тяжелых болезней, как цирроз печени, гепатиты, инсульты, сахарный диабет, псориаз, рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера, паркинсонизм, хорея Гентингтона, наследственные болезни крови и лимфопролиферативные заболевания, иммунодефицитные состояния, некоторые врожденные нарушения метаболизма. Разрабатываются подходы к использованию стволовых клеток в терапии аутоиммунных заболеваний, ревматоидного артрита, системной красной волчанки, а также заболеваний сердечно-сосудистой системы [1,2].

Применение клеточных технологий для лечения болезней печени имеет 30-ти летнюю историю. В те времена ещё мало что знали о стволовых клетках и поэтому применяли взрослые клетки печени – гепатоциты для лечения таких тяжёлых состояний, как циррозы, наследственные генные дефекты, токсические и вирусные гепатиты. Эти процедуры представляли собой перфузию крови пациента через аппарат, содержащий взрослые человеческие или свиные гепатоциты. Проведение таких процедур позволяло многим пациентам выйти из тяжёлой печёночной комы и поправиться. Этот метод не получил широкого клинического распространения в связи со сложностью технологического процесса и кратковременностью эффекта. В настоящее время эта технология применяется в ряде центров, как правило, в качестве «моста» к трансплантации органа и «вывода» из печёночной комы. Предпринимались попытки внутривенного введения аллогенных гепатоцитов для лечения тяжёлых метаболических генных дефектах печени у детей.

Стволовые клетки печени известны уже более 60 лет и их смело можно назвать самыми первыми и изученными региональными взрослыми стволовыми клетками. При изучении процессов регенерации печени и опухолевого роста были обнаружены (1937 г.) популяции клеток, которые давали до 100 делений и отличались по морфологическим характеристикам от нормальных гепатоцитов и остальных клеток печени. При дальнейшем изучении эта популяция клеток была охарактеризована, а затем и выделена из ткани печени. Эти клетки получили название – «овальные», в связи с характерной формой. Оказалось, что они имеются и в «покоящейся» взрослой печени, но в ничтожных количествах. При стимуляции регенерации печени механическим или химическим повреждающим фактором происходит стимуляция деления овальных клеток, их становится много, и они «стремятся» восстановить печень. Но, чтобы подтвердить «стволовость» клетки, необходимо получить данные о возможностях её дифференцировки

как минимум в 2-х направлениях. В течение последних 15-ти лет получены данные о возможности овальных клеток печени дифференцироваться в 5-ти направлениях: гепатоциты, клетки желчных протоков печени, кишечный эпителий, клетки поджелудочной железы и нейрональные клетки. Поскольку получить достаточное количество овальных клеток из печени в чистом виде очень трудно, до сих пор не было сообщений об их терапевтическом применении.

При изучении процесса развития печени как органа в эмбриогенезе, так же были выделены и охарактеризованы клетки эмбриональной печени - гепатобласты. Эти клетки способны давать гепатоциты и клетки желчных протоков, т.е. обладают бипотентностью и могут давать большое количество делений. Эти клетки выделены в чистом виде и охарактеризованы из эмбрионов крысы, мыши и человека. Последние уже достаточно давно и успешно применяют для лечения различных болезней печени в клинике. Чаще всего клетки печени эмбриона человека – гепатобласты применяют для лечения хронических состояний – циррозов, хронических вирусных гепатитов и т.д. Получены хорошие клинические результаты при обычном подкожном введении взвеси этих клеток. Такие инъекции, как оказалось, способны вызвать длительную ремиссию заболевания (на год и более), снять интоксикацию организма и в целом улучшить качество жизни пациентов, но не излечить болезнь полностью.

Несколько лет назад были обнаружены и другие стволовые популяции регенерирующей печени, отличные от овальных клеток. Это так называемые малые гепатоциты (способные целиком воссоздать печёночную дольку) и клетки эпителия желчных протоков (так же бипотентные). Сейчас ведутся исследования по их характеристике, идентификации у человека и выделения в чистом виде [3].

При изучении потенциала эмбриональных стволовых клеток (из бластоцист) и других (взрослых) стволовых клеток, было установлено, что они могут дифференцироваться в гепатоциты *in vitro* и *in vivo*. То есть, можно получить достаточное количество (для заместительной клеточной терапии) функционирующих гепатоцитов из других источников, не прибегая к сложному процессу их выделения из печени. Так, в 1999 году впервые гепатоциты получены из эмбриональных стволовых клеток и костного мозга. Гемопоэтические и мезенхимальные стволовые клетки костного мозга, в последнее время, оказались наиболее привлекательным источником для получения гепатоцитов. Этому факту способствовали очень удачные эксперименты по восстановлению повреждённой печени методом трансплантации всего костного мозга или его отдельных стволовых фракций.

Доказательством того, что гемопоэтические стволовые клетки участвуют в регенерации печени, послужили ряд работ, в которых обнаружили, что после трансплантации костного мозга от мужского донора, в гепатоцитах женского реципиента обнаружили ДНК Y-хромосомы [4-7]. Подобные результаты наблюдали при трансплантации печени от женщин мужчинам. В этом случае до 40% гепатоцитов и холангиоцитов являлись потомками гемопоэтических стволовых клеток реципиента, вселившихся в трансплантат, т.к. в них обнаружили ДНК Y-хромосомы, причем были найдены как диплоидные, так и полиплоидные гепатоциты с Y-хромосомой.

Возможность слияния женских гепатоцитов с мужскими гемопоэтическими стволовыми клетками или их потомками отвергается, ввиду исключительной редкости такого процесса.

Таким образом, с помощью гемопоэтических стволовых клеток костного мозга можно лечить как наследственные, так и не наследственные заболевания печени, и как утверждают авторы, особенно, гепатит В.

Кроме того, в последнее время установлено, что гепатоциты могут так же давать такие клетки, как стволовые клетки периферической и пуповинной крови, мезенхимальные клетки подкожного жира и даже стволовые клетки поджелудочной железы. При

трансплантации культивированных *in vitro* клеток экспериментальным животным наблюдается их успешная интеграция в паренхиму органа [8].

В то время как во всем мире пересадка печени становится привычной операцией для лечения терминальной стадии заболеваний печени, разрабатываются методы, позволяющие эффективно устранять явления печеночно-клеточной недостаточности, готовить пациента к этой сложной, сопряженной с высоким риском, процедуре или даже избежать ее [9-13]. Изолированные гепатоциты частично восстанавливают синтетическую и детоксикационную функции печени. Для получения гепатоцитов *in vitro* могут быть использованы различные линии стволовых клеток разных органов [14-20].

В экспериментах на крысах показано, что при гипербилирубинемии совместное введение гепатоцитов и стволовых клеток костного мозга вызывает выраженное снижение уровня билирубина в плазме крови [21,22]. Введение изолированных гепатоцитов также приводит к снижению показателя гипербилирубинемии, но в несколько меньшей степени. Снижение уровня билирубина сохранялось до 10 недель после процедуры.

На сегодняшний день основной проблемой ортотопической пересадки печени является реакция отторжения. Исследования, проведенные на животных, продемонстрировали возможность решения этой проблемы с помощью трансплантации стволовых клеток костного мозга в пораженную печень [23]. У 62 % экспериментальных животных при трансплантации стволовых клеток в печень после тяжелой реакции отторжения наблюдалось формирование новых полноценных печеночных долек.

А группа американских ученых из University of California San Francisco на мышиной модели печеночной недостаточности оценивала эффективность клеточной терапии полученными из индуцированных плюрипотентных стволовых клеток (ИПСК) гепатоцитами [24]. Нарушение функции печени вызывали при помощи фумарилацетоацетата. Для лечения использовали ИПСК, полученные без вирусного переноса генов. Чтобы исключить компенсацию функции печени за счет гепатоцитов другого происхождения, использовали химерных мышей, у которых все гепатоциты были потомством ИПСК. *In vivo* анализ показал, что полученные из ИПСК гепатоциты являлись функциональными, зрелыми клетками, обеспечивающими нормальное функционирование печени. Такие гепатоциты в полной мере обладали характерной для клеток печени способностью к пролиферации: они восстанавливали функцию печени после трансплантации и после удаления 2/3 печени полностью регенерировали орган.

Результаты работы говорят о том, что полученные из ИПСК гепатоциты в полной мере обладали как пролиферативными, так и функциональными способностями нормальных гепатоцитов. Использование этих клеток приводило к быстрому и устойчивому восстановлению нарушенной функции печени и регенерации ее ткани.

Таким образом, исследование стволовых клеток печени и их использование для клеточной терапии – стремительно развивающееся направление современной биомедицины, имеющее четкие перспективы имеют направления дальнейшей разработки.

Литература

- 1 Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Молнар Е.М. Трансплантация фетальных тканей человека // Трансплантация фетальных тканей и клеток человека. – 1996. №2.
- 2 Пальцев А.И., Черных Е.Р., Старостина Н.М., Козлов В.А., Демидчик С.Н. Аутологичные стволовые клетки как важный фактор патогенетической терапии хронических гепатитов и циррозов печени // VI съезд Научного общества гастроэнтерологов России: Тезисы докладов. – Москва, 2006.
- 3 Черных Е.Р., Пальцев А.И., Старостина Н.М., Останини А.А., Козлов В.А. Стволовые клетки в регенерации печени // VI съезд Научного общества гастроэнтерологов России: Тезисы докладов. – Москва, 2006.
- 4 Alison M.R., Vig P., Russo F., Bigger B.W. et al. Hepatic stem cells: from inside and outside the liver? // Cell Prolif. – 2004. – Vol. 37(1). – P. 1-21.
- 5 Alison M.R., Poulson R., Forbes S.J. Update on hepatic stem cells // Liver. – 2001. – Vol. 21(6). – P. 367-373.
- 6 Forbes S.J., Poulson R., Wright N.A. Hepatic and renal differentiation from blood-borne stem cell // Gene Ther. – 2002. – Vol. 9(10). – P. 625-630.

- 7 Forbes S., Vig P., Poulson R., Thomas H., Alison M. Hepatic stem cells // *J. Pathol.* – 2002. – Vol. 197(4). – P. 510-518.
- 8 Hisatomi Y., Okumura K., Nakamura K. et al. Flow cytometric isolation of endodermal progenitors from mouse salivary gland differentiate into hepatic and pancreatic lineages // *Hepatology.* – 2004. – Vol. 39(3). – P. 667-675.
- 9 Di Campli C., Gasbarrini G., Gasbarrini A. Review article: a medicine based on cell transplantation – Is there a future for treating liver diseases? // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2003. – Vol. 18(5). – P. 473-480.
- 10 Fandrich F., Ruhnke M. Stem cells and liver replacement // *Med. Klin. (Munich).* – 2003. – Vol. 98 (Suppl. 2). – P. 18-22.
- 11 Gerlach J.C., Mutig K., Sauerl M. et al. Use of primary human liver cells originating from discarded grafts in a bioreactor for liver support therapy and the prospects of culturing adult liver stem cells in bioreactors: a morphologic study // *Transplantation.* – 2003. – Vol. 76(5). – P. 781-786.
- 12 Leckel K., Blaheta R.A., Markus B.H. State of hepatocyte transplantation: a risk or a chance? // *Zentralbl. Chin.* – 2003. – Vol. 128(4). – P. 283-290.
- 13 Mikula M., Fuchs E., Huber H. et al. Immortalized p19ARF null hepatocytes restore liver injury and generate hepatic progenitors after transplantation // *Hepatology.* – 2004. – Vol. 39(3). – P. 628-634.
- 14 Dahlke M.H., Schlitt H.J. Making hepatocytes from stem cells: where are we? *Liver Transpl.*, 2003 Oct; 9(10): 1100–1
- 15 Di Campli C., Nestola M., Piscaglia A.C. et al. Cell-based therapy for liver diseases // *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* – 2003. – Vol. 7(2). – P. 41-44.
- 16 Kim D.H., Je C.M., Sin J.Y., Jung J.S. Effect of partial hepatectomy on in vivo engraftment after intravenous administration of human adipose tissue stromal cells in mouse // *Microsurgery.* – 2003. – Vol. 23(5). – P. 424-431.
- 17 Kobayashi N., Okitsu T., Nakaji S., Tanaka N. Hybrid bioartificial liver: establishing a reversibly immortalized human hepatocyte line and developing a bioartificial liver for practical use // *J. Artif. Organs.* – 2003. – Vol. 6(4). – P. 236-244.
- 18 Kuai X.L., Cong X.Q., Li X.L., Xiao S.D. Generation of hepatocytes from cultured mouse embryonic stem cells // *Liver Transpl.* – 2003. – Vol. 9(10). – P. 1094-1099.
- 19 Regimbeau J.M., Mallet V.O., Bralet M.P. et al. Transplantation of isolated hepatocytes. Principles, mechanisms, animal models, clinical results. Gas- troenterol // *Clin. Biol.* – 2002. – Vol. 26(6-7). – P. 591-601.
- 20 Vassilopoulos G., Wang P.R., Russell D.W. Transplanted bone marrow regenerates liver by cell fusion // *Nature.* – 2003. – Vol. 422(6934). – P. 901-904.
- 21 Liu Z.C., Chang T.M. Coencapsulation of hepatocytes and bone marrow stem cells: in vitro conversion of ammonia and in vivo lowering of bilirubin in hyperbilirubemia // *Gunn rats. Int. J. Artif. Organs.* – 2003. – Vol. 26(6). – P. 491-497.
- 22 Liu Z.C., Chang T.M. Increased viability of transplanted hepatocytes when hepatocytes are co-encapsulated with bone marrow stem cells using a novel method // *Artif. Cells Blood Substit. Immobil. Biotechnol.* – 2002. – Vol. 30(2). – P. 99-112.
- 23 Avital I., Feraresso C., Aoki T. et al. Bone marrow-derived liver stem cell and mature hepatocyte engraftment in livers undergoing rejection // *Surgery.* – 2002. – Vol. 132(2). – P. 384-390.
- 24 Silvia Espejel, Garrett R. Roll, K. John McLaughlin et al. Induced pluripotent stem cell-derived hepatocytes have the functional and proliferative capabilities needed for liver regeneration in mice // *The Journal of Clinical Investigation.* – Vol. 120(9). – P. 3120-3126.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Д.Т. Сейсембеков
Больница УДП РК, г. Астана*

На современном этапе внимание врачей-гинекологов постоянно остается прикованным к проблеме опущения и выпадения внутренних половых органов женщин, что объясняется не только тенденцией к увеличению частоты и тяжести данной патологии, но и не уменьшающимся числом рецидивов после практически всех видов хирургического лечения. По данным Национального Центра Статистики Здоровья выпадение внутренних половых органов является одной из 3 наиболее общих причин удаления матки у женщин. [1]. Частота пролапса тазовых органов среди женского населения достигает 31-76% [2,3]. Удельный вес пролапса гениталий среди гинекологических нозологий в России составляет 28-38,9% (Краснопольский В.И., 2006; Адамян Л.В., 2007), а в структуре плановых показаний к оперативному лечению занимает третье место после

доброкачественных опухолей и эндометриоза. По данным ряда зарубежных авторов, из 10,727 женщин, которые подверглись удалению матки, распространение cystocele было в 32.9% и rectocele было в 18.3%. Более, чем 338,000 хирургических операций при выпадении выполняются ежегодно в Соединенных Штатах [4].

Причины и механизм развития опущений и выпадений внутренних половых органов подвергнут довольно подробному изучению, в особенности в последние годы, однако ни одна из множества теорий не дает полного объяснения всех причин возникновения пролапса тазовых органов. Среди основных этиологических форм пролапса гениталий выделяют: деторождение (травматические повреждения тазового дна), врожденные нарушения (укорочение влагалища, атрофия соединительной и мышечной ткани, астеническая конституция), менопаузальные изменения (денервационные изменения тазового дна, недостаток эстрогенов, ослабление коллагеновых волокон), длительное повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, хронические запоры, хронический кашель), ятрогенные нарушения: операции, изменяющие положение тазовых органов и нарушающие нормальное распределение внутрибрюшного давления в полости таза.

Существует мнение, что генерализованная дисплазия соединительной ткани лежит в основе несостоятельности тазового дна и анатомических структур, поддерживающих матку и влагалище. Однако основное значение среди причин, ведущих к развитию ПТО, придается повреждениям опорных мышечно-фасциальных структур тазового дна в процессе перенесенных родов через естественные родовые пути [5,6].

Несмотря на то, что в последнее время большинство зарубежных авторов и ассоциаций (Международная ассоциация урогинекологов YIGA) придерживаются мнения, что необходимо длительное консервативное лечение пролапса гениталий, включающее применение упражнений Кегеля, ношение пессарий, актуальным остается вопрос о хирургической коррекции генитального пролапса, как единственном адекватном методе лечения данного заболевания. В настоящее время насчитывается несколько сотен видов операций, направленных на хирургическое лечение пролапса и коррекцию тазового дна. Тем не менее, известно о большом количестве рецидивов лечения пролапса тазовых органов и неполном эффекте в восстановлении нормального положения половых органов [7].

Клиника и диагностика. Симптомы, связанные с выпадением часто трудно согласовываются с анатомическим местом или серьезностью "выпячивания" и - часто не специфичны. Женщины с выпадением обычно жалуются на ощущение "инородного тела" или тяжесть во влагалище, недержание мочи или трудности, связанные с дефекацией. Другие симптомы, такие как тазовые боли могут быть связаны или не связаны с явлениями опущения. Наиболее частой жалобой, имеющей важное диагностическое значение, является жалоба на чувство инородного тела во влагалище. [7,8]

На сегодняшний день имеется множество систем и классификаций пролапса гениталий, но одной из наиболее часто применяемых является система Baden-Walker [9].

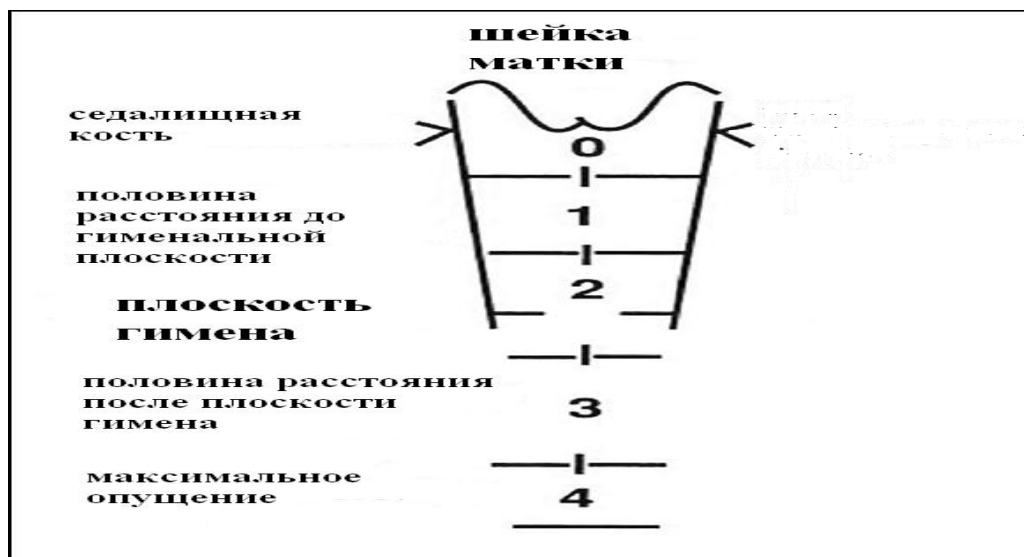


Рисунок 1 - Система Бадена Уолкера стадия 0 – нет пролапса, стадия 1 – при натуживании шейка матки не достигает входа во влагалище (половина расстояния до гимена), стадия 2 – при натуживании шейка матки достигает входа во влагалище (уровень гименальной плоскости), стадия 3 – при натуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца (половина расстояния после гимена), стадия 4 –максимальное опущение.

Протяженность выпадения описывается использованием чисел (от 0 до 4) на каждой плоскостях во влагалище (рисунок 1). Для всех мест за исключением промежности, девственная плева использована как фиксированная анатомическая контрольная точка. Ноль указывает на нормальную анатомическую позицию для места, в то время как 4 указывает на максимальное выпадение. Обследование выполняется при натуживании для достижения максимального выпячивания.

Более современной следует признать стандартизированную классификацию пролапса гениталий POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification*). Её приняли во многих урогинекологических обществах всего мира (*International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of Gynecologic Surgeons* и др.) используют при описании большинства исследований, посвященных этой теме с 1996 года[10]. На рис. 2 представлено схематическое изображение всех девяти точек, использующихся в этой классификации, в сагиттальной проекции женского таза при отсутствии пролапса.

Измерения проводят сантиметровой линейкой, маточным зондом или корнцангом с сантиметровой шкалой в положении пациентки лёжа на спине при максимальной выраженности пролапса (обычно достигают при проведении пробы Вальсальвы).

Гимен — плоскость, которую можно всегда точно визуально определить и относительно которой, как исходной описывают точки и параметры этой системы, поскольку гименальное кольцо является фиксированной точкой.

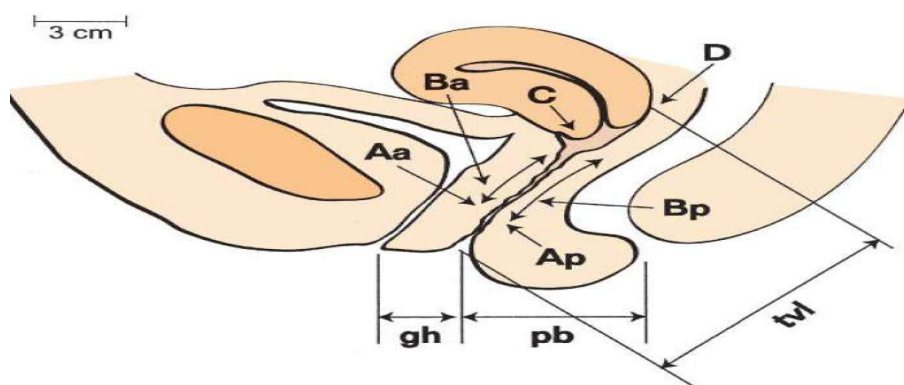


Рисунок 2 - Схематическое изображение пролапса по системе POP-Q

Анатомическую позицию шести определяемых точек (Аа, Ар, Ва, Вр, С, D) измеряют выше или проксимальнее гимена, при этом получают отрицательное значение (в сантиметрах). При расположении данных точек ниже или дистальнее гимена фиксируют положительное значение. Плоскость гимена соответствует нулю. Остальные три параметра (TVL, GH и PB) измеряют в абсолютных величинах.

Стадирование POP-Q. Стадию устанавливают по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ва), апикальной части (точка С) и задней стенки (точка Вр).

Упрощённая схема классификации POP-Q.

Стадия 0 — нет пролапса. Точки Аа, Ар, Ва, Вр — все 3 см; точки С и D имеют значение со знаком минус.

Стадия I — наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение >-1 см).

Стадия II — наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.

Стадия III — наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.

Стадия IV — полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Указанная система - более трудная, чем традиционная оценка пролапса, однако около 40% специалистов используют её в своей повседневной практике [11]. К сожалению сложность в получении и записи девяти размеров было помехой, для более широкого клинического распространения этой системы. Тем не менее, показано, что обычное использование системы POP-Q значительно уменьшает время, необходимое для сбора данных [12]. Опытные экзаменаторы затрачивают в среднем 2.05 минуты на обследование, тогда как экзаменаторы, использующие систему впервые, затрачивают в среднем 3.73 минуты. Есть также высокая корреляция между сведениями POP-Q, полученными в левой боковой позиции и в положении для литотомии.

Профилактика пролапса гениталий.

1. Рациональный режим труда и воспитания, начиная с детского возраста, особенно пубертатного.

2. Рациональная тактика ведения беременности и родов. Известно, что не только число родов, но и их характер оказывает решающее влияние на возникновение опущений и выпадений внутренних половых органов и недержания мочи при напряжении. В родах происходят различные внутритазовые повреждения пояснично-крестцового сплетения, вызывающие паралич запирающего, бедренного и седалищного нервов и, как следствие, недержание мочи и кала. Следует стремиться к применению такой методики родоразрешения, при которой мускулатура тазового дна и ее иннервация были бы защищены от повреждения во время родов. Нельзя допускать затяжных родов, особенно II периода. Необходимо восстановление целостности промежности с правильным сопоставлением тканей.

3. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений и проведение реабилитационных мероприятий, направленных на более полное восстановление функционального состояния тазового дна и органов малого таза в послеродовом периоде - специальные физические упражнения, лазеротерапия, электростимуляция мышц тазового дна с применением анального электрода.

Лечение опущения и выпадения внутренних половых органов:

Особую сложность представляет выбор тактики лечения, определение рационального способа оперативного пособия. Он определяется рядом факторов: степенью опущения внутренних половых органов; анатомо-функциональными изменениями органов половой системы (наличием и характером сопутствующей гинекологической патологии);

возможностью и необходимостью сохранения или восстановления детородной, менструальной функции; особенностями нарушения функции толстой кишки и сфинктера прямой кишки; возрастом больных; сопутствующей экстрагенитальной патологией и степенью риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

Консервативное лечение опущения и выпадения внутренних половых органов

При опущениях внутренних половых органов, когда последние не достигают преддверия влагалища и при отсутствии нарушения функций соседних органов возможно консервативное ведение больных, включающее: упражнения Кегеля; лечебную физкультуру по Юнусову (произвольное сокращение мышц тазового дна во время мочеиспускания до прекращения тока мочи); смазывание слизистой оболочки влагалища мазью, содержащей эстрогены, метаболиты; использование pessaries, лечебного бандажа.

Хирургическое лечение опущения и выпадения внутренних половых органов

При более тяжелых степенях опущения и выпадения внутренних половых органов методом лечения является хирургический. Следует отметить, что ни при какой другой патологии не предложено столько способов хирургического пособия, как при данной. Они исчисляются несколькими сотнями, причем каждый имеет, наряду с определенными преимуществами, недостатки, что в основном выражается в рецидивах заболевания. Все методы лечения можно объединить в группы по одному главному признаку - какое анатомическое образование используется и укрепляется для исправления положения внутренних половых органов.

Наиболее распространенные варианты хирургического вмешательства:

- I группа. Операции, направленные на укрепление тазового дна — кольпоперинеолеваторопластика. Учитывая, что мышцы тазового дна патогенетически всегда вовлекаются в процесс, то кольпоперинеолеваторопластику следует проводить во всех случаях хирургического вмешательства как дополнительное или основное пособие. Сюда же можно отнести пластические операции на передней стенке влагалища, направленные на укрепление пузырно-влагалищной фасции.

- II группа. Операции с применением различных модификаций укорочения и укрепления круглых связок матки и фиксации матки с использованием указанных образований. Наиболее типичным и часто используемым является укорочение круглых маточных связок с их фиксацией к передней поверхности матки. Укорочение круглых связок с их фиксацией к задней поверхности матки по Вебстеру — Банди — Дартигу, укорочение круглых связок матки через паховые каналы по Александеру — Адамсу, вентросуспензия матки по Долери — Джилльямсу, вентрофиксация матки по Кохеру и др.

Однако эта группа операций считается малоэффективной, поскольку именно после них наблюдается наибольший процент рецидивов заболевания. Это обусловлено тем, что в качестве фиксирующего материала используется заведомо несостоятельная ткань — круглые связки матки.

- III группа. Операции, направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки (кардинальных, крестцово-маточных связок) за счет сшивания их между собой, транспозиции и т.д. Однако и эти операции, несмотря на то что они подразумевают закрепление матки за счет наиболее мощных связок, задачу до конца не решают, так как устраняют одно звено в патогенезе заболевания. К этой группе можно отнести «манчестерскую операцию», которая считается одним из наиболее эффективных методов хирургического лечения. Операция травматична, так как лишает больных репродуктивной функции.

- IV группа. Операции с так называемой жесткой фиксацией выпавших органов к стенкам таза (к лобковым костям, к крестцовой кости, сакроспинальной связке и т.д.).

- V группа. Операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксации. Они недостаточно себя оправдали, поскольку не уменьшили число рецидивов заболевания в результате нередкого отторжения аллопласта, а также привели к развитию свищей.

- VI группа. Операции, направленные на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпорафия Лефора —Нейгебауэра, влагалищно-промежностный клейзис — операция Лабгардта).

- VII группа. К радикальным способам хирургического лечения выпадения внутренних половых органов относится влагалищная экстирпация матки.

Все вышеперечисленные операции производятся через влагалище или через переднюю брюшную стенку. В последние годы чаще используют комбинированное хирургическое лечение, включающее лапароскопический доступ, которому отдают предпочтение большинство гинекологов. Эти вмешательства предусматривают укрепление тазового дна, пластику стенок влагалища и проведение фиксации матки, культы шейки матки или купола влагалища в основном одним из вышеперечисленных методов.

Литература

- 1 Dietz HP (2006) Why pelvic floor surgeons should use ultrasound imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 28:629–6343
- 2 PMID: 21537192 [PubMed - as supplied by publisher]Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. 2011 Apr;33(2):180-4.Total pelvic floor reconstruction surgery for repair of severe pelvic organ prolapse.Xiao-Chun L, Lan Z, Jing-He L, Hong-Hui S, Xiao-Ming G, Lin L, Rong F.
- 3 *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2011 Apr 12. [Epub ahead of print] Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial.Stüpp L, Resende AP, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, Sartori MG.
- 4 Bradley CS, Nygaard IE (2005) Vaginal wall descensus and pelvic floor symptoms in older women. *Obstet Gynecol* 106:759–766
- 5 Heinonen PK, Nieminen K. Combined anterior vaginal wall mesh with sacrospinous ligament fixation or with posterior intravaginal slingplasty for uterovaginal or vaginal vault prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 May 9. [Epub ahead of print]
- 6 Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V (2006) Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies. *Am J Obstet Gynecol* 195:942–948.
- 7 Swift SE, Tate SB, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: What is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol* 2003,189:372-9.
- 8 Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE (2001) Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 185:332–337
- 9 Baden WF, Walker TA. *Surgical Repair of Vaginal Defects*. Philadelphia: Lippincott, 1992: 161-174, 195-198, 235-238.
- 10 Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al (1996) The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J. Obstet Gynecol* 175:10–17
- 11 Auwad et al., 2004. Auwad W, Freeman RM, Swift S. Is the pelvic organ prolapse quantification system (POPQ) being used? A survey of members of the International Continence Society (ICS) and the American Urogynecologic Society (AUGS). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004, 15:324-327
- 12 Digesu GA, Athanasiou S, Cardozo L, Hill S, Khullar V. Validation of the pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system in left lateral position, *Int Urogynecol J* 2009, 20:979-983. DOI 10.1007/ s00192-009-0884-z

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

О. В. Ульянова

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Согласно оценкам специалистов, в настоящее время сахарным диабетом (СД) страдают около 150 миллионов человек в мире, а в следующем десятилетии ожидается дальнейшее значительное повышение частоты заболеваемости [1,2].

Более 80 лет основной терапевтический подход ограничивался лечением симптомов СД заместительной инсулинотерапией. Однако, ряд международных исследований показали, что жесткая регуляция уровня глюкозы крови при интенсивной инсулинотерапии приводит к значительному повышению риска тяжелых гипогликемических реакций, таких

как приступы и кома, и не исключает вероятности развития вторичных деструктивных осложнений СД (нефропатия, нейропатия, ретинопатия и сердечно - сосудистая патология). Кроме того, дробное введение гормона в организм не может обеспечить регуляцию возникающих изменений, которая обусловлена гибкостью функционирования нейроэндокринной системы [2].

В настоящее время большое внимание сосредоточено на дальнейшей разработке методов лечения сахарного диабета с помощью трансплантации поджелудочной железы (как цельноорганной, так и фрагментов ткани), островков Лангерганса и β -клеток [2, 3]. Разработаны и соблюдаются международные протоколы (Эдмонтонский протокол, 2000г.) и национальные регистры трансплантации ткани поджелудочной железы [4].

К сожалению, трансплантация поджелудочной железы не нашла широкого распространения из-за ограниченного количества донорского материала, вероятности отторжения трансплантата и известных осложнений длительной иммуносупрессии (возрастает вероятность возникновения инфекционных заболеваний или развития злокачественных новообразований). Существенными недостатками метода, ограничивающими широкое его использование, является также дороговизна. Так, моделирование «стоимость - эффективность» показало, что расходы в течение 3 лет на 100 условных реципиентов при проведении им сочетанной трансплантации почки и поджелудочной железы – составят 16,11 млн. долларов [2,3].

В качестве практически неограниченного источника физиологически компетентного заменителя первичных островков Лангерганса могут, использованы гормон - продуцирующие клетки, полученные из стволовых клеток (СК) или с помощью генной инженерии [5,6]. Источником эмбриональных СК является внутренняя клеточная масса эмбрионов на стадии бластоцисты, а источником тканевых СК, способных к дифференцированию с образованием β -клеток, являются клетки экзокринной части поджелудочной железы, клетки печени, кишечника, костного мозга и нервной системы [7,8].

Несмотря на перспективы применения метода трансплантации эмбриональных и тканевых СК, при лечении СД существуют определенные требования к его применению [4,9].

Во-первых, для достижения значимого терапевтического эффекта нужны огромные количества заменителя β -клеток. Так, согласно протоколам трансплантации требуется до 1×10^6 первичных человеческих островков (что эквивалентно примерно $2-4 \times 10^9$ β -клеток) на одного реципиента. Во-вторых, клетки-заменители должны быть способны синтезировать, накапливать и выделять инсулин по мере необходимости (прежде всего в ответ на изменения уровня гликемии). Панкреатические β -клетки прошли путь развития сложных механизмов, которые позволяют им контролировать и быстро реагировать на изменения циркулирующих питательных веществ, и эти механизмы теперь хорошо известны [10]. Однако ввиду сложности этих механизмов до сих пор не удалось получить β -клетки-заменители с нормальными секреторными фенотипами [10,11]. В-третьих, пролиферативная способность клеток-заменителей должна быть хорошо контролируемой для исключения возможной гиперинсулинемической гипогликемии по мере увеличения массы β -клеток *in vivo* [12]. Обязательным условием клинического применения многих трансформированных инсулиносекретирующих клеточных линий является исключение пролиферативных клеток из трансплантационного материала.

Имеются также конкретные проблемы при рассмотрении пересадки β -клеток пациентам с СД типа 1, поскольку их иммунная система запрограммирована на деструкцию первичных β -клеток и предположительно будет нацелена даже на иммунологически гомологичные заменители β -клеток, которые были бы получены при помощи метода терапевтического клонирования эмбриональных или тканевых СК [13].

Одним из возможных способов решения этой проблемы может быть генерирование инсулин-продуцирующих клеток, которые обладают функциональным фенотипом β -

клетки, но иммунологически отличаются от первичных β -клеток и таким образом не будут подвергнуты иммунной “атаке” без иммуносупрессии. Не исключено, что суррогатные β -клетки могут не экспрессировать β -клеточные антигены, являющиеся мишенью для аутоиммунитета.

