



АКАДЕМИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ
И
БОЛЕЗНЬ

2010 г., № 10 (95)

АЛМАТА

**Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 10 (95)
Издается с марта 1997 года. Выходит каждые два месяца
Учредитель — Академия профилактической медицины**

**Основатель журнала
академик РАМН и НАН РК Т.Ш. ШАРМАНОВ**

Редакционная коллегия:

Главный редактор – И.Г. Цой

А.А. Алдашев (зам. гл. редактора), А.А. Аканов,

А.С. Бухарбаева (отв. секретарь),

Е.Д. Даленов, М.К. Кульжанов, Л.Е. Муравлева, М.Н. Омарова,
К.С. Ормантаев, Т.К. Рахыпбеков, Ю.А. Синявский

Редакционный совет:

Д.А. Азонов (г. Душанбе), К.Н. Аспаликов (г. Семипалатинск),
А.К. Батурин (г. Москва), Г.В. Белов (г. Бишкек),
С.А. Диканбаева (г. Алматы), Т.К. Каримов (г. Актобе),
У.И. Кенесариев (г. Алматы), Р.С. Кузденбаева (г. Алматы),
А.К. Машкеев (г. Алматы), П.С. Ников (г. Одесса),
Т.И. Слажнева (г. Алматы), Ш.С. Тажибаев (г. Алматы),
С.П. Терёхин (г. Караганда)

Адрес редакции:

050008, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.

Тел.: 8 (727) 375-80-57, 8 (727) 375-14-74. Факс 8 (727) 375-05-29.

E-mail: albinasb@mail.ru

Издание зарегистрировано Национальным агентством по делам печати
и средствам массовой информации Республики Казахстан.
Свидетельство № 471 от 27.03.97.

Отпечатано в ТОО Издательская компания «Раритет»
050022, г. Алматы, ул. Масанчи, 98,
тел./факс 8 (727) 260-67-08

Уч.-изд. л. 16,0. Формат 70×100¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Корректоры: И.Э. Кротов, С. Ибраева
Компьютерная верстка Р.Б. Баязитовой

© Казахская академия питания, 2010

С О Д Е Р Ж А Н И Е

С Т А Т Ъ И

М.С. Садыков. Современная лучевая диагностика колоректального рака: (Обзор литературы)	6
А.Т. Джумабеков. Антисекреторная и антигелиобактерная терапия у больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением: (Обзор литературы)	9
К.С. Акышибаева, М.К. Мукажанов, Б.А. Рамазанова, А.Л. Бисекенова, Б.М. Хандиллаева, С.М. Джумабаева. Современные аспекты диагностики урогенитальной хламидийной инфекции: (Обзор литературы)	14
Н.В. Селивухина. Статистический анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Алматинском регионе за 2005–2009 годы	18
М.А. Алдиярова. Особенности кислотопродуцирующей функции слизистой оболочки желудка при НР-ассоциированной патологии у населения юга Казахстана	20
Т.К. Каримов, С.К. Бермагамбетова, А.Н. Зиналиева, А.Б. Нагметова, Л.У. Ниязалина. Ақтөбе хром қосындылары зауыты жұмысшыларының емдік-профилактикалық тамақтануын гигиеналық бағалау	23
З.С. Садуов. Радон в природной и жилой среде	27
Г.М. Тыкежанова, М.А. Мукашева. Содержание металлов в злаковых культурах и мясомолочных продуктах г. Темиртау	31
А.М. Толемисова, К.Х. Абдижаппарова, Д.Б. Калыгулов, Б.К. Сулейменов. Гигиеническая характеристика основных факторов производственного микроклимата ТЭЦ	33
К.Х. Абдижаппарова, А.М. Толемисова. Неблагоприятные условия труда работников ТЭЦ	36
М.А. Мукашева. Особенности накопления металлов в почве и растительных продуктах питания пос. Ленинский Карагандинской области	38
Г.Х. Хасенова, А.Б. Бердыгалиев, А.Б. Бужикеева, М.В. Ли, А.Н. Кожаметова. Содержание гемоглобина в крови детей школьного возраста г. Алматы и Алматинской области	43
А.Б. Бердыгалиев, А.Б. Бужикеева, Г.Х. Хасенова, М.В. Ли, А.Н. Кожаметова. Гигиеническая характеристика содержания глюкозы в плазме крови детей школьного возраста г. Алматы и Алматинской области	47
Ж.С. Сейльбекова. Характеристика спирометрических параметров учащихся г. Алматы и Алматинской области	49
Л.У. Ниязалина, А.Н. Зиналиева, С.К. Бермагамбетова, А.Б. Нагметова. Ақтөбе қаласы мектеп оқушыларының аурушандығын гигиеналық талдау	52
Р.Г. Курмангалиева. Состояние здоровья детей школьного возраста в зависимости от их образа жизни	56
Н.К. Смагулов, М.А. Калиева. Математическая оценка влияния факторов образовательного процесса на функциональное напряжение организма студентов-медиков	60
Ф.Т. Исмаилова. Пиелонефрит и беременность, пути профилактики	65
Е.Р. Даберова. Факторы риска развития фоновых заболеваний шейки матки	68
Ж.О. Шейшенов. Преимущество операции без пережатия аорты и введение кардиоплегического раствора при правосторонней передней миниторакотомии для коррекции дефекта межпредсердной перегородки сердца	71
Е.Т. Кошербеков, М.Б. Жусупов, Д.Б. Байрахтарова, С. Емельяненко. Лекарственная аллергия у детей	75

Н.С. Божбанбаева, У.А. Набиева, Л.М. Хан. Динамическое наблюдение детей раннего возраста с хроническим течением внутриутробной цитомегаловирусной инфекции	77
Т.Н. Нурпесов, И.Г. Цой, Б.М. Тажиметов. Сочетание дисбактериоза кишечника с бронхиальной астмой и опыт коррекции с помощью пробиотиков	81
Б.М. Тажиметов, Т.Н. Нурпесов, И.Г. Цой. Ішек дисбактериозын плантоферминмен емдеу әдісін талдау	83
М.К. Мукажанов, К.С. Акышбаева, Б.А. Рамазанова, А.Л. Бисекенова, Б.М. Хандиллаева. Микстинфекция у больных урогенитальным хламидиозом мужчин	85
А.Н. Баймахашева, В.И. Филиппенко, Ф.Т. Аюпов, Г.Е. Сарсенбаева. Иммунологический мониторинг при различных вариантах химиолучевой терапии местно-распространенных форм рака шейки матки	88
В.И. Филиппенко, А.Н. Баймахашева, Ф.Т. Аюпов, Г.Е. Сарсенбаева, Т.З. Ержанова. Роль методов комплексной медицинской визуализации и диагностики иммунитета при химиолучевой терапии местно-распространенных форм рака шейки матки	90
М.С. Садыков. Эхосемиотика колоректального рака	92
З.Ж. Сейдахметова. Эмоциялық стресс кезіндегі егеуқүйрықтардың сұтт безі микросомасындағы супероксиддисмутазаның белсенділігі	94

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Г.К. Каусова, Т.С. Хайдарова, Г.Р. Жапбаркулова. К вопросу качества медицинского обслуживания больных в стационаре	98
А.А. Букаева. Планирование семьи – важный аспект репродуктивной медицины	100
У.Е. Сарсенов. Поздние гестозы, случай «околопотери»	102
К.А. Мусанова, Ф.Н. Рузиева, Ф.Т. Исмаилова, Е.Р. Даберова, Э.А. Дулатова. Климактерический синдром – пути решения проблем	104
А.М. Ахмедова. Клинические особенности течения беременности при нейро-циркуляторной дистонии	106
Ш.С. Лепесова. Опыт использования препарата Сорбифер Дурулес в лечении железодефицитной анемии у беременных	109
Г.А. Литвинова. Анемия у беременных и лечение в условиях поликлиники препаратом Сорбифер Дурулес	112
И.М. Грицок. Применение Бетадина для лечения бактериального вагиноза у подростков	114
Г.Е. Кабулова, С.А. Нургалиева, Э.А. Дулатова, Б.А. Аблаева, Д.Ж. Муханбаева, А.А. Букаева. Воспалительные заболевания органов малого таза, пути профилактики	116
А.М. Омарова. Особенности течения врожденной микоплазменной инфекции	118
Д.Ж. Муханбаева. Современное представление о вагинальных инфекциях, пути профилактики	121
У.А. Набиева. Врожденные пороки развития у детей с внутриутробными инфекциями	123
Ш.Б. Жарылкасынова. Диареи в детской практике	124
Ж.О. Сарбасова, Г.З. Кожебекова, З.И. Умарова, К.Б. Ахмеджанова, Ш.Б. Жарылкасынова. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика гриппа и других ОРВИ у детей	127

Е.Н. Киреева. Применение мидокалма для лечения нарушений мышечного тонуса у неврологических больных в детской практике	129
Б.С. Толыбаева. Реабилитационная терапия часто болеющих детей	131
Г.Н. Кокибасова. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста	133
Б.С. Бабышева. Артериальная гипертония	136
Н.Е. Урисбаева. Эгилок ретард в лечении артериальной гипертензии	141
З.С. Мамедова, А.А. Даuletаярова, Е.В. Рубас, Ш.И. Мукшаева, Р.А. Мусаева, Н.Е. Урисбаева. Опыт применения препарата Хартил Д в комплексной терапии артериальной гипертонии	144
А.Т. Байзоданова, К.М. Муратова, В.А. Константинова, Л.М. Кожекенова, Р.О. Тлегенова. Применение Хартила Д в комплексной терапии артериальной гипертонии у пожилых пациентов	146
К.Р. Ибраева. Роль моносана в лечении стабильной стенокардии	150
Ж.Т. Алпысбаева, И.И. Гапоненко, Л.А. Архипова, В.В. Мун, Г.Ш. Каымбекова. Эффективность терапии хронической ишемии мозга	151
С.А. Сагимбаева, Л.К. Юсупжанова, Г.Ш. Каымбекова, Н.Н. Диценко, Б.А. Калменова. Сосудистые заболевания головного мозга: все может начаться с головной боли	153
Г.З. Кожебекова, Ж.О. Сарбасова, З.И. Умарова, К.Б. Ахмеджанова, Ш.Б. Жарылкасынова. Вакцинация против туберкулеза. Показания, противопоказания, осложнения	155
Б.С. Бабышева. Основные направления лечения хронического пиелонефрита	157
В.В. Норец, Д.А. Харламов, И.М. Зламанец, Л.М. Кудашкина, Н.С. Тещенко, Е.С. Волохова. Место нестероидных противовоспалительных средств в патогенетической терапии мышечно-скелетной боли	160
 <i>РЕФЕРАТЫ</i>	
А.Б. Бердыгалиев, А.Б. Бужикеева, Г.Х. Хасенова, М.В. Ли, А.Н. Кожаметова. Характеристика негативных факторов семейной микросреды	164

СТАТЬИ

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616-073.75:658.336.3

М.С. САДЫКОВ

СОВРЕМЕННАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (Обзор литературы)

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы

Анализируя достоинства и недостатки клинических и инструментальных методов диагностики опухолевых поражений толстой кишки, можно сделать вывод, что ни один из них не является абсолютно точным. Не разработана УЗИ и КТ симиотика различных локализаций рака толстой кишки и не определены роль и место каждого из этих методов в комплексной программе обследования.

В структуре заболеваемости и смертности колоректальный рак занимает одно из ведущих мест. В Республике Казахстан ежегодно выявляется более 2286 больных раком ободочной и прямой кишки [1, 2, 3]. По показателям смертности колоректальный рак занимает соответственно 6 и 7 место.

Одной из наиболее сложных, трудоемких и значимых проблем современной медицины является проблема диагностики и лечения заболеваний кишечника. Данному разделу посвящено много работ [4, 5, 6], и тем не менее, еще много вопросов остаются нерешенными, так как диагностические возможности выявления заболеваний толстой кишки до самого последнего времени выглядят несколько ограниченными.

Большую роль в диагностике рака толстой кишки имеет рентгенологический метод, который и до последнего времени остается одним из ведущих, особенно при таких осложнениях, как обтурационная кишечная непроходимость [7, 8].

Высокая эффективность рентгенологического исследования в диагностике опухолевых поражений толстой кишки подтверждается работами как рентгенологов [7, 9], так и хирургов [10, 11].

Решающее значение в рентгенодиагностике заболеваний толстой кишки, как сказано выше, имеют результаты ее контрастного исследования [12, 13], которые позволяют не только определить уровень и характер препятствия в ободочной и прямой кишке, но и в ряде случаев оценить и степень стеноза [14].

Наиболее частым признаком обтурации толстокишечной непроходимости при использовании метода двойного контрастирования является концентрическое сужение сегмента кишки различной протяженности с неровными, полициклическими контурами [15]. При локализации опухоли в слепой кишке типичным является дефект наполнения [12, 15].

В настоящее время современная программа исследования для более ранней диагностики заболеваний толстой кишки предусматривает использование как эндоскопических методов, в первую очередь фиброколоноскопии, так и рентгенологических [16, 17, 18].

Отдельно авторы, отмечая высокую диагностическую ценность колоноскопии в выявлении уровня и характера препятствия в толстой кише, указывают на возможность осложнений при проведении исследования. В результате инсуффляции воздуха в процессе обследования может в отдельных случаях наступить супрастенотический разрыв кишки [19].

Пытаясь совместить достоинства ирригоскопии и фиброколоноскопии, некоторые клиницисты и диагностики [20], применяют совместное рентгено-эндоскопическое исследование, которое заключается в контрастировании через колоноскоп интересуемого сегмента толстой кишки.

В настоящее время своевременное, детальное распознавание онкологических заболеваний органов брюшной полости, а также степени распространенности опухолевого процесса не представляется возможным без применения УЗИ, КТ. В литературе имеются многочисленные сообщения о применении этих методов в диагностике опухолей желудочно-кишечного тракта [21, 22].

УЗИ при заболеваниях толстой кишки, особенно при колоректальном раке, применяется в выявлении метастазов в паренхиматозные органы, в обнаружении измененных и гиперплазированных лимфатических узлов. В настоящее время применяют трансабдоминальные, трансректальные, трансвагинальные УЗ-исследования [23, 24].

Трансабдоминальная ультразвуковая диагностика может применяться в качестве скрининга для первичного отбора больных с целью проведения более точных исследований (эндоскопия, ирригография). Точность метода, по данным [25, 26, 27], колеблется от 66 до 92%.

В определении места КТ в алгоритме диагностических методов, применяемых при раке толстой кишки, общепризнанным мнением является то, что КТ отводится роль уточняющей, а не первичной диагностики [28].

Большинство авторов отмечают высокую эффективность КТ в выявлении отдаленных метастазов колоректального рака [29]. Так, точность в диагностике метастазов в печени (наиболее часто поражаемом органе) при применении контрастного усиления изображения составляет 90–95%.

Таким образом, анализируя достоинства и недостатки клинических и инструментальных методов диагностики колоректального рака, можно сделать вывод, что ни один из них не является абсолютно точным. Только комплексное использование в определенной последовательности традиционных рентгенологических, ультразвуковых и КТ методов диагностики в состоянии преодолеть ограничения классических приемов обследования пациентов.

Решению этих вопросов и задач посвящена настоящая работа. В ее основе – единый подход в формировании определенного алгоритма визуальной диагностики колоректального рака и его осложнений, которые должны позволить диагностировать данное заболевание на более ранних стадиях и повысить качество хирургического лечения в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2007//Статист. матер. Алматы, 2008. С. 57.
2. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2008//Статист. матер. Алматы, 2009. С. 99.
3. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов С.И., Ажмаганбетова А.Е., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2009//Статист. матер. Алматы, 2010. С. 108.
4. Хожаев А.А. Хирургическая реабилитация больных колоректальным раком: Дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 2009. 240 с.
5. Комарова Ф.И., Гребенева А.Л. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта. М.: Медицина, 1996. Т. 3. С. 214–265.
6. Карпова Р.В., Лотов А.Н. Диагностика и лечение под контролем УЗИ внеорганных ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости//Хирургия. 1999. № 4. С. 63–64.

7. Харченко В.П., Власов П.В. Проблемы лучевой диагностики в онкологии//Вопросы онкологии. 1999. Т. 45, 6.1. С. 13–19.
8. Шулутко А.М., Мусеев А.Ю., Зубцов В.Ю. Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза//Хирургия. 2000. № 2. С. 14–17.
9. Петров В.И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М.: Медицина, 1964. 262 с.
10. Бердов Б.А., Ерыгин Д.В., Невольских А.А., Титова Л.Н., Юрченко С.Н. Местно-распространенный рак прямой кишки – пути улучшения результатов лечения//Матер. VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. Душанбе, 2010. С. 173.
11. Избагамбетов Н.А. Анализ комбинированного лечения рака прямой кишки//Матер. VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. Душанбе, 2010. С. 187.
12. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. М.: Медицина, 1987. 328 с.
13. Зеркалов В.Н., Заикин И.А. Комплексная диагностика острой кишечной непроходимости//Специализированная мед. помощь и современные проблемы ее интеграции. 1986. С. 23–24.
14. Зеркалов В.Н., Дмитриев Г.И., Жаркин А.А., Заикин А.И. Информативность некоторых методов диагностики острой кишечной непроходимости//Воен. мед. журнал. 1983. № 11. С. 28–30.
15. Пчелина Е.А. Рентгенодиагностика острой кишечной непроходимости: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1980. 179 с.
16. Каланов Р.Р. Комплексные методы диагностики, лечения и реабилитации больных толстокишечной непроходимостью//Общая и неотложная хирургия. Киев, 1987. С. 76–79.
17. Кривицкий Д.И., Рябый П.А., Никитенко А.А. и др. Некоторые вопросы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости//Общая и неотложная хирургия. Киев, 1987. С. 70–73.
18. Кузьмин-Крутецкий М.И. Колоноскопия в диагностике и лечении хирургических заболеваний толстой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998.
19. Нестеренко Ю.А., Дубровский А.А., Серакин Г.Г. Кишечная непроходимость – актуальная проблема абдоминальной хирургии//Экстренная хирургия органов брюшной полости. М., 1979. С. 108–121.
20. Линдембрехт Л.Д., Таточенко К.В. Руководство по гастроэнтерологии. (В трех томах под ред. Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева). Т. 3. Болезни поджелудочной железы, кишечника, системные заболевания с нарушением функций пищеварительного тракта (А.Л. Гребенев, В.В. Серов и др./Под ред. Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева). М.: Медицина, 1996. С. 31–58.
21. Жакова И.И. Лучевые методы диагностики в онкологическом скрининге//Вестн. рентгенологии и радиологии. 1992. № 1. С. 10–11.
22. Китаев В.В. Компьютерная томография опухолей ободочной кишки//Вестн. рентгенологии и радиологии. 1991. № 1. С. 37–41.
23. Reeders J.W.A.J., Smits N.J. Imaging and of ductal pancreatic cancer: role of (Doppler) ultrasonography//Eur. Radiol. 1999. V. 9, N 4. P. 786.
24. Митькова В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М.: Видар, 1996. Т. 1. 336 с.
25. Цыб А.Ф., Бабкин В.П., Нестайко О.В. и др. Пункционная биопсия с ультразвуковым контролем в диагностике объемных образований брюшной полости и малого таза//Вопросы онкологии. 1990. Т. 36, № 5. С. 596–601.
26. Цыб А.Ф., Гришин Г.И., Нестайко О.В. Ультразвуковая томография и прицельная биопсия в диагностике опухолей малого таза. М.: Кабур, 1994. 220 с.
27. Лемешко З.А. Ультразвуковое траснабдоминальное исследование кишечника//Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике/Под ред. В.В. Митькова. М.: Видар, 1997. Т. 4. С. 49–80.
28. Китаев В.В., Железнев Д.И. Компьютерная томография при раке толстой кишки//Вестн. рентгенологии и радиологии. 1991. № 1. С. 41–45.
29. Nonariya Y., Shimizu H., Wada Y. Diagnostic value of CT in colorectal cancer using low concentration barium sulfate//8-th European congres of radiology. Vienna, 1993. P. 321-321.

Тұжырым

M.C. Садықов

КОЛОРЕКТАЛДЫ ОБЫРДЫҢ ЗАМАНУИ СӘУЛЕЛІК ДИАГНОСТИКАСЫ

Ток ішектің ісікпен жаракттануын клиникалық және инструменттік тәсілмен анықтаудың жетістіктері мен кемшіліктерін анықтау арқылы келесі шындықты анықтадық. Қолданылған тәсілдердің бірде-бірі дергіті дер кезінде толық анықтай алмайтынына көз жетті. Кешенді бағдарламалық тексеру тәсілінде, ультрадыбысты зерттеуді және ток ішектің әр түріне, компьютерлік томографияны қолданудың орны, мақсаты әлі де болса толық зерттелмеген.

Summary

M.S. Sadykov

CONTEMPORARY BEAM DIAGNOSTICS COLORECTAL CANCER

Analyzing the advantages and disadvantages in the clinical and instrument methods of diagnostics of the tumor defeats of thick gut, it is possible to draw the conclusion that none of them is absolutely precise. Is not developed ultrasound and X-ray CT semiotics of different localizations of cancer of thick gut and not the leading role and the place of each of these methods in the comprehensive program of inspection.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 616.98:579.835.12

A.T. Джумабеков

АНТИСЕКРЕТОРНАЯ И АНТИГЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ (Обзор литературы)

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

Одним из ведущих принципов современной стратегии консервативного лечения больных с кровотечением из гастродуоденальных язв считается медикаментозное подавление кислотности желудочного сока и эрадикация *Helicobacter pylori* [1, 2].

Агрегация тромбоцитов и формирование тромба ингибируется даже в присутствии небольшого количества кислоты, а вновь формируемые тромбы перевариваются при снижении рН вследствие активации фибринолиза и протеолиза. Местный плазменный и тромбоцитарный гемостаз возможен только при достижении уровня рН 5,0–6,0 [3]. Вероятно, этим объясняются рецидивные язвенные кровотечения.

Для решения первой задачи используются блокаторы Н₂-рецепторов, ингибиторы протонной помпы и синтетические аналоги соматостатина.

Широкое распространение получил циметидин. Он блокирует действие гистамина, уменьшает секрецию желудочного сока, тормозит базальную, ночную и стимулированную секрецию. Кроме блокады Н₂-рецепторов желудка этот препарат подавляет также мускариновые рецепторы обкладочных клеток, обеспечивая торможение кислотно-пептической секреции слизистой оболочки независимо от стимулятора (пища и др.). Подавление базальной секреции соляной кислоты достигается на 80%, а максимальной – на 50%, что сопоставимо с показателями после резекции желудка [4].

Существуют различные точки зрения по поводу суточной дозировки циметидина; одни авторы считают суточную дозу наиболее приемлемой 1000 мг, другие

рекомендуют увеличение дозы до 1600 мг. Последние указывают на наиболее выраженное подавление кислотности содержимого желудка с одновременным существенным угнетением протеолиза [5].

К H₂-блокаторам второго поколения относится ранитидин (ранисан, ранигаст, зантак и др.). По степени антисекреторной активности он в 4–13 раз превосходит циметидин. При дозе в 300 мг в сутки он снижает базальную секрецию на 95%, а ночную – на 80%. Ингибирующее действие блокаторов H₂-рецепторов гистамина на основные показатели кислотообразующей функции желудка существенно превышают таковые периферических M-холинолитиков, в частности атропина [6].

В настоящее время синтезированы и применяются H₂-блокаторы рецепторов гистамина третьего поколения (ульфамид, фамотидин, осид и др.). Исследования показали, что фамотидин в 40 раз активнее циметидина и в 8–10 раз – ранитидина. Его внутривенное введение оказывает положительное влияние на клинические и эндоскопические проявления кровотечений из гастродуodenальных язв, а также вызывает быстрое и стойкое повышение интрагастрального pH до оптимальных значений. Фамотидин не оказывает отрицательного воздействия на центральную нервную, сердечно-сосудистую, дыхательную и эндокринную системы [7, 8].

Препаратами четвертого и пятого поколений H₂-блокаторов являются низатидин и роксатидин соответственно, которые по антисекреторной активности превосходят предыдущие препараты. Несмотря на это, наиболее широкое применение в нашей стране получили препараты второго и третьего поколений, поскольку они достаточно эффективны и более доступны нашему населению.

Блокаторы H₂-рецепторов гистамина не только подавляют секрецию соляной кислоты, но и способствуют заживлению язв [9]. О применении блокаторов H₂-рецепторов гистамина при гастродуodenальных кровотечениях и хорошей их эффективности сообщалось многими авторами еще в конце семидесятых и начале восемидесятых годов XX века. Изучение препаратов данной группы при желудочно-кишечных кровотечениях не потеряло актуальности и в настоящее время. Так, при использовании этих препаратов экономия компонентов крови и кровезаменителей составила от 30 до 50%, других традиционно применяемых гемостатических препаратов – от 20 до 30% [10].

Применение препаратов данной группы создает благоприятные условия для профилактики рецидивов кровотечения. Вместе с тем эти препараты оказываются малоэффективными при продолжающемся кровотечении [11]. Последнее наводит на мысль о повышении эффективности этих препаратов при использовании в комплексной терапии, в частности, с эндоскопическим гемостазом.

Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лосек, оmez, омепрол и др.). Механизм действия препаратов связан с ингибированием микросомальной АТФ-азы. Омепразол может быстро обеспечивать в желудке уровень pH, оптимальный для поддержания физиологического каскада гемостаза [12].

Некоторые авторы указывают на высокую эффективность (до 91%) ингибиторов протонной помпы для предотвращения повторных кровотечений, аналогичную или даже превышающую таковую при применении блокаторов H₂-рецепторов гистамина желудка [13].

Существует и иное мнение относительно эффективности омепразола при острых гастродуodenальных кровотечениях. Т.К. Daneshmend et al. [14], пришли к выводу, что применение этого препарата не позволяет снизить летальность, частоту рецидивов и объем гемотрансфузий, но на фоне введения омепразола авторами отмечена быстрая регрессия эндоскопических признаков кровотечения.

К группе аналогов соматостатина относятся сандостатин, октреотид, стиламин и др. Механизм действия сандостатина на желудочно-кишечный тракт заключается в стимуляции секреции слюны и слизи. Но при этом подавляется базальная и стимулированная секреция соляной кислоты и пепсина желудка, базальная и стимулированная секреция ферментов поджелудочной железы, моторика желудоч-

но-кишечного тракта, сократительная способность желчного пузыря, угнетается синтез желчи, а также секреция гормонов желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы: инсулина, глюкагона, гастролина, секретина, холецистокинина и др.

Положительный эффект соматостатина при гастродуodenальных кровотечениях наблюдается у 70–90% больных [15]. В ряде случаев указывается либо на аналогичный циметидину гемостатический эффект сандостатина, либо он его пре-восходит. В других – сочетают препараты этой группы с H₂-блокаторами в лечении острых язвенных гастродуodenальных кровотечений. Так, комбинация кваматела и стиламина привели к гемостазу в 85% наблюдений [16]. Однако существуют исследования, отвергающие эти утверждения [17].

Таким образом, единой точки зрения на эффективность антисекреторных препаратов при лечении язвенных гастродуodenальных кровотечений не существует. Особый интерес представляет, когда эти препараты используются в качестве компонента антигеликобактерной терапии.

В современные схемы противоязвенной терапии наряду с антисекреторными препаратами в случаях ассоциации с инфекцией *Helicobacter pylori* включают различные антибактериальные препараты (амоксициллин, трихопол, кларитромицин и др.). Эрадикация достигается посредством монотерапии, двойной терапии, а в настоящее время трех- и четырехкомпонентной схемы. Согласно данным ряда авторов, при этом уровень эрадикации составляет 90–100% [18].

По материалам большинства исследователей, применявших те же схемы, частота эрадикации варьирует в пределах 46–75%. Причина этого кроется в особенностях штаммов *Helicobacter pylori*, многие из которых устойчивы к антибактериальным средствам [19].

Кроме того растет число случаев вторичной резистентности, возникающей в процессе лечения при нерациональном использовании антибиотиков. В связи с чем предложены различные способы преодоления этого препятствия. Из числа множества предлагаемых способов на Маастрихтской конференции, проведенной в 2000 году по инициативе Европейской группы по изучению геликобактерной инфекции, наиболее действенным способом повышения эффективности эрадикационной терапии был признан правильный подход к выбору той или иной схемы проведения этого лечения.

Тем не менее, по данным Я.С. Циммерман [20], после успешной эрадикации *Helicobacter pylori* уже в первые 6 месяцев рецидивы язвенной болезни развиваются у 20% больных, а в течение ближайших 3 лет реинфекция и рецидив заболевания наблюдаются в 32% случаев.

Признавая неоспоримые достижения современной антибиотикотерапии в борьбе со многими болезнесторными бактериями, нельзя в то же время не замечать и ее негативных последствий. Так, при проведении антигеликобактерной терапии частота побочных эффектов широко варьирует и может достигать 63%, а у 3–10% больных служит причиной преждевременного прекращения лечения [21].

Кроме allerгических и токсических побочных действий антибактериальные препараты влияют на микрофлору толстой кишки, что часто приводит к развитию дефицитного дисбактериоза и антибиотикоассоциированного колита [22]. Следует помнить, что не всегда язвенная болезнь может быть геликобактер-зависимой. В этом аспекте актуален вопрос выбора эффективного метода выявления *Helicobacter pylori*.

По литературным данным, для изучения геликобактериоза в большинстве случаев используется дыхательный уреазный тест и бактериоскопический метод. В первом случае метод основан на высокой эндогенной активности уреазы *Helicobacter pylori*, но достоверность метода может нивелироваться ложноположительным результатом за счет других уреазоположительных микроорганизмов, таких как *yersinia*, *proteium*, *klebsielae*, *pseudomonas*. Второй метод, как известно, ограничен в технологическом аспекте и сложен в обнаружении *Helicobacter pylori* [23].

По данным ряда авторов, более достоверный результат дает определение степени обсеменности гастродуodenальной слизистой *Helicobacter pylori* микробиологически, который является высокоспецифичным методом диагностики геликобактериоза [24, 25].

Итак, из вышеизложенного можно сделать вывод, что для повышения эффективности эрадикационной терапии и устранения побочных воздействий препаратов необходимо использование высокоспецифичных методов диагностики геликобактериоза и оптимизация схем антигеликобактерной терапии. Значимость данной проблемы возрастает у больных с осложненной формой язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в частности кровотечением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Рук-во для врачей// Медицинская литература. М., 2000. Т. 1. 548 с.
2. Ивашин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К., Лапина Т.Л., Хакимова Д.Р. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: Пособие для врачей. М., 2002. 30 с.
3. Kielerich S., Rannem T., Elsborg L. Effect of intravenous infusion of omeprazole and ranitidine on twenty – four – hour intragastric pH in patients with a history of duodenal ulcer// Digestion. 1995. V. 56, N 1. P. 25-30.
4. Колсович И.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка//Междунар. мед. журнал. 1998. № 2. С. 26–28.
5. Ткаченко Е.И. Стратегия и тактика лечения кислотозависимых заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки//Новости фармакотерапии. 1997. № 4. С. 63–69.
6. Салханов Б.А., Алдашева Ж.А., Алдонгарова Г.С., Цой Л.С., Адибаева Ж.О. Современные подходы к фармакотерапии некоторых болезней органов пищеварения//Актуальные проблемы здравоохранения на современном этапе: Тр. науч.-практ. конф. с межд. участием. Алматы, 2001. С. 378–385.
7. Затевахин И.И., Щеголев Л.А., Титков Б.Е. Фамотидин в лечении хирургических больных с кислотозависимыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки// Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999. № 4. С. 84–87.
8. Гайдаш И.С., Флегонтова В.В., Курашова А.А. Влияние фамотидина на клинические показатели у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки//Украинский мед. часопис. 1999. № 2. С. 140–142.
9. Григорьев П.Я. Фармакотерапия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (национальная программа)//Человек и лекарство: 5-й Рос. нац. конгр. М., 1998. С. 52–53.
10. Алексеева Я.Г. Фармакодинамика антисекреторных и антигеликобактерных средств у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: Автoref. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2000. 23 с.
11. Джубаниязова Г.Б. Квамател в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением//Гастрохирургия – 2001: Межд. гастроэнтологический конгресс. – Алматы: Дәүір, 2001. 144 с.
12. Баранская Е.К. Париет в современных схемах эрадикации инфекции *Helicobacter pylori*//Военно-медицинский журнал. 2001. № 4. С. 54–58.
13. Лапина Т.Л. Ингибиторы протонной помпы: от фармакологических свойств к клинической практике//Фарматека. 2002. № 9. С. 11–16.
14. Daneshmend T.K., Hawkey C.J., Langman M.J.S. et al. Omeprazole versus placebo for acute upper gastrointestinal bleeding: randomized double blind controlled trial//Br. med. J. 1992. V. 304, N 1. P. 143-147.
15. Ткач С.М. Современные стратегии в лечении пептических язв//Пробл. мед. 1999. № 3. С. 15–18.
16. Лопаткина Т.Н. Роль октреотида (сандостатина) в лечении острого желудочно-кишечного кровотечения, не обусловленного варикозно расширенными венами пищевода//Клин. фармокол. и терапия. 1999. № 5. С. 60–62.

17. Барановский А.Ю., Гурин Н.Н., Логунов К.В., Филимонова Ю.А. Отдаленные результаты медикаментозного лечения язв желудка//Терапевт. архив. 2000. № 2. С. 11–14.
18. Алыбаев Э.У., Исаков М.Б., Керимкулов Б.А. Современные схемы эрадикационной терапии инфекции *Helicobacter pylori*//Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии: Сб. науч. тр. Бишкек, 2000. С. 65–68.
19. Безбородый С.Д. Комбинированная антигеликобактерная терапия язвенной болезни: эффективность, фармако-экономический аспект и влияние на качество жизни пациентов//Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. № 2. С. 41–47.
20. Циммерман Я.С. Дискуссионные вопросы медикаментозного и хирургического лечения язвенной болезни//Клиническая медицина. 2002. № 7. С. 64–68.
21. Кирика Н.В., Бодруг Н.И., Буторов С.И., Вербитский О.Н., Ридловский А.Ю., Буторов И.В., Лагуткин Д.И., Мартынок Л.И. Клиническая эффективность комбинированного антихеликобактерного лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки//Клиническая медицина. 2003. № 1. С. 37–39.
22. Brullet E., Campo R., Calvet X. et al. Factors related to the fail – ure of endoscopic injection therapy for bleeding gastric ulcer//Gut. 1996. V. 39, N 2. P. 155–158.
23. Аль-Сабунчи Омар Абдул Маджид. Антихеликобактерное лечение язвенных гастро-дуodenальных кровотечений: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 133 с.
24. Батран В.И., Васильева Г.А., Побертникова С.А., Хусуитдинов Ш.М. Выявляемость пилорических хеликобактеров в слизистой оболочке желудка при различных гистологических формах инфильтративного рака//Матер. второй мед. сессии ассоциации онкологов Башкортостана. 1994. С. 55–60.
25. Лохвицкий С.В., Дарвин В.В., Прошин А.В., Баширова Е.С., Буторов И.Л. Оценка результатов хирургического лечения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*//Вестник хирургии. 1998. – Т. 157, № 2. – С. 21–25.

Тұжырым

Ә.Т. Жұмабеков

**АСҚАЗАН ЖӘНЕ ҰЛТАБАР ОЙЫҚ ЖАРАСЫНАН
ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ АНТИСЕКРЕТОРЛЫҚ
ЖӘНЕ АНТИГЕЛИКОБАКТЕРЛІК ТЕРАПИЯ**

Асқазан және ұлтабар ойық жарасынан қан кетумен асқынған науқастарда антисекреторлық және эррадикациялық терапияның маңызды сұраптары қаралды. Бұл науқастарда геликобактериоз диагностикасының және антихеликобактериялық, антисекреторлық терапия жүйесін тиімді жинақтауда және олардың зиянды өсерін болдырмау үшін жоғары спецификалық әдістерді пайдалану қажет.

Summary

A.T. Jumabekov

**ANTISECRETORY AND HELICOBACTER THERAPY AT PATIENTS
WITH THE ULCER GASTROENTERIC BLEEDING**

To analyses questions antisecretory and eradication therapies at sick of an ulcer gastroenteric bleeding. For efficiency increase eradication therapy and elimination of collateral influences use highly specific diagnostics methods helicobacteriosis and optimization of schemes antihelicobactory, antisecretory is necessary for therapy at the given category of patients.

*К.С. АКЫШБАЕВА, М.К. МУКАЖАНОВ, Б.А. РАМАЗАНОВА,
А.Л. БИСЕКЕНОВА, Б.М. ХАНДИЛЛАЕВА, С.М. ДЖУМАБАЕВА*

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ
ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ**
(Обзор литературы)

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

Длительное бессимптомное течение, неспецифические клинические проявления урогенитального хламидиоза, частота микст-инфекции [1, 2, 3]. В настоящее время нет ни одного метода, дающего 100%-ное определение возбудителя [4, 5]. Исторически первым было обнаружение телец Гальберштедтера–Провачека в цитоплазме пораженных клеток эпителия конъюнктивы, цервикального канала, уретры, парауретральных ходов и других клеток в сочетании с общей оценкой цитологической картины изучаемого материала. Цитоскопический метод широко доступен, но эффективен лишь при острых формах инфекции [6]. Частота обнаружения телец Гальберштедтера–Провачека в соскобах уретры и цервикального канала обычно не превышает 10–12% [4, 7].

Одним из достоверных методов является метод выделения хламидий в культуре клеток, что послужило началом нового периода изучения хламидийной инфекции [7]. Данный метод (среда McCoy, Hela и др.) обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что позволило отнести его к «золотому стандарту». Однако трудоемкость, дороговизна, длительность ожидания результата (от 5 до 4 нед) делают метод доступным лишь крупным научным учреждениям.

Наиболее широко применяются иммунопатологический метод люминесцирующих антител – прямая и непрямая иммунофлюоресценция (ПИФ, НИФ), иммуноферментный анализ (ИФА). ИФА, учитывая низкую иммуногенность урогенитальных штаммов хламидий, а также вероятность присутствия антител в результате ранее перенесенной инфекции, используется в динамике заболевания с учетом титра антител. Диагностическая информативность ПИФ, являющегося скрининговым методом, связана с тем, что с ее помощью выявляются не только корпушкилярные, но и растворимые антигены хламидий. Его чувствительность и специфичность при использовании моноклональных антител составляет 65–90% и 85–90% соответственно [8]. Однако могут быть ложноположительные результаты при выявлении антихламидийных антител в сыворотке крови [9]; во-первых, антихламидийные антитела могут отражать наличие прошедшей инфекции; во-вторых, использование тест-систем с родоспецифическими антигенами позволяет выявить и другие виды хламидий, включая *C. pneumoniae*.

В последние годы появились работы, в которых говорится о диагностической значимости выявления антихламидийных IgA в семенной жидкости и/или секрете предстательной железы у мужчин и цервикальном секрете женщин, что более точно отражает наличие инфекции, чем показатели гуморального иммунитета [10, 11, 12, 13]. IgA является индикатором активной или недавно перенесенной инфекции [14]. Наличие антихламидийных IgA в семенной жидкости коррелирует с воспалительным ответом и с демонстрацией *C. trachomatis* в эякуляте методом гибридизации *in situ*, а также с выявлением *C. trachomatis* в эякуляте методом ПЦР [15]. У мужчин серодиагностика хламидийной инфекции верхних отделов мочеполового тракта осложняется наличием гемато-тестикулярного барьера.

ера. Показано отсутствие корреляции между показателями титра антixламиидных антител, определяемых в сыворотке крови, и диагнозом хронического хламидийного простатита [13].

Выявление в сыворотке крови антител к липополисахаридному антигену хламидий классов Ig G, Ig A, Ig M с определением их титра позволяет определить стадию заболевания, обосновать необходимость антибактериального лечения и оценить его эффективность. Показанием к выявлению антixламиидных антител классов Ig G, Ig A, Ig M в сыворотке крови методом ИФА является определение стадии заболевания, реактивации или реинфекции; состояние после реконвалесценции (остаточная серология), оценка эффективности проводимого лечения (наряду с исследованием культуральным методом и ПЦР); установление хламидийной этиологии экстрагенитальных поражений (артриты, пневмонии, заболевания глаз). Ig M является маркером острой стадии, в течение 10 дней после появления симптомов заболевания происходит смена Ig M на Ig A. В течение короткого периода могут одновременно присутствовать Ig M и Ig A. В это же время, или с небольшой задержкой в 2–3 недели, могут быть определены и Ig G. Прогрессирование заболевания, переход в хроническую стадию характеризуется появлением Ig A, Ig G. Чувствительность и специфичность ИФА составляет 65–70% и 90–100% соответственно [16].

Основным диагностическим методом в рутинной практике, позволяющим проводить адекватное выявление *C. trachomatis*, при всех известных вариантах течения УГХ может быть признана ДНК-диагностика – ПЦР [17, 18, 19, 20, 21, 22]. Чувствительность и специфичность ПЦР – 95,3 и 100%, а прогнозируемые положительные и отрицательные значения – 100 и 99,5% соответственно [23]. Некоторые авторы указывают на значительную частоту ложноположительных результатов и, следовательно, возможную гипердиагностику хламидиоза при широком внедрении ПЦР в клиническую практику [24].

В 2002 г. CDC опубликовал рекомендации для скрининговых тестов при хламидийной инфекции, основанные на анализе многоцентровых исследований. CDC рекомендовал метод амплификации ДНК (nucleic acid amplification tests) для скрининга женщин и мужчин. Чувствительность данного метода составила 84,0% для мочи и 87,5% для уретральных образцов, специфичность 99,3 и 99,2% соответственно. Наиболее перспективным методом для оценки эффективности терапии может быть реакция транскрипционной амплификации, суть которой заключается в обнаружении транспортной РНК (т-РНК) возбудителя, то есть определение его жизнеспособности.

Методы прямого выявления хламидий (выделение в культуре клеток, определение антигенов с помощью реакции иммунофлюoresценции, методы амплификации нуклеиновых кислот) позволяют проводить диагностику УГХ нижних отделов мочеполового тракта, но оказываются недостаточно чувствительными при восходящей форме инфекции, рецидивах и осложненных формах УГХ [25]. Частота лабораторного выявления *C. trachomatis* при рецидивах значительно снижается, что может быть объяснено персистенцией хламидий [12, 26], сложностью диагностики в связи с малодоступностью диагностического материала, уменьшением экспрессии хламидийных МОМР и липополисахаридов, отражающимся на снижении чувствительности РИФ [27]. Диагностическое выделение персистирующих форм *C. trachomatis* в культуре чувствительных клеток осложнено существованием атипичных внутриклеточных ретикулярных телец (РТ) [26]. Для выявления персистирующих форм хламидии может использоваться метод электронной микроскопии (при этом можно обнаружить гигантские РТ с расширенным периплазматическим пространством, а также деление перипласта РТ и отшнуровку мелких шаровидных форм в периплазматическом пространстве) [12]. Наиболее оптимальным является двухэтапная диагностика, основанная на комбинации скринингового метода – прямой иммунофлюoresценции (ПИФ) и подтверждающих – полимеразной цепной

реакции (ПЦР) или культуральных методов исследования с посевом на среду MacCoy, HeLa или L-929 [24, 28].

Особое место в диагностике инфекционных заболеваний занимает реакция выявления АСЛ (антитела связывающие лимфоциты), которая может служить ранним диагностическим тестом [29]. В работах М.С. Асанжановой и соавт. [30, 31] было показано, что при диагностике гонореи различие частоты выявления АСЛ с положительным и отрицательным результатом ПЦР высокозначимо ($p=6,6 \cdot 10^{-12}$), что отражает высокую специфичность и теста АСЛ. При обследовании на сифилис небеременных женщин с положительным результатом ПЦР у 6 из крови обнаружены АСЛ. Ни у одной из 62 женщин с отрицательным результатом ПЦР АСЛ также не выявлены, различие частоты положительного результата теста АСЛ в этих группах высокозначимо ($p=5,8 \cdot 10^{-9}$). В общей группе женщин из 8 человек с положительным результатом ПЦР у 7 выявлены АСЛ, но при отрицательном результате ПЦР ни у одной из 97 женщин АСЛ не обнаружены, различие частоты высокозначимо ($p=3,6 \cdot 10^{-10}$). Наибольшая полученная величина критерия соответствия результатов ПЦР и АСЛ в группе небеременных женщин и в общей группе обследованных отражала высокую специфичность данных тестов в диагностике гонореи и сифилиса.

М.М. Битимбаева [33] выявила у больных первичным серопозитивным и вторичным рецидивным сифилисом изменение относительного содержания антигенсвязывающих клеток, реагирующих с антигенами бледной трепонемы и эритроцитов кур, к концу антибиотикотерапии и через месяц после нее. Установлено, что у больных вторичным рецидивным сифилисом под влиянием проводимого лечения более ранний регресс сифилидов имеет высокую положительную связь с наличием антигенсвязывающих, чувствительных к антигенам трепонемы и эритроцитов кур ($r = +0,54 - 0,75$). По изменению относительного содержания антигенсвязывающих клеток в различных субпопуляциях лимфоцитов и нейтрофилов можно судить о тяжести сифилитического процесса и эффективности проводимой терапии.

Таким образом, несмотря на широкий выбор тестов, предложенных для диагностики урогенитального хламидиоза, проблема выбора адекватного диагностического алгоритма для каждого конкретного клинического случая остается пока открытой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баткаев Э.А./Вестник последипломного мед. образования. 2005. № 1. С. 56–59.
2. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Новик Ф.К., Аверкиев В.Г./Инфекц. и антимироб. тер. 2003. Т. 5, № 5–6. С. 154–155.
3. Васильев М.М./ВДВ, 2005. № 3. С. 78–80.
4. Сухова Л.П./Рос. журн. кож. и вен. болезней. 2000. № 6. С. 54–58.
5. Gaydos C.A., Ferrero D.V., Papp J./Sex. Transm. Dis. 2008. 35: S45.
6. Малинина Э.В. Сравнительная оценка различных методов диагностики и терапии урогенитального хламидиоза у женщин репродуктивного возраста: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1997.
7. Шаткин А.А., Мавров И.И. Урогенитальные хламидиозы. Киев, 1983.
8. Савичева А.М./Мир медицины. 1998. № 8. С. 38–9.
9. Blake D.R., Gaydos C.A., Quinn T.C./Sex. Transm. Dis. 2004. 31(2): 85–95.
10. Ostergaard L./Proc. 4th Meet. Eur. Soc. Chlamydia Res.: Abstracts, August 20-23, 2000. Helsinki, Finland, 2000. Р. 87-93.
11. Ostaszewska-Puchalska I./Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz). 2004. V. 52, N 4. Р. 277-283.
12. Брагина Е.Е. Закономерности нарушений сперматогенеза человека при некоторых генетических и инфекционных заболеваниях: Автореф. ... д-ра биол. наук. М., 2001. 45 с.
13. Mazzoli S./Proc.Third Meet. Europ. Soc. Chlam. Res. 1996. Р. 354.

14. Dolivo M., Askemara-Eebhar M./2 nd Eur. Congr. ESIDOJ and 4 th Wored Congr. Infect. Immunol. Dis. Obstet. Jynecol. and Infect. Dis. Urol. Dermatol. 1995. Marbella Spain Progr. and Abstr. 1995. P. 134.
15. Wolff H., Neubert U., Volkenand M., Zochling N., Schlupen E.-M., Bezold G., Meurer M./Fert. Ster. 1994. 62: 1250-1254.
16. Чеботарев В.В./Журн. дерматовенерол. и косметол. 1997. № 2. С. 5-10.
17. Куляш Г.Ю./ИППП. 2003. № 3. С. 3-8.
18. Федотов В.П. Очерки по иммунокоррекции в дерматологии: Пособие для врачей. СПб., 2005. 80 с.
19. Stary A./Proc. 4th Meet. Eur. Soc. Chlamydia Res.: Abstracts, August 20-23, 2000. Helsinki, Finland, 2000. P. 178-181.
20. Hosseinzadeh S./J. Med. Microbiol. 2003. V. 52, Pt. 3. P. 193-200.
21. Martin D.H./J. Clin. Microbiol. 2004. V. 42, N 10. P. 4749-4758.
22. Vats V./Sex. Transm. Infect. 2004. V. 80, N 4. P. 327-328.
23. Погодин О.К. Хламидийная инфекция в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1997.
24. Хрянин А.А./Сиб. журн. дерматол. и венерол. 2001. № 1. С. 60-65.
25. Mazzoli S./Proc. 4th Meet. Eur. Soc. Chlamydia Res.: Abstracts, August 20-23, 2000. Helsinki, Finland, 2000. P. 71-73.
26. Beaty W., Morrison R., Byrne//Infect. Immun. 1994; 62: 4059-4062.
27. Beaty W., Morrison R., Byrne//Infect. Immun. 1995. 63. 199-205.
28. Глазкова Л.К., Акилов О.Е./Инфекции, передаваемые половым путем. 1999. № 4. С. 29-34.
29. Карапников Б.В./Актуальные проблемы Аллергологии и иммунологии: Межд. науч. конф. Астана, 2005. С. 45-48.
30. Асанжанова М.С., Карапников Б.В., Денисова Т.Г. и др./Развитие международного сотрудничества в области изучения инфекционных заболеваний: Межд. конф. (Сосновка, 8-10 сентября). – Сосновка, 2004.
31. Асанжанова М.С., Карапников Б.В., Денисова Т.Г. и др./Матер. Всерос. науч. конф. с межд. участием, посвящ. 100-летию со дня основания филиала «Иммунопрепарат» ФГУП «НПО «Микроген» МЗ и СР РФ (Уфа, 7-9 июня). Уфа, 2005. С. 197-198.
32. Битимбаева М.М., Карапников Б.В., Тимофеева Л.Н. и др./Конф. по первичной и вторичной профилактике инфекций, передающихся половым путем: тез. докл. Алматы, 1998. С. 46-48.

Тұжырым

*K.C. Ақышбаева, M.K. Муқажанов, B.A. Рамазанова,
A.L. Бисекенова, B.M. Хандиллаева, S.M. Джумабаева*

УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРҒА ДИАГНОЗ ҚОЮДЫҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ АСПЕКТИЛЕРИ

Мақалада урогениталды хламидиоз көзіндегі негізгі диагностикалық әдістер берілген. Урогениталды хламидиозды анықтау үшін ұсынылған тесттердің көптігіне қарамастан, бір жеке клиникалық жағдайда дұрыс диагностикалық алгоритмды тандау мәселеі өлі ашық сұрақ болып қалуда. Перспективті әдістердің бірі болып антиген байланыстыруышы лимфоциттер негізіндегі ИФТ реакциясы ұсынылады.

Summary

*K.S. Akyshbayeva, M.K. Mukazhanov, B.A. Ramazanova, A.L. Bisekenova,
B.M. Khandillaeva, S.M. Zhumabayeva*

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS OF UROGENITAL CHLAMYDIAL INFECTION

This article describes the basic diagnostic methods of urogenital chlamydiosis. Despite the wide range of tests proposed for the diagnosis of urogenital chlamydial infection, the problem of choosing an adequate diagnostic algorithm for each specific clinical case remains open. Method of antigen-binding lymphocytes, based on ELISA, is proposed to be one of the promising methods.

H.B. СЕЛИВОХИНА

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ
ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В АЛМАТИНСКОМ РЕГИОНЕ ЗА 2005–2009 ГОДЫ**

Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

Актуальность вопроса внезапной сердечной смерти (ВСС) рассматривается судебными медиками не только как медицинская проблема, но и как социальная проблема современности.

ВСС — групповое понятие, объединяющее ряд нозологических единиц, обуславливающих разные формы патологии сердца. 80—90% всех наблюдений ВСС обусловлено ишемической болезнью сердца (ИБС), остальные 10—20% приходятся на кардиомиопатии, миокардиты, пороки развития сердца и сосудов и другие более редкие формы сердечных заболеваний: синдром удлинения интервала Q—T, пролапс митрального клапана, синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта, синдром Brugada и др. Наибольшее значение в клиническом и социальном отношении имеют формы ВСС, связанные с ИБС и алкогольной кардиомиопатией (Кактурский Л.В., 2005).

В настоящее время в развитых странах мира смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) находится на первом месте, существенно превышая таковую от онкозаболеваний. Внезапная сердечная смерть (ВСС) составляет 90% и более всех случаев внезапной смерти (Буланова Н.А., Попов В.В., Князева М.Ю., 2007).

По данным зарубежных исследователей, ежегодно в Австрии от внезапной остановки и фибрилляции желудочков сердца умирают около 15 000 человек (Франц А., Вешельбергер Г., Миллер Е. и соавт., 2006).