Однако, исследования о возможности применения для лечения сахарного диабета СК, а также подтверждение факта наличия пролиферации СК у взрослого человека - являются вполне обнадеживающими [2,3,4].

СК — клетки-родоначальницы, способные дифференцироваться в различные специализированные клетки организма человека. Это наименее зрелые клетки, относящиеся к популяции длительно живущих клеток за счет сохранения высокого пролиферативного потенциала [14,15]. СК поддерживают свое количество и способность к пролиферации на протяжении всей жизни индивидуума и генерируют короткоживущие прогениторные клетки, обладающие пролиферативным потенциалом и быстро дифференцирующиеся в зрелые клетки определенного типа ткани [16,17].

Выделяют эмбриональные СК (ЭСК), фетальные СК — клетки плода и СК взрослого организма. ЭСК присутствуют только на ранних стадиях внутриутробного развития (бластоциста), имеют уникальные свойства — способность к многократному делению и воспроизведению всех типов клеток человека. Однако экспериментальные работы с человеческим эмбрионом сопряжены со значительными морально-этическими проблемами. Поэтому ведутся интенсивные работы по изучению свойств и применению в медицинской практике фетальных СК (в первую очередь СК пуповинной крови), которые способны дифференцироваться во многие типы клеток, и СК взрослых. Выделяют две основные популяции СК взрослых: гемопоэтические СК (ГСК) и мезенхимальные СК (МСК); отдельно выделяют СК эпителия и других тканей [14].

СК взрослого организма практически не уступают ЭСК по пролиферативной активности, но имеют более низкий потенциал в отношении разнообразия направлений дифференцировки. СК взрослых в небольшом количестве представлены во всех тканях организма человека [15,16,17,18].

В настоящее время под СК понимают любые клетки организма, способные к активной пролиферации и дифференцировке в другие виды клеток вне зависимости от их количества. Наибольшей способностью к дифференцировке *in vitro* отличаются плюрипотентные ЭСК, формирующие любые клеточные линии. Мультипотентные региональные СК взрослых обладают пластичной плюрипотентностью. Монопотентные СК созревают только в один тип клеток [14].

ГСК обеспечивают регенерацию клеточных компонентов крови и иммунной системы (эритроцитов, тромбоцитов, лимфоцитов, моноцитов и др.). Постоянный пул этих клеток сохраняется на протяжении всей жизни человека благодаря их высокому пролиферативному потенциалу. Источники ГСК — костный мозг, периферическая и пуповинная кровь. К настоящему времени достигнуты определенные успехи в культивировании ГСК. Деление ГСК асимметрично, в результате одна из дочерних клеток остается ГСК, а другая является более специализированной [16].

СК могут дифференцироваться в клетки различных органов со специализированными функциями под влиянием микроокружения независимо от источника. Например, ГСК, выделенные из пуповинной крови, дифференцируются в гемопоэтические, нервные, печеночные клетки, кардиомиоциты и т.п. [15,17,19]. Под действием определенных факторов и условий СК способны дифференцироваться (трансдифференцироваться) в клетки со специализированными функциями *in vitro*. При этом они начинают экспрессировать маркеры зрелых специализированных клеток [20,21,22,23].

Спектр возможного применения ГСК неуклонно расширяется. В последние несколько лет ГСК стали использовать и для лечения негематологических болезней. Это заболевания, связанные, как правило, с нарушением функционирования иммунной системы [15,17,19,24]. Другая область применения ГСК — онкология. Появились данные

о возможности лечения рака груди и почки. Разрабатываются протоколы применения ГСК для лечения болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера [15], СД типа 1, инфаркта миокарда, апластической анемии [19,25].

МСК представляют собой популяцию плюрипотентных клеток мезодермального ростка, способных дифференцироваться в направлении хондроцитов, остеобластов, адипоцитов, гепатоцитов, альвеолярных и ряда других стромальных клеток. Одним из свойств МСК является высокая адгезивная способность, на которой основан способ их выделения [26].

Плюрипотентность, специфическая миграция в область повреждения и адгезионные свойства — все это обуславливает восстановительную функцию МСК. МСК способны мигрировать к месту повреждения, закрепляться, дифференцироваться и осуществлять функцию замещенных клеток. Именно эти свойства МСК позволяют использовать их для репарации и регенерации тканей, например миокарда, нервной ткани, костей, сухожилий, хрящей. Однако все большее количество исследователей считают, что терапевтический эффект трансплантации МСК, доказанный во многих доклинических и клинических испытаниях, определяется не только дифференцировкой, но и регуляторной функцией этих клеток [27]. МСК не вызывают развитие иммунного ответа, но способны подавлять иммунные реакции.

Основным источником МСК служит костный мозг, в котором они присутствуют в количестве 0,001 — 0,01% [14]. МСК интенсивно размножаются *in vitro*. МСК, выделенные из костного мозга молодых доноров, обладают большим пролиферативным потенциалом. С возрастом количество МСК и их пролиферативный потенциал снижаются. Несмотря на то, что МСК человека можно сравнительно легко получить и культивировать в стандартных условиях, после длительного культивирования *in vitro* МСК теряют потенциал пластичности [2]. Очевидно, что при выращивании МСК *in vitro* в терапевтических и экспериментальных целях необходимо учитывать ряд различных параметров.

Совместно с МСК выделяется очень малочисленная популяция адгезивных клеток, получивших название мультипотентных взрослых прогениторных клеток (MAPCs). Эти клетки обладают широким диапазоном пластичности и участвуют в формировании практически всех типов соматических клеток. MAPCs экспрессируют некоторые маркеры эмбриональных стволовых клеток (Oct-4, Rex-1, SSEA-1). Неизвестно, являются ли эти клетки плюрипотентными эмбриональными, которые сохранились на протяжении всей жизни взрослого организма, редкой субпопуляцией МСК или это результат длительного культивирования МСК *in vitro* [29].

Большой интерес к стромальным клеткам костного мозга как инструменту клеточной и генной терапии обусловлен тем, что эти клетки довольно легко можно выделить из небольших аспиратов костного мозга пациента, а после многократного наращивания их количества и манипуляций *in vitro* — трансплантировать этому же пациенту без риска отторжения и необходимости иммуносупрессии. В настоящее время обсуждается вопрос о клиническом использовании МСК при аутоиммунных заболеваниях и при трансплантации органов и тканей, поскольку данные клетки способны подавлять иммунореактивность. Супрессия иммунной системы реципиента под действием МСК может найти применение не только при аллогенной трансплантации костного мозга, но и при аутоиммунных заболеваниях. Схожие механизмы течения этих патологий и реакции «трансплантат против хозяина» позволяют предположить, что трансплантация МСК может затормозить развитие заболевания [14].

Накопленный в мировой практике опыт заместительной терапии СК в эксперименте основан на использовании недифференцированных клеток костного мозга или отдельных его фракций (МСК, гемопоэтических или эндотелиальных СК), мобилизованных СК периферической крови, фетальных и эмбриональных СК. Предполагается, что трансплантированные СК дифференцируются в клетки нужного типа *in situ* под

воздействием факторов микроокружения. Но, поскольку СК склонны спонтанно дифференцироваться в разнородные клеточные линии *in vivo*, такой подход может быть не безопасен. В частности, взрослые СК могут дифференцироваться в нежелательные типы клеток в месте имплантации [23].

При системном введении СК могут оседать не только в органе-мишени, но и в легких, печени и многих других органах, дифференцируясь в хондроциты, адипоциты, стромальные клетки костного мозга и даже приобретая фенотип нейронов и астроцитов [30, 31]. Кроме того, взрослые мультипотентные прогениторные клетки вовлекаются в процесс ангиогенеза растущих опухолей [32]. Существование феномена дедифференцирования взрослых СК при длительном культивировании с приобретением ими качеств эмбриональных СК [33], риск накопления генетических мутаций вследствие манипуляций *in vitro*, а также склонность СК к формированию гибридных клеток вследствие *fusion*-феномена говорят о том, что такие клетки после трансплантации являются очагом генетической нестабильности и могут дать начало неконтролируемому клеточному росту [34].

Несмотря на все трудности и издержки, связанные с проблемами СК, потребность в новых клеточных медицинских технологиях непрерывно растет. Ожидается, что мировой рынок использования СК, оцениваемый в 2007 г. в 87 млн долларов США, возрастет к 2017 г. до 8,5 млрд долларов. К предполагаемым основным направлениям их использования — относится и сахарный диабет [14].

Таким образом, инсулин-продуцирующие клетки, полученные из СК, и островковые клетки, полученные из поджелудочной железы донора, имеют некоторое сходство при трансплантации в рамках терапии СД. Они дают надежду на адекватный контроль глюкозы крови, тем самым предотвращая развитие поздних осложнений СД, которых при применяемой в настоящее время лекарственной терапии практически невозможно избежать. Они также сталкиваются с одними и теми же проблемами — такими, как иммунологические барьеры и рецидивы аутоиммунного процесса. Тем не менее, лечение, основанное на пересадке СК, существенно отличается от традиционной трансплантации островковых клеток поджелудочной железы. СК обеспечивают теоретически неограниченный источник инсулин-продуцирующих клеток для трансплантации. Такие клетки, полученные из собственных СК реципиента, не вызывают иммунологической несовместимости. Кроме того, СК представляют прекрасную мишень для генной терапии.

Литература

- 1 Дедов И.И., Шестакова М. В. Сахарный диабет. – Москва, 2003. – 455 С.
- 2 Дедов И.И., Балаболкин М.И., Клебанова Е.М. Современные аспекты трансплантации островков поджелудочной железы при сахарном диабете. // Сахарный диабет, 2004, № 2, 34–42.
- 3 Никонова Т. В., Пекарева Е. В., Филиппов Ю. И. Возможности клеточных технологий в лечении сахарного диабета. // Сахарный диабет, 2008, № 4, 93–95.
- 4 R. Paul Robertson. Islet Transplantation as a treatment for diabetes – a work in progress. – A New Therapeutic Concept // N. Engl. J. Med. – August, 7, 2003. – Vol. 350. – P. 694-705.
- 5 L P., Liu F., Yan L. et al. Stem cell therapy for type 1 diabetes. //Diabetes Res Clin Pract 2007; 78; 1–7.
- 6 Meier J.J., Bhushan A., Butler P.C. The potential for stem cell therapy in diabetes. // Pediatr Res 2006; 59: 65R–73R.
- 7 Bonner-Weir S., Baxter L.A., Schuppin G.T., Smith F.E. A second pathway for regeneration of adult exocrine and endocrine pancreas. A possible recapitulation of embryonic development // Diabetes. 1993; 42:1715–1720.
- 8 Bouwens L., Lu W.G., De Krijger R. Proliferation and differentiation in the human fetal endocrine pancreas. // Diabetologia. 1998; 40: 398–404.
- 9 Shapiro A.M., Ricordi C. et al. International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation. // N. Engl. J. Med. 2006. – Vol. 355. – P. 1318-1330.
- 10 Bouwens L., Pipeleers D.G. Extra-insular beta cells associated with ductules are frequent in adult human pancreas. // Diabetologia. 1998; 41: 629–633.
- 11 Butler A.E., Janson J., Bonner-Weir S., Ritzel R., Rizza R.A., Butler P.C. Beta-cell deficit and increased beta-cell apoptosis in humans with type 2 diabetes. // Diabetes 2003; 52: 102–110.

- 12 Meier J.J., Butler A.E., Galasso R., Butler P.C. Hyperinsulinemic hypoglycemia after gastric bypass surgery is not accompanied by islet hyperplasia or increased beta-cell turnover. // *Diabetes Care*. 2006; 29: 1554–1559.
- 13 Lee D.D., Grossman E., Chang A.S. Cellular therapies for type 1 diabetes. // *Horm Metab Res* 2008; 40: 147–154.
- 14 С.М. Космачёва, М.В. Волк, М.П. Потапнев Стволовые клетки взрослых: проблемы получения, дифференцировки in vitro, перспективы клинического применения. // «Медицинские новости», 2008 г, №9, 16-20.
- 15 Чертков И.Л., Дризе Н.И. // *Медицина*. – 2005. – № 10. – С. 37–44.
- 16 Вермель А.Е. // *Клин. медицина*. – 2004. – № 1. – С. 5–11.
- 17 Жибурт Е.Б. // *Мед. новости*. – 2003. – №7. – С. 23–27.
- 18 Шумаков В.И., Онищенко Н.А., Крашенинников М.Е. и др. // *Вестник РАМН*. – 2004. – № 9. – С. 44–47.
- 19 Берсенев А.В. // *Клеточная трансплантология и тканевая инженерия*. – 2006. – № 1 (3). – С. 12 – 14.
- 20 Barria E., Mikels A., Haas M. // *Stem. Cell. Dev.* – 2004. –Vol. 13 (5). – P. 548–562.
- 21 Jang Y.K., Jung D.H., Jung M.H. // *Ann. Hematol.* – 2006. – Vol. 85. – P. 212–225.
- 22 Tondreau T., Meuleman N., Delforge A. et al. // *Stem cells*. – 2005. – Vol. 23. – P. 1105–1112.
- 23 Yang S.-E., Ha C.-W., Jung M.H. et al. // *Cytotherapy*. – 2004. – Vol. 6, N 5. — P. 476–486.
- 24 Law P., Lane T.A., Gervais A. et al. // *Exp. Hematol.* – 1999. – Vol. 27 (1). – P.147–154.
- 25 Handgretinger R. // *Cytotherapy*. –2004. –Vol.6, N 5. – P. 439
- 26 McQuaker I., Haynes A., Stainer C. et al. // *Bone marrow transplant*. – 1999. – Vol. 24 (7). – P. 715–722.
- 27 Кругляков П.В., Лохматова Е.А., Климович В.Б., Зарицкий А.Ю. // *Клеточная трансплантология и тканевая инженерия*. – 2006. – №3 (5). – С. 36–40.
- 28 Vanfi A., Muraglia A., Dozin B. et al. // *Exp. Hematol.* – 2000. – Vol. 28. – P. 707–715.
- 29 Хулуп Г.Я., Мастицкая С.Ю. // *Медицина*. – 2006. – № 1. – С. 6–10.
- 30 Gao J., Dennis J.E., Muzic R.F. et al. // *Cells Tissues Organs*. – 2001. – Vol. 169. – P. 12–20.
- 31 Kopen G., Prockop D., Phinney D. // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 1999. – Vol. 96. – P. 10711–10716.
- 32 Ferrari N., Gold J., Lee J. et al. // *Gene Therapy*. – 2003. – Vol. 10. – P. 647–656.
- 33 Orkin S.H., Morrison S.J. // *Nature*. – 2002. – Vol. 418. – P. 25–27.
- 34 Dawson L., Bateman–House A.S., Mueller Agnew D. et al. // *Fertil. Steril.* – 2003. – Vol. 80. – P. 1077–1085.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АККРЕДИТАЦИЯ И СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ

*А.О. Абдрахманова, Ш.Х. Оспанова, А.Р. Ризванова
Республиканский детский реабилитационный центр, г. Астана*

Практика применения идеи глобального управления качеством показала, что успеха можно достичь только при наличии серьезного стремления у менеджмента всех уровней к реализации намеченной цели [1]. Проблема повышения уровня качества медицинской помощи является одной из актуальных в системе здравоохранения. С целью улучшения конечного результата при оказании медицинской помощи необходимо совершенствовать реабилитационную службу в системе здравоохранения.

Для достижения качества реабилитационных услуг в Республиканском детском реабилитационном центре проводятся следующие мероприятия: анализ процесса предоставления реабилитационных услуг и возможности его улучшения; разработка эффективных схем технологических процессов реабилитации пациентов на всех этапах жизненного цикла; определение желаемых результатов реабилитации, способствующих оптимальному использованию ресурсов для достижения этих результатов; оценка результатов реабилитации; определение процедуры взаимодействия различных подразделений реабилитационного центра в рамках общей цели; определение уровня

ответственности персонала за качество оказываемых услуг; анкетирование пациентов и оценка результатов анкетирования.

В отличие от многих других подходов к управлению, процессный подход является основным элементом менеджмента в организации [2]. В такой сложной системе как медицинское учреждение невозможно получить одно единственное описание, пригодное для любых случаев. Являясь многогранной по формам и содержанию, реабилитационный центр, как совокупность взаимосвязанных компонентов, может, представлена самостоятельными, законченными «процессами», количество которых определяется потребностями и задачами менеджмента [3].

Достижение целей процессного подхода в области управления качеством оказывает позитивное воздействие на качество предоставляемых услуг, эффективность работы реабилитационного центра и его финансовые показатели.

Процессный подход в управлении качеством реабилитационного процесса отражает зависимость конечного результата от технологии ее предоставления и требует тесного взаимодействия специалистов на всех этапах процесса реабилитации. Специалисты реабилитационных центров представляют мультидисциплинарную команду, состоящую из медицинских работников, психологов, педагогических и социальных кадров, одинаково отвечающих на процесс реабилитации: прием пациентов, предоставление медицинских, психолого-педагогических и социальных услуг и организацию работы всех вспомогательных подразделений.

Главная задача в управлении качеством – улучшение качества оказываемых услуг, расширение оказываемых услуг, внедрение передовых, инновационных методик реабилитации.

Правильно организованный процессный подход практически непрерывен, самообновляем и самоинтенсивен, требует постоянного дополнительного вложения (закуп новейшего оборудования, обучение специалистов, в том числе за рубежом).

Выживание любого процесса возможно лишь при постоянном совершенствовании технологии (реабилитационных) услуг, устойчивость и спрос на которые, в свою очередь, будет зависеть от деятельности маркетинговой службы. Поддержание стабильного спроса на предоставляемые услуги важно для непрерывного функционирования процесса, варианты которого в управлении качеством предоставления реабилитационных услуг могут быть следующими:

I. Управляющие процессы - процесс «оперативное управление»; процесс «планирование ресурсов»;

II. Процессы жизненного цикла медико-социально-педагогических услуг - маркетинг медико-социально-педагогических услуг; маркетинговые исследования; продвижение медико-социально-педагогических услуг; диагностический и лечебно-реабилитационный процесс; диагностика; лечебно-реабилитационный процесс; комплексный динамический осмотр (КДО); мониторинг и анализ медико-социально-педагогической деятельности (экспертиза, анкетирование); инновационная деятельность (организация внедрения инновационных методик).

III. Поддерживающие процессы - управление персоналом; материально-техническое обеспечение; управление инфраструктурой.

Работа каждого процесса зависит от функционирования других, поэтому для реализации процессного подхода в управлении качеством предоставляемых услуг необходимо соблюдение следующих принципов: ориентация реабилитационных услуг на потребителя; систематическое улучшение реабилитационных услуг; лидерские позиции руководителя; вовлечение в процесс всего персонала; работа на уровне всей организации, а не только подразделения; системный подход в управлении качеством - взаимосвязь всех процессов, способствующих достижению цели; постоянный анализ данных и информации для принятия решения, направленного на достижение цели.

Управление деловыми процессами состоит в выработке соответствующих правил и контроле за их соблюдением. Управление деловыми процессами можно разделить на внешнее и внутреннее. К числу внешних руководящих органов для детского реабилитационного центра относятся МЗ РК, Национальный медицинский холдинг. Процессы менеджмента качества относятся к категории процессов «внутреннего управления». Внутреннее управление осуществляется путем преобразования требований внешнего управления во внутриорганизационные требования.

Таким образом, процессный подход в управлении качеством оказания медицинских услуг в реабилитационном центре отражает зависимость набора конечных результатов по оказанию реабилитационной помощи от технологии ее предоставления.

Создание системы управления процессами – это создание таких условий оказания медицинской услуги, при которых предоставляется услуга ожидаемого качества в ожидаемом количестве при ожидаемых затратах.

Литература:

- 1 Управление качеством в мировой практике по результатам исследования Ассоциации менеджеров "Управление качеством в российских компаниях", апрель 2003г.
- 2 А.Г. Курьян, П.С. Серенков //Описание процессов в рамках систем менеджмента качества на основе методологии функционального моделирования IDEF0 Белорусская Государственная Политехническая Академия. Минск, 2001. – 215с.
- 3 В.И. Галеев, К.В. Пичугин. Кухня процессного подхода // Методы менеджмента качества. – 2003. - N4.

ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

С.Б. Есеркенова

АО «Республиканский Научный центр нейрохирургии», г. Астана

Нейрохирургия – область медицины, развитие которой невозможно без внедрения передовых технологий. В Казахстане эта высокоспециализированная помощь представлена в Республиканском научном центре нейрохирургии, являющемся научным, методическим и координирующим центром, который сегодня входит в состав Национального медицинского холдинга, нацеленного по замыслу Главы государства Нурсултана Назарбаева на создание в Астане кластера медицинских услуг - Госпиталю будущего.

На сегодняшний день в области нейрохирургии в Казахстане работают около 250 нейрохирургов, практически во всех областных центрах и городах имеются нейрохирургические отделения, где представлены более тысячи коек. Но, к сожалению, оснащение в регионах оставляет желать лучшего, хотя в последние годы все области получили компьютерные томографы и по кардиохирургической программе, во многих городах появились ангиографические установки, которые, если правильно поставить работу, можно применять в нейрохирургии.

В настоящее время Центр нейрохирургии взял на себя обязанности координирующего центра, а также центр ведет научную, образовательную и методическую работу.

Деятельностью центра являются оказание высокоспециализированной медицинской помощи при нейрохирургических заболеваниях, проведение фундаментальных и прикладных исследований в области нейрохирургии, нейроанестезиологии, нейрореаниматологии и нейрореабилитации, создание на их основе эффективных современных способов лечения, разработка методов и форм организации нейрохирургической помощи населению, а также учебно-методическая деятельность и переподготовка специалистов в этой области.

В соответствии с этим, Центр осуществляет следующие функции: оказание высокоспециализированной и специализированной стационарной и консультативно-

диагностической медицинской помощи больным с заболеваниями нейрохирургического и смежного профиля с помощью новых технологий, современных методов диагностики и лечения; разработка и внедрение эффективных организационных форм, внедрение инновационных технологий диагностики и лечения больных нейрохирургического и смежного профиля; анализ причин заболеваемости и разработка мероприятий по профилактике заболеваний, требующих нейрохирургического лечения; изучение, внедрение и распространение передового опыта мировой медицинской практики по нейрохирургии, нейрореаниматологии, нейроанестезиологии и нейрореабилитации; участие в разработке нормативных правовых актов, концепций, республиканских и международных научно-технических программ по развитию и модернизации нейрохирургической службы; разработка и издание научной и методической литературы (сборников научных трудов, научных журналов, монографий, методических и инструктивных документов, рекомендаций, учебной и санитарно-просветительской литературы), интернет-ресурсов в области нейрохирургии, нейрореанимации, нейроанестезиологии и нейрореабилитации по профилю деятельности Общества.

В Центре нейрохирургии оказываются виды высокотехнологичных медицинских услуг по следующим нозологиям: нейрохирургия головного мозга, нейрохирургия спинного мозга, нейрохирургия периферической нервной системы и другие нейрохирургические вмешательства.

По пяти категориям сложности проводятся нейрохирургические оперативные вмешательства, в том числе операции по таким сложным направлениям, как опухоли головного мозга, злокачественные новообразования оболочек головного мозга, гипофиза, шишковидной железы и др.

В семи клинических и одиннадцати параклинических отделениях трудятся 103 врача и 192 средних медработника.

Всего за год пролечено более 3000 больных, проведено 1300 операций. Пациенты поступают по квотам, то есть лечатся за счет государства.

Впервые в Казахстане в АО «РНЦНХ» открыты отделения сосудистой и функциональной нейрохирургии, где осуществляется хирургическое лечение в первую очередь артериальных аневризм головного мозга, артериовенозных мальформаций и других аномалий сосудов головного и спинного мозга. Впервые в Казахстане стали применяться эндоваскулярные методы лечения сосудистых патологий.

В 2010 году в центре открыто Консультативно-диагностическое отделение, где за год было проконсультировано 7839 больных, пролечено всего 4343 больных со всех 16 регионов Казахстана. Большое количество больных отмечают по г. Астана (2324), затем Акмолинская обл. (252) и Актюбинская (183) и Павлодарская обл. (162). Доля больных пролечившихся на платной основе также приходится г Астана (232), г. Алматы и г. Атырау (29 и 26).

Кроме того, сотрудники центра вносят большой вклад по внедрению новых технологий в диагностику и лечение больных нейрохирургическим диагнозом. За 2010 год внедрены следующие инновационные технологии: эндоваскулярная эмболизация артериальных аневризм сосудов головного мозга - пролечены 53 больных; эндоваскулярная эмболизация артериовенозных мальформаций головного мозга- 67; малоинвазивное хирургическое лечение при внутримозговых гематомах- 48; установка эпидурального датчика для измерения внутричерепного давления - 8; установка внутрижелудочкового датчика для измерения внутричерепного давления - 7; эндоскопическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга с использованием покрытых стентов – 5; эндоскопическое удаление грыж дисков поясничного отдела позвоночника по методике Easy Goo» - 13; лазерная вапоризация при дегенеративном поражении шейного, поясничного отдела позвоночника - 4; перкутанная вертебропластика, кифопластика при патологических переломах, опухолях, травмах позвоночника и их последствиях - 37; реконструктивно-стабилизирующие операции при патологии позвоночника и спинного мозга при травмах и

их последствиях- транспедикулярная фиксация с резекцией тела поврежденного позвонка и спондилодезом сеткой (Джонсон и Джонсон) из заднего доступа -50; хирургическое лечение патологии краниовертебрального перехода проведения окципитоспондилодеза системой Sammit (Джонсон и Джонсон) -12; установка динамической системы стабилизации Diam(Медтроник) при дегенеративном поражении поясничного отдела позвоночника -34; применение малотравматичного доступа Key Hole при опухолях спинного мозга различной локализации - 34.

По всем внедренным инновационным новым технологиям пролеченные больные выписаны с улучшением.

В настоящее время, АО «РНЦНХ» берет на себя обязанности координирующего центра, в планах сотрудников получение реальных цифр заболеваемости по линии нейрохирургии и определение, какие из них и где должны лечить. Для начала планируется провести исследование по сосудистой патологии головного мозга. Для осуществления этой работы получен грант Министерства здравоохранения РК, привлекаются все ведущие нейрохирурги Казахстана. С помощью этого исследования будет получена действительная картина того, сколько людей страдает нейрососудистой патологией головного мозга и каков уровень оказания медицинской помощи. И в дальнейшем будет продолжена работа по другим заболеваниям – патологии опухолей головного мозга, черепно-мозговым травмам.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ СЛУЖБ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И СТРАН БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ

*Н.Б. Капин
РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, г. Атырау*

Построение правового государства неразрывно связано с ростом потребности общества в высококвалифицированной юридической помощи.

Происходящие глубокие социально-экономические преобразования неминуемо сопровождаются криминализацией общества, ростом и, главное, видоизменением преступности. В структуре преступности все более значительное место занимает деятельность организованных, технически хорошо оснащенных групп, располагающих значительной материальной базой, что существенно осложняет процесс раскрытия и расследования преступлений. В этих условиях значительно возрастает роль института судебной экспертизы, возникает необходимость проведения новых видов экспертиз с применением современных высокоточных технологий [1].

Возросшая общественная потребность, связанная с ростом правовой грамотности населения, и потребность судебно-следственной практики предъявляют повышенные требования к судебно-экспертной деятельности и ставят перед судебной медициной новые задачи, максимально направленные на получение научно доказанных результатов.

Гарантией достоверности экспертных выводов в установлении истины является множество факторов, среди которых трудно выделить наиболее или наименее важные по своей значимости. Однако бесспорно важное значение имеют условия труда экспертов, наличие современной материально-технической базы для осуществления судебно-экспертной деятельности на высоком качественном уровне с исключением субъективного подхода.

Поиски путей совершенствования судебно-медицинской службы в новых и соответственно изменяющихся социально-экономических условиях, происходящих преобразованиях в здравоохранении проходят в различных направлениях. Эти поиски касаются изыскания ресурсов, имеющихся в системе организации судебно-медицинской службы и совершенствования организационно-методической работы [2].

С целью изучения проблемы организации судебно-медицинской деятельности и совершенствования структуры судебно-медицинской службы Республики Казахстан нами рассмотрены организационные формы судебной медицины в странах ближнего и дальнего зарубежья.

В Финляндии судебная медицина находится в ведении Министерства внутренних дел. Главному эксперту подчинены губернские судебно-медицинские эксперты (1 эксперт на губернию). Чаще всего исследование трупов проводится наружным исследованием [3].

В Китае высшими экспертными инстанциями по судебной медицине является Институт судебных наук Министерства национальной безопасности (Пекин) и Главный институт судебной медицины Министерства юстиции (Шанхай). Отделения институтов хорошо оснащены, что дает возможность проводить судебно-биологические, токсикологические и медико-криминалистические исследования на высоком уровне [4].

В Австралии в каждом штате функционирует институт судебной патологии, который подчиняется совету директоров, состоящему из руководителей штата – генерального прокурора, начальника полиции, министра здравоохранения, ректора университета. Этот Совет подчинен парламенту штата, который финансирует институт. Директор института назначается Советом директоров, являясь одновременно и заведующим кафедрой. Это многофункциональное подразделение, где проводятся исследование трупов, живых лиц, лабораторная диагностика, а также обучаются студенты и врачи. Судебные патологи выезжают на место происшествия, осуществляют научные исследования и подготовку кадров [4].

В США существует две системы судебно-медицинской экспертизы – коронеры и медицинские эксперты. Коронеры – это следователи, избирающиеся на 3-4 года, в обязанности которых входит не только проведение дознания в случаях смерти, подозрительной на насилие, но и исследование трупов (осмотр, иногда вскрытие). Экспертизу живых лиц производят лечащие врачи. В большинстве штатов коронерами могут быть лица, не имеющие медицинского образования (священнослужители, владельцы похоронных бюро, аптекари и т.д.). Даже не во всех медицинских вузах имеются кафедры судебной медицины, но в ряде штатов есть Главные судебно-медицинские эксперты, которые возглавляют институты судебной медицины данного штата [4].

Судебно-медицинская служба Бразилии нами изучена на примере штата Сан-Паулу [5]. В каждом штате Бразилии имеются секретариаты народной безопасности, в составе которых находятся гражданская и военная полиция, департамент экспертизы. Институты судебной медицины входят в структуру гражданской полиции и финансируются ею. В Департаменте судебной медицины, медицинской этики, социальной медицины и медицины труда производят большинство экспертиз по гражданским делам и некоторым категориям уголовных дел (определение утраты общей трудоспособности при дорожно-транспортных происшествиях, бытовых конфликтах, установление степени тяжести телесных повреждений у живых лиц и др.). Экспертизы трупов пострадавших по уголовным делам производят в Институте судебной медицины, а вещественных доказательств и других объектов – в Институте криминалистики. Между этими институтами существует тесная деловая связь. Дактилоскопические исследования проводят в специально организованном Институте идентификации.

В Российской Федерации судебно-медицинская служба представлена федеральным учреждением – Российским центром судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, 88 территориальными и 3 муниципальными бюро судебно-медицинской экспертизы, в которых развернуто: 79 городских, 806 районных и 408 межрайонных отделений судебно-медицинской экспертизы, 91 отдел потерпевших, обвиняемых и других лиц, 105 - судебно-медицинской экспертизы трупов (в их составе 94 судебно-гистологических отделений), 84 - особо сложных экспертиз, 75 организационно-методических, в числе которых - 3 кабинета по работе с жалобами, 4 отделения внедрения

научных достижений в экспертную практику и 14 программного и тематического обеспечения; 88 отделов судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств, включающие 106 судебно-химических, 89 судебно-биологических, а также 19 молекулярно-генетических лабораторий, 7 судебно-цитологических, 84 отделения медицинской криминалистики, 10 спектральных лабораторий, 28 судебно-биохимических отделений, 4 судебно-бактериологических и 74 других структурных подразделения [6].

Организационное и методическое руководство судебно-медицинской службой субъектов Российской Федерации осуществляет Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы (РЦСМЭ) Министерства здравоохранения РФ, возглавляемый директором, который одновременно является Главным судебно-медицинским экспертом МЗ РФ. При нем организован консультативный совет, на который возложены задачи координации научно-исследовательских работ, унификации экспертных методик и технических средств, рассмотрения проблем организации судебно-медицинской службы, экспертной практики, обучения, лицензирования учреждений судебно-медицинской службы, сертификации и аттестации судебно-медицинских кадров. В каждом субъекте федерации имеются краевые (областные) Бюро СМЭ, во главе которых стоит начальник бюро. Судебно-медицинская экспертиза проводится на базе единых федеральных нормативных актов и осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (уголовный, гражданский, уголовно-процессуальный и гражданский процессуальный кодексы), с нормативными актами, инструкциями, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации [7].

В Республике Беларусь, в настоящее время действует Государственная служба медицинских судебных экспертиз, непосредственно подчиняющаяся Генеральному прокурору Республики Беларусь. На Службу дополнительно возложены функции организации и производства судебно-психиатрических экспертиз, ранее выполнявшихся в учреждениях Министерства здравоохранения, а также контроль качества оказания медицинской помощи населению лечебно-профилактическими учреждениями, независимо от форм собственности [8]. Служба является самостоятельным государственным учреждением, которое финансируется непосредственно из республиканского бюджета и реализует функцию государственного регулирования в сфере организации, производства, научно-методического и кадрового обеспечения всех видов медицинских судебных экспертиз в Республике Беларусь. Главный государственный судебно-медицинский эксперт Республики Беларусь - начальник Службы назначается на должность и освобождается от должности Президентом Республики Беларусь и по статусу приравнивается к заместителю Генерального прокурора. Наряду с организацией и проведением экспертиз, обеспечением участия специалистов в области судебной медицины в следственных и судебных действиях, Служба:

- определяет приоритетные направления развития судебной медицины и судебной психиатрии в Республике Беларусь;
- организует обеспечение заинтересованных органов государственного управления, объединений, предприятий, организаций, учреждений научно-практической информацией в области судебной медицины и судебной химии;
- проводит в установленном порядке обучение и повышение квалификации специалистов и научно-педагогических кадров, разрабатывает необходимые учебные программы и методические материалы в области судебной медицины и судебной химии;
- проводит аттестацию должностных лиц в качестве руководителей учреждений Службы и аттестацию государственных судебно-медицинских экспертов.

В настоящее время Служба представляет собой единую, четко управляемую систему учреждений, которая включает: центральный аппарат; 6 региональных управлений (по количеству областей); 62 районных (межрайонных) судебно-медицинских отделений; 5 межрайонных судебно-психиатрических отделений; 25 лабораторий, в том числе 7

судебно-химических, 6 медико-криминалистических, 6 судебно-гистологических и 6 судебно-биологических; отделение биотрансплантатов; Республиканское производственно-коммерческое унитарное предприятие «Белсудмедобеспечение».

Судебно-медицинская же служба Республики Казахстан имеет вертикальную структуру, административно и финансово независимую от местных органов власти и представлена Центром судебной медицины (далее - ЦСМ) и его восемнадцатью территориальными подразделениями (филиалами). Источник финансирования - республиканский бюджет [9].

В 2007 году для обеспечения оперативного взаимодействия с государственными органами и улучшения координации судебно-медицинской деятельности Министерством здравоохранения осуществлена передислокация Центра судебной медицины из г. Алматы в г. Астана. Это позволило улучшить управление структурными подразделениями службы, повысить оперативность и координацию деятельности ее региональных подразделений.

В структуру ЦСМ и его филиалов входят 123 отдела судебно-медицинской экспертизы трупов, в том числе 24 городских, 46 - районных и 40 - межрайонных, также 13 - освидетельствования живых лиц, 10 - сложных экспертиз, 2 организационно-методических, 20 - судебно-биологических, 21 - химико-токсикологических, 19 - медико-криминалистических, 21 - судебно-гистологических.

При анализе структур судебно-медицинской службы РФ, Республики Беларусь и Республики Казахстан, в сравнении со странами дальнего зарубежья, очевидно, что истоком становления службы судебно-медицинской экспертизы всех стран СНГ, является система организации службы судебно-медицинской экспертизы бывшего СССР. Соответственно судебно-медицинские службы стран СНГ имеют примерно одинаковые проблемы и задачи.

Источником финансирования во всех случаях является республиканский бюджет. Новые экономические условия выдвигают задачи пересмотра оплаты труда медицинского персонала в зависимости от сложности, ответственности, количества, качества и сроков проводимых экспертиз [9].

Основными задачами также являются обеспечение всех видов судебно-медицинской деятельности в республике, разработка и осуществление мер по развитию и совершенствованию судебно-медицинской науки и практики, подготовка высококвалифицированных специалистов в области судебной медицины.

В создавшихся условиях появилась необходимость внедрения новых методов организации работы судебно-медицинской экспертизы, направленных на удовлетворение потребности правоохранительных органов и населения, что требует дополнительных ресурсов в системе организации судебно-медицинской службы, в совершенствовании организационно-методической работы, в изменении штатно-должностной структуры службы, во внедрении новых технологий производства экспертиз, введении материального стимулирования.

Таким образом, вопросы организации судебной медицинской службы на современном этапе остаются открытыми и требуют дальнейшей научной разработки на основе комплексного изучения всех элементов организационно-функциональной структуры службы.

Литература

- 1 Качина Н.Н., Плаксин В.О. Экспертные и процессуальные ошибки при проведении судебно-медицинских экспертиз /Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики //Материалы научных исследований кафедр судебной медицины и бюро судебно-медицинской экспертизы/ под ред. В.П. Новоселова, Б.А. Саркисяна, В.Э. Янковского. – Новосибирск: Ассоциация «Судебные медики Сибири», 1998. – Выпуск 3. – С. 48–51.
- 2 Томилин В.В., Соседко Ю.И. Проблемы экспертизы в медицине. – Ижевск, «Экспертиза». – 2001.
- 3 Федченко Т.М. Современные вопросы судебной медицины. - Владивосток, 2001.

4 Федченко Т.М. Судебная медицина в российской Федерации, США, в странах Европы и АТР //Развитие российского права и права стран АТР в условиях конституционного реформирования: Материалы региональной научно-практической конференции, 29 ноября 2003 г. - Владивосток : Издательство ВГУЭС, 2004. - С. 127 – 131.

5 Назаров Г.Н., Макаренко Т.Ф. Судебно-медицинская служба в Бразилии (на примере штата Сан-Паулу) //Судебно-медицинская экспертиза. – 2000. – С. 34-37.

6 Новоселов В.П. О нормативах работы в бюро судебно-медицинской экспертизы. – Новосибирск, 2008. – 254 с.

7. Томилин В.В. Состояние и перспективы развития судебно-медицинской службы Российской Федерации // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – С. 7-12.

8 Гусаков Ю.А. Организационные формы и перспективы развития медицинских судебных экспертиз в Республике Беларусь. – Минск, 2007.

9 Ескулов А.Х. Современное состояние и пути развития судебно-медицинской службы Республики Казахстан //Астана медициналык журналы. – 2010. – С. 13-15.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ

О.К. Усманов

Городская поликлиника №6, г. Астана

Как известно, в поликлинике обеспечивается приём больных с хирургическими заболеваниями и лечение тех из них, которые не нуждаются в стационарном лечении. Большинство больных посещают отделение повторно для перевязок и лечебных процедур.

Хирургическое отделение поликлиники должны располагаться, если нет лифта, на первом или втором этаже. Это облегчает посещение их больными с заболеваниями нижних конечностей и доставку носилочных больных. При одном работающем хирурге отделение должно включать: кабинет врача, перевязочную, операционную, стерилизационную и материальные комнаты. При большом числе работающих хирургов операционная, стерилизационная, материальная могут быть общими, но кабинет и перевязочная должны быть отдельно для каждого врача. В кабинете хирурга должны быть стол, 2 табуретки, кушетка для обследования больных, которую лучше ставить за ширмой, негатоскоп и т.п.

Стены должны быть гладкими и во всех кабинетах на высоту не менее двух метров окрашены масляной краской, стены операционной покрыты плиткой. Все комнаты хирургического отделения должны иметь умывальники. Помещения хирургического кабинета нужно особенно тщательно оберегать от загрязнения. Меняющийся за время приёма контингент больных, доставка больных в загрязнённой после травм одежде способствует занесению грязи в хирургический кабинет. Поэтому необходимо часто протирать полы кабинетов и перевязочных влажным способом, используя антисептические жидкости, лишённые неприятного запаха. Влажная текущая уборка помещения (пол, стены) должна производиться после каждого приёма. По окончании дневной работы производится полная уборка кабинета.

Работа хирурга в поликлинике существенно отличается от работы хирурга в стационаре. В отличие от хирурга стационара, амбулаторный хирург имеет значительно меньше времени на каждого больного и часто лишён возможности точно распределить часы своей работы, особенно там, где нет отдельного травматологического кабинета. Обращение больных за неотложной хирургической помощью (вывихи, переломы, ранения) требуют остановки текущего приёма и оказание в первую очередь помощи пострадавшему, однако, это не освобождает хирурга от оказания помощи и всем остальным больным, записанным на приём.

Хирург участвует в консультациях с врачами других специальностей, решает вопросы плановой и экстренной госпитализации больных, вопросы трудоспособности, трудоустройства. Помимо лечебной, консультативной работы поликлинический хирург

проводит диспансеризацию отдельных групп больных (варикозное расширение вен, тромбофлебиты, остеомиелиты, грыжи, после операций по поводу язвы желудка и т.п., а так же инвалидов ВОВ), участвует в профилактической работе на участке, в работе инженерно-врачебных бригад. Хирург поликлиники поддерживает связь со стационаром, куда он направляет больных, а также осуществляет их долечивание после выписки из стационара. В некоторых случаях неотложной хирургии врачу приходится посещать больных на дому, где при отсутствии дополнительных методов исследования, он обязан поставить правильный диагноз и решить тактику дальнейшего лечения больного. Ошибка в диагнозе и промедление в оказании необходимой помощи могут привести к роковым последствиям. Для проведения этой работы хирург должен быть организатором лечебно-хирургического процесса, осуществляя принцип Н.И.Пирогова о значении организации в медицине и хирургии в частности.

Характер работы хирургического кабинета требует, чтобы весь персонал хорошо знал свои обязанности и владел методами своей работы. Сестра хирургического кабинета должна быть осведомлена в области асептики и антисептики, соблюдать её требования в работе и следить за соблюдением их другими сотрудниками и больными, помогать врачу в организации приёма больных. Санитарка хирургического отделения должна быть обучена правилам уборки, мытья инструментов, технике заготовки материала для стерилизации. Она должна умело помогать врачу и сестре при проведении некоторых манипуляций (помочь при раздевании, перевязке и т.д.). Знать об опасности нарушения правила асептики (уметь открывать биксы со стерильным бельём, подать стерилизатор с инструментами, таз для мытья рук и т.п.).

При проведении занятия в хирургическом кабинете поликлиники, к примеру, студенты вместе с работающим в кабинете хирургом ведут приём первичных и вторичных больных, участвуют в их осмотре, знакомятся с правилами заполнения медицинских документов (амбулаторная карта, диспансерная карта, талоны и направления) и отбором больных на госпитализацию. Наиболее интересные и тематические больные более подробно разбираются с преподавателем. По ходу приёма студенты знакомятся с порядком выдачи и продления больничных листов.

Таким образом, сегодня необходимо учитывать все детали организации хирургической службы, а особенно на амбулаторно-поликлиническом уровне, так как молодые специалисты не достаточно владеют практическими навыками, что требует жесткого обучения на занятиях, к примеру, в поликлиниках студенты знакомятся с контингентом больных, который они не видят в стационаре, а также закрепляют практические навыки (наложение повязок, иммобилизация, инъекции и пр.).

Литература

- 1 Акжигитов Организация и работа хирургического стационара. М. 1979
- 2 Гостищев В.К. Общая хирургия (учебник) -М.: Медицина. -1993.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ



ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЯИЧНИКОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕПРОДУКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

*Б.Ж. Абдильманова
Медицинский центр Экомед - плюс, г. Астана*

Введение: Преждевременная недостаточность яичников (далее – ПНЯ) - клинический синдром, типичной характеристикой которого является проявление эпизодической или

стабильной гипергонадотропной аменореей у женщин в возрасте моложе 40 лет. Надо отметить, что при данном заболевании не во всех случаях наблюдается полное прекращение функции яичников как необратимого процесса, имеются случаи возобновления овариальной активности с возможной вероятностью спонтанного наступления беременности (5-10%) [1,2,3]. Выделены две фазы заболевания: синдром резистентных (немых, рефрактерных) яичников, при котором в яичниках выявляются фолликулы, но они не реагируют на собственные гонадотропные стимулы, но при котором возможно спонтанное восстановление яичниковой функции и синдром истощенных яичников - полное истощение фолликулярного аппарата яичников. Преждевременная недостаточность яичников характеризуется преждевременным выключением яичников и развитием эстрогендефицитного состояния.

ПНЯ – довольно распространенная проблема. В возрасте моложе 20 лет распространенность ПНЯ составляет 1:10000 женщин, моложе 30 лет 1:1000, моложе 40 лет 1:100 женщин, преобладают спорадические формы. Семейные формы составляют не более 4-20% случаев ПНЯ [3,4].

Со временем вероятность возвращения яичников к нормальному уровню функциональной активности уменьшается, хотя очень редко спонтанные беременности наступают и на фоне длительно существующего ПНЯ.

Четкие диагностические критерии преждевременного истощения яичников до настоящего времени не разработаны, в клинической практике приходится ориентироваться на наличие аменореи (не менее 6 месяцев) в сочетании с увеличением уровня ФСГ до 40 МЕ/л и выше в сыворотке крови.

Лечение больных ПНЯ должно направлено на коррекцию эндокринного, генетического, эмоционального и репродуктивного статусов, так как связана с рядом эндокринных нарушений, которые можно скорректировать с помощью гормональной терапии.

Цель ЗГТ - фармакологически заменить гормональную функцию яичников у женщин с дефицитом половых гормонов, используя такие минимально-оптимальные дозы гормонов, которые бы реально улучшили общее состояние больных, обеспечили профилактику поздних обменных нарушений и не сопровождалась побочными эффектами эстрогенов и прогестогенов.

Случаи из практики: представлено описание двух случаев спонтанной беременности у пациенток с ПНЯ, обратившихся в медицинский центр "ЭКОМЕД - плюс" (г. Астана):

1) Б.Н. 33 г. обратилась в медицинский центр "ЭКОМЕД плюс" в январе 2009 года с жалобами на отсутствие менструации в течение двух лет и бесплодие. Из анамнеза: менархе с 15 лет, менструальный цикл регулярный через 30 дней, по 5-6 дней, умеренные, безболезненные. Первая беременность в 2007 году закончилась выскабливанием полости матки по поводу замершей беременности в сроке 9 недель. Через 3 месяца после перенесенной замершей беременности прекратились менструации. Принимала по назначению врача КОК - Марвелон. После отмены КОК менструальный цикл не восстановился.

При гормональном обследовании выявлено повышение гонадотропинов в анализе крови ФСГ- 94,8 МЕ/л, ЛГ- 56,5 МЕ/л, ПРЛ – 564 МЕ/л, ТТГ- 1,9 МЕ/л. При УЗИ отмечается гипоплазия матки, эндометрии – 0,2 см. Яичники уменьшены в размерах, фолликулярный аппарат не выражен. Пациентке назначена заместительная гормональная терапия фемостон 2/10.

В динамике проведено обследование анализа крови на гормоны и УЗИ. У больной постепенно наблюдалось снижение ФСГ - 56,6 МЕ/л, 36,9 МЕ/л, 12,7 МЕ/л.

При снижении ФСГ до 12,7 МЕ/л по данным УЗИ в левом яичнике появился единственный фолликул d - 6 мм. В этом же менструальном цикле проведена стимуляция овуляции пурегоном 50-75 МЕ. При достижении размера фолликула 17 мм сделано 5

тысяч ЕД ХГЧ и проведена внутриматочная инсеминация спермой мужа. Лютеиновая фаза поддерживалась «Утрожестаном» 200мг.

Через 14 дней тест на беременность положительный. По данным УЗИ через 21 день после внутриматочной инсеминации обнаружено плодное яйцо диаметром 9,6 мм. Беременность протекала без осложнений и закончилась родами в срок. Родилась здоровая девочка весом 3800 грамм. После подавления лактации менструальный цикл не восстановился, уровень ФСГ составлял 104 МЕ/л. Больной назначено ЗГТ.

2) Пациентка Н.А. 29 лет обратилась в медицинский центр "ЭКОМЕД плюс" г. Астаны в ноябре 2009 года, с жалобами на отсутствие менструации в течение 10 месяцев и бесплодие.

Из анамнеза: менархе в 16 лет, до 24 лет регулярные менструации через 30 дней по 4 дня, умеренные, безболезненные. В 24 года после перенесенного стресса появились задержки менструаций от 90 до 120 дней. С 28 лет менструации прекратились. Первый брак в 22 года. Мужу 30 лет, здоров. При гормональном обследовании выявлено повышение гонадотропинов: в анализе крови ЛГ - 56,81 МЕ/л, ФСГ- 92,18 МЕ/л. При УЗИ отмечается гипоплазия матки, яичники уменьшены в размерах, фолликулярный аппарат скудный.

Пациентке назначена заместительная гормональная терапия фемостоном 2/10. В динамике проведен мониторинг ФСГ. В январе ФСГ – 52,51 МЕ/л, в марте 2010 года уровень ФСГ снизился до 11,34 МЕ/л. 23.04.10г. обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, задержку менструации на фоне непрерывного приема фемостона 2/10. При УЗИ в полости матки обнаружено плодное яйцо диаметром 16 мм, с эмбрионом, КТР 6 мм, сердцебиение эмбриона определялось.

Беременность протекала без осложнений и закончилась родами в срок.

Выводы: Диагноз преждевременная недостаточности яичников означает длительный прием заместительной терапии и возможность беременности путем донации ооцитов. Заместительная гормональная терапия не противодействует наступлению спонтанной беременности, вероятность которой является крайней редкостью. Молодым женщинам необходимо прояснять ситуацию не только с беременностью, но и с гормональным фоном. Но если в течение разумного срока беременность не наступает, необходимо обращаться к репродуктологам для проведения ЭКО. В настоящее время принят такой подход: если в течение двух лет не наступила беременность несмотря на лечение, то нужно принимать решения об альтернативных методах планирования семьи, в том числе об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, например экстракорпорального оплодотворения с донорской яйцеклеткой.

Литература:

- 1 Сметник В.П. Преждевременная менопауза. Лечащий врач 2004; С.8-12.
- 2 Габидуллаева З.Г. Клинико-генетическая характеристика больных с преждевременной недостаточностью яичников: Автореф. диссертация канд.мед.наук. М. 2008.
- 3 Тагиева Г.В. Роль аутоиммунного процесса в генезе преждевременного выключения функции яичников. Автореф. диссертация канд.мед.наук М.2005г14.
- 4 Табеева Г.И. Марченко Л.А. Преждевременная недостаточность яичников от вопросов терминологии до молекулярно-генетических основ заболевания. Проблемы Репродукции №1 2009г. Стр.20-24.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА МАРФАНА

А.Х. Алиякпарова

АО «Республиканский диагностический центр», г.Астана

Врожденная патология глаз включает обширный диапазон различных заболеваний, с которыми повседневно встречается практический врач. Этиологическим фактором этих болезней служит патологическая наследственность, полученная организмом больного

через половые клетки его родителей /1,2/. Передача информации потомству осуществляется через хромосомы клеточного ядра, в которых сосредоточены функциональные единицы наследственности-гены. Хромосомные болезни проявляются в виде сложных синдромов с нарушением развития и функций нескольких систем и органов из-за изменения их строения, что приводит к генному дисбалансу. При генных болезнях при нормальной цитологии клеток этиологическим фактором болезни служат патологические мутантные гены.

Синдром впервые описал в 1896 году французский педиатр Marfan Antonin Bernard Jean. Синдром Марфана-наследственное заболевание с комплексом аномалий развития, в основе которого лежат процессы эктодермальной дисплазии. Тип наследования – аутосомно - доминантный. Причиной является мутация в гене белка фибриллина 15q21.1 хромосомы /1,3,6,7/.

Клиническая симптоматика: кардиологические изменения-аневризма аорты, расширение корня аорты, пролапс клапана; изменения скелетно-мышечной системы - высокий рост, арахнодактилия, сколиоз, деформация грудной клетки, плоская стопа, высокое арковидное небо, недоразвитие вертлужной впадины, мышечная гипотония. Глазные проявления - эктопия хрусталиков (обычно дислокация вверх), катаракта, миопия высокой степени, отслойка сетчатки, увеличенная длина оси глазного яблока /1,3,4,5/.

Раннее выявление глазных проявлений синдрома Марфана позволяет предотвратить возможные осложнения, которые могут привести к инвалидности.

Случай из практики: В АО «РДЦ» на обследовании находился больной А., возраст 1 год 6 мес.

При объективном осмотре: ОУ- веки и слезные органы без изменений, конъюнктивы бледно-розовая, склера белая, роговица блестящая, прозрачная, передняя камера средней глубины, равномерная, влага ПК прозрачная, радужка структурна, зрачок правильной округлой формы, хрусталик – смещен книзу и кнаружи, виден экватор хрусталика.

Глазное дно-ОУ-ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сетчатка без очаговой симптоматики, сосуды сетчатки В:А 3:2, макулярный рефлекс в норме.

Дополнительное обследование: скиаскопия (на фоне циклоплегии), OD-M>9.0/Нм OS-M>9.0/Нм, УЗИ глазных яблок:

А-скан	Правый глаз OD	Левый глаз OS
Передне - задний размер	22.96	22.85
Передняя камера	3.04	3.27
Хрусталик	3.92	3.84
Стекл. тело	15.66	15.51

В-скан: Нижний полюс хрусталика смещен вниз и по наружной боковой поверхности. Сетчатка прилежит. В стекловидном теле мелкие гиперэхогенные включения.

По данным АВ-сканирования глазных яблок, установлено, ПЗР увеличен, передняя камера глубокая, хрусталик увеличен в размере и смещен вниз и по наружной боковой поверхности.

На основании полученных данных можно предполагать у ребенка наличие синдрома Марфана, что обусловило необходимость обследования у кардиоревматолога, генетика.

При обследовании у кардиоревматолога выявлена микроаномалия развития сердца, дополнительная хорда левого желудочка.

Генетиком установлено, что брак родителей пробанда неродственный. В момент рождения пробанда возраст родителей - 34/42 года. Ребенок правильного телосложения. Рост-82.5 см, вес-11кг 825гр. Тонус мышц снижен. Выступающий лоб, теменные бугры. Антимонголоидный разрез глаз. Высокое небо. Короткая шея. Гипертелоризм сосков. Арахнодактилия кистей рук и стоп. Разболтанность суставов. Вариант поперечной борозды. Наружные половые органы развиты по мужскому типу.

Заключение генетика: Синдром Марфана. Тип наследования: аутосомно-доминантный. Данный случай – результат мутации гена De NOVA. Риск для sibсов пробанда низкий. Риск для потомства пробанда 50%. (высокий).

Заключение. Таким образом, мною представлен случай раннего выявления синдрома Марфана совместно с кардиоревматологом и генетиком. Ранее выявление данного заболевания позволило своевременно определить тактику лечения и рекомендовать оперативное лечение сублюцированного хрусталика с имплантацией ИОЛ для предупреждения обскурационной амблиопии и инвалидизации ребенка.

Литература

- 1 Тейлор Д., Хайт К. Детская офтальмология, -М.: Бином.С.-П.: Невский диалект, 2007.-118с.
- 2 Аубакирова А.Ж. Врожденные заболевания глаз у детей в Казахстане//Алматы, 1998.- 81-82с.
- 3 У.У.Сомов Клиническая офтальмология, -М.: МЕДпресс-информ., 2005.-205с.
- 4 Э.С.Аветисов, Е.И.Ковалевский, А.В.Хватова Руководство по детской офтальмологии, -М.: Медицина, 1987.-308,469-470с.
- 5 Т.И.Ерошевский, А.А.Бочкарев Глазные болезни, -М.: Медицина,1977.-159с.
- 6 Maumenee I.H. The eye in the Marfan syndrome. Trans Am Ophtalmol 1981; 79:684 - 733.
- 7 Paere A., Devereux R.B., Dietz H.C.,Hennekam R.C. M.,Pyeritz R.E. Revised diagnostic criteria for the Marfan syndrome. Am J Med Genetics 1996; 62:417-426.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО СИНДРОМА ГОРНЕРА

А.Х. Алиякпарова

АО «Республиканский диагностический центр», г.Астана

Синдром Горнера, синдром Бернарда—Горнера^[1], окулосимпатический синдром — клинический синдром, вызванный поражением симпатической нервной системы.

Синдром назван в честь швейцарского офтальмолога Иоганна Фридриха Горнера, первым описавшего синдром в 1869 г. Ранее описаны несколько случаев симптомов, но описание Горнера используется чаще. Во Франции и Италии имя Клода Бернарда также включено в название синдрома — синдром Бернарда—Горнера» /1,2/.

Симптомы проявляются на стороне поражения, в основном на лице: птоз (опущение верхнего века вследствие недостаточной симпатической иннервации верхней тарзальной мышцы (*musculus tarsalis superior*), или мышцы Мюллера^[2]), «перевернутый птоз» (небольшое поднятие нижнего века); миоз (сужение зрачка); патология дилатора зрачка (*dilatator pupillae*) (это ведет к слабой реакции зрачка на свет); энофтальм (западание глазного яблока); дисгидроз (нарушение потовыделения) на пораженной стороне лица, снижение выраженности цилиоспинального рефлекса, инъекция (расширение сосудов) конъюнктивы и гиперемия кожи лица на соответствующей пораженной стороне.

У детей синдром Горнера иногда приводит к гетерохромии^[3] (разный цвет радужной оболочки у глаз). Это происходит из-за того, что отсутствие симпатической иннервации препятствует меланиновой пигментации меланоцитов, находящихся в основе (строме) радужки (лат. *stroma iridis*). Приобретается в результате патологического процесса, также возможен врожденный или ятрогенный (в результате медицинского вмешательства) путь. Хотя большинство причин являются относительно доброкачественными, синдром Горнера может свидетельствовать о серьезной патологии в области шеи или грудной клетки (например, опухоль Панкоста (опухоль верхушки легкого) или щитовидно-шейная венозная дилатация).

Из-за повреждения или сдавления шейной или грудной симпатической цепи с одной стороны, вследствие чего возникают симптомы на ипсилатеральной (той же, где повреждение) стороне тела. Латеральный медулярный синдром, Кластерная головная

боль, травма — основания шеи, обычно тупая травма, может быть хирургическая. Воспаление среднего уха.

Опухоли — чаще всего брoхногенная карцинома верхушки легкого (опухоль Панкоста). Аневризма аорты, Нейрофиброматоз I типа, Зоб (гиперплазия щитовидной железы), Расслоение аневризмы аорты, Карцинома щитовидной железы, Рассеянный склероз, Тяга звездчатого нервного узла из-за дополнительного шейного ребра, Паралич Дежерин-Клюмпке, Тромбоз кавернозного синуса, Симпатэктомия (перерезка симпатического нерва шеи), Сирингомиелия, Блокада нервов, например блокада шейного сплетения, блокада звездчатого ганглия, Как осложнение дренажа по Бюлау .

Патофизиология. Синдром Горнера возникает из-за недостаточности симпатической иннервации. Участок повреждения симпатических путей находится на ипсилатеральной стороне симптомов. Ниже следуют примеры состояний вызывающих появление клинических проявлений синдрома Горнера:

- поражение первого нейрона (участок пути между гипоталамусом и шейным цилиоспинальным центром называют первым нейроном (хотя он, вероятно, прерывается несколькими синапсами в области моста и покрышки среднего мозга)): центральные поражения, включающие гипоталамоспинальный путь (например, рассечение шейного отдела спинного мозга);

- поражение второго нейрона (участок от цилиоспинального центра до верхнего шейного узла называют вторым нейроном (то есть это преганглионарные волокна)): преганглионарные повреждения (например, сдавление симпатического пути опухолью верхушки легкого);

- поражение третьего нейрона (участок от верхнего узла к мышце, расширяющей зрачок называют третьим нейроном (это постганглионарные волокна)): постганглионарные повреждения на уровне внутренней сонной артерии (например, опухоль кавернозного синуса /1/.

Важно отличать птоз вызванный синдромом Горнера от птоза вызванного поражением глазодвигательного нерва. В первом случае птоз сочетается с суженным зрачком (из-за недостаточной симпатической иннервации глаза), во втором случае птоз сочетается с расширенным зрачком (из-за недостаточной иннервации сфинктера зрачка). В реальной клинической работе эти два разных птоза довольно легко отличать. В добавлении к расширенному зрачку при повреждении глазодвигательного нерва птоз более тяжелый, иногда закрывающий полностью весь глаз. Птоз при синдроме Горнера будет средним или едва заметным.

При обнаружении анизокории (разница в размере зрачков) если осматривающий сомневается, какой из зрачков расширен, а какой сужен относительно нормы, то при наличии птоза патологическим будет тот зрачок, что находится на том же глазу, что и птоз /2,3/.

Случай из практики: В Центре офтальмологии АО «РДЦ» на обследовании находился ребенок А., в возрасте 5 мес., с диагнозом: Врожденный синдром Горнера.

Из анамнеза заболевания: беременность протекала на неблагоприятном фоне (угрозы прерывания беременности, ОРВИ, умеренная анемия). Роды в сроке 39-40 нед, второй из двойни. Родился с массой тела 2824гр, в асфиксии средней степени тяжести, с нестабильностью шейного отдела С2-С3. Были пособия по Цевьянову. Со слов родителей птоз наблюдается с рождения, а также отсутствие потоотделения слева.

При объективном осмотре: OD-патологии не выявлено. OS- глазная щель сужена, верхнее веко опущено на 2-3 мм, прикрывает 2/3 области зрачка, слезные органы без изменений. Конъюнктива бледно-розовая; склера белая; роговица блестящая, прозрачная; передняя камера средней глубины, равномерная, влага ПК прозрачная; радужка структурна, гетерохромия (светлее радужки правого глаза), зрачок правильной округлой формы, узкий, d=1,2мм (миоз); хрусталик - прозрачный.

Глазное дно-ОУ-ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сетчатка без очаговой симптоматики, вены полнокровны, расширены, артерии без изменений, макулярный рефлекс в норме.

Дополнительное обследование: скиаскопия (на фоне циклоплегии): OD-Нм+2.0, OS-Нм+2.0; КТ головного мозга: КТ-картина наружно-внутренней гидроцефалии.

Для дифференциальной диагностики синдрома Горнера были проведены пробы с расширением зрачка в темноте и на мидриатики (р-р тропикамида 0.5%). Пробы выявили замедленную реакцию в сравнении со здоровым глазом.

Неврологический статус: Мышечная сила в левых конечностях снижена на 1 балл по сравнению с правыми. Мышечный тонус дистоничен. Выставлен диагноз: Перинатальное поражение ЦНС, левосторонний гемипарез.

Заключение. Таким образом, проведение проб с расширением зрачка в темноте и на мидриатики позволяет совместно с невропатологами выявлять и дифференцировать врожденный птоз и врожденный синдром Горнера.

Литература

- 1 Тейлор Д., Хойт К. Детская офтальмология, -М.: Бином.С.-П.: Невский диалект, 2007г.-197с.
- 2 У.У.Сомов Клиническая офтальмология, -М.: МЕДпресс-информ., 2005г.-330с.
- 3 Т.И.Ерошевский, А.А.Бочкарев Глазные болезни, -М.: Медицина,1977.-97, 220-221с.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Н.Е. Досмагамбетова

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника», г. Кокшетау

Введение. Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) относится к достаточно редким заболеваниям, однако ассоциируется со значительной материнской смертностью [1]. ПКМП – в настоящее время рассматривают как особый вид дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), основываясь на общности клинической и морфологической картине поражения миокарда. Это заболевание возникает у женщин в III триместре беременности или в послеродовом периоде. Природа болезни неясна. Предполагается значение вирусной инфекции, иммунных и эндокринных нарушений генетического фактора. Клинически заболевание протекает с симптомами выраженной левожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности, аритмиями, кардиомегалией. При постановке диагноза, решающей является четкая связь между беременностью и родами, и прогрессивным поражением миокарда. Специфическое лечение не разработано, поэтому рекомендуется стандартное лечение сердечной недостаточности. Смерть может быть внезапной или наступает в результате развития хронической сердечной недостаточности. Средняя продолжительность жизни — 5 лет у пациентов с сохраняющейся кардиомегалией [2,3].

Целью исследования явилось оценить клиническую эффективность комплексной терапии перипартальной кардиомиопатии в динамике.

Случай из практики. Больная Н.20 лет, поступила в кардиологическое отделение городской больницы г. Кокшетау, с жалобами при незначительной физической нагрузке, боли в области сердца постоянного характера, нарастающую слабость, чувство тяжести в правом подреберье, отечность нижних конечностей.

Из анамнеза удалось выяснить следующее: считает себя больной в течение 2-х месяцев с появлением указанных жалоб. Ранее ничем не болела, за 1 месяц до появления первых симптомов болезни были срочные роды. Беременность первая, течение всего периода беременности и роды протекали нормально, простудных заболеваний не

отмечалось, очагов хронической инфекции не было. При объективном обследовании выявлены симптомы бивентрикулярной недостаточности: одышка, застойные хрипы в легких, увеличение всех размеров сердца, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия, ритм галопа, увеличение всех размеров сердца, систолический шум на верхушке сердца, тахикардия, ритм галопа, гепатомегалия, отечность нижних конечностей. В анализах крови анемия легкой степени, других изменений в лабораторных показателях не отмечено. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 92 в мин., ЭОС отклонена влево, признаки гипертрофии ЛЖ с систолической перегрузкой. На рентгенограмме органов грудной клетки отмечалось усиление легочного рисунка, увеличение тени сердца в поперечнике, на ЭхоКГ: данные за дилатационную кардиомиопатию. Относительная недостаточность митрального клапана.

Учитывая развитие кардиомиопатии в послеродовом периоде, выставлен диагноз: Перипартальная кардиомиопатия, НК II-Б стадии. Проводилось лечение: Сердечные гликозиды (дигоксин) + мочегонные (фуросемид, верошпирон) + В адреноблокатор (карвитол) + ИАПФ (энап) + кардиометаболики. После наступления компенсации сердечной деятельности больная выписана из стационара. Данный диагноз в последующем был подтвержден в кардиологическом отделении ННМЦ г.Астана, больной определена 2 группа инвалидности.

Результаты и обсуждение. Наблюдалась амбулаторно в течении 3 лет. Постоянно принимала дигоксин в дозе 0,125мг в сутки, энап 2,5мг в сутки, корвитол 25мг в сутки, тромбоасс 50мг. За период наблюдения положительная динамика показателей ЭхоКГ представлена в таблице.

Таблица - Показатели ЭхоКГ в динамике за период 2008-2010гг.

Параметры ЭхоКГ	Исходные параметры	Через 6 месяцев	Через 1 год	Через 2 года
Полости сердца	Расширены все отделы, больше левые	Расширены все отделы, больше левые	Умеренное расширение левых отделов	Расширены левые отделы
КДР (мм)	68	68	62	60
КСР (мм)	46	46	39	35
ЛП (мм)	39	39	32	32
ПП (мм)	50-51	50-51	-	-
А (мм)	31	31	31	30
ПЖ (мм)	34	34	27	27
Выходной отдел ПЖ	28	28	26	26
Амплитуда движения МК	снижена	снижена	норма	норма
Толщины МЖП (мм)	в систолу-10, в диастолу-8	в систолу-10, в диастолу-8	в систолу-10, в диастолу-8	в систолу-10, в диастолу-8
Амплитуда движения МЖП (мм)	3,1	3,1	4,1	5,1 норма
Амплитуда движения ЗСЛЖ (мм)	3,8	3,8	5,2	7 норма
ФИ	44%	44%	53%	60%
Дельта S	19%	19%	25%	31%
Ударный объем (мл)	69	69	76	68
КДО (мл)	220	220	194	178
КСО (мл)	151	151	118	97
МО (л/мин)	5,6	5,6	4,1	5,4
Время предизгнания (сек)	0,01	0,01	0,20	0,15
Время изгнания	0,41	0,41	0,33	0,48
Отношение ЛП/АО	1,3	1,3	1,2	1,2
Доплер ЭхоКГ	митральная регургитация ++	митральная регургитация ++	норма	норма
Расхождение створок АК (мм)	18	18	18	18

Как видно из таблицы, на ЭхоКГ в динамике отмечается улучшение сократительной способности миокарда, нормализовалась амплитуда движения митрального клапана, межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, сохраняется дилатация левых отделов сердца. На фоне длительной терапии вышеуказанными препаратами значительно улучшилось состояние и самочувствие больной – уменьшилась одышка, нормализовались размеры печени, нет периферических отеков. Больная в данное время вернулась к трудовой деятельности.

Вывод. При длительном комплексном лечении с применением сердечных гликозидов в сочетании с ингибиторами АПФ и В-блокаторами можно достигнуть успешных результатов в терапии перипартальной кардиомиопатии.

Литература:

1 Pearson G.D., Veille J.C., Rahimtoola S. et al. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood institute and Office of Rare Diseases...//JAMA. – 2000. – Vol.283. – P.1183 – 1188.