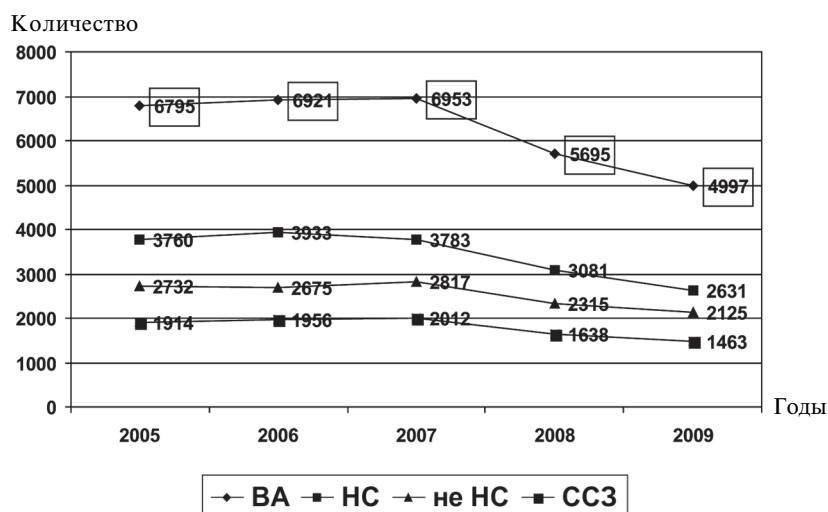
Изучая проблему внезапной смерти, Стратий В.Н. определял место ВС в структуре летальности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе. В исследование включали только те случаи ВС, которые были зафиксированы в присутствии бригады скорой медицинской помощи. Диагноз «Внезапная смерть» устанавливался по наличию ишемической болезни сердца в анамнезе, болей в грудной клетке перед остановкой кровообращения и длительности остро возникших симптомов коронарного приступа не более 6 часов. Главным источником информации служили данные анамнеза, взятые из амбулаторной карты и других медицинских документов, дополненные сведениями, полученными при беседе с родственниками, а также электрокардиографическая картина на момент проявления клинических симптомов (Стратий В.Н., 2003).

Целью же нашего исследования было проведение статистического анализа случаев смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по материалам годовых отчетов Алматинского филиала РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК. Из общего количества аутопсий, проведенных за последние 5 лет (с 2005 по 2009 годы) в категории ненасильственной смертности, нами были выбраны все случаи смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты анализа статистических данных за 5 лет показали следующие данные: в 2005 г. в Алматинском филиале ЦСМ МЗ РК общее количество аутопсий составило — 6795, из них: насильственная смертность — 3760 (55,3%) и ненасильственная смертность — 2732 (40,2%) (в 303 (4,5%) случаях причина смерти не установлена, поэтому они не анализировались). В категории ненасильственной смертности в 1914 случаях диагностирована смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, что составляет 70% от ненасильственной смертности. В 2006 году общее

количество аутопсий составило 6921, из них: насильственная смертность – 3933 (56,8%) и ненасильственная смертность – 2675 (38,6%) (в 313 (4,6%) – причина смерти не установлена). В категории ненасильственной смертности в 1956 случаях диагностирована смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, что составляет 73,1%. В 2007 году общее количество аутопсий составило 6953, из них: насильственная смертность – 3783 (54,4%) и ненасильственная смертность – 2817 (40,5%) (в 353 (5%) – причина смерти не установлена). В категории ненасильственной смертности в 2012 случаях диагностирована смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, что составляет 71,4%. В 2008 году общее количество аутопсий составило 5695, из них: насильственная смертность – 3081 (54,1%) и ненасильственная смертность – 2315 (40,6%) (в 299 (5,3%) – причина смерти не установлена). В категории ненасильственной смертности в 1638 случаях диагностирована смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, что составляет 70,7%. В 2009 году в Алматинском филиале ЦСМ МЗ РК общее количество аутопсий составило 4997, из них: насильственная смертность – 2631 (52,6%) и ненасильственная смертность – 2125 (42,5%) (в 241 (4,9%) – причина смерти не установлена). В категории ненасильственной смертности в 1463 случаях диагностирована смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, что составляет 68,8%.

Динамика изменений показателей смертности в целом и от сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, более наглядно демонстрируется на рисунке:



Сокращенные обозначения: ВА – всего аутопсий; НС – насильственная смертность; не НС – ненасильственная смертность, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.

Динамика показателей смертности в Алматинском регионе с 2005 по 2009 год

Таким образом, обобщая проведенный анализ статистических данных за последние 5 лет, мы пришли к выводу, что в Алматинском регионе наметилась тенденция к стабильному снижению смертности в целом, как насильственной, так и ненасильственной, в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом общее количество аутопсий, проведенных в Алматинском филиале РГКП «ЦСМ» МЗ РК достоверно уменьшилось на 26,47%, количество насильственных смертей – на 30,03%, ненасильственных смертей – на 22,22%, и в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний – на 23,57%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Қактурский Л.В.* Внезапная сердечная смерть: современное состояние проблемы// Архив патологии. 2005. № 3. С. 8–11.
2. *Буланова Н.А., Попов В.В., Киязева М.Ю.* Диагностика электрической нестабильности миокарда и прогнозирование риска внезапной сердечной смерти у больных с ишемической болезнью сердца//Дальневосточный медицинский журнал. 2007. № 1. С. 119–124.
3. *Франц А., Вешельбергер Г., Миллер Е., Мичальски Т., Седл С., Трампич Х., Францух Е., Чмелизек Ф., Эттингер С.* Ранняя дефибрилляция: 6-летний опыт (статья на англ. языке)// Тихоокеанский медицинский журнал. 2006. № 1. С. 85–86.
4. *Стратий В.Н.* Внезапная смерть в структуре летальности при сердечно-сосудистых заболеваниях на догоспитальном этапе//Скорая медицинская помощь. 2003. № 2. С. 43–44.

Тұжырым

H.V. Селивожина

АЛМАТЫ ТӨҢІРЕГІНДЕ 2005 ЖЫЛДАН 2009 ЖЫЛҒА ДЕЙІН
БОЛҒАН ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫНЫң ӨЛІМ ОҚИҒАЛАРЫН
СТАТИСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

Мақалада 2005 жылдан 2009 жылға дейін, Алматы аймагында жүрек-қантамыр ауруларынан болған өлім оқиғаларына статистикалық зерттеулер жасалғаны, зерттеу нәтижесінде бұл өлімнің көрсеткіштері анықталғаны жазылған.

Summary

N.V. Selivohina

STATISTICAL ANALYSIS OF CASES OF THE DEADLY CARDIO-VASCULAR PATHOLOGY IN ALMATY REGION, FROM 2005 UP TO 2009 YEARS

In article is described the statistical analysis of cases of the deadly cardio-vascular pathology, as a result, calculated indicators of the given death rate cases in Almaty region, from 2005 up to 2009 years.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.33-002.44-058(574.53)

M.A. АЛДИЯРОВА

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ НР-АССОЦИИРОВАННОЙ
ПАТОЛОГИИ У НАСЕЛЕНИЯ ЮГА КАЗАХСТАНА

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

Европейский консенсус Маастрихт-3 (2005) зафиксировал большое внимание к исследованию *Helicobacter Pylori* (НР) ассоциированной патологии, в том числе и рака желудка. Среди современных исследователей доминирует мнение, что НР является этиологическим фактором развития как атрофического гастрита, так и язвенной болезни желудка с вероятным развитием метапластических процессов и рака желудка (Goldblum J.R. et al., 1998; El-Omar E.M. et al., 1997). Но многие аспекты этой проблемы остаются неясными. В настоящее время ассоциация гастрита и *Helicobacter Pylori* считается установленным фактором, но, тем не менее, остает-

ся неясным, каким образом один возбудитель может вызывать антравальный гастрит, сопровождающийся повышением кислотопродукции, и фундальный гастрит, связанный со снижением секреции соляной кислоты (Аруин Л.И., 2006).

Целью исследования является изучение особенностей клинического течения и кислотопродуцирующей функции желудка при НР-ассоциированной патологии у населения юга Казахстана.

Материалы и методы исследования. Нами было изучено клиническое течение язвенной болезни у 1120 пациентов, из них 560 казахов и 560 русских. Результаты клинического осмотра и интервьюирования регистрировались в стандартной анкете, позволявшей фиксировать социальный статус, жалобы, анамнез и результаты дополнительных методов исследования. После подробного изучения клинических проявлений всем 1120 пациентам были выполнены фиброгастроудоденоскопия (ЭФГДС) с прицельной биопсией, УЗИ органов брюшной полости, стандартные лабораторные методы исследования. Интрагастральная 24 рН-метрия с помощью автономного ацидогастрометра «Гастроскан-24» (Исток система, Россия) проведена 90 пациентам, в том числе 50 казахам и 40 русским для оценки интенсивности кислотопродукции в течение суток.

Результаты исследования и обсуждение. Мы проанализировали частоту жалоб у больных с НР-ассоциированной патологией. При этом у русских достоверно чаще регистрировался болевой синдром в эпигастрии $69,3 \pm 4,3\%$ против $35,7 \pm 4,3\%$; ($p < 0,001$), тогда как у казахов преобладал диспептический синдром с отрыжкой и тошнотой $20,7 \pm 3,6\%$ и $16,1 \pm 3,3\%$ против $11,1 \pm 2,8\%$ и $8,0 \pm 2,4\%$ у русских ($p < 0,05$). Было установлено, что для казахов было более характерно наличие запоров ($15,7 \pm 3,3\%$) против $7,3 \pm 2,3\%$ у русских. Это позволяет считать, что клиническая симптоматика у казахов с НР-ассоциированной язвенной болезнью имеет очевидные отличия в сравнении с русскими, проживающими в том же регионе.

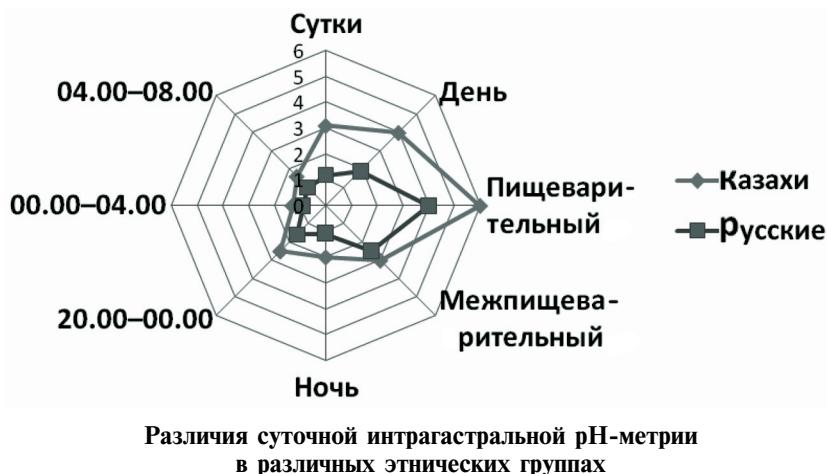
Подробные характеристики клинической симптоматики представлены в таблице.

Клинические проявления язвенной болезни в различных этнических группах больных

Симптомы	Азиаты (казахи) <i>n=560</i>		Европейцы (русские) <i>n=560</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M±m, %</i>	<i>n</i>	<i>M±m, %</i>	
Наличие болевого синдрома	200	$35,7 \pm 4,3$	388	$69,3 \pm 4,3$	$<0,001$
Характер болевого синдрома:					
Короткими приступами	150	$26,8 \pm 4,0$	138	$24,6 \pm 3,9$	$>0,05$
Постепенно нарастающие	173	$30,9 \pm 4,2$	122	$21,8 \pm 3,7$	$>0,05$
Различ. продолжительности	237	$42,3 \pm 4,5$	300	$53,6 \pm 4,5$	$>0,05$
Иrrадиация боли:					
В правое подреберье	12	$2,2 \pm 1,3$	29	$5,2 \pm 2,0$	$>0,05$
В спину	23	$4,1 \pm 1,8$	14	$2,5 \pm 1,4$	$>0,05$
В грудную клетку слева	7	$1,3 \pm 1,0$	5	$0,9 \pm 0,9$	$>0,05$
Диспептический синдром:					
Тошнота	90	$16,1 \pm 3,3$	45	$8,0 \pm 2,4$	$>0,05$
Рвота	31	$5,5 \pm 2,0$	8	$1,4 \pm 1,4$	$>0,05$
Изжога	87	$15,5 \pm 3,3$	115	$20,5 \pm 3,6$	$>0,05$
Отрыжка	116	$20,7 \pm 3,6$	62	$11,1 \pm 2,8$	$>0,05$
Чувство распирания	60	$10,7 \pm 2,8$	45	$8,0 \pm 2,4$	$>0,05$
Гиперсаливация	18	$3,2 \pm 1,6$	9	$1,6 \pm 1,1$	$>0,05$
Расстройства стула:					
Запоры	88	$15,7 \pm 3,3$	41	$7,3 \pm 2,3$	$>0,05$
Диарея	27	$4,8 \pm 1,9$	12	$2,2 \pm 1,3$	$>0,05$

Характер боли был почти одинаковым в обеих сравниваемых группах. Так, частота боли с короткими приступами у азиатов составила 28,8%, у европейцев – 24,6% ($>0,05$). Постепенно нарастающая боль была несколько выше у азиатов – 30,9%, против 21,8% у европейцев. Различная продолжительность, напротив, несколько выше была среди европейцев – 53,6%, против 42,3% у азиатов, различия не достоверные. Анализ иррадиации болевого синдрома показал, что у азиатов чаще иррадиировали в спину (4,1%), тогда как у европейцев – в правое подреберье (5,2%), $p>0,05$.

В своем исследовании мы сопоставили данные клинической картины с результатами рН-метрии.



Данные суточного рН-мониторирования показали преимущественную гипоацидность и нормоацидность у казахов в отличие от русских, как в целом в течение суток, так и особенно в дневное время, в пищеварительный период. Суточное мониторирование не подтвердило обязательного гиперацидного состояния при развитии язвенной болезни, ассоциированной с НР, и в определенной степени позволило объяснить различия в клинической картине заболевания при прочих равных условиях, таких как результаты ЭФГДС.

Ранее важность этнических отличий в течении гастроэнтерологических заболеваний была показана сотрудниками НИИ медицинских проблем Севера в различных регионах Восточной Сибири. В итоге были сформулированы основные положения этно-экологической гастроэнтерологии, которые связывают в единое целое параметры окружающей среды с популяционными вариантами «технологии» пищеварения и распространенностью заболеваний (Цуканов В.В., 2006). В этой связи представляется актуальным исследование клинико-морфологических проявлений НР-ассоциированной патологии у азиатов и европейцев, проживающих в Казахстане.

Выводы. Клинические проявления НР-ассоциированной патологии у обследованных групп имели свои отличия. Среди европейцев в сравнении с азиатами превалировали жалобы на боли в эпигастрии, изжогу. Тогда как у азиатов чаще встречались диспепсические жалобы. Суточное рН-мониторирование не выявило выраженного гиперацидного состояния у азиатов, особенно в дневное время и в пищеварительный период, что, вероятно, следует принимать во внимание при планировании терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. Амстердам. 1993.
2. Баркалов С.В., Буторин Н.Н., Цуканов В.В. Частота атрофических изменений в антравальном отделе желудка у коренных и пришлых жителей Хакасии//Гастроэнтерология. СПб., 2005. № 1–2. С. 10.
3. Буторин Н.Н., В.В. Цуканов. Эндоскопическая диагностика и лечение раннего рака желудка//Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения: Матер. 5-й Вост-Сиб. гастроэнтерол. конф. с межд. участием. Красноярск, 2005. С. 104–109.
4. Ивашик В.Т., Шептулин А.А. Избранные лекции по гастроэнтерологии. М., 2001.
5. Ивашик В.Т., Миро Ф., Лапина Т.Л. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. М.: Триада-Х, 1999.
6. Аруин Л.И. Из 100 инфицированных H. pylori рак желудка возникает у двоих. Кто они?//Эксп. клин. гастроэнтерол. 2004. № 1. С. 12–18.
7. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht 3. 2005.

Тұжырым

M.A. Aldiyarova

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІК АЙМАҚТАРЫНДАҒЫ ХАЛЫҚТЫҢ
НР АССОЦИРЛЕНГЕН ПАТОЛОГИЯСЫНДА АСҚАЗАННЫҢ ШЫРЫШТЫ
ҚАБЫҒЫНЫң ҚЫШҚЫЛ БӨЛҮ ҚЫЗМЕТИНІҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Зерттелген топта НР-ассоциренген патологияның клиникалық көріністерінде ерекшеліктер кездесті. Европалықтардың арасында азиаттармен салыстырғанда эпигастрі аймагында ауру сезімдері жиे кездесті. Ал азиаттардың арасында диспепсиялық шағымдар жие айтылады. Тәуліктік pH-мониторлау азиаттардың арасында құндізгі астың қорытылу сағаттарында гиперацидті жағдайды анықтамады, сондыктан бұл жайттарды емді жоспарлағанда ескеру қажет.

Summary

M.A. Aldiyarova

FEATURES OF ACIDOGENIC FUNCTION OF THE GASTRIC MUCOSA
IN HP ASSOCIATED DISEASES IN THE POPULATION
OF SOUTHERN KAZAKHSTAN

Clinical manifestations of HP-associated disease in the examined groups had their differences. Among the Europeans, compared with Asians dominated complaints epigastric pain, heartburn. Whereas Asians were more frequent dyspeptic complaints. Ambulatory pH-monitoring revealed no pronounced giperatsidnyh status among Asians, especially in the daytime and in the digestive period, which is likely to be taken into account when planning treatment.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

ӘӨЖ 613.2.612.392.98:546.76(574.13)

*Т.К. КАРИМОВ, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА,
А.Н. ЗИНАЛИЕВА, А.Б. НАГМЕТОВА, Л.У. НИЯЗАЛИНА*

АҚТӨБЕ ХРОМ ҚОСЫНДЫЛАРЫ ЗАУЫТЫ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ
ЕМДІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТАМАҚТАНУЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒЛАУ

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік
медицина университеті, Ақтөбе қ.*

Ақтөбе қаласы мен облысында хром кенін өндеу және оны өмір қажеттілігіне үздіксіз, ретсіз пайдалану нәтижесінде хромның коршаган ортада көбеюімен си-

патталатын хромды биогеохимиялық тұрақты аймақ қалыптасты [1]. Хром өндірумен өңдеу өндірісінің кеңеюі оның қосылыстарымен көсіби байланыстағы адамдар санын арттыруды, сонымен қатар қоршаған ортаға шығарылатын хром қалдықтары да көбеюде. Бұл Ақтөбе облысы ғана емес, оған шекаралас Батыс Қазақстан мен Оңтүстік Орал тұрғындарына да қауіп төндіруде. Жыл сайын ауаға 9,6 мың тонна шамасында тұрлі хром қосындылары шығарылады. Елек өзені және басқа жолдар арқылы, балық шаруашылығында ерекше маңызды ие Жайық өзені бассейні ластануда. Сондықтан, хроммен улану қауіп аймақтық патологияға айналып, хром өндірісіндегі жұмысшылармен бірге барлық биогеохимиялық аймақтың тұрғындарына қауіп тудыруды [2, 3].

Экожүйелік көзқарастар бойынша хром тұрақты ластаушы зат қатарына жатады, осы ксенобиотиктер өсеріне ұшыраған тұрғындардың 90–95% ауруға шалдығады. Зауыттың жұмыс аймағындағы ауада алты валентті хром (Cr^{+6}) қосылыстары үшін шектеулі рұқсат етілген концентрация 0,01 мг/м³ бекітілген, бұл тұрғындар тұратын аймақтағы ауадағы бекітілген ШРЕК-тен 6,7 есе жоғары.

Жұмыс жасайтын тұрғындардың денсаулығын қорғау әлеуметтік-экономикалық тұрақты дамуының маңызды себепкөр шарты болып саналады. Ол жұмысшылардың сау-саламат және табысты өмір суроға мүмкіндік береді. Өндірістік орта әлі де адам денсаулығына зиянды болып келеді. Қолайсыз еңбек жағдайының тікелей салдары, этиологиясы химиялық болып келген көсіби аурулардың деңгейінің жоғарылығы болып табылады. Дұние жүзі тұрғындарының шамамен 40–50% жұмыс орында физикалық, химиялық, биологиялық, сондай-ақ психоәлеуметтік стресс факторларымен байланысты қауіптерге ұшырайды. Қазіргі уақытта жедел химиялық уланулар жалпы оқиғалар саны бойынша 3–4 орында, соның ішінде өліммен аяқталудың мөлшері бойынша 1-орында және қатерлі ісіктер мен миокард инфаркттердің өсерінен қайтыс болғандар санынан 2–3 есе, цереброваскулярлы аурулардан өлгендер шамасынан 13% дейін артты.

2009 жылғы Қазақстан Республикасының статистикалық мәліметтері бойынша жұмыс жасайтын тұрғындардың жалпы саны 4 млн жуық адамды құраған, соның 347,6 мың зиянды еңбек жағдайында жұмыс істейді, яғни барлық жұмысшылардың 20% астамы санитарлық-гигиеналық талаптарға сай емес жағдайда жұмыс жасайды. Жыл сайын 20 000 дейін келенсіз жағдайда тіркеледі, одан 300 ден 900 дейін адам қайтыс болады.

Көсіби аурулардың арасында тыныс алу мүшелерінің аурулары (39,2%), вибрациялық (12,7%), тірек-кимыл аппаратының (22,9%), есту жолдарының (7,6%) және жүқпалы аурулардың (13,6%) нозологиялық тұрларі басым болып келеді.

Хром қосылыстары қолайсыз пульмонотропты, мутагенді, канцерогенді, эмбриотоксикалық, тератогенді, органотоксикалық, гонадотропты және т.б. өсер етеді.

Техногендік сәтсіздік жағдайлардың артуына байланысты ағзадағы физиологиялық, биохимиялық, иммуногенетикалық үрдістерді реттеу және бакылау көкейтесті мәселе болып табылады және медицинада бүгінгі уақытқа дейін толық зерттелмеген, толық шешімін таба алмаған өзекті мәселелердің бірі.

Осы мақсатқа сай, экологиялық апарттар мен ластанулар салдарынан пайда болған тұрлі жүйелердің, мүшелер мен ағзалардың бұзылыстарын емдеу мен алдын-алу мақсатында өндіріс жұмысшыларына емдік профилактикалық тамақтандыруды үйімдестеру көсіби аурулардың алдын алу шараларының алдыңғы қатарына жатады.

Емдік профилактикалық тамақтандыру (ЕПТ) – өндіріс ортасының зиянды факторлары өсер ететін жұмысшыларды тамақтандыру, ол профилактикалық тамақтандырудың бір түріне жататын, адам ағзасының физиологиялық тосқауылдарын (тері, ас қорыту және тыныс жүйесінің кілегей қабаты) биотрасформация үрдістерін реттеп және ағзага түскен үйтты заттарды шыгаруға, мүшелер мен жүйелердің қызметін қалпына келтіріп, ағзаның антитоксикалық қызметін күштейтетін бірден бір фактор [4].

ЕПТ негізгі мақсаты кәсіби патологияның алдын алу, ағзаны қосымша нутрориенттер, физиологиялық балансты рационмен компенсацияланатын, детоксикациялық және элеминациялық қасиеттеріне байланысты.

Біздің аймақтағы хром өндірісі жұмысшыларына зиянды өсердің қарқындылығын баулату мақсатында 1977 жылы қабылданған ЕПТ 2а рационы қолданылуда.

Рационың сипаты: Рацион амин қышқылдарынан (триптофан, метионин, фенилаланин, гистидин) байытылған. Қосымша 100 мг аскорбин қышқылы, 2 мг ретинол, 15 мг никотин қышқылы және сілтілі минералды сулар берілді.

Адам ағзасындағы көптеген токсикалар заттар тотығу реакциялары өсеріне ұшырап, тотырып және гидролизге бауыр және басқа мүшелер мен жүйелер де ұшырайды. Кейбір химиялық қосылыштар немесе олардың метаболиттері ағзада әндогенді молекулалармен және бос радикалдармен (гиалурон, күкірт қышқылы, амин қышқылдары) әрекеттесіп улы емес ерігіш заттар түзіп, зәр, өт, дем арқылы шығарылады.

Зерттеу мақсаты: Ақтөбе хром қосындылары зауыты жұмысшыларының емдік профилактикалық тамақтандыруына гигиеналық баға беру.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу нысаны АХҚЗ «Юкон» сауықтыру орталығының асханаасының жұмысшыларының 2007–2009 жылдар аралығындағы рационы.

Зерттеу нәтижесі және оны талдау: Рационың химиялық құрамын бағалағанда ақуыз, май және көмірсулардың қарым-қатынасы 1,2:1:4,9 құрады.

Kесте

АХҚЗ «Юкон» сауықтыру орталығының асханаасының жұмысшыларының 2007–2009 жылдар аралығындағы ас мәзірінің макронутриенттік құрамы

Макронутриенттердің атауы	Рацион бойынша, г	2007	2008	2009	Орташа мәні
Ақуыз	52	58	50	54	54
Май	63	59	61	66	62
Көмірсу	156	177	160	170	169
Энергетикалық құндылығы, ккал	1400	1458	1385	1500	1447



АХҚЗ «Юкон» сауықтыру орталығының асханаасының жұмысшыларының 2007–2009 жылдар аралығындағы ас мәзірінің макронутриенттік құрамының көрінісі

Соңғы үш жылдын мәліметтерінде ас мәзірінің химиялық құрамын талдай келе ақуыз 6г, май 4,4г төмен, көмірсулар 21г артық екендігі анықталды. Энергетикалық құндылығы 1447 ккал құрады, 47 ккал қалыпты жағдайдан артық. Қосымша дәрумендер берілмейді. Қеконістер, жеміс-жидектер, шырындар, ірімшік және балық өнімдері сирек беріледі.

Алынған мәліметтерді қорыта келе жұмысшылардың рационында макронутриенттердің дисбалансы анықталып, ақуыз бен көмірсулардың жалпы калориялық құрамы жоғары екендігі анықталды.

Жұмысшылардың тамақтануын коррекциялау мақсатында берілетін ұсыныстар:

1. Балық, өсімдік майлары, сүт өнімдері, жармалар, қеконіс және жеміс-жидектермен ас мәзірін қеңейту.
2. А, С, РР, У дәрумендерін қосу.
3. Антиоксиданттар енгізу.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Каримов Т.К., Молдашев Ж.А., Засорин Б.В. О региональных особенностях влияния факторов окружающей среды на здоровье населения//Гигиена и санитария. 1991. № 11. С. 62–64.
2. Мамбеталина Е.С., Дощанова А.М., Курмангалиев О.М., Мамбеталин С.Е. Действие соединений хрома на мочеполовую систему. Алматы: Санат, 2000. 240 с.
3. Изтлеуов Е.М. Гонадопротекторная активность фитомасел при воздействии соединений хрома//Фармация Казахстана. 2007. № 6. С. 31–33.
4. Шарманов Е.Ш., Айджаланов М.М. Минимальные нормы потребления основных продуктов питания для различных половозрастных групп населения Республики Казахстан//Здоровье и болезнь. 2000. № 1 (8). С. 1–3.
5. Кулкыбаев Г.А. Проблема охраны здоровья работающего населения Республики Казахстан//Гигиена труда и медицинская экология. 2003. № 1. С. 3–11.

Резюме

T.K. Karimov, S.K. Bermagambetova, A.N. Zinaliyeva,
A.B. Nagmetova, L.U. Niyazalina

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАБОЧИХ АКТИЮБИНСКОГО ЗАВОДА ХРОМОВЫХ СОЕДИНЕНИЙ

Авторами статьи дана гигиеническая оценка лечебно-профилактического питания рабочих АЗХС. Изучены особенности питания рабочих основных профессий АЗХС, получавших лечебно-профилактическое питание 2а. В результате исследований установлено, что рацион не соответствует рекомендованным нормативам как в количественном, так и в качественном отношении.

Summary

T.K. Karimov, S.K. Bermagambetova, A.N. Zinaliyeva,
A.B. Nagmetova, L.U. Niyazalina

HYGIENIC ESTIMATION OF MEDICAL AND PREVENTIVE NUTRITION OF THE AKTYUBINSK PLAN OF CHROME COMPOUNDS WORKS

The peculiarities of nutrition of the Aktyubinsk plant of chrome compounds having medical and preventive nutrition in the form of hot breakfast. As a result it was established that 2a ration did not correspond to the norms qualitatively and quantitatively.

З.С. САДУОВ

РАДОН В ПРИРОДНОЙ И ЖИЛОЙ СРЕДЕ

*Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической
экспертизы и мониторинга, г. Алматы*

Территория Казахстана характеризуется напряженной радиологической обстановкой, обусловленной особенностями геологического строения, развитой уранодобывающей промышленностью, наличием испытательных полигонов ядерного оружия и большого количества научных и производственных организаций, использующих в своей работе различные радиоактивные изотопы.

В настоящее время изучается радиоэкологическая обстановка бывших ядерных полигонов, ареалы радиоактивного загрязнения техногенного происхождения. Изучению влияния природных (естественных) источников ионизирующих излучений в настоящее время не придается должного внимания.

Вместе с тем естественные источники создают значительные уровни радиации, влияющие в течение длительного времени на жизнедеятельность человека. Это вызывает, в конечном итоге, хронические заболевания и генетические изменения в организме.

Так, для населения Казахстана вклад природных источников ионизирующих излучений в коллективную дозу облучения на настоящее время составляет 80%, в том числе радон и продукты его распада – 50%.

Это связано с тем, что на значительных территориях Центрального, Северного, Восточного и Юго-Восточного Казахстана распространены интрузивные породы с повышенным кларковым содержанием естественных радионуклидов (ЕРН), имеются также обширные территории, входящие в зону тектонических разломов. Зоны с повышенной радиоактивностью и тектонические разломы с повышенным эманированием приводят к значительному увеличению концентрации радона и его дочерних продуктов распада в помещениях и их действие становится доминирующим в коллективной дозе населения.

В некоторых городах и поселках зарегистрированы до 70% обследованных домов с концентрацией радона, превышающей предельно допустимую концентрацию, (ПДК) – 200 Бк/м³. К ним относятся г. Жезказган, п.п. Акчатау, Актогай Карагандинской области, п. Арыкбалақ, г. Щучинск, г. Макинск, п. Балкашино Акмолинской области, г. Аксай Западно-Казахстанской области, п. Горный Северо-Казахстанской области.

На территориях Акмолинской и Карагандинской областей 64 населенных пунктов (районные центры, поселки районного подчинения) по геологическому критерию подпадают в потенциально опасные по радону зоны.

Зарегистрированы случаи, когда концентрация радона в почвах достигает значений до 300 000 Бк/м³, а концентрация в помещения – 6000 Бк/м³, а в ряде случаев и 12 000 Бк/м³, что превышает предельно допустимую концентрацию до 60 раз.

Концентрации почвенного радона на участках, где имеются повышенное содержание ЕРН и проходят тектонические разломы, высокие, доходят до нескольких сот кБк/м³. По геологическим критериям количество населенных пунктов в Казахстане, где концентрация почвенного радона выше 5 кБк/м³ с плотностью потока больше 50 мБк/м, достаточно много (около 200).

Основными источниками накопления радона в жилых помещениях являются: почвы и грунты, сформировавшиеся из высокорадиоактивных горных пород либо перекрывающие разломные радононосные системы; рудное сырье (урановые, редкоземельные руды и некоторые другие);

вода из радононосных водоисточников;
строительные материалы из высокорадиоактивных пород.

С начала 1970-х годов из числа всех источников ионизирующего излучения особое внимание стали уделять проблеме накопления радона в жилых помещениях. Это обусловлено тем, что по оценкам НКДАР ООН население промышленных регионов около 80% времени проводит внутри жилых и производственных помещений, поэтому и облучаются люди в основном внутри помещений.

Осознавая реальную опасность отрицательного влияния на население повышенных концентраций радона в условиях жилых помещений, во многих странах мира ведутся работы по ограничению облучения людей в рамках национальных или правительственные программ.

Швеция и Финляндия ввели в законодательном порядке допустимые пределы концентрации радона в домах. В 1986 г. национальные институты радиационной защиты в этих странах пришли к соглашению относительно единых рекомендаций по снижению уровня радона в домах.

В 1988 г. Конгресс США ввел в действие контрольный закон об уменьшении концентрации радона в зданиях (IRAA). Этот закон вводит ряд новых положений, направляющих усилия Агентства Охраны Окружающей Среды (AOOC) на решение проблемы радона в США а также ставит общенациональную задачу: концентрация Rn-222 в воздухе внутри домов не должна превышать его концентрации в окружающем воздухе вне зданий.

В 1994 г. правительство России одобрило Федеральную целевую программу снижения уровня облучения населения России и производственного персонала от природных радиоактивных источников на 1994–1996 гг. (программа «Радон»). Она была пролонгирована до 2000 года.

В настоящее время во многих других промышленно развитых странах существуют различные национальные программы по определению степени влияния радонового облучения на организм человека и принимаются меры по защите населения.

Что касается Казахстана, то из-за неорганизованности работы в государственном масштабе, отсутствия средств, аппаратурно-методической и метрологической оснащенности фактически не проводятся комплексные исследования содержания и влияния радона на здоровье населения даже в тех областях, где геологическая структура залегаемых пород и наличие тектонических разломов дает основание ожидать превышение допустимых уровней содержания радона в жилых и общественных зданиях. На территории Республики Казахстан комплексные исследования, позволяющие получить обобщенные данные о влиянии радона в условиях жилых и производственных помещений на заболеваемость населения, были проведены только в пос. Акчатау Карагандинской области. Установлено, что заболеваемость жителей пос. Акчатау болезнями органов дыхания, нервной системы, органов чувств и системы кровообращения выше в 2,9 раза, чем в среднем по району и в 1,8 раза – по области. На основе оценки реальных неблагоприятных факторов воздействия на население в пос. Акчатау проводились активные мероприятия по снижению и улучшению радиационной обстановки жилого сектора и производственных условий. Эти меры принимались на основе «Временных критериев для принятия решений по ограничению облучения населения от природных источников – ионизирующих излучений (КПР-93)». Аналогичные исследования и мероприятия надо проводить и в других радиоопасных регионах. Кроме того, необходимо создать национальную нормативно-методическую базу по этому вопросу.

Немногочисленные данные наших исследователей свидетельствуют о наличии повышенной концентрации радона в некоторых жилых помещениях, но требуется полная объективная оценка лучевых нагрузок на все население Казахстана для принятия обоснованных решений по их снижению.

Проведенная Научным комитетом по действию атомной радиации при ООН оценка значимости природных источников радиации, их воздействия на человека и

окружающую среду показала, что 40% суммарного вклада приходится на радиоактивный газ – радон и дочерние продукты его распада (см. диаграмму).



Среднемировые относительные вклады в коллективную дозу облучения населения различных источников ионизирующего излучения

Средние дозы для населения конкретной территории, регионов отдельных стран или населенных пунктов могут существенно отличаться от приведенного мирового среднего показателя. Среднегодовая доза облучения населения Республики Казахстан составляет 4,2 мЗв на 1 человека. Эта доза складывается из следующих источников облучения:

внешнее облучение от естественно радиационного фона 0,7–1,8 (в среднем 1,25, среднемировое значение 0,65 [4]) мЗв/год;

внутреннее облучение от радона и продуктов его распада 1–3 (в среднем 2, среднемировое значение 1,2) мЗв/год;

глобальные выпадения продуктов ядерных взрывов 0,02 (среднемировое значение 0,15) мЗв/год;

медицинские рентгенорадиологические процедуры 0,92 мЗв/год. Итого: 4,2 мЗв/год.

Как видно из приведенных значений, основной вклад в дозу облучения населения на настоящее время вносят природные источники ионизирующих излучений – 80%, в том числе радон и продукты его распада – 50%.

Радон – продукт распада радия, бесцветный природный газ, не имеющий запаха, в 7,5 раза тяжелее воздуха, химически инертный. Говоря о радоне, подразумевают прежде всего радон-222. Ядра радона-222 при радиоактивном распаде излучают альфа-частицы, превращаясь в ядра полония-218, при альфа-распаде которых получается свинец-214. При бета-распаде этого радионуклида образуется висмут-214, который, в свою очередь, превращается в полоний-214, испуская бета-частицу. При альфа-распаде последнего возникает относительно долгоживущий свинец-210 (с периодом полураспада 19,4 года) и далее – стабильный изотоп свинца-206 в качестве конечного продукта. Сам радон химически инертен, но ионизированные продукты его распада (радионуклиды полония, висмута, свинца) сорбируются пылью и влагой, образуя альфа-радиоактивные аэрозольные частицы. Наиболее опасны аэрозоли сумбикронных размеров, которые могут проникать в верхние дыхательные пути и оседать в них, создавая локальные источники альфа-облучения клеток.

В ходе предупредительного и текущего санитарного надзора областными центрами санитарно-эпидемиологической экспертизы проводятся работы по исследованию радона. За 2010 год выполнено 110 634 (74 523 – в 2009 г.) замеров радона, из них выявлено с превышением допустимых уровней 64 замеров (27 – в 2009 г.).

В том числе выполнено замеров на территории жилой застройки 12 174 (6135 – в 2009 г.). ЭРОА и ДПР при приемке в эксплуатацию зданий и сооружений 60 030 (51 434 – в 2009 г.). В воздухе рабочей зоны 291 (10 083 – в 2009 г.)

В Алматинской области на территории Басшийского сельского округа в 45 пробах почвы выявлено превышение радона.

В Акмолинской области выявлены районы (участки) с повышенным содержанием радона: Сандыктауского района СШ с. Балкашино – до 1022 Бк/м³, в детском саду п. Шантобе – до 888 Бк/м³, в здании налогового комитета г. Кокшетау – 340 Бк/м³.

В городе Алматы выявлено превышение в двух замерах концентрации радона в гимназии № 19 им. М. Бегалиевой.

В городе Астане установлены превышения допустимых уровней в 9 жилых домах (новостройках), при этом обнаруженные концентрации ЭРОА ДПР колеблются от 249 до 1150 Бк/м³.

По всем выявленным фактам превышения допустимых уровней специалистами ДКГСЭН МЗ РК областей были выданы рекомендации по защите помещений от проникновения радиоактивного газа радона и режиму проветривания.

Согласно Нормам радиационной безопасности (НРБ-99), в эксплуатируемых зданиях среднегодовая эквивалентная равновесная объемная активность дочерних продуктов радона и торона в воздухе жилых помещений не должна превышать 200 Бк/м³. При более высоких значениях объемной активности необходимо проводить комплекс радонозащитных мероприятий:

- 1) интенсивное проветривание подвальных помещений или создание промежуточного продуваемого пространства между подвалом и жилыми помещениями;
- 2) изменение объемно-планировочных и конструктивных решений, обеспечивающих минимальное использование строительных материалов с повышенными радиоактивностью и радонвыделением;
- 3) герметизация оконных и дверных проемов, обеспечение раздельной, в том числе принудительной, вентиляции помещений, независимо для каждого этажа;
- 4) настилка на пол линолеума без подкладки (которая может накапливать продукты распада радона);
- 5) покрытие пола масляной краской (не менее 3 слоев);
- 6) оклейка стен обоями (снижение проникновения радона – около 30%);
- 7) облицовка стен и полов пластиком (поступление радона уменьшается примерно в 10 раз).

Если после проведения комплекса радонозащитных мероприятий среднегодовая эквивалентная объемная равновесная активность радона в помещениях будет превышать допустимые уровни, то необходимо решать вопрос о переселении жильцов (с их согласия) и перепрофилировании или сносе здания.

Тұжырым

З.С. Садуов

РАДОН ТАБИФИ ЖӘНЕ АДАМ ТҮРАТАЫН ОРТАДА

«Қазақстан тұрғындарының және өндірістік қызметкерлердің табиги радиоактивтік көздерден сәулелену деңгейін төмендету» туралы мемлекеттік бағдарламасын Қазақстан Республикасы Үкіметімен қабылдан және бекіту керек.

Summary

Z.S. Saduov

RADON IN A NATURAL AND LIVING ENVIRONMENT

The Government of the Republic of Kazakhstan should accept and approve the state target program “Reducing of Kazakhstan public and production staff from natural radioactive sources exposure”.

Г.М. ТЫКЕЖАНОВА, М.А. МУКАШЕВА

**СОДЕРЖАНИЕ МЕТАЛЛОВ В ЗЛАКОВЫХ КУЛЬТУРАХ
И МЯСОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТАХ г. ТЕМИРТАУ**

Карагандинский государственный университет им. Е.А. Букетова

Для определения металлов в злаковых культурах были определены близлежащие сельхозугодья, где выращивались пшеница, овес, ячмень. Эта земля принадлежит поселку Ленинский.

По среднему значению высокое число по содержанию никеля в злаковых культурах было обнаружено в овсе – 1,9 мг/кг, тогда как ПДК составляет 0,5 мг/кг сухой массы (рис. 1). В анализе на содержание меди среди злаковых культур высокое среднее значение было выявлено у пшеницы – 6,3 мг/кг, тогда как ПДК составляет 5 мг/кг сухой массы. Результаты на содержание цинка в пшенице показали высокое среднее значение относительно ПДК, это 33,3 мг/кг сухой массы против 25 мг/кг. Содержание свинца в злаковых культурах по среднему значению было выше ПДК, в овсе, ячмене и пшенице – в 19; 8,4 и 3,75 раза соответственно.

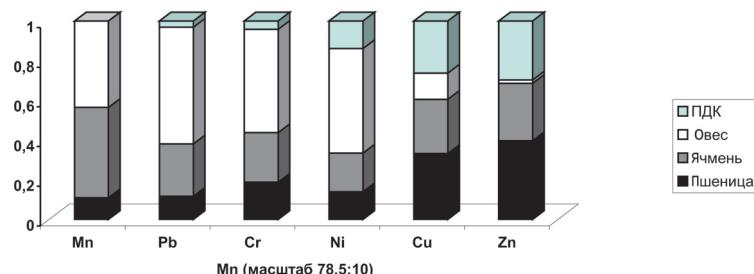


Рис. 1. Содержание металлов в злаковых культурах

Анализ результатов, полученных в ходе исследований на содержание металлов в сене, показал (рис. 2), что самое высокое среднее значение было у марганца – 129, затем цинк – 12,6, медь – 5,2, свинец – 3,3, хром – 2,1 и никель – 0,8 мг/кг.

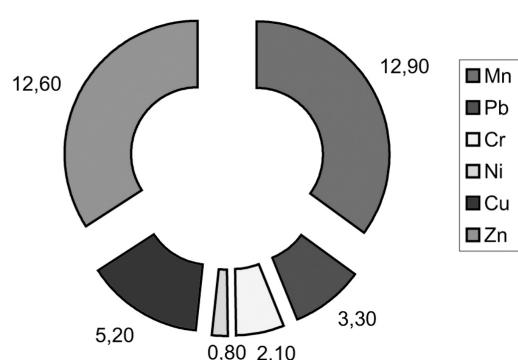


Рис. 2. Содержание металлов в сене, мг/кг

процесс накопления меди – в 1,6 ПДК. В твороге медь имела увеличение в 2,8 ПДК, в молоке было выявлено снижение меди в 1,6 ПДК (рис. 3).

Анализ лабораторных данных по содержанию металлов в молочных и мясных продуктах показал, что в изучаемых пробах присутствует разнообразная тенденция к накоплению металлов относительно гигиенического норматива. Наши исследования показали, что содержание металлов в мясе имеет незначительную разницу с гигиеническими нормативами, только концентрация хрома ниже ПДК в 2 раза. По содержанию хрома в твороге и молоке было выявлено незначительное снижение. Содержание меди снижено в мясе – 2,2 ПДК, а в печени шелено – 1,6 ПДК.

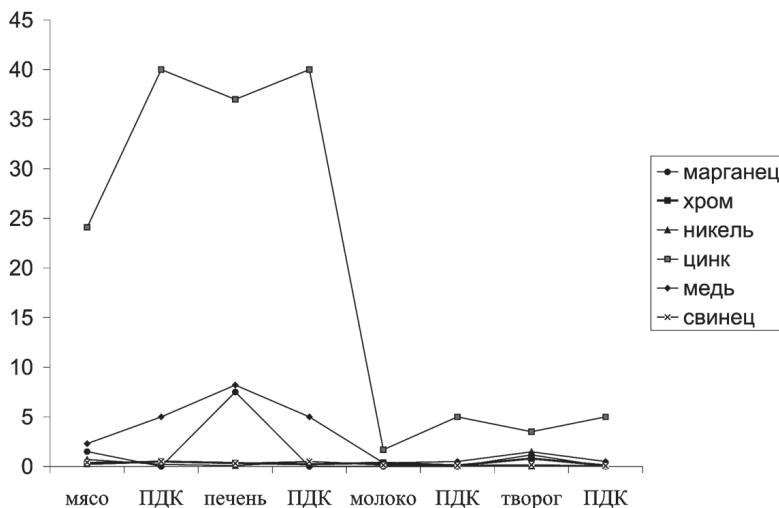


Рис. 3. Содержание металлов в мясомолочных продуктах (мясо – мг/кг; молоко – мг/л)

Анализ результатов по цинку на мясомолочные продукты выявил снижение данного элемента в мясе и печени – 1,6 ПДК, в твороге и молоке – 1,6; 3,1 ПДК. Содержание свинца в мясных продуктах незначительно снижено, приблизительно в 1,4 ПДК, а в молочных продуктах, таких как творог, было выявлено увеличение в 2 ПДК.

Результаты исследования по содержанию металлов в молочных и мясных продуктах питания относительно ПДК выявили, что накопление металлов в мясе и молоке не превышает ПДК. В твороге наибольшее накопление идет со стороны хрома – в 18,4 и меди – в 2,9 раза.

Таким образом, уровень суммарного показателя превышал единицу, что не соответствует норме. Молочные продукты, полученные от животных, пасущихся на пастбищах, которые прилегают к территории г. Темиртау, можно считать «сильно загрязненными металлами».

В наименьшей степени накопление металлов было зафиксировано в самом мясе. Проведенные исследования показали, что атмосферный воздух, почва, сельхозпродукция, в том числе мясомолочные продукты не соответствуют гигиеническим требованиям и характеризуются наличием вредных факторов.

В соответствии с гигиеническим международным стандартом (ИСО 1444) требуется определение величины риска в зависимости от уровня загрязнения.

Содержание металлов в мясе, молоке, твороге по отношению к ПДК

Показатель	Zn	Cu	Cr	Ni	Pb
Мясо	24,1	2,28	0,25	0,07	0,44
ПДК	40	5	0,5	0,2	0,5
Кратность	1,6	2,1	2	2,8	1,1
Молоко	1,69	0,35	0,38	0,22	0,13
ПДК	5	0,5	0,1	0,1	0,1
Кратность	2,9	1,4	0,2	0,4	0,7
Творог	3,54	1,47	1,84	0,04	0,17
ПДК	5	0,5	0,1	0,1	0,05
Кратность	1,4	2,9	18,4	2,5	0,05

Таким образом, при анализе результатов было выявлено, что из молочных продуктов наибольшее загрязнение металлами наблюдалось в твороге, молоке. Из злаковых культур наибольшее накопление тяжелых металлов было выявлено в пшенице, овсе, ячмене и сене (по убыванию).

Тұжырым

Г.М. Түкекжанова, М.А. Мұқашева

ТЕМІРТАУ ҚАЛАСЫНЫҢ ДӘНДІ Дақылдарды мен ЕТ-СҮТТИ
ӨНІМДЕРІНДЕ МЕТАЛДАРДЫҢ ҚҰРАМЫ

Дәнді дақылдарда металдарды анықтау үшін жақын аймақтағы бидай, сұлы мен арпа өсіретін ауылшаруашылық мекемелер анықталды. Нәтижелерге сараптама жасау барысында, сүт өнімдерінен ірімшік пен сүтте металдармен ластану ең жогары деңгейде екені анықталды. Ал дәнді дақылдарда ауыр металдармен ластану азаю бойынша бидай, сұлы, арпа мен пішенде болатыны анықталды.

Summary

G.M. Tukezhanova, M.A. Mukasheva

CONTENTS METAL IN CEREAL CULTURE,
MEAT AND MILK PRODUCT TOWN FEEDING TEMIRTAU

For determination metal in cereal culture were determined is it beside foundland facilities, where were grown – a wheat, oats, barley. Thereby, at analysis result was revealed from milk products most contamination metal existed in pot cheese, milt. From cereal cultures most accumulation heavy metal was revealed in wheat, barley and hay.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 613662131122

*А.М. ТОЛЕМИСОВА, К.Х. АБДИЖАППАРОВА,
Д.Б. КАЛЫГУЛОВ, Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ
ПРОИЗВОДСТВЕННОГО МИКРОКЛИМАТА ТЭЦ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

В процессе трудовой деятельности рабочие основных профессий ТЭЦ наряду с шумом и вибрацией подвергаются воздействию параметров микроклимата, освещенности и запыленности.

Производственный микроклимат котельно-турбинных цехов современных тепловых электростанций характеризуется высокой температурой и скоростью движения воздуха, на отдельных производственных участках – интенсивным излучением и значительными температурными перепадами. Как показали исследования, особо неблагоприятные микроклиматические условия имеют место в котельно-турбинных цехах, что обусловлено наличием значительного числа основного и вспомогательного оборудования, ограждений, перекрытий, температура поверхностей которых существенно превышает гигиенические нормативы.

По итогам инструментальных замеров, интенсивность теплового излучения на отметках: 0, +2, +6, +14, +18, +26, +28 от 1,2 до 4,8 раза превышает допустимый регламент.

Как следует из таблицы 2, температура воздуха в топливотранспортном цехе по усредненным данным составляет 32,1°C при относительной влажности 26,3% и скорости движения воздуха 0,6 м/с. По гигиеническим критериям параметры микроклимата на рабочих местах машиниста топливоподачи относятся к 2-му классу вредности и опасности.

Средняя температура воздуха в котельно-турбинном цехе составила 34,2°С при относительной влажности 30,2% и скорости движения воздуха 0,5 м/с. Параметры микроклимата на рабочих местах оператора котельно-турбинного оборудования по гигиеническим критериям относятся ко 2-му классу вредности и опасности.

Температура воздушной среды в цехе химвodoочистки в среднем находится на уровне 31,9°С при относительной влажности 45,5% и скорости движения воздуха 0,5 м/с. По гигиеническим критериям показатели микроклимата на рабочих местах оператора химвodoочистки относятся к 2-му классу вредности и опасности.

Температура воздуха на рабочих местах оператора котельно-турбинного оборудования была достоверно выше ($p<0,01$), чем у машиниста топливоподачи и оператора химвodoочистки.

Скорость движения воздуха на рабочих местах машиниста топливоподачи была достоверно выше ($p<0,001$), чем у операторов котельно-турбинного оборудования и химвodoочистки.

Таким образом, производственный микроклимат рабочих зон основных цехов ТЭЦ характеризуется высокой температурой воздуха, большими температурными перепадами, пониженной относительной влажностью. На ряде производственных участков имеют место значительные скорости движения воздуха.

Таблица 1
Параметры микроклимата на рабочих местах основных профессий ТЭЦ

Наименование профессии	Показатели микроклимата					
	Температура воздуха, °С		Относительная влажность, %		Скорость движения воздуха, м/с	
	M	±m	M	±m	M	±m
Машинист топливоподачи	32,1	±1,27	26,3	±0,2	0,6	±0,002
Оператор котельно-турбинного оборудования	34,2	±0,36	30,2	±0,35	0,5	±0,002
Оператор химвodoочистки	31,9	±0,7	45,5	±2,31	0,5	±0,002

В ТЭЦ большое значение имеет рациональное искусственное освещение на рабочих местах. Основных трудовые операции требуют освещенности 200 лк. Состояние зрительных функций находится в большой зависимости от количественных и качественных характеристик освещения. Неправильная организация освещения ведет к увеличению утомляемости рабочих, снижает их производительность труда.

В топливотранспортном, котельно-турбинном цехах и в цехе химвodoочистки ЗАО ТЭЦ освещение смешанное (совмещенное): боковое естественное и общее искусственное, выполненное люминесцентными лампами. Как видно из таблицы 3, освещенность на рабочих местах машиниста топливоподачи составляет 45 лк, оператора котельно-турбинного оборудования – 103 лк, что в 2 раза ниже ПДУ, а у аппарачика химвodoочистки показатели освещенности составляют 390 лк и соответствует ПДУ. По гигиеническим критериям параметры освещенности на рабочих местах машиниста топливоподачи и оператора котельно-турбинного оборудования относятся ко 2-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Уровень освещенности на рабочих местах оператора химвodoочистки был достоверно выше ($p<0,001$), чем у машиниста топливоподачи и оператора котельно-турбинного оборудования.