2 Гиляровский С.П. Новые терапевтические стратегии при застойной сердечной недостаточности. Кардиология 1997, № 10, стр. 88-96

3 Джанашия П. Кардиомиопатии и миокардиты РГМУ г.Москва 2000г.

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ

**ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРАЗНО-ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

Ж.Б. Абраев

АО «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) представляют собой большую группу болезней человека, отличающихся от других инфекций особенностями этиологии, эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики. Возбудители этих заболеваний, как известно, передаются от человека к человеку исключительно (или преимущественно) половым путем.

ЗППП (хламидиоз, уремикоплазмоз, гарднереллез, герпетические вирусные инфекции, цитомегаловирусные инфекции, урогенитальный кандидоз и другие) наносят обществу огромный социально-экономический ущерб и требуют от органов здравоохранения так и от общественности самого серьезного внимания.

Особенно важен социальный характер заболеваний, передаваемых половым путем и их влияние на репродуктивное здоровье населения и тяжесть вызываемых ими осложнений /1/. Урогенитальная, хламидийная и микоплазменная инфекция играет большую роль в развитии неспецифических воспалительных заболеваний гениталий у женщин.

Клиническая симптоматика хламидийно-микоплазменной инфекции слабо выражена и это нередко приводит к запоздалому обращению за медицинской помощью и хронизации процесса. Хламидии относятся к внутриклеточной, а микоплазмы к мембрано-паразитирующей микрофлоре.

Располагаясь внутри клетки хозяев, либо в инвагинатах их мембран, возбудители хламидиоза и микоплазмоза малодоступны для воздействия неспецифических защитных сил микроорганизма и ряда антибактериальных препаратов, циркулирующих во внеклеточном пространстве, в то же время они не оказывают выраженного иммуно-раздражающего действия на иммунную систему и поэтому в ряде случаев серодиагностика хламидиоза и микоплазмоза затруднена и не всегда достоверна.

Для диагностики хламидиоза, микоплазмоза и уреплазмоза используют полимеразно-цепную реакцию (ПЦР), достоверность результатов которой возрастает при выявлении геномов патогенности и репродуктивной способности возбудителя одновременно. Этот метод обнаруживает инфекцию уже по нескольким молекулам ДНК. Так для выявления внутриклеточно и мембрано паразитирующей микрофлоры целесообразно исследовать соскобы из уретры и влагалища цервикального канала.

При проведении исследования играет роль выявление не только свободно расположенных микоплазм или элементарных телец, но и адгезии возбудителей на мембране клетки-хозяина, а по возможности и внутриклеточно расположенных ретикулярных телец хламидий.

Данный опыт основан на результатах обследования и лечения 204 больных (188 женщин, 16 мужчин) с неспецифическими воспалительными заболеваниями гениталий в возрасте от 18 до 50 лет.

В клинико-диагностической лаборатории АО «Национальный научный центр материнства и детства» за 2010 год обследовано 204 человек, среди которых выявлены: Cytomegalovirus в 17 случаях (8,3%) от общего числа обследуемых лиц. Далее по частоте - Ureaplasma urealyticum -13 (6,4%), Herpes simplex virus - 9 (4,4%), Mycoplasma hominis, Chlamydia trachomatis – 4 (2,0%).

ПЦР-диагностика гарднереллеза помогла выставить диагноз в случаях, когда критерии бактериального вагиноза недостаточны, а клиника позволяет заподозрить это заболевание, при этом Gardnerella vaginalis была обнаружена в 10 случаях (5,0%). Trichomonus vaginalis и Neisseria gonorrhoeae по 1 случаю (0,5%).

Вывод: таким образом, исследование подтверждает, что ПЦР обладает большой информативностью и чувствительностью, что позволяет с высокой достоверностью выявлять вышеперечисленные инфекции.

Литература

- 1 Порин А.А., Бойцов А.Т., Белоусова Е.В. и др. Значение полимеразной цепной реакции при диагностике урогенитальных инфекций. Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Клиническая лабораторная диагностика, № 10, 2000 - С 19-20.
- 2 Родионов А.Н. Заболевания, передаваемые половым путем- СПб.: ПитерКом,1999 - С 288.
- 3 Сейдуалива Б.С. Диагностика скрыто текущих половых инфекций, проблемы социальной медицины и управление здравоохранением, 2001, № 20, С- 52-54.
- 4 Смирнова Т.С. Чайка Н.А. Эпидемиологическая характеристика заболеваний, передаваемых половым путем - СПб,1996 - С32.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАК КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Р.М. Алибаева
ТОО «Дом Здоровья», г. Астана*

Система менеджмента качества (СМК) – это метод улучшения бизнеса. СМК является одним из основных пунктов для наведения порядка. Стандарты ИСО применяются для решения вопросов по созданию основы для постоянного улучшения деятельности организации. Универсальность заключается в том, что они не предлагают измеримых критериев качества для каждого отдельного вида организации. На сегодняшний день существует несколько моделей проведения самооценки работы медицинской организации в области качества. Наиболее актуальными являются три модели менеджмента качества:

Модель премии Деминга в Японии, Малкольма Болдриджа в США и модель Европейской премии по качеству.

В международных стандартах ИСО серии 9000 в качестве модели менеджмента качества предлагаются положения международного стандарта ИСО 9004:2009, по которому непосредственно разрабатывается система менеджмента качества (СМК). Стандарты серии ИСО 9000 предлагают методику построения СМК, которая может официально сертифицирована.

Основной целью создания стандартов серии ИСО 9000 является разработка требований к деятельности организации, выполнение которых свидетельствовало о способности обеспечивать качество медицинской помощи в точном соответствии с требованиями потребителей, в частности: повышенный оборот на рынке медицинских услуг, достигнут за счет гибкого и быстрого ответа на рыночные возможности; результативное использование ресурсов учреждения для повышения удовлетворенности потребителей; повышенная лояльность потребителей, приводящая к повторному взаимовыгодному сотрудничеству, а именно желанию повторно лечиться в этом учреждении; лидерство руководителя должно создавать и поддерживать внутреннюю среду, в котором сотрудники могут стать вовлеченными в деятельность организации по достижению поставленной цели. Сотрудники, понимающие цели и задачи медицинской организации более мотивированы на достижение данных целей; применение более эффективных нововведений и творческий подход должны приводить к выполнению достигнутой цели, к повышению ответственности за результат своей работы, стремлению каждого участвовать и вносить свой вклад в постоянное улучшение деятельности организации; идентификация, понимание и менеджмент взаимосвязанных процессов как системы содействуют результативности и эффективности организации при достижении ее цели.

СМК, разработанная в соответствии со стандартами серии ИСО 9000, управленческая подсистема, в основе которой лежит структурированный набор документов, регламентирующих основные аспекты деятельности любой организации, в т.ч. медицинской. Документация СМК должна описывать деятельность организации, в особенности процессы, существенно влияющие на качество выполняемых медицинских услуг. Это обеспечивает прослеживаемость данных процессов, четкое понимание, управление и постоянное улучшение.

В стандарте ИСО 9001 приведена схема модели СМК, основанной на процессном подходе, она иллюстрирует связи между процессами, подчеркивает существенную роль потребителей при определенных входных данных. Мониторинг удовлетворенности потребителей требует оценки информации о восприятии потребителями выполнения их требований.

Применение процессного подхода на начальном этапе внедрения системы позволяет посмотреть на свою медицинскую организацию со стороны, четко определить ответственность, полномочия, ресурсы, информационные и управленческие связи. Данный подход определяет пути улучшения системы управления и постепенный переход к процессорной системе управления.

Процессы в медицинской организации можно разделить: на процессы управления, основные процессы (непосредственные процессы оказания медицинской услуги, жизненного цикла медицинской услуги - от момента планирования новой услуги, определения требований потребителей, проектирования и разработки, закупок медикаментов, расходных материалов, метрологического контроля до непосредственного выполнения услуги в соответствии с технологическими регламентами, установленными в организации). Организации необходимо постоянно осуществлять мониторинг действий по улучшению своей деятельности, в частности, отслеживать удовлетворенность потребителей, проводить внутренние аудиты, измерять финансовые показатели и т.д.

Результаты анализа данных служат для анализа со стороны руководства по составлению плана работы для улучшения деятельности всей организации.

В первую очередь должны определены и поддерживаться в рабочем состоянии процессы, процедуры и методы мониторинга, измерений и анализа, позволяющие получить данные: для демонстрации соответствия медицинских услуг установленным требованиям; оценки соответствия СМК требованиям ГОСТ ИСО 9001-2008 и условиям его применения; определения задач по развитию СМК с целью обеспечения ее работоспособности и адекватности изменяющимся условиям; выявления возможностей для повышения результативности СМК и результативности работы в целом.

В медицинской организации должны систематически проводиться внутренние аудиты СМК, основная цель которых является соответствовать требованиям ИСО 9001-2008 и поддерживаться в рабочем состоянии. Для обеспечения уверенности, что процессы достигли запланированных результатов необходимо проведение регулярного мониторинга процессов. Дополнительный мониторинг выполнения документированных требований к процессу осуществляется при проведении внутренних аудитов СМК. Результаты мониторинга процессов представляются на оперативных совещаниях, на которых принимается решение о необходимости коррекции, проведении корректирующих действий.

Основной акцент необходимо делать на внутриведомственный мониторинг качества предоставляемых медицинских услуг.

Первый уровень оценки качества медицинской помощи–самоконтроль, контроль заведующим отделением. В ходе экспертизы выполняется оценка качества каждого случая оказанной медицинской помощи. Формируется карта экспертной оценки врачей первого уровня, заполняемая заведующим отделением.

Второй уровень качества медицинской помощи - заместитель главного врача по клинико-экспертной работе или врач- эксперт. Проводится анализ предоставляемых экспертных карт.

Третий уровень экспертизы качества медицинской помощи - врачебная комиссия. Коррекция выявленных несоответствий должна осуществляться немедленно.

Результативность и эффективность СМК оценивается по следующим показателям: повышения качества медицинских услуг (по результатам экспертной оценки); повышения удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи; сокращения затрат на всех стадиях производства медицинских услуг; увеличения объема выполняемых услуг; увеличения доходов (увеличения доли рынка и соответствующего объема выполняемых услуг по всем источникам финансирования); улучшение управляемости медицинской организации за счет повышения обоснованности и оперативности принимаемых решений.

Таким образом, использование международных стандартов серии ИСО 9000-2008 является наиболее оптимальным инструментом в решении данной задачи.

Литература:

- 1 Н.Ф. Князюк, И.С.Кицул //“Методы работы в системе менеджмента качества медицинской организации”
- 2 Премия МалкольмаБолдриджа” Европейское качество”. Дайджест 2004
- 3 В.А. Качалов “Руководство по концепции и использованию процессорного подхода для систем менеджмента” Интерсертифика Р 2004
- 4 Д.В. Маслов “ От качества к совершенству. Полезная модель EFQM” Стандарты и качество.2008
- 5 Т. Конти “Почему не полностью используется потенциал самооценки. ”Методы менеджмента качества 2003
- 6 Т.Н. Брескина, Е.В. Ершова, А.А. Азбаров, М.М.Ковальчук “Технология самооценки в системе управления качеством медицинской организации” 2010
- 7 ISO 9001 “Разработка, внедрение, сертификация, улучшение системы менеджмента качества” Практическое руководство для специалистов по качеству.-2010.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ БЦЖ-ЛИМФАДЕНИТЫ У ДЕТЕЙ

*Л.А. Ангелова, Г.З. Хамитова, Л.М. Левина, Г.Н. Кыдырова
Противотуберкулезный диспансер, г. Астана
Национальный научный медицинский центр, Астана*

Введение. В настоящее время противотуберкулезная вакцинация применяется в большинстве стран мира как признанный метод активной специфической профилактики туберкулеза с помощью вакцины БЦЖ. Несомненно, что вакцинация БЦЖ снижает частоту развития тяжелых форм заболевания. Первичные формы туберкулеза у вакцинированных при рождении детей по сравнению с непривитыми, протекают более доброкачественно, без осложнений и приводят к быстрому благоприятному исходу. Однако, несмотря на преимущества массовой иммунизации новорожденных, побочное действие вакцины БЦЖ имеет большое значение и не потеряло своей актуальности в современных условиях. В последние годы в республике при заболеваемости детей туберкулезом, отмечается ухудшение ее клинической структуры, особенно у детей раннего возраста. При сложившейся эпидемической ситуации необходимо максимально увеличивать иммунную прослойку среди детей за счет строгого подхода к проведению прививки и сокращения числа противопоказаний к ней.

Цель исследования: оценить клинико-эпидемиологическую характеристику осложнений вследствие вакцинации БЦЖ у детей и эффективность лечения.

Материалы и методы: в городе Астана за период 2005-2010 г.г. использована вакцина производства России и Японии. Причем с 2004 по 2005 год и частично в 2006 году использовалась Российская вакцина, а большую часть 2006 года и с 2007 года по 2010 год - вакцина производства Японии.

За анализируемый период наблюдались и получали комплексное лечение 80 детей. По годам количество пролеченных детей составило в 2004 г - 5, в 2005г. – 17, в 2006г. - 24, в 2007г. – 14, в 2008г. – 7, в 2009г. – 8, в 2010г -5. Из них мальчиков – 57 (71,25%), а девочек – 23 (28,75%).

Результаты и обсуждение. Поствакцинальные осложнения развивались у младенцев в возрасте с одного месяца жизни до 2-х месяцев у 23 детей, что составило 28,7%, с 3 до 4 месяцев -32 (40,1%), с 5 месяцев и до года 25 (31,2%).

Осложненному течению иммунизации против туберкулеза способствовали различные сопутствующие заболевания у вакцинированных детей. Поствакцинальные осложнения - 54 (67,8%) развивались, как правило, на фоне следующих сопутствующих заболеваний. С патологией центральной нервной системы – 17,3%, дети с анемиями – 34,6%, с патологией сердечно - сосудистой системы – 1,3%.

Следует обратить внимание, что частые простудные заболевания (ОРВИ, ХОБЛ, бронхиты и пневмонии) установлены в 12% случаев, различные кишечные нарушения у 2,6% случаев.

При осложненном течении вакцинации БЦЖ у всех детей были увеличены в различной степени лимфатические узлы левой подмышечной области, в виде одного или двух, реже нескольких лимфоузлов и в виде пакетов, а у 6 детей выявлено одновременное поражение и левой подключичной группы лимфатических узлов.

Размеры увеличенных лимфатических узлов были следующими:- от 1,0 до 2,0 см в диаметре – у 56 детей, что составило 70%, -от 2,0 до 3 см в диаметре – у 20 детей, это составило 25,0%, - и более 3 см в диаметре – у 4 детей, что составило 5,0%.

В период выявления увеличенных лимфатических узлов на плече в динамике развития БЦЖ обнаружены: у 28 детей пустулы (35%), у 26 детей - корочки, (32,5%), у остальных 26 детей (32,5%) отмечались сформированные рубчики.

В структуре клинических форм активных БЦЖ – лимфаденитов с инфильтративной формой наблюдалось – 63 (78,7%) ребенка, а с казеозно-некротической – 17 (21,2%).

Клиническая картина БЦЖ – лимфаденитов характеризовалась малосимптомным течением, у значительного большинства детей без каких – либо клинических проявлений. Повышение температуры наблюдалось у – 8%, ухудшение самочувствия замечено родителями у 11% детей в виде беспокойного поведения, снижения аппетита.

Локальные изменения в области увеличенных лимфатических узлов зависели главным образом от клинической формы БЦЖ – лимфаденита. При инфильтративной форме – лимфатические узлы были увеличены в размерах, при пальпации безболезненные, мягко-эластической консистенции, подвижные. Кожные покровы над ними не изменены. Обычного цвета, без отека мягких тканей. Казеозно-некротическая форма характеризовалась увеличением поперечного размера лимфатических узлов от трех и более сантиметров, мягко-эластической консистенции, напряженные, безболезненные, с ограниченной подвижностью. Размягчение в центре узла, гиперемия кожи и болезненность отмечалась у 12 (15%) детей. Обзорная рентгенография органов грудной клетки не выявила патологии у данных детей.

Проведен анализ по давности заболевания от начала до момента обращения. В стационар на оперативное лечение в сроке до 10 дней – 8 детей (10%), от 10 дней до 1 месяца – 22 детей (27,5%), от 1 до 3 месяцев – 14 детей (17,5%), от 3 до 6 месяцев – 5 детей (6,25%). Размеры лимфатических узлов варьировали от 1.5 до 4 см в диаметре. Методом оперативного лечения являлась лимфаденэктомия.

Лечение БЦЖ – лимфаденитов проводилось, согласно методическим рекомендациям, дети получали один или два противотуберкулезных препарата (Н, Е) переносимость препаратов у наблюдаемых детей была удовлетворительной, побочного действия не отмечалось, получали в течение 4 месяцев на фоне местного лечения. Повязки рифампицина с димексидом применяли при инфильтративной форме лимфаденита у 60%. Повязку накладывали 1 - 2 раза в сутки в течение 30 - 60 дней. У большинства детей -63 (78,3%) в течение от одного до трех месяцев, от начала лечения лимфатические узлы уменьшились в размерах более чем в 2 раза, а в дальнейшем наблюдалось постепенное их уплотнение до 3 - 5 мм. По окончании наблюдения, в конце года, при обследовании детей полное рассасывание наблюдалось у небольшого количества детей - 7 детей (22,4%).

При казеозно-некротической форме лимфаденита у 49 детей использовано хирургическое лечение. Удаление пораженных лимфатических узлов производилось в хирургическом отделении детской городской больницы №2.

Заключение. Таким образом, все удаленные лимфатические узлы брались на гистологическое исследование. Во всех случаях гистологическое заключение: «поствакцинальный лимфаденит». При цитологическом исследовании пунктата из пораженного лимфатического узла во всех 49 случаях обнаружены различные клеточные элементы (лимфоциты, эритроциты, нейтрофильные лейкоциты, участки казеоза). Бактериоскопия мазка на МБТ у исследуемых детей была отрицательной. При этом наблюдались минимальные остаточные явления, в виде линейного тяжа, а так же сокращались сроки лечения до одного месяца (после выписки из стационара, химиотерапия продлевалась до одного месяца).

Литература:

1 Митинская Л.А. 80 лет применения вакцины БЦЖ//Пробл.туб. – 2001.- №1. – с.51-55

2 Митинская Л.А. Иммуно-патогенетические механизмы действия вакцин БЦЖ и БЦЖ-М.//Пробл. Туб. – 2003г.-№3. – с 22-24.

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АКВА МАРИС» В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*М.М. Байменова
Городская поликлиника № 8, Астана*

Введение: В патогенезе воспалительной патологии носа и околоносовых пазух особое значение имеет нарушение функции мерцательного эпителия слизистой оболочки, эффективность работы которого в значительной степени зависит от присутствия ионов калия и магния [1]. Новым шагом в разработке препаратов на основе натуральных природных веществ явился натуральный спрей «Аква марис» (производитель АО «Ядран-Галенская Лаборатория»). Растворы морской соли широко применяются при лечении и профилактике воспалительных заболеваний полости носа детей и взрослых благодаря разжижению слизи и элиминации болезнетворных бактерий, вирусов и аллергенов [2,3].

Цель работы: оценить эффективность применения препарата «Аква марис» в оториноларингологической практике.

Материалы и методы: Нами использован препарат «Аква марис» для лечения 44 детей (контрольная группа — 36 детей) с патологией носа и околоносовых пазух, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении в отделении оториноларингологии городской больницы № 1 г.Астаны и 12 детей с хроническим аденоидитом (контрольная группа — 15 человек).

Пациентам проведено клиническое обследование: эндоскопия ЛОР-органов, определение функции носового дыхания при помощи зеркала Глятцеля, компьютерная риноманометрия, определение времени мукоциллиарного клиренса при помощи сахаринового теста, подсчет функционально активных клеток мерцательного эпителия, цитологические исследования — мазки-отпечатки со слизистой оболочки носа. Лечение препаратом аква марис проводили в течение 5–7 дней на фоне общепринятой базисной терапии за исключением сосудосуживающих капель и мазей. Пациенты обследуемой группы орошали полость носа аэрозолем «Аква марис» 3–4 раза в день по 1–2 дозы.

Результаты и обсуждение: По результатам отчета городской поликлиники № 8 г.Астаны об отоларингологической заболеваемости 2009 года у детей вирусные риниты занимали первое место, удельный вес составил 45,7%.

По данным компьютерной риноманометрии у 79,8% обследуемых лиц отмечали улучшение носового дыхания на 2-е сутки применения препарата, тогда как в контрольной группе — на 4-е. Необходимо отметить, что у пациентов с атрофическим ринитом наблюдалось усиление сухости в полости носа, повышение коркообразования, таким больным препарат отменен. При подсчете функционально активных клеток мерцательного эпителия во всех группах, получавших спрей «Аква марис», увеличение количества активных клеток отмечалось на 5–6-й день пользования препаратом, а в контрольной — на 8–9-й. Статистически достоверный показатель числа активных клеток мерцательного эпителия выявлен среди больных острым синуситом, он равен $5,8 \pm 0,7$ (контрольная группа — $1,6 \pm 0,9$). В детской группе сахариновый тест проводился только старшим детям (6–14 лет), у которых ускорение времени теста в среднем составило $4,2 \pm 1,1$ мин, а в контрольной группе — $1,9 \pm 0,9$ мин. У пациентов с острым ринитом и острым синуситом, принимавшие препарат «Аква марис», по сравнению с контрольной группой отчетливо прослеживается быстрое восстановление носового дыхания. В мазках-отпечатках со слизистой оболочки носа у больных с аллергической формой вазомоторного ринита наблюдали достоверное уменьшение количества эозинофилов после лечения в среднем на $6,7 \pm 1,1$ клетки, в контрольной группе — $2,1 \pm 1,1$ ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что у детей с хроническим аденоидитом выявлены достоверные различия в изменении соотношения клеток крови в мазках-отпечатках со слизистой

оболочки полости носа, тогда как до лечения количество эозинофилов составляло $14,2 \pm 0,9$, после — $6,4 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), нейтрофилов — $13,9 \pm 0,9$ и $5,4 \pm 0,9$ соответственно.

Выводы: установлено, что спрей «Аква марис» способствовал улучшению обменных энергетических процессов в клетках эпителия носа и околоносовых пазух, что в свою очередь ведет к восстановлению носового дыхания. Следовательно, могут служить хорошим профилактическим средством во время эпидемий гриппа.

Литература:

1 В.Т.Пальчун Оториноларингология: Учебник/ Москва «Медицина», 2007.

2 А.А. Баранов, М.Р. Богомилский, В.А. Ревякина. Аллергический ринит у детей. Пособие для врачей // – М., 2002. – 80 с.

3 В.А. Ревякина, Е.Д. Кувшинова Влияние увлажняющего спрея АКВА МАРИС на клинические симптомы аллергического ринита у детей // Журнал «Здоровье ребенка» 2(5) 2007.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Х.Т. Баялина

РГП «Больница УДП РК» г. Астана

Цереброваскулярная патология во всем мире занимает второе место среди всех причин смерти. Одной из главных причин развития цереброваскулярной патологии является артериальная гипертензия. Артериальная гипертензия приводит к развитию гипоперфузии мозга, то есть к длительному недополучению мозгом основных метаболических субстратов (кислорода и глюкозы), доставляемых током мозга.

При медленном прогрессировании дисфункции мозга, развивающейся у больных с цереброваскулярной патологией, патологические процессы происходят, прежде всего, на уровне мелких мозговых артерий (церебральная микроангиопатия).

Распространенное поражение мелких артерий вызывает диффузное двухстороннее ишемическое поражение и множественные лакунарные инфаркты белого вещества головного мозга. Это приводит к нарушению нормальной работы мозга и развитию неспецифических проявлений – энцефалопатии. Для адекватной работы мозга необходим высокий уровень кровоснабжения.

Головной мозг, масса которого составляет 2,0-2,5% массы тела, потребляет 20% циркулирующей в организме крови. Величина мозгового кровотока в полушариях в среднем составляет 50 мл на 100г/мин. В условиях покоя потребление мозгом кислорода составляет 4 мл на 100 г/мин, что соответствует 20% всего кислорода, поступающего в организм. Потребление глюкозы составляет 30 мкмоль на 100г/мин. При артериальной гипертензии страдают, прежде всего, перфорирующие интрацеребральные артерии, питающие глубинные отделы мозга. Со временем процесс распространяется на дистальные отделы артериальной системы и происходит вторичная перестройка сосудов микроциркулярного русла. Мозговой кровоток зависит от перфузионного давления (разницы между системным АД и венозным давлением на уровне субарахноидального пространства) и сопротивлением мозговых сосудов. В норме благодаря механизму ауторегуляции мозговой кровоток остается стабильным, несмотря на колебания АД от 60 до 160 мм.рт.ст. При поражении церебральных сосудов (гипогиалиноз с развитием ареактивности сосудистой стенки) мозговой кровоток становится в большей степени зависимым от системной гемодинамики. При длительно существующей артериальной гипертензии отмечается смещение верхней границы систолического давления, при котором мозговой кровоток остается все еще стабильным и довольно долго не происходит нарушений ауторегуляции.

Существует определенный запас времени, когда своевременное лечение артериальной гипертонии может предотвратить образование необратимых изменений в сосудах и мозге или уменьшить степень их выраженности.

Одним из основных направлений базового лечения цереброваскулярной патологии является адекватное лечение артериальной гипертонии. Лечение артериальной гипертонии при цереброваскулярной патологии имеет свои особенности. Важно наиболее раннее начало гипотензивной терапии, до развития выраженного «лакунарного состояния», разобщения церебральных структур, до развития неврологических синдромов дисциркуляторной энцефалопатии. При назначении гипотензивной терапии следует избегать резких колебаний АД, так как при развитии хронической недостаточности мозгового кровообращения снижаются механизмы ауторегуляции мозгового кровотока, который уже в большой мере будет зависеть от системной гемодинамики. При этом кривая ауторегуляции будет сдвигаться в сторону более высокого систолического АД, артериальная гипотензия (меньше 110 мм.рт.ст.) будет неблагоприятно влиять на мозговой кровоток. В первые месяцы гипотензивной терапии у больных с ЦВП АД следует снижать постепенно, надо знать исходное АД, и от этих цифр начинать снижать САД на 15%, ДАД на 10%.

Необходимо удерживать АД на уровне 150/140/80 мм.рт.ст, это предупреждает нарастание психических и двигательных расстройств у больных с ЦВП. Антигипертензивные препараты должны быть пролонгированного действия, это позволяет уменьшить колебание АД в течение суток, особенно в утренние часы. При хронической недостаточности мозгового кровообращения предпочтение отдается препаратам, влияющим на ренин- ангиотензин- альдостероновую систему. К ним относятся 2 фармакологические группы: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента и антагонисты рецепторов ангиотензина II, так как они обладают не только антигипертензивным эффектом, но и органопротективным действием на органы мишени, в том и числе и на головной мозг. Отмечается улучшение когнитивных функций, так же они обладают антидепрессивным действием. Эффективность этих препаратов возрастает при комбинации с диуретиками. Особенно показано добавление диуретиков при лечении пожилых женщин.

Таким образом, клиническими критериями эффективности базисной гипотензивной терапии у больных с цереброваскулярной патологией являются: достаточная стабильность АД в течение суток, отсутствие гипертонических кризов, компенсация неврологических проявления хронической недостаточности мозгового кровообращения.

ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

А.Р. Джулсаитов

«Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана

Организация вскармливания недоношенных детей заключается в своевременном и адекватном их обеспечении пищевыми веществами и энергией начиная с первых дней жизни. Обеспечить глубоко недоношенных детей адекватным питанием достаточно сложно. Своевременно начатое и сбалансированное питание позволяет облегчить течение адаптационного периода и в дальнейшем снизить риск развития ряда заболеваний.

Основными принципами вскармливания недоношенных детей являются: выбор способа кормления, который определяется тяжестью состояния ребенка, массой тела при рождении, гестационным возрастом; предпочтение раннего начала питания независимо от выбранного способа (в течение первых 2-3 часов после рождения ребенка и обязательно не позднее, чем через 6-8 ч; в тяжелых случаях через 10-12 ч после рождения); обязательное проведение «минимального» энтерального питания при

полном парентеральном питании; использование энтерального кормления в максимально возможном объеме; обогащение рационов питания глубоко недоношенных детей, получающих грудное молоко, «усилителями» или смесями на основе глубокого гидролиза белка в течение раннего неонатального периода; использование при искусственном вскармливании только специализированных молочных смесей, предназначенных для недоношенных детей.

При назначении питания недоношенным детям необходимо учитывать функциональные особенности системы пищеварения: снижение сосательного и глотательного рефлексов, а также состояние тонуса сфинктеров пищевода и желудка; гипокINETический тип моторики; более низкая (нежели у доношенных детей) активность желудочных и панкреатических протеаз при высокой активности пептидаз кишечника (достаточное расщепление белков); высокая степень всасывания и усвоения белка; низкая активность панкреатической липазы и дисахаридаз (особенно лактазы); недостаточное усвоение углеводов и жиров (прямая зависимость от гестационного возраста); повышенная проницаемость кишечного барьера для макромолекул; высокая частота дисбиотических нарушений.

Определяющим в развитии пищеварительного тракта после рождения ребенка является энтеральное питание. Поступление питательных веществ в желудочно-кишечный тракт — это мощный стимул активизации его моторной и секреторной активности. Установлено, что даже минимальные объемы питания (около 4мл / кг / сут) оказывают такое же стимулирующее действие на кишечник, как и большие объемы.

Способы вскармливания детей. Вскармливание детей, родившихся с массой тела более 2000 г (срок гестации 33 нед. и более). Новорожденные дети с массой тела более 2000 г при оценке по шкале Апгар 7 баллов и выше могут быть приложены к груди матери в первые сутки жизни. Обычно в родильном доме или стационаре устанавливается 7-8-разовый режим кормления. Для недоношенных детей *свободное вскармливание является неприемлемым* в связи с неспособностью таких детей регулировать объем высосанного молока и высокой частотой перинатальной патологии, однако возможно ночное кормление. При грудном вскармливании необходимо внимательно следить за появлением признаков усталости — периорального и периорбитального цианоза, одышки и др. Наличие данной симптоматики является показанием к более редкому прикладыванию к груди или к полному переходу на кормление сцеженным материнским молоком из бутылочки при значительной выраженности симптомов при нагрузке. Усилия врача должны быть направлены на сохранение грудного вскармливания в максимально возможном объеме, учитывая особую биологическую ценность именно материнского нативного молока для незрелого ребенка и важную роль контакта матери с новорожденным во время кормления.

Вскармливание детей, родившихся с массой тела 1500-2000 г (срок гестации 30-33 нед.) Детям с массой тела 1500-2000 г, состояние которых после рождения соответствует средней тяжести, проводят пробное кормление из бутылочки. При неудовлетворительной активности сосания назначается зондовое кормление в полном или частичном объеме.

Масса тела менее 1000 г. - полное парентеральное питание + "трофическое" питание; частичное парентеральное питание + длительная зондовая инфузия.

Масса тела 1001 - 1500 г. - частичное парентеральное питание + длительная зондовая инфузия; длительная зондовая инфузия.

Масса тела 1501 - 2000 г.- длительная зондовая инфузия; порционное питание зондовое и/или из бутылочки; кормление грудью, докорм из бутылочки.

Масса тела 2001 – 2500 г.- кормление грудью, докорм из бутылочки; кормление грудью.

Минимальное энтеральное питание назначается не с целью кормления ребенка, а в целях становления и поддержания нормального функционирования кишечной стенки

(ферментативная активность, моторика); предотвращения атрофии слизистой кишечника; предотвращения застойных явлений в ЖКТ.

Глубоко недоношенные новорожденные вскармливаются через зонд. Питание через зонд может быть порционным или осуществляться с помощью метода длительной инфузии.

При *порционном питании* в зависимости от переносимости частота кормлений составляет 7-10 раз в сутки. Начинать введение женского молока (или специализированных молочных смесей) через назогастральный зонд возможно в пределах 12 - 48 ч после рождения ребенка. Первоначальный объем питания составляет не более 5-10 мл/кг/сут и должен увеличиваться постепенно. Предпочтительным является проведение длительной инфузии с помощью инфузионных насосов, поскольку медленное и продолжительное введение пищи, в отличие от дробного кормления, стимулирует перистальтику кишечника.

Длительное зондовое питание проводится с помощью шприцевых инфузионных насосов по определенной схеме (таблица).

Таблица - Схема проведения длительной инфузии

Круглосуточное непрерывное введение с постоянной скоростью	Трехчасовые инфузии с часовыми перерывами	Двухчасовые инфузии с такими же перерывами
Без перерыва	6 - 9 час 10 - 13 час 14 - 17 час 18 - 21 час 22 - 01 час 5-ти часовой ночной перерыв	6 - 8 час 10 - 12 час 14 - 16 час 18 - 20 час 22 - 24 час 6-ти часовой ночной перерыв

Во время ночного перерыва при необходимости вводятся растворы глюкозы и раствор Рингера. Первоначальная скорость введения молока может составлять 1,5 - 3 мл/кг/ч. Постепенно скорость увеличивается, достигая к 6 - 7 суткам 7 - 9 мл/кг/ч. Это обеспечивает глубоко недоношенным или более зрелым новорожденным детям, находящимся в тяжелом состоянии, больший объем питания, чем при порционном вскармливании.

Преимущества проведения длительного зондового кормления по сравнению с порционным введением женского молока или молочных смесей: увеличивается объем энтерального питания; сокращается время катаболической направленности обменных процессов; возможно, уменьшение объема, а в ряде случаев и полное исключение парентерального питания; уменьшение застойных явлений в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ); снижение интенсивности и длительности конъюгационной желтухи; поддержание постоянного уровня глюкозы крови; сокращение частоты срыгиваний и дыхательных нарушений, связанных с кормлением.

При расчете питания недоношенным детям следует пользоваться только «калорийным» методом.

К 17-му дню жизни энергетические потребности недоношенного ребенка возрастают до 130 ккал/кг/сут. При искусственном вскармливании калорийность рациона не должна превышать 130 ккал/кг/сут. Использование в питании недоношенных детей женского молока, также как и смешанное вскармливание, предполагает повышение калорийности к месячному возрасту до 140 ккал/кг/сут.