Таблица 2

Параметры освещенности и содержания пыли на рабочих местах рабочих основных профессий ЗАО ТЭЦ

Наименование профессии	Освещенность, в лк			
	Среднесменная конц. пыли, мг/м³		Машинист топливоподачи	
	M	±m	M	±m
Машинист топливоподачи	45	±2,4	16,51	±2,83
Оператор котельно-турбинного оборудования	103,7	±5,62	4,31	±0,82
Оператор химводоочистки	390,0	±22,0	4,12	±1,03

Как следует из таблицы 2, среднесменные концентрации пыли в воздухе рабочей зоны машиниста топливоподачи, в среднем составляя 16,5 мг/м³, в 2,5–3,0 раза превышали ПДК и соответствовали 2-й степени 3-го класса вредности и опасности.

На рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования и химводоочистки среднесменные концентрации пыли колебались в пределах от 4,1 до 4,3 мг/м³, что не превышает ПДК.

По гигиеническим критериям уровня запыленности на рабочих местах котельно-турбинного оборудования и химводоочистки относятся ко 2-му классу вредности и опасности.

Среднесменные концентрации пыли на рабочих местах машиниста топливоподачи были достоверно выше ($p<0,001$), чем у операторов котельно-турбинного оборудования и химводоочистки.

Таким образом, рабочие основных профессий ЗАО ТЭЦ трудятся в условиях воздействия на организм комплекса неблагоприятных факторов производственной среды, основными и наиболее вредными из которых являются шум, вибрация и пыль. Сравнительный анализ результатов выполненных исследований с гигиеническими критериями позволяет условия труда рабочих основных профессий ТЭЦ отнести к 3-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Тұжырым

A.M. Толемісова, Қ.Х. Абдижаппарова, Д.Б. Қалығұлов, Б.К. Сүлейменов

ЭЛЕКТРЛІ ЖЫЛЫТУ ОРТАЛЫҚТАРЫ ӨНДІРІСТІК МИКРОКЛИМАТЫНЫҢ НЕГІЗГІ ФАКТОРЛАРЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМА

Электрлі жылдыту орталықтарындағы жұмысшылар негізгі кәсіптерімен байланыстағы жұмыстарын атқару барысында шу және дірілден басқа да жеткіліксіз жарықтану және шаң түріндегі микроклиматтық параметрлердің ықпалында болады.

Summary

A.M. Tolemisova, K.H. Abdigapparova, D.B. Kalygulov, B.K. Suleymanov

**HYGENIC FEATURE MAIN FACTOR
PRODUCTION MICROCLIMATE TEC**

In process of labor activity worker main profession TEC alongside with noise and vibrations are subjected to the influence a parameter microclimate, luminosity.

К.Х. АБДИЖАППАРОВА, А.М. ТОЛЕМИСОВА

**НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА
РАБОТНИКОВ ТЭЦ**

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

В течение смены работники ТЭЦ находятся под воздействием повышенного уровня шума и вибрации, что обуславливает создание неблагоприятного производственного режима в данной отрасли.

Шум на рабочих местах основных профессий ТЭЦ является сложным колебательным процессом, действующим на рабочих, как правило, постоянно по времени и уровню.

Установлено, что шум является основным неблагоприятным фактором в труде машиниста топливоподачи, операторов котельно-турбинного оборудования и аппаратчика химводоочистки, который характеризуется широкополосным спектром с преобладанием акустической энергии в области низких, средних и высоких частот. Анализ спектральных кривых акустических колебаний на рабочих местах позволил установить, что эквивалентные (по энергии) октавные спектры и уровни шума зависят от типа оборудования и выполняемого технологического процесса.

Основными источниками шума в турбинном отделении являются электродвигатели конденсатных, питательных насосов, подогревателей низкого и высокого давления, коллектор дренажей, генератор, турбина, редукционно-охладительные установки, парогазопроводы и связанные с ними узлы регулировки и т.д., в котельном отделении – мельницы помола угля, в особенности шаровые, агрегаты золошлакоудаления, дымососы, дутьевые вентиляторы. Существенными источниками шума в котельно-турбинных цехах являются многочисленные системы приточно-вытяжной вентиляции, кондиционирования воздуха.

На некоторых производственных участках электростанций имеются так называемые вторичные источники шума. Издаваемый ими звук возникает за счет передающейся от других источников вибрации и отражения звуковой волны. К таким источникам шума относятся, в частности, листовые перекрытия лестничных маршей, смотровых площадок, люфтов оснований. Значительная звуковая волна возникает в результате отражения от металлических кожухов оборудования, железобетонных поверхностей потолка, стен, пола, стекол оконных проемов. Нередко дополнительный шум возникает при неисправности оборудования или аварийных случаях: утечке пара, резких перепадах давления в трубопроводах, временном снятии кожухов с генераторов турбин, коллекторных агрегатов возбудителей, при срабатывании аварийных клапанов и продувке паропроводов, выбросе пара в атмосферу при растопке котлов.

Уровни шума в котельно-турбинных цехах, как показали исследования, находятся в определенной зависимости от мощности оборудования, вида используемого топлива, конструкции ТЭЦ.

Одним из ведущих цехов ТЭЦ является цех химической водоочистки, где осуществляется очистка воды от солей, минеральных, механических примесей, прежде чем она подается в пароводяной тракт станции. Характеристика шума на различных производственных участках цеха химической водоочистки, как правило, не превышает гигиенических нормативов. Исключение составляют помещения насосных станций и лабораторий, расположенных непосредственно в котельно-турбинном цехе, где интенсивность шума может достигать 97 дБ А.

Все эти вопросы требуют тщательной гигиенической оценки, разработки и внедрения оздоровительных мероприятий.

Как следует из таблицы, при работе оборудования, установленных в топливотранспортном цехе, генерируется интенсивный шум, спектр которого носит широкополосный характер, с максимумом акустической энергии в области низких и средних частот. Эквивалентные (по энергии) уровни шума колеблются в пределах 106 дБ А, превышая ПДУ на 26 дБ А. Уровни шума на рабочих местах машиниста топливоподачи по гигиеническим критериям относятся к 4-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Эквивалентные уровни шума и вибрации на рабочих местах основных профессий

Наименование профессии	Шум в дБ А			
	Эквивалентный уровень вибрации		Машинист топливоподачи	
	M	±m	M	±m
Машинист топливоподачи	106	±0,55	110,0	±0,6
Оператор котельно-турбинного оборудования	103	±0,09	117,4	±0,2
Оператор химводоочистки	95	±0,21	117,0	±0,9

Шум на рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования носит широкополосный характер, с максимумом акустической энергии в области октавных полос 63–1000 Гц. Эквивалентные (по энергии) уровни шума колеблются в широких пределах 103 дБ А, превышая ПДУ на 23 дБ А. По гигиеническим критериям уровни шума на рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования относятся к 3-й степени 3-го класса вредности и опасности.

В цехе химводоочистки генерируется интенсивный шум с максимумом спектральной кривой в области октавных полос 1000–8000 Гц. Эквивалентные (по энергии) уровни шума составляют 95 дБ А, превышая ПДУ до 15 дБ. По гигиеническим критериям уровни шума на рабочих местах аппарата химводоочистки относятся ко 2-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Как показали исследования, уровень вибрации на большинстве рабочих участков основных цехов ТЭЦ превышает гигиенические нормативы. Превышение допустимых величин имеет место в турбинном отделении и тракта топливоподачи. Источниками интенсивной вибрации в турбинном отделении являются генераторы, возбудители, питающие электронасосы, в котельном – электродвигатели мельниц помола угля, в топливотранспортном – электродвигатели приводных станций. В турбинных отделениях превышение колебательной скорости вибрации отмечено в зонах, примыкающих к местам крепления генераторов (отметки +9, +8, +3,5). Интенсивность возникающей здесь вибрации зависит от мощности оборудования, конструктивных особенностей агрегатов, характера монтажа и взаимного расположения генераторов и рабочих мест.

Как следует из таблицы, спектры вибрации на рабочих местах основных профессий ЗАО ТЭЦ носят средне-, высокочастотный характер с максимумом колебательной энергии в области октавных полос 1–16 Гц и зависят от типа оборудования и выполняемого технологического процесса.

Спектры вибрации на рабочих местах носят средне- и высокочастотный характер с максимумом колебательной энергии в октаве 16 Гц. Корректированные

уровни общей вертикальной вибрации на рабочих местах машиниста топливоподачи колеблются в пределах 117 дБ и превышает ПДУ на 17 дБ. По гигиеническим критериям их следует отнести к 3-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Спектры вибрации на рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования носят выраженный высокочастотный характер. Корректированные уровни общей вертикальной вибрации на рабочих местах упомянутой профессий колеблются в пределах 117,4 и превышает ПДУ на 17 дБ. Уровни вибрации на рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования по гигиеническим критериям относятся к 3-й степени 3-го класса вредности и опасности.

На рабочих местах оператора химвodoочистки спектры общей вертикальной вибрации носят среднечастотный характер. Эквивалентные корректированные уровни общей вертикальной вибрации на рабочих местах операторов химвodoочистки колеблются в пределах от 110 дБ и превышают ПДУ на 10 дБ. По гигиеническим критериям уровни вибрации относятся ко 2-й степени 3-го класса вредности и опасности.

Эквивалентные корректированные уровни общей вертикальной вибрации на рабочих местах операторов котельно-турбинного оборудования были достоверно выше, чем у машиниста топливоподачи и оператора химвodoочистки. На рабочих местах машиниста топливоподачи эквивалентные корректированные уровни общей вертикальной вибрации были достоверно выше, чем у оператора химвodoочистки.

Таким образом, работники основных профессий ТЭЦ подвергаются воздействию комплекса неблагоприятных факторов, наиболее вредными из которых являются шум и вибрация.

Тұжырым

K.X. Абдигапарова, A.M. Толемісова

ЭЛЕКТРЛІ ЖЫЛЫТУ ОРТАЛЫҚТАРЫНДА ҚАЛЫПТАСҚАН ЕҢБЕК
ЖАҒДАЙЛАРЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ САРАПТАМА

Электрлі жылдыту орталықтарындағы жұмысшылар тәулік бойында жоғарғы дөрежедегі шу мен дірілдің ықпалында болып, осы кәсіпорындағы жайсыз өндірістік жағдайлардың калыптасуының басты себебі болуда.

Summary

K.H. Abdigapparova, A.M. Tolemissova

HYGENIC ESTIMATION OF THE LABOUR TEC CONDITIONS

During change workmen TEC are found under influence raised level of the noise and vibrations that making the disadvantage production mode in given to branches.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК (635-14+613.26) -034 (574.31)

M.A. МУКАШЕВА

ОСОБЕННОСТИ НАКОПЛЕНИЯ МЕТАЛЛОВ В ПОЧВЕ
И РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ
пос. ЛЕНИНСКИЙ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Карагандинский государственный университет им. Е.А. Букетова

Почва города Темиртау отличается низким геохимическим фоном по многим биологически важным микроэлементам. Пространственная вариабельность содержания металлов в почвенном покрове исходно определяется типом и антропоген-

ной нагрузкой на почвенный покров. Поэтому мы посчитали необходимостью изучить качественный и количественный состав почвы и продукты питания на содержание металлов.

Территория дачных участков располагается на окраине города в юго-западной и юго-восточной частях. Часть приусадебных участков находится в районе «Старого города» и является территорией города. Поселок Ленинский находится на расстоянии 10 км от города Темиртау и взята как «фон». Концентрацию металлов в овощах сравнивали с ПДК, при отсутствии ПДК сравнивали с «фоновыми» величинами.

Содержание металлов в овощах «Старого города» показало накопление хрома во всех обследуемых овощах (табл. 1). Так, в капусте содержание хрома составляло по сравнению с ПДК 3,75; в картофеле – 2,5; в луке – 2,25.

*Таблица 1
Кратность превышения ПДК металлов в овощах «Старого города»*

Показатель	Cr	Ni	Zn	Cu	Pb	$K_{\text{компл.}}$
Лук	2,25	0,48	0,298	0,11	0,22	3,35
Картофель	2,5	0,9	0,15	0,34	0,3	4,19
Капуста	3,75	0,4	0,07	0,07	0,62	4,91
Огурцы	0,55	0,18	0,056	0,074	0,24	1,1
$K_{\text{сум.}}$	9,05	0,574	0,594	1,38	13,558	

Суммарное накопление в овощах по хруму составляло 9,05. Кратность превышения ПДК никеля и свинца не превышала единицы, однако по суммарному накоплению была выше единицы и равнялась 1,96 и 1,38 соответственно. Комплексное содержание металлов в овощах (лук, картофель, капуста, огурцы) превышало единицу.

Концентрация меди в овощах дачных участков была ниже фона в 5,2 и 7,6 раза соответственно в луке и огурцах. Содержание меди в картофеле, томатах и моркови было выше фона. В капусте и свекле содержание меди практически не имело различий (рис. 1). Кратность превышения составляла 10,6.

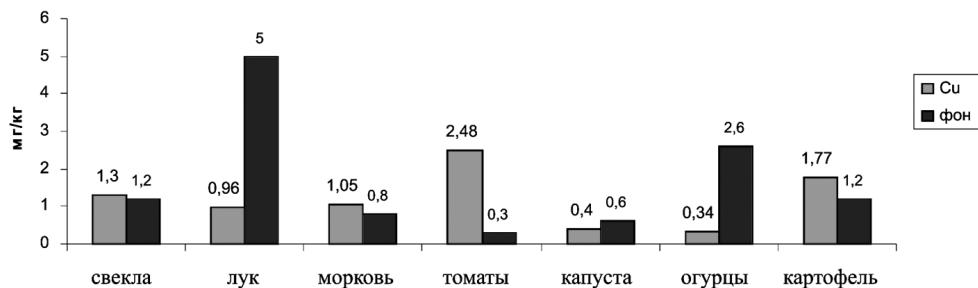


Рис. 1. Содержание меди в овощных культурах, выращенных на дачных участках, относительно фона, мг/кг

Проведя анализ накопления металлов в свекле, моркови и томатах, наблюдали самую высокую кумуляцию металлов в томатах, далее моркови и свекле (рис. 2).

По нашим результатам, было выявлено значительное снижение таких эссенциальных микроэлементов, как Zn, Cu.

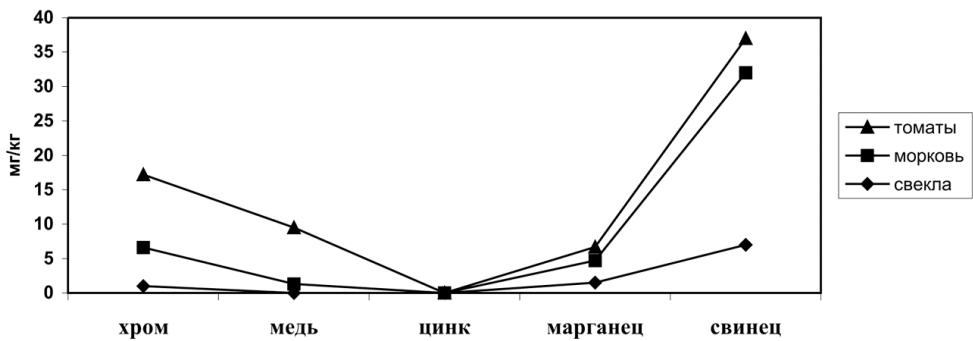


Рис. 2. Динамика накопления металлов в овощных культурах, выращенных на огородах дачных участков, мг/кг

Анализ полученных результатов на содержание меди в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», показал, что идет снижение количества данного элемента в следующих культурах: в луке, картофеле, капусте – в 4,2; 1,4; 1,5 раза соответственно. В огурцах содержание меди было снижено относительно фона в 7 раз, в томатах – в 2 раза, в свекле и моркови – в 1,4 раза (рис. 3).

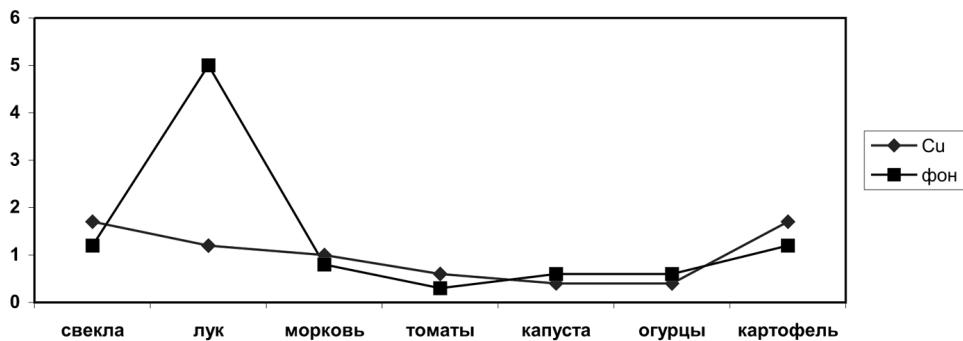


Рис. 3. Среднее и фоновое содержание меди в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», мг/кг

Анализ полученных результатов на содержание цинка в овощных культурах, выращенных в районе «Старого города» выявил значительное снижение цинка в томатах и капусте – 8,2 и 7,7 раза соответственно. В таких культурах, как морковь, картофель, свекла снижение концентрации цинка относительно фона было соответственно – в 6,6; 5,6; 4,6 раза (рис. 4). В 5,3 раза ниже было содержание цинка в огурцах.

Концентрация свинца в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», превышала «фон» в томате и в свекле в 15 раз (рис. 5). В капусте превышение регистрировалось на уровне 10 фона, картофеле, огурцах, луке превышение было выявлено на уровне 1,8; 1,5 и 0,1 фона соответственно.

По суммарному содержанию металлов в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», было выявлено, что накопление металлов имеет следующую последовательность: максимальное накопление: лук – свекла – морковь – картофель – капуста – томаты – огурцы соответственно 128,9 – 22,1 – 12,8 – 8,31 – 5,5 – 2,75 – 2,45 (рис. 6).

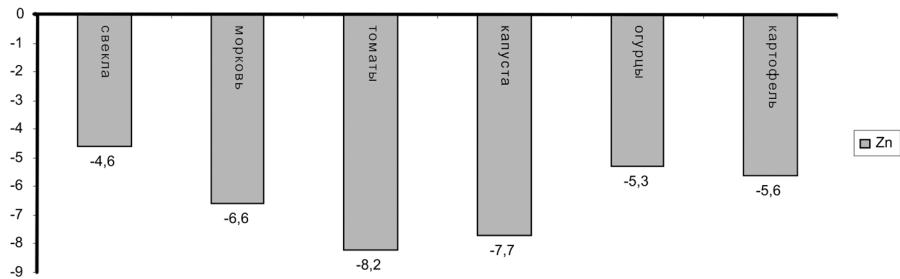


Рис. 4. Содержание цинка в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», относительно фона

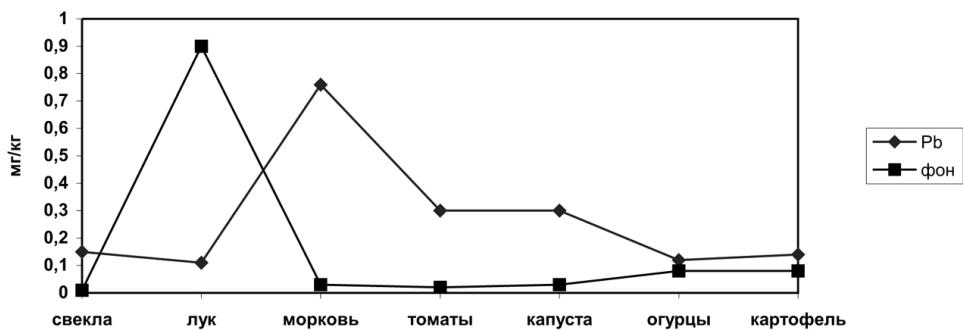


Рис. 5. Содержание свинца в овощных культурах «Старого города» относительно фона

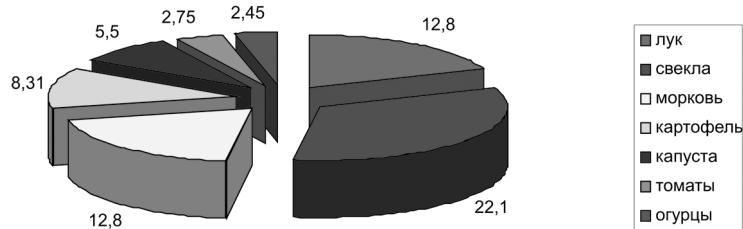


Рис. 6. Суммарное содержание металлов в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», мг/кг

Согласно анализу полученных результатов было выявлено, что содержание металлов в овощах, выращенных на участках «Старого города», имело тенденцию к накоплению. Содержание марганца во всех видах овощах превышало фон, так, в луке содержание марганца составляло 88,2 фона, в капусте, в огурцах, в свекле, в моркови в картофеле – 3,4; 1,67; 3; 3,6; 1,2 соответственно. Концентрация хрома в овощах имела превышение фона: лук – в 11,2 раза, картофель – в 6,25 раза, капуста – в 15 раз, огурцы – 3,6 раза, томат – в 10,6 раза, свекла – в 51,6 раза, морковь – в 5,6 раза (рис. 7).

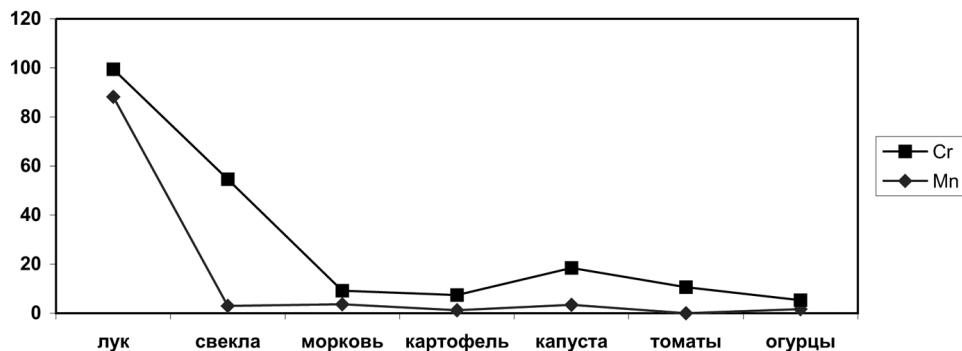


Рис. 7. Превышение содержания хрома и марганца в овощных культурах, выращенных на территории «Старого города», относительно фона

Диапазон содержания тяжелых металлов, обнаруженных в овощных культурах, находился в широких пределах — от близких к естественному до превышения гигиенических норм. Это обусловлено, по-видимому, мозаичным характером загрязнения почвенного покрова, общегигиеническими особенностями возделываемых культур, неодинаковой буферной способностью почв.

На основе изучения почвы, в которой росла исследуемая овощная культура, был проведен анализ на валовое содержание металлов в почве (табл. 2). Как видно из таблицы, превышение по фону наблюдалось со стороны Mn, Cr, Pb. Такая направленность по этим же элементам выявлена у овощных культур, выращенных на огородах, принадлежащих к различным анализируемым участкам.

Таблица 2

**Валовое содержание металлов
в почве «Старого города»**

мг/кг	Элемент								
	Mn	Cr	Ni	Be	V	Cu	Pb	Zn	Co
max	2000	120	50	2,0	150	60	48	100	20
min	900	60	35	2,0	80	40	10	60	10
средн.	1200	80	42	2,0	113,6	35	29	81	14,8
ПДК	1500	100	100	50	150	100	30	100	100
фон	600	60	40	2,0	50	40	20	60	40

Как показали результаты наших исследований, у разных видов огородных культур уровень накопления тяжелых металлов неодинаков и возможно зависит от биологических особенностей вида. Капуста, огурцы, томаты ограничивают поступление металлов в органы запасания ассимилянтов из загрязненных почв. Напротив, самые низкие вероятности в ограничении поступления тяжелых металлов у лука, свеклы, моркови, картофеля. По степени защищенности от избытка тяжелых металлов огородные культуры можно распределить в следующий убывающий ряд: огурцы — томаты — капуста — картофель — морковь — свекла — лук.

Тұжырым

M.A. Mukashewa

ТЕМІРТАУ ҚАЛАСЫНЫҢ ЛЕНИНСКИЙ МЕКЕНІНІҢ ТОПЫРАФЫ МЕН ӨСІМДІКТЕКІ ТАҒАМДЫҚ ӨНІМДЕРДЕ МЕТАЛДЫҢ ЖИНАЛУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Теміртау қаласының топырағы көптеген биологиялық маңызды микроэлементтер болынша тәмен геохимиялық фонмен ерекшеленеді. Топырақ қабатындағы металдардың күрамының көңістіктік вариабельділігі антропогенді жүктеменің түрі мен типіне байланысты анықталады. Жасалған зерттеу нәтижесі бойынша, әртүрлі бақша дақылдарында ауыр металдардың жиналу деңгейі әртүрлі болатыны және де ол түрдің биологиялық ерекшелігі себебінен болу мүмкіндігі анықталды.

Summary

M.A. Mukashewa

PARTICULARITIES OF THE ACCUMULATION METAL IN GROUND AND VEGETABLE PRODUCT OF THE FEEDING THE LENINSK VILLAGE OF THE CITY TEMIRTAU

Ground of the city Temirtau differs low geochemical background on many biologically important microelements. The Contents metal in topsoil is come defined anthropogenic by load on topsoil. We have studied qualitative and quantitative composition of ground and products of the feeding on contents metal. What have shown the results of our studies, beside miscellaneous type of the cultures level accumulations heavy metal different and possible depends on biological particularities of the type.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 612.398.145.2-056(574.51)

*Г.Х. ХАСЕНОВА, А.Б. БЕРДЫГАЛИЕВ, А.Б. БУЖИКЕЕВА,
М.В. ЛИ, А.Н. КОЖАХМЕТОВА*

СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. АЛМАТАЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Казахская академия питания, г. Алматы

Как известно, одним из социально-обусловленных факторов, влияющих на физическое развитие и состояние здоровья детей, является анемизация организма.

На фоне дефицита железа часто развиваются тяжелые патологические состояния. Они представляют угрозу не только из-за ухудшения общего состояния, но и в связи с повышенным риском возникновения онкологической патологии, восприимчивостью к инфекционным заболеваниям, снижением устойчивости организма к воздействию вредных факторов внешней среды. Железодефицитное состояние, сопровождающееся гипоксией, усугубляет течение практических всех заболеваний, особенно хронической патологии респираторного тракта и сердечно-сосудистой системы [1–5].

Несмотря на то, что на сегодняшний день эта проблема является одной из наиболее изученных, по данным Национальных исследований питания от 2008 года (НИП-2008), проведенных Казахской академией питания, более 40% детей школьного возраста в РК страдает анемией. Распространенность анемии особенно высока (49,4%) среди детей в возрасте 12–14 лет [6].

В соответствии с этим одной из основных задач нашего исследования явилось сравнительное изучение содержания гемоглобина в крови школьников 12–18-летнего возраста казахской и русской национальности, проживающих в городской и сельской местности. Забор периферической крови производился утром натощак.

Кровь брали для исследования у ребенка при помощи иглы скарификатора одноразового пользования из мякоти пальца. Затем соответственно методике в цитратной крови определяли количество эритроцитов, лейкоцитов и гемоглобина.

Для определения гемоглобина – HGB (грамм/л) использовался гемоглобинцианидный метод. Он основан на принципе окисления гемоглобина при взаимодействии с железосинеродистым калием в метгемоглобин, образующий с ацетонциангидрином окрашенный гемоглобинцианид, интенсивность окраски которого пропорциональна содержанию гемоглобина.

Возраст обследованных детей в семьях находился в пределах 12–17 лет, то есть учащиеся с 6 по 11 классы общеобразовательных школ.

В г. Алматы под наблюдением находились школьники Бостандыкского, Ауэзовского, Алмалинского районов. Из 1302 детей мальчиков было 650, девочек 652. Все обследуемые школьники учились в общеобразовательных школах и принадлежали преимущественно к казахской и русской этническим группам. Для обследования подбирались только дети, родившиеся или живущие в г. Алматы более 10 лет. Обследованные дети не были родственниками между собой.

Сельскую группу составили 895 школьников, проживающих в с. Чилик, с. Кызыл Шарык, с. Табак совхоз, с. Маловодное, с. Балтабай, с. Тургень Енбекшиказахского района Алматинской области. Из общего количества обследованных сельских школьников мальчиков было 430, девочек – 465. Обследованы ученики были того же возраста, тех же этнических групп, соответствующих тем же критериям отбора, что и городские дети.

В связи с большим объемом полученных данных анализ материала изложен в зависимости от наличия различий между сравниваемыми группами детей. Полученные результаты мы сравнивали с данными методических рекомендаций UNICEF [7].

Показатели гемоглобина в крови мальчиков двух этнических групп были примерно одинаковыми. Что касается девочек, то по сравнению с г. Алматы и Алматинской областью содержание гемоглобина в крови было выше (рис. 1).

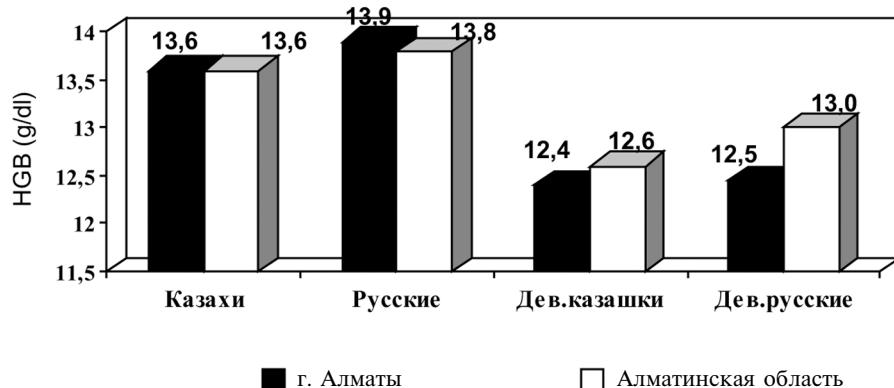


Рис.1. Показатели содержания гемоглобина у детей г. Алматы и Алматинской области

Изучение содержания гемоглобина у школьников 12–17-летнего возраста выявило более низкий уровень его у мальчиков казахской национальности, проживающих как в г. Алматы, так и в Алматинской области. Во всех изучаемых группах школьников содержание гемоглобина в крови соответствовало нормативным показателям. Статистически достоверных различий между показателями гемоглобина крови у школьников казахской и русской национальностей г. Алматы и Алматинской области не выявлено (рис. 2).

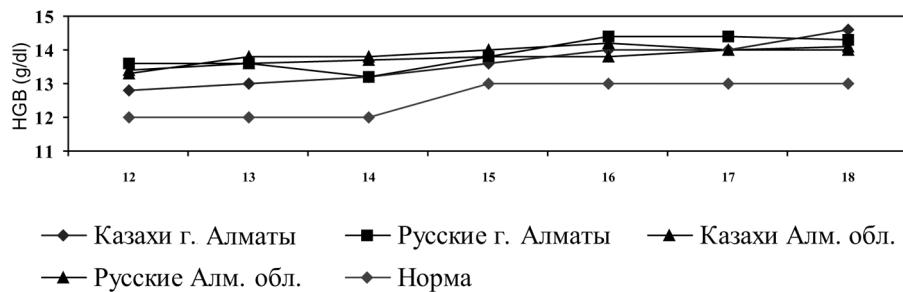


Рис. 2. Показатели содержания гемоглобина у мальчиков г. Алматы и Алматинской области в зависимости от возраста

Изучение содержания гемоглобина школьниц г. Алматы и Алматинской области независимо от национальности также выявило более высокий уровень по сравнению с нормативными показателями. При этом, независимо от национальности и возраста, показатели содержания гемоглобина были выше у девочек из Алматинской области (рис. 3).

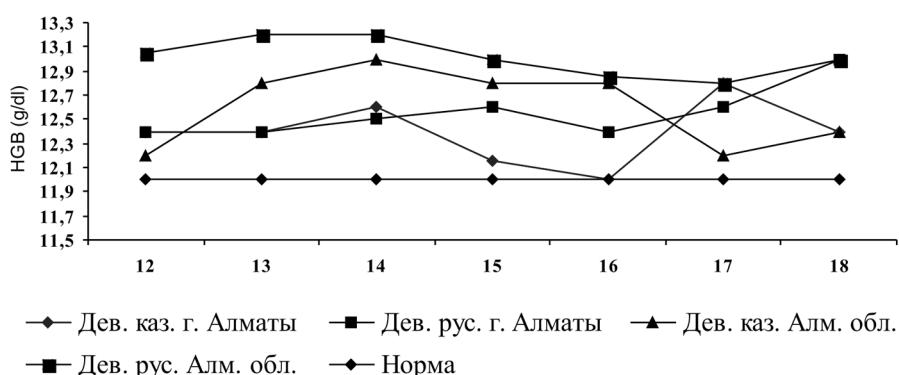


Рис. 3. Показатели содержания гемоглобина у девочек г. Алматы и Алматинской области в зависимости от возраста

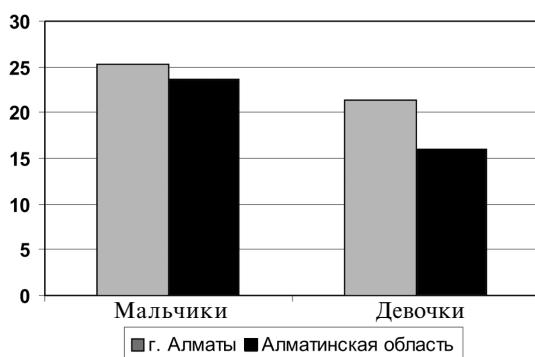


Рис. 4. Процент школьников г. Алматы и Алматинской области со сниженным содержанием гемоглобина в крови

Таким образом, по среднему уровню гемоглобина не выявлено существенных различий между школьниками, проживающими в городской и сельской местности, а также между этническими группами. Также можно отметить, что школьники г. Алматы и Алматинской области являются менее подверженными железодефицитному состоянию, чем других регионов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бейли К.В.* Недостаток железа и анемия: актуальная мировая проблема//Эскулап, ЮНИСЕФ. 1994. С. 97–105.
2. *Суневич О.Ю. Степнов М.И.* Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: некоторые аспекты метаболических нарушений, их медикаментозная коррекция//Педиатрия. 2002. № 2. С. 54–58.
3. *Соболева М.К.* Железодефицитная анемия у детей и кормящих матерей и ее лечение и профилактика малытофером//Педиатрия. 2001. № 6. С. 27–32.
4. *Алмаз Шарман.* Анемия. Алматы: Атамура, 2002. 165 с.
5. *Шарманов Т.Ш.* Казахстан в контексте глобальных проблем питания. Алматы, 2000. С. 91–113.
6. *Шарманов Т.Ш.* Питание – важнейший фактор здоровья человека. Алматы, 2010. 480 с.
7. Methods of assessing iron status//Iron Deficiency Anemia. Assessment, Prevention and Control. A Guide for programme managers/UNICEF, UNU. WHO. 2001. Р. 33-46.

Тұжырым

Г.Х. Хасенова, А.Б. Бердыгалиев, А.Б. Бужикеева, М.В. Ли, А.Н. Кожахметова

АЛМАТАЙ ҚАЛАСЫ ЖӘНЕ АЛМАТАЙ ОБЛЫСЫНЫҢ
МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ГЕМОГЛОБИН
КӨРЕСЕТКІШТЕРІНІҢ СИПАТТАМАСЫ

Зерттеу нәтижелері, этникалық топтар арасында, қалалық және ауылдық жерлерде тұратын оқушыларда гемоглобиннің орта деңгейі бойынша нақты айырмашылық анықталғанына күәлендіреді. Басқа аймақтарда тұратын оқушыларға қараста, Алматы қаласы және Алматы облысы мектеп жасындағы оқушыларға темір тапшылық жағдайлар өте кең тарамаган.

Summary

G.H. Hacenova, A.B. Berdygaliev, A.B. Buzhikeeva, M.V. Li, A.N. Kozhahmetova

THE LEVEL OF HEMOGLOBIN IN BLOOD OF CHILDREN LIVING
IN ALMATY CITY AND ALMATY REGION

Thus, on an average level of hemoglobin. It is not revealed essential distinctions between schoolboys, living in city countryside, and also between ethnic groups. Also, it is possible to note, that in schoolboys of Almaty and Almaty region iron deficiency anemia not much spreaded.

УДК 612.398.145.2-056(574.51)

*А.Б. БЕРДЫГАЛИЕВ, А.Б. БУЖИКЕЕВА, Г.Х. ХАСЕНОВА,
М.В. ЛИ, А.Н. КОЖАХМЕТОВА*

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ
В ПЛАЗМЕ КРОВИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
г. АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Казахская академия питания, г. Алматы

Многочисленные проспективные исследования свидетельствуют о неуклонном нарастании распространенности сахарного диабета (СД) среди популяции людей независимо от возраста, пола и национальности [1, 2].

По данным литературы, содержание глюкозы в крови зависит от возраста, пола, национальности, региона и места проживания [1]. Авторы считают, что постоянные константы школьников, в том числе показатели содержания глюкозы в крови, во многом зависят от возрастных, половых особенностей, территории проживания [2–4]. Различия глюкозы плазмы крови (ГПК) сельских и городских детей объясняются степенью напряжения в системе регуляции показателя [5, 6]. При этом, все авторы отмечают, что результаты исследований обосновывают необходимость дифференцированной оценки здоровья с учетом экологической и социально-экономической ситуации территории проживания, возраста и пола учащихся.

В соответствии с этим одной из основных задач нашего исследования явилось изучение показателей ГПК школьников казахской и русской национальности, проживающих в городской и сельской местности.

Целью нашего исследования явилось сопоставление показателей общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности и триглицеридов у школьников всех возрастных групп казахской и русской национальности, проживающих в условиях города Алматы и Алматинской области. Возраст обследованных детей в семьях находился в пределах 12–17 лет, т.е. учащиеся с 6 по 11 классы общеобразовательных школ.

В г. Алматы под наблюдением находились школьники Бостандыкского, Ауэзовского, Алмалинского районов. Из 1302 детей мальчиков было 650, девочек 652. Все обследуемые школьники учились в общеобразовательных школах и принадлежали преимущественно к казахской и русской этническим группам. Для обследования подбирались только дети, родившиеся или живущие в г. Алматы более 10 лет. Обследованные дети не были родственниками между собой.

Сельскую группу составили 895 школьников, проживающих в с. Чилик, с. Кызыл Шарық, с. Табак совхоз, с. Маловодное, с. Балтабай, с. Тургень Енбекшиказахского района Алматинской области. Из общего количества обследованных сельских школьников мальчиков было 430, девочек – 465. Обследованы ученики были того же возраста, тех же этнических групп, соответствующих тем же критериям отбора, что и городские дети.

При изучении состояния инсуляторного аппарата глюкоза забор крови производился после 12-часового голодания натощак (ммоль/л). При выявлении школьников с повышенным содержанием глюкозы в крови производился второй контрольный анализ. Для определения глюкозы в плазме крови использовался стандартный ферментный метод.

Полученные результаты по липидному и углеводному обмену мы сравнивали со справочными материалами Американской диабетической ассоциации (Silverstein et al., 2005) [6]. В связи с большим объемом полученных данных анализ материала изложен в сжатой форме в зависимости от наличия различий между сравниваемыми группами детей.

Различия уровня глюкозы в плазме крови в зависимости от пола, возраста и этнической принадлежности

Возраст, лет	Г. Алматы			Алматинская область			
	Мальчики		Девочки		Мальчики		
	Казахской национальности	Русской национальности	Казахской национальности	Русской национальности	Казахской национальности	Русской национальности	
50-я	90-я	50-я	90-я	50-я	90-я	50-я	
12	81,5	99,5	74,0	85,9	72,2	96,8	70,2
13	73,3	96,3	74,9	90,0	75,1	90,5	73,8
14	83,0	98,6	79,4	93,1	74,2	97,9	72,5
15	74,5	90,2	71,8	89,5	79,0	95,2	71,3
16	72,2	89,5	75,2	90,2	74,9	92,7	72
17	77,2	91,8	73,8	89,6	74,5	90,3	77,4
18	72,7	92,0	74,5	90,2	72,2	90,0	78,8

Таблица 1

Так, в г. Алматы показатели медианы и 90-й перцентили были схожими в различных возрастно-половых группах. При этом девочки казахской национальности имели несколько более высокие показатели содержания глюкозы в плазме крови, чем русской ($p<0,01$). В сельской местности существенно большее количество школьников казахской национальности относились к группе выше 90-й процентили, чем русской (табл. 1).

Что касается девочек, то среди школьниц Алматинской области наблюдалась аналогичная ситуация ($p<0,01$). При сравнении различий в городской и сельской местности выявлено, что учащиеся г. Алматы, как мальчики, так и девочки, имели более высокое содержание глюкозы в плазме крови, чем Алматинской области ($p<0,01$). В целом детей, имеющих уровень гликемии $\geq 110 \text{ mg/dl}$ после контрольного забора крови, было всего три школьника, что составляет 0,11%.

Так как количество исследованных школьников г. Алматы и Алматинская область не является репрезентативным для всего Казахстана, то в связи с этим существуют ограничения применения данных для всех городских и сельских районов. Кроме того, мы не производили забор крови у детей младше 12 лет. В связи с этим возникает необходимость продолжить изучения данного показателя в других регионах среди детей младше 12 лет.

Таким образом, показатели ГПК у школьников 12–18 лет зависели от места жительства, возраста и пола. Независимо от этнической принадлежности, у сельских учащихся имело место повышение уровня ГПК. В целом, средние величины, такие как ГПК, у детей казахской национальности были выше, чем у их русских сверстников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. King H., Aubert R., Herman W. Global Burden of Diabetes, 1995–2025 Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care.* 1998. 21 (9): 1414–1431.
2. Dejkhamron P., Menon R., Sperling M. Childhood diabetes mellitus: Recent advances & future prospects. *Indian J. Med. Res.* 2007. 125: 231–250.
3. Turner R.C., Millns H., Neil H.A.W., Stratton I.M., Manley S.E., Matthews D.R., Holman R.R. Risk Factors for Coronary Artery Disease in Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS:23)//*BMJ.* 1998. V. 316. P. 823-828.
4. Шестакова М.В. Многокомпонентный подход к лечению сахарного диабета и его осложнений//Тер. архив. 2006. № 10. С. 33–36.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. М., Универсум Паблишинг, 2003. 455 с.
6. Silverstein J., Klingensmith G., Copeland K., Plotnick L., Kaufman F., Laffel L., Deeb L., Grey M., Anderson B., Holzmeister L.A., Clark N.; American Diabetes Association. 2005. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 28: 186-212.

Тұжырым

A.B. Berdygaliev, A.B. Buzhikeeva, G.H. Hasenova, M.V. Li, A.N. Kozhahmetova

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖӘНЕ АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ
МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ҚАН САРЫ СУЫНДА
ГЛЮКОЗА КӨРСЕТКІШТЕРИНІҢ СИПАТТАМАСЫ

12–18 жас арасындағы мектеп жасындағы оқушылардың қан сары суындағы глюкоза көрсеткіштері олардың жасына, жынысына және мекен жайына тәуелді болды. Үлтүнә байланыссыз, ауылдық жерде тұратын оқушылардың қан сары суындағы глюкоза көрсеткіштері жоғары болды. 90 перцентильден жоғары жалпы қан сары суындағы глюкоза үлтүнә қазақ оқушыларда, үлтүнә орыс құрбыларынан жоғары болғаны анықталды.

Summary

A.B. Berdygaliev, A.B. Buzhikeeva, G.H. Hasenova, M.V. Li, A.N. Kozhahmetova

THE HYGIENIC CHARACTERISTIC OF FASTING GLUCOSE IN BLOOD
OF CHILDREN LIVING IN ALMATY CITY AND ALMATY REGION

Medians and percentiles were similar for gender and ethnic group within urban areas, even if Kazakh females had generally higher values of glucose than Russian females. On the contrary, in rural areas, Kazakhs tended to have higher 90th percentiles than Russians, and Kazakh females had higher levels of glucose than Russian females (0.11%) had none diabetes.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.24-073.173-057.876(574.51)

Ж.С. СЕЙЛЬБЕКОВА

ХАРАКТЕРИСТИКА СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ УЧАЩИХСЯ
г. АЛМАТА И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Казахская академия питания, г. Алматы

Наиболее подверженной негативному влиянию окружающей среды считается учащаяся молодежь, так как ее составляют еще не до конца сформировавшиеся в физическом отношении индивидуумы. Известно, что загрязнение воздуха может затронуть функцию легкого в течение важного периода развития детей 10–18 лет, и поэтому важно исследовать показатели спирометрии в динамике.

Изучение данных показателей у школьников связано с тем, что они непосредственно связаны с ростом, возрастом, массой тела, индексом массы тела [1–3]. На значение спирометрических параметров влияют генетические и экологические факторы, а также питание и образ жизни [4, 5]. Другие авторы отмечают отрицательную корреляцию FEV1 с экологическими загрязнителями [6].

К сожалению, в казахстанской литературе исследований, посвященных изучению спирометрических параметров среди детей в динамике, практически нет, поэтому нет возможности оценить степень их изменения за определенный период.

Одной из основных задач нашего исследования явилось изучение спирометрических параметров школьников, проживающих в городской и сельской местности. Для сравнения параметров школьников казахской и русской этнических групп были выделены крупный центр урбанизации – г. Алматы и сельские населенные пункты Енбекшиказахского района Алматинской области. В г. Алматы и Алматинской области обследованы 4808 школьников в возрасте 7–18 лет, из них 1926 мальчиков и 1967 девочек. Спирометрия выполнена на аппарате Vitalograph «Alpha». Были изучены следующие параметры: измеренный объем усиленного выдоха за 1 секунду FEV1 (л/с); теоретический объем усиленного выдоха за 1 секунду FEV1 %; измеренная усиленная жизненная емкость легких FVC (л); теоретическая усиленная жизненная емкость легких FVC (л); усиленная жизненная емкость легких FVC %; измеренная жизненная емкость легких VC (л); жизненная теоретическая емкость легких VC (л); жизненная емкость легких VC %; пик выдыхаемого потока воздуха PEF (л/с); усиленный выдыхаемый поток FEF 25–75% (л/с).

Статистический анализ был выполнен на программе с SPSS 13.0. Анализ проведен методом множественной регрессии и его суть состоит в анализе связи между несколькими независимыми переменными (называемыми также регрессорами или предикторами) и зависимой переменной. Обычно степень зависимости двух или более предикторов (независимых переменных или переменных X) с зависимой переменной (Y) выражается с помощью коэффициента множественной корреляции R. По определению он равен квадратному корню из коэффициента детерминации. Это неотрицательная величина, принимающая значения между 0 и 1. Для интерпретации направления связи между переменными смотрят на знаки (плюс или минус) регрессионных коэффициентов или В-коэффициентов. Если r²-коэффициент положителен, то связь этой переменной с зависимой переменной положительна; если r²-коэффициент отрицателен, то и связь носит отрицательный характер. Конечно, если коэффициент равен 0, связь между переменными отсутствует. В данной работе мы сконцентрировали внимание на возможных факторах, существенно влияющих на наиболее часто определяемые спирометрические параметры (FEV1 и FVC) у здоровых детей и подростков.

Мальчики (n=1 926): Log (FVC) = -0.729 + 0.00429 рост + 0.00526 ОГК + 0.0339 национальность + 0.00991 возраст, r² = 0.824.

Log (FEV1) = -0.782 + 0.00445 рост + 0.00506 ОГК + 0.0253 национальность + 0.00892 возраст, r² = 0.815.

Девочки (n=1 967): Log (FVC) = -0.710 + 0.00477 рост + 0.00407 ОГК + 0.0257 национальность + 0.00744 возраст, r² = 0.766.

Log (FEV1) = -0.747 + 0.00496 рост + 0.00383 ОГК + 0.0190 национальность + 0.00622 возраст, r² = 0.766

Таким образом, на спирометрические показатели (FEV1 и FVC) школьников г. Алматы и Алматинской области оказывали влияние рост, окружность грудной клетки, национальность и возраст ($p<0,001$). Естественно, независимо от половой принадлежности место проживания школьников (г. Алматы, Алматинская область) не имело существенного влияния на FEV1 и FVC. Другие антропометрические переменные, имеющие корреляцию с FVC, были исключены из расчета из-за мультиколлинеарности.

В целом, независимо от половой принадлежности, средние значения FVC сельских школьников были несколько выше, чем у городских ($p=0,002$). Что касается национальности, то школьники русской национальности имели более высокие спирометрические параметры, чем казахской ($p<0,001$). На основе проведенного анализа невозможно сделать категорическое заключение об имеющейся связи между загрязнением атмосферного воздуха и сокращением легочной функции в г. Алматы и Алматинской области. В связи с этим в Южном регионе РК также является актуальным проведение дальнейших исследований и установление причинно-следственных связей изменения спирометрических показателей для выявления ведущих факторов, формирующих уровень здоровья детей и подростков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Coulas B.D., Howard A.C., Skipper J.B., Samet M.J. Spirometric prediction equations for Hispanic children and adults in New Mexico//Am. Rev. Respir. Dis. 1988. 138: 1386-1392.
2. Parma A., Magliocchetti N., Spagnolo A., Di Monaco A., Migliorino M.R., Menotti A. Spirometric prediction equations for male Italians 7-18 years of age//Eur. J. Epidemiol. 1996. 12: 263-277.
3. Mohamed E.I., Maiolo C., Iacopino L., Pepe M., Di Daniele N., De Lorenzo A. The impact of body-weight components on forced spirometry in healthy Italians//Lung. 2002. 180: 149-159.
4. American Thoracic Society. Lung function testing and selection of reference values and interpretive strategies. Official Statement of the American Thoracic Society//Am. Rev. Respir. Dis. 1991. 144: 1202-1218.
5. Hankinson J.L., Odencrantz J.R., Fedan K.B. Spirometric reference values from a sample of the general U.S. population//Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1999. 159: 179-187.
6. Gauderman W.J., Avol E., Gilliland F., Vora H., Thomas D., Berhane K., et al. The effect of air pollution on lung development from 10 to 18 years of age//New Eng. J. Med. 2004. 351: 1057-1067.
7. www.statsoft.ru/home/textbook/modules

Тұжырым

Ж.С. Сейлбекова

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ЖӘНЕ АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ
МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ ОҚУШЫЛАРДЫҢ СПИРОМЕТРИЯЛЫҚ
ПАРАМЕТРЛЕРИНІҢ СИПАТТАМАСЫ

Алматы қаласы және Алматы облысының мектеп жасындағы оқушылардың спирометриялық параметрлеріне олардың бойы, кеуде қанқасының шенбері, ұлты және жасы әсер ететіні анықталды. Жынысина тәуелсіз Алматы қаласында тұратын оқушыларға қарағанда, ауылдық жағдайда тұратын оқушылардың спирометриялық көрсеткіштері жоғары болды.

Summary

Zh.S. Seilbekova

THE CHARACTERISTIC SPIROMETRIC PARAMETERS OF CHILDREN LIVING IN ALMATY CITY AND ALMATY REGION

In conclusion, while urban and rural environment only slightly affected spirometric values (in particular FVC), spirometric prediction equations primarily depended by height (for both sexes and both FVC and FEV1) with a modest but significant contribution of inspiratory chest circumference and age. Moreover, Russians presented in general higher values of FVC/FEV1 than Kazakhs and ethnic group was inserted in prediction equations.

**Л.У. НИЯЗАЛИНА, А.Н. ЗИНАЛИЕВА,
С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, А.Б. НАГМЕТОВА**

**АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ
АУРУШАНДЫҒЫЫН ГИГИЕНАЛЫҚ ТАЛДАУ**

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қ.*

Қазақстан Республикасының көптеген аймақтарындағы экологиялық жағдай денсаулыққа қауіпті деп бағаланып, қазіргі кезеңдегі Денсаулық сақтау жүйесі мен медицина ғылымының алдына қойған маңызды міндеттерінің бірі – қоршаған ортаның зиянды әсерлерімен байланысты туындаған патологиялардың ерекшелігін зерттеу [1, 2].

Қазіргі заманғы анықтамаға сәйкес, қоршаған орта дегеніміз – адам ағзасының тіршілік іс-әрекетіне әсер ететін химиялық, физикалық, биологиялық және әлеуметтік факторлардың жиынтығы. Ғылыми-техникалық жетістіктің кезеңінде осы әсерлер өсіп, ауаның ластануымен қатар, топырақтың өндіріс және автотранспорттың тастандыларымен және т.б., ластануларымен зиянды бола бастады. Сонымен қатар, әлеуметтік факторлардың рөлі де артып келеді [3, 4, 5].

Қоршаған ортаның қолайсыз әсерлеріне балалар мен жасөспірімдер ағзасының өсіп дамуы ерекшеліктеріне орай, олар өте сезімтал болып келеді. Қолайсыз гигиеналық жағдайларда өмір сүріп жатқан балалар жиі әртүрлі аурулармен сырқаттанатыны анықталып отыр [6, 7].

Балалардың аймақтық ауруларының мәселелері сол жердің сумен қамтама-сыз етілу жағдайына, өсімдіктердің қорғауға арналған заттарды кеңінен қолдануына, аймақтың экологиялық-гигиеналық жағдайларына т.с.с. және балалар мен жасөспірімдердің экологиялық жағдайдан болатын ауруларына (экопатологияларына) байланысты болып келеді.

Жиі кездесетін және ең маңызды экологиялық зақымдануларға: репродуктивтік қызмет пен жаңа туған нәрестелердің патологиясы; тыныс алу жолдарының өзіне тән емес созылмалы аурулары; аллергиялық аутоиммундық ауытқулар; жаңадан пайда болған ісіктер; қан аурулары; жүрек, қан-тамыр жүйелерінің аурулары; кәсіби аурулар жатады [8, 9].

Өкінішке орай, осы аурулардың барлығы балаларға да тән. Бұл аурулардың экологиямен нақты байланысын, зерттеп отырған аурудың тіркеу жүйесін толықтырып отыру арқылы ғана анықтауға мүмкін болады.

Балалар мен жасөспірімдер денсаулығының көрсеткіштері мемлекеттің, елді мекенинің, аймақтың әлеуметтік-экономикалық даму дәрежесіне байланысты белгілі глобальды өзгерістер тенденцияларымен сипатталады.

Аурушандықтың құрылышын білу, балалар мен жасөспірімдер мекемелерінде санитарлы-гигиеналық және емдеу-профилактикалық шараларды дұрыс жоспарлап жүргізу үшін қажет.

Зерттеу мақсаты. Ақтөбе қаласының 2009 жылғы жүргізілген терендетілген медициналық тексерісте анықталған мектеп оқушыларының аурушандығына гигиеналық баға беру.

Зерттеу материалдары және өдістері. Ақтөбе қаласының мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау департаменті комитетінің балалар мен жасөспірімдер гигиенасы бөлімінен алынған Ақтөбе қаласының 1–8 сынып оқушыларына 2009 жылы жүргізілген терендетілген медициналық тексерістің қорытындысы сарапталды.

Зерттеу нәтижелерін талдау. Ақтөбе қаласының әр аймактарында орналасқан емдеу мекемелерінің № 2 қалалық диагностикалық емхана (№ 2 КДЕ), Шипагер-С, № 3 кеңес беру-диагностикалық (№ 3 КДЕ), № 4 кеңес беру-диагностикалық емханаларындағы (№ 4 КДЕ), 1–8 сыйнып окушыларына 2009 жылы жүргізілген терендетілген медициналық тексерістің мәліметтері талданды.

1-кесте

Ақтөбе қаласының 1–8 сыйнып окушыларына 2009 жылы жүргізілген терендетілген медициналық тексерістің нәтижесінде анықталған аурушаңдық

Мекеме атауы	Мед. тексеруге жататыны	Мед. тексеруде қамтылғаны	Пайыздық көрсеткіші	Ауру анықталды	Пайыздық көрсеткіші
№2 КДЕ	11 178	11 178	100%	2751	24,6%
Шипагер-С	10 567	10 567	100%	1935	18,3%
№3 КДЕ	7 047	7 162	100%	2331	32,5%
№4 КДЕ	7 031	7 031	100%	1724	24,5%
<i>Барлығы</i>	35 823	35 938	100%	8741	24,3%

1-кестеде көрсетілген терендетілген медициналық тексерістің мәліметтері бойынша жалпы тексеріспен 35938 окушы қамтылып, оның 8741(24,3%) аурушаңдық анықталды.

2-кесте

Ақтөбе қаласының окушыларына 2009 жылы жүргізілген терендетілген медициналық тексерістің нәтижесінде анықталған аурушаңдықтың таралу ерекшелігі

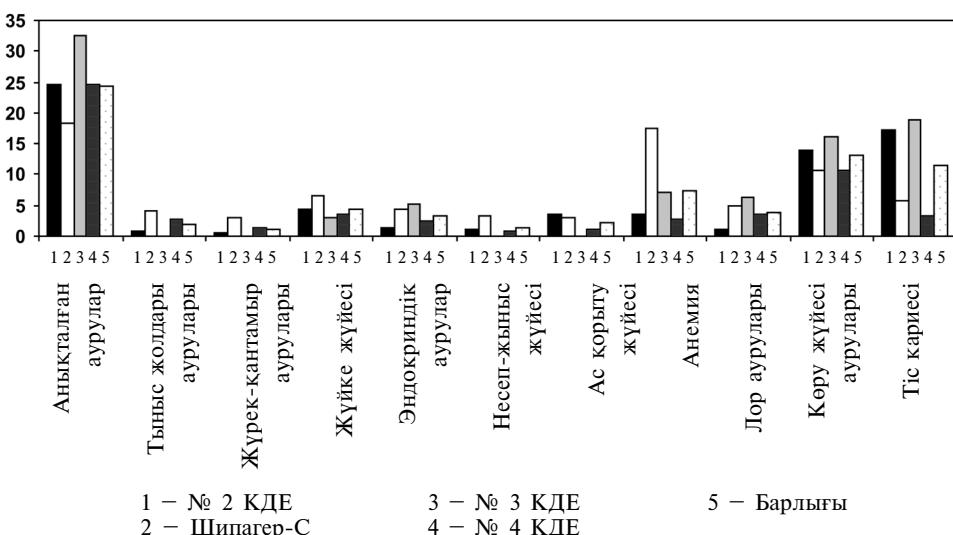
Мекеме атауы	Анықталған аурулары	Тыныс жолдары аурулары	Жүреккан тамыр аурулары	Жүйке жүйесі аурулары	Эндокриндік аурулар	Несепжыныс жүйесі аурулары	Ас корыту жүйесі аурулары	Анемия	Лор аурулары	Кору жүйесі аурулары	Tic кариесі
№2 КДЕ	2751	21	16	124	42	28	96	100	34	387	1924
Шипагер-С	1935	81	57	129	84	63	61	338	93	207	603
№3 КДЕ	2331	—	—	69	123	—	—	165	148	376	1367
№4 КДЕ	1724	47	26	62	44	12	21	49	61	187	228
<i>Барлығы</i>	8741	149	99	384	293	103	178	652	336	1157	4122

Медициналық тексерістің жалпы аурушаңдық динамикасына талдау жасайтын болсақ, алғашқы орынды қөру жүйесінің аурулары – 13,2%, екінші орынды тіс кариесі – 11,6%, үшінші орынды анемия – 7,5% алғаны анықталды.

Жекеленген ерекшеліктеріне тоқталсақ, қаланың ластанған экологиялық аймағында орналасқан Шипагер-С емханасында 1–8 сыйнып окушыларына жүргізілген медициналық тексерістің нәтижесі бойынша алғашқы орындарды анемия – 17,5%, қөру жүйесінің аурулары – 10,7%, жүйке жүйесінің аурулары – 6,6%, тіс кариесі – 5,7%, оториноларингологиялық аурулары – 4,8%, эндокриндік аурулары – 4,3% және тыныс жолдарының аурулары – 4,1% анықталып отыр.

Қаланың салыстырмалы таза аймағында орналасқан емханаларда жүргізілген медициналық тексерудің нәтижесіндегі мектеп окушыларының аурушаңдығының таралу ерекшелігіне тоқталсақ, № 2 қалалық емхананың есеп беру мәліметі бол-

йынша бірінші орында тіс кариесі – 17,1%, екінші орында көру жүйесінің аурулары – 14%, үшінші орында жүйке жүйесінің аурулары – 4,5%, сонымен қатар анемия – 3,6% және аскорыту жүйесінің аурулары – 3,5%, № 3 кеңес беру – диагностикалық емхана есеп беру мәліметі бойынша бірінші орында тіс кариесі – 19%, екінші орында көру жүйесінің аурулары – 16,1%, үшінші орында анемия – 7%, сонымен қатар оториноларингологиялық аурулар – 6,3% және эндокриндік аурулар – 5,3%, № 4 кеңес беру – диагностикалық емханаларда бірінші орында көру жүйесінің аурулары – 10,8%, екінші орында жүйке жүйесінің аурулары – 3,6%, оториноларингологиялық аурулар – 3,5% мен тіс кариесі – 3,2%, үшінші орында анемия – 2,8% мен тыныс жолдарының аурулары – 2,7% тұрғанын көргө болады.



Ақтөбе қаласының оқушыларына 2009 жылы жүргізілген терендетілген медициналық тексерісте анықталған аурушаңдықтың пайыздық көрсеткіші

1–8 сынып оқушыларына жүргізілген терендетілген медициналық тексерістің нәтижесін талқылай келе, экологиялық жүктемесі жоғары аймақта тұрып жатқан оқушылардың аурушаңдығы сипатының ерекшелігі анемиялық аурулар және жүйке жүйесінің аурулары, тіс кариесі, оториноларингологиялық аурулары мен эндокриндік аурулар, тыныс жолдарының ауруларының басымдылығы анықталып отырғанын көргө болады.

Қорытынды: Барлық медициналық тексеріс өткізілген емханалардағы мектеп оқушылары аурушаңдығындағы ортақ көрініс көру жүйесінің аурулары, тіс кариесі, анемия болып қалып отыр.

Мектеп оқушыларына жүргізілген терендетілген медициналық тексеріс қорытындысын талдай келе және аурушаңдықтың ерекшелігіне байланысты, оқушылар арасында төмендегідей санитарлы-гигиеналық және емдеу-профилактикалық шараларды үйимдастыруда қажет деп есептейміз:

- көру жүйесі аурулары, тіс кариесі, анемия ауруларын емдеу мақсатында мамандандырылған дәрігерлік көмек үйимдастыру;
- балалардың тамақ рационын құнарландыру бойынша ұсыныстар енгізу;
- көру жүйесі аурулары бойынша оқушылар, ата-аналар және педагогтар арасында ақпаратты технологияларды пайдалану кезінде қойылатын санитарлы-гигиеналық талаптар жөніндегі санитарлық-ағарту жұмыстарын көнінен жүргізу;

— экопатологиялық аурулардың ерекшелігіне байланысты, экологиялық жүктемесі жоғары аудандарда тұратын мектеп оқушыларында анықталған аурушаңдықты дер кезінде диспансерлік есепке алып, мамандырылған емдеу- салауттандыру көмегін үйымдастыру.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Утебеева Х., Каллимкуллин И., Куатбаева Г. Экологическое состояние регионов Республики Казахстан//Науч.-практ. эконом. журнал «Аль-Пари». 1997. № 5. С. 42–47.
2. Тлеубергенов С.Т. Экологический ущерб нанесенный населению и окружающей природной среде РК деятельностью ядерных, ракетных и бактериологических полигонов// Экологическая метеорология возрождения человека и планеты Земля: Сб. науч. трудов I Межд. конгресса. Алматы, 1997. С. 35–37.
3. Михалюк Н.С. Изменение иммунной системы детского населения Новомосковска в условиях воздействия факторов окружающей среды//Гигиена и санитария. 1994. № 5. С. 13–16.
4. Можасев Е.А., Печенинкова Е.В. Некоторые вопросы изучения загрязнения атмосферного воздуха за рубежом//Там же. 1994. № 3. С. 9–12.
5. Петрова И.В., Мухамбетова Л.Х., Беляева Н.Н. Методические аспекты медико-биологических исследований в гигиене окружающей среды//Там же. 1994. № 1. С. 16–19.
6. Сабирова З.Ф. Роль загрязнений атмосферного воздуха в формировании аллергической патологии у детей//Там же. 1999. № 4. С. 50–51.
7. Румянцева Е.Г., Дмитриев Д.А. Загрязнение окружающей среды и состояние иммунной системы детей//Там же. № 2. С.24–26.
8. Вельтищев Ю.Е. Экопатология детского возраста//Педиатрия. 1995. № 4. С. 26–33.
9. Неменко Б.А., Оспанова Г.К. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. Алматы, 2002. 54–58-бб.

Резюме

Л.У. Ниязалина, А.Н. Зиналиева, С.К. Бермагамбетова, А.Б. Нагметова

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ г. АКТОБЕ

С целью гигиенической оценки показателей основных нозологических форм заболеваний среди школьников авторами статьи анализированы результаты углубленного медицинского осмотра за 2009 год. Установлено, что наиболее часто встречающиеся заболевания — это болезни органов зрения, кариес зубов и анемия.

Summary

L.U. Niyazalina, A.N. Zinalieva, S.K. Bermagambetova, A.B. Nagmetova

HYGIENIC ANALYSIS OF SCHOOL CHILDREN IN AKTOBE

In order to assess the hygienic performance of major nosological forms of diseases among school children by the authors analyze the results of an in-depth medical examination in 2009. Found that the most common diseases are: diseases of eye, dental caries and anaemia.

Р.Г. КУРМАНГАЛИЕВА

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Врачебная амбулатория «Коктобе», Енбекшиказахский район

Одним из важнейших вопросов педиатрии является раннее выявление отклонений в состоянии здоровья детей для эффективной организации лечебно-оздоровительных мероприятий.

Влияние неблагоприятных условий жизни приводит, как известно, к стрессовым ситуациям, что ухудшает состояние здоровья, увеличивает частоту заболеваемости по всем классам [1, 2, 3].

Целью настоящей работы была оценка состояния здоровья детей школьного возраста в зависимости от их образа жизни и отбор приоритетных направлений профилактики заболеваний.

В соответствии с целями нашего исследования была разработана специализированная анкета для выявления влияния образа жизни на распространенность часто встречающихся патологий. Предварительное выявление детей с наиболее вероятным отклонением производилось при изучении формы №112-у у 405 школьников педиатром или врачами-специалистами. Информация о состоянии здоровья школьников была получена путем изучения учащихся 1–8 классов в селе Коктобе Енбекшиказахского района Алматинской области и для сравнения различных жалоб были выбраны общеобразовательные школы Бостандыкского района г. Алматы.

Также в работе использовалась анкета-опросник для выявления симптомов и жалоб, характерных для изменений в нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной системах, а также типичных для заболеваний носоглотки и аллергических состояний [5]. При оценке результатов использовались методические рекомендации по распределению детей и подростков по группам здоровья [4, 6].

Использование данных методических рекомендаций позволило выявить у школьников астенические проявления (головная боль, слезливость, утомляемость и слабость после учебных занятий), жалобы на изменение со стороны сердечно-сосудистой системы (неприятные ощущения и боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в сердечном ритме, повышение артериального давления), проявления повышенной вегетативной лабильности (повышенная потливость, появление красных пятен при волнении, головокружение при перемене положения тела, обмороки, нарушения сна), желудочно-кишечного тракта (боли в области живота до или после приема пищи, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, нарушения стула), мочеполовой системы (боли в области поясницы и при мочеиспускании), проявления простуды (насморк, кашель, осиплость или потеря голоса) и аллергии (сыпь, отеки, затрудненное дыхание на аллерген — пищу, запахи, пыль, лекарства).

Статистическая обработка всех результатов, построение графиков проводились на персональном компьютере PC Pentium-4 с использованием пакета прикладных программ статистической обработки (SAS) с применением альтернативного вариационного анализа. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определялась с помощью критерия Стьюдента (t).

Данные о распространенности и структуре жалоб школьников 7–14 лет представлены в таблице 1. Сравнительный анализ продемонстрировал отсутствие жалоб в г. Алматы у 14% учащихся, в с. Коктобе — у 2%.

По характеру жалобы среди школьников, проживающих в г. Алматы, распределились следующим образом. Наиболее часто выявлялись астенические проявления (72%), далее по мере убывания следовали проявления простуды (51%), нарушения со стороны ЖКТ (41%) и близкая к ним повышенная вегетативная лабильность (38%), проявления аллергии (28%) и отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы (27%). Симптомы патологии мочеполовой системы встречались реже всего (3%).

По сравнению со школьниками г. Алматы, в селе у учащихся оказались выше распространенность жалоб на проявления простуды, нарушения со стороны ЖКТ и мочеполовой системы, повышенную вегетативную лабильность и отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, наибольшая распространенность жалоб среди учащихся средних классов по городам распределась следующим образом. В с. Коктобе чаще всего отмечались жалобы на простуду, нарушения со стороны ЖКТ и мочеполовой системы, в г. Алматы – на аллергические реакции.

Во всех представленных местностях наиболее распространенными оказались астенические проявления, наименее – аллергические проявления и нарушения со стороны мочеполовой системы.

Таблица 1
Распространенность различных жалоб среди школьников
с. Коктобе и г. Алматы

Жалобы	с. Коктобе		г. Алматы, n=122	
	абс. (%)	доля, %	абс. (%)	доля, %
Астенические	109 (83)*	24,7	88 (72)	27,8
Повышенная вегетативная лабильность	86 (66)*	19,5	46 (38)	14,5
Сердечно-сосудистого характера	61 (47)*	13,8	33 (27)	10,4
Простудного характера	82 (63)	18,6	62 (51)	19,6
Со стороны ЖКТ	61 (47)	13,8	50 (41)	15,8
Со стороны мочеполовой системы	9 (7)	2,0	4 (3)	1,3
Аллергические проявления	33 (33)	7,5	34 (28)	10,7
Не имели жалоб	3 (2)	–	17 (14)	

Примечание. * Достоверное отличие ($p<0,05$) при сравнении с показателем в группе детей, проживающих в г. Алматы.

Среди поведенческих факторов риска возникновения заболеваний у подростков начиная с 12-летнего возраста достаточно распространеными являются курение и употребление алкогольных напитков (табл. 2).

Оказалось, что у курящих школьников с. Коктобе чаще возникают простудные проявления, симптомы повышенной вегетативной лабильности и нарушения со стороны ЖКТ и мочеполовой системы.

Сочетание факторов риска (курение и употребление алкоголя) установлено у 12,5% опрошенных. При этом у подростков учащались жалобы простудного характера, на нарушения со стороны ЖКТ, аллергические проявления, повышенную вегетативную лабильность (табл. 3).

Рост частоты различных жалоб по сравнению со школьниками, у которых был один фактор риска, или они вовсе отсутствовали, показывает, что (несмотря на небольшой стаж факторов риска у опрошенных) выявляется зависимость ухудшения их здоровья от образа жизни и наличия вредных привычек.

Таблица 2

Распространенность жалоб (в %) среди школьников средних классов с. Коктобе с учетом поведенческих факторов риска

Жалобы	Распространенность жалоб на 100 опрошенных			
	Не курят, n=100	Курят, n=51	Не употребляют алкоголь, n=112	Употребляют алкоголь, n=39
Простудного характера	36,0	68,6*	56,2	69,2
Сердечно-сосудистого характера	41,0	31,4	35,7	43,6
Астенические	76,0	72,5	75,9	71,8
Повышенная вегетативная лабильность	36,0	51,0	34,8	59,0*
Со стороны ЖКТ	51,0	58,8	49,1	64,1*
Аллергические проявления	24,0	19,6	19,6	28,2
Со стороны мочеполовой системы	18,0	33,3*	21,4	25,6

Примечание. * Достоверность различий ($p<0,05$) при сравнении с показателем в группе детей без указанного поведенческого фактора.

Таблица 3

Распространенность жалоб среди опрошенных жителей с. Коктобе с учетом психосоциальных факторов риска

Жалобы	Хорошие отношения в семье, n=108	Ухудшенные отношения в семье, n=43
Астенические, абс. (%)	75 (69)	37 (86)*
Повышенная вегетативная лабильность, абс. (%)	38 (35)	23 (54)*
Сердечно-сосудистого характера, абс. (%)	39 (36)	18 (42)
Со стороны ЖКТ, абс. (%)	54 (50)	24 (56)
На одного опрошенного	1,9	2,3

Одним из распространенных в селе психосоциальных факторов риска, способствующих возникновению психоэмоционального стресса, является неблагоприятный психологический микроклимат в семье. При ухудшении отношений в семье у детей учащаются жалобы на проявления астении, повышенную вегетативную лабильность, сердечно-сосудистые отклонения и нарушения со стороны ЖКТ (табл. 3).

Обобщая полученные данные, можно отметить определенную взаимосвязь ухудшения показателей состояния здоровья школьников с их образом жизни, наличием основных факторов риска – характером питания, уровнем физической активности, вредными привычками, психоэмоциональным стрессом.

Все это подчеркивает актуальность формирования здорового образа жизни современных школьников, проживающих в селе. Школа в сельской местности является основным звеном в системе воспитания и формирования гигиенических навыков и устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

Однако, как показали результаты нашего исследования, изучение основ гигиенического обучения и воспитания и принципов здорового образа жизни до настоящего времени в школе обеспечено недостаточно. Опрос 70 педагогов показал, что работу среди школьников по гигиеническому обучению и воспитанию в соответ-

ствии с рекомендациями профилактической медицины проводят систематически только 28% из них, 57% — эпизодически, 15% вообще ее не проводят в связи с нехваткой времени. Педагоги должны четко представлять свою роль в осуществлении гигиенического воздействия на учащихся.

Так, 22% преподавателей считают, что такую работу должны проводить медицинские работники, 34% перекладывают ее на родителей и общественные организации, а 44% признают необходимость совместного участия различных специалистов в работе по гигиеническому обучению и воспитанию.

Однако медицинский раздел, вошедший в программу по «Основам безопасности жизнедеятельности», был принят в сокращенном варианте и включает не более 30% необходимого, по нашему мнению, объема медицинских и гигиенических знаний по формированию основ здорового образа жизни.

Таким образом, анализ проведенных исследований подтверждает ухудшение состояния здоровья учащихся под влиянием негативных факторов образа жизни. Необходимо внести изменения в содержание единого стандарта образования школьников и в методы пропаганды здорового образа жизни на разных уровнях (печатные и электронные средства массовой информации, литература, семья, организованные и неорганизованные детские коллективы) с обязательным обучением и повышением квалификации преподавателей общеобразовательных учреждений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Groenewold W.G.F., Tilahum M.* Anthropometric indicators of nutritional status, socioeconomic factors and normality in hospitalized children in Addis Ababa//J. Biosoc. Sci. 1990. V. 129, N 30. P. 373-379.
2. *Лебедь М.В., Матвеев А.И.* Состояние детей, проживающих в зоне экологического неблагополучия//Теория и практика из. культуры. 1997. № 8. С. 46–48.
3. *Winkleby M.A.* Comparison of risk factors for all health in a sample of homeless and non homeless poor//Public Health Rep. 1990. V. Jul-Aug. 105(4). P. 404-410.
4. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М.* Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Рук-во для врачей. М., 2006. С. 412.
5. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие. М.: Промедэк, 1993. С. 163.
6. Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления: Метод. рек. М., 2006. С. 47.

Тұжырым

R.G. Kurmangaliyeva

ӨМІР СҮРҮ САЛТЫНА БАЙЛАНЫСТЫ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ
ОҚУШЫЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЖАФДАЙЫ

Жүргізілген талдау бойынша, өмір сүрудің қолайсыз факторлары әсерінен оқушылардың денсаулығы нашарлағаны анықталды. Мектептерде қолданылатын стандарттарға, салауатты өмір сүру әдеттеріне қажетті өзгерістер енгізу қажет, сонымен қатар жалпы білім беретін мектептердегі оқытушылардың аурулар профилактикасына қатысты біліктілігін жогалыту керек.

Summary

R.G. Kurmangaliyeva

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH IN SCHOOL AGED CHILDREN
DEPENDING ON THEIR MODE OF LIVING

405 schoolboys of school in Koktobe, and Almaty took part in the testing. the correlation between poor health in schoolboys and mode of their living was shown. It's recommended to create unified standard of schoolboys education in the field of hygiene, breeding and healthy life style.

H.K. СМАГУЛОВ, М.А. КАЛИЕВА

**МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ
НАПРЯЖЕНИЕ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

Карагандинский государственный медицинский университет

В последнее время для изучения сложных многофакторных явлений в биологии и медицине и, в частности, в физиологии и гигиене труда, все более широкое применение находит системный подход [1], смысл которого состоит в том, что каждый элемент системы должен представляться как автономно функционирующий, и его деятельность подчинена общему плану работы системы для получения полезного конечного результата [2].

В настоящее время основой получения математического описания воздействия факторов среды на показатели состояния организма человека являются экспериментально-статистические методы (корреляционный и регрессионный методы анализа), базирующиеся на математической обработке данных пассивного наблюдения [3]. Применение многофакторного математического анализа позволяет выявить межсистемные взаимоотношения в сформированной структуре, отражающие реакцию целостного организма на комбинированное воздействие факторов (учебный процесс – окружающая среда), вычленить наиболее существенные факторы, определяющие уровень работоспособности организма, и спрогнозировать ее динамику в процессе жизнедеятельности [4].

Цель работы – дать математическую оценку влияния факторов образовательного процесса на функциональное напряжение организма студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Объект исследования – студенты КГМУ в возрасте 20–22 года. Всего было обследовано 83 студента (40 юношей и 43 девушки).

Физиологические исследования включали: 1) измерение показателей сердечно-сосудистой системы – САД и ДАД, ЧП, индекс Руфье, математический анализ вариабельности сердечного ритма; 2) измерение показателей функционального состояния ЦНС (СМР, ЗМР, таблица Анфимова); 3) изучение индивидуально-психологических особенностей по методике Г.Д. Айзенка (1992), определение личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; 4) оценка нервно-эмоциональной активности (таблицы САН, определение реактивной тревожности), 5) оценка степени нервно-психической напряженности по шкале нервно-психического напряжения – НПН [5], 6) оценка работоспособности по анкетам WAI – индекс работоспособности [6].

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета специальных статистических программ [2]. Для нахождения более адекватных интегральных регрессионных уравнений в условиях анализа динамики рядов, содержащих нелинейные тенденции, помимо использования традиционных расчетов коэффициентов линейной корреляции и построения линейных функций, были использованы интегральные уравнения, выражающие тенденции в виде полиномов (парабол) 3 степеней, позволяющие находить S-образные зависимости с двумя и более перегибами [7]. Полученные в результате расчета парные коэффициенты корреляции использовались для оценки доли влияния входных факторов аргументов на выходные показатели функции (использовались значимые значения коэффициентов корреляции, при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В обычной практике используются прямые зависимости, однако у биологических объектов не всегда отмечается прямая реакция на раздражители. В связи с чем выявленные низкие значения коэффициентов линейной корреляции не совсем свидетельствуют об отсутствии данной зависимости, скорее всего она имеется, но обычными способами статистики не выявляется. В таких случаях более соответствует использование определения нелинейных зависимостей.

В качестве примера можно привести определение корреляционной зависимости между успеваемостью (условное обозначение «Баллы») и реактивной тревожностью (рис. 1). Проведенный корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции показал наличие слабой и к тому же недостоверной связи ($r=0,09$, $t=0,5$, $p>0,1$). В данном случае можно было бы говорить об отсутствии зависимости между данными показателями. Однако проведенный дополнительно корреляционный анализ с вычислением коэффициента нелинейной зависимости показал наличие между данными факторами. Коэффициент нелинейной корреляции был равен 0,58 при критерии Стьюдента 3,8 ($p<0,01$). То есть, зависимость между факторами имеется и, как видно из рисунка 3, она имеет вид S-образной кривой. Анализируя данный график, можно сделать вывод о том, что высокая реактивная тревожность отмечается у студентов с низкой успеваемостью, после чего она существенно снижается, имея низкие значения у студентов с удовлетворительной успеваемостью. После отмечается вновь увеличение реактивной тревожности у студентов относительно хорошей успеваемости (3,5 балла), после чего отмечается незначительное ее снижение.

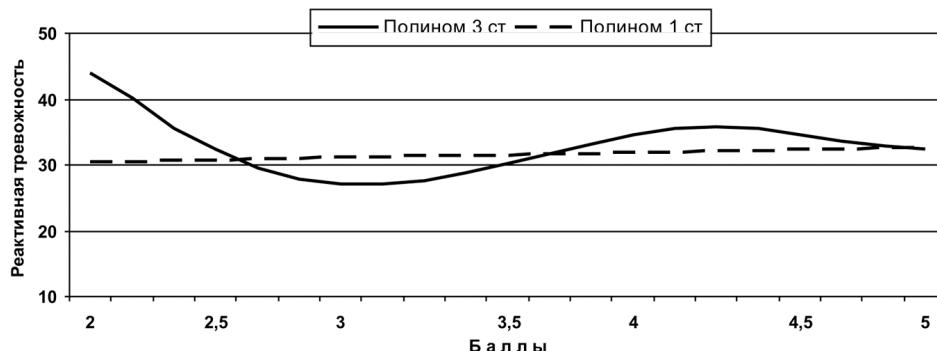


Рис. 1. Зависимость между успеваемостью и реактивной тревожностью

Уравнения регрессии для полинома 1-й степени имели вид:

$$PT = 28,122 + 1,148 * \text{Успеваемость} \\ (r=0,09: t=0,5, p>0,1).$$

Для полинома 3-й степени:

$$PT = 788,765 - 767,855 * \text{Успеваемость} + \\ + 254,058 * \text{Успеваемость}^2 - 27,466 * \text{Успеваемость}^3 \\ (r_1=0,58: t_1=3,8, p<0,05).$$

Таким образом, можно сделать вывод о том, что использование нелинейного корреляционного анализа позволяет существенно расширить возможности для аналитической обработки полученных результатов, повышение ее результативности и возможности интерпретации взаимодействия двух факторов в достижении оптимальной адаптированности студентов в процессе образовательной деятельности.

Как показал анализ результатов, существенных различий в адаптации студентов к образовательной деятельности в зависимости от пола не выявлено. Об этом свидетельствует вклад комплекса факторов в общую дисперсию наблюдаемых факторов (ее весомость). А поскольку общая дисперсия есть сумма квадратов коэффициентов корреляций между аргументом (воздействующим фактором) и наблюдаемыми функциями (физиологическими показателями), это и есть своеобразная величина, определяющая весомость воздействующего фактора, его значимость в формировании уровня функционального напряжения организма. У юношей и девушек он составлял 12,44 и 12,81 соответственно (рис. 2).

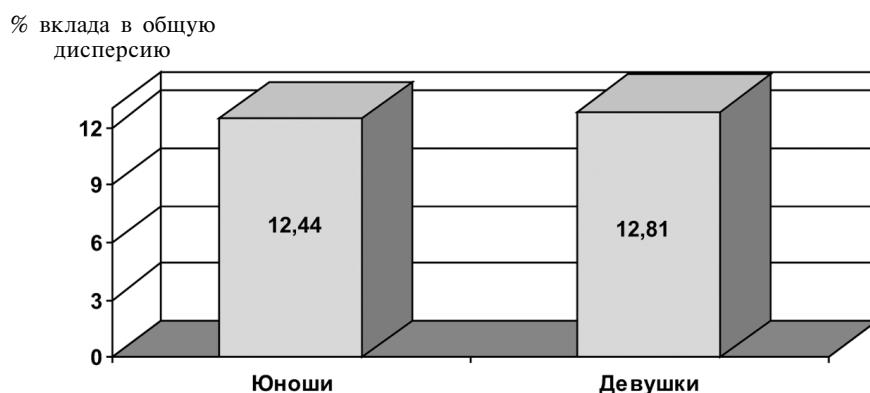


Рис. 2. Показатель общей дисперсии в зависимости от пола студентов

В то же время говорить об отсутствии влияния отдельных факторов на адаптационные процессы студентов в зависимости от пола не следует. Об этом свидетельствуют результаты анализа с разделением по гендерному принципу. Так, корреляционный анализ показал, что основным фактором, влияющим на уровень функционального состояния организма, является у юношей индекс физического состояния, дисперсия составляла 2,6 усл.ед., у девушек данный показатель выше и составлял 3,21 усл.ед. (рис. 3). Следовательно, у девушек уровень функционального напряжения в процессе обучения в большей степени обусловлен физическим компонентом.

Вторым по значимости был фактор личностной тревожности (у юношей – 1,82, у девушек – 2,18 усл.ед.). Это свидетельствует, что студенты имели более выраженную предрасположенность к тревожным реакциям, недостаточную уверенность в себе, повышенную чувствительность, можно ожидать тревожные реакции в социально-значимых ситуациях. На третьем месте были показатели, характеризующие индивидуально-психологические черты личности студента: у юношей – нейротизм (1,59), характеризующая эмоциональную устойчивость, т.е. черта, выражаяющая сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в событиях и стрессовых ситуациях. У девушек показатели экстраверсии (1,39). Т.е. уровень функционального напряжения зависит и от типологии

ческих особенностей личности, в частности насколько он общителен, активен, самоуверен, либо от степени его необщительности, пассивности, рассудительности. Далее по значимости шли такие факторы, как вес и курс обучения. У остальных факторов дисперсия была ниже единицы, вследствие чего статистическая значимость данных факторов существенно снижалась.

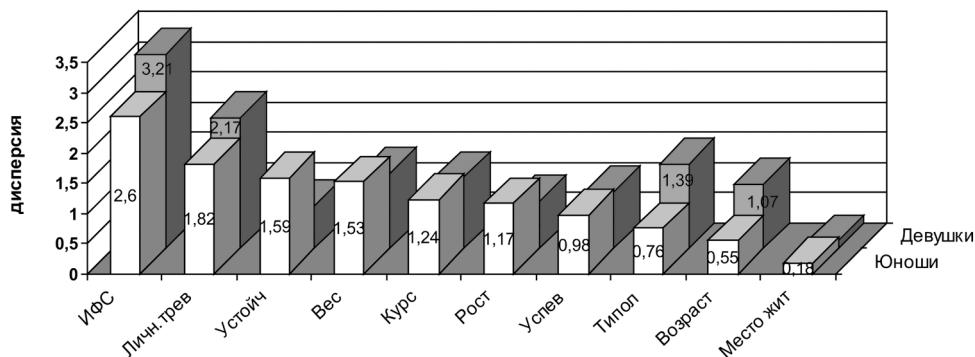


Рис. 3. Абсолютные значения дисперсии факторов и процент вклада каждого из них в общую дисперсию в зависимости от пола студентов

Анализ соотношения полученного числа линейных и нелинейных коэффициентов корреляций выявил особенности реагирования организма студентов в процессе адаптации к образовательной деятельности (рис. 4). Высокая активность функциональных систем организма юношей в большей степени проявлялась нелинейными реакциями физиологических показателей в ответ на воздействие факторов учебного процесса, о чем свидетельствует преобладание числа нелинейных коэффициентов корреляций над линейными (47/91). Отмечавшиеся преимущественно нелинейные зависимости свидетельствуют о менее активном прямом воздействии конкретного фактора, скорее речь идет о комбинированном и сочетанном влиянии дополнительных, сопутствующих факторов, выявление которых возможно с помощью более сложных математических методов [Смагулов, 2009].

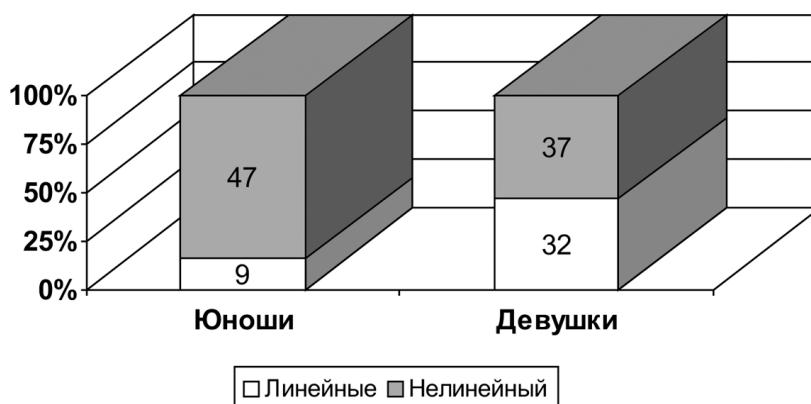
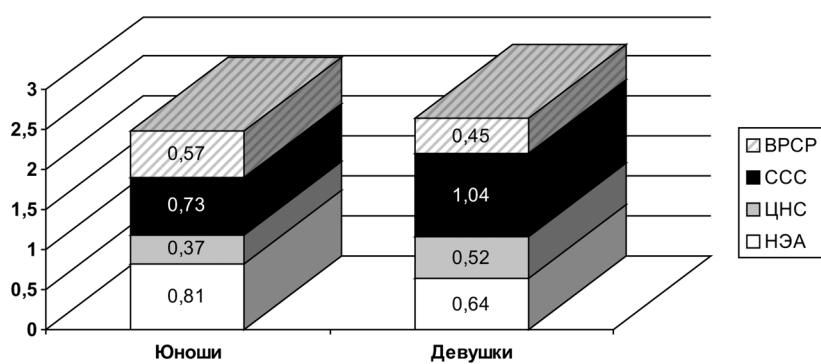


Рис. 4. Соотношение линейных и нелинейных коэффициентов корреляции у студентов различного пола

У девушек значительных различий в соотношении линейных и нелинейных коэффициентов корреляции не отмечалось (37/32). Это свидетельствует, что высокая активность функциональных систем организма девушек проявляется в равной степени как простыми реакциями физиологических показателей в ответ на воздействие факторов учебного процесса, так и сложными реакциями, в числе которых и комбинированные либо опосредованные действия ряда факторов, механизм которого в настоящее время мало изучен. Это обстоятельство связано, по-видимому, с тем, что затруднена количественная оценка воздействующих факторов образовательного процесса.

Анализ доли вклада различных физиологических систем показал различия в зависимости от пола студентов (рис. 5). У юношей на первом месте стоит нервно-эмоциональная активность (НЭА), вклад которой в общую дисперсию составил 0,81 (32,68%), за ней в порядке убывания шла сердечно-сосудистая система – 0,73 (29,36%), вариабельность сердечного ритма – 0,57 (23,12%) и ЦНС студентов – 0,37 (14,84).



Rис. 5. Вклад различных физиологических систем на уровень функционального напряжения организма студентов

У девушек на первом месте стоит сердечно-сосудистая система – 1,04 (39,3%), затем нервно-эмоциональная активность – 0,64 (24,09%), далее следуют ЦНС – 0,52 (19,73%) и вариабельность сердечного ритма – 0,54 (16,88%). Как видно из рисунка 6, хотя активность систем у юношей незначительно выше, чем у девушек, в то же время сами системы, судя по цифровым показателям, более различно реагируют в процессе образовательной деятельности.

Проведенный в дальнейшем многофакторный регрессионный анализ полученных результатов физиологических исследований позволил описать выявленные корреляционные зависимости в виде уравнений регрессий.

Таким образом, использование метода многофакторного корреляционно-регрессионного анализа позволило оценить влияние факторов образовательного процесса на организм студентов. Проведенный линейный и нелинейный корреляционный анализ (полином 3-й степени) позволил выявить и описать в виде уравнений, как прямых (полином 1-й степени), так и S-образных (полиномы 2 и 3-й степеней) корреляционных зависимостей, что позволяет выявить скрытые, объективно существующие закономерности. Это позволило рассчитать значения физиологических индикаторов напряженности труда в зависимости от места жительства, пола, индивидуально-психологических черт личности студентов и других факторов. Полученные математические модели дают возможность оперативно оценить и сделать прогноз уровня работоспособности студентов как на момент обследования, так и тех или иных предполагаемых (возможных) значениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маторова Н.И., Ефимова Н.В., Батурина В.А. Применение математического моделирования динамических систем при изучении влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость детского населения//Медицина труда и промэкология. 2003. № 3. С. 75–77.
2. Смагулов Н.К., Сатыбалдина А.Е. Методический подход математической оценки и прогнозирования функционального напряжения организма студентов при использовании учебных компьютерных технологий: Метод. рек. Караганда, 2003. 14 с.
3. Судаков К.В. Информационные взаимосвязи функциональных систем организма в норме и при эмоциональном напряжении//Дисрегуляционная патология: Рук-во для врачей и биологов/Под ред. Г.Н. Крыжановский. М.: Медицина, 2002. С. 176–187.
4. Смагулов Н.К., Голобородько Е.А. Математическая оценка влияния неблагоприятной экологической обстановки на организм подростков//Вестник Тверского государственного университета. Сер.: биология и экология. 2009. № 15. С. 45–53.
5. Данилова Н.Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний: Уч. пос. М.: МГУ, 1992. 192 с.
6. Juhani Ilmarinen. The Work Ability Index (WAI)//Occupational Medicine. 2007. Р. 57-160.
7. Смагулов Н.К., Кулкыбаев Г.А. Оценка и прогнозирование напряженности труда операторов. Караганда; Алматы: Фылым, 1993. 129 с.

Тұжырым

Н.К. Смагулов, М.А. Қалиева

МЕДИК-СТУДЕНТТЕРДІҢ АҒЗАЛАРЫНЫң ФУНКЦИОНАЛДЫ ҚАЖУЫНА ОҚУ ПРОЦЕСІНІң ӘСЕРІН МАТЕМАТИКАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Бұл мақалада медик-студенттердің ағзаларының функционалды қажуына оқу процесінің әсеріне математикалық бағалау берілген. Қөпфакторлы корреляциялық-регресиялық талдау әдістерін қолдану, студенттердің ағзаларына оқу процесінің әсерін, оларға әр фактордың деңгейінің әсерін сандық градация бойынша бағалауга мүмкіндік берді.

Summary

N.K. Smagulov, M.A. Kalieva

MATHEMATICAL ESTIMATION OF INFLUENCE OF FACTORS
OF EDUCATIONAL PROCESS ON FUNCTIONAL PRESSURE
OF AN ORGANISM OF MEDICAL STUDENTS

In work the mathematical estimation of influence of factors of educational process on functional pressure of an organism of medical students is given. Use of a method multifactorial correlation and regression the analysis has allowed to estimate influence of factors of educational process on an organism of students, to give them quantitative gradation on degree of the importance of influence of everyone them on level of functional pressure of an organism.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК (616.61-002.3+618.2)-084

Ф.Т. ИСМАИЛОВА

ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Родильный дом, г. Иссык

В последние годы внимание акушеров-гинекологов, все чаще привлекают инфекции почек и мочевыводящих путей, занимающие, по литературным данным, среди экстрагенитальной патологии во время беременности второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. В первую очередь это связано с забо-

леваниями почек и мочевыводящих путей, а также с осложнениями, возникающими нередко во время беременности, родов и послеродового периода. К наиболее распространенным воспалительным заболеваниям мочевыделительной системы относится пиелонефрит — инфекционно-воспалительный процесс, сопровождающийся поражением ткани почек и чашечно-лоханочной системы. По различным данным, частота заболеваний пиелонефритом в период беременности достигает 10%, при этом у половины беременных он выявляется впервые, реже после родов (у каждой третьей). Пиелонефрит оказывает неблагоприятное воздействие как на течение беременности, так и состояние плода, что выражается в частом присоединении осложнений беременности, таких как самопроизвольное прерывание беременности, анемии, преждевременные роды, развитие гипотрофии плода, недостаточность плаценты и др. Также необходимо помнить о том, что имеется прямая связь между пиелонефритом и урогенитальной инфекцией [1].

Условиями возникновения пиелонефрита во время беременности являются:

- изменения со стороны мочевыводящей системы — гормональная перестройка с преобладанием прогестерона, приводящая к расслаблению гладкой мускулатуры матки, мочевого пузыря, мочеточников, кишечника;
- гиптония мочеточника;
- расширение чашечно-лоханочной системы, мочеточников. Нарушение кровообращения в почке и лоханках приводят к стазу мочи и возникновению рефлюкса (пузырно-мочеточниковый, мочеточнико-лоханочный). Моча разрывает чашечки и попадает в кровяное русло (гематогенный путь) и далее — в паренхиму почек;
- рост матки во время беременности (особенно страдает правый мочеточник, чаще поэтому возникает правосторонний пиелонефрит). Правая яичниковая вена находится в одном соединительнотканном футляре с мочеточником, и варикозно расширенная вена механически препятствует току мочи;
- усиленный выброс кортикоэстериоидов, являющихся провокаторами хронических, латентных инфекций, увеличивающих возможность распространения инфекции. Ведь известно, что зачастую беременность является провоцирующим моментом для обострения имеющихся процессов.
- снижение иммунитета (частое применение химических веществ, стрессы и т.д.) [2].

Зачастую тянущую боль в пояснице пациентки списывают на легкий радикулит, а небольшое, но постоянное повышение температуры до 37,3°C объясняют простудой или вообще о нем не подозревают, потому что организм адаптировался к этим цифрам. Насторожить могло бы учащенное мочеиспускание, но поскольку оно не сопровождается резью, женщина успокаивает себя тем, что, по-видимому, стала больше пить жидкости или почки хорошо «заработали». Именно поэтому в довольно большом проценте случаев пиелонефрит впервые выявляется, когда беременная женщина проходит обследование перед зачатием или встает на учет в женскую консультацию после наступления беременности. Для уточнения диагноза и для диагностики пиелонефрита, протекающего, как было сказано выше, бессимптомно, проводят дополнительное обследование.

Важное значение в диагностике пиелонефрита имеют:

- метод Нечипоренко, показывающий содержание в моче иммунных клеток лейкоцитов, увеличение количества которых указывает на воспаление мочевыводящих путей;
- проба Зимницкого для определения относительной плотности и нарушений соотношения дневного и ночного диуреза. Для почечной недостаточности характерно снижение концентрационной способности почек;
- общий анализ мочи показывает наличие в моче лейкоцитов, бактерий, белков (этот анализ позволяет обнаружить даже бессимптомный пиелонефрит);
- проводят посев мочи для выявления микрофлоры и определения чувствительности ее к антибиотикам, общий и биохимический анализ крови, а также ульт

тразвуковое исследование почек для выявления состояния чашечно-лоханочной системы. При подозрении на пиелонефрит беременная госпитализируется в дородовое отделение родильного дома, при этом рекомендуется длительное лечение (не менее 4–6 недель).

– ультразвуковое исследование почек проводится для установления морфологических (структурных) изменений почек. Ультразвуковое исследование может быть использовано и во время беременности без особого риска для плода [3,4].

Показаниями для госпитализации являются:

- при первом обращении женщин с пиелонефритом в плановом порядке, во время которого должен быть уточнен диагноз (поставить форму);
- при обострении;
- при появлении осложнений беременности.

Лечение. Независимо от сроков начала антимикробной терапии определяют чувствительность возбудителя. Лечение проводят совместно с врачом-терапевтом. При острой форме проводят антимикробную терапию, учитывая чувствительность микрофлоры к антимикробным средствам, нефротоксичность препаратов и их побочные реакции, функциональное состояние почек, тяжесть и продолжительность патологического процесса в почках, сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез и возможности неблагоприятного воздействия на плод. Сразу по окончании антибактериальной терапии целесообразно назначить пробиотики. Также врачи-терапевты рекомендуют применение препарата «Канефрон», являющегося растительным антисептиком, и сбора растительных трав. После курса антимикробной терапии необходимы повторные (каждые 2 недели) посевы мочи. Это помогает своевременно диагностировать и лечить обострения инфекции. Необходимо отметить, что прием любого лекарственного препарата, изменение или остановка лечения должны быть согласованы с лечащим врачом.

Профилактика.

Одними из методов профилактики пиелонефрита являются:

- соблюдение беременной женщины мер личной гигиены;
- правильное питание;
- прогулки на свежем воздухе (без риска переохлаждения);
- своевременное и регулярное опорожнение мочевого пузыря;
- своевременное лечение гинекологической патологии;
- своевременная коррекция нарушений уродинамики (на фоне аномалий развития мочевой системы, мочекаменной болезни и др.);
- исключение частого приема нестероидных анальгетиков.

Таким образом, зачастую выполнение таких простых рекомендаций позволяет снизить риск развития пиелонефрита во время беременности, а при наличии данного заболевания – обеспечить своевременное выздоровление, а значит и благоприятный исход течения беременности и родов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плод и новорожденного//Вестник акуш. и гин. 2001. № 1. С. 20–23.
2. Сафонова Л.А. Пиелонефрит и беременность//Русский медицинский журнал. 2000. № 8, 18. С. 778–781.
3. Шехтман М.М. Болезни почек у беременных. Ростов н/Д: Феникс, 1997. С. 394–634.
4. Российский терапевтический справочник//Под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 880 с.

Тұжырым

F.T. Исмаилова

ПИЕЛОНЕФРИТ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК, ПРОФИЛАКТИКА ЖОЛДАРЫ

Сонымен, осындай жай ұсыныстарды орындау жүктілік кезіндегі пиелонефрит да-
муының тәуекелін томендетуге мүмкіндік туғызылады, ал осы ауру бар болғанда мерзімді
жазылуға жүктілік пен босандың жайлы нәтижесіне әсер етеді.

Summary

F.T. Ismailova

PYELONEPHRITIS AND PREGNANCY, WAYS OF PROPHYLAXIS

Thus, performance of frequently simple recommendations enables to reduce the risk of pyelonephritis development during the pregnancy period and enables timely recovery and in the presence of this disease which means the favorable outcome of process of pregnancy and child-bearing.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 618.146

E.P. ДАБЕРОВА

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Родильный дом, г. Иссык

В настоящее время среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста все чаще встречается патология шейки матки, в частности **фоновые** заболевания, к которым относятся: псевдоэрозия, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия. Возникновение и развитие патологических состояний влагалищной части шейки матки – сложный и длительный процесс, многие стороны которого еще недостаточно изучены [1].

К факторам развития фоновых заболеваний шейки матки относятся:

- воспалительные заболевания гениталий;
- травматические повреждения шейки матки, возникшие после родов или абортов (предрасполагающим фактором является нарушение трофики и иннервации тканей);
- гормональные нарушения;
- иммунные нарушения;
- сексуальная активность (раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров);
- инволютивные (возрастные) изменения половых органов, а также снижение резистентности организма, особенности метаболизма;
- использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с повышенным содержанием гестагенов;
- курение (риск заболевания повышается с увеличением количества сигарет в день и продолжительностью курения);
- наследственный фактор: риск возникновения патологии шейки матки у женщин с отягощенным семейным анамнезом [2].

Были проанализированы индивидуальные истории болезни 80 женщин репродуктивного возраста, состоявших на диспансерном учете по заболеванию, с наличием фоновых заболеваний шейки матки, в частности:

- 20 с псевдоэрозией;
- 20 с полипом шейки матки;
- 20 с истинной эрозией шейки матки;
- 10 с цервицитами;
- 10 с папилломатозом шейки матки.

Средний возраст исследуемых составил $28,1 \pm 4,5$ года.

Результаты исследования.

В результате исследования были получены следующие данные:

- предшествующие воспалительные заболевания отмечались у 40 женщин, что составило 50% исследуемой группы;
- травматические поражения шейки матки отмечались у 30 женщин, что составило 37,5% исследуемой группы;
- гормональный фактор отмечен у 15 женщин, что составило 18,75% исследуемой группы;
- раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров отмечалось у 10 женщин, что составило 12,5% исследуемой группы;
- использование КОК отмечалось у 10 женщин, что составило 12,5% исследуемой группы;
- табакокурение, как фактор развития заболевания шейки матки, отмечалось у 10 женщин, что составило 12,5% исследуемой группы;

Причем у 65% женщин исследуемой группы имелись в наличии 2 или 3 фактора развития заболевания.

Таким образом, проведенный анализ показал, что факторы развития заболеваний шейки матки разнообразные и требуют более внимательного отношения врачей первичного звена, а также врачей стационаров и других лечебных учреждений на выявление причин, способствующих развитию фоновых заболеваний. А именно, на профилактику воспалительных заболеваний, бережное ведение родов, проведение различных гинекологических манипуляций, пропаганду гигиены и культуры половых взаимоотношений, а также грамотное назначение медицинских препаратов и проводимого лечения. Кроме того, сами пациенты должны быть заинтересованы в состоянии своего здоровья, а именно, проходить ежегодное профилактическое обследование.

Лечебное учреждение, в которое стоит обращаться, должно иметь адекватную диагностическую базу. Здесь должны быть доступны все виды цитологических и гистологических исследований. В учреждении должна быть доступна ПЦР-диагностика (в том числе для выявления папилломо-вирусной инфекции и ее типирования), должны быть все необходимые инструменты для качественного забора материалов на исследование (специальные одноразовые щеточки, шпатели), должны быть специальные стандартные инструменты для биопсии шейки матки, должно быть электрохирургическое оборудование для конизации шейки матки. Гинеколог должен иметь качественный кольпоскоп и владеть техникой и методикой кольпоскопии в полном объеме. Врачи клиники, специализирующейся на лечении заболеваний шейки матки, должны располагать и владеть методами иссечения и деструкции пораженных тканей (электрокоагуляция и эксцизия).