При расчёте питания недоношенных детей необходимо знать, что в 100 мл. женского молока содержится 1,2-1,6 г. белка, жира в молоке содержится несколько меньше (2,0-3,2 г.). Содержание белка в сцеженном материнском молоке однако, снижается, например в первые 6 недель с 1,7 г до ниже 0,9 г. в 100,0. Чтобы и далее покрывать потребность в

питательных веществах и, особенно в белке, существуют специализированные смеси на основе высокогидролизованых сывороточных белков, содержащие в жировом компоненте среднецепочечные триглицериды и лишённые лактозы: Алфаре (Нестле, Швейцария), Нутрилак Пептиды СЦТ (Нутритек, Россия), Нутрилон Пепти ТСЦ (Нутриция, Голландия). Они органично восполняют недостаточное содержание основных пищевых веществ в грудном молоке, легкоусваиваются и хорошо переносятся недоношенными детьми, особенно с низкой массой тела. Достаточным является введение в рационы питания детей, получающих женское молоко, продуктов на основе гидролизатов сывороточных белков в объёме 30%. Такому виду вскармливания следует отдавать предпочтение при выхаживании глубоко недоношенных детей и детей, находящихся в тяжёлом состоянии. Однако применение смесей на основе гидролизата белка не должно быть длительным, и после стабилизации состояния в питании детей, необходимо использовать специализированные смеси для недоношенных, наиболее оптимально соответствующие потребностям таких детей в минеральных веществах.

Наиболее оптимальным считается потребление недоношенными детьми 2,5-3,0 г/кг белка, 6,0 - 6,5 г/кг жира в сутки. Предполагается, что преждевременно родившиеся дети, независимо от вида вскармливания, должны получать около 10-14 г/кг углеводов.

Для молока женщин после преждевременных родов характерно и более высокое содержание ряда защитных факторов, в частности лизоцима. Женское молоко легко усваивается и хорошо переносится недоношенными детьми. Несмотря на особый состав, молоко преждевременно родивших женщин может удовлетворить потребности в пищевых веществах лишь недоношенных детей с относительно большой массой тела — более 1800-2000г., в то время как недоношенные дети с меньшей массой тела после окончания раннего неонатального периода постепенно начинают испытывать дефицит в белке, ряде минеральных веществ (кальции, фосфоре, магнии, натрии, меди, цинке и др.) и витаминов (В₂, В₆, С, О, Е, К, фолиевой кислоте и др.).

Длительное использование специализированных молочных смесей в небольшом объёме (1/3-1/4 суточного объёма) позволяет в наибольшей степени обеспечить глубоко недоношенных детей питательными веществами, увеличить скорость роста и предотвратить развитие остеопении.

Литература:

- 1 Т.Р. Чумбадзе Скворцова В.А. Алгоритмы вскармливания недоношенных детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. Москва., 2002.- 41 с.
- 2 Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Яцык Г.В. и др. Вскармливание недоношенных детей //Лечащий врач. 2006, № 2.- с. 64-68
- 3 Садырбаева З.С. Особенности липидного обмена у недоношенных детей при различных видах вскармливания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва., 1982.- 23 с.
- 4 Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л., и др. Современные тенденции проблемы вскармливания недоношенных детей //Вопр. совр. педиатрии. 2005. № 2 - с. 80-84.
5. W. A. Mihatsch, F. Pohlandt. Enterale Ernährung von Frühgeborenen. Monatsschrift Kinderheikd 2005. 153:1165-1171.

РАЗРАБОТКА СХЕМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

*А.А. Дубицкий, Д.С. Бердимуратова
АО «Медицинский университет Астана»*

ГККП «Станция скорой медицинской помощи города Астаны»

Введение. Формирование системы стандартизации в здравоохранении в настоящее время переходит на качественно новый уровень, ориентированный на рационализацию системы управления качеством медицинской помощи [1].

Крайне важным звеном является догоспитальный этап, который в ряде случаев предопределяет исходы и последствия травмы, сроки временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности пострадавших. Актуальность исследования обусловлена необходимостью совершенствования лечебно-диагностических мероприятий при оказании этапной медицинской помощи [2].

Целью исследования является разработка междисциплинарных логических схем принятия решений на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Реализация структурно-функционального построения схем принятия решений базируется на выполнении следующих последовательных задач: формирование групп специалистов и комплексов методов исследования на догоспитальном этапе выполнения лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших с выделением доминирующего повреждения и вариантности травмы; использование единых методологических подходов в клинической диагностике, унифицированных и стандартизированных критериев оценки степени тяжести состояния пострадавшего; применение формализованной документации (регистрация всех «слагаемых» травмы, возможность проведения мониторинга); использование балльной оценки степени тяжести травмы и прогностических алгоритмов; формирование регионально-ведомственного реестра лечебно-профилактических организаций догоспитального и госпитального этапов (компоновка специализированных отделений, техническая оснащенность, режим работы и др.); внедрение геоинформационных технологий (территориальное расположение лечебно-профилактических организаций, транспортная инфраструктура и др.); обеспечение мобильными каналами связи субъектов медицинской деятельности; использование регламентированных стандартов действий врача «первого эшелона» (инициатор-реализатор лечебно-диагностического процесса) на догоспитальном этапе (оценка угрожающих жизни состояний и проведение соответствующих экстренных мероприятий, проведение возможного на данном этапе лечебно-диагностического комплекса, формирование клинического диагноза, принятие решения о рациональном лечебно-диагностическом «маршруте» и госпитализации пострадавшего в специализированное отделение).

Заключение. Таким образом, поэтапная реализация поставленных задач и использование схем принятия решений на догоспитальном этапе направлено на регламентацию и стандартизацию выполнения адекватного лечебно-диагностического комплекса с минимизацией временных промежутков, оптимизацию функциональных взаимодействий субъектов медицинской деятельности и совершенствование медицинской помощи пострадавшим с учетом этапности ее выполнения и реально существующей структуры лечебно-профилактических организаций.

Литература

- 1 Пантелеева Т. А. Основы организации скорой медицинской помощи.//Учебное пособие - СПб.: СПб МАПО. - 2001.- 31 с.
- 2 Руководство для врачей скорой медицинской помощи.//Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. - СПб: Невский диалект, 2001. - 704 с.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЁНКОМ

Г.Н. Жуковина

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Синдром жестокого обращения с ребёнком – это насильственные действия в отношении ребёнка (физические, психологические, сексуальные). Проблема жестокого обращения с детьми распространена по всему миру и касается детей от самого рождения

до 18 лет. В 2010 году сообщается о 3.3 миллиона случаев жестокого обращения с детьми. Около 60% случаев потребовали проведения медицинских исследований, а половина из них стали поводом для судебных разбирательств. Эти данные указывают на то, что процент случаев жестокого обращения с детьми составляет 12.1 на 1,000 детей; 1,460 детей (4 ребенка в день) погибли в 2010 году вследствие полученных травм, и более чем 77% детей младше 4 лет лишились жизни в результате избиений [1,2].

Домашнему насилию подвергаются дети любого возраста. Исследования показывают, что некоторые факторы риска увеличивают вероятность насилия над детьми: возраст - 67% детей, которые подвергались насилию, были младше одного года, 80% -младше трех лет. Случаи насилия над ребенком в прошлом: по статистике 50% насилия повторяется. В 10% случаях насилия - смертельные исходы.

Насилию чаще подвергаются дети с различными нарушениями, расстройствами речи и метальными отклонениями, с врожденными аномалиями или хроническими, рецидивирующими заболеваниями.

Приемные или неродные дети чаще подвергаются насилию.

Часто не сообщается о случаях насилия над детьми. Дети, которые не умеют или не способны говорить, не могут сообщить о том, что они подвергаются насилию. Часто такие факторы, как страх, стыд могут стать причиной того, что ребенок скрывает, что подвергается насилию.

Дети, в 5-14% семей ежегодно подвергаются пинкам, щипкам, ударам, избиениям, а также угрозам ножом или пистолетом. Такие действия – причина 10% повреждений и 15% ожогов у детей до 5 лет, 50% переломов у детей до 1 года. Травмы наносят матери (21%), отцы (21%), отчимы или сожители (23%), ухаживающие за ребёнком лица (8%), в большинстве не имеющие криминальных задатков (в частности это одинокие, неудовлетворённые лица, испытывавшие насилие в детстве). Лиц, виновных в нанесении травм, не всегда удаётся выявить [2,3].

На догоспитальном этапе выясняют обстоятельства получения ребёнком травмы. Подозрение должны вызвать следующие симптомы: переломы конечностей у маленьких детей, травмы органов брюшной полости, в том числе без наружных повреждений, ожоги от сигарет, а также ожоги, полученные детьми до 1 года, травмы лица, внутричерепные травмы у маленьких детей, следы встряски ребёнка – повреждения в местах, где держали ребёнка, кровоизлияние в сетчатку глаза.

К категории жестокости относят неудовлетворение нужд ребёнка (физических, психологических, лечебно – профилактических). «Синдром Мюнхгаузена по принуждению» - симуляция болезни ребёнка родителями, когда родители вызывают у ребёнка рвоту, понос, или предъявляют необоснованные жалобы, требуют ненужные исследования и лечение.

На догоспитальном этапе необходимо выяснить обстоятельства получения ребёнком травмы, выявить указанные симптомы, подозрительных на результат жестокого обращения. Помощь при данном синдроме зависит от характера травм и детей госпитализируют в профильное отделение с сообщением в правоохранительные органы.

Таким образом, на догоспитальном этапе при выявлении случаев жестокого обращения с детьми необходимо: собрать тщательно анамнез, осмотр ребёнка, беседа с родителями, 100% госпитализация, сообщение в правоохранительные органы.

Литература

- 1 Руководство по скорой медицинской помощи под редакцией С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, А.Л. Вёрткин, М.Ш. Хубутия. 2007 г.
- 2 Руководство по амбулаторно – поликлинической педиатрии под редакцией А.А. Баранова. 2007 г.
- 3 Неотложные состояния в педиатрии под редакцией Цыбулькина Э.К. 2010 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОСОМАТИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАЙМОРИТОМ

*Ж.Ж. Жунусова
Городская поликлиника № 8, г.Астана*

Введение: Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, являются объективной реальностью. Не случайно в новых определениях болезни все более настоятельно подчеркивается роль психического фактора. Условны любые схемы, поэтому условным является и выделение психосоматических болезней.

Однако, при некоторых соматических болезнях значение психического фактора, психического перенапряжения столь велико для их возникновения и развития, что они могут и должны быть отнесены к группе психосоматических заболеваний. Психосоматическая медицина — раздел общей патологии, изучающий соматические расстройства и болезни, возникающие под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время [1,2]. По оценке представителей психосоматической медицины, около 50% всех органических заболеваний в индустриально развитых странах имеют психогенный характер.

Изучая психологический аспект хронического гайморита, отмечено: подавленная жалость к себе, затянувшаяся ситуация "все против меня" и неспособность справиться с этим [3]. В связи с этим, *целью исследования явилось* оценка личностных характеристик взрослых больных, находящихся на диспансерном учете в поликлинике с хроническим гайморитом.

Материалы и методы: В первом полугодии 2010года нами проведена методика изучения представлений о себе, разработанная В. Стефансоном (1958 г.). Достоинством методики является то, что при работе с ней испытуемый проявляет свою индивидуальность, реальное «я», а не «соответствие — несоответствие» статистическим нормам и результатам других людей. Методика позволяет определить шесть основных тенденций поведения человека в реальной группе: зависимость, независимость, общительность, необщительность, принятие борьбы и избегание борьбы.

В данном исследовании участвовало 78 больных, с диагнозом хронический гайморит. Критерием отбора являлись: длительность заболевания более 7 лет, с частыми обострениями (более 3 раз в год), отсутствие костных повреждений перегородки носа, собственная заинтересованность в результатах тестирования и согласие на консультацию психолога, что составило 39,3% от числа диспансерных больных с хроническим гайморитом.

Результаты тестирования показали: высокую зависимость от окружающих обстоятельств в 75,0% случаях, необщительность в 69,0% случаев, избегание борьбы с внешними факторами – 87,0% случаев.

Полученные результаты обсуждены индивидуально с каждым исследуемым, далее последующим этапом, являлась консультация психолога для интерпретации полученных данных.

Следовательно, из 78 пациентов, которым, помимо основных медикаментозных препаратов включен в комплекс лечения и реабилитационных мероприятий участие психолога показало следующее: у 57 больных (73,1%) в течении 6 месяцев не отмечалось обострений, у 12 (15,3%) по настоящее время.

Выводы: Подобный опыт комплексного подхода лечения с участием психологического аспекта использован нами впервые, полученные положительные результаты будут использованы и в будущем, особенно с контингентом больных - часто болеющих. Такой принцип, обеспечивает правильный подход к больному, что необходимо не только в

одной медицинской специальности, но и во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения.

Литература:

- 1 В.М.Смирнов, Т.Н.Резникова Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни». Л.: Медицина, 1983.С.38-62.
- 2 Ф. Александер Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /пер.с англ. С.Могилевского, Изд.М.:Эксмо, 2002, 352с.
- 3 Г. Аммон. Психосоматическая терапия. Спб.: Речь, 2000, 238с.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Н.В. Иванникова
ТОО «Дом Здоровья», г.Астана*

Изменения верхних дыхательных путей при гипертонии не всегда являются специфичными. Однако обследования показали, что у больных гипертонией чаще, чем у здоровых людей, встречаются симптомы хронического воспаления слизистой оболочки, проявляющиеся в периодическом закладывании носа, скудных слизистых выделениях, которые обычно имеют густую консистенцию, вязки, легко засыхают в корки и с трудом отделяются. Больные также часто жалуются на ощущение комка в горле, что объясняется наличием густой слизи в области задней стенки глотки. Это ощущение вызывает необходимость частого откашливания и отхаркивания. При осмотре слизистая оболочка носа и глотки у таких больных бывает утолщенной и гиперемизированной. Обнаруживаемые дистрофические и воспалительные изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей могут быть следствием нарушения ее кровоснабжения, спазма мелких артерий, ведущих к застою крови в полости носа и глотке [1].

В ряде случаев проводимое лечение при гипертонической болезни не только не улучшает функционального состояния носа, а наоборот, такой симптом, как затрудненное носовое дыхание, становится более выраженным, в связи, с чем больные лишаются сна, у них усиливается головная боль, появляются обильные слизистые или слизисто-водянистые выделения из носа. Появление этих симптомов бывает обусловлено, как правило, применением препаратов группы раувольфии, которые наряду с сосудорасширяющим действием способствуют освобождению серотонина, одного из медиаторов аллергической реакции, что и вызывает появление перечисленных выше симптомов. Появление их при лечении гипертонической болезни требует изменения лечения, поскольку отсутствие носового дыхания ухудшает условия кровоснабжения в полости черепа и тем самым усугубляет течение гипертонии [2].

Некоторые изменения слизистой оболочки верхних дыхательных путей встречаются у большинства больных гипертонией, особенно в поздние стадии болезни, при явлениях выраженного атеросклероза. У больных гипертонией слизистая оболочка носа бывает обычно яркокрасной. На фоне общей гиперемии у них часто встречаются варикозные расширения вен в области носовой перегородки, мягкого неба, корня языка. Ясный сосудистый рисунок можно наблюдать и в других отделах носа и глотки, иногда видны кровоизлияния в слизистую оболочку, хотя не удается установить каких-либо предшествующих травм.

Одним из тяжелых осложнений гипертонической болезни являются носовые кровотечения. Кровотечение может быть первым симптомом гипертонии и часто способствует ее распознаванию. В ранние периоды заболевания кровотечения, как правило, наблюдаются из передних отделов носовой перегородки, где и в норме развита сосудистая сеть. Эти кровотечения не бывают обильными и довольно быстро

останавливаются тампонадой носа с последующими прижиганиями кровоточившего места носовой перегородки [3].

Тяжелые носовые кровотечения обычно наблюдаются у лиц старше 50 лет, что объясняется потерей эластичности сосудов вследствие развивающегося атеросклероза. Локализация кровотечений в этих случаях бывает иной – чаще из задних отделов полости носа, где имеются варикозные расширения сосудов. Из-за атеросклероза и варикозных расширений сосуды не спадаются и профузное кровотечение периодически возобновляется, что может угрожать жизни больного. При таких кровотечениях требуется обычно задняя тампонада носа наряду с другими мероприятиями, способствующими образованию тромба в поврежденном сосуде и снижению артериального давления.

При гипертонической болезни может страдать и функция обонятельного анализатора. Жалобы больных на ухудшение обоняния нечасты, однако при обследовании обнаружено, что нормальные пороги обоняния имеются лишь у небольшого числа страдающих гипертонией. Причем нарушения обоняния и тригеминальной чувствительности часто являются ранним симптомом при гипертонической болезни, позволяющим судить о степени нарушения корковых функций и сдвигах, наступающих в состоянии больных под воздействием проводимого лечения [3].

Значительное повышение пороговой чувствительности обонятельного анализатора выявляется уже в транзиторной фазе гипертонии, при этом порог тригеминальной чувствительности, как правило, бывает выше ольфакторной. У больных со II и особенно III стадией заболевания, тем более у лиц с очаговыми мозговыми явлениями, наблюдается резкое повышение порогов обонятельной и тригеминальной чувствительности.

Степень нарушения обонятельного анализатора в большинстве случаев не параллельна высоте артериального давления, а более соответствует тяжести клинической картины. В тех случаях, когда у больного гипертонией возникают те или иные функциональные или органические изменения в головном мозге и прежде всего в его корковых отделах, нарушение обоняния закономерно появляется как следствие нарушения анализаторно-синтетической деятельности коры больших полушарий.

Наиболее изучены в настоящее время изменения, наступающие при гипертонии в слуховом и вестибулярном анализаторе. В ряде случаев ушные симптомы являются наиболее ранним признаком сосудистых нарушений, а иногда и предшествуют им. Нарушения кохлеарного и вестибулярного анализаторов развиваются, как правило, равномерно с обеих сторон и вследствие медленного прогрессирования часто остаются незамеченными больными [5].

Жалуются на понижение слуха около 25% больных гипертонической болезнью, однако при целенаправленном исследовании те или иные отклонения от нормы выявляются значительно чаще. Поражения слуха при гипертонии весьма разнообразны, что может объясняться значительной вариабельностью функциональных сосудистых изменений при этом заболевании, а также наличием органических изменений самих сосудов (атеросклероза) и центральной нервной системы.

Одной из постоянных жалоб больных гипертонической болезнью является жалоба на шум или звон в одном или обоих ушах носит приступообразный характер, в других – постоянный. Некоторые больные не могут точно локализовать его. Часто шум усиливается одновременно с усилением головной боли, что совпадает, как правило, с резким повышением артериального давления. В большинстве случаев шум мало беспокоит больных. По характеру он очень разнообразен и описывается ими как гудение телеграфных столбов, шум ветра, машин, шипение паровоза и т.д. [6].

При исследовании слуха с применением шепотной и разговорной речи, камертонов и аудиометра выявлены изменения, укладывающиеся в три основных

варианта. В I варианте при исследовании шепотной и разговорной речью не удается выявить каких-либо отклонений от нормы, однако при исследовании камертонами и на аудиометре выявляется изолированное понижение слуха на C_{4000} (звуки с частотой 4000 колебаний в секунду).

При II варианте изменений слуха аудиограмма не обрывается так круто на тоне C_{4000} , а снижение восприятия, иногда значительное, отмечается и на тон C_{2000} и C_{1000} . У этих больных соответственно изменяется и восприятие шепотной речи. Считают, что I вариант наблюдается у молодых лиц, II – у лиц более старшего возраста. Однако трудно утверждать, связаны ли эти изменения с поздними стадиями гипертонической болезни или обусловлены развивающимся при этом атеросклерозом.

Третий вариант понижения слуха у больных гипертонией встречается довольно часто. При III варианте наблюдается нормальное восприятие чистых тонов или незначительное понижение слуха, в то время как восприятие шепотной речи значительно снижено. Больные, дающие хорошие показатели аудиограмм, различают шепотную речь на расстоянии 1,5-3м (при норме 6-8 м). Часто наблюдается и такое явление, что звук голоса больной слышит, но разобрать слова, воспринять сигнальное их значение не может. Такая диссоциация указывает на изменения в коре головного мозга, т.е. понижение слуха в этих случаях имеет корковый генез. У одних больных превалирует периферическая тугоухость (диагностируются изменения в кортиевоом органе или слуховом нерве), у других – центральная (изменяется корковая часть слухового анализатора) [2].

Изменения слуха при гипертонической болезни зависят от стадии и формы ее. В некоторых случаях поражение слуха при гипертонии может носить преходящий характер и, следовательно, возникает в результате функциональных нарушений слухового анализатора.

Острые нарушения функции УШ пары нервов, в частности полное выключение ее, при гипертонической болезни встречается значительно реже, чем описанные выше изменения. Обычно они проявляются внезапной полной глухотой на одно ухо и резким головокружением, сопровождающимся тошнотой, рвотой, спонтанным нистагмом и расстройством статики, т.е. симптомами выпадения вестибулярной функции уха. В отдаленные сроки головокружение исчезает за счет корковой компенсации, исчезает также спонтанный нистагм. Слух чаще всего не восстанавливается вообще или отмечается частичное его восстановление.

Особенно часто внезапная глухота и выключение вестибулярной функции наблюдается при быстро прогрессирующей форме гипертонической болезни. Непосредственной причиной подобных явлений может быть длительный спазм внутренней слуховой артерии или кровоизлияние во внутреннее ухо [6].

Чаще, чем на понижение слуха, больные гипертонической болезнью жалуются на головокружение, что может быть связано с состоянием вегетативной нервной системы или с нарушением сосудодвигательных механизмов в области рецепторного аппарата вестибулярного анализатора. Вестибулярный анализатор особенно чувствителен ко всяким сосудистым изменениям, так как он тесно связан с сосудодвигательными центрами вегетативной нервной системы. Кроме того, сам вестибулярный анализатор является рефлексогенной зоной и регулятором тонуса мозговых сосудов.

Раздражение внутреннего уха, вызванное изменением кровоснабжения его, проявляется ощущением головокружения или противовращения. При этом у больного наблюдается ритмичное отклонение глазных яблок (спонтанный нистагм), тошнота, рвота, покраснение или побледнение кожных покровов.

Бурные реакции при исследовании вестибулярного анализатора наблюдаются в ранних стадиях гипертонической болезни, когда расстройства центральной нервной системы носят еще функциональный характер. Переход этих бурных реакций на

раздражение в вялые является показателем морфологических изменений, наступивших либо в центральной нервной системе, либо в периферических отделах вестибулярного анализатора.

Характерным для гипертонической болезни является диссоциация в ответных реакциях при вращательной и калорической пробе или даже при калорической пробе, проведенной с водой различной температуры. При этом на более слабый раздражитель (вода 27-30°) появляется более бурная реакция, чем на сильный (вода 17-19°).

Особенно выраженные изменения, в первую очередь вестибулярного анализатора, затем слухового, наблюдаются у больных с церебральной формой гипертонии, когда клинически устанавливается нарушение мозгового кровообращения.

Изучение морфологических изменений во внутреннем ухе при гипертонической болезни показало, что они зависят от стадии, формы и продолжительности течения гипертонии. Однако не всегда морфологические изменения в рецепторном аппарате улитки и преддверии адекватны тяжести изменений артериальной системы, что косвенно указывает на относительную устойчивость и высокую приспособляемость этих приборов к изменениям условий кровоснабжения.

В области УШ нерва, проходящем в пределах внутреннего слухового прохода, особенно тяжелые изменения наступают при церебральной форме гипертонической болезни, осложненной мозговым инсультом и кровоизлиянием во внутренний слуховой проход.

Таким образом, часто изменения наступают в слуховом и вестибулярном анализаторах. Следовательно, необходимо на ранних стадиях гипертонической болезни проводить обследование и комплексное лечение совместно кардиологами и оториноларингологами.

Литература:

1 Сейсембеков Т.З., Айнабекова Б.А., Тулебаев Р.К., Тусупбекова М.М., Козлова И.Ю., Жаутикова С.Б. К проблеме патологии респираторного тракта в северном регионе Казахстана. //Оториноларингология. Бас, Мойын Хирургиясы. -2009.-№3-4 С26-29.

2 Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. – ДМК Пресс, 2003. – С 360.

3 Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. – СПб: Гиппократ, 2005. – С736.

4 Пятакина О.К., Чканников А.Н. Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии. Московская конференция НИИ уха, горла и носа, 3-я: Тезисы. М. 1981, 106-109.

5 Саланомвич Б.М., Климов В.П. Раннее выявление различных форм нарушения функций слухового рецептора и слухового нерва с помощью КСВП: Методические рекомендации. М., 1990.

6 Hawkins I.E. Adv Oto-Rhino-laringol 1973, 20: 125-141

ИЗМЕНЕНИЯ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Н.В.Иванникова

ТОО «Дом Здоровья», г.Астана

При заболеваниях желудка и кишечника у многих больных значительно нарушается носовое дыхание, причем чаще подобные явления наблюдаются у больных гастритом и язвенной болезнью. При осмотре у них отмечается в различной степени выраженная гипертрофия нижних носовых раковин. Больные хроническим колитом в основном жалуются на сухость в носу, образование корок, что соответствует атрофическому процессу слизистой оболочки [1]. Эти изменения

слизистой оболочки наблюдаются и в полости глотки. Постоянной жалобой таких больных являются жалобы на ощущение инородного тела в глотке и першение. Считают, что атрофические состояния слизистой оболочки верхних дыхательных путей наблюдаются у больных с пониженной секрецией желудочного сока и особенно при анацидных гастритах. Гипертрофические процессы слизистой оболочки глотки сопровождают гиперацидные гастриты. Таким образом, лечение этой группы больных должно проводиться комплексно как терапевтом, так и отоларингологом. Поскольку хронические катары верхних дыхательных путей у больных с секреторными нарушениями желудка встречаются очень часто, целесообразно у всех таких больных исследовать функцию желудка, так как у части из них отсутствуют симптомы, заставляющие обращаться к терапевту [2].

Заболевания печени приводят еще к большим отклонениям от нормы в состоянии верхних дыхательных путей. Количество ринофарингитов значительно увеличивается, причем форма их может быть как гипертрофической, так и атрофической. При циррозе печени у всех больных отмечается наличие атрофических процессов. Слизистая оболочка приобретает желтушный оттенок, совершенно суха, напоминает лакированную поверхность, но какая-либо слизь на стенках глотки отсутствует. В отличие от уремии при этом не наблюдается образования корок на задней стенке глотки.

При поражении печени, сопровождающемся портальной гипертензией, на слизистой оболочке носа и глотки отмечаются расширения сосудов, по форме напоминающие звездочки. Центральная часть этой звездочки величиной с просыное зерно пульсирует синхронно с сердцебиением, что особенно хорошо видно при легком надавливании на слизистую оболочку стеклом. Частота появления расширений зависит от степени поражения печени [2].

Хронический гепатит способствует развитию застойных явлений в системе кровообращения пищевода и воспалительных явлений в нем (эзофагит). Такие больные жалуются на спастические боли по ходу пищевода, ощущение тяжести в этой области, иногда жжения и сухости. При эзофагоскопии, кроме воспалительных явлений, четко определяется наличие таких же сосудистых «звездочек», как в полости носа и глотке. Механическое травмирование этих участков (гальванокаустика, химическое прижигание) абсолютно противопоказано, так как может вести к смертельному кровотечению.

При дисфункции печени наблюдаются упорные частые носовые кровотечения. В большинстве случаев удается доказать их патогенетическую взаимосвязь, так как кровотечения прекращаются после приема печеночных препаратов, а также при клиническом улучшении состояния печени.

Причины носовых кровотечений при заболеваниях печени многообразны. Прежде всего, кровотечения могут быть обусловлены нарушением образования печенью фибриногена и протромбина, с чем связано понижение свертываемости крови. Немаловажное значение имеет повреждение стенок капилляров, которые становятся хрупкими, в связи, с чем нарушается их целостность от различных причин, не влияющих на целостность нормального капилляра.

При длительной механической желтухе геморрагический диатез бывает связан с К-авитаминозом, поскольку в кишечнике при отсутствии желчных кислот нарушается всасывание витамина К. К-авитаминоз и нарушение образования протромбина лежит в основе псевдогемофилии. Однако в некоторых случаях геморрагический синдром может наблюдаться и при нормальной свертываемости крови, являясь следствием токсического поражения капилляров.

Носовые кровотечения могут быть небольшими и профузными, угрожающими жизни больного. Незначительные кровотечения наблюдаются, как правило, из передних отделов носовой перегородки. Более обильные, требующие специализированной помощи

кровотечения происходят из задних отделов полости носа. При задней риноскопии определяются расширенные, варикозно измененные, кровенаполненные сосуды в области задних концов раковин и латеральных отделов хоан. Останавливаются такие кровотечения только с помощью задней тампонады. Подобные же расширения сосудов наблюдаются в области корня языка; причиной их служит, очевидно, повышение порталного давления [3].

Одним из признаков геморрагического диатеза при заболеваниях печени является наличие множественных кровоизлияний в области мягкого и твердого неба. Появление такого симптома всегда должно настораживать врачей в отношении заболевания печени.

Заболевания печени ведут к изменению состояния органов чувств. У многих больных с поражениями печени наблюдается нарушение обоняния и слуха. В литературе описан случай, когда у больного за 2 дня до появления желтухи внезапно наступила потеря слуха и обоняния. Однако при острых гепатитах понижение слуха отмечается нечасто, при циррозах же печени этот симптом является постоянным. Особенно выраженная тугоухость наблюдается у больных при одновременном поражении печени и желчных путей. Понижение слуха может сочетаться с головокружениями. При эпидемическом гепатите у 96% больных возбудимость лабиринта повышена.

Снижение слуха может быть по типу поражения звукопроводящего (снижение слуха на низкие тоны) либо звуковоспринимающего аппарата (понижение костной и воздушной проводимости либо по всему диапазону частот, либо на высокие тоны). Первый вариант изменения слуха вызван нарушениями в области среднего уха, обусловленными скоплением слизи в носоглотке и набухлостью слизистой оболочки носа. Второй вариант связан с токсическим поражением клеток кортиева органа, поэтому, как правило, у таких больных наблюдается двустороннее поражение.

Головокружение, связанное с раздражением лабиринта, также может быть следствием токсического поражения рецепторов вестибулярного аппарата. Кроме того, при гепатитах в результате нарушения синтеза белков плазмы и изменения осмотического давления крови может развиваться водянка лабиринта [4].

Хроническая интоксикация при заболеваниях печени способствует увеличению проницаемости гемато-лимфатического барьера. Вследствие этого даже небольшие дозы различных вредных агентов (например, стрептомицина) могут вести к осложнениям со стороны внутреннего уха, подчас к полной глухоте.

Описанные изменения уха могут полностью маскироваться при успешном лечении заболевания печени. При циррозах реже наблюдается положительная динамика слуха, что может объясняться наступившими у этих больных необратимыми явлениями во внутреннем ухе.

Выводы: Изменения в лор органах, вызванные заболеваниями органов пищеварения встречаются довольно часто.

Местные изменения в лор органах помогут терапевтам и гастроэнтерологам в постановке правильного диагноза и проведения патогенетической комплексной терапии совместно с оториноларингологами.

Литература:

- 1 Бойко Н.В., Колесников В.Н., Левченко Е.В. Статистика причин затруднения носового дыхания// Российская ринология. -2007. - №2 С 25.
- 2 Кадымова М.И. Современные проблемы оториноларингологии. Всероссийская научно-практическая конференция: Материалы М., 2002. С 89.
- 3 Потякина О.К., Чканников А.Н. Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии. Московская конференция НИИ уха, горла и носа, 3-я: Тезисы.М., 1981 – 106-109.
- 4 Оториноларингология: Национальное руководство. Под.ред. В.Г.Пальчука. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008.

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ЭТАПНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ СИНДРОМЕ

*Г.С. Иденова
МСЧ, г. Сатпаев*

Введение. Артериальная гипертония и атеросклероз по-прежнему являются наиболее частой причиной тяжелых сосудистых эпизодов, обусловленных цереброваскулярными нарушениями, поэтому ранняя диагностика и своевременная коррекция последних остается одной из основных задач при курации больных кардиальными и сосудистыми заболеваниями [1,2]. В настоящее время в связи с введением в комплекс диагностических мероприятий ЭХО-КС стало очевидным, что разнообразная патология сердца нередко обуславливает механизм возникновения инсульта.

Литературные данные свидетельствуют о том, что у 61 % больных с ишемическим инсультом имели место изменения со стороны сердца, так фибрилляция и трепетание сопровождаются снижением коронарного кровотока на 40%, мозгового на 23-28% и риск инсульта возрастает в 18 раз. Летальность при этом в 2 раза выше, чем у больных без нарушения ритма. [3,4].

Целью исследования явилось оценка заболеваемости, механизмов развития и эффективность лечения больных с ишемическим инсультом.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили больные с ишемическим инсультом, находившихся на стационарном лечении с 2007-2009 г.г. в терапевтическом отделении МСЧ г. Сатпаев.

Возраст больных колебался от 38 до 88 лет, наиболее многочисленной была группа пациентов старше 55 лет (77 чел. – 42,3%). Всем проводилось комплексное обследование: общие и биохимические анализы, инструментальные исследования – ЭКГ, ЭХОКС, компьютерная томография головного мозга. При необходимости консультировались узкими специалистами.

Результаты и обсуждение. При анализе заболеваемости в МСЧ города Сатпаев корпорации «Казахмыс» отмечается рост цереброваскулярных заболеваний.

Наблюдения подтверждают данные литературы, что кардиогенные факторы играют решающую роль в патогенезе церебральный ишемий. Нестабильная стенокардия, острый коронарный эпизод, пароксизм мерцания предсердий, кардиальный гиподинамический синдром с инфарктом мозга отмечены у 28% больных.

Гипертонический криз, повышение нагрузки на миокард преходящее нарушение сократимости левого желудочка сердца, кардиальный гиподинамический синдром с мелкоочаговыми повреждениями мозга у 38,4% больных.

Артериальная гипертония с устойчивым повышением АД и постоянным приемом гипотензивных средств, ночной эпизод артериальной гипотонии с мультинфарктным повреждением мозга в обеих гемисферах у 15-20% больных.

Установлено, что транзиторные нарушения в работе сердца встречаются почти у всех больных с нарушениями мозгового кровообращения. Кратковременные изменения насосной функции сердца, возникшие в результате ишемии гипертрофированного миокарда с очаговой гипокинезией, при физической нагрузке требуют дальнейшего изучения ввиду необходимости профилактики и устранения осложнений, выработки тактики лечения и ведения больных с кардиоцеребральным синдромом.

Возникшие противоречия в лечении привели к компромиссу между неврологами и кардиологами. Как известно, в терапии инфаркта миокарда фибринолитики и антикоагулянты доказали свою эффективность, а в терапии острого нарушения мозгового кровообращения назначение активаторов плазминогена считается опасным, коррекция гипертонии приводит к гипотонии, а это в свою очередь ухудшают внутричерепную гемодинамику. Большие дозы нитратов неблагоприятно влияют на церебральную

гемодинамику. Также наркотические анальгетики широко применяются при инфаркте миокарда, но противопоказаны при стенозах артерий.

При проведении лечения кардиocereбральных синдромов естественно важным направлением является метаболическая защита головного мозга от повреждения, которые также благотворно влияют на метаболизм сердечной мышцы. Это широко применяемая группа препаратов - ноотропы, витаминно-аминокислотные комплексы, антиоксиданты, антигипоксанты. Доказали свою эффективность актовегин, глицин, цераксон, глиатилин, церебролизин, милдронат, мексидол, аминалон, пирацетам, энцефабол, кавинтон, инстенон.