По литературным данным, широкое внедрение в развитых странах Запада профилактических цитологических исследований мазков из шейки матки, окрашенных по Папаниколау, а также других компонентов лечебно-профилактической программы при заболеваниях шейки матки позволило снизить заболеваемость раком шейки матки на 87%. Патология шейки матки зачастую себя не проявляет, протекает бессимптомно. Если беспокоят выделения, особенно кровянистые, особенно усиливающиеся или появляющиеся после полового акта, – это сигнал для

похода к врачу и при каждом обращении проводить кольпоскопию и цитологическое исследование.

Повсеместно необходимо проводить санитарно-просветительную работу и помнить, что для предупреждения развития заболеваний шейки матки необходимы:

– профилактика, своевременная диагностика и лечение воспалительных процессов половых органов;

– своевременная коррекция нарушений гормонального и иммунного гомеостаза;

– пропаганда культуры сексуальных отношений;

– профилактика абортов (рациональная контрацепция) [3, 4].

Обследоваться и лечиться необходимо у квалифицированного специалиста по патологии шейки матки – гинеколога, а при наличии дисплазии 3-й степени – лучше у онколога. Всегда необходимо помнить, что лучше лишний раз обследоваться, чем пропустить заболевание, болезнь легче лечить на ранних этапах!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., Кононов А.В. Эктопии и эрозии шейки матки. М.: МЕДпрессинформ, 2002. 25 с.
2. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. СПб.: SOTIS, 2000. 20–27 с.
3. Critchlow C.W., WolnerHanssen P., Eschenbach D.A. et al. Determinants of cervical ectopia and of cervicitis: age, oral contraception, specific cervical infection, smoking, and douching//Am. J. Obstet. Gynecol. 1995. V. 173. P. 534-543.
4. Гинекология – национальное руководство/Под ред. В.И. Кулакова. М.: Медицина, 2009. С. 35–45.

Тұжырым

E.R. Даберова

ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ФОНДЫ

ДАМУЫНЫҢ ТӘҮЕКЕЛ ФАКТОРЛАРЫ

Жатыр мойны ауруларының дамуын ескертү үшін мерзімді диагностика және де жыныс мүшелерінің ісіп қызару процесін емдеу қажет, гормонды және иммунды гомеостаз бұзылуын мерзімді түзету, сексуалды қарым-қатынастар мәдениетін насхаттау, және де аборт профилактикасы қажет. Қабыну процестерді өткізіп, тексерудің артығы болmas жақсы екенін әрқашан есте сақтау керек, ауруларды ерте кезендерде емдеу оңайырақ.

Summary

E.R. Daberova

RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF BASELINE DISEASE OF CERVIX UTERI

In order to prevent development of cervix uteri deseases it is necessary to make a timely diagnostic and treatment of genital organs inflammatory processes, timely correction of hormonal and immune physiologic equilibration disruptions, culture of sexual relations promotion, and prophylaxis of abortions. It is necessary always keep in mind that it is better to checkup once again rather than miss the disease, it is easy to treat the disease on the early stages!

Ж.О. ШЕЙШЕНОВ

**ПРЕИМУЩЕСТВО ОПЕРАЦИИ БЕЗ ПЕРЕЖАТИЯ АОРТЫ
И ВВЕДЕНИЯ КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО РАСТВОРА
ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПЕРЕДНЕЙ МИНИТОРАКОТОМИИ ДЛЯ
КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА**

Центр кардиохирургии, г. Тараз

В настоящее время по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) разработано и выполняется большое количество различных операций. Многообразие пороков требует индивидуального подхода к выбору такого оперативного доступа, который позволяет удобно, эффективно, максимально безопасно и быстро корректировать ВПС [1, 2]. Классический оперативный доступ к сердцу – срединная продольная стернотомия (СПС) дает возможность хирургу провести операцию без технических затруднений. Однако клинические наблюдения и проведенный анализ отдаленных результатов показали, что СПС помимо обеспечения удовлетворительного доступа к различным отделам сердца сопровождаются высокой возможностью возникновения послеоперационных осложнений. Это отделямое из раны, расходжение краев грудины, стерномедиастиниты, медиастинальные абсцессы, перикардиты, эмпиемы плевры, сепсис [3]. Вышеуказанные послеоперационные осложнения явились стимулом для разработки и внедрения в практику менее травматичных доступов к сердцу, которые не имели бы столь тяжелых послеоперационных осложнений [4, 5].

С первых операций на открытом сердце проблема интраоперационной защиты миокарда остается одной из самых актуальных проблем в сердечной хирургии. Традиционно применяемые в кардиохирургии кардиоплегические растворы не полностью предотвращают метаболические и структурные изменения, развивающиеся в миокарде при ишемии и последующей реперфузии. Следствием этого является сниженное восстановление насосной функции сердца при возобновлении кровообращения, которое осложняется возникновением реперфузионных аритмий и развитием сердечной недостаточности. По мнению некоторых авторов, из-за недостаточной кардиопroteкции острая миокардиальная слабость занимает до 45% в структуре общей летальности [6, 7].

Цель исследования – показать преимущество минидоступа перед СПС при выполнении коррекции дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) на работающем сердце без применения кардиоплегического раствора.

Материалы и методы исследования. Объектом клинического исследования служил 61 пациент, оперированный в кардиохирургическом отделении Центра кардиохирургии г. Тараз.

В качестве основной группы были исследованы 33 пациента, оперированных с применением правосторонней передней миниторакотомии на работающем сердце без пережатия аорты по поводу ДМПП. В качестве контрольной группы были взяты 28 пациентов, оперированных с использованием СПС.

Все необходимые данные были получены путем изучения историй болезни, карт проведения анестезии, протоколов ведения искусственного кровообращения и операции, а также карт наблюдения в палате реанимации. Все полученные результаты вносились в протокол.

Результаты исследования. Распределение пациентов по антропометрическим данным приведено в таблице 1, по вариантами дефекта во второй и по клинической характеристике показано в третьей таблице.

Таблица 1

Распределение пациентов по антропометрическим данным

Показатель	Основная группа, n=33	Контрольная группа, n=28
Средний возраст, лет	11,37±1,64	14,51±2,01
Пол:		
Муж., n	11	16
Жен., n	22	12
Вес (кг) / рост (см)	16±1,14/112±4,63	22±2,01/124±3,13

Таблица 2

По вариантам ДМПП

Вариант ДМПП	Основная группа, n=33	Контрольная группа, n=28
Вторичный ДМПП, n (%)	18 (54,51)	14 (50,3)
ДМПП без верхнего края, n (%)	5 (15,14)	6 (21,42)
ДМПП без нижнего края, n (%)	6 (18,18)	4 (14,28)
ДМПП без нижнего и латерального краев, n (%)	1 (3,03)	1 (3,58)
ДМПП больших размеров*, n (%)	3 (9,09)	3 (10,71)

Примечание. * Самой перегородки $\frac{3}{4}$ дефекта больше, чем размер.

Таблица 3

Клиническая характеристика больных

Признак	Основная группа, n=33	Контрольная группа, n=28
Функциональный класс сердечной недостаточности (СН) по NYHA:		
Без СН, n (%)	14 (42,4)	12 (56,1)
I, n (%)	8 (24,2)	7 (59,6)
II, n (%)	7 (21,3)	4 (59,6)
III, n (%)	4 (12,1)	5 (50,8)
ДМПП с легочной гипертензией, n (%)	21 (63,6)	17 (36,8)
ДМПП с нарушением ритма сердца, n (%)	11 (33,3)	8 (28,5)
Сопутствующая неврологическая патология, n (%)	2 (6,0)	3 (10,7)

В таблице 4 приведены сравнительные показатели гемостаза до и после ИК, интраоперационная кровопотеря, кровопотеря в первый час и в последующие пять часов после перевода в реанимационное отделение и число койко-дней.

Как видно из таблицы 4, среднее время гемостаза до ИК у больных основной группы было 9,96±0,63 мин, а в контрольной группе – 12,43±0,59 мин. Разница статистически достоверна ($p<0,05$). Отделяемое по дренажам в основной группе за первый час составило в среднем 52,70 мл и за последующие пять часов 63,81 мл и в контрольной группе соответственно 136,66 и 150,32 мл, т.е. разница статистически достоверна ($p<0,05$). Анализ данных по койко-дням показывает достоверное различие ($p<0,05$), а именно в основной группе больные находились в среднем 5,11 к/д,

тогда как в контрольной группе – 7,31 к/д. Общее операционное время в обеих группах оперированных пациентов не превышало 2 часа (в среднем $1,45 \pm 0,9$). Достоверной разницы времени ИК в сравниваемых группах не отмечалось, что характеризует высокую квалификацию оперирующих хирургов.

Таблица 4

**Сравнительные показатели гемостаза до и после ИК,
интраоперационная кровопотеря, кровопотеря в первый час
и в последующие пять часов после перевода в реанимационное отделение
и число койкодней**

Показатель	Средняя величина и средняя ошибка ($M \pm m$)		$p < 0,05$
	Основная группа, $n=33$	Контрольная группа, $n=28$	
1. Время гемостаза, мин			
До ИК	$9,96 \pm 0,63$	$12,43 \pm 0,59$	$< 0,01$
После ИК	$8,89 \pm 0,39$	$14,41 \pm 0,49$	$< 0,01$
2. Интраоперац. кровопотеря, мл	$106,66 \pm 9,37$	$215,54 \pm 20,41$	$< 0,01$
3. Отделяемое по дренажу за первый час, мл	$52,70 \pm 3,33$	$136,66 \pm 12,31$	$< 0,01$
4. Отделяемое по дрен. в по- следующие 5 час, мл	$62,81 \pm 5,74$	$150,32 \pm 15,59$	$< 0,01$
5. П/операционный койкодень	$5,11 \pm 0,11$	$7,0 \pm 0,23$	$< 0,05$

Примечание. р – разница основной и контрольной группы.

Обсуждение. При использовании СПС в качестве операционного доступа пересекается грудина, которая является своеобразным «замком» в конструкции грудной клетки, что сопровождается нарушением биомеханики дыхательных движений. Из-за наличия обширной раны нередко наблюдается флотация передней грудной стенки и органов средостения, приводящая к развитию дыхательной недостаточности и нарушению ритма сердца. Сама стернотомия, использование в качестве «пломбировочного» материала медицинского воска, остеосинтез грудины вызывают неизбежные значительные повреждения костного мозга, образование массивного костного дефекта и ложных суставов грудины [8,9]. Проведение операции в условиях нормотермической перфузии на работающем сердце без пережатия аорты позволяет избежать целый ряд осложнений, связанных с гипотермией и кардиоплегической остановкой сердечной деятельности. Большинство авторов указанные осложнения объединяют в термин «синдром воспалительного ответа» и он может включать в себя аномальную тенденцию к кровотечению, нарушению капиллярной проницаемости, дисфункцию почек, периферическую или централизованную вазоконстрикцию, активацию комплемента и склонность к восприятию инфекции [10, 11]. Коррекция ДМПП по использованной нами методике обеспечивает лучшую защиту миокарда вследствие сохранения коронарной перфузии во время операции, и именно такая методика на сегодняшний день является необходимым условием для достижения хороших послеоперационных результатов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия: Рук-во. М.: Медицина, 1989. 752 с.
2. Дыдкин А.С. Топографо-анатомическое обоснование доступов к легочному стволу, правой и левой легочной артериям: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1991. 22 с.

3. Бокерия Л.А. Минимально инвазивная хирургия приобретенных пороков сердца// Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999. № 3. С. 4.
4. Серегин Г.И. Влияние торакотомии на гемодинамику в раннем послеоперационном периоде//Грудная хирургия. 1987. № 6. С. 56–58.
5. Kirklin W.J. Cardiac surgery: Sekond ed./W.J. Kirklin, G. Brain, Barratt-Boye//Churchill Livingstone Inc. Inc. 1993. 859 с.
6. Braxton J.H. Reoperative mitral valve surgery without cardioplegia/J.H. Braxton, R.S. et al.// J. Heart Valve Dis. 1998. V. 4, N 2. P. 57-63.
7. Elbeery J.R., Chitwood W.R. Minimally invasive cardiac surgery. Heart surgery for the 21st century//North Carolina Medical Journal. 1997. V. 58, N 5. P. 374-377.
8. Тимошенко В.А. К вопросу о хирургическом лечении деформаций грудной клетки детей после операций на сердце//Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2000. № 4. С. 76–78.
9. Ko Bando, Junjiro Kobayashi, Yashio Kosakai et al. Impact of Cox maze procedure on outcome in patients with AF and mitral valve disease//J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2002. V. 124, N 3. P. 575-583.
10. Бокерия Л.А. Минимально инвазивная хирургия сердца: Сб. Минимально инвазивная хирургия сердца. М., 1998. С. 3–22.
11. D'Ancona G., Saez de Ibara J.I., Baillot R., Mathieu P., Doyle D., Metras J., Desauviers D., Dagenais F. Determinants of stroke after coronary artery bypass grafting//European Journal of Cardio-thoracic Surgery. 2003. 24. P. 552-556.

Тұжырым

Ж.О. Шейшенов

**ЖҮРЕКТИҢ ЖҮРЕКШЕ АРАЛЫҚ ҚАЛҚАСЫНЫң КЕМІСТІГІН ТҮЗЕТУ
ҮШІН АОРТАНЫ ҚЫСПАЙ, КАРДИОПЛЕГИЯЛЫҚ ЕРІТІНДІН ЕҢГІЗУ
АРҚЫЛЫ ОҢ ЖАҚТЫ АЛДЫҢФЫ МИНИТОРАКОТОМИЯ
ОПЕРАЦИЯСЫН ЖУРГІЗУДІҢ АРТЫҚШЫЛЫҒЫ**

Бұл мақалада аортаны қыспайды, жұмыс істеп тұрған жүрекке **ЖЖАҚ** кемістігін мини-инвазивті түзету нәтижелері көлтірілген. Жұмыстың нәтижесі аз қол жетімді операциялар, кеуде қуысының сүйек бұлшықет каркасын сақтауға, операциялық жарақатты азайтуға, он косметикалық әсерге қол жеткізуға, науқастың стационарда аз уақытқа жатқызылуына, сонымен қатар, жүрек плегиясының болмауы реperfузиянды синдромның дамуына жол бермейді.

Summary

J.O. Sheishenov

**THE ADVANTAGE OF OPERATION WITHOUT CLAMPING THE AORTA
AND THE ABSENCE OF HEART PLEGIA AT THE RIGHT-FRONT
MINITORAKOTOMII FOR CORRECTION OF ATRIAL SEPTAL DEFECT
OF THE HEART**

This article specifies results of mini-invasive correction of flaws in ASD under bypass of working heart without aorta clamping. Results of work reveal that performance of operation from mini-access permits to preserve muscular-skeleton framework of chest, to reduce surgical insult, to obtain better cosmetic effect and to reduce time of patient's hospitalization as well as the absence of heart plegia allows to avoid reperfusion syndrome.

Е.Т. КОШЕРБЕКОВ, М.Б. ЖУСУПОВ,
Д.Б. БАЙРАХТАРОВА, С. ЕМЕЛЬЯНЕНКО

ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ

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

Лекарственная аллергия (ЛА) – патологическое состояние, возникающее при лечении различных заболеваний человека в ответ на введение лекарственных препаратов, характеризующееся поражением различных органов и систем, от латентной формы до развития тяжелых аллергических реакций. Проблема побочного действия лекарственных средств у детей в настоящее время является наиболее актуальной. Частота возникновения лекарственных аллергических реакций с каждым годом возрастает. Один из этиологических факторов возникновения лекарственной болезни – бесконтрольное применение лечебных препаратов, как врачами, так и самими больными. Важной причиной ЛА является полипрограммия, которая создает условия для поливалентной сенсибилизации, особенно при повторных курсах лечения. Появление новых лекарственных препаратов и их широкое применение населением ведут к распространению лекарственной болезни в различных возрастных группах, распространяется повсеместно и зависит от индивидуальных особенностей организма человека [1–5]. В связи с этим **целью** нашего исследования явилось изучение частоты, этиологической структуры и характера клинических проявлений ЛА у детей.

Материал и методы исследования. По материалам архива ДГКБ № 2 г. Алматы проведен ретроспективный анализ 195 историй болезней детей с клиническими проявлениями ЛА, пролечившихся в 2007 году в аллергологическом отделении, что составило 16,5%, от общего числа госпитализированных пациентов в отделение. В большинстве (57%) случаев аллергические реакции развивались у детей раннего возраста.

Результаты и обсуждение. Сравнительная характеристика заболеваемости детей с ЛА в период с января по декабрь 2007 г. показала, что наиболее часто ЛА регистрировалась в январе и марте месяце, составив соответственно 12,8 и 10,8%, что можно объяснить большой заболеваемостью в январе и снижением защитных сил организма детей в марте. Частота возникновения ЛА при различных заболеваниях была следующей: при ОРВИ и бронхитах – 44%, пневмониях – 10%. При анализе этих историй болезней установлено, что течение основного заболевания не было тяжелым, тем не менее все дети получили от 1 до 3 курсов антибиотикотерапии, преимущественно перорально в виде сиропов пенициллинового ряда и parenterально цефалоспорины 1–2-го поколений. Помимо этого каждый ребенок получал еще до 4–6 других лекарственных препаратов. Среди препаратов, на которые отмечалась аллергическая реакция, первое место занимают антибактериальные средства – 82 (42%), среди них – пенициллинового ряда 29 (35,4%), цефалоспорины 13 (15,9%) и другие антибиотики 40 (48,8%). Второе место – жаропонижающие средства – 39 (20%), третье место занимают витамины – 37 (19%), из них аскорбиновая кислота – 11 (29,3%), затем следуют муколитики – 20 (10,3%) и сульфаниламидные препараты (преимущественно, бисептол) – 10 (5,1%) и другие группы препаратов – 7 (3,6%). Клинические проявления лекарственной аллергии были разнообразны. Чаще всего встречались мелкоточечные, мелко- и крупнопятнистые экзантемы (57%), крапивница (18%), отек Квинке (15,6%). У 38% детей меди-

каментозная аллергия выражалась повышением температуры до 39 градусов, у 14% – в виде энтеропатии. Аллергические реакции отмечались в основном на 2-й день лечения. Состояние детей с лекарственной аллергией в большинстве (в 91,8%) случаев было средней тяжести. Тяжелое течение и осложнения ЛА у 16 больных (в 8,2% случаях) проявлялись в виде токсико-аллергического дерматита, а у одного ребенка развился синдром Стивенса–Джонсона после парентерального введения хлорамфеникола. Летальных исходов не было. Состояние детей улучшалось после отмены препаратов и клинические проявления исчезали через 2–5 дней. Основные принципы терапии сводились к отмене препаратов, даже гипосенсибилизирующих (не менее 2 препаратов и в тяжелых случаях – короткий курс преднизолона или дексаметазона). В тех случаях, когда возникала необходимость в антибиотиках, назначались менее аллергенные антибиотики из других групп. Диета назначалась безаллергенная, особенно, если в анамнезе имели место пищевая аллергия и атопический дерматит.

Выводы:

1. Частота ЛА у детей, госпитализированных в отделение аллергологии ДГКБ № 2, составила 16,5%.
2. Лекарственная аллергия встречается преимущественно у детей раннего возраста – в 57% случаях, в зимне-весенне время.
3. В этиологической структуре ЛА у детей ведущее место занимают антибиотики (42%), жаропонижающие средства (20%) и витамины (19%).
4. Осложнения при ЛА регистрировались в 8,2% случаев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. The Allergy Report: Science Based Findings on the Diagnosis, 2001.
2. Дақыина А.В., Вёрткін А.Л. Неотложная медицина: аллергия на лекарства//Лечящий врач. 2005. № 3. С. 61–64.
3. Детская аллергология: Рук-во для врачей/Под ред. А.А. Баранова и И.И. Балаболкина. М., 2006. – 688 с.
4. Балаболкин И.И., Тюменцева Е.С., Павловская Л.В. Клинико-патогенетические варианты лекарственной аллергии у детей и ее диагностика//Педиатрия. 2006. № 3. С. 76–81.
5. Онухова М.П., Жаров С.Н., Чиквинидзе Н.К. Лекарственная болезнь//Росс. мед. журнал. 2008. № 6. С. 44–47.

Тұжырым

E.T. Кошербеков, М.Б. Жусупов, Д.Б. Байрахтарова, С. Емельяненко

БАЛАЛАРДАҒЫ ДӘРІЛІК АЛЛЕРГИЯ

Алматы қ. № 2 КҚБА мұрағат материалдары бойынша 195 дәрілік аллергиясы бар балалардың сырқатнамасы ретроспективті анализден өткен. Дәрілік аллергия көбінесе ерте жастағы балаларда қыс, көктем маусымдарында жиі анықталғаны және этиологиялық құрылымында антибиотиктер, қызы басатын дәрілер, витаминдердің басым болғаны көрсетілген.

Summary

Ye.T. Kosherbekov, M.B. Zhusupov, D.B. Bairakhtarova, S. Yemelyanenko

MEDICAL ALLERGY OF CHILDREN

The retrospective analysis of 195 illness histories has been carried out, that of the children with clinical symptoms of medical allergy, based on the archival materials of The Children State Clinical Hospital # 2, of Almaty. It has been concluded that medical allergy occurs prevailingly with children of early age, during spring – summer transitional period, and is ethiologically connected with taking antibiotics, vitamins and anti-fever drugs.

Н.С. БОЖБАНБАЕВА, У.А. НАБИЕВА, Л.М. ХАН

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ВНУТРИУТРОБНОЙ
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Вопрос перsistенции инфекционных агентов и связанных с ней патологических феноменов является одним из актуальных проблем современной медицины.

Согласно литературным данным, особенностью внутриутробных инфекций, имеющих внутриклеточную локализацию, является их перистентное течение с эпизодическими реактивациями возбудителя, обуславливающими заболеваемость и хронизацию инфекционного процесса [1, 2, 3, 4]. В исследованиях G. Burch и соавт. установлено, что вирусная инфекция может начаться в антенатальном периоде и сохраняться на протяжении всей жизни [5].

Целью исследования явилось изучение клинико-лабораторной характеристики внутриутробной хронической рецидивирующей цитомегаловирусной инфекции в динамике инфекционного процесса.

Материал и методы исследования. Обследовано 500 новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в детской городской инфекционной больнице г. Алматы, Научном центре педиатрии и детской хирургии, родильном доме № 1 г. Алматы за 2001–2007 гг. Верификация внутриутробной ЦМВИ проводилась методами ИФА и ПЦР путем определения специфических антител к антигенам Herpes virus, Cytomegalovirus, Chlamidia trachomatis, Toxoplasma gondii, Mycoplasma hominis, Listeria monocytogenes и детекции ампликонов возбудителя. С целью изучения активности и тяжести инфекционного процесса мы обследовали 48 детей с выявленными антиЦМВIgG антителами методом ИФА с уточнением avidности антител. Эту же сыворотку крови использовали для выявления нейронспецифической енолазы (НСЕ), провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухолей α - (ФНО- α) и γ -интерферона (γ -ИФ), а также кардиомаркеров – лактатдегидрогеназы (ЛДГ), сердечной фракции креатинфосфокиназы (МВ КФК), глутаматдегидрогеназы (α -ГБДГ). Контрольную группу составили 17 неинфицированных детей.

У всех детей сыворотку крови исследовали методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «Вектор Бест» (Новосибирск), который основан на определении специфического иммунного ответа макроорганизма на внедрение вируса, с определением в ней специфических антител Ig G, Ig M к 6 возбудителям TORCH-инфекций. Определение низкоавидных антител к цитомегаловирусу выполняли с помощью тест-систем «ЦМВ-IgG-авидность». Полимеразная цепная реакция проводилась в трех отдельных помещениях (зонах) согласно «методическим рекомендациям по проведению работ в диагностических лабораториях, использующих метод полимеразной цепной реакции» и инструкции по применению ПЦР – тест-систем «АмплиСенс™ 380», разработанных Центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии, г. Москва. Концентрации цитокинов и интерферона (TNF α , INF γ) определяли с помощью соответствующих наборов реагентов для иммуноферментного анализа производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). Также использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (M), ошибки средней для

абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (р). Для выявления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (р). Статистическая обработка проведена на персональном компьютере Pentium IV в операционной системе Windows-Word 2000 с помощью приложения Excel.

Результаты и обсуждение. Внутриутробная хроническая цитомегаловирусная инфекция верифицирована клинико-лабораторными методами обследования у 139 новорожденных детей, среди которых хроническое рецидивирующее течение ЦМВИ с высоко-, средне- и низкотитражными сыворотками, имеющих тенденцию к нарастанию в динамике при вирурии и виремии, диагностировано у 95 детей. Нарастание титра специфических Ig G в парных сыворотках, а также IgM-емия с детекцией ДНК вируса указывают на возможность реактивации инфекционного процесса.

Сроки наблюдения: до 3 месяцев – все 95 детей, до 6 месяцев – 15 младенцев, до 1 года – 25, от 1 до 3 лет – 16.

Анализ характера течения ЦМВИ в постнеонатальном периоде в группе детей с рецидивирующим течением заболевания показал дальнейшее поражение многих органов и систем. Особое место в клинике заболевания занимала патология нервной системы (табл. 1). В динамике инфекционного процесса отмечается достоверное нарастание неврологической симптоматики с формированием структурных изменений головного мозга.

Таблица 1
Динамика неврологических нарушений у детей
с рецидивирующим течением ЦМВИ

Патология ЦНС	1–3 мес, n=79	3–6 мес, n=35	6–12 мес, n=25
Гидроцефальный синдром	22	27,8±5,0	15
Синдром гипервозбудимости	20	25,3±4,9	12
Задержка психомоторного и доречевого развития	2	2,5±1,7	6
Судорожный синдром	6	7,6±3,0	5
Сенсорные нарушения	0	0,0±0,1	3
Гидроцефалия	3	3,8±2,1	4
Микроцефалия	2	2,5±1,7	3

Примечания: * достоверность различий по сравнению со второй и третьей подгруппами; **р <0,05; ***р <0,01.

Наибольшая частота поражения ЦНС (гидроцефальный синдром, синдром гипервозбудимости, задержка психомоторного, доречевого развития и синдром двигательных нарушений) регистрировалась в возрасте от 3 месяцев и старше ($p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$). Во втором полугодии жизни у 24% больных диагностированы судорожный синдром ($p<0,05$) и в 20% случаев – смешанная гидроцефалия ($p<0,05$).

Катамнестическое наблюдение детей старше года позволило выявить церебропатический синдром (75%), задержку психомоторного (37,5%) и речевого (18,7%) развития, эпилепсию (14%). Гидроцефалия регистрировалась в 37,5% случаев и но-

сила декомпенсированный характер, микроцефалия отмечена у 18,7% детей. Изменения органов чувств в виде атрофии зрительного нерва, хориоретинита встречались в 37,5 и 18,7% случаев соответственно.

Эхографические изменения у детей первых месяцев жизни проявлялись расширением желудочковой системы головного мозга (28,4%), внутрижелудочковыми кровоизлияниями (26,3%), кистами (20%) и гипоксически-ишемическими изменениями (16,8%). На ЯМР у 14,8% больных регистрировались атрофические процессы в лобной, лобно-височной долях головного мозга, в 21% – гидроцефалия, 12% – кальцификаты. При обследовании детей в динамике выявлено ухудшение нейросонографических изменений, выражавшихся нарастанием вентрикуломегалии, повышением участков эхогенности паренхимы головного мозга, формированием постгеморрагических кист и гидроцефалии.

Таким образом, реактивация возбудителя у детей с рецидивирующей инфекцией приводила к прогрессированию неврологических нарушений.

Наблюдение детей в катамнезе позволило выявить динамику заболеваний и состояний (табл. 2). При хроническом течении внутриутробного инфицирования цитомегаловирусом происходит поражение различных отделов респираторного тракта, наибольшая частота которого наблюдалась в возрасте детей от 3 месяцев и старше ($p<0,05$).

Таблица 2

Динамика заболеваний и состояний у детей раннего возраста с рецидивирующей ЦМВИ

Заболевания и состояния	1–3 мес, n=79		3–6 мес, n=35		6–12 мес, n=25		1–3 г., n=16	
Поражение органов дыхания	25	31,6±5,2	15	42,8±8,4	13	52,0±10,0*	9	56,2±12,4*
Частые ОРВИ	5	6,3±2,7	8	22,8±7,0*	7	28,0±9,0*	5	31,2±11,6*
Патология ЖКТ, в том числе гепатобилиарной системы	28	35,4±5,4	20	57,1±8,4*	15	60,0±9,8*	12	75,0±10,8**
Поражение почек	8	10,1±3,4	9	25,7±7,4*	8	32,0±9,3*	9	56,2±12,4*
Кардиальные нарушения	17	21,5±4,6	15	42,8±8,4*	11	44,0±9,9*	7	43,7±12,4*
Гематологические изменения	18	22,8±4,7	16	45,7±8,4*	14	56,0±9,9*	12	75,0±10,8*
Аллергические заболевания	9	11,4±3,6	6	17,1±6,4	7	28,0±9,0*	5	31,2±11,6*
Длительный субфебрилитет	2	2,5±1,7	7	20,0±6,7*	7	28,0±9,0*	5	31,2±11,6*

Примечания: *достоверность различий по сравнению с первой группой (1–3 мес); * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

Обращает на себя внимание, что в первом полугодии жизни в структуре дыхательных нарушений преобладали пневмонии ($p<0,001$). Последние были двухсторонние очагово-сливные, с обструктивным синдромом, имели затяжное течение. В 2,1% случаев диагностирован плеврит. Бронхиты достоверно чаще регистрировались у детей второго полугодия жизни, носили рецидивирующий характер ($p<0,05$).

В возрастной структуре старше года до 3 лет выявлена патология как верхних (фарингиты, ларингиты), так и нижних отделов (пневмонии, бронхиты) дыхательных путей. Следует отметить, что данные патологические состояния имели склонность к рецидивированию и в большинстве случаев (80%) были осложнениями острых респираторных вирусных инфекций.

Нефрологическая патология была представлена пиелонефритом на фоне врожденных аномалий почек, развитие которого происходило восходящим путем. Поражение почек статистически чаще констатировано в возрастных группах старше трех месяцев и имело склонность к рецидивированию, а у детей старше года – к хронизации (56,2%).

Нередко при ЦМВИ наблюдались кардиальные нарушения в виде миокардитов и кардиомиопатий, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, достоверно высокие показатели которых регистрировались у детей от 3 месяцев и старше ($p<0,05$).

Одним из характерных проявлений хронического течения ЦМВИ являются гематологические изменения, которые представлены тромбоцитопенией и анемией. Последняя носила стойкий, торpidный характер и удерживалась на уровне первой степени. Значительно реже отмечалась тромбоцитопения (7,3%), которая встречалась в первые 6 месяцев жизни ребенка. У 5,3% детей с тромбоцитопенией развивался геморрагический синдром.

Сочетание фоновой патологии (БЭНП, ражит) имело место у каждого второго ребенка с наибольшей частотой (100%, $p<0,05$) во второй группе.

Аллергические заболевания в виде атопического дерматита, ринита, бронхита достоверно чаще отмечены у детей от 6 месяцев и старше ($p<0,05$). Эндокринная патология (врожденный гипотиреоз, паратиреоидная недостаточность), генерализованные (сепсис) и локальные гнойно-септические заболевания (парарактальный свищ, гнойный отит, конъюнктивит), летальные исходы регистрировались во всех возрастных группах без статистически значимых различий. Дети умирали от присоединения вторичной флоры с развитием пневмонии и других инфекционно-воспалительных заболеваний на фоне врожденных пороков развития и тяжелого поражения ЦНС. Следует отметить инфицированность (30%) детей старше 1 года *Yersinia enterocolitica*, *Lysteria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Candida albicans*, верифицированных в ПЦР.

Длительный субфебрилитет статистически чаще отмечался в возрастных группах старше 3 месяцев ($p<0,05$).

Достоверное снижение резистентности зарегистрировано в возрасте от трех до шести месяцев ($p<0,05$). Значительное снижение резистентности с частотой острых инфекционных заболеваний 7–8 раз в год отмечалось у детей старше 6 месяцев, что позволило отнести их в группу часто болеющих ($p<0,05$).

Особо следует подчеркнуть такие неблагоприятные факторы, способствующие реактивации ЦМВИ, как искусственное вскармливание, вакцинация (АКДС), а также низкий социальный уровень родителей.

Таким образом, у детей с хроническим течением ЦМВИ, имеющих рецидивирующее течение, формируется полиорганная соматическая патология. Манифестация клинических симптомов имела место в возрасте от 3 месяцев и старше, что, по-видимому, явилось следствием реактивации вируса на фоне проведения вакцинации (первой АКДС), а также увеличением числа детей, переведенных на искусственное вскармливание со сниженной резистентностью. У детей старше года ведущими становятся неврологические, нефрологические, гематологические нарушения, а также значительное снижение резистентности, приводящие к частым интеркуррентным инфекциям, носящим рецидивирующий характер.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соха Л.Г. Роль персистирующей вирусной и хламидийной инфекции в развитии пиелонефрита у детей//Педиатрия. 1991. № 1. С. 35–38.
2. Лутошкин И.С. Персистирующая герпесвирусная инфекция у детей с гломерулонефритом//Росс.вест. перинатологии и педиатрии. 2005. № 4. С. 32–36.
3. Cocchi F. et al. The V domain of herpesvirus Ig-like receptor HgR contains a major functional region in herpes simplex virus-1 entry into cells and interacts physically with the viral glycoprotein D//Proc. Natl. Acad. Sci. 1998. 3:15700-15705.
4. Варташян Р.К. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клинические проявления и терапия//Врач. 2002. № 3. С. 26–27.
5. Burch G.E. et al. Цитировано по Соха Л.Г./Педиатрия. 1991. № 1. С. 35–38.

Тұжырым

Н.С. Божбанбаева, У.А. Набиева, Л.М. Хан

ҚҰРСАҚШІЛІК СОЗЫЛМАЛЫ АҒЫМДЫ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫ БАР ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДЫ ДИНАМИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Алматы қаласындағы балалар инфекциялық ауруханасы, Педиатрия гылыми Орталығы және Балалар Хирургиясы, № 1 перзентхана бойынша стационарда емделіп жүрген 500 нөрестелер зерттелді. Зерттеу нәтижесі, рецидивті ағымы бар, созымалы ағымды ЦМВИ бар балаларда полиоргандың соматикалық патология қалыптасады. Клиникалық симптомдар манифестациясы 3 ай және одан жоғары жаста кездескен.

Summary

N.C. Bozhanbaeva, U.A. Nabieva, L.M. Han

DYNAMIC MONITORING OF CHILDREN WITH LONG-LASTING RECIDIVATING INTRAUTERINE CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

It is observed 500 infants whose were on treatment in pediatric infection hospital of Almaty city, Scientific centre of pediatry and child's surgery and maternity hospital. Results show that for children with long-lasting recidivating cytomegalovirus infection polyorgan physical pathology has been formed. Manifestation of clinical symptoms took place for an age period of 3 months and older.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.34.233:615.038

Т.Н. НУРПЕЙСОВ, И.Г. ЦОЙ, Б.М. ТАЖИМЕТОВ

СОЧЕТАНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОПЫТ КОРРЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ПРОБИОТИКОВ

Научно-исследовательский институт кардиологии
и внутренних болезней, г. Алматы

Дисбактериоз кишечника – наиболее распространенное заболевание пищеварительной системы. Страдают им и дети, и взрослые. Чаще встречается у людей пожилого и старческого возраста с особенностями желудочно-кишечного тракта, связанными с атрофическими и органическими изменениями после различных заболеваний этих органов.

Причинами дисбактериоза кишечника также является ряд факторов, связанных с нарушением секреторной моторной функции желудка и кишечника, психические перенапряжения, хронические заболевания поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, гормональные нарушения, связанные с выработкой пищеварительных гормонов, вредные привычки и др.

Дисбактериоз кишечника проявляется в основном симптомами нарушений кишечных функций, поэтому больному назначают целенаправленно лекарственные препараты для лечения определенного, якобы болезненного, органа. Но назначение антибиотиков при этом еще более усугубляет нарушения нормальной микрофлоры кишечника.

Дисбактериоз кишечника нередко является осложнением заболеваний других органов и систем или протекает в сочетании с заболеваниями этих органов. По литературным данным, в 23–93% случаев данное заболевание протекает в сочетании с бронхиальной астмой.

Для восстановления нормального эубиоза кишечника кроме основного лечения нужно назначить пробиотики, которые содержат бифидо- и лактобактерии. Одним из таких препаратов является плантофермин, который разработан Казахской академией питания (г. Алматы).

Цель работы – определить эффективность препарата плантофермин в комплексной терапии дисбактериоза кишечника на фоне бронхиальной астмы.

Проанализированы результаты обследования и лечения 2 групп больных общей численностью 60 человек. Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет. Распределение больных по признаку пола: мужчины 37 человек (61%), женщины 23 человека (39%). До назначения препарата плантофермин у больных отмечали основные клинические симптомы дисбактериоза кишечника в виде нарушении стула (метеоризм, жидкий стул или запор, боли в животе и др.). У всех больных это заболевание подтверждено лабораторным методом путем исследований фекалий. Обнаружено, что обследуемые больные страдают дисбактериозом кишечника I–II или III ст. Исследование проводилось 2 раза: до начала лечения и перед выпиской. Так как все больные госпитализированы по поводу бронхиальной астмы, лечение проводилось по следующей схеме:

- 1 группа больных – базисная терапия;
- 2 группа больных – базисная терапия + плантофермин.

В каждой группе было по 30 больных. С целью получения достоверных данных мы исключили из исследования гормонозависимых больных, т.к. у них микробиоз кишечника претерпевает значительные изменения.

Оценка эффективности лечения изучалась на основании быстроты устранения основных симптомов двух болезней и контрольного лабораторного исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов показал, что на фоне приема препарата плантофермин по сравнению с первой группой уже в первые сутки улучшалось субъективное состояние больных, уменьшалась интенсивность или исчезали основные клинические симптомы болезни. У этих больных на контрольной копрограмме перед выпиской отмечено восстановление содержания бифидо- и лактобактерий и отсутствие патогенной микрофлоры.

Перед выпиской проводилось контрольное копрологическое исследование. Наблюдалась нормализация эубиоза кишечника у 88% больных во второй группе, где они принимали плантофермин.

Выводы: Оценивая полученные результаты, можно сделать заключение.

1. Действие препарата плантофермин характеризуется быстрым восстановительным и пробиотическим эффектом.
2. Прием препарата плантофермин способствует купированию клинических проявлений бронхиальной астмы и сокращает сроки заболевания.

Тұжырым

T.N. Nurpeisov, I.G. Цой, B.M. Tazhimetov

**ІШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫ МЕН БРОНХИАЛДЫ ДЕМІКПЕ
ҚАТАР АНЫҚТАЛҒАНДА ПРОБИОТИКТЕРДІҢ КӨМЕГІМЕН
ОНЫ КОРРЕКЦИЯЛАУ ТӘЖІРИБЕСІ**

Мақалада бронхиалды демікпес кезінде ішек дисбактериозына шалдықкан науқастардың плантофермин қабылдаған соң аурудан айығы үрдісінің жылдамдағаны байкалды.

Summary

T.N. Nurpeisov, I.G. Tsoy, B.M. Tazhimetov

THE COMBINATION OF INTESTINAL DYSBIOSIS WITH BRONCHIAL ASTHMA AND THE EXPERIENCE OF CORRECTION WITH PROBIOTICS

At purpose plantofermini beside sick with disbacteriosi of the bowels on background of the bronchial asthma, is noted quick improvement of the general condition sick.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 616.34:615.038

Б.М. ТАЖИМЕТОВ, Т.Н. НУРПЕИСОВ, И.Г. ЦОЙ

**ІШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫН ПЛАНТОФЕРМИНМЕН
ЕМДЕУ ӘДІСІН ТАЛДАУ**

Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.

Сонғы жылдары тыныс және ас қорыту жүйелері ауруларының үйлесуі жібайкалады. Сондықтан, ішек дисбактериозына шалдықкан бронхиалды демікпес ауруымен ауыратын әртүрлі категориялы науқастарда негізгі аурудың басталу механизмін білу үшін қауіпті факторларды анықтау өзекті мәселе болып табылады [1, 2].

Кейбір зерттеушілердің мәліметтері бойынша, бронхиалды демікпес науқастарда ішек дисбактериозымен асқынуы арқылы жүреді. Ішек дисбактериозы кезінде қалыпты микрофлораның тепе-тендігі бұзылады, кейбір микроорганизмдердің саны азайып немесе жойылып, сирек кездесетін патогенді басқа түрлер (кандида саңырауқұлақтары протеялар, стафилакоктар және т.б.) пайдада болады. Бұл кезде организмде жергілікті қабынулық үрдістер орын алады, ал қорғаныстық реакциялар өлсірегенде, эндогендік инфекция сепсис туғызыу мүмкін. Дисбактериоз көптеген асқазан-ішек, тыныс жолдары және басқа ағзалардың аурулары патогенезінде маңызды орын алады.

Қалыпты ішек микрофлорасының тепе-тендігінің бұзылуы келесі себептерден болады: асқазан-ішек жоларының қабынулық аурулары, созылмалы панкратит, иммунды жетімсіздік күйлер, цитостатиктерді, гормондарды антибиотиктерді үзак уақыт қабылдау, жастық өзгерістер, экологияның жайсыздығы, алкоголь, со-зылмалы стресстер және т.б. [3, 4].

Бронхиалды демікпес кезінде ішектің қалыпты микрофлорасын қалпына келтіру және иммунды жүйенің күйін зерттеу жұмыстың мақсаты ретінде алынды. Науқастарға Қазақстан Республикасының Тағамтану академиясы және Вирусология мен эпидемиология ғылыми зерттеу институты ұсынған плантофермин биопрепаратын бердік. Ол биobelсенді қосынды ретінде тіркеліп, асқазан-ішек ауруларының алдын алу және ішектің қалыпты микрофлорасын реттеуге арналған.

Бронхиалды демікпемен ауыратын 30 науқас, соның ішінде 22 мен 67 жас аралығындағы 12 ер адам және 18 әйел адам зерттеу жұмыстары кезінде ем қабылдады. Емделу түрі бойынша оларды екі топқа бөлдік. Бірінші топтағы науқастар әдепкідей медикаментоздық, ем қабылдады. Ал екінші топтағы науқастар қосымша плантофермин препаратын 20 күн 1 флаконнан 3 рет қабылдады. Иммундың жүйенің күйін бақылау үшін анализ екі рет қабылданды, ем қабылдамай тұрып және стационардан шығатын кезде. Сонымен қатар басқа да анализдер мен ауру-дың клиникалық көрінісі ескерілді.

Екінші топта, негізгі емдік шараларды плантофермин биопрепаратымен үйлестіргенде барлық науқастарда алынған анализдер жақсарғаны байқалды. Лейкоциттердің жалпы саны 19%, нейтрофилдер саны 28% артты. Т-лимфоциттердің жалпы саны 32,3%, артса, Т-хелперлердің 33,3% артуына байланысты «ноңдік» лимфоциттер 19,2% азайған. Нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі 38,5% артты.

Иммундық көрсеткіштердің жақсаруы науқастарда, клиникалық түргыда демікпе ұстасының жиілігінің азаюымен, жалпы көңіл қүйлерінің жақсаруымен сипатталды.

Ішек дисбактериозына шалдыққан бронхиалды демікпе ауырған науқастардың емделуі кезіндегі оң көріністер плантоферминнің коррекциялық қасиетінің бар екендігін дәлелдейді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Богорад А.Е. Атопическая бронхиальная астма у детей как генетически детерминированное заболевание//Бронхиальная астма у детей. 1999. С. 39–5.
2. Огородова Л.М., Астафьева Н.Г. Факторы риска астмы//Consilium Medicum. Приложение. 2001. С. 4–9.
3. Федосеев Г.Б. Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия. СПб.: Нордмед-издат., 1998. 687 с.
4. Антонов Н.С. Эпидемиология болезней органов дыхания//Актуальные вопросы в клинике внутренних болезней. М.: Медицина, 2001. С. 30–36.

Резюме

Б.М. Тажиметов, Т.Н. Нурпеисов, И.Г. Цой

АНАЛИЗ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА ПЛАНТОФЕРМИНОМ

Положительная динамика в лечении больных с бронхиальной астмой на фоне кишечного дисбактериоза свидетельствует о корригирующих свойствах плантофермина.

Summary

B.M. Tazhimetov, T.N. Nurpeisov, I.G. Tsay

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF INTESTINAL DYSBIOSIS WITH PLANTOFERMINI

This article is about positive dynamic in treatment patients with bronchial asthma bear witness about medical properties Plantofermini.

*М.К. МУКАЖАНОВ, К.С. АКЫШБАЕВА, Б.А. РАМАЗАНОВА,
А.Л. БИСЕКЕНОВА, Б.М. ХАНДИЛЛАЕВА*

**МИКСТИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ
УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ МУЖЧИН**

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

Инфекции, вызванные *C. trachomatis*, — самые распространенные и дорогостоящие в плане лечения среди заболеваний, относящихся к ИППП [1]. Удельный вес хламидийной инфекции среди ИППП, по некоторым данным, составляет 30–50% [2]. Важным эпидемиологическим фактором хламидийной инфекции является возможность микст-инфицирования, что способствует развитию восходящих осложнений с поражением предстательной железы, семенных пузырьков и придатков яичка [3, 4, 5]. В связи с этим вопросы микст-инфицирования при урогенитальном хламидиозе (УГХ) являются актуальными.

Нами проведен анализ клинических параметров в зависимости от моно- и микстхламидийной инфекции. В результате комплексного микробиологического обследования 132 больных УГХ у 43 (32,6±4,1%) установлено моноинфекция, у 89 (67,4±4,1%) — микстинфекция. *C. trachomatis* верифицировались с одним из возбудителей ИППП у 18 (13,6±3,0%) пациентов, сочетания *C. trachomatis* с двумя и тремя патогенами диагностированы у 71 (53,8±4,3%). Эти данные свидетельствуют о необходимости полноценного микробиологического обследования пациентов с УГХ.

Таблица 1
Спектр микстинфекций у больных УГХ

ИППП	Всего (n=89)	
	Абс. число	M±m, %
Уреаплазмоз	34	38,2±5,2
Микоплазмоз	44	49,4±5,3
Гонорея	13	14,6±3,7
Трихомоноз	42	47,2±5,3
Гарднереллез	14	15,7±3,8
Простой герпес (ВПГ)	8	9,0±3,0
ЦМВ-инфекция	17	19,1±4,2
Кандидоз	3	3,4±1,9

В случае сочетанной инфекции *C. trachomatis* чаще всего определялись одновременно с микроплазмами (49,4±5,3%), *Urt. urealyticum* (38,2±5,2%) и трихомонадами (47,2±5,3%). Ассоциация с гонококками и гарднереллами были в одинаковых соотношениях: 14,6±3,7% и 15,7±3,8% соответственно. Достаточно часто хламидии выступали в ассоциации с вирусами: ЦМВ — 19,1±4,2%, ВПГ — 9,0±3,0% (рис. 1). Реже встречалась ассоциация *C. trachomatis* с дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Рассмотрение ряда клинических показателей в зависимости от моно- и микстинфекции позволило получить следующее: при микстинфекции в 3 раза возрастает число пациентов с жалобами на дизурию (41,6±5,2 против 13,9±5,3%), выделения (71,9±4,8 против 65,1±7,3%) и боли в области промежности (42,7±5,2 против 34,9±7,3%).

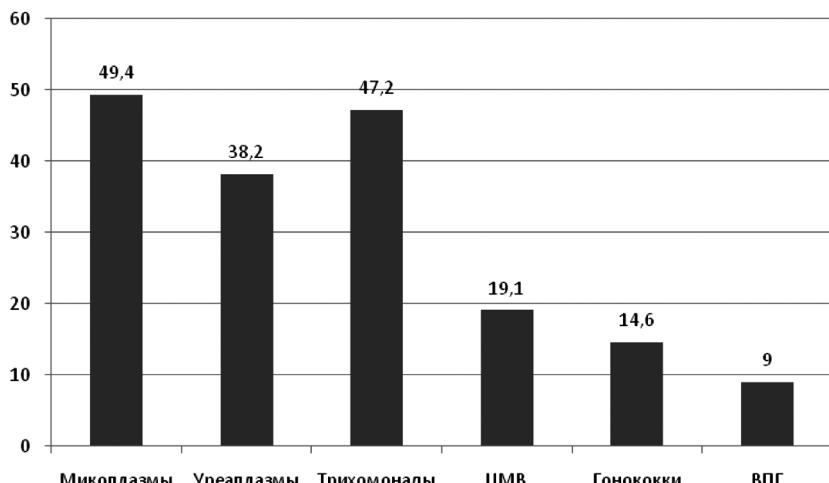


Рис. 1. Ассоциация хламидий

Таблица 2

Частота субъективных жалоб приmono- и микстинфекции

Показатель	Всего (n=132)		Монохламидиоз (n=43)		Микстхламидиоз (n=89)	
	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %
Выделения	92	69,7±4,0	28	65,1±7,3	64	71,9±4,8
Зуд	116	87,9±2,8	37	86,0±5,3	79	88,8±3,3
Дизурия	43	32,6±4,1	6	13,9±5,3	37	41,6±5,2
Боль в области промежности	53	40,1±3,4	15	34,9±7,3	38	42,7±5,2

При микстинфицировании в 2 раза возрастает частота поражений предстательной железы: $67,4\pm5,0$ против $32,5\pm7,1\%$ при моноинфекции. Все случаи эпидидимита и орхоэпидимита наблюдались при микстхламидионной инфекции (табл. 3).

Таблица 3

Степень вовлеченностии верхних отделов урогенитального тракта в зависимости от mono- и микстинфекции

Воспалительный процесс	Моноинфекция (n=43)		Микстинфекция (n=89)		Всего (n=132)	
	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %
Простатит	14	32,5±7,1	46	51,7±5,3	60	45,5±6,1
Простатит, эпидидимит	—	—	12	13,5±3,6	12	9,1±2,5
Простатит, орхоэпидидимит	—	—	2	2,2±1,5	2	1,5±1,0
<i>Всего</i>	14	32,5±7,1	60	67,4±5,0	74	56,1±4,3

В таблице 4 приведены данные о сексуальной функции мужчин, больных УГХ в зависимости от моно- и микстинфекции. Частота снижения эрекционной функции была равнозначной при моно- и микстинфекции: $41,8 \pm 7,5$ и $42,7 \pm 5,2\%$. При анализе эякуляционной функции выявлено, что большая часть больных при моноинфекции сохраняет данную функцию по сравнению с группой больных с микстининфекцией ($58,1 \pm 7,5$ против $49,4 \pm 5,3\%$).

Структура нарушений сексуального цикла в зависимости от моно- и микстхламидийной инфекции

Показатель	Всего (n=132)		Монохламидиоз (n=43)		Микстхламидиоз (n=89)	
	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %	Абс. число	M±m, %
Эрекционная функция						
Сохранена	76	57,6±4,3	25	58,1±7,5	51	57,3±5,2
Снижена	56	42,6±4,3	18	41,8±7,5	38	42,7±5,2
Эякуляционная функция						
В норме	69	52,3±4,3	25	58,1±7,5	44	49,4±5,3
Преждевременная	48	36,4±4,2	17	39,5±7,4	31	34,8±5,0
Ослабленная	42	31,8±4,0	13	30,2±7,0	29	32,6±5,0

Таким образом, проведенное комплексное клинико-лабораторное исследование у больных с УГХ позволило прийти к заключению, что хламидиоз вызывает различные нарушения репродуктивной системы с вовлечением в воспалительный процесс верхних отделов урогенитального тракта, частота которого в 2 раза возрастает при микстхламидиозе. При УГХ наблюдаются нарушения эрекционной и эякуляционной функций, с большей частотой при микстинфекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баткаев Э.А.///Вест. последипломного мед. образования. 2002. № 2. С. 8–18.
2. Мортон Р., Кингхорн Дж.///Инфекции, передаваемые половым путем. 2000. № 2. С. 4–15.
3. Николаева Н.В.///Вест. дерматол. и венерол. 2003. № 4. С. 40–42.
4. Охотникова Л.А.///Сиб. журн. дерматол. и венерол. 2003. № 4. С. 59–61.
5. Ostergaard L. The future diagnosis of Chlamydia trachomatis//Proc. 4th Meet. Eur. Soc. Chlamydia Res.: Abstracts, August 20-23, 2000. Helsinki, Finland, 2000. P. 87-93.