Вторым важным этапом в лечении кардиocereбральных синдромов - коррекция нарушения гемостаза. Антикоагулянтная терапия сосудистых заболеваний наибольшее признание получила в лечении кардиocereбральных синдромов с последующим длительным применением непрямых антикоагулянтов. При лечении мы добивались снижения протромбинового индекса до 50%, а международное нормализованное отношение (МНО) до 2,5-3. Для профилактики инфаркта миокарда мы стремились к эффективному действию, отмечаемому при МНО - 2.8-4. В случае мерцания предсердий и при проведении поддерживающей терапии при тромбозе вен и тромбоэмболии добивались умеренного противосвертывающего эффекта (МНО 2.8-3). При совместном применении варфарина с ацетилсалициловой кислотой показатель МНО устанавливали в пределах 2-2.5. Продолжительность лечения зависела от состояния больного. Варфарин назначали внутрь, в один прием, в одно и то же время суток. Начальная доза составляла 2.5-5 мг/сут. Дальнейший режим дозирования устанавливали индивидуально в зависимости от результатов определения протромбинового времени или (МНО). Протромбиновое время увеличено было в 2-4 раза от исходного, а МНО достигало 2.2-4.4 в зависимости от заболевания, опасности тромбоза, риска развития кровотечений и индивидуальных особенностей больного. При определении МНО учитывали индекс чувствительности тромбопластина и использовали этот показатель в качестве поправочного коэффициента. Пожилым и ослабленным больным обычно назначали сразу более низкие дозы препарата.

Особое значение приобрел препарат плавикс, который является усовершенствованным антагонистом АДФ - рецепторов и ингибирует агрегацию тромбоцитов, и показан для профилактики сосудистых катастроф у пациентов с анамнезом инсульта, инфаркта миокарда или периферического артериального заболевания. У препарата быстрое начало действия - через 2 часа при приеме 75 мг в сутки и достигает устойчивого равновесия на 3-7 сутки. У плавикса отсутствовали существенные нежелательные реакции взаимодействия с препаратами, которые часто применяют в кардиологии (аспирин, гепарин, бета-адреноблокаторы, диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция). По данным исследования CAPRIE плавикс на 26 % больше предотвращает клинических событий, чем аспирин и рекомендуется постоянный прием плавикса не менее 12 мес.

Большая роль нами отводится гипотензивным препаратам в лечении и профилактике цереброкердиальной патологии. Предпочтение отдано главным образом бета-адреноблокаторам, ингибиторам АПФ и блокаторам кальциевых каналов. Комплексное лечение артериальной гипертензии нормализует и показатели церебральной гемодинамики. Число инсультов уменьшилось в 7 раз, а инфарктов миокарда в 6 раз. Следовательно, осуществление программы борьбы с артериальной гипертензией является важным звеном в профилактике сосудистых поражений головного мозга.

Таким образом, лечение и профилактика кардиocereбрального синдрома является тяжелой задачей и в помощь практическим врачам, особенно терапевтам, необходимы разработанные алгоритмы диагностики и лечения, то есть стандартизация лечебных подходов, особенно на догоспитальном уровне.

Литература

- 1 Симоненко В.Б., Широков Е.А. Основы кардионеврологии. Руководство для врачей.-2001. -245с.
- 2 Ким А.В., Джибладзе Д.Н., Семеновский М.Л., М.В. Клапанная патология сердца и ишемический инсульт// Неврологический журнал.-2004.- том №9.- С.32-36.
- 3 CAPRIE Steering Committee Lancet 1996; 348 ; 1329-1339
- 4 Трошин В.Д., Боровков Н.Н. Неотложная кардионеврология.- 2010.-365с.

РЕПРОДУКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Т. Ким

ЦФЗОЖ, Молодежный центр «Здоровье – Арман-қала», г. Астана

Период юности – период между половым созреванием и принятием молодыми людьми обязанностей и ответственности взрослых, является одним из последних социально-культурных новшеств. Ранняя половая зрелость и более позднее вступление в брак способствовали тому, что юность стала считаться отдельным этапом жизни.

Взрослая жизнь – это не только возрастной период, но и участие в труде и выполнении семейных обязанностей. Однако без надлежащей подготовки к взрослой жизни, в том числе семейной, или в том случае, если сформировавшиеся позиции или модели поведения молодежи не могут быть адаптированными к изменяющимся социальным условиям, период юности может стать временем утраченных возможностей и повышенного, с медицинской точки зрения, риска.

Разлад в семье и неудовлетворенность родителей личной жизнью, влияющие на положение семьи, могут повысить риск того, что дети станут объектом сексуальной эксплуатации. Чаще всего объектами интереса и соблазна являются молодые девушки из бедных семей, которым предлагаются экономические и общественные блага в качестве платы за сексуальную связь. Ухаживания и подготовки к началу половых отношений могут быть нарушены лицами более старшего возраста, которые зачастую руководствуются только плотским чувством.

Существует серьезная опасность для подростков в связи с ранним началом половой жизни. В результате этого увеличился период, когда молодые люди сталкиваются с рисками, связанными с половой жизнью, включая: раннюю беременность, которая подвергает матерей-подростков в отличие от женщин более старшего возраста, большему риску материнской заболеваемости и смертности, а также подвергает опасности здоровье их детей; заражение инфекциями, передаваемые половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ-инфекцией. Молодые люди наиболее уязвимы в отношении ИППП. Опасность, связанная с ИППП и ВИЧ-инфекцией, возрастает из-за низкого статуса молодых девушек в обществе. Это зачастую приводит к тому, что их принуждают к половой жизни, и они не в состоянии убедить старшего по возрасту полового партнера пользоваться презервативами.

Но все-таки, по-прежнему наиболее сильное воздействие на поведение и выбор подростков оказывает семья. Большинство подростков хотели бы получать советы и поддержку у своих родителей. Однако за редким исключением родители не готовы к обсуждению со своими детьми вопросов взросления и не уверены в отношении того, какую информацию следует предоставлять детям. Как правило, дети и родители оказываются в трудном положении при обсуждении проблем взросления. Кроме того, существуют различные приоритеты: подростки и работники сферы охраны здоровья заинтересованы в том, чтобы избежать беременности и других рисков, связанных с половой жизнью, в то время как родители, бабушки и дедушки рассматривают в качестве проблемы сам факт вступления подростков в половую жизнь.

Однако сегодня следует признать, что старшее поколение, как правило, не владеет современной информацией о гигиене подросткового периода, методах контрацепции и др. Родители согласны с тем, что подросткам необходимо предоставлять информацию по вопросам психологии общения и использования противозачаточных средств, однако они предпочитают, чтобы такую информацию давали бы не они. Не получая информацию по вопросам взросления в школе и в семье, подростки обращаются за этими сведениями к другим подростками, и зачастую эта информация является неверной и искаженной, что требует особого внимания все-таки со стороны семьи, а не только общества в целом.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*А.В. Киялова
АО «РНЦ НМП». г. Астана*

В большинстве случаев первичным звеном в оказании экстренной медицинской помощи является служба скорой медицинской помощи (СМП). Учитывая, что обращения населения происходят, как правило, при угрожающих жизни состояниях, несчастных случаях, острых заболеваниях и различных неотложных состояниях, важно быстро и достоверно обработать полученную информацию и своевременно направить бригаду СМП к месту вызова. Обеспечение данных функций осуществляет оперативный отдел станций (отделений) СМП. В данном подразделении круглосуточно и централизованно ведется прием обращений (вызовов) от населения, оперативное управление работой выездных бригад, осуществляется связь со стационарами и другими медицинскими учреждениями города [1,5]. В настоящее время все шире внедряется применение компьютерных автоматизированных систем управления (АСУ) диспетчерской службой для повышения эффективности деятельности скорой медицинской помощи. Данные системы позволяют разделить и автоматически обработать информационные потоки, поступающие в отдел оперативной связи. Каждая автоматическая система управления имеет подсистемы: операторского ввода, информационной поддержки и поддержки принятия решений.

Задачами, решаемыми с помощью АСУ являются: организация централизованного приема обращений, обеспечение доступности обращения круглосуточно; организация своевременного обслуживания поступивших вызовов; управление и контроль за работой выездных бригад; организация скорой медицинской помощи при возникновении чрезвычайной ситуации; обработка статистических данных; учет затрат лекарственных средств и изделий медицинского назначения [2,4].

Внедрение АСУ позволяет перейти на новый уровень работы оперативной службы скорой помощи. Разработка и внедрение функционально индивидуальных автоматизированных рабочих мест (АРМ) согласно функциональным обязанностям сотрудников позволяет: сократить время на этапе регистрации вызова. При регистрации вызова используется экспертная опросно-диагностическая подсистема, которая позволяет формировать стандартный повод к вызову, определять приоритет обслуживания вызова и профиль направляемой бригады, осуществлять контроль повторных звонков, отслеживать вызовы к хроническим больным (по предварительно сформированной картотеке) [1,3]. Все телефонные переговоры ведутся в режиме аудиозаписи с формированием архива фонограмм, поэтому необходимо: повысить качество получаемой информации (специально разработанные опросники-алгоритмы); повысить эффективность работы диспетчеров оперативных служб. Программа самостоятельно формирует предложения по распределению вызовов с учетом месторасположения, профиля, занятости, степени

предпочтительности вызова; обеспечить равномерную нагрузку на сотрудников в процессе обслуживания вызовов; отследить все временные показатели по каждой бригаде индивидуально, как в текущем времени, так и при проведении анализа; освободить сотрудников оперативных служб от трудоемких ручных работ по приему, передаче и контролю выполнения вызовов; повысить качество контроля оперативной обстановки. АСУ позволяет осуществлять поэтапный контроль оперативной обстановки одновременно с нескольких АРМ: диспетчера направления, старшего врача смены, заместителя главного врача по лечебной работе, главного врача ГССМП; проводить экспертизу карт вызовов с занесением кодов дефектов в электронную систему и последующим анализом профессиональной деятельности каждого специалиста [6]; сократить время подготовки оперативной и отчетно-статистической информации. Автоматическая обработка данных позволяет увеличить количество показателей, используемых для анализа, упростить и ускорить процесс анализа основных индикаторов оперативного и лечебно-диагностического процессов, что значительно облегчает проведение ежедневного фоновый контроля за деятельностью СМП. Обработка информации возможна за любой промежуток времени с момента запуска системы; повысить оперативность и качество представляемой справочной информации населению, медицинским учреждениям, оперативным службам города; иметь электронный доступ к перечню использованных лекарственных средств и манипуляций, проводившихся при обслуживании вызовов; проводить контроль и учет санитарного автотранспорта.

Таким образом, внедрение автоматизированных систем управления на станциях (в отделениях) скорой медицинской помощи позволит повысить оперативность работы экстренной службы, сократить время прибытия бригады к больному, полноценно проанализировать качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. В режиме реального времени планировать и контролировать движение бригад СМП с учетом заданного района города, планируемого времени освобождения, профильности бригад и приоритетности поступивших вызовов.

Литература:

- 1 Б.Д.Комаров, В.М.Тавровский, В.Н.Каркавин, Э.Н.Червочкин. Информативность повода к вызову скорой медицинской помощи. «Здравоохранение Российской Федерации», 1995 г., №5, стр.17-21.
- 2 А.З.Бралов, Б.И.Хайрулин, Т.Ш.Ескараев, В.Г.Опенько, Б.Алпысбай Организация работы оперативного отдела в режиме комплексной автоматизированной системы управления. Астана, Материалы научно-практической конференции, 2010г.
- 3 Н. А. Турупанов, В. Д. Корчагин, А. Э. Кречмер. Применение вычислительной техники в управлении станцией скорой медицинской помощи. «Советское здравоохранение», 1989 г., №6, стр.39-40.
- 4 Е.И.Чазов. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. М., Медицина, 1990 г.
- 5 Б.Д.Комаров. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап). М., Медицина, 1999г.
- 6 Г.А.Шершень. Неотложные состояния: диагностика, тактика, лечение. Минск, 1995 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССОВОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ

*Е.А. Киясов, Т.Б. Джалмаканова, Г.С. Габбасова, С.К. Биназарова
РГП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» Управления делами
Президента РК, Астана*

Сотрудниками отдела санитарно-химических исследований РГП «ЦСЭЭ» УДП РК разработаны методические рекомендации «Определение массовой концентрации дубильных веществ», утвержденные главным государственным санитарным врачом Республики Казахстан и являются руководством для лабораторий системы санитарно-

эпидемиологической службы. Метод основан на определении негостируемого параметра – содержание дубильных веществ в исследуемых алкогольных напитках и позволяет дифференцировать (на примере) коньяки промышленного и кустарного изготовления.

Дубильные вещества дуба находятся в клетках древесной паренхимы и паренхимных клетках сердцевинных лучей, а также в межклеточных ходах. Из последних таниды наиболее легко вымываются. С возрастом дуба количество легкоизвлекаемых дубильных веществ увеличивается, а трудноизвлекаемых снижается.

Таниды являются наиболее легкоизвлекаемым компонентом древесины дуба. Значительная часть их может быть удалена даже при обработке древесины водой (лучше горячей). Извлечение их усиливается при подкислении и особенно подщелачивании. Водно-спиртовые растворы извлекают максимальное количество танидов дуба при содержании спирта 45-55% об.

Дубильные вещества древесины дуба, несмотря на усилия многих химиков, исследованы еще недостаточно. До сих пор нет точного представления об их строении. Известно, что они относятся к типу конденсированных эллаговых дубильных веществ.

Исследования Фрейденберга показали, что таниды дуба содержат связанную эллаговую кислоту и глюкозу. Помимо этих веществ, при гидролизе образуется еще вещество, названное дубовой кислотой.

Дубильные вещества дуба характеризуются кислыми свойствами: 1%-ный экстракт древесины дуба имеет рН 3,36.

Проведено также потенциметрическое титрование 1% и 0,1%-ных растворов препаратов танидов дуба. Из этих данных следует, что таниды являются довольно кислыми соединениями, по силе близкими к уксусной кислоте. На нейтрализацию 1гр танидов дуба в среднем расходуется 40-45 мл 0,1н. NaOH.

Коньяки и напитки на их основе являются одними из наиболее изученных объектов промышленного производства. Вместе с тем, растущий в последние годы потребительский спрос на данную категорию напитков ставит задачу надежного определения их подлинности. Чтобы получить коньяк необходимо получить коньячный виноматериал, затем перегнать его на коньячный спирт, выдержать, произвести купаж, обработать полученный напиток до кристальной прозрачности и разлить. Звучит просто, а на самом деле получение коньяков – очень сложный и ответственный процесс.

Коньяк – крепкий алкогольный напиток с характерным букетом и вкусом, полученный купажем коньячных спиртов, выдержанных не менее 3 лет в дубовой таре или емкостях с дубовой клепкой. Сразу обращаем внимание на тот факт, что выдержка коньячных спиртов не в бочке, а "на клепке" разрешается. В зависимости от времени выдержки коньяки подразделяют на ординарные и марочные. Ординарные коньяки получают из спиртов выдержанных от 3 до 5 лет. Марочные коньяки получают из спиртов выдержкой не менее 6 лет. Поскольку коньяки получают купажированием спиртов, то по специальной формуле высчитывают средний возраст. Именно этот средний возраст совпадает с количеством звездочек на коньяке.

Для производства коньячных виноматериалов используют высокоурожайные сорта белого, розового или красного винограда с нейтральным или легким цветочно-фруктовым ароматом. Сорта со специфическим ароматом непригодны для производства коньяков. Переработку винограда производят по схеме приготовления белых вин, т.е. сбрасывают сусло (сок) после быстрого отделения мезги. Молодой коньячный спирт представляет собой бесцветную малоароматную и резкую на вкус жидкость. Для того чтобы эту жидкость превратить в коньяк, молодые спирты выдерживают в дубовых бочках или емкостях заполненных древесиной дуба в виде брусков или стружки (дубовые чипсы). В начальный период выдержки в спирт интенсивно переходят дубильные вещества (танины), которые придают спиртам излишнюю терпкость и привкус "зеленого дуба". Со временем в спирте появляются сахара и ароматические альдегиды: синаповый, конифероловый и ванилин. После выдержки коньячного спирта проводят купажирование

– смешивание выдержанных спиртов, сахарного сиропа, колера и умягченной воды (для снижения крепости). Сахарный сироп необходим для смягчения вкуса коньяков, колер – для придания более интенсивной окраски.

При выдержке коньячного спирта происходят одновременно два процесса – извлечение танидов из клепки и их окислительные превращения.

В первый период выдержки преобладает экстракция дубильных веществ из клепки и интенсивное окисление их до растворимых продуктов. В результате выдержки в течение 5-10 лет содержание танидов закономерно увеличивается. Однако в дальнейшем экстракция танидов из клепки замедляется и окисление их, сопровождающееся частичным выпадением в осадок сильно окисленных танидов, начинает преобладать. Ввиду этого содержание танидов в спиртах 15-20-летней выдержки и более не изменяется или может уменьшаться (таблица 1).

Таблица 1- Содержание дубильных веществ в коньячных напитках

наименование	Время выдержки, годы							
	Водно-спиртовой экстракт	1	2	5	10	15	20	21
Общее количество танидов, г/л	0,83	0,05	0,20	0,51	0,53	0,39	0,46	0,36

Как видно из таблицы 1, по данным исследований, проведенных И.М. Скурихиным с коньячными спиртами разных лет выдержки и с водно-спиртовым (70% об.) экстрактом древесины дуба.

Джанполадян и Миджоян показали, что дубильные вещества древесины дуба и спирт под воздействием кислорода воздуха окисляются, образуя углекислоту. По исследованиям Лашхи, окисление танина дает коньячному спирту полноту и является источником образования букета. По мере окисления танина, окраска коньячного спирта приобретает большую интенсивность и соответственно улучшаются букет и вкус спирта.

Один из распространенных способов фальсификации коньяков – это подмена коньячного спирта обычным пищевым, который используют для производства водки. Куда хуже если используют спирт технический. К распространенным способам фальсификации относятся подмена коньяка спиртованным настоем чая или же продажа невыдержанных или мало выдержанных коньяков под видом более выдержанных или марочных.

Проблема фальсификации алкогольных изделий в последние годы становится все более актуальной. К сожалению, на данный момент методы и методики, предусмотренные национальными государственными стандартами не всегда позволяют определить соответствие продукции определенному виду, типу и наименованию. Кроме того, производители алкогольной продукции не в полной мере используют имеющиеся в настоящее время технические средства защиты от подделок, выпускаемой ими продукции. Итак, все перечисленные выше факторы предоставляют возможность недобросовестным производителям «выбрасывать» на рынок дешевые суррогаты вместо качественных алкогольных напитков.

Нами проведены исследования 4-ех образцов коньяка: «Коньяк Женіс» -5 звездочек, «Коньяк Батыр ХО» -10 звездочек, «Коньяк Метеха»- 7 звездочек (Греция) и коньяк «Х» кустарного производства (таблица 2).

Таблица 2- Суммарный показатель дубильных веществ

Наименование показателя	«Коньяк Женіс» -5 звездочек	«Коньяк Метеха» - 7 звездочек	«Коньяк Батыр ХО» -10 звездочек	Коньяк «Х»
Дубильные вещества, г/дм ³	0,50	0,54	0,58	0,02

Таким образом, исходя из таблицы 2, коньяк «Батыр ХО», коньяк «Метаха» и коньяк «Женіс» обладают значительно более высоким содержанием дубильных веществ, что говорит о более высоком качестве и соблюдении всего технологического цикла производства. Вследствие того, что при кустарном изготовлении срок настаивания винного спирта на дубовой древесине (дубовой клепке) незначителен и используется лишь для получения цвета, характерного для коньяка, содержание танинов в таких объектах значительно ниже, чем в коньяках.

Танины (эффиры галловых кислот и многоатомных спиртов или моносахаридов) всегда присутствуют в подлинных коньяках и обусловлены технологией производства коньячных спиртов.

Литература

- 1 Скурихин И.М. «Химия коньячного производства». – М.: Пищевая промышленность-1968г. -383с.
- 2 Стандарт Молдовы 145:2003 «Методы испытаний коньяка», с 35.
- 3 Государственный стандарт СССР, «Коньяки. Общие технические условия» ГОСТ 13741-91.
- 4 Государственный стандарт Российской Федерации, «Спирты коньячные. Технические условия» ГОСТ Р 51145 – 98.
- 5 Скурихин И.М. «Химия коньяка и бренди. Химия коньячного производства». – М.:ДелЛи Принт-2005.-296с.
- 6 «Экспертиза напитков» под общ. ред проф. В.М. Поздняковского. Новосибирск., изд. Новосибирского университета. – 1999г. – 385с.

РОЛЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОРТАНИ

*И.И. Королёва
ТОО «Дом Здоровья» г. Астана*

Введение. Название «небулайзер» произошло от латинского слова «nebula»- туман. Небулайзерные камеры представляют собой устройство для преобразования жидких лекарственных средств в мелкодисперсные аэрозоли, осуществляемого под воздействием сжатого атмосферного воздуха, нагнетаемого компрессором. Небулайзеры продуцируют полидисперсные аэрозоли, в которых лекарства содержатся в виде частиц диаметром 1-5 мкм и при непосредственном действии продуцируют аэрозоли, как в фазе вдоха, так и выхода, обеспечивая снижение потери аэрозоля на выходе. В литературе достаточно широко представлены данные о преимуществах ингаляций через небулайзер по сравнению с ингаляциями дозированными аэрозолями [1]. Согласно данным этих авторов, в настоящее время выделяют следующие преимущества небулайзерной терапии (НТ): возможность введения высокой дозы лекарственного препарата, лёгкость выполнения техники лечения для детей, пожилых и тяжёлых больных, а также уменьшения риска нежелательных эффектов. Применение НТ в лечении заболеваний верхних дыхательных путей получила широкое распространение в Европе и России [1,2].

Целью работы явилась оценка целесообразности НТ с использованием противоотечных, стероидных и муколитических препаратов в сочетании с антибактериальной терапией у больных с различными формами острого ларингита.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 32 больных в возрасте от 17 до 55 лет с острыми воспалительными заболеваниями гортани, среди которых катаральный ларингит диагностирован у 26, гортанная ангина у 6.

Воспалительные явления возникли в большинстве случаев остро, сопровождалась болью в горле. Температурная реакция носила субфебрильный характер, в основном у больных с катаральной формой ларингита и, наоборот, нередко достигала 40 °С у больных с гортанной ангиной. Затрудненное дыхание наблюдалось у 6 больных и определилось главным образом как стеноз гортани I и II степени.

Разработка способа НТ применительно к острым формам ларингита проводилась с учетом их патогенеза, общего состояния больного, характера патологических изменений в гортани. Учитывая основные симптомы - степень затруднения дыхания, вызванного воспалением слизистой оболочки и нарастанием чрезмерного кровенаполнения подслизистого слоя гортани, а также скоплением на слизистой оболочке и в просвете гортани (нередко и в трахее) вязкой, трудно отделяемой мокроты. В соответствии с этим разработаны 2 варианта НТ острых ларингитов.

Первым способом проведено лечение 26 больных, у которых диагностирован острый катаральный ларингит. Первым этапом выполнялась ингаляция в течение 5 мин 2 мл раствора дексаметазона (8мг), разведенного в 3 мл физиологического раствора. Затем, через 15 минут - повторная ингаляция с 5 мл 0,5% раствора диоксида также в течение 5 мин. Подобные сеансы проводились один раз в сутки. Продолжительность лечения у большинства больных составила 4-5 дней. Клиническое выздоровление наступило у 20 значительное улучшение – у 4 больных. Двум пациентам потребовалось продлить срок лечения до 6-7 дней.

Вторым способом проведено лечение 6 больных с явлениями гортанной ангины. Вначале пациенты в течение 5 мин выполняли ингаляцию 1 мл преднизолона (30мг), разведенного в 4 мл физиологического раствора. Затем, через 15 минут, ингаляцию повторяли с введением 2 мл амброксола гидрохлорида (15 мг) и 3 мл физиологического раствора. Процедуры также выполнялись один раз в сутки. У всех пациентов второй группы небулайзерная терапия дополнялась парентеральным введением антибиотиков широкого спектра действия. В результате проведенного лечения у 4 пациентов наступило выздоровление в течение первых 6 дней терапии. У остальных потребовалось продолжение лечения до 8 суток.

Таким образом, из выше изложенного необходимо при резко выраженных воспалительных явлениях в гортани в начальном периоде стеноза ранее подключение к НТ глюкокортикостероидов. Подобная тактика является вполне оправданной, поскольку обеспечивает быстрое купирование отечно-воспалительных явлений в гортани, и восстановление ее дыхательной функции.

Выводы: установлено, что НТ обладает высокой эффективностью воздействия при острых ларингитах благодаря возможности целенаправленного локального введения высоких доз лекарственных веществ.

НТ обеспечивает быстрое купирование отечно-воспалительных явлений в гортани при острых формах ларингитов.

Литература

- 1 Герман Е., Короленко Л. Пульмонология. Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 8-й: сборник резюме. М 1998;437.
- 2 Лещенко И.В., Бушуев А. В. Тер арх 2000;8: 13-16.
- 3 Cochcane G.M. Eur Respir Rew 1997.7.51. 383-384.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

*С.Ж. Куандыкова
ТОО «Дом здоровья», Астана*

Введение. Среди болезней органов пищеварения наиболее распространенным является хронический гастрит это группа хронических заболеваний морфологически характеризующийся воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой

оболочке желудка. В настоящее время доказано, что *H.pylori*, колонизирующий слизистую желудка является возбудителем.

Наиболее частого из видов гастрита. Заражение *H. pylori* приводит к появлению воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка, сопровождается морфологическими признаками гастрита.

Согласно современным представлениям *H.pylori* вызывает изменение нормальных процессов регенераций желудочного эпителия, влияет на пролиферацию слизистой оболочки желудка.

Наличие *H.pylori* и вызванного им гастрита не проявляется определенной клинической картиной. Жалобы симптомы диспепсий по поводу которых больные обращаются к врачу не вызваны теми морфологическими изменениями гастрита.

Клиническое значение гастрита, вызванная *H.pylori* обусловленная исходами инфекциями *H.pylori*: у большинства инфицированных лиц хронический гастрит протекает бессимптомно, участие пациентов развивается язвенная болезнь, у других прогрессирование гастрита приводит к формированию предракового заболевания и развитию рака желудка. Несомненна связь инфекции *H.pylori* с редкой формой злокачественной опухоли желудка – лимфомы, исходящей из лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками.

В основе современного лечения пациентов с хроническим гастритом, вызванным инфекцией *H.pylori*, лежит этиологическая терапия, направленная на эрадикацию инфекции. Однако в связи тем, что это заболевание распространено чрезвычайно широко, необходимо четко установить, каким пациентам показана антихеликобактерная терапия.

Цель исследования: оценить клинические проявления хронического гастрита, ассоциированного с *H.pylori* до и после эрадикационной терапии.

Материал и методы: работа основана на результатах комплексного клиничко – лабораторного и инструментального проведенного обследования и лечения 25 пациентов *H.pylori* – ассоциированным гастритом с синдромом диспепсии в возрасте от 30 до 50 лет. Пациенты разделены на две группы: основную и контрольную. Все пациенты, как в основной, так и контрольной групп разделены на три подгруппы в зависимости от клинических проявлений синдрома диспепсии: язвенноподобный, дискинетический и неспецифический варианты. Эрадикационная терапия проводилась всем пациентам основной группы согласно стандартам Маастрихтских 2005 г. рекомендаций – «Омепразол» 20 мг х 2 раза + «Амоксициллин» 1 г х 2 раза + «Ларитромицин» 500 мг х 2 раза на протяжении 7 дней. Эффективность проводимой терапии контролировалась по динамике клинической симптоматики.

Пациентам контрольной группы назначалось лечение в зависимости от симптомов заболеваний. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинической симптоматики до исчезновения или уменьшения симптомов диспепсии.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов отмечено улучшение самочувствия: добиться не только эрадикации пациентов, но и достижения клинической ремиссии симптомов диспепсии. Полной нормализацией эндоскопической картины слизистой оболочкой желудка удалось достигнуть участие пациентов с *H.pylori* –ассоциированным гастритом. Тогда как такие эндоскопические симптомы как эритема, отек, экссудация, внутрислизистые кровоизлияния исчезли у всех пациентов. Спустя восемь недель после эрадикационной терапий установлено, что гипертрофия складок осталась без изменений, при том, что эрадикация *H.pylori* была успешной.

Выводы: таким образом, установлено также, что *H.pylori* – ассоциированный гастрит при наличии синдрома диспепсии чаще протекает с клиническими симптомами дискинетического, неопределенного и язвенноподобного вариантов. Независимо от исчезновения клинического синдрома диспепсии у больных *H.pylori* - ассоциированным

гастритом в первые дни эрадикационной терапии эндоскопические показатели сохраняются в течение полугода.

Литература:

1 Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения под редакцией Ивашкина В.Т., том 4, 2009г. С. 295-297

2 Терапевтический вестник №3 , 2009 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РОКСИТРОМИЦИНА» В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА

З.Т. Курмангалиева

ГККП на ПХВ «Городская поликлиника № 1», г.Астана

Введение. Симптомы хронического гайморита могут быть стертыми и маловыраженными, что часто задерживает диагностику и лечение болезни. Течение и прогноз хронического гайморита зависят от качества лечения и структурных изменений верхнечелюстной пазухи. Осложнения гайморита связаны с распространением воспалительного процесса из верхнечелюстной пазухи на соседние органы и образования. Анатомически верхнечелюстная пазуха граничит с глазницей, клетками решетчатой кости и крылонебной ямкой, где имеются скопления нервной ткани в виде крылонебного узла и ветви тройничного нерва. Следовательно, если речь идет о распространении воспаления, оказываются, затронуты эти структуры с характерной неврологической симптоматикой. Микробный фактор имеет главенствующее значение в генезе воспаления верхнечелюстной пазухи. В большинстве случаев выявляются микробные ассоциации. В эти ассоциации помимо традиционных аэробных стафилококков и стрептококков входят и различные анаэробы, грибы и даже простейшие. Кроме них заметную роль играют также вирусы. Имеются указания на то, что выделяемая из полости глотки флора не идентична с микрофлорой носа. Это необходимо учитывать при подборе антибиотиков и проводить микробиологические исследования носа и глотки отдельно [1].

Заболеваемость хроническим гайморитом занимает первое место среди всех хронических болезней. В среднем около 5-15% взрослого населения и 5% детей страдают той или иной формой синусита [2]. Структура инфекционной этиологии при этом заболевании такова: при остром синусите — *Streptococcus pneumoniae* (48,2%) и *Haemophilus influenzae* (12,4%), гораздо реже — *Moraxella catarrhalis*, *S.pyogenes*, *S.aureus*, анаэробы; при рецидивирующем остром и обострении хронического синусита — спектр и соотношение возбудителей принципиально не отличаются от острого синусита; при хроническом синусите — анаэробы (*Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, *Veillonella*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Corynebacterium*), золотистый стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка, грамотрицательные бактерии, грибы [3,4].

Целью исследования явилась оценка эффективности использования рокситромицина (Рокситромицин Лек) в комплексном консервативном лечении с носовым спреем Акварис при хроническом гнойном гайморите у амбулаторных больных.

Материалы и методы. В ходе проведения комплексного клинического исследования обследовано 30 пациентов (возраст 27±4 года) мужского - 17 и женского - 13 пола. Все больные обратились в поликлинику с жалобами на головные боли, затрудненное дыхание, изменение общего состояния (появление слабости, недомогания), нарушения обоняния.

Критериям исключения отнесены наличие у пациентов тяжелой степени хронического гайморита (по длительности от начала обострения, выраженного интоксикационного синдрома), сопутствующих заболеваний, острый гайморит, а также аллергическая этиология.

Критерием включения в исследование взрослых пациентов следующие: хронический гнойный гайморит легкой и среднетяжелой формы. Диагноз хронического гайморита верифицировался на основании длительности течения воспалительного процесса более 6 месяцев, данных анамнеза (повышение температуры тела выше 37,2°C, интоксикация, болевой синдром), объективных данных, а также изменений показателей общего анализа крови (увеличение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз) и результатов рентгенологических исследований (реакция костных стенок). Всем исследуемым лечение было назначено с учетом установленного диагноза.

Курс комплексного лечения пациентов с хроническим гайморитом в стадии обострения включал антибактериальную терапию (рокситромицин лек 150мг. 2 раза в сутки с интервалом 12 часов, длительностью 5 дней; спрей Аква Марис (2-3 впрыскивания 6-8 раз в сутки). Длительность курса – 10-14 дней. Сосудосуживающий препарат на масляной основе - пиносол.

Результаты и обсуждение. Под влиянием комплексного лечения препаратом рокситромицин лек, спрея Аква Марис, и физиопроцедур ликвидация субъективных, объективных и лабораторных показателей достигнута нормы у 27 (90%) пациентов. У 3 (10%) к основному лечению на 3 сутки в комплекс лечения добавлен амоксиклав 1000мг, и сосудосуживающие препараты местного назначения. Через 1 месяц: все наблюдаемые пациенты были в удовлетворительном состоянии и ремиссии основного заболевания.

Температура тела нормализовалась, что по окончании терапии составило 36,6±0,2°C. В среднем для нормализации температуры тела потребовалось 3,2±2,2 дня. Среднее число дней до получения клинического эффекта составило 6,9±2,7. Также нормализовались показатели крови: число лейкоцитов, содержание палочкоядерных форм нейтрофилов, СОЭ. Применение Рокситромицин Лек не сопровождалось возникновением побочных реакций.

Динамическое наблюдение за пациентами показало, что в течение 6 месяцев после окончания лечения данным препаратом рецидивы хронического гайморита у исследуемых также не были зарегистрированы.

Вывод. Таким образом, Рокситромицин Лек является наиболее активным препаратом в лечении обострений хронического гайморита в условиях поликлиники и является эффективным средством, позволяющим проводить успешную терапию.