Тұжырым

К.С. Акышбаева, М.К. Мукажанов, Б.А. Рамазанова, А.Л. Бисекенова, Б.М. Хандиллаева

УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗБЕН АУЫРАТЫН ЕРЛЕРДЕГІ АРАЛАС ИНФЕКЦИЯ

Урогениталды хламидиозбен ауыратын 132 ерлердің клинико-зертханалық зерттеулері жүргізілді. Оның ішінде 43 ауруда аралас инфекция табылды. Зерттеу барысында хламидиялардың гонококтармен, трихоманада және микоплазмалармен ассоциациялануы байқалды. Аралас инфекция кезінде простатиттің жиілеуі, ал эрекция және эякуляция қызметтерінің бұзылуы байқалды.

Summary

*K.S. Akyshbayeva, M.K. Mukazhanov, B.A. Ramazanova,
A.L. Bisseyenova, B.M. Khandillaeva*

MIXT-INFECTION IN MALE PATIENTS WITH UROGENITAL CHLAMIDIAL INFECTION

A clinical-laboratory study of 132 patients with urogenital C.trachomatis infection were examined. Mixt-infection was found in 32,6% patients (43/132). Association of C.trachomatis with N. gonorroheae, T.vaginalis, M.hominis and U.urealyticum is being observed more frequently. Chronic prostatitis and reproduction dysfunctionare associated with a high prevalence of mixt infection.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 618.146 – 006.6: 615.277/.849: 576. 8. 077.3

*A.Н. БАЙМАХАШЕВА, В.И. ФИЛИППЕНКО, Ф.Т. АЮПОВ,
Г.Е. САРСЕНБАЕВА*

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

*Казахский научно-исследовательский институт
онкологии и радиологии МЗ РК, г. Алматы*

Рак шейки матки остается одной из наиболее распространенных опухолей женской половой сферы и занимает 3-е место в структуре женской заболеваемости и 6-е место в структуре основных форм злокачественных новообразований. Несмотря на то, что частота рака шейки матки на протяжении последних лет имеет некоторую тенденцию к снижению в Казахстане, анализ показателя уровня смертности от рака шейки матки остается высоким в странах СНГ и мире [1].

Цель настоящего исследования состояла в изучении иммунореактивности больных раком шейки матки (РШМ), до и на основных этапах комбинированной терапии.

Лечение получали 56 больных с верифицированным диагнозом РШМ, которым проводилась сочетанная лучевая терапия по радикальной программе на фоне применения химиотерапии гемзаром по 300 мг/м² – 1, 8, 15, 22, 29-й день облучения – I группа (*n*=20), цисплатином по 40 мг/м² – 1, 8, 15, 22, 29-й день облучения – II группа (*n*=19) и в III группе (*n*=17) проводили стандартную сочетанную лучевую терапию по радикальной программе

Иммунологический мониторинг проводили в трех исследуемых группах до лечения, на этапе при СОД (т.А. т.В) – 20 Гр и после завершения лечения, а также выполнялось контрольное обследование через 3 месяца после завершения терапии.

Всем больным РШМ и 64 здоровым женщинам определение клеточного иммунитета проводилось цитохимическим методом Mueller в модификации Арзыкулова Ж.А. и соавт. [2] в динамике химиолучевой и лучевой терапии с идентификацией 19 показателей, включающих определение лейкоцитов, абсолютного и относительного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, нeT-лимфоцитов, нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов-макрофагов, иммунорегуляторного индекса Tx/Tc [3].

Идентификация основных показателей клеточного иммунитета у больных РШМ до лечения по сравнению со здоровыми показала наличие исходного Т-иммунодефицита, выражавшегося в снижении абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов ($p \leq 0,05$), при этом отмечалось снижение показателя иммунорегуляторного индекса T_x/T_c до $1,28 \pm 0,3$ при норме $1,9 - 2,5$.

Также по сравнению с группой здоровых лиц у больных раком шейки матки отмечается повышение относительного количества незрелых лимфоидных клеток ($p \leq 0,05$). Содержание нейтрофилов и моноцитов-макрофагов в группе больных раком шейки матки имеет тенденцию к снижению.

Изучение основных показателей клеточного иммунитета на этапе после 20 Гр в обеих исследуемых группах больных РШМ при сочетанной лучевой терапии по радикальной программе на фоне применения химиотерапии гемцитабином ($n=20$) и цисплатином ($n=18$) показало достоверное снижение абсолютного количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов, Т-хелперов, иммунорегуляторного индекса T_x/T_c , моноцитов-макрофагов ($p \leq 0,05$), причем в группе больных РШМ, получавших гемцитабин, снижение иммунологических показателей было более выраженным ($p \leq 0,05$).

В контрольной группе больных РШМ ($n=18$), получавших сочетанную лучевую терапию по радикальной программе, большинство показателей клеточного иммунитета были достоверно снижены ($p \leq 0,05$).

Идентификация основных показателей клеточного иммунитета больных раком шейки матки в двух исследуемых группах после завершения химиолучевого лечения показала некоторую стабилизацию иммунологических показателей, особенно в группе пациенток, получавших на фоне сочетанной лучевой терапии гемцитабин. В этой группе больных РШМ после окончания лечения наблюдалось увеличение абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, тенденция к нормализации иммунорегуляторного индекса T_x/T_c , нейтрофилов, моноцитов-макрофагов ($p \leq 0,05$).

В группе больных РШМ, получавших цисплатин на фоне лучевого лечения, отмечается тенденция к снижению основных показателей противоопухолевого иммунитета.

В контрольной группе больных РШМ, получавших сочетанную лучевую терапию по радикальной программе, к концу лечения отмечено достоверное снижение основных показателей клеточного иммунитета (лимфоциты, Т-лимфоциты, Т-хелперы, индекс иммунорегуляции, моноциты-макрофаги, тенденция к снижению нейтрофилов). Абсолютное количество Т-супрессоров в процессе сочетанной лучевой терапии практически не менялось.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности вариантов сочетанной лучевой терапии в сочетании с метрономной химиотерапией у больных РШМ по сравнению со стандартной сочетанной лучевой терапией. Отмечена стабилизация иммунологических показателей, особенно у лиц, получавших на фоне СЛТ гемцитабин, с повышением абсолютного количества Т-лимфоцитов и Т-хелперов, наметилась тенденция к улучшению иммунорегуляторного индекса T_x/T_c , моноцитов-макрофагов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Игисинов И.И. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2008 году: Стат. матер. Алматы, 2009. 100 с.
2. Арзыкулова Ж.А. и соавт. Предпатент РК № 13941; 15.01.2004, бюл. №1.
3. Mueller J., Brun Del Re G., Burki H. Non-specific acid esterase activity: A criterion for differentiation of T- and B-lymphocytes in mouse lymph nodes//Europ. J. Immunol. 1975. N 5. P. 270-274.

Тұжырым

A.N. Баймахашева, В.И. Филиппенко, Ф.Т. Аюпов, Г.Е. Сарсенбаева

**ЖАТЫР МОЙНЫНЫҚ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН
ХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ СӘУЛЕЛІК ЕМДЕУ ТҮРАҚ ТӘСІЛДЕРДІҢ
ӘДІСІНДЕГІ ИММУНДЫҚ МОНИТОРИНГ**

Жатыр мойнынық қатерлі ісігінде қолданылатын химиялық және сәулелік емдеу түрақ тәсілдердің әдісіндегі иммундық тиімділігі көрсетілген. Қалыпты иммундық көрсеткіштер жатыр мойнынық қатерлі ісігінде қолданылатын гемцитабин және сәулелік емдеу көрсетілген.

Summary

A.N. Baymakhasheva, V.I. Filippenko, F.T. Aupov, G.E. Sarsenbaeva

**IMMUNOLOGICAL MONITORING OF DIFFERENT VARIANTS
OF THE COMBINE RADIOCHEMICAL THERAPY PATIENTS
OF CANCER CERVICAL**

In the article it is shown immunological effective using of different variants of the combine radiochemical therapy patients of cervical cancer. It was shown stability of immunological researches in group of cancer cervical patients using radiochemical therapy with preparation gemzitabin.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 618.146 – 006: 615.277/.849: 616 – 073.48 : 576.8.077.3

**В.И. ФИЛИППЕНКО, А.Н. БАЙМАХАШЕВА, Ф.Т. АЮПОВ,
Г.Е. САРСЕНБАЕВА, Т.З. ЕРЖАНОВА**

**РОЛЬ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ
И ДИАГНОСТИКИ ИММУНИТЕТА ПРИ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

*Казахский научно-исследовательский институт
онкологии и радиологии МЗ РК, г. Алматы*

В последние годы в онкологии применяются комплексные методы медицинской визуализации и диагностики иммунитета, которые позволяют определить степень распространения злокачественного процесса и ответ опухоли (включая иммунологические данные) на лечение.

Цель настоящего исследования состояла в оценке степени эффективности проводимой сочетанной лучевой терапии в комбинации с метрономной химиотерапией при раке шейки матки путем проведения иммунологического и УЗИ-мониторинга с помощью специальных комплексных методик УЗИ.

Лечение получали 56 больных с верифицированным диагнозом рака шейки матки (РШМ), которым проводилась сочетанная лучевая терапия по радикальной программе на фоне применения химиотерапии гемзаром по 300 мг/м² – 1, 8, 15, 22, 29-й день облучения – I группа (*n*=20), цисплатином по 40 мг/м² – 1, 8, 15, 22, 29-й день облучения – II группа (*n*=19) и в III группе (*n*=17) проводили стандартную сочетанную лучевую терапию по радикальной программе [1].

Осуществлён УЗИ-мониторинг до и на основных этапах лечения во всех исследуемых группах больных РШМ путем проведения комплекса специальных УЗИ-методик (амплитудная гистография, трехмерный синтез УЗ-изображения, ре- и postprocessing, цветового (ЦДК) и энергетического доплеровского картирования

(ЭДК), направленная тонкоигольная пункционная биопсия с предварительным моделированием трассы проведения иглы.

Параллельно проведена магниторезонансная томография (МРТ) органов малого таза, получены Т1-, Т2-взвешенные изображения в аксиальной, сагittalной и фронтальной плоскостях с оценкой состояния параметральной и паракротальной клетчатки, зон регионарного метастазирования.

Определение Т-системы иммунитета проводили методом Mueller в модиф. (предпатент РК № 13941) во всех исследуемых группах до лечения, на этапе при суммарной очаговой дозе СОД (т.А. т.В) – 20 Гр и после завершения лечения, а также выполнялось контрольное обследование через 3 месяца после завершения терапии [2, 3].

Измерение линейных и объемных размеров, степени васкуляризации и гистографических показателей патологических образований до начала, при СОД 20 Гр и после лечения позволило оценить эффективность проводимого лечения, а при необходимости вносить изменения в параметры проводимой сочетанной лучевой терапии. Определение степени васкуляризации и приоритета кровотока в опухолевых новообразованиях дало возможность определить степень злокачественности, инвазию в кровеносные сосуды и ткани.

При контрольном ультразвуковом исследовании плотность ткани, по данным гистографии, составляла 5–6,5 ед., что соответствует нормальной плотности ткани шейки матки.

Применение комплексных УЗИ-методик позволило произвести целенаправленный отбор больных раком шейки матки местно-распространенными формами, оценить эффективность применяемых вариантов терапии и ответ опухоли на проводимое лечение [4].

Определены особенности изменения иммунореактивности больных местно-распространенными формами рака шейки матки при химиолучевой терапии. Установлен умеренный Т-клеточный иммунодефицит у больных РШМ до начала лечения, выражавшийся в снижении абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, снижении иммунорегуляторного индекса Tx/Tc.

В динамике комбинированной терапии при суммарной очаговой дозе 20 Гр отмечено усиление Т-иммунодефицитного состояния больных РШМ во всех исследуемых группах в среднем на 20–30%.

После химиолучевого лечения, по предварительным данным, наблюдается некоторая стабилизация иммунологических показателей в группе больных раком шейки матки, получавших сочетанную лучевую терапию с гемцитабином.

В динамике лучевой терапии по радикальной программе иммунодефицитное состояние больных раком шейки матки усиливалось.

Иммунологический мониторинг позволил выявить наиболее оптимальный вариант комбинированной терапии больных раком шейки матки с точки зрения воздействия на иммунную систему.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применения комплексных УЗИ- и иммунологических технологий в дифференциальной диагностике больных раком шейки матки при сочетанной лучевой терапии в сочетании с метрономной химиотерапией препаратами цисплатин и гемцитабин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Филиппенко В.И., Баймахаева А.Н. и соавт. Способ лечения больных раком шейки матки. Предпатент № 65718; 09.10.2010.
2. Mueller J., Brun Del Re G., Burki H. Non-specific acid esterase activity: A criterion for differentiation of T- and B-lymphocytes in mouse lymph nodes//Europ. J. Immunol. 1975. N 5. P. 270-274.
3. Арзыкулова Ж.А. и соавт. Предпатент РК № 13941; 15.01.2004, бюл. №1.
4. Филиппенко В.И. и соавт. Раннее выявление онкологических заболеваний молочной железы и шейки матки//Фармация Казахстана. Алматы, 2008. № 12. С. 13–14.

Тұжырым

V.I. Filippenko, A.N. Baymakhashova, F.T. Aupov, G.E. Sarsenbaeva, T.Z. Erzhanova

**ЖАТАР МОЙНЫНЫҢ КАТЕРЛІ ІСІГІНЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ХИМИЯЛЫҚ
ЖӘНЕ СӘУЛЕЛІК ЕМДЕУ ТҮРАҚТЫ ТӘСІЛДЕРДІҢ ӘДІСІНДЕГІ
ИММУНДЫҚ ЖӘНЕ УЗИ ТЕХНОЛОГИЯСЫН АНЫҚТАУ**

Жатыр мойнының қатерлі ісігінде қолданылатын химиялық және сәулелік емдеу түракты тәсілдердің әдісіндегі иммундық және УЗИ-технологиялық тиімділігі көрсетілген.

Summary

V.I. Filippenko, A.N. Baymakhashova, F.T. Aupov, G.E. Sarsenbaeva, T.Z. Erzhanova

**THE ROLE OF METHODS OF COMPLEX MEDICAL VIZUALIZATION
AND DIAGNOSTIC OF IMMUNITY OF DIFFERENT VARIANTS
OF THE RADIOCHEMICAL THERAPY PATIENTS OF CANCER CERVICAL**

In the article high immunological and ultrasonic technologies effective in differential diagnostic using of different variants of the combine radiochemical therapy patients of cancer cervical are shown.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 616-073.75:658.336.3

M.C. САДЫКОВ

ЭХОСЕМИОТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы

Последние десятилетия характеризуются активным внедрением в комплекс диагностических манипуляций неинвазивных, малотравматических методик. Ультразвуковое исследование должно быть обязательным диагностическим тестом при патологии толстой кишки и входить в комплекс диагностических мероприятий при обследовании данной категории пациентов.

Многолетние наблюдения показали, что ультразвуковое исследование толстой кишки является ценным, надежным, информативным методом диагностики. Оно может быть многократно использовано и, при необходимости, повторено для уточнения локализации, степени распространенности патологического процесса, выявления метастазов, различного рода осложнений в до- и послеоперационном периоде [1, 2].

Ультразвуковое исследование толстой кишки имеет свои особенности и определенную технологию ее проведения. Опыт показал, что эта процедура должна начинаться с обзорной эхоскопии брюшной полости, включая печень, селезенку, почки, поджелудочную железу. Осмотреть поджелудочную железу не всегда возможно и затруднено, так как может быть наслойение желудка либо поперечно-ободочной кишки. Только после обзорного, предварительного осмотра брюшной полости мы переходили к прицельному исследованию кишечника [3, 4, 5].

Мы неоднократно наблюдали симптомы «псевдопочки», «мищени», «бычьего глаза», но не придавали им решающего значения для постановки диагноза опухоли. Дело в том, что разность эхогенности опухоли и газа, опухоли и ткани самой кишки при небольших размерах злокачественного процесса чрезвычайно трудно дифференцируются и могут дать ложный результат. Так, опухоли диаметром 2,5–3,5 см, поражающие не более половины окружности толстой кишки при обычном ультразвуковом исследовании, как правило, не выявляются. Удавалось выявить ткань опухоли, ее конфигурацию, характер роста (эндогенный или экзогенный), что имело большое значение для выработки тактики дальнейшего лечения. Кроме того, дос-

таточно четко выявлялось локальное утолщение стенки кишки с отсутствием ее слоистости, что являлось признаком пристеночного расширения кишки у нижнего и верхнего полюсов опухоли [1, 2, 6]. Указанные выше ультразвуковые диагностические признаки в сопоставлении с клинической симптоматикой соответствовали кишечной непроходимости.

У 72 больных (16,9%) определялось отсутствие гаустрации на ограниченном участке толстой кишки с ее фиксацией, не прослеживалась перистальтика пораженного сегмента.

Определенная убедительная ультразвуковая семиотика наблюдалась при распадающихся опухолях толстой кишки (блюдцеобразная карцинома, эндофитно-язвенная форма). Грануляционная ткань и налеты фибрина при данной патологии давали при ультразвуковом исследовании яркие гиперэхогенные сигналы, которые хорошо контрастировались с гипо- и изогенной тканью опухоли. Особое внимание обращалось на зону измененного сегмента толстой кишки, когда в процессе исследования стенки не растягивались, были ригидными, что являлось ультразвуковым симптомом «поражения полого органа». При этом, как правило, просвет кишки был сужен у 88 больных (20,7%).

Еще один ультразвуковой признак требовал расшифровки: изменение слоистости кишечной стенки и ее пристеночное расширение перед сужением не всегда является признаком, подтверждающим раковую трансформацию данного сужения. Этот симптом мы оценивали в совокупности с другими признаками проявления ракового поражения толстой кишки и с учетом клинической семиотики заболевания. Как правило, данный признак вместе с ограничением подвижности опухоли относительно париетального листка брюшины был более характерен для поражения дистального отдела ободочной кишки, особенно сигмовидной кишки (55 больных, 13,8%). Довольно часто «симптом поражения полого органа» сопровождался и другими проявлениями опухолевого поражения. При этом удавалось выявить границу инфильтрации стенки кишки и суженного ее участка у 44 больных (11,1%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цыб А.Ф., Гришин Г.И., Нестайко О.В. Ультразвуковая томография и прицельная биопсия в диагностике опухолей малого таза. М.: Кабур, 1994. 220 с.
2. Janson R., Christ F., Schnelder B., Engel C. Wertigkeit der oralen Gactrografin-Passage In der Ileus-Diagnostik//Fortschr. Rontgenstr. 1982. Bd 136, N 1-6. S. 641-648.
3. Лемешко З.А. Ультразвуковое трансабдоминальное исследование кишечника// Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике/Под ред. В.В. Митькова. М.: Видар, 1997. Т. 4. С. 49–80.
4. Фазылов А.А., Фазылова С.А. Перспективные технологии ультразвуковой диагностики в онкологии//Матер. VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ. Душанбе, 2010. С. 95.
5. Орлова Л.П. Диагностические возможности ультразвуковых методов исследования в колопроктологии: Актовая речь, посвященная 40-летию ВГУ ГНЦК//Проктология. 2006. № 1. С. 3–10.
6. Чекалова М.А. Ультразвуковая диагностика в онкологии//Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике/Под ред. В.В. Митькова. М.: Видар, 1997. Т. 3. С. 209–213.

Тұжырым

M.C. Садықов

КОЛОРЕКТАЛДЫ ОБЫРДЫҢ ЭХОСЕМИОТИКАСЫ

Соңғы онжылдықтарда кешенді диагностиканың инвазивты емес, аз жаракаттандыратын тәсілдері белсенді түрде енгізілуде. Ультрадыбысты зерттеулер міндетті түрде ток ішек обырының диагностикалық тестісі болып саналады және кешенді диагностикалық зерттеудің құрамына енеді.

Summary

M.S. Sadykov

ULTRASOUND IN INVESTIGATION OF COLORECTAL CANCER

Recent decades are characterized by active introduction into the complex of the diagnostic manipulations of noninvasive, of little traumatically procedures. An ultrasonic study must be required diagnostic test with the pathology of thick gut, and enter into the complex of diagnostic measures with the inspection of this category of patients.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

ООЖ 618.664+616.45-001.1/.3+616-003.725

3.Ж. СЕЙДАХМЕТОВА

ЭМОЦИЯЛЫҚ СТРЕСС КЕЗІНДЕГІ ЕГЕУҚҮЙРЫҚТАРДЫҢ СҮТ БЕЗІ МИКРОСОМАСЫНДАҒЫ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗАНЫң БЕЛСЕНДІЛІГІ

Адам және жануарлар физиологиясы институты, Алматы қ.

Қоршаған ортандың қолайсыз факторларының әсеріне, стреске организмнің төзімділігі және бейімделу мәселелері – қазіргі кезеңдеңі физиология мен медицинадағы маңызды тапсырмалардың бірі екендігін атап көрсетуге болады.

Жүктілік кезеңінде эмоциялық стрестің әсеріне ұшыраған әйелдерде хромосомалық абберация бірлігі күшешіп, цитопения және иммундық жүйеде ақаулар дами бастайды [1, 2]. Психоэмоциялық стресс кезінде симпато-адреналды жүйе белсенді күйге енеді, бұл маммо- және лактогенез процестеріне кері әсер етеді және сүт бөлінуін төмендетіп, одан әрі гипогалактияның туындауына апарады [3]. Стресс алған аналықтардың үрпағында эмоционалды-психологиялық стреске деңгөн жауап қайтару реакциясы төмен болады. Стресс жүктілік пен лактация кезеңінде сүт безі мембрана белоктарының, рецепторлар қызметтерінің бұзып, мембрана липидтерінің асқын тотығу процестерінің жоғарылауына себепші болады.

Антиоксиданттық жүйе бос радикалдың және тотығу байланыстарының зақымдаушы әсерінен болатын асқын тотықтарды бұзып немесе радикалдармен жалғастыра отырып, олардың пайда болмауына жол бермейтін және олардың алдын алып отыратын күрделі көпкомпонентті кешен. Организмде антиоксиданттық қасиетке ие көптеген байланыстар бар. Олар ферменттер мен төменгі молекулалы қосылыштар түрінде көрсетілген.

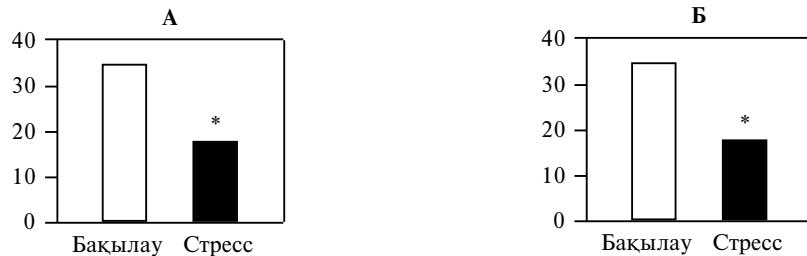
Организмді супероксидті радикалдан қорғайтын фермент супероксиддисмутаза. СОД супероксидтің дисмутация реакциясына түсін катализдеп, оттектің белсенді формасының бірі болып табылатын сутектің асқын тотығына айналдырады. Сутек пероксиді өз кезегінде супероксиддисмутаза ферменттің әсерінен залялсыздандырылады. Демек, СОД ферменті организмнің оттегінің белсенді формаларынан қорғану механизмдерінің алғашқы шебі. Осыған байланысты буаз және сүт түзуші жануарлардың организміне эмоциялық стрестің әсері кезінде осы ферменттің белсенділігін зерттеу қызығушылық тудырды.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу объектісі ретінде бақылау буаз, сүт түзуші 180–250 г ақ зертханалық егуқүйрықтар алынады. Егуқүйрықтарға эмоциялық стрестің 2 түрі қолданылды: 1) сүт түзуші егуқүйрықтар үшін – бір алта бойы тәулігіне 5 сағатқа енесі балаларынан күніне мөлдір тосқауылмен ажыратылып койылды; 2) буаз егуқүйрықтар үшін – Е.А. Юматов және т.б. ұсынған эмоциялық стрестің физиологиялық адекватты моделі пайдаланылды [4].

Биологиялық белсенді заттар арқылы сүт безі мембраналарының стресс әсеріне төзімділігін арттыру тәжірибелерінде стрестен 10 күн бұрын және бір апта стресс кезінде рег ОС жолымен жануарлар организміне тәулігіне бір рет дене салмағына шаққанда «Возрождение» бальзамы 0,1 мл/кг және «Жұзім сүйектері» сыйындысы 40 мл/кг есебінде берілді.

Егеуқұйрықтардың сүт безінің микросомаларын жетілдірген әдіспен бөліп алдық [5]. Сүт безінің микросомаларындағы СОД белсенділігі “Fluka” фирмасының “SOD Assay Kit-WST” жынтығының көмегімен анықталды. Алынған нәтижелердің Microsoft Excel бағдарламасымен өндөлді, Фишер–Стьюенттің критерийі ескерілді $p \leq 0,05$.

Алынған нәтижелер мен оны талқылау. Супероксиддисмутазаның белсенділігін сүт безі микросомада бұзылған сутек асқын totығының мөлшері бойынша бағаладық және пайыздық көрсеткішін бейнеледік. Буаз егеуқұйрықтардың сүт безінің секреторлы клеткасындағы СОД-тың мөлшері 32% болса, стрестен кейін 15%-ға төмендейді. 1-ші суреттен көрініп отырғандай, эмоциялық стрестің әсері буаз егеуқұйрықтардың сүт безінің секреторлы клеткасындағы СОД белсенділігін қалыпты жануарлармен салыстырғанда 17%-ға төмендеттіні анықталды.



Ординат өсі: СОД белсенділігі, %; абсцисс өсі: жануарлар тобы; * $p \leq 0,05$.

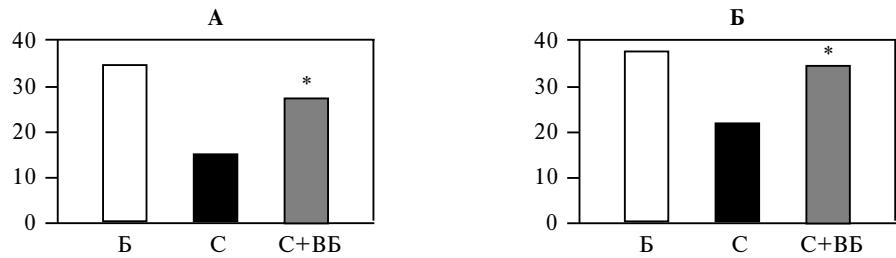
1-сурет. Буаздық пен лактация кезеңдеріндегі егеуқұйрықтардың сүт безі микросомаларындағы супероксиддисмутазаның белсенділігіне эмоциялық стрестің әсері

Пероксидация процестерінің қарқындылығының артуы липидтердің, сонымен қатар белокты молекулалардың totығуына жол ашады, соның нәтижесінде ферменттің құрылымы өзгеріп, белсенділігі төмендейді.

Сүт түзу кезеңінде егеуқұйрықтардың сүт безі микросомаларындағы СОД ферменті белсенділігі мөлшері қалыпты жағдайда 38% болса, эмоциялық стрестен кейін 18%-ға дейін төмендейді. Лактопозз кезеңінде бақылау мәнімен салыстырғанда стресс СОД белсенділігін 20%-ға төмендеткені анықталды.

Сүт түзуші егеуқұйрықтарда балаларына деген аналық әрекеті басым болса керек, ал балаларынан болу күшті стрестік әсерді күштейттін қосымша фактор болып табылады [1, 2, 6]. Сонымен, эмоциялық стрестік әсерге шалдыққан буаз және сүт түзуші аналықтардың сүт безі микросомаларының СОД белсенділігінің төмендеуі лактогенез және лактопозз кезеңдерінде сүт безі секреторлы клеткалары мембраналарының антиоксиданттық жүйесі қызметінің өзгерісіне дәлел болады.

Тәжірибелерін көлесі кезеңінде біз буаз және сүт түзуші егеуқұйрықтардың сүт безі микросомаларындағы СОД ферменттерінің белсенділігін эмоциялық стресспен қатар «Возрождение» бальзамы, және «Жұзім сүйектері» сыйындысы сияқты биологиялық белсенді заттардың әсерін зерттедік. 2-ші суретте байқалғандай, ББЗ енгізу СОД белсенділігін елеулі жоғарылатуға мүмкіндік берді. Сөйтіп, стреске ұшыраған аналықтармен салыстырғанда буаз жануарларда бальзаммен қоректендіруду СОД белсенділігін 13%-ға арттырыды ($p \leq 0,05$).

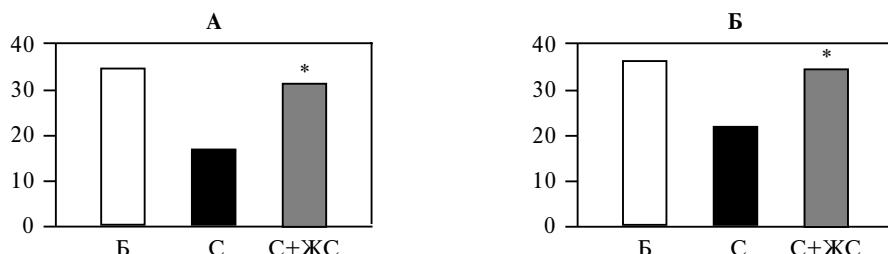


Ординат өсі: СОД белсенділігі, %; абцисс өсі: Б – бақылау; С – стресс; С+ВБ – «Возрождение» бальзамы; * $p \leq 0,05$.

2-сурет. Эмоциялық стресс пен «Возрождение» бальзамы бірлескен әсері кезіндегі буаз және сүт түзуші егуқүйрықтардың сүт безі микросомаларындағы супероксиддисмутаза белсенділігі

«Возрождение» бальзамы СОД белсенділігін бақылау мәнге жақындағатты (бақылау – 32%, «Возрождение» бальзамы – 28%). Сүт түзуші егуқүйрықтарда да антиоксиданттар СОД белсенділігін арттыра отырып, стрестің әсерін басып тастады. Бұл жағынан аса әсерлі бальзам болып табылады – СОД белсенділігі 13%-ға артты. Ал, бақылау кезеңінде мөлшері 35% болса, «Возрождение» бальзамы – 31% шектелді.

Эмоциялық стресс кезінде буаз жануарлардың рационына «Жұзім сүйектері» сығындысын қосып бергендеңі сүт безі микросомаларындағы СОД белсенділігінің пайыздық көрсеткіштері 3-ші суретте көрсетілген. Буаз жануарлар тобында «Жұзім сүйектері» сығындысы сүт безі клеткаларына онынан әсер етіп, антиоксиданттық жүйе ферментінің белсенділігін стреске ұшыраған жануарлар тобымен салыстырғанда 2 есе жоғарылатты. Дәлірек айтса, стреске ұшыраған жануарлар тобында СОД белсенділігінің көрсеткіші – 15% болса, никотинол әсерінен бұл көрсеткіш 29%-ға жетті, ал бақылау кезеңінде – 32%.



Ординат өсі: СОД белсенділігі, %; абцисс өсі: Б – бақылау, С – стресс, ЖС – «Жұзім сүйектері» сығындысы; * $p \leq 0,05$.

3-сурет. Эмоциялық стресс пен «Жұзім сүйектері» сығындысы бірлескен әсері кезіндегі буаз және сүт түзуші егуқүйрықтардың сүт безі микросомаларындағы СОД белсенділігі

Сүт түзуші егуқүйрық топтарына эмоциялық стреспен қатар «Жұзім сүйектері» сығындысы препаратын қабылдату антиоксидантты жүйе ферменттері белсенділігінің төмендеуімен қатар жүретін сүт безі паренхимасының зақымдалуын алдын алуға мүмкіндік берді. Бұл кезде эмоциялық стреске шалдықкан сүт түзуші жануарлардың сүт безі секреторлы клеткаларындағы СОД белсенділігі – 18% құраса, «Жұзім сүйектері» сығындысы қабылдаған топтарда СОД белсенділігінің

шамасы 35% болды, ал бақылау топтарында – 36%. Протекторларды пайдалана отырып, клеткалардың түрлі зиянды агенттердің бұлдрушуі әсеріне төзімділігін жоғарылатуға болады. «Жұзім сүйектері» сығындысы препаратының СОД белсенділігіне әсері жоғары деңгейде көрінеді.

Клеткалардың эндогенді антиоксидантты қорғанысының маңызды буында-рының бірі болып табылатын супероксиддисмутазаның белсенділігін қарастырғанда, фермент белсенділігінің дәрежесі мен асқын totығу қарқындылығының көрсеткіштері бір-біріне сәйкес болып шықты. СОД адам мен жануарлар организмінде кеңінен тараған фермент.

Осылайша, нәтижелерден стреске ұшыраған буаз және сүт түзуші аналықтарды адын ала антиоксиданттармен коректендіру клеткалардың антиоксиданттық қорғанысының негізгі ферменттің бірі СОД белсенділігін көтеруге мүмкіндік береді. Бұл препаратордың антитотықтырғыш қасиетіне тікелей байланысты. Яғни, аталмыш препараттар асқын totығу процестерін тәжеу арқылы белок молекуларының конформациясының өзгеруін болдырмайды, нәтижесінде ферменттің белсенділігі сақталады. Бұл өз кезегінде сүт безінің қалыпты қызметтің сақта-луына ықпал етіп, гипогалактияны алдын алуға мүмкіндік береді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. *Mezzacappa E.S. Breastfeeding and maternal stress response and health//Nutr. Rev. 2004. V. 62 (7 Pt 1). P. 261-8.*
2. *Agrati D., Zuluaga M.J., Fernandez-Guasti A. Maternal condition reduces fear behaviors but not the endocrine response to an emotional threat in virgin female rats//Horm. Behav. 2008. N 53(1). P. 232-40.*
3. *McCarty R., Gold P.E. Catecholamines, stress, and disease: a psychobiological perspective// Psychosom. Med. 1996. V. 58(6). P. 590-7.*
4. *Юматов Е.А., Певцова Е.И., Мезенцева Л.К. Физиологически адекватная экспери-ментальная модель агрессии и эмоционального стресса//Высшая нервная деятельность. 1988. Т. 38, № 2. С. 350–353.*
5. *Сейдахметова З.Ж., Мурзахметова М.К. Метод выделения микросомальной фракции секреторных клеток молочной железы лактирующих крыс//Известия МОН РК, НАН РК. Серия биол. и мед. 2005. № 1. С. 98–103.*
6. *Mezzacappa E.S. et al. Lactation and weaning effects on physiological and behavioral response to stressors//Physiol. Behav. 2003. N 78(1). P. 1-9.*

Резюме

З.Ж. Сейдахметова

АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В МИКРОСОМАХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Действие психоэмоционального стресса на беременных и лактирующих крыс вызывает резкое снижение активности супероксиддисмутазы в микросомах молочной железы. Предварительное кормление биологически активными веществами снижает стрессорное воздействие и повышает активность СОД.

Summary

Z.Zh. Seydakhmetova

ACTIVITY OF SUPEROXIDE DISMUTASE IN MICROSOMES OF A MAMMARY GLAND AT EMOTIONAL STRESS

Action of psychoemotional stress on pregnant women and nursing rats causes sharp decrease in activity superoxide dismutase in microsomes of a mammary gland. Preliminary feeding by biologically active substances reduces stressful influence and raises activity SOD.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

*Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)*

УДК 614.252.1

Г.К. КАУСОВА, Т.С. ХАЙДАРОВА, Г.Р. ЖАПБАРКУЛОВА

К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК;
Национальный Центр формирования здорового образа жизни МЗ РК;
Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы*

Одной из важнейших задач в решении проблемы охраны здоровья населения Республики Казахстан (РК) является обеспечение качества оказываемой медицинской помощи. Основной целью Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. В новых экономических условиях действовавшая ранее система здравоохранения оказалась неэффективной и стала претерпевать значительные изменения. Появились новые звенья в системе управления и новые способы заинтересовать медицинский персонал в высококачественной работе. Во многом это связано с появлением соответствующей правовой основы, обусловившей возникновение основных тенденций в реформировании здравоохранения: децентрализация системы здравоохранения и вызванное этим процессом смещение управления отраслью преимущественно на региональный уровень (муниципализация здравоохранения) и изменение статуса медицинских организаций в сторону их большей самостоятельности в лечебной и хозяйственной деятельности; введение общих принципов рыночных отношений в деятельность здравоохранения. В значительной степени развитие этих процессов было вызвано низким качеством медицинской помощи, недостаточным ее финансированием, отсутствием ответственности и экономической заинтересованности в сохранении и укреплении здоровья со стороны как медицинских работников, так и населения.

В связи с этим нами проведен опрос пациентов о качестве оказания медицинских услуг в стационарах (ННЦХ им. А.Н. Сызганова, ЦГКБ г. Алматы). В опросе участвовали пациенты хирургического отделения № 3 ННЦХ им. А.Н. Сызганова. Критериями отбора пациентов для интервьюирования являлись следующие параметры: лечение по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), с диагнозом желчно-каменная болезнь (ЖКБ); проживающие в г. Алматы. Всего опрошено 136 больных хирургического профиля после операции холецистэктомии. Целью социологического опроса пациентов являлось определение качества стационарного и хирургического обслуживания пациентов, начиная с приемного покоя больницы. Всего опрошено 136 больных (68 пациентов сразу после операции и 68 больных через 1 год). Опрос проводился на базе хирургического стационара ННЦХ им. А.Н. Сызганова. В опросе участвовали пациенты после проведенного оперативного вмешательства. Среди опрошенных пациентов 62% (42 человека) составили женщины, 26 человек (38%) – мужчины. По месту проживания 67% составили – городские жители, 33% – сельские. Понятие «удовлетворение» – это состояние удовольствия, когда полученный результат либо совпадает с ожиданием, либо превосходит его. Интерес к удовлетворенности медицинской помощью связан с определением качества медицинской помощи. Всемирной организацией

здравоохранения (ВОЗ) качество систем здравоохранения определяется как уровень достижения системами здравоохранения существенных целей в улучшении здоровья и соответствия справедливым ожиданиям пациента.

Концепция ВОЗ предполагает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность); качество процесса (соблюдение технологий); качество результатов. Результаты оказания медицинской помощи могут быть охарактеризованы следующим образом: состояние здоровья пациента; достижение определенных клинических результатов; удовлетворенность пациента и медицинских работников уровнем оказания медицинской помощи; экономическая эффективность.

Наибольшую трудность в оценке может вызвать именно удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Это субъективный критерий, на который может влиять множество факторов. Выявлена связь удовлетворенности медицинским обслуживанием с уровнем образования, доходов и самооценкой здоровья. К числу групп пациентов, наименее удовлетворенных медицинским обслуживанием, относятся лица с высшим и незаконченным высшим образованием (38,36%), а также лица с низкой самооценкой здоровья. В программу анкеты был заложен вопрос о доходах на одного члена семьи в месяц. Опрос показал, что можно выделить 4 группы по доходам на человека в семье: 18 000 тенге на человека в месяц имеют 28%; 15 000 тенге на человека в месяц – 23%, 10 000 тенге на человека в месяц – 15%, ниже 10 000 тенге на человека в месяц имеют 34% опрошенных пациентов. И распределение опрошенных пациентов по уровню доходов на одного человека в месяц показало, что 49% пациентов имеют небольшие доходы на одного члена семьи, что не позволяет им получать медицинские услуги на платной основе.

Данные о времени ожидания пациентами осмотра врачами в приемном покое больницы показали, что в результате проведенной работы по контролю качества услуг значительно сократилось ожидание больными осмотра врачами в 2009 году в сравнении с 2007 годом. Так, если в 2007 году до 30 минут ожидали 23% опрошенных, то в 2009 году – 11,6%.

Удовлетворенность пациентов медицинской помощью зависит от ряда субъективных ощущений и объективных факторов. Чтобы ожидания пациентов совпадали с возможностями их осуществить, помимо укрепления материально-технической базы, твердой кадровой политики организаций здравоохранения, тесного взаимодействия со специалистами социального обеспечения, необходимо формирование активной позиции пациентов как потребителя медицинских услуг. При информировании пациентов по медицинским вопросам необходимо в первую очередь формировать мотивацию к безопасному, ответственному поведению, здоровому образу жизни, серьезному отношению к профилактике заболеваний. Важно обращать внимание на первоочередную роль человека в принятии решений, касающихся вопросов его здоровья. Участие в лечении на правах заинтересованного партнера даст возможность пациенту почувствовать удовлетворенность от проделанной работы и полученной медицинской помощи. И важным моментом на пути повышения удовлетворенности пациентов медицинской помощью является четкое информирование больных о том, в каком объеме, какого рода и на каких условиях они могут получить медицинскую помощь, и какие права имеет пациент и какие обязанности накладывает обращение за медицинской помощью. Выявление и ликвидация причин неудовлетворенности медицинской помощью позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи среди больных.

A.A. БУКАЕВА

**ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ – ВАЖНЫЙ АСПЕКТ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Родильный дом № 5, г. Алматы

Международная конференция по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшаяся в Каире в 1994 году, приняла Программу действий, в которой даны концепции репродуктивного здоровья, планирования семьи и репродуктивных прав. Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов репродуктивной системы, ее функций и процессов, а охрана репродуктивного здоровья – это сочетание методов и услуг, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, позволяющих людям свободно и ответственно принимать решение когда и сколько иметь детей.

Ежегодно сотни тысяч младенцев и детей погибают из-за отсутствия семейного планирования, т.к. рождаются у слишком молодых или пожилых матерей или меньше чем через год после рождения предыдущего ребенка, или в многодетных семьях с плохими бытовыми и социальными условиями. Ежегодно миллионы людей заражаются СПИДом и болезнями, передающимися половым путем (БППП), в связи с чем многие из них вскоре умирают. Поэтому планирование семьи – это не просто выбор метода надежной и безвредной контрацепции, но оптимизация сексуальной сферы [1].

Планирование семьи, в соответствии с определением ВОЗ, включает комплекс мероприятий, способствующих решению одновременно нескольких задач:

- избежать наступления нежелательной беременности;
- иметь только желанных детей;
- регулировать интервал между беременностями;
- контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей;
- устанавливать число детей в семье.

Одним из главных аспектов планировании семьи, одной из важнейших задач является контрацепция, которой в настоящее время уделяется огромное внимание. Регулирование рождаемости путем искусственного прерывания беременности ушло в прошлое и сейчас свидетельствует о сексуальной неграмотности населения. Предохраняться или нет – личный выбор каждого, однако к этому выбору нужно относиться серьезно и ответственно, т.к. последствия неправильно выбранного решения контрацепции могут быть непоправимы. Контрацепция – это не только защита от нежелательной беременности. Это – сохранение Вашего здоровья и возможность родить здорового ребенка, когда Вы этого захотите. Предотвратить нежелательную беременность помогут современные методы контрацепции. Крайне нежелательно подбирать их самостоятельно, необходима консультация специалиста, т.к. у каждого метода контрацепции есть свои противопоказания и побочные действия, эффективность их различна в зависимости от возраста женщины. Неправильный выбор контрацепции может оказаться неэффективным, а также вызвать различные осложнения со стороны гормональной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем женского организма. Основная задача, которую преследует контрацепция, – это планирование семьи. Когда беременность желанна и своевременна, рождение ребен-

ка принесет радость и огромное количество положительных эмоций. В настоящее время медицина располагает широким выбором контрацептивных средств и методов. Очень важно подобрать оптимальный для Вас метод контрацепции. У каждой женщины есть свои предпочтения и свои представления об идеальном для нее способе предохранения беременности. Выбор контрацепции зависит от индивидуальных особенностей данного периода жизни женщины [2].

Использование контрацептивов имеет важное значение для охраны здоровья женщины репродуктивного возраста, поскольку применение некоторых из них (презервативы, влагалищные контрацептивы) дает возможность предупредить возникновение инфекций, передающихся половым путем (гонорея, хдамидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, гарденерелез, герпетическая и цитомегаловирусная инфекция), в развитии которых имеет значение инфекционный фактор. Контрацепция не имеет негативного влияния на деторождение, а всего лишь предупреждает развитие нежеланной беременности.

Существуют гормональные, внутриматочные, барьерные, хирургические и посткоитальные контрацептивы.

Выбор метода контрацепции проводится с учетом множества факторов — не-контрацептивных качеств, которые можно использовать для улучшения здоровья женщины и профилактики ряда заболеваний, эффективности метода, его безопасности, а также индивидуального отношения женщины к противозачаточному средству [3].

Политика и программы по охране репродуктивного здоровья должны включать:

- Консультирование, просвещение и услуги по планированию семьи и ответственному родительству.
- Просвещение и услуги по медицинскому обслуживанию беременных и женщин в послеродовом периоде.
- Обеспечение грудного вскармливания и ухода за новорожденным.
- Профилактику и лечение бесплодия.
- Профилактику абортов, услуги по легальному, безопасному аборту и лечению последствий абортов.
- Профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, гинекологических и онкологических заболеваний репродуктивной системы.

Существующие в различных крупных городах службы планирования семьи:

- способствуют охране здоровья матерей и детей (не только ребенка, но и подростка);
- способствуют охране здоровья беременных женщин;
- занимаются профилактикой нежелательных беременностей;
- занимаются профилактикой и лечением таких болезней, как СПИД, бесплодие, венерические заболевания;
- предупреждают слишком ранние и слишком поздние роды;
- обеспечивают правильные интервалы между родами (принимая во внимание количество детей в семье и их возраст);
- предоставляют всю необходимую информацию по всем аспектам планирования семьи;
- формируют культуру репродуктивного и сексуального поведения населения.

Во всем мире в последнее время все большее внимание уделяется проблеме здоровья, здорового образа жизни и ответственного родительства.

Планирование семьи — понятие, которое активно входит в нашу жизнь. Что это такое и почему планирование семьи так важно для каждого из нас, для каждой семьи? Многие годы планирование семьи ошибочно понималось как ограничение рождаемости. Но планирование семьи — это обеспечение здоровья женщины для

рождения желанных и здоровых детей. Другими словами, планирование семьи — это дети по желанию, а не по случаю. Право на планирование семьи, на свободное и ответственное родительство является международно признанным правом каждого человека.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Evert Ketting*. Подготовка международной конференции по народонаселению и развитию (Каирской конф.)//Планирование семьи в Европе. 1994. № 1. С. 18–20.
2. *Mary Porter*. Сексуальное здоровье//Планирование семьи в Европе. 1994. № 1. С. 29–31.
3. *Старостина Т.А., Н.И. Размахнина, И.Г. Торганова И.Г.* Планирование семьи. М.: Медицина, 1996. 78 с.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 618.1.2

У.Е. САРСЕНОВ

ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ, СЛУЧАЙ «ОКОЛОПОТЕРИ»

Центральная районная больница, г. Алматы

В системе здравоохранения Казахстана акушерско-гинекологическая помощь занимает исключительно важное место. Организация акушерско-гинекологической помощи имеет ряд характерных особенностей, что определяет содержание и направленность деятельности всего медицинского персонала.

Одной из важнейших задач, стоящих перед персоналом родовспомогательных учреждений, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. При этом главным принципом современной перинатологии является рождение не только живого, но и здорового ребенка при сохранении здоровья матери.

Для современного акушерства наиболее важным является проблема оказания качественной помощи беременным, роженицам и новорожденным. Усилиями всех акушеров-гинекологов республики, организаторов медицинской помощи, работников НИИ, НЦ и кафедр медицинских вузов страны, а также работников МЗ РК постоянно ведется поиск улучшения качества оказываемой помощи женщинам нашей страны.

В последние годы появилось понятие «околопотери», которое в какой-то степени дает возможность оценить качество оказываемой помощи. Впервые понятие «околопотери» дано экспертами ВОЗ. Под «околопотериями» подразумеваются те случаи выживания беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми осложнениями, при которых благодаря эффективности проводимого комплексного интенсивного лечения удалось избежать материнской смертности. С наиболее тяжелыми состояниями акушер-гинеколог чаще встречается при поздних гестозах.

Цель данной работы — продемонстрировать благоприятный исход одного случая «околопотери» при позднем гестозе.

Больная Б., 24 лет, поступила в городской родильный дом 11.04.2002 года, в сопровождении участковой акушерки с жалобами на головную боль, боли в эпигастрии, которые появились накануне вечером дома. Беременность первая. На учете в женской консультации с 26 недель. Раннее проживала в сельской местности. Посещала женскую консультацию регулярно. При сроке 38–39 недель на приеме у

врача женской консультации впервые повысилось АД до 150/100 мм рт. ст. В течение последних трех суток отмечала у себя выраженные отеки нижних конечностей. В экстренном порядке была госпитализирована в родильное отделение.

При поступлении: состояние тяжелое. В сознании. На вопросы отвечает заторможено. Выраженные отеки на лице, нижних конечностях. АД 180/120 мм рт. ст. на обеих руках. В фильтре с целью обеспечения лечебно-охранительного режима внутривенно введены промедол, дроперидол, димедрол, седуксен (нейролептанальгезия), после чего АД снизилось до 160/100, 150/100 мм рт. ст. Беременная помещена в палату интенсивной терапии. При дальнейшем осмотре: беременность доношенная. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 ударов в одну минуту. При влагалищном исследовании: на фоне обезболивания: шейка матки укорочена до 2 см. Цервикальный канал проходим для 1,5–2 поперечных пальца за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. В анализе мочи белок 2,2 г/л. Выставлен диагноз: 1 беременность, 38–39 недель. Поздний гестоз тяжелой степени. Презклампсия. Умеренная анемия. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, гипотрофия плода. Проведено полное клинико-лабораторное обследование. Начата интенсивная терапия гестоза. Магнезиальная терапия начата путем внутривенного введения под контролем общего состояния и неврологического статуса. Несмотря на проводимое лечение, на фоне состояния медикаментозного сна через 3 часа появились тонико-клонические судороги. В связи с приступом эклампсии экстренно взята на оперативное родоразрешение.

Во время кесарева сечения был извлечен гипотрофический плод мужского пола весом 2400,0 г, ростом 48 см, с оценкой по шкале Апгар в 4/5 баллов. В дальнейшем операция осложнилась коагулопатическим, гипо-атоническим кровотечением, в связи с чем объем операции был расширен до экстирпации матки без придатков.

Послеоперационный период осложнился отеком мозга, продолжительной комой II–III, энцефалопатией смешанного генеза, токсическим гепатитом, тубуло-интерстициальным нефритом, транзиторной почечной недостаточностью.

АД держалось в пределах от 140/100 мм рт. ст., наблюдался длительный подъем температуры тела до 38,7°C. Продолжалась комплексная интенсивная терапия позднего гестоза, лечебно-охранительный режим, гипотензивная, магнезиальная, инфузионная, анальгезирующая, иммуномодулирующая, антианемическая, антибактериальная, спазмолитическая, общеукрепляющая терапия. Вводились нейролептики, дезагрегаты, антикоагулянты, антигипоксанты, диуретики, гепатопротекторы, уросептики, адаптогены, анабolicкие и стероидные гормоны, неоднократно проводилась гемоплазмотрансфузия. Наряду с этим применялись такие современные методы лечения, как иглорефлексотерапия, лазеротерапия и озонотерапия.

Больная находилась на продленной ИВЛ в течение 36 суток. На фоне проводимой терапии состояние больной стало прогрессивно улучшаться. На 52-е сутки после операции переведена из реанимационного отделения в послеродовую палату.

В общей сложности лечения тяжелого гестоза заняло 70 дней. Была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Состояние ребенка при выписке также удовлетворительное.

Заключительный диагноз: беременность 38–39 недель. Срочные оперативные роды гипотрофичным плодом. Гестоз тяжелой степени на фоне тяжелой анемии и хронического пиелонефрита. Эклампсия. Хроническая внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода. Операция лапаротомия. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков. Кровотечение смешанного генеза. Осложнения: отек головного мозга. Кома II–III. Реанимационная болезнь. Энцефалопатия смешанного генеза. Хроническая пневмония. Токсический гепатит. Нефрит. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения.

Таким образом, для спасения жизни данной больной нами был применен практически весь арсенал современных методов обследования и лечения позднего гестоза, к лечению были привлечены врачи многих специальностей: нефрологи, окулисты, невропатологи, сосудистые хирурги, ЛОР-врачи, кардиологи. Благодаря совместным усилиям специалистов, комплексной терапии гестоза удалось избежать летального исхода у этой больной.

В настоящее время пациентка находится на диспансерном участке у невропатолога. Состояние расценивается как удовлетворительное. Ребенок развивается хорошо, находится на искусственном вскармливании.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 618.173

*К.А. МУСАНОВА, Ф.Н. РУЗИЕВА, Ф.Т. ИСМАИЛОВА,
Е.Р. ДАБЕРОВА, Э.А. ДУЛАТОВА*

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ

*Родильный дом № 5, г. Алматы; Родильный дом г. Иссык;
Городская поликлиника № 1, г. Алматы*

Климатический период, климакс – это нормальный физиологический процесс «угасания» работы женских половых желез в процессе старения всего организма, когда происходит обратное развитие в женской половой сфере. Если эти изменения происходят плавно, в течение продолжительного времени, женщина успевает адаптироваться к ним, в противном случае развиваются климатические расстройства, осложняющие естественное течение этого возрастного периода.