Литература:

- 1 Солдатов И.Б., Гофман В.Р. Отоларингология: учебник, 2000, ЭЛБИ-СПб, С. 290-293.
- 2 В.Т.Палбчун, М.М.Магомедов, Отоларингология: учебник, 2008, Изд. «Медицина», С. 133-134.
- 3 Юдина Л.В., Рачко Ю.В. Новые макролиды – новые возможности лечения // Клиническая антибиотикотерапия. – 2006. – № 3. – С. 16-19.
- 4 Яковлев С.В., Яковлев В.П. Краткий справочник по антимикробной химиотерапии, М., 2002, изд–во «Центр по биотехнологии, медицине и фармации», 127 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МОЭКСИПРИЛА» У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Г.Н. Кыдырова

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Введение. Частота выявления ГЛЖ у больных АГ повышается с возрастом (от 6% до 30 лет, до 43% после 70 лет), встречается у 23–33% лиц старше 59 лет и у 23% у мужчин и 33% женщин старше 59 лет. Кроме того, частота выявления ГЛЖ зависит от тяжести АГ (от 20% при мягкой до 50% и более при тяжелой) и применяемого метода исследования: от 7% по данным электрокардиографии (ЭКГ) до 45% по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) и 70% магнитно-резонансной (МР) и вентрикулографии. ЭхоКГ является более

точным неинвазивным методом определения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), чем традиционные методы. Данные о ММЛЖ, полученные ЭхоКГ-методом тесно коррелируют с данными аутопсии. ЭхоКГ позволяет не только выявлять ГЛЖ, но и следить за ее динамикой при лечении АГ. Считается, что метод ЭхоКГ дает 10% погрешность в измерении индекса ММЛЖ (ИММЛЖ), поэтому достоверной динамикой ИММЛЖ на фоне лечения могут считаться только изменения более 10%. Требования к антигипертензивной терапии включают в себя достижение целевого уровня артериального давления (АД) и обеспечение протективного действия на органы-мишени.

Таким образом, оптимизация лечения больных АГ, ставящая своей целью не только снижение АД, но и органопroteкцию с применением современных антигипертензивных препаратов, остается актуальной задачей.

Материалы и методы: исследованы 123 пациента с АГ, из которых за время наблюдения выбыло 6 больных, в том числе 3 – из-за развития побочных явлений (кашель). Исследование полностью завершили 117 пациентов (54 мужчины и 63 женщины), 32–65 лет ($54,7 \pm 7,9$ года), со средней длительностью АГ $11,9 \pm 8$ лет и ГЛЖ, по данным ЭхоКГ. После 1 недели “чистого фона” среднее по группе систолическое АД (САД) клиническое составило $165,1 \pm 10,5$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) кл. – $99,2 \pm 8,5$ мм рт. ст. Критериями исключения являлись: вторичные формы АГ, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда в течение последних 6 месяцев, стенокардия II–III функционального класса (ФК), сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, функции печени и почек. Длительность наблюдения составила 52–54 нед. После 1 недели отмены предшествующей антигипертензивной терапии всем больным назначали моэксиприл в дозе 7,5 мг в сутки однократно утром. У больных, не достигших целевого уровня АД, через 3 нед. дозу моэксиприла увеличивали вдвое (15 мг/сут), еще через 3 нед присоединяли ГХТ в дозе 12,5 мг/сут и через 6 нед. увеличивали дозу ГХТ до 25 мг/сут. После достижения целевого уровня АД больные продолжали ту терапию, на которой оно было достигнуто. В случае выявления ускользания антигипертензивного эффекта терапии ее усиливали по указанной схеме. На всех визитах контролировали АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), регистрировали жалобы пациентов, отмечали побочные эффекты, если таковые имелись. Контрольные исследования анализов крови (К, Na, креатинин, мочеви́на) проводили через 6, 12 и 36 недель терапии. Полный биохимический анализ крови (К, Na, креатинин, мочеви́на, общий белок, глюкоза, АСТ, АЛТ, общий билирубин), общий анализ крови, общий анализ мочи, суточное мониторирование АД (СМАД), ЭхоКГ и ЭКГ проводили исходно, через 24 и 52 нед лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Е.П. Маслова

Воинская часть 6697, г. Костанай

Туберкулез остается одной из самых распространенных инфекций в мире, что представляет угрозу для большинства стран. В последние годы отмечается его практически повсеместный рост. Это остается одной из проблем в армии, где ежегодно призываются военнoслужашие срочной службы с данной патологией.

Возбудитель заболевания – палочка Коха, отличительным свойством её является устойчивость к действию кислот и спирта. Она сохраняет жизнеспособность при воздействии различных физических и химических агентов. В невысохшей мокроте (при определенных условиях) бактерии могут оставаться жизнеспособными до полугода. А в высохшей мокроте на различных предметах (мебель, книги, посуда, постельное белье, полотенце, пол, стены и прочие) они могут сохранять свои свойства в течение нескольких месяцев.

Важная особенность микобактерий туберкулеза. После первичного заражения может не наступить никаких клинических проявлений болезни. Заболевание не разовьется, однако микобактерия может длительное время (годы, десятилетия) находиться в организме не причиняя ему вреда. Такое состояние относительного равновесия может нарушиться в пользу возбудителя при снижении защитных сил организма (ухудшение социальных условий жизни, недостаточное питание, стрессовые ситуации, снижение иммунитета).

Источник – больной человек, иногда не знает о болезни, туберкулез может протекать под видом обычной простуды, длительно невылечивающейся пневмонии, а иногда без каких-либо проявлений, поэтому при туберкулезе особое значение имеет профилактика и раннее выявление.

Заражение в основном происходит воздушно-капельным путем, реже при употреблении в пищу молочных продуктов от больных туберкулезом животных.

Первые признаки заболевания: быстрая утомляемость, общая слабость, снижение или отсутствие аппетита, снижение веса, повышенная потливость особенно под утро, одышка при небольших физических нагрузках, кашель, покашливание с мокротой, возможно с прожилками крови, специфический блеск в глазах.

Профилактика: социальная направленность профилактики туберкулёза (улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения), предупреждение профессиональных заболеваний легких, оздоровление окружающей среды, включая борьбу с разрушением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, улучшение качества питания, борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением, развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни, расширение сети санаторно-курортных учреждений, проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Специфическая профилактика туберкулеза: вакцинация БЦЖ на 4-7 день жизни; ревакцинация в 7 лет, 12 лет, 16-17 лет, а затем через 5-7 лет до 30 летнего возраста, при наличии показаний (контакт с больным туберкулезом или отсутствие инфицированности по результатам туберкулиновых проб).

Химиопрофилактика необходима: всем здоровым лицам находящимся в семейно-бытовом, профессиональном контакте с бактериовыделителями, детям и подросткам с виражом туберкулиновой пробы, больным силикозом, сахарным диабетом, наркоманией, алкоголизмом, хроническими заболеваниями легких, ВИЧ инфицированные и другие.

Флюорографические обследования: 1 раз в год и по показаниям.

Важное значение для профилактики туберкулеза имеют противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза: профилактика туберкулеза в условиях производства (воинская часть): при несении службы использование ватно-марлевых повязок; обработка транспорта дезинфицирующими средствами после каждого выезда, витаминотерапия, наблюдение за диспансерными больными переболевшими пневмонией, которые состоят в группе риска по туберкулезу.

Мероприятия в очаге: изоляция и госпитализация больного; проведение текущей и заключительной (после изоляции больного) дезинфекции; наблюдение за контактными; усиление дезинфекционного режима в казарменных помещениях и в столовой; кварцевание и проветривание помещений; больной должен при кашле отворачиваться от находящихся вблизи людей; мокроту сплёвывать в плевательницы, которые дезинфицируются; обеззараживание посуды, остатков пищи; ежедневная влажная уборка помещений, где находится больной, мебели, предметов обихода; при БК (+) флюорография контактных.

Заключение: соблюдение всех комплексных профилактических мероприятий поможет снизить уровень заболеваемости туберкулезом среди всех слоев населения и проведение в полном объеме всех противоэпидемических мероприятий также способствует ограничению распространения данной патологии, как в армии, так и среди гражданского населения.

Литература:

- 1 Перельман М.И., Корякин В.А., Богдельникова М.О. «Фтизиатрия» ОАО Издательство «Медицина» 2004 г.
- 2 Палеев В.М., Палеев Н.Р. Полный семейный справочник Медицины и здоровья. - Издательство Рилоп классик г. Москва 2005 г.- 241 с.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Е.П. Маслова
Воинская часть 6697, г. Костанай*

В последние годы увеличились случаи призыва военнослужащих срочной службы с пролапсом митрального клапана. В связи, с чем после выявления данной патологии проводится военно-врачебная комиссия и увольнение военнослужащих. Поэтому необходимо перед призывом в армию на областных комиссиях в военкоматах обращать особое внимание на сердечнососудистую систему.

Пролапс митрального клапана (ПМК) – заболевание сопровождающее нарушением функции клапана расположенного между левым предсердием и желудочком. Чаще всего это отклонение наблюдается у молодых людей, клинически никак не ощущается и не требует лечения. В редких случаях величина обратного потока крови велика и требуется коррекция порока вплоть до хирургического вмешательства.

Симптомы: боли в сердце с вегетативными проявлениями, сердцебиение и перебои в работе сердца, обмороки и предобморочное состояние, незначительное «беспричинное» повышение температуры, вегетативные кризы – синдром гипервентиляции, головокружение, повышенная утомляемость, одышка, чувство неполного вдоха.

У военнослужащих 90% случаев преобладали жалобы на боль в области сердца, одышку при физической нагрузке и обмороки. Все жалобы появлялись с первых дней службы.

Диагностика основывается на аускультации, выслушивается систолический шум. Основным методом служит эхокардиографическое исследование. При помощи эхокардиографии можно определить объем обратного тока крови (степень регургитации), величину выпячивания створок клапана в миллиметрах: 1 степень от 3 до 6 мм; 2 степень от 6 до 9 мм; 3 степень от 9 мм.

В раннем детстве у детей с ПМК часто выявляется дисплазия тазобедренных суставов, паховая и пупочная грыжи. Во взрослом возрасте чаще обнаруживается миопия, плоскостопие, астеническое телосложение, высокий рост, пониженное питание, слабое развитие мускулатуры, повышенная разгибаемость мелких суставов и нарушение осанки.

Лечение: активное вмешательство необходимо лишь в том случае, когда ПМК сопровождается нарушениями ритма и болями в сердце.

Заключение: таким образом, в период медицинского осмотра в военкоматах, особое внимание, терапевтам необходимо обращать на сердечнососудистую систему при выслушивании шумов и направлять призывника на обследование, с обязательным прохождением эхокардиографии.

Литература:

- 1 Либерман В.А., «Кардиология» Учебно-методическое пособие (Российская медицинская академия последипломного образования)
- 2 Автондилов А.Г., Королев Г.П., Кавтарадзе Н.Н. //«Пролапс митрального клапана» Москва-1994 г.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

А.Р. Ризванова
АО «РДРЦ», г. Астана

Поиск новых подходов к комплексной терапии детей с детским церебральным параличом (ДЦП) с применением новых высокоэффективных технологий, является *актуальным*, так как направлен на улучшение двигательных, психических, речевых функций, а в ряде случаев и компенсации синдрома двигательных нарушений [1,2].

Внедрение современных технологий является неотъемлемым условием повышения уровня и качества оказываемой реабилитационной помощи, способствует повышению эффективности всех видов проводимой реабилитации, коренным образом меняет методические подходы к реабилитационному процессу и контролю за адекватностью проводимых мероприятий.

Современные технологии в нейрореабилитации, к которым относится метод стабилотрии и постурографии, метод динамической функциональной проприоцептивной коррекции с применением нагрузочных костюмов "Адели", «Гравистат» (ДПК), методы биологически-обратной связи: психоэмоциональной, опорно-двигательной, логотерапевтической коррекции (БОС терапии) необходимы для коррекции нарушений проприоцептивной импульсации от суставно-связочно-мышечного аппарата, поступающей в различные структуры двигательного-кинестетического анализатора, включая его корковое представительство [3,4]. Снижение патологической активности проприоцептивной импульсации, ее постепенная нормализация обеспечивает и оптимизирует деятельность эфферентного звена двигательного-кинестетического анализатора и тем самым – разрывает существующий при этой патологии порочный круг [5]. Этот процесс разобщения патологического взаимовлияния исполнительной периферии и церебральных структур способствует становлению новых рефлекторных связей, закрепляемых в течение всего курса лечения и формированию положительной мотивации ребенка к лечению. В связи с этим, *целью исследования* явилось определение эффективности применения этих новых технологий в комплексной реабилитации в условиях АО «РДРЦ».

Материалы и методы: В соответствии с целью исследования, были обследованы 345 детей с различными формами ДЦП (средний возраст $6,9 \pm 0,25$). Мальчиков было 57,3%, девочек - 42,7%. Критериями исключения из исследования были дети, относящиеся к третьей группе по степени тяжести двигательных расстройств, согласно классификации Г.Г. Шанько, в связи с невозможностью применения этих методик лечения по тяжести состояния. Среди обследованных детей 75 % составили больные ДЦП со спастическими формами (260 ребенка); 14,2 % с гиперкинетической формой (49 ребенка); 10,5 % с атонико-астатической формой (36 детей).

Каждый ребенок был дважды протестирован (в начале и в конце лечения) по модифицированной шкале спастичности Эшворта, по шкале функциональной активности больных, был проведен анализ походки с помощью системы классификации больших моторных функций (GMFCS); так же были определены ортопедические тесты и проведена гониометрия. Для оценки степени спастичности в нашем Центре применяются модифицированная шкала спастичности Эшворта. Согласно этой шкале спастичность 1 степени – легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся в начальном напряжении и быстром последующем облегчении, 2 степени – легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся напряжением мышцы менее чем в половине всего объема пассивных движений, 3 степень – умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема движений (при этом пассивные движения легко осуществляются), 4 степень – значительное повышение мышечного тонуса (пассивные движения затруднительны), 4

степень – нельзя полностью согнуть или разогнуть паретичную часть конечности (сгибательная или разгибательная контрактура). Уровень самостоятельного передвижения оценивается по системе классификации больших моторных функций (GMFCS). Уровню I соответствуют дети, которые могут ходить без ограничений, но не справляются с более сложными моторными заданиями, II уровень – ходьба с поддержкой, III уровень – передвижение с подручными средствами, IV уровень – не могут сидеть, V уровень – дети с очень ограниченными возможностями к самостоятельному передвижению, со слабым контролем положения туловища и головы. Физическое и психоэмоциональное состояние пациента (уровень функциональной активности) мы оцениваем по 100 бальной шкале, характеризующей 10 основных психомоторных функций, обычно оцениваемых в неврологической практике. Из них 7 характеризуют двигательные возможности пациента (держание головы; держание игрушки в руке; поворачивание с живота на спину; ползание на животе; сидение; стояние; хождение), а 3 его психо-эмоциональную сферу (слежение глазами за игрушкой; понимание обращенной речи; способность говорить). Невыполнение, неполное и полное выполнение каждой функции оценивается в 0, 5 и 10 баллов, соответственно.

Согласно данным тестирования и неврологического обследования для каждого ребенка был составлен индивидуальный план реабилитации, включающий комплексную терапию с применением современных технологий. БОС опорно-двигательной терапии получили 41,5%; БОС психо-эмоциональной коррекции занимались 46%; БОС лого-терапевтической терапии 33%; постурографией было охвачено 32,6%; методом ДПК - 84% , из них костюм Гравистат 58,4%; костюм Адели 25,6%.

Результаты и обсуждение: Результаты каждого метода лечения оценивались после проведения 12-15 занятий с повторной оценкой ортопедических тестов, неврологического статуса с гониометрическими показателями, шкалы спастичности Эшворта, функциональной активности больных, двигательной возможности по системе GMFCS.

Данные исследования показали, что регресс ортопедических тестов отмечался в 74,1% случаев, снижение степени спастичности по шкале Эшворта с $3,2 \pm 0,2$ до $2,4 \pm 0,1$; достоверное улучшение показателей по шкале функциональной активности в среднем на $8,5\% \pm 0,25$. Из двигательных навыков - 78,2 % детей начали держать голову; 71,4% научились самостоятельно сидеть; 27,2% ползать; 12,3% начали ходить без поддержки; У 61% детей улучшилась концентрация внимания и работоспособность; 72% приобрели навыки самообслуживания.

Заключение: таким образом, использование новых технологий разнонаправленного действия в терапии и реабилитации больных с ДЦП, является одним из неотъемлемых условий повышения уровня и качества оказываемой медицинской помощи и позволяет не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.

В результате проведенного исследования, мы пришли к выводу, что для каждой формы ДЦП, помимо традиционно принятой терапии, наиболее эффективной является применение новых технологий в следующем сочетании: для спастических форм: БОС опорно-двигательной терапии в комплексе с постурографией и костюмом Адели; для гиперкинетических форм: БОС психо-эмоциональной терапии, БОС лого-терапевтической, постурография и костюм Гравистат; для атонических форм: БОС опорно-двигательной терапии, костюм Гравистат и постурография.

Литература:

- 1 Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. – Москва, 1999. – 364 с.
- 2 Булекбаева Ш.А. Методические рекомендации «Детский церебральный паралич: формы, клиника и реабилитация в поздней резидуальной стадии». Алматы, 2003. – 24 с.
- 3 Кожевникова В.Т. Современные технологии в комплексной физической реабилитации больных детским церебральным параличом. Москва 2005. – С.238.

4 Левченкова В.Д. Патогенетические основы формирования детского церебрального паралича: Дис. д-ра мед.наук. - М., 2001

5 Царегородова А.Д., Кобринский Б.А, Компьютерные и телемедицинские технологии в педиатрической практике \ \ Информационные технологии в здравоохранении.–2002.- № 8. - С. 4-7.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПАРОКСИЗМАМИ

*А.Р. Ризванова
АО «РДРЦ», г. Астана*

Детский церебральный паралич (ДЦП) и эпилепсия являются одними из самых инвалидизирующих заболеваний в неврологии детского возраста. Несмотря на частую встречаемость (эпилепсия – 2-3%, ДЦП – 1-2% детского населения), они по-прежнему остаются труднокурабельными в практическом здравоохранении [1,2]. Сочетание этих двух заболеваний утяжеляет их течение и прогноз, что делает эту проблему актуальной в детской неврологии. Следует отметить сходство этиологии ДЦП и эпилепсии, которая представлена гипоксически-ишемическим поражением головного мозга (69%), внутриутробными инфекциями (9%), церебральными пороками развития (7%). Эти данные опубликованы Белоусовой Е.Д. в 2004 г.[3], и практически не отличаются от таковых, приводимых в зарубежных литературных источниках. Знание этиологии ДЦП крайне важно, поскольку позволяет прогнозировать возможность развития эпилепсии.

В связи с этим, *целью исследования* явилось определение факторов риска, частоты, клинических, структурных и функциональных особенностей для определения прогноза ДЦП, сопровождающегося эпилептическими пароксизмами.

Материалы и методы: под наблюдением находились 74 ребенка с различными формами ДЦП, сочетающихся с эпилепсией. Факторы риска развития эпилепсии у детей с ДЦП изучались путем сбора анамнестических данных из амбулаторных карт, а так же путем анкетирования и опроса мам наблюдаемых пациентов. Частота исследования определялась путем расчета из общего количества больных с данной патологией. Клинические, структурные и функциональные особенности были изучены в результате тщательного неврологического осмотра, использования методов функциональной диагностики таких как компьютерная томография, (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга и электроэнцефалографии (ЭЭГ). Прогноз течения эпилепсии определялся ремиссией течения эпилептического процесса и достижением контроля за приступами, так как принято считать, что ДЦП ведёт к утяжелению течения эпилепсии, а эпилептический процесс в свою очередь, усиливает двигательные и интеллектуальные нарушения у данной группы больных.

Результаты и обсуждение: средний возраст детей составил в среднем 5,4 года. Распределение по формам ДЦП согласно общепринятой классификации по Семеновой К.А. было следующее: дети со спастической тетраплегией составили 34,4%, атонико-астатической формой - 26,2%, спастической диплегией - 18,6%, смешанной и гиперкинетической формами – по 7,7% соответственно и гемипаретической - 3,9%. Распределение по полу было следующее: мальчики составили 62,5%, девочки 37,5%. Патогенетические факторы распределились следующим образом: малый срок гестации (63%), инфекционные заболевания во время беременности (48%), выкидыши у матери в анамнезе (24%), угроза выкидыша во время данной беременности (78%), нарушение фетоплацентарного кровотока (21%), большая длительность безводного периода во время родов (22%), низкий вес при рождении (24%), недоношенность (27%), низкие оценки по шкале Апгар (32%), неонатальные судорожные приступы (35%), приступы в первый год жизни (54%). Эти данные не противоречат литературным данным [4, 5, 6].

Половина пациентов с двойной гемиплегией имела фокальные приступы, простые и сложные, приступы со вторичной генерализацией; у другой половины регистрировались генерализованные тонико-клонические приступы. У большинства пациентов последней дебют приступов отмечается на первом году жизни. Напротив, у детей со спастической гемиплегией развитие эпилептических приступов отмечается на несколько лет позднее. Коммуникативные расстройства регистрировались у 58% больных, с минимальной частотой они отмечались в группе детей с гиперкинезами.

Анализ нейровизуализации (КТ, МРТ) показал, что чаще всего (42,5%) выявлялось повреждение белого вещества головного мозга в виде перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) и перивентрикулярных кровоизлияний (ПВК), реже - поражения базальных ганглиев (12,8%), кортикальные и субкортикальные повреждения (9,4%), пороки развития (9,1%), фокальные инфаркты (7,4%) и смешанные поражения (7,1%). В 9,8% наблюдений МРТ исследование патологических изменений головного мозга не выявило. Перивентрикулярная лейкомаляция чаще всего отмечалась у больных с диплегией (71,3%), а так же с гемиплегией (34,1%) и тетраплегией (25,1%). Оно регистрировалось более чем у 80% детей, рождённых ранее 34 недели беременности, однако, в 18% случаев это были доношенные дети. При спастической диплегии данный морфологический дефект локализовался только в задней или в задней и средней зонах. Эти дети часто были способны ходить и имели некоторые коммуникативные навыки. При спастической тетраплегии ПВЛ захватывало все зоны, данные больные не могли передвигаться и имели очень ограниченные коммуникативные возможности. Поражение базальных ганглиев и таламуса в основном ассоциировалось с гиперкинетическими и смешанными формами ДЦП (75,6%), единичные случаи были при спастической тетраплегии, диплегии. Фокальный кортикальный инфаркт чаще всего приводил к гемиплегии, в одном случае была отмечена тетраплегия. Кортикальные и субкортикальные поражения выявлены у 33% детей, которые имели все типы ДЦП, кроме атаксии. Пороки развития головного мозга были выявлены, в основном, у детей с гемиплегией. Другие виды мальформаций были представлены лиссэнцефалией, полимикрогирией, шизэнцефалией и дисплазией коры. Во всех подгруппах ДЦП встречались смешанные варианты поражений головного мозга (7%); такие больные имели, как правило, сопутствующую патологию - эпилепсию, пороки развития внутренних органов, патологию зрения и др. Одновременно с этим, у 11,7% обследуемых всех групп МРТ не выявила церебральных изменений но, тем не менее, 61% этих детей имели умеренные и 17% - тяжёлые функциональные расстройства, вероятно, определённых генетическими нарушениями. ЭЭГ исследования при ДЦП показало, что эпилептическая активность, регистрируемая на ЭЭГ формируется обычно не позднее первых двух лет жизни и приводит к ухудшению интеллектуальных нарушений, которые, как правило, существовали и ранее. Фокальные эпилептиформные разряды со вторичной генерализацией были выявлены в 39,3%.

Установлено, что чаще эпилепсия развивается при спастических формах ДЦП (64%). Эпилепсией страдает почти половина пациентов со спастической тетраплегией (51%) и спастической гемиплегией (52%), несколько реже она встречается у детей со спастической диплегией (32%). Средний возраст первого эпилептического приступа у детей с ДЦП составил 18-19 месяцев. Около 60% детей с этим заболеванием отмечается развитие судорожного приступа на первом году жизни.

Труднокурабельность эпилепсии при ДЦП достигает 51,2%, контроль над приступами удалось достичь при спастической тетраплегии более в 60% случаев, при спастической гемиплегии - 72,7%, при спастической диплегии - 83,3%. Политерапия применялась чаще в случаях спастической тетраплегии – 59,5%. Полный контроль над приступами был достигнут в 65,2% случаев, и примерно 25% пациентов получают терапию антиэпилептическими препаратами на протяжении значительного времени. Контроля над судорожными приступами при ДЦП удалось достичь у 75% больных при нормальном и пограничном интеллектуальном уровне и у 50% - при сниженном уровне интеллекта.

Кроме этого, прослеживается положительная корреляция между возрастом начала судорожных приступов и эффективностью контроля над ними.

Заключение: Таким образом, можно сделать вывод, что к факторам неблагоприятного прогноза эпилепсии у детей с ДЦП относятся спастическая тетраплегия, неонатальные судороги в анамнезе, начало эпилептических приступов в возрасте до 1 года, инфантильные спазмы и сложные парциальные приступы со вторичной генерализацией. Благоприятными прогностическими факторами являются: свободный от приступов период от одного и более лет, нормальное и субнормальное интеллектуальное развитие; редкие судорожные приступы с поздним началом; монотерапия; спастическая диплегия.

Литература:

- 1 Семёнова К.А. Восстановительное лечение у детей с перинатальными поражениями нервной системы и ДЦП. - Москва, 2007.- 263с.
- 2 Блюм Е.Э., Блюм Н.Э., Антонов А.Р. К вопросу этиологии и патогенеза ДЦП. - М., 2004. -С. 234.
- 3 Белоусова Е.Д. Факторы риска, тактика лечения и прогноз судорожного синдрома и эпилепсии у детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис. д-ра мед.наук. - Москва, 2004.- 48 с.
- 4 Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М.// Руководство по неврологии детского возраста. - Киев,1980.- С.528.
- 5 Шанько В.Ф. Что такое эпилептический синдром? //Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии детского и подросткового возраста. – Уфа, 2000. - N2.- С.187-188.4. Семёнова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. - М., 1976.- 314 с.
- 6 Bruck I., Antoniuk S.A., Spessatto A., Bem R.S., Hausberger R., Pacheco C.G. Epilepsy in children with cerebral palsy //Arq. Neuropsiquiatr. – 2001, 59 (1).- P.35-39. 5.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЕРРУМ-ЛЕК У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

У.М. Романова

ГКП на ПХВ «Городская детская поликлиника №1» г. Астана

Введение. Заболеваемость населения анемией в 2007г. в Казахстане составила на 100 тыс. населения среди детей 4922,8. Ежегодно из-за тяжелой анемии около 1000 детей умирают перед или сразу после рождения. У каждого второго ребенка в Казахстане в возрасте 6-24 мес. нарушается физическое и психическое развитие. У 5% детей снижена школьная успеваемость. По достижении 20 лет многие из них не смогут реализовать свои интеллектуальные и физические способности. Поэтому предупредить и лечить данную патологию необходимо железосодержащими лекарствами. Главными требованиями, предъявляемыми к используемым в детской практике препаратам железа для приема внутрь, являются: достаточная биодоступность, высокая безопасность, хорошие органолептические свойства, наличие лекарственных форм, удобных для пациентов всех возрастов, комплаентность. Этим критериям в наибольшей степени отвечает препарат железа на основе ГПК Феррум Лек.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Феррум Лек при различных стадиях ЖДА у детей грудного возраста.

Материалы и методы: В исследование включено 41 ребенок, больных железодефицитной анемией, возрастом от 6 мес до 1 года на базе поликлиники ОУП №1 г. Астаны.

Суточные терапевтические дозы пероральных солевых препаратов железа при лечении ЖДА у детей предложены экспертами ВОЗ (WHO, 1989): для детей до 3 лет 3 мг/кг/сутки элементарного железа. При использовании препаратов Fe (III)ГПК суточная доза для детей раннего возраста составляет 3-5 мг/кг массы. Рекомендуемые дозы двухвалентного железа рассчитаны с учетом того, что лишь 10-15% поступающего в организм железа всасывается. Наши пациенты получали гидроксид полимальтозный комплекс железа (III)

препарат Феррум Лек в форме сиропа, который применяли из расчета 5 мг/кг/сутки. Препарат назначали 2 раза в день перед едой, запивая соком. Так, в многочисленных рандомизированных исследованиях показано, что лечение препаратами Fe (III)ГПК переносилось значительно лучше, чем солевыми препаратами железа (сульфат железа, fumarat железа), что подтверждалось меньшей частотой (2,1%) побочных эффектов со стороны желудочнокишечного тракта. Обследование детей с целью подтверждения диагноза ЖДА включало в себя: определение уровня гемоглобина (Hb), при анемии его уровень менее 110 г/л у детей до 5 лет; определение содержания сывороточного железа крови. При обследовании всем детям проводили клиническое исследование крови и мочи, анализ кала на яйца глист.

Результаты и обсуждение. В результате анализа анамнестических данных установлено, что большинство детей (89 %) рождены от беременности с патологическим течением: анемия – 21, гестоз – 22, нефропатия – 10, ОРВИ – 12, соматические заболевания в период беременности-17. У 31 ребенка отмечалась анемия легкой степени тяжести (Hb – 109-90 г/л), у 9 детей – средней тяжести (89-70 г/л), у 1 ребенка - тяжелой степени. Цветной показатель у детей отмечен в пределах от 0,75 до 0,85, что в среднем составило $0,81 \pm 0,13$. Эритроциты составляли $3,8 \pm 0,42$ /л. Показатель сывороточного железа колебался от 9,8 до 13,7 ммоль/л, что составило в среднем $12,2 \pm 1,03$ ммоль/л. В 11 случаях анемия наблюдалась на фоне атопического дерматита, в 5 – на фоне острого течения рахита, в 6 – на фоне дистрофии по типу гипотрофии I-2 ст., в 7 – на фоне врожденных пороков сердца. Также наблюдался анемический синдром: бледность кожных покровов у 29 больных (86,2 %), тахикардия – у 28 (81,3 %), систолический шум у верхушки сердца – у 28 (82,3 %), приглушенность тонов сердца – у 15 (44,1 %). Эпителиальный синдром: сухость кожных покровов – у 11 (32,4 %), «географический» язык – у 4 (11,8 %), дисфункция ЖКТ у 7 детей.

Длительность основного курса лечения препаратом составила: при анемии легкой степени – 8 недель, средней степени – 10 недель, тяжелой степени тяжести 12 недель. Продолжительность профилактического приема Феррум Лек сиропа в дозе 2,5 мг/кг/сутки (с целью создания депо железа в организме) составила: при анемии легкой степени – 4–6 недель, при анемии средней степени – 6,2 недель, при анемии тяжелой степени – 7,9 недель. В комплексной терапии анемии у наблюдаемых нами детей проводилась коррекция питания. К 6-месячному возрасту, они получали пюре из печени (говяжьей или телячьей), которое совмещали с овощным пюре. Также дети указанного возраста получали мясные блюда в виде фрикаделек. При переводе детей на искусственное вскармливание использовали смесь "Хумана" обогащенное железом.

Заключение. Исходя из выше изложенного, общая длительность ферротерапии при ЖДА составила от 12 до 20 недель. Наблюдения показали высокую эффективность препарата Феррум Лек при лечении ЖДА у детей. В среднем в течение 8-12 недель у всех детей нормализовался уровень гемоглобина и сывороточного железа, что свидетельствует не только о ликвидации ЖДА, но и о восполнении депо железа в организме. Только у 11,8% детей, имеющих функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, отмечалась склонность к запорам на фоне лечения препаратом Феррум Лек. Курс лечения завершил 39 ребенок из 41 детей, таким образом, приверженность к лечению составила 95,3%. Лечение препаратом в течение 8-12 недель привело к нормализации показателей гемограммы, уровня гемоглобина, улучшению показателей обеспеченности железом у всех обследованных детей с ЖДА.

Выводы: своевременная постановка диагноза железодефицитной анемии и ее лечение препаратом Феррум лек является безопасным и удобным в применении, а также не только восстанавливает уровень гемоглобина, но полностью восполняет депо железа.

Литература:

- 1 Анемии у детей: диагностика и лечение. Практическое пособие для врачей /Под ред. А. Г. Румянцева, Ю. Н. Токарева. М.: МАКСПресс, 2000.
- 2 Т.В. Шаманская, Д.Ю. Качанов. Железодефицитная анемия./Практика Педиатра №5,2008
- 3 Т. В. Казюкова, Г. В. Калашникова, Фаллух А. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитных анемий// Клиническая фармакология и терапия. 2000. № 9 (2). С. 88-92.
- 4 И. Н. Захарова, Н. А. Коровина, А.Л.Заплатников, Н.Е.Малова. Коррекция дефицита железа у детей. <http://www.lvrach.ru/2008/07/5537138/>
- 5 А.В. Папаян, Л.Ю. Жукова. Анемии у детей. Руководство для врачей. Питер.2001г.-380с.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМОКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ У СПОРТСМЕНОВ

*Е.И. Рыженкова
ТОО «Дом Здоровья», г.Астана*

Миокардиодистрофия – функционально-клиническое понятие, введенное Г.Ф.Лангом, используемое для обозначения всех патологических коллоидно-химических и биоэнергетических реакций в миокарде, протекающих при сокращении так называемой рабочей мускулатуры сердца.

Ведущей причиной возникновения дистрофических изменений в миокарде спортсменов являются тренировочные и соревновательные нагрузки, превышающие реальные возможности спортсмена, нарушения режима, бесконтрольное использование фармакологических средств, особенно стимуляторов, «сгонка» веса, наличие очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, синусит, уретрит, холецистит, кариес и т.д.).

Происходящая перестройка нервно-эндокринной регуляции сердца носит приспособительный характер и обеспечивает гиперфункцию сердца и кровообращения в целом, которая направлена на борьбу организма с повреждающим агентом, устранение нарушений гомеостаза.

Снижение содержания K^+ в тканях, наблюдаемое при физическом перенапряжении может оказывать отрицательное влияние на метаболизм миокарда, вплоть до образования некрозов. Центральным звеном в цепи реакций, приводящих к изменению конечной части желудочкового комплекса является гиперкальцигестия и гипокалигестия, преимущественно в субэндокардиальном слое.

Выявление ДМФП основывается на электрокардиографических критериях и ЭКГ-метод является ведущим в распознавании дистрофических изменений миокарда (Кушаковский М.С.,1995). Для определения генеза ДМФП применяются: биохимические исследования, функциональные и фармакологические пробы. В комплекс биохимических исследований входит: исследование электролитов (калий и натрий) в плазме крови и форменных элементах, липидный обмен, катехоламины в крови и в моче, белки плазмы крови, остаточный азот, уровень сахара, активность ферментов плазмы крови и многое другое. Из фармакологических проб чаще используют пробы с искусственной гиперкалиемией – 100 мл 8% раствора калия хлорида внутрь, с регистрацией ЭКГ до приема, спустя час-полтора и через 24 часа под контролем суточной экскреции калия с мочой. Эффективным может использование холтеровского мониторирования при всех фармакологических пробах.

При дистрофии миокарда у лиц с отрицательными зубцами Т восстановление положительной полярности этих зубцов указывает на то, что гиперкалиемия способствует возобновлению нормальной волны реполяризации от эпикарда к эндокарду. Это так называемый «калий - чувствительный» или «калий -зависимый» тип. Отсутствие реакции комплекса ST-T на гиперкалиемию или недостаточное восстановление может зависеть от разных причин, самая неприятная из которых –

формирование миокардиодистрофического склероза. Следующая проба со стимуляцией адренорецепторов - 10 мг изадрина под язык с записью контрольной ЭКГ до пробы и через 10-15 минут, затем через полчаса. Последнюю запись ЭКГ проводят при урежении пульса через 2-3 часа. Восстановление полярности, амплитуды и формы зубцов указывает на вызываемое адреностимулятором ускорение реполяризации в субэпикардальном мышечном слое. Сохранение изменений комплекса ST-T или их углубление в процессе пробы можно наблюдать у лиц с ограниченными поражениями миокарда, ухудшении регионарного кровотока или снижении чувствительности адренорецепторов в некоторых участках миокарда. Проба с блокадой кальций-тока выявляет хроническое избыточное накопление ионов Са в клетках субэндокарда, этот тип дистрофии свойственен, прежде всего, спортсменам. После записи исходной ЭКГ внутривенно вводят 5мг изоптина. ЭКГ записывают сразу же, затем через 5, 10, 15 и 30 минут. Реже применяется проба с блокадой холинэргических рецепторов (атропиновая проба). По результатам такого обследования различают пять типов ДМФП (Кушаковский М.С., 2004): калий-тип, кальций-тип, калий-кальций тип, гиперадренергический тип, вагусный тип.

Проба с физической нагрузкой: двухступенчатая работа на велоэргометре мощностью 600 и 1200кгм/м для мужчин и 500 и 1000кгм/м для женщин с обязательным ЭКГ-контролем. По результатам работы у 80%-85% спортсменов с признаками миокардиодистрофии I-II степени и 50-55% с МД III степени во время проведения пробы с физической нагрузкой наблюдалось полное или почти полное восстановление конечной части желудочкового комплекса, что указывает на обратимый характер этих изменений. Тест PWC-170 необходим для оценки сократительной функции сердца, при этом выделяют: высокую адаптацию к тренировочным и соревновательным нагрузкам; снижение адаптации; дезадаптацию (гиподинамию).

Таким образом, проведение фармакологических проб при ДМФП позволяет уточнить генез заболевания, подобрать адекватную терапию, сократить сроки лечения.

Литература:

- 1 Бутченко Л.А., Кушаковский М.С., Журавлева Н.Б. Дистрофия миокарда у спортсменов. Москва. Медицина. 1980г. с.75-82.
- 2 Михайлов В.М. Нагрузочное тестирование под контролем ЭКГ, велоэргометрия, тредмил-тест, степ-тест, ходьба. стр.110.
- 3 Макарова Г.А. Спортивная медицина. Москва. Советский спорт. 2004г. с.284-286
- 4 Дембо А.Г., Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. Москва. Медицина, 1989 г.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

А.Т. Тыныбаева

ГККП на ПХВ «Городская поликлиника», г. Кокшетау

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к широко распространенным заболеваниям, поражая в основном лиц наиболее трудоспособного возраста, а также лиц пожилого и старческого возраста.

Заболеваемость ЖКБ и количество связанных с ней осложнений неуклонно растут и на сегодняшний день составляют около 40% всей заболеваемости органов пищеварения. Распространенность ЖКБ в европейских странах составляет в среднем 18,5, наиболее высока в Швеции – 38, во Франции – 22, в Англии, в США – 24,3. В России, согласно статистическим данным, результатам, ультразвуковых исследований, компьютерной томографии желчные камни обнаружены у 5-25%[1,2]. В Казахстане – 37,5, по данным поликлиники г. Кокшетау – 31,7 [3,4]. Все это требует решения вопросов ранней

диагностики, диспансеризации, определения показаний к оперативному лечению, повышения качества консервативного лечения, подбора адекватной терапии, поведения медицинской реабилитации, которые играют большую роль в снижении инвалидизации данного заболевания.

Цель исследования явилось оценить медицинскую реабилитацию у диспансерных больных с желчекаменной болезнью.

Материалы и методы. Проведена оценка эффективности медицинской реабилитации 66 больных с ЖКБ (28% от общего числа диспансерных больных с ЖКБ) в условиях городской поликлиники г. Кокшетау.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ результатов в зависимости от возраста пациентов. Больные распределены на 2 группы: в первую группу вошли 38 больных в возрасте от 25 до 59 лет, во вторую – 28 больных в возрасте 60 лет и старше.

Проведенные терапевтические мероприятия при ЖКБ были направлены на нормализацию общего состояния организма, уменьшения воспалительной активности в желчных путях; предупреждения камнеобразования; улучшение физико-химических свойств желчи; процессов ее образования и отделения.

Комплексом реабилитационных мероприятий у больных с ЖКБ являются следующее: диета №5, ЛФК, участие психолога (психосоматика), физиотерапевтические процедуры (УВЧ, дарсонвализация, магнитотерапия), применение одестона по 200 мг 2 раза в сутки в течение 3-х недель, а так же урсодезоксихолевая кислота 10мг/кг/сут 2 раза в день. Каждому больному назначена индивидуальная программа реабилитации с учетом течения послеоперационного периода, которая включала в себя: ферменты (креон), гепатопротекторы (гептрал, эссенциале), регуляторы моторики (мотилиум).

Критериями эффективности восстановленного лечения больных после холецистэктомии явились клинические критерии: субъективные (исчезновения болей и диспепсических явлений, восстановление работоспособности) и объективные (отрицательные брюшные симптомы, нормализация биохимических и гормональных показателей крови, данных УЗИ). Социальная реабилитация: восстановление трудоспособности.

Основными критериями при оценке эффективности этапной реабилитации являлась характер жалоб, степень утраты трудоспособности, данные лабораторных и инструментальных исследований. Течение ЖКБ считалось благоприятным у тех пациентов, у кого в послеоперационный период не было сопутствующих заболеваний печени и поджелудочной железы длительности ЖКБ не превышала 5 лет, госпитализация и оперативное вмешательство проведены в плановом порядке. Пациенты, длительно страдающие, калькулезным холециститом, панкреатитом, холангитом или экстренно госпитализированные, считалось больным с осложненным течением ЖКБ.

У пациентов пожилого и старческого возраста наблюдалось более тяжелое течение желчнокаменной болезни, чаще встречалось длительное и осложненное течение. Они чаще поступали в стационар в экстренном порядке.

Результаты оперативного лечения ЖКБ и наиболее быстрое восстановление трудоспособности больных, оперированных по поводу ЖКБ, зависят не только от правильного применения комплекса дифференцированных реабилитационных мероприятий в ранние, так и в отдаленные сроки после операции.

Важным моментом являлось оценка трудоспособности, так как длительность временной нетрудоспособности была неодинаковой в сравниваемых группах. Сроки временной нетрудоспособности у пациентов с осложненным течением желчнокаменной болезни ($54,00 \pm 3,65$ дня) были достоверно больше, чем у лиц с благоприятным течением ($45,00 \pm 2,00$ дня). При биохимическом исследовании крови через 1 год после холецистэктомии отмечено повышение активности аминотрансфераз крови к 2,3% больных с благоприятным и у 8,73% - с осложненным течением желчнокаменной болезни; повышение уровней щелочной фосфатазы и глутаминтраспептидазы – лишь у больных с

осложненным течением желчнокаменной болезни (40%). Через 3 года после холецистэктомии средние биохимические показатели крови были в пределах нормы в обеих группах.

Выводы. Таким образом, в результате проведенной медицинской реабилитации больных желчнокаменной болезнью удалось добиться снижения частоты, длительности заболевания, сокращения сроков временной нетрудоспособности у 28 пациентов, а также у 66 пациентов отмечен положительный психологический комфорт и отсутствие хирургических осложнений.

Литература:

- 1 Румянцев А.Ш. Желчнокаменная болезнь//Учебное пособие. Изд.: СпецЛит – 2002, 128 с.
- 2 Ветшев П.С., Дадвани С.А., Прудков М.И., Шулутко А.М. Желчнокаменная болезнь//Руководство. Изд. Гэотар-Медиа, 2009, 176 с.
- 3 Смаилов А.А. Казахстан в 2009 году. Стат. сборник., Астана 2010, 503с.
- 4 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Стат. сборник. – Астаны, 2009. – 637с.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЕТИ

А.Т. Урманов

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Хирургическая стоматология – изучает хирургические заболевания и повреждения зубов, органов полости рта, лица и шеи, костей лицевого скелета, при которых необходимо комплексное лечение.

Комплексное лечение стоматологических заболеваний состоит из последовательно проводимых лечебных мероприятий методами терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии.

Заболевания хирургической стоматологии разделены на несколько групп:

1. Воспалительные заболевания зубов, челюстей, тканей лица и шеи, органов полости рта.
2. Травмы органов полости рта, лица, костей лицевого скелета неогнестрельного и огнестрельного происхождения, сочетанные повреждения, а также химические, термические ожоги и обморожения.
3. Опухоли и опухолеподобные заболевания лица, челюстей и органов полости рта.
4. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица, челюстей.

Сеть стоматологических учреждений:

- 1) самостоятельные стоматологические поликлиники (областные, городские, районные), в том числе и детские;
- 2) стоматологические отделения в составе территориальных (многопрофильных) поликлиник городов, центральных районных больниц, медико-санитарных частей предприятий и ведомств;
- 3) стоматологические кабинеты в больницах (включая сельские, районные и участковые), диспансерах, женских консультациях, в школах, на врачебных здравпунктах промышленных предприятий и во врачебных амбулаториях сельской местности;
- 4) хозрасчетные (платные) поликлиники, частные отделения, кабинеты;
- 5) стоматологические отделения в областных, городских и районных больницах, клиниках медицинских вузов, а также при институте усовершенствования врачей.

В стоматологических поликлиниках и стоматологических отделениях прием больных ведется дифференцированно по терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии.

Организация работы хирургического стоматологического отделения (кабинета):

Для организации стоматологического кабинета на одно рабочее место должно быть выделено просторное помещение с хорошим естественным освещением площадью не менее 14 м², на каждое дополнительное кресло выделяется не менее 7 м, а с универсальной установкой — 10 м². Высота помещения должна быть не менее 3,3 м. Кресла размещают в один ряд вблизи окон. Пол покрывают линолеумом, переходящим на поверхность стены на 5 см. Потолки и стены окрашивают водоэмульсионными или масляными красками мягких тонов. Преимущество водоэмульсионных составов в том, что они не отражают, а рассеивают свет.

Кабинет необходимо обеспечить приточно-вытяжной вентиляцией, а по возможности и кондиционером для поддержания оптимального температурного режима. Независимо от вида вентиляции во всех помещениях должны быть легко открывающиеся форточки или фрамуги, местные отсасывающие устройства от пыли как на самой стоматологической установке, так и на шлифовальных и полировальных установках зуботехнической лаборатории; вытяжные зоны в производственных помещениях над печкой для литья, над газовой плитой, над другими нагревательными приборами и рабочим столом в полимеризационной, а также в стерилизационной.

Во все стоматологические кабинеты и производственные помещения должны быть подведены водопровод, канализация.

Раковины для мытья рук персонала должны устанавливаться отдельно от раковин, предназначенных для производственных целей.

Работа врача-стоматолога требует постоянного и значительного напряжения зрения на всех этапах обследования больного, при подборе инструментария, во время лечения и заполнения медицинской документации. Вследствие этого освещение стоматологических кабинетов должно быть достаточным (для обеспечения нормальной работоспособности зрительного анализатора), правильного спектра (для обеспечения возможности правильной цветопередачи), равномерным (для предупреждения вредной переадаптации глаз, возникающей при переводе взора с ярко освещенных поверхностей на темные и наоборот), не действовать ослепляюще на глаза и не нагревать рабочую зону.

Все помещения стоматологических поликлиник, отделений и зуботехнических лабораторий должны иметь достаточное естественное освещение. Отношение площади окон к площади пола должно составлять 1:4.

Во избежание попадания в кабинеты прямых солнечных лучей (создающих значительные перепады яркости на рабочем месте) и для предупреждения перегрева помещения окна стоматологических кабинетов следует ориентировать на север или оборудовать жалюзи.

Во всех кабинетах и основных производственных помещениях обязательно должны быть две системы искусственного освещения — общее и местное. Не рекомендуется смешивать люминесцентное освещение с освещением лампами накаливания вследствие разницы в их спектрах излучения.

Местное освещение применяется в виде операционной лампы (рефлектора) для каждого рабочего места врача. Она монтируется в блоке со стоматологической установкой, не ослепляет, не нагревается и имеет регулируемую яркость. Кроме того, некоторые современные стоматологические установки и наконечники оборудуются фиброволоконной оптикой.

В кабинете, где проводится лечение больных, не должно быть ничего лишнего, оборудование и мебель следует расставлять наиболее рационально.

В оснащение рабочего места врача-стоматолога входят:

1) стоматологическая установка и кресло стоматологическое анатомической формы с синхронным перемещением сиденья и спинки для укладки пациента без "эффекта вытягивания". Идеальная укладка головы пациента осуществляется благодаря наличию подголовника анатомической конфигурации с полной свободой перемещения для проведения лечения на верхней и нижней челюстях. Большая свобода для размещения ног

врача и ассистента обеспечивается за счет смещения верхней части кресла по отношению к основанию. Правильный изгиб нижней части кресла позволяет удобно укладывать даже пожилых пациентов;

2) вспомогательный столик и держатель инструментов (юнит врача), объединенные в одну группу, они могут быть установлены в нужное положение одной рукой в любой врачебной ситуации. Все инструменты можно брать из любого положения. Держатель инструментов для врача оснащен двумя микромоторами (электрическими или воздушными), турбиной, 3-функциональным пистолетом, приставкой для снятия зубных отложений, электрокоагулятором, электро-однотометром. Держатель инструментов для ассистента оснащен слюноотсосом, пылесосом, лампой для полимеризации, 3-функциональным пистолетом;

3) операционная лампа с регулируемой яркостью, которая не нагревается и не ослепляет; фарфоровая плевательница с автоматическим включением ополаскивания и наполнением стакана водой; экран для просмотра рентгеновских снимков; автономное устройство для дистиллированной воды.

Кроме того, имеются рабочие стулья для врача и ассистента с регулируемой высотой, легко передвигающиеся на роликах.

Стоматологическая установка должна быть установлена таким образом, чтобы обеспечить эргономическую работу в четыре руки. Положение пациента лёжа, рабочее место врача находится справа от пациента, ассистента — слева.

Во вспомогательной зоне кабинета размещают канцелярский стол для ведения документации, стулья, раковины для мытья рук и инструментария, стол с набором стерильных инструментов, шкафы для хранения лекарственных веществ, инструментов, пломбирочных материалов и др.

Таким образом, можно сделать следующий вывод, на сегодняшний день в частности частные кабинеты стоматологии все-же не выдерживают требования предъявляемые к организации и, следовательно, к деятельности стоматологических служб.

Литература:

1 Робустова Т.Г. //Хирургическая стоматология., 2002. С.25-32.

2 Семенников В.И., Колядо В.Б., Госсен Г.И., Дмитриенко И.М. //Организация хирургической стоматологической помощи населению., 2005- С. 12-18.

3 Дунаевский В.А. //Хирургическая стоматология, 1999, С.25-30.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

*Т.Б. Усинова
КГКП «Поликлиника №3» г. Экибастуз*

Введение. Проблема невынашивания беременности в настоящее время остается одной из актуальных в акушерской практике так, как является основной причиной младенческой смертности. Частота невынашивания беременности при различных видах инфекции по данным литературы колеблется от 18,7% до 54%, и тенденции к снижению не наблюдается.

Несмотря на то, что около 30% причин прерывания беременности остаются неизвестными, но вместе с тем, доказано тесная связь невынашивания с такими факторами риска, как низкий индекс здоровья, низкое социально-экономическое положение, курение во время беременности, плохое питание, вредные факторы внешней среды и конечно же инфекции. Поэтому данную проблему следует начинать решать с выявления группы риска, что позволит с достаточно высокой степенью вероятности

прогнозировать данную патологию беременности, осуществлять индивидуальный подход к их профилактике.

Для выявления женщин группы высокого риска прерывания беременности инфекционного генеза, необходимо более детальное обследование на инфекцию женщин, имеющих в анамнезе: воспалительные заболевания гениталий; прерывания беременности любого генеза (частота хронического эндометрита у женщин с невынашиванием беременности инфекционного генеза составляет 70%); женщины, имеющие в анамнезе преждевременные роды, мертворождения, пороки развития детей, неразвивающиеся беременности; женщины, имеющие в анамнезе преэклампсию тяжелой степени на фоне инфекции мочевых путей.

Цель исследования: определить роль инфекции как фактор риска невынашивания и принципы ее лечения в прегравидарном периоде.

Материалы и методы. При анализе причин невынашивания учитывались важные медико-социальные параметры: возраст женщин, паритет родов, экстрагенитальная патология, наличие инфекции. Проведен ретроспективный анализ 64 амбулаторных карт женщин с невынашиванием. Все 64 женщин находились на диспансерном учете в женской консультации.

Большинство женщин с НБ составил возраст 18-29 лет - 35 (60%), в возрасте 30-36 лет 21 (33%), и женщин старше 37 лет - 8 (12,5%). Первородящие составили 39 (45%), повторнородящие - 35 (54,6%).

При подготовке к беременности женщин с риском инфекционных осложнений, проводилось следующее обследование: микроскопия мазков по Грамму, бактериологический посев из цервикального канала, обследование методом ИФА на ИППП.

Всем женщинам проведено бактериоскопическое исследование мазка, кровь на RW и ВИЧ, методом ИФА на хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, токсоплазмоз ЦМВ, ВПГ, вирус краснухи с определением Ig M и IgG.

На первом этапе все женщины получили курс реабилитации у психолога в женской консультации, охвачены контрацепцией (КОК, инъекционная контрацепция).

Через 3-6 месяцев прошли курс лечения в гинекологическом отделении в плановом порядке. Проводилась превентивное противовоспалительное лечение с гонококковой вакциной и пирогеналом. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Результаты и обсуждение: Получили стационарное лечение по поводу угрозы прерывания беременности в гинекологическом отделении 28% (18) женщин, с обострением хронического пиелонефрита - 40,6% (26), острая пневмония и ОРВИ - 11% (9), ранний токсикоз средней и тяжелой степени тяжести - 17% (11).

При исследовании акушерско-гинекологического анамнеза имели место хронические воспалительные заболевания гениталий - 42%, эрозии шейки матки - 18%, беременность на фоне ВМС - 3%, трихомониаз - 13%, бактериальный вагиноз - 19%.

Чаще всего отмечались мистинфекция, сочетание трихомониаз, хламидиоз в 19%, бактериальный вагиноз и уреоплазмоз в 13%, ВПГ и ЦМВ в 53%, токсоплазмоз и вирус краснухи - 12%, сифилис и гонорея - 3%.

Анализируя исходы беременности данных женщин, выявлено, что наиболее часто прерывание беременности происходит в 1 триместре и составило 63%, во втором триместре 35% и лишь 2% в 3 триместре.

Отмечается высокий процент (51%) неразвивающейся беременности, 8 женщинам беременность прервана в связи с ВПР (4 - в сроке 11-12 недель - анэнцеалия, 4 - в сроке 19-21 недель - МВРП).

Гистологический результат соскобов, полученных при выскабливании после прерывания беременности, показал следующее заключение: признаки острого децидуита, эндометрита, острый плацентит, ХФПН декомпенсированная форма.

Лечение проводилось в сочетании с системной энзимотерапией – вобензим 5 драже *3раза в день за час до еды. В условиях женской консультации проводилась коррекция и лечение биоценоза влагалища. Иммуномодулирующая терапия: циклоферон, виферон, иммунал. Лечение бактериального вагиноза включала общее и местное лечение: метранидазол по 500 мг 2раза в день 7дней, клиндамицин по 300 мг 3 раза в день 7 дней. Местно ванночки с хлоргексидином, свечи гиналгин, гексикон, вагинорм С.

Физиолечение: ДДТ, ультразвук в импульсном режиме, электрофарез с сульфатом меди и сульфатом цинка.

Из 64 женщин через год родило -16 женщин (преждевременные роды у 4 (25%) женщин в сроках 34-37 недель, у 75% - срочные).

Выводы: Таким образом, стратегия выделения групп риска, а так же прегравидарная подготовка позволяет снизить частоту невынашивания, и тем самым, позволяет уменьшить частоту перинатальной смертности.

Литература:

- 1 Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш. // Невынашивание беременности инфекционного генеза. – 1999.
- 2 Башмаков Н.В. и соавт Профилактика невынашивания беременности при урогенитальной инфекции у супругов.-1998.
- 3 Сидельникова В.М., Слепцова С.И., Чаклин А.В. //Роль инфекции в невынашивании беременности// Акуш. И гин.-1998-№2 с3-5.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.К. Усманов

Городская поликлиника №6, г. Астана

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки - весьма актуальная проблема во всем мире. В развитых странах ее обнаруживают у 15% населения [1,2,3].

В Казахстане в условиях реформирования социально-экономических отношений в стране обострились многие проблемы, связанные с жизнедеятельностью населения и состоянием его здоровья, особенно среди контингентов, занятых в неблагоприятных условиях труда. К ним относится и металлургическое производство. Как проявление влияния неблагоприятных факторов на здоровье работников наблюдается рост заболеваемости, в частности, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки. Известно, что заболеваемость язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) варьирует от 3 до 21% в разных регионах страны и имеется четкая тенденция к увеличению случаев выявляемое и учащению ее рецидивов и смертности [4,5].

Рост первичной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, склонность заболевания к рецидивирующему течению и особенности патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки связаны с временной утратой трудоспособности, снижением производительности труда и качества жизни пациентов

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки до настоящего времени является основной причиной потери трудоспособности среди больных гастроэнтерологического профиля, на ее долю приходится около 40% всех дней временной нетрудоспособности. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении язвенной болезни, сохраняется высокая заболеваемость с тенденцией к ее росту. Использование современных противоязвенных средств не всегда достигает желаемых результатов, а частота рецидивов язвенной болезни остается высокой и в течение года может достигнуть 60-80%. Проводимые на разных этапах реабилитационные мероприятия еще недостаточно эффективны, в связи, с чем первичная инвалидность больных язвенной болезнью составляет 14-44% от всех гастроэнтерологических заболеваний [2,3,4].

В этой связи одной из проблем здравоохранения является изучение факторов риска заболеваемости, поиск путей профилактики и оптимизации медицинской помощи рабочим и служащим.

Для успешного решения проблем, связанных с профилактикой заболеваемости и медицинским обслуживанием, необходим комплексный подход к исследованию социально-гигиенических факторов риска заболеваемости и организации медицинской помощи населению. Однако, отсутствие соответствующей информации на региональном уровне для текущего и перспективного планирования лечебно-профилактических мероприятий затрудняет решение этой проблемы, что и определило актуальность данного исследования и послужило основой для выполнения работы.

Таким образом, вышесказанное указывает на необходимость совершенствования лечебно-профилактических мероприятий населению с учетом медико-биологических и социально-гигиенических характеристик.

Для устранения медико-социальных проблем, обуславливающих заболеваемость ЯБЖ и ДПК и нарушения состояния здоровья населения целесообразно использовать преемственность в обслуживании больных между лечебно-профилактическими учреждениями, страховыми компаниями и социальными службами.

Медицинский персонал также должен иметь единую компьютерную для систему выявления, учета и коррекции основных медико-биологических и медико-социальных факторов риска заболеваемости язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки для своевременного взятия их на диспансерный учет и проведения индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий с учетом состояния здоровья и тяжести течения заболевания.

Литературы:

- 1 Аванесова, Е.Г. Психоневрологические и психологические особенности детей с патологией органов пищеварения /Е.Г.Аванесова //Педиатрия.
- 2 Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе /Р.М.Баевский, О.И.Кириллов, С.З. Клецкин.- М.: Наука, 1984.-С.221.
- 3 Бармаков, А.Е. Распространенность и структура гастродуоденальной патологии у пришлого сельского населения в средних широтах Восточной Сибири (Тезисы съезда научного общества гастроэнтерологов России, 10-12 февр. 1999 г.) /А.Е.Бармаков, О.В. Морозова,
- 4 В.М.Мутовин и др. //Рос. гастроэнтеролог, журнал. 1998.- N4.-97с.
- 5 Беляева, И.А. Гематоэнцефалический барьер /И.А.Беляева, Е.И.Гусев, В.П.Чехонин и др. //Журнал неврологии и психиатрии.- 1999.-N8.- С.57-62.

ЛЮТЕИН-КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

*В.Ю. Шведенко
КГКП «Аккайынская ЦРБ»*

Введение. В последние годы одной из основных причин слепоты и слабовидения у лиц трудоспособного возраста являются дистрофические заболевания сетчатки. Среди этих заболеваний основную группу составляет возрастная макулярная дегенерация (ВМД), которая возникает из-за снижения уровня содержания макулярного пигмента и низкого уровня антиоксидантов в организме.

Причина возникновения и патогенез ВМД остаются до конца не изученными. На сегодняшний день известно, что важную роль играют воспаление, окислительный стресс, повреждение тканей, вызванное синим светом, нарушение функций пигментного эпителия сетчатки, ухудшение хориоидального кровотока в зоне фовеолы.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – основная причина стойкой утраты центрального зрения в развитых странах. Ожидается, что к 2020 году количество

пациентов с ВМД удвоится. Это связано как с увеличением продолжительности жизни людей, так и с улучшением методов диагностики заболевания.

Целью исследования явилось оценить эффективность препарата лютеин-комплекс при лечении возрастной макулярной дегенерации.

Материалы и методы. Лютеин-комплекс содержит природный каратиноид лютеин, обладающий способностью проникать в ткани глаза и преобразовываться в сетчатке в зеаксантин. Оба вещества являются основными пигментами желтого пятна сетчатки и обуславливают высокую остроту зрения. В состав препарата также входят экстракт ягод черники, бета-каротин, витамины А, С, Е, микроэлементы цинк, медь, селен, аминокислота таурин. Отдельные составляющие лютеин-комплекса активируют микроциркуляцию и тканевой метаболизм, осуществляют ангиопротекторную функцию, ускоряют регенерацию поврежденных клеток.

Под амбулаторным наблюдением находились 23 пациента в возрасте от 55 до 70 лет, из них 9 мужчин и 14 женщин. Все принимали препарат лютеин-комплекс по одной таблетке три раза в день во время еды в течении трех месяцев в виде монотерапии (I группа больных - 8 пациентов) или в комплексе с традиционной консервативной терапией (II группа больных - 9 пациентов), включающей ангиопротекторы, антиоксиданты, сосудорасширяющие и улучшающие микроциркуляцию препараты. Пациентам контрольной группы (III группа - 6 пациентов) проводился курс традиционной консервативной терапии.

Все больные проходили офтальмологическое обследование: визометрия, периметрия, прямая и обратная офтальмоскопия. Острота зрения до лечения в пределах 0,3-0,5 отмечена у 12 больных, 0,6-0,7 – у 7, 0,9-1,0 – у 4 пациентов. По данным периметрии относительные скотомы в центральной зоне определялись у 8 больных, сужение границ поля зрения на 5-15 градусов – у 6, периферические абсолютные скотомы – у 3 пациентов. У всех больных на глазном дне выявлены дегенеративные изменения в макулярной области сетчатки.

Критериями оценки клинической эффективности препарата лютеин-комплекс являлись: повышение остроты зрения, улучшение офтальмоскопической картины глазного дна, частичное улучшение периферического поля зрения, в частности уменьшение абсолютной или относительной центральной скотомы на фоне лечения.

Результаты и обсуждение. Положительная динамика различной степени выраженности выявлена во всех группах больных. После лечения у пациентов I группы острота зрения улучшилась у 5 больных, в поле зрения отмечено исчезновение относительных скотом и уменьшение границ абсолютных скотом – у 2, расширение границ поля зрения на 5-10 градусов – у 3 пациентов. Во II группе острота зрения улучшилась у всех 9 больных, в поле зрения отмечено исчезновение относительных скотом и уменьшение границ и глубины абсолютных скотом – у 5, расширение границ поля зрения на 8-15 градусов – у 7 пациентов. В III группе острота зрения улучшилась у 3 больных, в поле зрения отмечено уменьшение границ относительной скотомы – у 1, расширение границ поля зрения на 5-10 градусов – у 2 пациентов. Вместе с тем подавляющее большинство больных субъективно отмечало улучшение зрительных функций, а также уменьшение усталости глаз при работе на близком расстоянии.

Полученные результаты свидетельствовали о достаточно высоком терапевтическом эффекте препарата лютеин-комплекс при лечении возрастной макулярной дегенерации. При этом наилучшие результаты получены у II группы пациентов, получавших комбинированную терапию - традиционную консервативную терапию в сочетании с лютеин-комплексом. Вместе с тем, ни в одном случае не наблюдалось аллергических реакций на препарат либо жалоб на его непереносимость.

Заключение. Таким образом, препарат лютеин-комплекс является эффективным компонентом в комплексной терапии при лечении возрастной макулярной дегенерации, а также может использоваться при ее лечении в виде монотерапии.



САРСЕБЕКОВ ЕРТАЙ КОЖАХМЕТОВИЧ

9 августа 2011 года исполняется 60 лет Сарсебекову Ертаю Кожакметовичу.

В 1974 году Сарсебеков Е.К. окончил Алма-Атинский государственный медицинский институт.

Трудовую деятельность начал заведующим организационно- методического отдела Гурьевского (Атырауского) областного онкологического диспансера, где проработал до 1980 года.

Научную деятельность начал, будучи практическим врачом, которую продолжил в г. Ленинграде. В 1983 году защищена кандидатская диссертация в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова МЗ СССР. В бывшем СССР Ертаю Кожакметович, является первым разработчиком комплексного изучения бластомогенных и нефротоксических свойств тяжелых нефтей, нефтебитуминозных пород казахстанских месторождений и их производных, результаты которого, им обобщены в докторской диссертации, блестяще защищенной в 1992 году в том же институте. В 1995 году ему присвоено звание профессора. Имеет высшую квалификационную категорию по организации здравоохранения и социальной гигиене.

С 1991 по 2006 годы Сарсебеков Е.К. работал в НИИ (НЦ) урологии, последовательно занимая должности ведущего научного сотрудника, руководителя научно - организационного отдела, а с 1997 года - заместителя директора. В НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова основные направления его научной деятельности были посвящены изучению различных организационных, медико-экономических и эпидемиологических аспектов урологических заболеваний, разработке основополагающих для службы директивных документов, а также созданию медико-экономических стандартов, объемов лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях органов мочеполовой системы и мер совершенствования урологической службы.

С декабря 2006 года по май 2010 года работал заместителем начальника Медицинского центра УДП РК. Под его руководством и участие разработано множество директивных документов для службы, направленных на расширение объема и улучшение качества медицинского обслуживания прикрепленного контингента, повышение подготовки кадрового потенциала и т.д.

С июня 2010 года Ертай Кожаметович работает в Центральной клинической больнице УДП РК, где по его инициативе отдел науки преобразован в научно-инновационный центр, руководителем которого и является. За время его работы на данной должности, упорядочена и систематизирована инновационная деятельность, получившая новый импульс в своем развитии, налаживается международное сотрудничество с известными клиниками России, Кореи, Израиля, Турции, Германии и т.д.

Сарсебеков Е.К. благодаря своему профессионализму признан известным ученым, богатым профессиональным опытом щедро делится с научной и творческой молодежью. Под его руководством защищены 2 докторские и 15 кандидатских диссертаций. По результатам многолетних научных исследований им опубликовано около 300 научных трудов, автор 12 монографий, 8 методических рекомендаций, 5 изобретений, 3 свидетельств об объекте интеллектуальной собственности, латинско – русско - казахского словаря урологических терминов, ответственным редактором учебника «Урология» на казахском языке, редактором 7 сборников научных трудов. Являлся заместителем главного редактора, далее главным редактором журнала «Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан».

За заслуги в деле охраны здоровья народа и успехи в научной и практической деятельности награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения РК, Почетной грамотой Президента РК, медалью «10 лет независимости Казахстана», значком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі». В 2005г. был удостоен звания лауреата Государственной премии Республики Казахстан в области науки, а в 2008г.- звания «Заслуженный деятель Республики Казахстан».

В 2007 году избран академиком Академии медико-технических наук РФ. В 2010 году его благотворительная деятельность отмечена благодарственным письмом национального - общественного фонда «Алтын журек». Является почетным гражданином Панфиловского района Алматинской области.

Сарсебекова Е.К. отличает высокая ответственность и пунктуальность, принципиальность и коммуникабельность, отзывчивость и доброта, он обладает исключительным профессионализмом, требователен к себе и сослуживцам, пользуется заслуженным авторитетом, уважением коллег и соратников.

Поздравляем Ертая Кожаметовича с юбилеем и желаем здорового долголетия, творческих инициатив и дальнейших успехов в деле охраны здоровья народа.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ

К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.

- для публикации научной статьи необходимо предоставить выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов, кроме «Обзоры» и «Реферативные сообщения», в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме).

2. Текст статьи представляется в 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу и справа по 2 см., слева - 3 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А.обзор.doc).

3. Объем научных статей не должен превышать 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме. Реферативные сообщения - объемом 2 страницы печатного текста (с названием статьи на трех языках, без резюме, таблиц и ссылки на литературу). Обзоры – до 10 страниц (с названием статьи на трех языках, без резюме, с библиографией до 50 источников).

4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание по центру), инициалы и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а также название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами курсивом (выравнивание по правому краю).

В конце статьи на отдельном листе должна быть подпись каждого автора с указанием ФИО (полностью), ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.

Резюме представляется на русском, казахском и английском языках, с соответствующим переводом названия статьи, инициалов и фамилий авторов, и состоит из нескольких предложений (10-12 строк), отражающих суть проблемы, изложенной в статье.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 12. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы – 50 (за прошедшие 5-10 лет).

10. В разделе «Материалы и методы» статьи обязательно указываются методы статистической обработки и детали их особенностей (программное обеспечение и т.д.).

11. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, входящих в состав Редколлегии.

12. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.
13. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.
14. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив является нарушением принципов профессиональной этики.
15. Согласно решению заседания Медицинского Центра УДП РК протокол №31 п.16 от 27 ноября 2010г. данный журнал будет размещаться в электронной версии на сайте: www.mcsudprk.kz
16. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора. **Платежные реквизиты:** РГП «Центр внедрения современных медицинских технологий» Управления делами Президента Республики Казахстан», РНН 620300000517, БИН 080240012523, ИИК №KZ679261501119357001(р/счет), БИК KZKOKZKX, КБе 16, КНП 1916859, Акмолинский филиал АО Казкоммерцбанк г. Астана.
17. Для пересылки материалов в редакцию можно использовать электронную почту.
18. **Адрес редакции:** 010000, г. Астана, ул. Бейбитшилик 51- каб. 508, 8 (7172) 539543; 87015380751, e-mail: tak1973@mail.ru
19. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.