Климатический синдром (или климатические расстройства) – это комплекс симптомов, которые возникают в период угасания гормонобразующей функции яичников, и появление связанных с этим изменений со стороны всех органов и систем (нервной системы, кожи, сосудов), проявляющиеся нейровегетативными, обменно-эндокринными и психоэмоциональными расстройствами различной степени интенсивности и продолжительности. Клинические проявления климатического синдрома нередко взаимосвязаны и могут быть обусловлены различными заболеваниями переходного возраста. Общая частота климатического синдрома варьирует от 40% до 80%. Среди психоэмоциональных расстройств при климатическом синдроме отмечаются эмоционально-психические нарушения: снижение памяти и внимания, ухудшение работоспособности, раздражительность, эмоциональная неустойчивость. Выделяют несколько вариантов формы поведения при климатическом синдроме: безразличное поведение; приспособление; активное преодоление; невротическое поведение. У 10% больных наблюдается депрессия, которая является одним из наиболее тяжелых и с трудом поддающихся лечению симптомов, встречающихся при климатическом синдроме [1].

Типичная форма климатического синдрома развивается у практически здоровых в остальных отношениях женщин. Головные боли, «приливы» жара, головокружения, потливость, нарушения сна и другие симптомы климатического синдрома при данной форме обычно развиваются перед менопаузой или в течение первых лет после наступления менопаузы. В зависимости от степени тяжести течения климатического синдрома различают его легкую, средней тяжести и тяжелую формы.

При легкой форме отмечается до 10 «приливов» в течение суток при не нарушенном общем состоянии и работоспособности больных. Для климатического

синдрома *средней тяжести* характерны 10–20 «приливов» в течение суток, выражены многообразные симптомы заболевания, ухудшающие общее состояние больных и снижающие их работоспособность. Эмоционально-психические нарушения: учащенное сердцебиение, повышенная потливость, непостоянство артериального давления, раздражительность, агрессивность, сонливость, слабость, вялость, беспричинное беспокойство, нарушение внимания и памяти. К тому же происходит присоединение урогенитальных симптомов: зуд и жжение во влагалище, боль при половом сношении, учащенное мочеиспускание. Проявления со стороны кожи и ее придатков: появление морщин, сухость кожи, сухость, выпадение волос, ломкость ногтей.

Тяжелая форма сопровождается полной или почти полной потерей работоспособности. При осложненном течении заболевания наблюдается несоответствие между числом «приливов» и тяжестью заболевания. Более поздние симптомы развиваются через 5 и более лет после менопаузы. К ним относятся остеопороз (разрежение костной ткани, сопровождающееся болью в костях, частыми переломами), заболевания сердца и сосудов [2].

Лечение климакса должно быть комплексным и индивидуальным. В лечении климактерического синдрома условно выделяют три этапа: немедикаментозная терапия, специальная медикаментозная негормональная терапия и гормональная терапия. Важное значение имеет психопрофилактическая подготовка, пациентка должна быть информирована о тех возрастных изменениях, которые происходят в организме при угасании репродуктивной функции, а также возможностях предупреждения различных патологических состояний, сопутствующих этому процессу. Целесообразно использовать специальные комплексы лечебной физкультуры, оказывающей положительное влияние на регуляторные механизмы центральной нервной системы, способствующие повышению кислородного обмена и нормализации углеводного обмена. Общий массаж, прогулки перед сном также способствуют улучшению самочувствия пациенток.

Более того, в данном периоде особенно необходимо рациональное питание с учетом качества, объема и режима потребляемой пищи, что является своеобразным контролем за массой тела. В рационе питания должны преобладать фрукты и овощи, жиры растительного происхождения, с ограничением потребления углеводов.

Рекомендуется соблюдение режима труда и отдыха; избегание психо-травмирующих ситуаций, с подключением лечебной физкультуры; диета; физиотерапевтическое лечение; иглорефлексотерапия. Назначаются витамины, гомеопатические препараты (климаксан, климадинон), растительные седативные препараты. При отсутствии эффекта от этих мероприятий могут быть назначены психотропные препараты или нейролептики, бета-адреноблокаторы, калийсодержащие препараты, парлодел. Но основной медикаментозной терапией климактерического синдрома считается применение гормонозаместительной терапии, которая назначается врачом с учетом противопоказаний (наличие у родственников по женской линии онкозаболеваний женских половых органов, молочной железы; нарушения функции печени и почек; кровотечения из половых органов и др.). Применяются различные препараты, содержащие эстрогены: климен, климонорм, фемостон, три-секвенс, клиогест, климодиен и др.). Назначаются препараты в индивидуальном порядке, с учетом анамнестических и физикальных данных [3, 4]. При наличии психоэмоциональных нарушений (депрессии, раздражительности, агрессии и т.д.) назначаются психотропные препараты (антидепрессанты, нейролептики, анксиолитики). При наличии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы применяются медикаменты, действие которых направлено на устранение нарушений (гипотензивные препараты, бета-блокаторы, симпатолитики). Используются и физиотерапевтические методы: центральная электроаналгезия, гальванизация головного мозга и шейнолицевой области, иглорефлексотерапия и др. В настоящее время в распоряжении врачей имеется большой арсенал разнообразных средств для кор-

рекции климактерических нарушений, и ведутся интенсивные исследования по поиску новых препаратов для этих целей.

Таким образом, климактерический синдром – явление преходящее, временное, обусловленное периодом возрастной нейро-гормональной перестройки в организме женщины, который зависит от эффективности проводимой терапии и от влияния многих факторов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сметник В. П., Ткаченко Н.М., Глазер Г.А. и др./Климактерический синдром. М., 1988. 286 с.
2. Руководство по гинекологической эндокринологии/Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: МИА, 2006. С. 630–653.
3. Сметник В.П. Климактерические расстройства и принципы заместительной гормонтерапии//Терапевт. архив. 1995. № 10. С. 70–74.
4. Серов В.Н., Сметник В.П., Балан В.Е. и др//Клиническая эффективность заместительной гормональной терапии. М., 2001. С. 1–9.

Тұжырым

K.A. Мусанова, F.N. Рузиева, F.T. Исмаилова, E.R. Даберова, Э.А. Дулатова

КЛИМАКС СИНДРОМЫ – ШЕШУ ЖОЛДАРЫ

Сонымен, климакс синдромы – өткінші, уақытша, әйелдердің ағзасындағы жас нейро-гормоналдық қайта құру кезіндегі сертті құбылыс, ол өткізетін терапияның тиімділігіне және де көптеген факторлардың әсеріне тәуелді болуда.

Summary

K.A. Musanova, F.N. Ruzieva, F.T. Ismailova, E.R. Daberova, E.A. Dulatova

CLIMACTERIC SYNDROME – THE WAYS OF PROBLEM SOLVING

Thus, climacteric syndrome is a transient and temporary phenomenon, which is associated with the period of age neuro hormonal rebuilding in organism of woman, which depends on effectiveness of conducted therapy and on influence of various factors.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 618.3:616.12

A.M. АХМЕДОВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Городская поликлиника № 12, г. Алматы

Сосудистые дистонии – наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные заболевания, продолжающие сохранять свою актуальность. Нарушение регуляции сосудистого тонуса, проявляющееся снижением артериального давления у беременных, на первый взгляд не вызывающее серьезных изменений в организме, во время беременности становится причиной многих осложнений из-за срыва компенсаторно-приспособительных механизмов и развития гипоксии (Бергман А.С., 1983 г., Клейн В.А., 1988 г., Ниязлиева Д.О., 2003 г.).

Для определения особенностей течения беременности нами проведено детальное изучение клинико-анамнестических и лабораторных данных в 2 группах у

364 беременных с нейро-циркуляторной дистонией (НЦД) – основная группа и у 100 пациенток с нормальным уровнем артериального давления (контрольная группа).

Возраст беременных обеих групп колебался от 20 до 42 лет. Средний возраст пациенток в контрольной группе составил 26,6 лет, в основной группе – 28 лет, по группам исследования достоверных различий не выявлено. Среди пациенток с синдромом артериальной гипотензии преобладали женщины коренной национальности – 298 случаев (81,86%), подавляющее большинство из них – жительницы города. Экстрагенитальные заболевания являются неблагоприятным фоном для течения беременности и родов. Структура экстрагенитальных заболеваний, помимо артериальной гипотензии, свидетельствует о том, что достоверно чаще у беременных основной группы встречались заболевания почек – в 34,0%, тогда как в контрольной группе – в 9,0% случаев. У каждой четвертой пациентки основной группы (26,9%) НЦД сочеталась с болезнями органов дыхания, в контрольной группе данный показатель составил 12%. Выявлены достоверные различия также по частоте заболеваний эндокринной системы – 22,8% в основной группе и 9,0% – в группе контроля.

При анализе частоты заболеваний органов пищеварения, анемии, перенесенных детских инфекционных заболеваний достоверных различий в двух сравниваемых группах не выявлено.

В целом, на одну женщину с НЦД приходилось 3,08 заболевания, в контрольной группе этот показатель был гораздо ниже и составил 0,93, что свидетельствует о том, что у пациенток основной группы наряду с сосудистой дистонией часто имелось сочетание с другими хроническими экстрагенитальными заболеваниями.

Менструальная функция, как специфическая функция женского организма, является важным показателем репродуктивной функции.

Анализ характера менструальной функции показал, что средний возраст менархе у пациенток с НЦД составил $12,8 \pm 0,2$ и не имел достоверных различий по сравнению с пациентами контрольной группы. Время становления регулярного менструального цикла достоверно по группам также не отличалось. В 9,7% случаев в основной группе отмечались нарушения менструальной функции в пубертатном периоде. Достоверные различия выявлены в частоте альгоменореи у беременных с НЦД – 22,8% по сравнению с беременными группы контроля. При анализе гинекологической заболеваемости отмечено, что частота гинекологических заболеваний у женщин основной группы составила 38,2%, из которых наиболее часто встречались воспалительные заболевания матки и придатков – 17,9% и эрозия шейки матки – 14,4%. Миома матки отмечалась у 3,9% пациенток с синдромом артериальной гипотензии.

Нейро-циркуляторная дистония до наступления беременности существовала у 58% женщин основной группы, при этом особых клинических проявлений гипотонии не наблюдалось. НЦД во время беременности впервые диагностирована у 42% пациенток. Первое обращение в женскую консультацию и взятие на диспансерный учет в связи с данной беременностью при сроке менее 12 недель наблюдалось у 92% женщин с НЦД. На протяжении данной беременности у беременных с нейро-циркуляторной дистонией в 85% случаев возникали различные осложнения (см. табл.).

Как видно из представленной таблицы, в первом триместре беременности при НЦД отмечается высокая частота ранних токсикозов (44,8%), следует отметить также, что они характеризовались затяжным течением и трудно поддавались медикаментозной коррекции. Угроза прерывания беременности на фоне НЦД является самым частым осложнением беременности (56,6%), что согласуется с данными литературы: по данным Шехтмана М.М. (1998), частота угрозы прерывания беременности при АГ в 3–5 раз выше, чем у беременных с нормальным уровнем артериального давления. Довольно часто при беременности на фоне НЦД развивается анемия – в 25,8% случаев. Синдром задержки внутриутробного развития плода в сочетании с маловодием отмечен у 15% пациенток с АГ.

**Осложнения беременности
у пациенток исследуемых групп**

Осложнения беременности	Основная группа (n=364)		Контрольная группа (n=100)		Р
	Абс. число	M±m%	Абс. число	M±m%	
Ранний токсикоз	163	44,8±3,2	12	12,0±1,9	<0,05
Угроза прерывания беременности	206	56,6±2,9	14	4,0±2,1	<0,05
Анемия	94	25,8±1,9	18	18,0±1,2	<0,001
Маловодие	34	9,3±1,2	3	3,0±1,2	<0,05
Синдром задержки внутриутробного развития плода	56	15,4±1,5	2	2,0±1,4	<0,05
Преэклампсия легкой и средней степени тяжести	73	20,0±1,89	9	9,0±1,8	<0,05
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	11	3,02±0,4	—	—	—

Наиболее тяжелым осложнением беременности является преэклампсия, при этом известно, что артериальная гипертензия является наиболее значимым фоном для ее возникновения. В нашем исследовании частота возникновения преэклампсии при НЦД составила 20%, причем более выражен был отечный синдром и неизначительное повышение артериального давления, которое ошибочно принимали за нормальное. В 2 случаях (3,1%), возможно из-за недооценки тяжести преэклампсии и неадекватной коррекции, отмечалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Таким образом, ретроспективный анализ историй родов беременных с нейроциркуляторной дистонией позволил установить, что для этих пациенток характерны некоторые клинические особенности — сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний, чаще всего это заболевания мочевыводящей системы (34%), органов дыхания (26,9%) и эндокринной системы (22,8%). Наиболее частые осложнения беременности у данного контингента — угроза прерывания беременности (56,6%), ранний токсикоз (44,8%), анемия (25,8%), а также изменения фето-плacentарного комплекса — маловодие, синдром задержки внутриутробного развития плода — 15% наблюдений. Из вышеизложенного следует, что ведение беременности у беременных с артериальной гипотензией требует пристального внимания и своевременной коррекции выявленных нарушений для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Тұжырым

A.M. Ахмедова

**НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРЛЫ ДИСТОНИЯ КЕЗІНДЕ ЖҮКТІЛІКТІҢ
ӨТУ БАРЫСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Нейроциркуляторлы дистониясы бар жүкті әйелдердің ауру тарихына сараптاما жасау нәтижесінде оларда несеп жүйесінің аурулары, тыныс алу мен эндокринді жүйе аурулары сияқты экстрагенитальды аурулар қатар жүретіні анықталды. Жүктіліктің жиі кездесетін асқынудары: жүктілікті үзу қаупі, ерте токсикоз, анемия.

Summary

A.M. Ahmedova

CLINICAL FEATURES OF PREGNANCY WITH NEUROCIRCULATORY DYSTONIA

We provided a research of clinical-anamnesis laboratory data, in 2 alternate groups of 364 pregnant women with the syndrome of arterial hypotension - the main group, and the control group of 100 patients without any syndrome. So we discovered that these patients have some clinical features - those are a complex extra genital diseases, that are commonly connected with urination system, breathe organs problems and endocrine system problems. The most common diseases of this group of patients are abort menace, early intoxication, anemia. Also malfunction of feto-placenta complex - oligo amnios, the late fetus development syndrome.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 615.155.194.8-055.26-08

Ш.С. ЛЕПЕСОВА

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА СОРБИФЕР ДУРУЛЕС В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Женская консультация № 2, г. Павлодар

Железодефицитная анемия (ЖДА), по данным ВОЗ, распространена чрезвычайно широко. Даже в высоко развитых странах у 10% населения выявляется ЖДА (Scrimshaw N.S., 1994). Несмотря на современные методы диагностики и существующие этиопатогенетически обоснованные схемы лечения, число больных железодефицитными анемиями не уменьшается. Этим заболеванием особенно часто страдают женщины в силу физиологических особенностей организма (особенно беременные), дети и подростки. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных в разных странах колеблется от 21 до 80%, если судить по уровню гемоглобина и от 49 до 99% – по уровню сывороточного железа. В слабо развитых странах частота ЖДА у беременных достигает 80%. В странах с высоким уровнем жизни населения и более низкой рождаемостью ЖДА диагностируют у 8–20% беременных. Недостаток железа в организме оказывается на функции практических всех органов и систем.

Давая определение железодефицитной анемии беременных, следует отметить, что это состояние, которое обусловлено снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с большими его затратами на создание фетоплацентарного комплекса и перераспределением запасов в пользу плода. Анемия у беременных не менее чем в 90% случаев – это железодефицитная анемия. Частота анемии беременных составляет в среднем 15–80% [1]. Различают анемии, наблюдающиеся до беременности, и анемии, диагностируемые во время гестации. Дагестационная железодефицитная анемия влияет на беременность негативно, способствуя угрозе выкидыша, слабости родовой деятельности, послеродовым кровотечениям и инфекционным осложнениям. Необходимая суточная доза в 18 мг железа для взрослых небеременных женщин в самых редких случаях покрывается только за счет питания, поэтому почти у половины всех женщин к началу беременности резервы железа очень малы. Согласно современным представлениям об анемии беременных дефицит железа в конце гестационного процесса развивается у всех беременных либо в скрытой, либо в явной форме [2, 3]. Это связано с тем, что беременность сопровождается дополнительными потерями железа: 320–500 мг железа расходуется на прирост гемоглобина и возросший клеточный метаболизм, 100 мг на построение плаценты, 50 мг – на увеличение размеров матки, 400–500 мг –

на потребности плода. В результате, с учетом запасного фонда, плод обеспечивается железом в достаточном количестве, но при этом у беременных нередко развиваются железодефицитные состояния (ЖДС) различной степени тяжести [2].

ЖДА – одно из наиболее частых экстрагенитальных заболеваний у беременных, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо.

Биологическая значимость железа определяется его участием в тканевом дыхании. При дефиците железа у беременных возникает прогрессирующая гемическая гипоксия с последующим развитием вторичных метаболических расстройств. Поскольку при беременности потребление кислорода увеличивается на 15–33%, это усугубляет развитие гипоксии [4]. У беременных с тяжелой степенью ЖДА развивается не только тканевая и гемическая гипоксия, но и циркуляторная, обусловленная развитием дистрофических изменений в миокарде, нарушением его сократительной способности, развитием гипокинетического типа кровообращения. Дефицит железа и недостаточное депонирование его в антенатальном периоде способствуют развитию ЖДА у новорожденных детей, приводя к изменению метabolизма клеточных структур, нарушению гемоглобинообразования, задержке умственного и моторного развития, появлению хронической гипоксии плода, а также к нарушениям в иммунном статусе новорожденных детей, проявляющимся снижением уровня иммуноглобулинов основных классов и комплемента, абсолютно-го и относительного числа В и Т-лимфоцитов [5,6]. Эксперты ВОЗ анемией у беременных считают уровень $Hb < 110 \text{ г/л}$ в I и III триместрах и $Hb < 105 \text{ г/л}$ во II триместре.

В свете вышеизложенного проблема ЖДА представляется нам актуальной и современной, а вопросы терапии чрезвычайно важными на сегодняшний день. Патогенетически обоснованной терапией при ЖДА следует считать терапию препаратами железа. Лечение ЖДА проводится препаратами железа в основном для внутреннего применения, ввиду большей эффективности в сравнении с парентеральным введением. Экспертами ВОЗ рекомендуется использование пероральных лекарственных препаратов (удобство использования, меньшее количество побочных эффектов), препараты Fe_2^+ , а не Fe_3^+ (лучшее всасывание), препараты сульфата железа $FeSO_4$ (лучшая абсорбция, эффективность, стоимость), препараты с замедленным выделением Fe_2^+ (лучшая абсорбция, лучшая переносимость). Суточная доза, согласно протоколам лечения и рекомендованная для профилактики анемии и лечения легкой формы заболевания – от 50–60 мг Fe_2^+ , а для лечения выраженной анемии – от 100–120 мг Fe_2^+ . Существует очень много ферропрепаратов и даже далеко не полный перечень ферропрепаратов для приема внутрь демонстрирует сложность выбора оптимального средства. Нами для лечения ЖДА у беременных был выбран препарат Сорбифер Дурулес. И этот выбор не был случаен. Сорбифер Дурулес – это сульфат железа + аскорбиновая кислота в виде таблеток, покрытых оболочкой, пролонгированного действия. Сорбифер Дурулес (1 таблетка содержит 320 мг Fe сульфата, что соответствует 100 мг двухвалентного железа и 60 мг аскорбиновой кислоты) обычно назначается по 1–2 таблетки в сутки. По мере прохождения препарата через желудочно-кишечный тракт освобождение ионов железа из проницаемого матрикса происходит в течение 6 ч. Пролонгированное выделение ионов двухвалентного железа из таблеток Сорбифер Дурулес обеспечивается технологией их производства. Вследствие медленного выделения действующего начала из препарата патологически высокого местного содержания ионов железа не отмечается. Таким образом, при применении Сорбифер Дурулес удается избежать раздражения слизистой оболочки пищеварительного тракта и обеспечить постепенное всасывание железа.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и переносимости препарата Сорбифер Дурулес у беременных с различными степенями тяжести железодефицитной анемии во втором и третьем триместре беременности.

Критериями включения в проводимое исследование явились: беременность во II и III триместре (от 12 недель) наличие не менее, чем 2 общеклинических анализов крови, подтверждающих диагноз анемии (Hv менее 100 г/л, эритроциты менее $3,0 \times 10^{12}$, цветной показатель ниже 0,85–0,8); отказ от приема препаратов железа в последнюю до начала обследования неделю и согласие на выполнение всех рекомендаций в период наблюдения.

Материалы и методы. Нами были обследованы 38 женщин при сроках беременности от 12 до 30 недель. Возраст беременных колебался от 18 до 37 лет (в среднем $29,32 \pm 4,1$ года). В анамнезе женщины имели от 1 до 8 беременностей, в среднем 2,35 на одну пациентку. По степени ЖДА обследованные женщины разделились следующим образом: с I степенью (Hv 110–90 г/л) – 10 (26,3%), со II степенью (Hv 90–70 г/л) – 26 (68%), с III степенью (Hv менее 70 г/л) – 2 (5,2%). В анамнезе одни роды были у 14 (36,7%) женщин, 2 родов – у 4 (10,4%) пациенток, 22 (57,9%) пациентки готовились к первым родам. В структуре соматических заболеваний преобладала патология желудочно-кишечного тракта: гастриты – 10 (26,3%), дисбактериоз кишечника – 2 (5,2%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 2 (5,2%), энтероколит – 1 (2,6%), холецистит – 2 (5,2%). У 5 (13,1%) пациенток диагностировано варикозное расширение вен нижних конечностей. Тромбофлебит поверхностных вен ног отмечен в анамнезе у 1 (2,6%) пациентки. Острый пиелонефрит до наступления настоящей беременности перенесли 2 (5,2%) женщины. Токсикоз в первом триместре отметили 12 (31,6%) пациенток. Респираторные заболевания во время данной беременности отмечали 10 (26,3%) женщин. Распространение выявил следующие признаки анемии: слабость и головокружение отметили 10 (26,3%) женщин, утомляемость и сонливость – 14 (36,7%), изменение вкуса – 2 (5,2%), а 12 (31,6%) не предъявляли никаких жалоб. Бледность кожных покровов и видимых слизистых отмечалась почти у всех женщин.

Результаты исследования. 2 пациентки с анемией III степени (Hv 68 г/л и 65 г/л) были из исследования исключены, так как по тяжести анемии были направлены на стационарное лечение. Всем остальным пациенткам (36) был назначен препарат Сорбифер Дурулес («ЭГИС», Венгрия), содержащий 320 мг сульфата железа, соответствующего 100 мг двухвалентного железа, и 60 мг аскорбиновой кислоты для улучшения всасывания и усвоения микроэлемента. Препарат назначали по 1 таблетке 2 раза в день в течение 4 недель. Переносимость препарата была удовлетворительной, только 4 (10,4%) женщины отметили тошноту и тяжесть в желудке после утреннего приема препарата. Однако после рекомендации принимать Сорбифер Дурулес после завтрака указанные нежелательные побочные эффекты не повторялись. Эффективность терапии оценивали еженедельно по субъективной оценке самочувствия. У каждой пациентки до начала приема Сорбифера Дурулес и на 2, и 4-й неделе лечения проводили определение следующих гематологических показателей: содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя. Уже на второй неделе наблюдения все женщины указали на улучшение самочувствия. Сравнение общеклинических анализов крови до начала лечения Сорбифер Дурулесом и на 2-й неделе показало однозначную эффективность препарата, в среднем Hv повысился на 6–8 г/л у подавляющего большинства женщин 32 (84%), причем на ферротерапию одинаково ответили женщины и со II и с I степенью анемии. Исследование общего анализа крови на 4 неделе наблюдения показали, что у всех женщин с I степенью ЖДА 10 (26,3%) показатели Hv и эритроцитов нормализовались, но прием препаратов рекомендовано было продолжить, в дозировке 1 таблетка в сутки. Со II степенью ЖДА (Hv 90–70 г/л) – 26 (68%) женщин – нормализация показателей красной крови была зарегистрирована у половины обследованных, у остальных уменьшилась степень анемии и соответственно рекомендовано продолжить прием препарата в прежней дозировке не менее 2–3 недель с обязательным контролем общего анализа крови.

Итак, исследование показало несомненную эффективность и хорошую переносимость препарата Сорбифер Дурулес в лечении беременных с различными степенями тяжести железодефицитной анемии во втором и третьем триместре беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии//Рус. мед. журн. 1997. № 5 (19). С. 123.
2. Горячев В.В. Метаболизм железа при беременности. Астрахань, 1994. 99 с.
3. Ho C.H., Yuan C.S., Yeh S.H. Serum ferritin levels and their significance in normal full term pregnant women//Int. J. Gynaecol. Obstet. 1987. № 25. С. 291-295.
4. Амаджанов Т.В. Особенности изменений показателей центральной гемодинамики и кислородтранспортной функции крови у беременных, больных анемией//Акуш. и гин. 1990. № 10. С. 302.
5. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашикова Г.В. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии//Клиническая фармакология и терапия. 2000. № 2. С. 88-91.
6. Митерев Ю.Г., Валова Г.М., Замчий А.А. Профилактика и лечение железодефицитной анемии беременных//Анемия и анемические синдромы. Уфа, 1991. С. 99-101.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.155.194.8-055.26-08

Г.А. ЛИТВИНОВА

АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕПАРАТОМ СОРБИФЕР ДУРУЛЕС

Семейно-врачебная амбулатория № 7, г. Усть-Каменогорск

Высокая частота железодефицитных состояний у беременных женщин является серьезной проблемой в акушерстве региона и на участках. Это требует внимательного обследования, лечения и предупреждения осложнений в родах со стороны женщины и плода.

Анемия — патологическое состояние, характеризующееся уменьшением (снижением) количества эритроцитов и/или содержания Hb в единице объема крови. У беременных женщин чаще развивается (примерно в 90%) железодефицитная анемия (ЖДА) — это состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с большими затратами его на создание фетоплацентарного комплекса и перераспределения в пользу плода. В связи с высокой распространностью анемия у беременных имеет большое значение в практике врача акушера-гинеколога.

В экономически развитых странах частота анемии составляет 16–20%, а в развивающихся странах достигает 70–80%.

Употребляется в сутки 10–20 мг Fe, но усваивается только 2 мг.

Очень редко эта разница может быть перекрыта только за счет питания, поэтому у многих женщин к началу беременности резерв железа очень низкий. Современные исследователи проблемы анемии говорят, что дефицит железа к окончанию гестации развивается у всех беременных в явной или скрытой форме. Плод обеспечивается железом в достаточном количестве, но у будущей матери развивается железодефицитное состояние в различной степени тяжести [1] (см. табл.).

Классификация анемии беременных по степени тяжести (ВОЗ–1991)

Степень тяжести	Концентрация Hb, г/л	Гематокрит, %
Легкая	109–90	37–31
Средняя	89–70	30–24
Тяжелая	69–40	23–13
Очень тяжелая	Меньше 40	Меньше 13

Клиника

При легкой степени объективными проявлениями анемии могут быть только лабораторные показатели снижения Hb и Ht.

При средней степени при недостаточном снабжении кислородом тканей появляется общая слабость, головокружение, головная боль, усиленное сердцебиение, одышка, обмороки, плохой сон. Изменяется кожа, она становится сухой, появляются трещины, трещенки в углах рта («заеды»). Изменяется форма ногтей: они уплощаются, становятся ломкими. Волосы становятся сухими и выпадают, «синева» склер [1, 2].

На фоне анемии часто развиваются осложнения у матери и плода.

1. Нарушаются функции плаценты с развитием фетоплацентарной недостаточности.

2. Угроза прерывания беременности.

3. Присоединение гестоза (до 40%).

4. Преждевременные роды (у 10% женщин).

5. Слабость родовой деятельности (10–15%).

6. Гипотонические кровотечения.

7. Гипогалактия.

8. Увеличивается число инфекционных заболеваний при беременности.

9. Гнойно-септические осложнения после родов.

У плода также развивается железодефицитная анемия, задержка умственного и физического развития, нарушение иммунного статуса.

Факторы риска ЖДЦ

Профилактика анемии требуется беременным с высоким риском развития малокровия. К ним относятся:

1. Женщины, прежде болевшие анемией.

2. Женщины, имеющие хронические инфекционные болезни или хронические заболевания внутренних органов.

3. Многорожавшие.

4. Женщины с многоплодной беременностью.

5. Беременные с уровнем Hb в 1 триместре менее 120 г/л.

6. Женщины с явлениями гестоза.

7. С недостаточным и неполноценным питанием.

8. С интервалом между родами менее 2 лет.

9. С кровотечением во время беременности.

10. С хронический энтеритом.

11. С паразитарной и глистной инвазией [2, 4].

Лечение анемии

Принцип лечения анемии – патогенитический, проводится только препаратами железа, наиболее приемлемый для этой цели пероральный путь введения железа. Такое лечение обеспечивает быстрое повышение уровня Hb. Для получения хорошего результата от проводимой терапии необходимо соблюдать принцип длительного приема и в достаточно высокой дозе. ВОЗ рекомендует суточную дозу

для лечения ЖДА 200 мг, а с целью профилактики – 60 мг/сутки. В среднем продолжительность лечения 6–8 недель [1, 3].

В своей практической работе использую препарат Сорбифер Дурулес (фирма «Egis» Венгрия). Каждая таблетка содержит 2-валентное железо (100 мг) в виде сульфата железа (320 мг) и аскорбиновую кислоту. Они помещены в матрицу, с помощью которой железо длительно выделяется из таблетки. При этом концентрация в кишечнике железа постоянная, она легко и медленно (в течение 6 часов) всасывается, снижаются побочные эффекты, связанные с раздражением желудочно-кишечного тракта, препарат хорошо переносится больными. Таким образом, Сорбифер Дурулес – это препарат пролонгированного действия, имеет высокую эффективность и переносимость при лечении ЖДА и практически не имеет осложнений. Эффект от лечения достигается за короткое время.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шехтман М.М. Руководство по ЭГ патологии у беременных. М., 1999. С. 8–15.
2. Прилепская В.Н., Балика Ю.Д. и др. Лечение анемии беременных препаратами Сорбифер Дурулес и Прегнавит. III конгресс «Человек и лекарство». М., 1996. С. 190.
3. Касабулатов Н.М. Железодефицитная анемия беременных. НЦАПП РАНМ//Акушерство и гинекология. М., 2007.
4. Казакова Л.М. Железодефицитная анемия у беременных//Медпомощь. М., 1993. С. 157.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 618.1-053.6-08

И.М. ГРИЦЮК

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ПОДРОСТКОВ

Больница № 3, г. Петропавловск

На сегодняшний день БВ является наиболее частой патологией на гинекологическом приеме, занимая 25–40% среди всех воспалительных заболеваний нижней половой сферы [1]. Несмотря на современные методы лечения и большой выбор лекарственных препаратов, показатели заболеваемости бактериальным вагинозом (БВ) остаются высокими, в том числе у подростков. Подростки с БВ составляют группу риска по возникновению инфекционных осложнений и невынашивания во время беременности. Также у них возникает повышенный риск возникновения патологии шейки матки и инфекционных заболеваний влагалища. Ведущая роль в возникновении БВ принадлежит анаэробным и факультативным – анаэробным микроорганизмам с участием микроаэрофиллов (*Mobiluncus*, *Cardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* и др.) в других ассоциациях. Пусковым моментом БВ является нарушение PH влагалища и снижение количества лактобактерий – представителей нормальной флоры влагалища [1]. Нормализация биоценоза влагалища является одним из необходимых компонентов комплексной терапии заболеваний шейки матки. Одним из препаратов, способствующих восстановлению биоценоза влагалища, является Бетадин.

Бетадин представляет собой комплексное соединение йода и поливинилпироролидона – инертного синтетического полимера, выполняющего роль носителя. Все фармакологические свойства препарата связаны с действием йода, который

постепенно равномерно высвобождаются при соприкосновении с кожей и слизистыми. Бактерицидное действие йода объясняется его сильными окислительными свойствами, он активно взаимодействует с аминокислотами белков, в результате чего меняется четвертичная структура белка, теряется его катализическая и энзимная активность. В основном йод нарушает структуры бактериальных трансмембранных белков и ферментов, не имеющих мембранной защиты. Йод относится к группе галогеновых антисептиков, спектр действия его очень широкий – распространяется на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы и простейшие, включая трихомонады и хламидии [2]. Кроме того, в отличие от других местных гинекологических препаратов Бетадин, как окислитель, способствует восстановлению кислотности влагалища. При нормальном РН начинается рост собственных лактобактерий, что и является необходимым условием разрешения бактериального вагиноза. Кроме того, Бетадин в отличие от антибактериальных препаратов не вызывает резистентности микроорганизмов [2, 3, 4].

Целью нашего исследования являлось определение эффективности препарата «Бетадин» в лечении бактериального вагиноза у подростков.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании участвовало 30 девочек – подростков с установленным диагнозом бактериальный вагиноз. Длительность заболевания составила от 2 недель до 6 месяцев. Наиболее характерными жалобами больных были: обильные гомогенные выделения из половых путей, зачастую с неприятным рыбным запахом, зуд, жжение в области вульвы. При микроскопии влагалищных мазков, окрашенных по Грамму, снижены или практически отсутствовали лактобактерии, выражена микробная обсемененность с преобладанием облигатных анаэробов. У всех обследованных в мазках присутствовали «ключевые клетки», выявлен положительный «аминный тест». Всем пациенткам была назначена терапия бактериального вагиноза препаратом «Бетадин», который применялся в виде свечей 1 раз в день на ночь на протяжении 10 дней.

Результаты. Контрольный осмотр и обследование проводилось через 10 дней, после завершения курса лечения. Полное исчезновение клинических симптомов отметили 28 пациенток (93%). Остаточные симптомы в виде необильных белей остались у 2 пациенток. При влагалищном исследовании положительная динамика отмечена у всех пациенток – 100%. При микроскопии влагалищных мазков «ключевые клетки» отсутствовали или были в минимальном количестве у 27 (90%) пациенток, увеличились титры лактобацилл при одновременной значительной элиминации облигатных анаэробов. Ни одной пациентки не пришлось отменить препарат из-за непереносимости.

Полученные нами в ходе исследования данные позволяют сделать вывод об эффективности применения Бетадина в виде вагинальных свечей при бактериальном вагинозе у подростков. Клиническая эффективность отмечена в 93% случаев, микробиологическое излечение – в 90%. Причем лактофлора влагалища восстанавливается у пациенток даже без дополнительного применения эубиотиков. Кроме того, переносимость препарата тоже хорошая. Все это делает Бетадин препаратом выбора при лечении бактериального вагиноза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краснопольский В.И. Бактериальный вагиноз: Информ. письмо. М., 2008.
2. Бетадин. Инструкция по применению препарата. Алматы, 2006.
3. Ромашевский Н.В. и соавт. Опыт применения Бетадина для коррекции влагалищных дисбиозов у пациенток репродуктивного возраста//Вест. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. М., 2001. №1.
4. Радзинский В.Е., Одриянц И.М. Коррекция биоценоза гениталий во время и вне беременности//Гинекология. М., 2003. № 5.

*Г.Е. КАБУЛОВА, С.А. НУРГАЛИЕВА, Э.А. ДУЛАТОВА,
Б.А. АБЛАЕВА, Д.Ж. МУХАНБАЕВА, А.А. БУКАЕВА*

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА,
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ**

Родильный дом № 5, г. Алматы

К воспалительным заболеваниям органов малого таза (ВЗОМТ) относятся воспалительные заболевания матки и ее придатков (маточных труб и яичников). Зачастую воспалительный процесс может быть представлен как одним заболеванием (например воспаление матки — эндомиометрит, маточных труб — сальпингит, яичников — оофорит), так и одновременно их сочетанием, а также различными осложнениями. По литературным данным, воспаление матки и ее придатков у женщин репродуктивного возраста выходит на первое место по сравнению со всеми другими гинекологическими болезнями (60–65%).

Обычно воспалительный процесс в малом тазу имеет инфекционное происхождение. Зачастую инфекция, попав во влагалище, переходит в матку и маточные трубы, яичники. Поэтому так важно своевременно и правильно лечить вульвагинит, не дав ему развиться в более серьезные заболевания. Неспецифический (негонорейный) воспалительный процесс вызывается патогенными (хламидии, спирохета, вирусы) и условно-патогенными микроорганизмами, т.е. присутствующими в норме на слизистых половых органов и активизирующими, например, при снижении иммунитета (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, грибы, микоплазма, гарднерелла и др). Чаще всего инфекция смешанная.

Каждой пятой женщине, перенесшей сальпингоофорит, грозит бесплодие. Аднексит может быть причиной высокого риска внематочной беременности и патологического течения беременности и родов. Первыми поражаются маточные трубы, при этом воспалительным процессом могут быть охвачены все слои слизистой оболочки одной или обеих труб, но чаще поражается только слизистая оболочка трубы, возникает катаральное воспаление слизистой оболочки трубы. Воспалительные заболевания также могут спровоцировать: осложненные роды, аборты, выскабливания, внутриматочные манипуляции (метросальпингография, введение внутриматочной спирали), хронические эндокринные заболевания, глистная инвазия и т.д. Известно, что матка и придатки женщины в идеале не содержат микроорганизмов. Но при определенных условиях микробы попадают туда и вызывают воспаление. Когда женщина здорова, ее организм сопротивляется внедрению инфекции, но при ослаблении иммунитета, особенно когда происходит нарушение местных защитных механизмов, организм не выдерживает микробной атаки и возникает воспаление.

Кроме того, косвенной причиной воспаления матки, придатков и яичников может стать переохлаждение, одновременно провоцируя снижение иммунитета, при котором ранее попавшие в половые пути микробы начинают интенсивно размножаться. То же касается и приема лекарств, вызывающих гибель одних микроорганизмов и провоцирующих рост других.

Важным моментом в постановке диагноза и лечения является разграничение проявления острого воспаления и обострение хронического заболевания, которые очень сходны между собой, хотя причины их различны. Виновником острого процесса является инфекция, в ответ на внедрение которой развивается воспаление. Хронический воспалительный процесс матки и ее придатков связан с нарушением

защитных сил организма, т.е. со слабым иммунитетом. Более того, микробы, вызвавшие острое воспаление вначале, постепенно исчезают, и им на смену приходят дремлющие (условно-патогенные), которые хорошо размножаются только на фоне сниженного иммунитета и поддерживают такой вялотекущий процесс. Иными словами, слабость иммунной защиты организма – основная причина хронического процесса. В последнее время острое, резкое и внезапное начало воспалительного процесса матки и придатков у женщин бывает редко. Чаще процесс имеет постепенное развитие, заболевание протекает без особых проявлений, и, к сожалению, приводит к хроническому течению.

Возникает закономерный вопрос – как же предупредить и защитить себя от воспалительных заболеваний? Если у женщины появляются боли внизу живота, повышается температура, ухудшается общее состояние, нарушается мочеиспускание, необходимо предположить, что это признак острого воспаления матки и (или) ее придатков. При обследовании в анализе крови будут типичные воспалительные изменения (увеличение СОЭ и количества лейкоцитов). Необходим гинекологический осмотр для правильной постановки диагноза, от которого зависит дальнейшая тактика лечения. Ультразвуковое исследование (УЗИ) обычно помогает уточнить диагноз (особенно в случае осложнений), выявить скопление жидкости или гноя в маточной трубе, воспалительные изменения в яичниках (кисты, гнойное расплавление) и т.д., позволяет отличить воспаление от внemаточной беременности, кист яичника и проч. Кроме того, УЗИ совершенно безвредно, его можно будет затем повторить, чтобы проследить течение заболевания и оценить эффективность проводимого лечения.

Кроме того, для постановки диагноза очень важно определить, какие именно микробы вызвали воспалительный процесс, а также выявить, к каким конкретным антибиотикам они чувствительны, это поможет подобрать правильное лекарство. Но помните, если Вы начали лечение антибиотиками еще до обследования на инфекцию, будет сложно выявить настоящих возбудителей воспаления. Лечение придется проводить «вслепую» или использовать более сложные анализы. Лечение антибиотиками в таком случае – основной момент лечения. Зачастую возбудителей обнаруживают сразу несколько, поэтому нужно подобрать верный антибиотик, как правило широкого спектра действия или их комбинацию.

Необходимо стационарное наблюдение и лечение, где будет обеспечено круглосуточное медицинское наблюдение, будет проведено всестороннее обследование, врач сможет более точно поставить диагноз и наблюдать ежедневно за результатами лечения. После выписки не поленитесь пройти реабилитацию в женской консультации.

Чтобы не было подобных заболеваний – лучше его предотвратить! Воспалительных заболеваний половых органов, как острых, так и хронических, можно благополучно избежать. Для этого внимательно и бережно относитесь к Вашей половой жизни, в частности к выборуового партнера, чтобы не допускать проникновения болезнетворных микробов, передающихся половым путем. Позаботьтесь о собственной безопасности заранее.

- Не вступайте в половую связь с мужчинами, которых Вы плохо знаете.
- Пользуйтесь презервативом, пусть половой акт будет защищен.
- Соблюдайте интимную гигиену, но не увлекайтесь спринцеванием дезинфицирующими средствами.
- Страйтесь не переохлаждаться
- Регулярно посещайте врача-гинеколога и следуйте его рекомендациям.

Женское здоровье важно не только для самой женщины, можно сказать, оно имеет значение для развития и продолжения рода всего человечества. Поэтому будьте внимательны к своему здоровью! Соблюдайте повсеместно вышеупомянутые рекомендации и посещайте врача-гинеколога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корхов В.В., Сафонова М.М. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний вульвы и влагалища. М., 1995. № 12. С. 7–8.
2. Snuth C. B., Noble V., Bensch R. et al. Bacterial flora of the vagina during the menstrual cycle//Ann. Intern. Med. 1982. P. 948-951.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М., 1996. С. 245.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.9-053.32

A.M. ОМАРОВА

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Сельская больница аула Кабанбай, Алматинская область

В настоящее время одним из наиболее дискутируемых вопросов в перинатологии является выяснение истинной этиологической роли генитальных микоплазм в развитии патологии плода. Инфицирование урогенитальными микоплазмами далеко не всегда означает наличие специфической инфекции у ребенка. В случае интранатальной колонизации доношенных новорожденных в дальнейшем происходит элиминация микоплазм без развития клинических проявлений инфекции. В то же время, внутриутробный микоплазмоз занимает одно из важнейших мест среди внутриутробных инфекций человека [1]. На валовом секционном материале детских стационаров за 1980–2000 гг. было показано, что внутриутробный микоплазмоз составил 34,4% по отношению ко всем другим внутриутробным инфекциям [2]. Противоречивость литературных данных побудило провести данное исследование.

Целью нашего исследования явилось изучение особенности клинической картины врожденной микоплазменной инфекции у детей в неонатальном и постнеонатальном периодах.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 28 детей с верифицированной внутриутробной микоплазменной инфекцией. Дети обследовались на базе родильного дома № 1, отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ), неврологического, реанимационного отделений и отделений инфекции новорожденных, вирусных инфекций детской инфекционной городской клинической больницы, детских поликлиник № 1, 3, 6 г. Алматы в период 2005–2009 гг. Наблюдение за инфицированными детьми проводилось в динамике на первом году жизни и включало оценку физического, психомоторного развития детей, определение гематологических, биохимических показателей крови, анализов мочи, динамическое определение титра специфических антител и генома вируса в ПЦР, проведение УЗИ головного мозга, брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭКГ, ЭхоКГ, консультации узких специалистов (окулист, ортопед, кардиолог, ЛОР и др.). Верификация внутриутробной ЦМВИ проводилась в периоде новорожденности на основании перинатальных факторов риска, клинических проявлений и специфических маркеров ЦМВИ – антимикоплазменных Ig M, IgA, а также выявлении ДНК возбудителя в крови, моче. Для серологической диагностики использовали тест-системы «ЗАО-ИмДи» для определения специфических антител методом ИФА в лабораториях г. Алматы ТОО «Стэмкорд», «Pharma-LTD», ИФА лаборатории НЦП и ДХ. Молекуллярно-биологические исследования проводились в ПЦР-лаборатории НЦП и ДХ.

Для статистической обработки результатов исследований использовали *t*-критерий Стьюдента. Разницу сравниваемых величин считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Особенностью анамнестических данных у матерей является высокая частота (78,5%) хронических урогенитальных заболеваний (хронический кольпит, аднексит, псевдоэррозия шейки матки, миома). Течение беременности у каждой второй женщины протекало на фоне непрерывной угрозы невынашивания, хронической фетоплacentарной недостаточности, позднего гестоза. Последнее в сочетании с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты способствовало в 57,1% преждевременным родам путем экстренного оперативного сечения в $\frac{1}{2}$ случаев.

Тяжелое состояние при рождении констатировано у 20 новорожденных детей, из них 16 – со второй и третьей степенью недоношенности. Обращало на себя внимание сочетание недоношенности и задержки внутриутробного развития. Тяжесть состояния определялась внутриутробной пневмонией, дыхательными расстройствами, поражением ЦНС на фоне морфофункциональной незрелости. Состояние еще шести младенцев ухудшилось на 3–5-е сутки за счет развития постнатальной пневмонии с тяжелой дыхательной недостаточностью, нарастания гипербилирубинемии, септического состояния. Очагом инфекции последнего был омфалит. Фетальный гепатит с тяжелым течением, сопровождавшимся печеночной недостаточностью и геморрагическим синдромом, диагностирован у одного ребенка. В двух случаях регистрировался полиартрит.

Наиболее часто встречающимся клиническим проявлением внутриутробной микоплазменной инфекции на первом году жизни, как в первом, так и во втором полугодии, являлась пневмония (42,8%). В отличие от хламидийной пневмонии микоплазменная пневмония протекала тяжелее, носила затяжной подострый характер. Во всех случаях отмечался бронхобструктивный синдром и развивалась дыхательная недостаточность второй степени. На рентгенограмме грудной клетки выявлялись, наряду с усилением легочного рисунка, двусторонние очаговые тени, местами сливного характера, а также определялись ателектазы, расширение тени сердца (КТИ больше 60,0). У четырех детей пневмонии носили вялотекущее течение, начинаясь с периода новорожденности и затягиваясь до 10 месяцев. Характерной ее особенностью являлся повторный характер с рецидивами каждые два месяца, а также ассоциация специфической инфекции с бактериальной флорой – *Staph. aureus*, *Str. pneumoniae* в диагностически значимых титрах и рецидивирующей кишечной инфекцией. Микоплазменная пневмония всегда осложнялась миокардитом. Последний характеризовался стойкой синусовой тахикардией, неполной блокадой правой ножки пучка Гисса, признаками гипертрофии правого желудочка. В двух случаях регистрировался экссудативный перикардит, имевший подострое течение. У одного ребенка отмечался рецидивирующий бронхиолит.

У 28,5% больных в первые 6 месяцев и от 6 месяцев до 1 года документирован тубулоинтерстициальный нефрит с развитием функциональной почечной недостаточности. При этом фиксировались олигурия, гиперазотемия, протеинурия, гипернатриемия.

Перебальные изменения характеризовались развитием гидроцефального синдрома (35,7%), синдрома двигательных расстройств (21,4%), судорожного синдрома (14,3%). На нейросонографии в трех случаях обнаружены сочетанные внутричерепные кровоизлияния – внутрижелудочковые и субэпендимальные. Грубые нарушения двигательной и психической сферы, декомпенсированная гидроцефалия, атрофия зрительного нерва констатированы на первом году жизни у 35,7% детей.

Поражение желудочно-кишечного тракта проявлялось рецидивирующими кишечным синдромом (28,5%), колистафилококковым дисбактериозом (28,5%), гепатосplenомегалией (21,4%), гепатомегалией (14,3%), спленомегалией (14,3%), панкреатитом (14,3%). У одного ребенка наблюдалось тяжелое течение фетального гепатита, протекавшего с синдромом «сладжа».

Врожденные пороки развития выявлены у восьми (28,5%) пациентов. Преобладали пороки ЖКТ, в том числе неполная атрезия желчевыводящих путей. Множественные пороки развития встречались в одном случае. Таким образом, наши наблюдения согласуются с исследованиями Цинзерлинга, Вуду, накопившими большое количество данных о роли хламидий и микоплазм в развитии ВПР.

У каждого второго ребенка на первом году жизни отмечались признаки рахита, анемии, гипотрофии. Паратрофия имела место у четырех пациентов. Следует отметить, что у них же отмечались признаки атопического дерматита. 28,5% младенцев находились на искусственном вскармливании.

Среднее значение гемоглобина у детей с анемическим синдромом составило 102,2 г/л, лейкоцитов – $8,5 \times 10^9$, СОЭ – 15,3 мм/час. В биохимическом анализе крови определялась гиперферментемия – двух- и трехкратное повышение сывороточной активности α -ГБДГ и ЛДГ (448,4 и 1654,7 соответственно), восьмикратное – МВ КФК (61,2), увеличение активности щелочной фосфатазы в 3,5 раза – 2419,6 ммоль/л. Серологические и молекулярно-биологические исследования показывали прирост титров антимикоплазменных IgG антител с 1,066/0,261 в первом полугодии жизни до 2,180/0,270 во втором полугодии и наличие DNA Mycoplasma hominis в моче.

Таким образом, микоплазменная инфекция оказывает влияние на рождение недоношенных детей, имеет тяжелое рецидивирующее течение с преимущественным поражением органов дыхания. Кроме того, эта инфекция приводит к структурным изменениям в головном мозге. Данное обстоятельство можно объяснить высокой частотой внутричерепных геморрагий, имевших место у всех недоношенных детей, а также последствиями хронической внутриутробной гипоксии плода. Рецидивирующие заболевания органов дыхания у инфицированных детей, особенно у недоношенных, могут стать причиной хронических болезней легких.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений: Рук-во для врачей. СПб.: Элби-СПб, 2002. 352 с.
2. Red Book: Report of the Committee on Infection Diseases. 25 rd: American Akademy of Pediatrice. 2000. 855 p.

Тұжырым

A.M. Омарова

ТУА БІТКЕН МИКОПЛАЗМАЛЫ ИНФЕКЦИЯ БАРЫСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРИ

2005–2009 жылдар аралығында Алматы қаласының балалар емханасындағы верификацияланған жатыр ішілік микоплазмалы инфекциясы бар 28 бала бакыланды. Микоплазмалы инфекция негізінен тыныс алу жүйелерін закымдайтын, ауыр қайтalamалы ағымды өсер көрсетеді. Сонымен катар, бұл инфекция мидаң құрылымды өзгерістеріне де әкелуі мүмкін.

Summary

A.M. Omarova

FEATURES FOR CONGENITAL MYCOPLASMA INFECTION

Observed 28 children with verified intrauterine mycoplasma infection found in children's hospitals in the city of Almaty in the period of 2005–2009 years. Mycoplasma infection has a severe relapsing course, mainly affecting the respiratory system. In addition, this infection leads to structural changes in the brain.

Д.Ж. МУХАНБАЕВА

**СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ
О ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ**

Городской родильный дом № 5, г. Алматы

На современном этапе вагинальные инфекции занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Зачастую половая инфекция обусловлена несколькими патогенными микроорганизмами, вирусами, микробами, грибами, простейшими, которые вызывают изменения, сходные по клиническому течению. Кроме того, наблюдается тенденция к увеличению частоты обращений женщин с подобными заболеваниями, которые связаны как с нарушением нормальной микрофлоры женских половых органов, так и с попаданием из внешней среды патогенной флоры или возбудителей заболеваний, передающихся половым путем [1].

Влагалище женщины заселено разнообразными микроорганизмами, включая лактобактерии, стрептококки, стафилококки, гарднереллы и другие организмы. *Candida albicans* и анаэробные бактерии могут быть выделены при отсутствии активного воспалительного процесса. Численность и виды эндогенных организмов определяются разными факторами: влагалищное pH, концентрация гликогена и уровень глюкозы. В норме pH влагалища низкий (обычно между 3,8–4,2), что достигается благодаря продукции молочной кислоты бактериями и клетками эпителия влагалища, которые используют гликоген и глюкозу в качестве субстратов. Считается, что эстрогены поддерживают уровень гликогена и плотность эпителиальной выстилки и, следовательно, обеспечивают целостность защитного слоя вагинального тракта. Нарушение данного баланса влагалищной микрофлоры и преобладание вследствие этого патогенной флоры может случаться по различным причинам: прием таких медикаментов, как антибиотики, цитостатики, гормональные препараты, кортикоиды, гормональных изменений [2].

Вагинальные инфекции могут быть следствием как несоблюдения правил гигиены, так и чрезмерного увлечения спринцеванием, особенно щелочными растворами, применения ароматизированных гелей для тела и дезодорантов для интимной гигиены, приводящими к появлению аллергической реакции и местного раздражения. На изменение флоры влагалища могут влиять и частая смена партнеров, беспорядочные половые связи, частое применение спермицидов, а также использование тампонов, диафрагм, внутриматочной спирали. Вагинальные инфекции могут приводить к развитию вагинитов и вагинозов. Вагинит является воспалением слизистой оболочки влагалища и сопровождается обильным выделением белей, появлением неприятного запаха, зудом и жжением в области наружных половых органов. Среди возбудителей преобладают представители энтеробактерий (обитающих в кишечнике): кишечная палочка, клебсиеллы, энтеробактерии. Вместе с ними обнаруживают золотистый стафилококк, гемолитические стрептококки группы В, дифтероиды, грибы рода кандида и геотрикум, гонококки, трихомонады. Вагиноз представляет собой патологический процесс, который протекает без воспаления и не сопровождается лейкоцитозом. В настоящее время используется термин «бактериальный вагиноз», или «дисбактериоз влагалища». Ранее это заболевание ошибочно называли «гарднереллезом», предполагая, что его единственная причина — микроб под названием *Gardnerella vaginalis*, количество которого при вагинозах увеличивается параллельно с уменьшением или даже исчезновением лактобацилл (молочнокислых бактерий), известных под именем палочек Дедерлейна, иг-

рающих важную роль в создании экологического барьера влагалища путем блокирования в его стенке рецепторов, связывающихся с микроорганизмами, а также за счет выработки antimикробных агентов: молочной кислоты, ауто-антибиотиков, лактоцинов, лизоцима, перекиси водорода. Их присутствие во влагалище всегда является положительным фактором, так как обеспечивает нормальную кислотность (pH) и должный уровень сапрофитной флоры – нормальной флоры для организма человека. Изменение pH влагалищной среды ведет к подавлению роста лактобацилл и активному размножению анаэробной микрофлоры. В результате нормоценоз переходит в дисбактериоз, или вагиноз [3].

Клинические проявления вагинитов и вагинозов во многом схожи, их лечение принципиально отличается. Для постановки точного диагноза врач-гинеколог суммирует жалобы пациентки, результаты гинекологического осмотра, мазка на флору, анализов на различные инфекции, передающиеся половым путем.

При лечении вагинитов (в том числе и специфических) на первой линии стоят лекарственные препараты для приема внутрь, а местное лечение является второстепенным. А вот для лечения вагинозов более адекватны и эффективны схемы местного лечения, когда препараты назначаются вагинально. И еще одно очень важное отличие: при бактериальном вагинозе нецелесообразно и даже бессмысленно лечить партнера (вспомним причину возникновения заболевания), чего не следует упускать при вагинитах. При выявлении того или иного возбудителя вагинита назначается этиологически обусловленная терапия. При трихомониазе или кандидозе – соответственно противотрихомонадные или противогрибковые препараты, при специфической бактериальной инфекции – антибиотики с учетом чувствительности обнаруженных микроорганизмов. Лекарственные средства могут назначаться как внутрь, так и местно. Также врач назначает специальную диету и прописывает иммуностимулирующие препараты. Признанным является факт, что до 50% пациентов прекращают лечение после того, как они испытывают облегчение симптомов, не доведя курс лечения до конца, что может стать причиной рецидивирования заболевания. А несоблюдение схемы лечения может привести к рецидивированию процесса. Курс лечения необходимо проходить полностью и не прекращать лечения до тех пор, пока контрольные мазки не покажут полное выздоровление. Вагинальные инфекции тем и коварны, что могут затихать на время, а затем активизироваться с новой силой. Именно поэтому свидетельством излечения должны стать не субъективные ощущения, а результаты контрольных мазков. А до тех пор прерывать лечение нельзя, как и заниматься самолечением и самостоятельным назначением лекарств [4].

Для предупреждения повторного наступления вагинальных инфекций необходимо соблюдать правила личной гигиены: использование хлопкового нижнего белья; избегать синтетических колготок, которые создают среду для развития дрожжей; не использовать совместно с кем-либо еще туалетные принадлежности и полотенца и т.д. Также практические врачи рекомендуют использовать презервативы, следить за состоянием своей иммунной системы, не перенапрягаться и не нервничать, принимать поливитамины и вести здоровый образ жизни.

Таким образом, вагинальные инфекции можно предупредить путем использования простых на первый взгляд мероприятий: повышение иммунитета, соблюдение правил личной гигиены, а также вести здоровый образ жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.П. Вагинальный кандидоз: этиология, клиника, диагностика, принципы терапии//Контрацепция и здоровье. 2002. № 1. С. 3–8.
2. Минкина Г.Н. Лечение острого кандидозного вульвовагинита//Гинекология. 2001. Т. 3. № 6. С. 208–209.

3. Sobel J.D. Desquamative inflammatory vaginitis a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy//Am. J. Obstet. Gynecol. 1994. V. 171. P. 12151220
4. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Оптимизация лечения кандидозного вульвовагинита с помощью новых лекарственных средств//Фарматека. 2005. № 15. С. 24–26.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 618.2:616.9-056

У.А. НАБИЕВА

**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Жамбылский областной перинатальный центр

В настоящее время имеет место возрастающее значение внутриутробных инфекций (ВУИ) в возникновении врожденных пороков. В последние годы частота врожденных пороков (ВПР), по секционным наблюдениям, колеблется от 21 до 40% [1, 2]. Не исключено, что воздействие инфекционного фактора на ранних этапах внутриутробного развития может приводить к нарушениям механизмов генетического контроля эмбриогенеза. Возбудители инфекционного процесса, обладая тропностью к эмбриональной ткани, могут индуцировать хромосомные и метаболические нарушения, т.е. обладают мутагенным и тератогенным эффектами [3]. Врожденные пороки развития, включая генетические синдромы, достаточно часто отмечаются при внутриутробных инфекциях.

Значительное место в структуре ВУИ занимают герпесвирусы: цитомегаловирус (ЦМВИ), вирус простого герпеса (ВПГ).

Целью исследования явилось изучение структуры врожденных пороков развития у детей с герпесвирусными инфекциями, их значения в инвалидизации и летальности детей.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 165 детей от 0 до 3 мес. с верифицированной внутриутробной ЦМВИ и герпетической инфекцией в период 2001–2008 гг. Верификация проводилась на основании перинатальных факторов риска, клинических проявлений и специфических маркеров ЦМВИ, ВИГ – Ig, IgG, нарастании титров IgG в динамике, превышении их над материнскими, а также выявлении ДНК возбудителя в крови, моче, слюне.

При изучении клинической картины течения беременности у матерей инфицированных детей установлено достаточно частое возникновение угрозы невынашивания (33,1%), длительного токсикоза (21,7%), ОРВИ (21,1%), вялотекущего гестоза (32,5%), синдрома задержки развития плода (24,7%). Это указывает на то, что герпесвирусы оказывают влияние на развитие осложнений беременности.

В неонатальном периоде активная ЦМВИ, герпетическая инфекция характеризовалась манифестным течением, частым развитием токсикоза (55%), угнетения ЦНС (39,1%), отечного (10,8%), геморрагического синдромов (10,8%), синдрома дыхательных расстройств (8,7), формированием полиорганной патологии в виде внутриутробной пневмонии (28,3%), менингоэнцефалита (13,0%), гепатита (10,8%), кардита (19,5%), врожденных пороков и множественных стигм дисэмбриогенеза (60,9%).

В структуре врожденных пороков у детей с ЦМВИ преобладали множественные пороки (27,7%), где сочетание 2 пороков (ВПР желудочно-кишечного тракта и сердца, ВИР центральной нервной системы и почек, ВПР ЖКТ+ВПР костно-мышечной системы, ВПР ЖКТ+ВПР ЦНС) имело место у большинства больных (6

детей), тогда как сочетание 3 пороков встречалось реже (3 ребенка). ВПР ЦНС и органов чувств составили 25,0%. Среди которых гидроцефалия установлена у 4 детей, микроцефалия – у 4, у 1 ребенка отмечалось сочетание тугоухости и слепоты. Врожденные пороки ЖКТ (атрезия пищевода, киста холедоха, атрезия желчного пузыря, гастринизис, мальротация – синдром Ледда, диафрагмальная грыжа, кольцевидная поджелудочная железа) диагностированы в 22,2% случаев. Надо отметить, что 62,5% детей с ВПР ЖКТ были успешно прооперированы в раннем неонатальном периоде. Врожденные аномалии костно-мышечной системы выявлены в 13,9% случаев, в структуре которых регистрировались косолапость (2), вывих бедра (1), расщелина губы (1) и нёба (1). В структуре врожденных пороков мочеполовой системы отмечались гидронефроз (1), поликистоз (1), водянка яичка (2).

Значительную долю врожденных пороков (63,3%) у больных с герметической инфекцией заняли ВПР ЦНС, среди которых преобладала гидроцефалия (57,9%), несколько реже встречалась микроцефалия (31,6%).

Дискинезии мозга имели место у 2 детей. Множественные пороки диагностированы у 8 больных, где в каждом случае отмечалось сочетание ВПР ЦНС с другим пороком. Врожденные пороки сердца (ДМПП, стеноз легочной артерии) выявлены в 2 случаях. ВПР ЖКТ (высокая кишечная непроходимость) установлен лишь у 1 ребенка.

Таким образом, в структуре врожденных пороков у больных с ЦМВИ достоверно часто встречаются ВПР ЖКТ ($p<0,005$), у детей с герпетической инфекцией – ВПР ЦНС ($p<0,01$).

В структуре пороков, приведших к инвалидизации детей, превалировали пороки центральной нервной системы, костно-мышечной системы и сочетанные пороки. Частота летальности составила 30%. Высокая смертность отмечена у детей с врожденными пороками сердца, желудочно-кишечного тракта и почек. Кроме того, в большинстве случаев дети раннего возраста погибли от сочетанных пороков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. СПб., 2002.
2. Пазылбеков С.А. Анализ ВПР у детей по данным аутопсии. Актюбинск, 1997.
3. Генне Н.А. Пороки развития ЦНС у врожденных с ВУИ//Педиатрия. 1999. № 5. С. 42–45.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.3-056

Ш.Б. ЖАРЫЛКАСЫНОВА

ДИАРЕИ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Городская детская поликлиника № 17, г. Алматы

Диарея – часто встречающееся расстройство пищеварения, которое возникает вследствие многих причин и представляет собой учащенное и обильное опорожнение кишечника, обычно жидкими фекальными массами, чаще чем три раза в сутки у детей старше 2 лет. Причиной острой диареи являются вирусные и бактериальные инфекции. Острая диарея может быть вызвана следующими факторами: ротавирусами (до 80%); адено-вирусами; астровирусами; вирусом Norwalk-like; Salmonella; Shigella, Escherichia coli; Campylobacter jejuni; Yersinia enterocolitica; после лечения антибиотиками; после приема пищи с недостатком жиров и белков и с

избытком углеводов; функциональной диареей; стрессом; злоупотреблением газированными напитками и фруктовыми соками.

Путь заражения бактериальной инфекцией в основном фекально-оральный (грязные руки, продукты с истекшим сроком годности, контакт с больным острой кишечной инфекцией), возможен и водный путь. Диареи также могут быть хроническими, это когда стул более 3 раз в сутки и продолжительностью более 3 недель. Хронические диареи наблюдаются при многих заболеваниях, нарушающих моторику кишечника. Условно их можно разделить на две группы: 1) заболевания, при которых нарушается переваривание пищевых веществ в тонком кишечнике вследствие недостаточности пищеварительных ферментов (недостаточность ферментов поджелудочной железы, дефицит желчных кислот), дисбактериоз; 2) заболевания, при которых нарушается всасывание пищевых веществ в тонкой кишке (нарушение всасывания углеводов, пищевая аллергия, целиакия).

Диарея более 2 и 3 недель приводит к отставанию ребенка в весе — это серьезные симптомы заболеваний, вызывающих хроническую диарею, при которых важны ранняя диагностика и своевременно начатое лечение, так как сопровождается потерей не только жидкости, но и потерь белка, электролитов, минералов и других жизненно необходимых компонентов. Клинически характеризуются симптомами интоксикации (вялость, сниженный аппетит, рвота, боли в области живота, лихорадка), нередко — развитием синдромов инфекционного токсикоза (токсикоз с эксикозом, нейротоксикоз, гиповолемический или инфекционно-токсический шок и др.) и диареей. Особенности клинических проявлений каждой нозологической формы диареи определяются, главным образом, наличием того или иного набора ведущих («пусковых») факторов патогенности у возбудителя инфекции (способность к инвазии, продукция экзо- и эндотоксинов, тропность их действия и др.). Диареи в зависимости от патогенеза заболевания подразделяются на инвазивные и неинвазивные (секреторные и осмотические гипоферментативные). При инвазивной диарейной инфекции возбудитель проникает в эпителий кишечной стенки, размножается и выделяет токсины, повреждая клетки слизистой оболочки. Такая диарея наблюдается при дизентерии, сальмонеллезе, иерсиниозе, энтероинвазивном эшерихиозе, стафилококковой инфекции, кампилобактериозе. В основе патогенеза секреторной диареи лежит усиление секреции натрия и воды в просвет кишки. Микроорганизмы локализуются на поверхности эпителиальных клеток кишечника. Они прочно прикрепляются к слизистой оболочке, образуя в результате жизнедеятельности экзотоксины (энтеротоксины и цитотоксины). Диарея — следствие действия энтеротоксинов. Они активируют фермент аденилатциклазу. В результате увеличивается синтез цАМФ, что повышает секрецию энteroцитами в просвет кишечника большого количества бедной белком, но содержащей электролиты жидкости, которая не успевает всасываться в толстой кишке. Цитотоксины, разрушая мембранны эпителиальных клеток, приводят к инвазии микробов в стенку кишечника, что еще более усугубляет течение заболевания. Возбудителями,рабатывающими экзотоксины, являются холерный вибрион, энтеротоксигенные эшерихии и многие условно-патогенные бактерии.

Оsmотическая гипоферментативная диарея чаще всего обусловлена вирусной инфекцией. Вирусы напрямую поражают клетки слизистой оболочки кишечника. Устойчивые к воздействию желчи и протеолитических ферментов, они достигают эпителия тонкой кишки и внедряются в высокодифференцированные клетки ворсинок. Инфекция сопровождается распадом эпителиоцитов, которые выполняют важную функцию — синтез фермента дисахаридазы, участвующего в расщеплении дисахаридов. В результате в тонкой кишке накапливается сахара, повышается осмотическое давление, это привлекает жидкость в просвет кишки и приводит к диарее. Основу лечения диарейных инфекций составляют: инактивация токсинов (энтеросорбенты) и возбудителей (антибиотики); дезинтоксикация и регидратация (оральные регидратационные соли); восстановление биоценоза (эубиотики и про-

биотики). Основным осложнением острой диареи является дегидратация, степень выраженности которой обуславливает выбор методов лечения и дальнейший прогноз. Общее количество жидкости в организме у младенцев составляет 80% массы тела, у взрослых — 60%; при этом 45% массы тела младенца составляет внеклеточная жидкость, в то время как у взрослого этот показатель равен 20%. Поэтому, чем меньше ребенок, тем больше риск дегидратации и тем серьезнее ее клинические последствия. Таким образом, основным методом лечения острой диареи является проведение регидратации. В последнее время получил широкое распространение метод пероральной регидратации, отличающийся эффективностью и безопасностью и предоставляющий возможность проведения профилактики дегидратации. Регидратация состоит из двух этапов: восполнение дефицита жидкости и электролитов; профилактика дегидратации при продолжающейся диарее. Регидратация составляет 10 мл/кг при отсутствии симптомов дегидратации. Дегидратация небольшой степени (до 5%): 50 мл/кг — корректировка дегидратации и 10 мл/кг — возмещение недостающей жидкости. Умеренная дегидратация (до 9%): 100 мл/кг — корректировка дегидратации и возмещение недостающей жидкости. Профилактика дегидратации (если лечение началось до того, как возникла дегидратация): применение профилактических доз у детей до 3 лет — 10 мл/кг после каждого эпизода жидкого стула; у детей старше 3 лет и взрослых — 200 мл после жидкого стула. Ограничения в использовании метода пероральной регидратации — тяжелое общее состояние, упорная рвота, расстройства всасывания углеводов. Только необходимо соблюдать общие правила дозировки ПРР у детей. Приступить к введению жидкости орально, т.е. родители могут начать давать ребенку глюкозо-солевые растворы (регидрон, оралит и др.), не дожидаясь врачей. Их приготавливают путем растворения одного пакета в 1 литре свежекипяченой охлажденной питьевой воды. Раствор готов к употреблению в течение суток. Хранить раствор следует в холодильнике. Давать нужно дробно, небольшими глотками.

Количество жидкости, необходимое для введения через рот

Возраст	До 4 месяцев	4–12 мес	1–2 года	2–5 лет
Вес ребенка, кг	меньше 6	6–10	10–12	12–19
Количество жидкости, мл	200–400	400–700	700–900	900–1400

В лечении диареи также необходимо соблюдать диету. Не следует прекращать грудное кормление или вскармливание молочными смесями, только при интенсивной диарее или наличии симптомов непереносимости углеводов возможен перевод ребенка на питание смесями с пониженным содержанием лактозы сроком на 3–7 дней. Дети старшего возраста, получающие обычное питание в соответствии с возрастными нормами, после того как у них восстановится аппетит, могут принимать нормальную пищу. Увеличение частоты и объема стула после едыносит временный характер и не является показанием для введения ограничений в рацион. Но все же в первые дни после восстановления нормального стула необходимо ограничить потребление молока и молочных продуктов, свежих фруктов и овощей, кофе, пряных и соленных продуктов, напитков и продуктов с высоким содержанием сахара.

УДК 616.9-02-071-07-08-084

**Ж.О. САРБАСОВА, Г.З. КОЖЕБЕКОВА, З.И. УМАРОВА,
К.Б. АХМЕДЖАНОВА, Ш.Б. ЖАРЫЛКАСЫНОВА**

**ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА И ДРУГИХ ОРВИ У ДЕТЕЙ**

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

Современная патология дыхательного тракта характеризуется увеличением распространенности респираторных, в том числе вирусных, инфекций во всех возрастных группах. Рост ОРЗ регистрируется во многих странах мира вне зависимости от климато-географической зоны и уровня социально-экономического развития. По эпидемиологическим данным, распространенность болезней органов дыхания у детей и подростков в 6 раз выше, чем у взрослых. Ежегодно в мире регистрируется более миллиарда случаев ОРИ, причем у детей среди всех заболеваний дыхательных путей отмечается абсолютное преобладание острой инфекционной патологии – до 90%. При этом имеется в виду не только грипп – инфекция, имеющая циклический, эпидемический, сезонный характер, но и ОРИ, вызываемые более чем 200 видами различных представителей 4 семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксо-, парамиксо-, короно-, пикорновирусы) и 2 ДНК-содержащих вирусов (адено- и герпесвирусы). В последние годы при отсутствии роста заболеваемости гриппом отмечается рост ОРИ и при этом наблюдается рост числа осложнений, которыми чаще страдают дети. Большинство осложнений связано с гриппозной инфекцией. При этом надо иметь в виду, что около 80% заболевших детей начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники, остальные дети после выписки из стационара также заканчивают свое лечение в поликлинике – первичном звене здравоохранения.

Грипп – самое массовое заболевание. Вирус гриппа относится к семейству ортомиксовирусов. Выделяют три серологических типа вируса: А, В и С. Природным резервуаром вируса А являются птицы, редко животные. Вирус гриппа В встречается только у людей, вирус гриппа С – у людей, свиней и, возможно, собак. Периодические пандемии и частые эпидемии, ассоциированные с высокой заболеваемостью и смертностью, связывают с вирусом гриппа А, реже – с вирусом В, а грипп С, как правило, протекает в инаппарантной форме и почти не влияет на уровень заболеваемости. Главная особенность гриппа – способность к антигенной изменчивости. Это приводит к тому, что у очень большого количества людей полностью отсутствует иммунитет к данному варианту вируса гриппа. Симптомы гриппа похожи на симптомы других ОРВИ. Но склонность вируса к преимущественному поражению именно слизистых оболочек трахеи и бронхов приводит к тому, что тяжесть заболевания при гриппе, как правило, выше, чем при других ОРВИ. Симптомы при вирусных инфекциях очень похожи: чаще всего у заболевшего человека начинается озноб, появляется головная боль (при гриппе она проецируется в любой области и глазных яблоках), ломота в мышцах рук и ног, присоединяются катаральные явления в виде насморка и кашля.

Смертность от гриппа и его осложнений занимает первое место в структуре смертности среди всех инфекционных и паразитарных заболеваний. Чаще осложнения представляют собой респираторные заболевания, но инфекция может поражать и многие другие органы и системы (мышцы, головной мозг, сердечно-сосудистую и т.д.). Острый бронхит развивается у 10–30% заболевших, у 5–38% диагнос-

тируется первичная вирусная или вторичная бактериальная пневмония, у 35% детей младшего возраста — воспаление среднего уха; установлена связь между гриппозной инфекцией и бронхиальной астмой как у детей, так и у взрослых.

Лабораторная диагностика включает взятие носоглоточных мазков (смызов) для постановки ПЦР не позднее 2–3-го дня заболевания при помощи палочки с ватным тампоном и взятия парных проб сыворотки крови для проведения РТГА в первые трое суток и через 3–4 недели от начала заболевания. Подтвержденным случаем инфекции, вызванной вирусом гриппа, считается случай, при котором у человека имеет место фебрильное респираторное заболевание и положительные результаты лабораторной диагностики (одного или нескольких): выделение вируса в смызвах и 4-кратный и более прирост титров специфических антител к антигенам штаммов вируса гриппа.

Стационарное лечение рекомендуется больным с высоким риском тяжелого и осложненного течения гриппа: дети раннего возраста, лица с сопутствующими хроническими заболеваниями органов дыхания, ССС, ЦНС, болезнями крови, сахарным диабетом и др.

Экстренная госпитализация рекомендуется при: 1) нарушениях сознания; 2) судорожном и менингеальном синдромах; 3) дыхательной недостаточности; 4) сердечно-сосудистой недостаточности.

Лечение больных гриппом должно быть этиотропным и патогенетически обоснованным. Этиотропная терапия включает в себя противовирусные препараты, применяемые при лечении пациентов с гриппом с целью предупреждения тяжелых форм заболевания, осложнений и летальных исходов, но надо иметь в виду, что противовирусную терапию следует назначать не позднее 48 часов от появления первых симптомов болезни. Эти рекомендации применимы ко всем группам пациентов, включая беременных женщин, детей раннего и грудного возраста, пожилых людей и пациентов с сопутствующими нарушениями здоровья. Все противовирусные препараты можно разделить на 3 группы: 1-я группа — интерфероны для интраназального применения I поколения (человеческий лейкоцитарный, эгиферон, веллферон, лейкинферон; бета-ИФН человеческий, фибробластный, ребиферон; гамма-ИФН человеческий); II поколения — рекомбинантные (альфарон, гриппферон, ингарон, ИФН-альфа-2а: реаферон, роферон-А, виферон, интераль; ИФН-альфа-2-бета: интерон-А, инрек, пегинтерферон; ИФН альфа-2с: борофор; ИФН-бета-авлинекс; ИФН-гамма-рекомбинантный); 2-я группа — индукторы эндогенного интерферона-интерфероногены, особенно хороши в отношении детей с атопией, т.к. снижают иммуноглобулин Е (арбидол, амиксин, циклоферон, лавомакс, амизон, неовир, кагоцел, ридостин, полудан); 3-я группа — ингибиторы нейроаминида (тамифлю, реленза).

При лечении больных в условиях стационара противогриппозные химиопрепараты можно применять в комплексе с рекомбинантными α 2-интерферонами.

Патогенетическая терапия направлена на борьбу с интоксикацией, нарушением микроциркуляции, инфекционно-токсическим шоком. Вводятся детоксицирующие растворы: реамберин 1,5%; раствор глюкозы 5%, солевые растворы. Количество вводимой жидкости определяется по динамике показателей диуреза. Одновременно следует назначать препараты, уплотняющие сосудистую стенку и уменьшающие проницаемость капилляров: рутин, 5% раствор аскорбиновой кислоты, ингибиторы протеолиза (контрикал или гордо克斯, трентал). При тяжелом течении гриппа, осложнившемся инфекционно-токсическим шоком, наряду с дезинтоксикационными средствами назначаются глюкокортикоиды; при угрозе отека легких или мозга — лазикс; при развитии сердечной недостаточности — сердечные гликозиды, 10% раствор сульфокамфокаина, оксигенотерапия. Антибиотики рекомендуется назначать лишь при бактериальных осложнениях (пневмония и др.) парентерально. Режим антibактериальной терапии пневмонии должен охватывать широкий спектр бактериальных возбудителей, поэтому надо использовать цефалоспорины III (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, цефиксим, цефтибу-

тен) и IV (цефепим) поколений в сочетании с фторхинолонами 4-го поколения (моксифлоксин) и/или из группы макролидов. Применение ранних фторхинолонов не показано из-за их невысокой активности в отношении *Streptococcus pneumoniae*. Продолжительность антибактериальной терапии составляет 7–10 дней, при этом необходимо соблюдать строго стандартизированный режим дозирования антибактериальных препаратов.

Симптоматическая терапия назначается в зависимости от имеющегося симптома заболевания: при гипертермии – парацетамол, диклофенак, цефекон; при сухом кашле – эреспал, глаувент, либексин; при влажном кашле – бромгексин, амброксол; при продолжительном кашле – грудные сборы, доктор Мом, мукалтин.

Специфическая профилактика, т.е. вакционопрофилактика, является обоснованным, высокоэффективным способом предупреждения гриппозной инфекции и ее эффективность зависит от охвата населения. Среди здоровых взрослых людей вакцина может предотвратить заболеваемость гриппом на 70–90%. Среди пожилых людей вакцина уменьшает количество тяжелых заболеваний и осложнений на 60% и случаев смерти на 80%. Учитывая одновременную циркуляцию сезонных и пандемического штаммов вируса гриппа, ВОЗ рекомендует проводить вакцинацию против сезонного и пандемического штаммов (Информационный бюллетень ВОЗ № 211, апрель 2009 г.). Принимая во внимание тот факт, что пандемия поражает относительно более молодые возрастные группы населения, рекомендуется вакцинировать в первую очередь: беременных женщин, медицинский персонал, лиц с кардиоваскулярной патологией и патологией дыхательной системы, онкологическими заболеваниями, диабетом; подростков, детей старше 6 месяцев, взрослых от 15 до 65 лет. В России планируют вакцинировать до 90% населения.

Профилактика негриппозных ОРВИ путем вакцинации не осуществляется, хотя заболеваемость ими крайне высока, что заставляет искать другие пути решения проблемы. Так, например, имеется опыт проведения профилактики ОРВИ с помощью интерфероногенов, но только в профилактических дозах, что вдвое меньше лечебных доз и короче по длительности применения.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.85-08-056

E.H. КИРЕЕВА

**ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
НАРУШЕНИЙ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА
У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Городская детская поликлиника № 17, г. Алматы

Нами было проведено лечение 10 больных в возрасте от 3 месяцев до 10 лет с различными неврологическими заболеваниями, сопровождавшимися нарушением мышечного тонуса. Среди них было 6 больных с ДЦП; 2 больных с ППЦНС в раннем восстановительном периоде; 2 больных с ППЦНС в позднем восстановительном периоде (табл. 1).

Всем больным, кроме базовой терапии, назначался в качестве препарата, снижающего мышечный тонус, мидокалм в таблетках по 150 мг из расчета 2–6 мг на килограмм массы тела перорально, курс лечения 1 месяц.

Контрольную группу составили 5 больных соответствующего возраста и с аналогичными заболеваниями, не получавшими мидокалм. Обе группы получали традиционные средства терапии: препараты, улучшающие мозговое кровообращение; витамины группы В; массаж, физиотерапию, ЛФК. Больные обследовались до лечения, на 7-й день, на 14-й день и через 1 месяц после лечения.

Мидокалм в лечении больных с нарушением тонуса мышц

Диагноз	Кол-во больных	Возраст	Доза мидокалма
Детский церебральный паралич (ДЦП), спастическая диплгия. ЗПРР	2	3 г. 6 мес	3 мг на кг массы тела
ДЦП, правосторонний гемипарез. Эпилептический синдром	2	9 лет	2 мг на кг массы тела
ДЦП, спастический парапарез нижних конечностей	2	10 лет	2 мг на кг массы тела
ППЧНС гипоксического генеза. Грубая пирамидная недостаточность. Гидроцефальный синдром. Неврогенная кривошея справа. Аффективно-респираторные пароксизмы (ранний восстановительный период)	2	3 мес	6 мг на кг массы тела
ППЧНС гипоксического генеза. Пирамидная недостаточность. Гипертензионно-гидроцефальный синдром (поздний восстановительный период)	2	6 мес	5 мг на кг массы тела

Результаты проведенного исследования выявили возможность установить, что сочетание мидокалма с комплексом традиционных средств терапии наиболее эффективно. Объективно неврологическая симтоматика начинала регрессировать с 3–4-го дня, и максимальное снижение тонуса наблюдалось к 8–10-му дню, последующее наблюдение в течение месяца не выявило никаких обострений или осложнений. В контрольной группе на фоне традиционной терапии без применения мидокалма гипертонус сохранялся дольше и регрессировал медленнее: ослабление наблюдалось лишь через 7–10 дней. А максимальное снижение тонуса было лишь к началу 3-й недели.

Побочных явлений не было ни у одного из пролеченных детей. Однако у ребенка в возрасте 3 лет 6 месяцев имелось отчетливое снижение мышечной силы, что привело к кратковременной «утрате» двигательных навыков. Этот эффект удалось преодолеть за счет снижения дозы даваемого препарата, одновременного назначения массажа, физиотерапии, активной ЛФК с воспитанием двигательных навыков.

Вообще, максимальный эффект снижения мышечного тонуса после приема препарата наблюдали через 40–60 мин, в это время и целесообразнее назначать мануальные и физиотерапевтические воздействия.

Кроме снижения патологически повышенного мышечного тонуса, у пациентов 1 года жизни наблюдали снижение расторможенности миостатических рефлексов (это приводило к нормализации глубоких рефлексов, исчезновению клонусов, трепора в спастичных конечностях) и угасание некоторых рефлексов спинального автоматизма и вестибулярных позных автоматизмов. Последнее – очень важный момент для подобных пациентов, т.к. при патологии центрального мотонейрона и его аксона, при поражении экстрапирамидной системы происходит задержка физиологического угасания рефлексов новорожденных и позных вестибулярных рефлексов. Поэтому показанием для назначения мидокалма могут быть не только заболевания, протекающие с гипертонусом, но и для редукции безусловных рефлексов и позных вестибулярных автоматизмов.

Б.С. ТОЛЫБАЕВА

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Реабилитационный центр «Акбобек», г. Актобе

Часто и длительно болеющие дети — одна из важнейших медико-социальных проблем педиатрии. Это вызвано неуклонным ростом числа детей, принадлежащих к группе часто и длительно болеющих, а также снижением резистентности данной категории больных к традиционным методам терапии. На долю часто болеющих детей (ЧБД) приходится 50–60% всех регистрируемых заболеваний. Около 20% ЧБД болеют острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) практически ежемесячно. В 40% случаев к семи–восьми годам у ЧБД формируется хроническая патология, причем риск хронизации процесса прямо пропорционален увеличению кратности эпизодов ОРЗ в течение года [1, 2].

ЧБД — это не нозологическая форма и не диагноз, а только группа диспансерного наблюдения. К часто и длительно болеющим детям большинство авторов относят детей с эпизодами острых заболеваний респираторного тракта 4 и более раз в год. Однако, вопрос о критериях кратности острых заболеваний, позволяющих считать ребенка часто болеющим, до сих пор остается спорным. В нижегородском НИИ педиатрии для выделения групп ЧБД разработаны и рекомендованы для использования в практике следующие повозрастные критерии: на 1-м году жизни — 4 и более острых респираторных заболеваний в год, на 2–3-м годах — 6 и более, на 4-м году — 5 и более, на 5–6-м годах — 4 и более, на 7 году жизни и старше — 3 и более заболеваний в течение года [1].

Как известно, повышенную восприимчивость детского организма к ОРЗ обуславливают эндо-экзогенные факторы, а также возрастные и индивидуальные особенности иммунной защиты организма. Среди экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к возникновению частых ОРЗ, ряд авторов выделяют:

- биологические: возраст матери, неблагоприятные течение беременности, отягощенные роды, отклонения и патология в периоде ранней адаптации новорожденного (недоношенность, родовая травма, асфиксия, заболевания новорожденного и др.);
- социально-гигиенические: низкий материальный достаток, неблагоприятные жилищные условия, вредные привычки родителей, частые стрессовые ситуации в процессе воспитания детей, конфликты родителей, социально-неблагоприятные и неполные семьи, уровень общей и санитарной культуры, невыполнение рекомендаций педиатра, проживание в экологически загрязненных районах [3, 4].

Поиск и разработка эффективных профилактических и лечебных мероприятий для детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, представляет не только медицинскую, но и социальную проблему. Поэтому реабилитация детей из группы ЧБД должна планироваться и осуществляться как длительный и многоэтапный процесс, проводимый в стационаре, на дому, в поликлинике, в реабилитационном центре, в местном санатории и включать медицинские и социальные аспекты.

Целью настоящего исследования явилось изучение мониторинга проведения оздоровительных мероприятий часто болеющим детям в реабилитационном центре «Акбобек».

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 253 часто болеющих детей в возрасте 3–14 лет, за 2008–2009 гг. (см. табл.).

**Возрастной и половой состав детей,
прошедших реабилитацию в РЦ «Акбобек»**

Контингент детей	2008 год (n=101)				2009 год (n=152)			
	Мал.	%	Дев.	%	Мал.	%	Дев.	%
Дошкольники	19	34,5	13	28,2	24	29,2	21	30,0
Школьники	36	65,5	33	71,7	58	70,3	49	70,0
<i>Итого</i>	55	54,5	46	45,5	82	53,9	70	46,0

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что в 2009 году оздоровлено в два раза больше детей по сравнению с 2008 годом. При этом в нозологической структуре исследуемый период превалирует хронический тонзиллит. Так, в 2009 году с хроническим тонзиллитом реабилитировано 93 детей, из них: мальчики – 60 (64,5%), девочки – 33 (35,5%); в 2008 году прошли реабилитационную терапию 59 детей, из них: мальчики – 34 (57,6%), девочки – 25 (42,4%). Следует подчеркнуть, что в 2009 году количество оздоровленных детей дошкольного возраста с хроническим тонзиллитом (63,2%) увеличилось в 2 раза (2008 г. – 24,5%), количество оздоровленных детей школьного возраста уменьшилось в два раза (с 75,4 до 36,8%).

На втором месте оказались дети с рецидивирующими бронхитом, причем в 2008 году оздоровление прошли 17 детей, из них: мальчиков – 9 (52,9%), девочек – 8 (47,1%), среди которых 31,2% составили дети дошкольного возраста и 68,8% – школьного возраста. В 2009 году оздоровлено 27 детей, из них: мальчиков – 16 (59,2%), девочек – 11 (40,8%), в том числе 16 детей (59,2%) дошкольного возраста и 11 (40,8%) – школьного возраста.

С хроническим фарингитом в 2008 году оздравились 19 детей, из них: мальчиков – 11 (57,8%), девочек – 8 (42,1%); в 2009 году прошли реабилитацию 32 ребенка, из них мальчиков – 22 (68,7%), девочек – 10 (31,3%).

Следует отметить увеличение числа реабилитированных детей с различной патологией бронхолегочной системы в возрасте от 3 до 6 лет, что мы связали с ранним началом посещения ими дошкольных учреждений, скученностью в группах, определяющую большую роль при восприимчивости к возбудителям острых респираторных заболеваний.

В целом, в комплекс лечебно-профилактических методов оздоровления реабилитационного центра «Акбобек» включались: щадящий тренировочный режим (дневной сон, прогулки на свежем воздухе); орошение зева травяными настоями и спреем «Ингалипт», смазывание нёбных миндалин раствором Люголя, маслом чайного дерева, витаминотерапия (А, С, Е, группы В), препараты с профилактической целью (сорбифер, фестал, креон, оротат калия, рибоксин, иммуномодуляторы – имудон, иммунал, бронхмунал). Также проводились физиотерапевтические процедуры: УФО зева и носа, общий массаж, ЛФК, электрофорез на воротниковую зону. Из нетрадиционных методов использовались: энтеральная оксигенотерапия (кислородный коктейль), Су-Джок-рефлексотерапия, сауна, бассейн. Курс лечения составлял 18–21 день.

Таким образом, результаты наших исследований в РЦ «Акбобек» свидетельствуют о значимости комплексного подхода к лечению детей, направленного на уменьшение частоты респираторной патологии в зависимости от возраста и определяющего новые тактические подходы к их реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1987. С. 58–72.

2. Ширяева К.Ф. Диспансерное наблюдение детей в поликлинике. М.: Медицина, 1987. 148 с.
3. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации. Ростов н/Д: Феникс, 2003. 480 с.
4. Нестерова И.В., Малиновская В.В., Ковалева С.В. Интерфероно-иммунотерапия в практике лечения часто и длительно болеющих детей и взрослых. М., 2004. 160 с.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 616.155.194.8-058.86

Г.Н. КОКИБАСОВА

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Детская поликлиника г. Есик, Енбекшиказахский район

Анемию и анемический синдром, вызываемый многими причинами, можно упомянуть среди наиболее часто встречающихся патологических состояний, с которыми ежедневно приходиться сталкиваться педиатрам общей практики. В эту группу входят различные заболевания и патологическое состояния, характеризующиеся уменьшением содержания гемоглобина и/или эритроцитов в единице объема крови, приводящие к нарушению снабжения ткани кислородом. Из всех анемий самой распространенной является железодефицитная анемия (ЖДА), которая составляет примерно 80% от всех анемий, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире более 500 тыс. человек страдает ЖДА.

ЖДА – это клинико-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении. Железо – один из основных микроэлементов в организме человека. В норме в организме взрослого человека содержится 3–5 г железа в связанной форме.

Всасывание железа происходит преимущественно в 12-перстной кишке и проксимальных отделов тонкой кишки. В суточном рационе обычно содержится около 5–20 мг железа, а усваивается только 1–2 мг в сутки. Степень абсорбции железа зависит как от его количества в потребляемой пище и биодоступности, так и от состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Ежедневная потребность детского организма железом составляет 0,5–1,2 мг в сутки. У детей раннего возраста в связи с быстрыми темпами роста и развития наблюдается повышенная потребность в железе. В этот период жизни запасы железа быстро истощаются из-за усиленного его потребления из депо: у недоношенных детей – к 3-му месяцу, у доношенных – к 5–6-му месяцу жизни. Для обеспечения нормального развития ребенка в суточном рационе новорожденного должно содержаться 1,5 мг железа, а у ребенка 1–3 лет – не менее 10 мг.

Причины железодефицитных состояний у детей очень разнообразны. Основной причиной ЖДА у новорожденных считается наличие ЖДА или скрытого дефицита железа у матери во время беременности. Среди постнатальных причин сидеропенических состояний на первое место выступает недостаточное поступление железа с пищей. При этом более всего страдают новорожденные, находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными молочными смесями, коровьим и козьим молоком. Другими постнатальными причинами ЖДА являются: повышенная потребность организма в железе; потери железа, превышающие физиологические; заболевания ЖКТ, синдром нарушенного кишечного всасывания; дефицит запасов железа при рождении; анатомически врожденные аномалии (дивертикул Меккеля, полипозы кишечника); употребление продуктов, тормозящих абсорбцию железа.

В группе риска находятся недоношенные дети, дети, родившиеся с очень большой массой, дети с лимфатико-гипопластическим типом конституции.

У детей первого года жизни к дефициту железа чаще всего приводит молоко, вегетарианство, недостаточное потребление мясных продуктов.

ЖДА проявляется общими симптомами. Один из главных и видимых признаков – бледность кожных покровов, слизистых оболочек, конъюнктив глаз. Обращает на себя внимание общая вялость, капризность, плаксивость, легкая возбудимость детей, снижение общего тонуса организма, потливость, отсутствие или снижение аппетита, поверхностный сон, срыгивания, рвота после кормления, понижение остроты зрения. Выявляются изменения со стороны мышечной системы: ребенок с трудом преодолевает физические нагрузки, отмечается слабость, утомляемость. У детей первого года жизни может наблюдаться регресс моторных навыков.

Диагноз ЖДА ставится на основании клинической картины, лабораторных признаков анемии и дефицита железа в организме.

Лечение ЖДА у детей раннего возраста должно быть комплексным и базироваться на 4 принципах: нормализация режима и питания ребенка; возможная коррекция причин железодефицита; назначение препаратов железа; сопутствующая терапия. Важнейшим фактором коррекции железодефицита является сбалансированное питание, и в первую очередь грудное вскармливание. Грудное молоко не только содержит железо в высокобиодоступной форме, но и повышает абсорбцию железа из других продуктов, употребляемых одновременно с ним. Однако интенсивные обменные процессы у грудных детей приводят к тому, что к 5–6-му месяцу жизни антенатальные запасы железа истощаются даже у детей с благополучным перинатальным анамнезом и малышей, вскармливаемых грудным молоком. Из других продуктов питания наибольшее количество железа содержится в свиной печени, говяжьем языке, телячьих почках, яичном желтке, устрицах, бобах, кунжуте, пшеничных отрубях, гречке, фисташках, турецком горохе, персиках, овсяных хлопьях, шпинате, лесных орехах и др.

Необходимы длительные прогулки на свежем воздухе, нормализация сна, благоприятный психологический климат, профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Питание ребенка должно быть сбалансированным и включать продукты, богатые железом, и вещества, усиливающие его всасывание в кишечнике. Детям, страдающим ЖДА, необходимо вводить прикорм на 2–4 недель раньше, чем здоровым. Введение мясного прикорма целесообразно начинать с 6 мес. Следует отказаться от введения в рацион ребенка таких каш, как манная, рисовая, толокнянная, отдавая предпочтения гречневой, ячменной, просянной. Однако эти меры не достаточны и не приводят к излечению ЖДА, поэтому основой терапии являются препараты железа. К основным из них, применяемым перорально, относятся: феррум лек, актиферрин, гемофер, феровит.

При назначении любых препаратов железа необходимо рассчитывать индивидуальную потребность в нем для каждого пациента, исходя из того, что оптимальная суточная доза элементарного железа составляет 2–4 мг/кг. Среднесуточная доза железа при лечении ЖДА составляет 3 мг/кг. Применение более высоких доз не имеет смысла, поскольку объем всасывания железа не увеличивается. Применение парентеральных препаратов железа показано для быстрого достижения эффекта при анемии тяжелой степени; патологии ЖКТ, сочетающейся с нарушением всасывания; неспецифическом язвенном колите; хроническом энтероколите.

Необходимо помнить что у детей раннего возраста дефицит железа никогда не бывает изолированным и часто сочетается с недостаточностью витаминов С, В₁₂, В₆, РР, А, Е, фолиевой кислоты, цинка, меди и др. Это связано с тем, что алиментарная недостаточность и наращенное кишечное всасывание, приводящие к дефициту железа, влияют и на насыщаемость данными микроутриентами. Поэтому в комплексную терапию ЖДА необходимо включать поливитаминные препараты.

Достижение целого уровня гемоглобина наблюдается в среднем через 6–8 нед от начала терапии в зависимости от тяжести анемии, однако лечение препаратами железа должно проводиться в достаточных дозах и длительно (не менее 3 мес), даже после нормализации уровня гемоглобина, с тем чтобы пополнить запасы железа в депо.

Если же в течение 3 нед не наблюдается значимого улучшения показателей гемоглобина, то необходимо выяснить, почему лечение оказалось неэффективным. Наиболее часто речь идет: о неадекватной дозе препарата железа; продолжающейся или неустановленной кровопотере; наличии хронических воспалительных заболеваний или новообразований; сопутствующем дефиците витамина В₁₂; неверном диагнозе; глистной инвазии и др. паразитарных инфекциях.

Профилактика ЖДА у детей раннего возраста включает в себя антенатальную (правильный режим и питание беременной, своевременное выявление и лечение анемии беременной; превентивное назначение препаратов железа женщинам из группы риска по развитию ЖДА); постнатальную (соблюдение гигиенических условий жизни ребенка, длительное грудное вскармливание и своевременное введение прикормов, адекватный выбор смеси для детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, профилактика развития у ребенка рахита, гипотрофии и ОРВИ).

Профилактическое назначение препаратов железа показано детям из групп риска по развитию ЖДА: Недоношенные дети (с 2-месячного возраста); дети от многоплодной беременности, осложненных беременностей и родов; крупные дети с высокими темпами прибавки массы и роста; дети с аномалиями конституции; страдающие атопическими заболеваниями; находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями; с хроническими заболеваниями; после кровопотерь и хирургических вмешательств; с синдромом мальабсорбации;

Доза железа, назначаемого с профилактической целью, зависит от степени недоношенности ребенка: Для детей с массой тела при рождении менее 1000 г – 4 мг Fe/кг/день; от 1000 до 1500 г – 3 мг Fe/кг/день; от 1500 до 3000 г – 2 мг Fe/кг/день; для доношенных детей – профилактическая доза 1 мг/кг.

Значимость проблемы ЖДА у детей раннего возраста обусловлена ее большой распространенностью в популяции и частым развитием при различных заболеваниях, что требует постоянной настороженности врачей любых специальностей.

В детской поликлинике г. Есик на 5 и 8-м участках под наблюдением находились 20 детей с ЖДА 2-й степени. В качестве примера проведены следующие показатели (см. табл.).

Клинические наблюдения по применению комплексного лечения ЖДА

Ф.И.О	Возраст	До лечения	После лечения
Биссенбай Б.	26.12.06	Нв-90; Э-3×10 ¹² /л	Нв-130; Э-4,0×10 ¹² /л; с/ж-7,4
Даuletпаев Д.	21.03.07	Нв-85; Э-2,5×10 ¹² /л	Нв-115; Э-4,8×10 ¹² /л; с/ж-7,0
Кошибек А.	19.03.07	Нв-89; Э-2,5×10 ¹² /л	Нв-120; Э-5,0×10 ¹² /л; с/ж-7,4
Ахмолдаев Н.	12.04.09	Нв-80; Э-3×10 ¹² /л	Нв-118; Э-4,5×10 ¹² /л; с/ж-6,8
Рахимов С.	25.09.09	Нв-86; Э-3×10 ¹² /л	Нв-125; Э-3,8×10 ¹² /л; с/ж-6,3
Рустем А.	14.09.09	Нв-70; Э-2,5×10 ¹² /л	Нв-135; Э-4,5×10 ¹² /л; с/ж-6,0
Жуматай Н.	18.06.09	Нв-75; Э-3×10 ¹² /л	Нв-120; Э-4,8×10 ¹² /л; с/ж-6,8

Дети наблюдались врачами 1 раз в 7–10 дней, с обязательным контролем анализа крови. После нормализации гемоглобина ферротерапия продолжалась еще 2–3 мес, 1 раз в месяц проводились анализы для определения сывороточного железа, железосвязывающей способности сыворотки, уровня ферритина.

Была пролечена диспансерная группа с ЖДА 2-й степени препаратом феровит – 10 человек, и препаратом гемофер – 10 человек. Нарастание гемоглобина достигло целевого уровня. Лечение препаратами проводилось в течение 3 месяцев. При этом на протяжении лечения не было установлено побочных явлений. Оба препарата переносились хорошо. Вся диспансерная группа была доведена до излечения и через год снята с «Д» учета.

Таким образом, результаты наблюдения показали, что выбор препаратов, дозировка, длительность лечения, назначение дополнительной терапии фолиевой и аскорбиновой кислот были сделаны правильно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шабалов Н.П. Детские болезни, 5-е издание, 2004.
2. Аюпова С.Х. Клиническая педиатрия, 2008. Т. 2.
3. Денисова И.Н., Улумбетова Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2000.
4. Зайко Н.Н., Быця Ю.В. Патологическая физиология: Учебник. М.: МЕДпресс-информ, 2004.
5. Лея Ю.Я. Оценка результатов клинических анализов крови и мочи: Справочное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2002.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.005.2

Б.С. БАБЫШЕВА

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Медицинское объединение № 2, с. Теректы, Курчумский район, ВКО

Артериальная гипертония (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний. Распространенность АГ среди взрослого населения Казахстана составляет 24,3%. Она является одним из основных факторов риска развития инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности и смертности. К сожалению, лишь 48% больных знают о наличии у них заболевания, около 30% получают лечение, и только 11% лечатся эффективно, то есть достигают целевых значений АД.

Артериальная гипертония – это уровень АД, равный выше 140/90 мм рт. ст., зафиксированный не менее чем в трех случаях измерения АД в течение двух месяцев. 90–95% из всех форм АГ занимает первичная (эссенциальная АГ, гипертоническая болезнь). Незначительный вклад вносят симптоматические АГ (вторичные), причины, которые необходимо выявлять (синдром Кушинга, феохромоцитома, коартакция аорты и др.).

Таблица 1
Определения и классификация уровней артериального давления, мм рт. ст.

Категория		Систол. АД	Диастол. АД
Оптимальное		<120	<80
Нормальное		120–129	80–84
Высокое нормальное		130–139	85–89
Гипертония	Степень 1	140–159	90–99
	Степень 2	160–179	100–109
	Степень 3	180	110
	Изолированная систолическая АГ	140	<90

Основные положения по диагностике и лечению АГ:

– У всех больных АГ необходимо определить степень риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которая позволяет оценить индивидуальный прогноз и принять решение о начале медикаментозного лечения; нет понятия «рабочее» давление, у всех пациентов должно быть достигнуто целевое АД, которое ниже 140/90 мм рт. ст.;

– Недопустимо «курсовое» лечение. АГ – хроническое заболевание, требующее постоянного лечения (немедикаментозного, а при необходимости и медикаментозного);

– Лекарственный препарат должен быть выбран из числа «доказанных» средств, должен быть длительного действия, с минимальными побочными эффектами.

Если САД и ДАД находятся в разных категориях, присваивается более высокая категория.

Основой для принятия решений при ведении пациента с АГ является определение (стратификация) степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которая устанавливается с учетом уровня АД, наличия факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС). Выделяют 4 степени риска – низкий, средний, высокий и очень высокий, которые означают риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет менее 15%, 15 – 20%, 20 – 30% и более 30% соответственно. Оценка сердечно-сосудистого риска должна проводиться у всех больных. Чем выше степень риска, тем хуже прогноз заболевания.

Факторы риска (ФР), используемые в стратификации:

– Возраст: мужчины старше 55 лет и женщины старше 65 лет.

– Курение.

– Дислипидемия (общий холестерин более 6,5 ммоль/л или холестерин ЛПНВ >4,0 ммоль/л, или холестерин ЛПВН <1,0 ммоль/л у мужчин и <1,2 ммоль/л у женщин).

– С-реактивный белок 1 мг/дл и более.

Таблица 2

Оценка степени риска сердечно-сосудистых осложнений (ЕОАГ/ЕОК, 2003)

АД, мм рт. ст.	Нормальное САД 120–129 ДАД 80–84	Высокое Нормальное САД 130–139 ДАД 85–89	Степень 1 САД 140–159 ДАД 90–99	Степень 2 САД 160–179 ДАД 100–109	Степень 3 САД ≥180 ДАД ≥110
Нет ФР, ПОМ, АКС	–	–	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
12 ФР	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
3 и более ФР, или ПОМ, или диабет	Средний риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
АКС	Высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

Поражения органов-мишеней (ПОМ):

– Гипертония левого желудочка.

– Незначительное повышение креатинина (у мужчин 115–133 мкмоль/л, у женщин 104–124 мкмоль/л).

- Микроальбумина (30–300 мг/24 ч, соотношение альбумина у мужчин ≥ 22 мг/г или более 2,5 мг/ммоль, у женщин ≥ 31 мг/г (более 3,5 мг/ммоль))
 - Сахарный диабет: глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л, глюкоза плазмы постпрандиальная $\geq 11,0$ ммоль/л.
- Ассоциированные клинические состояния (АКС):
 - Головной мозг: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, транзиторная ишемическая атака.
 - Сердце: инфаркт миокарда, стенокардия, операция раваскуляризации миокарда, хроническая сердечная недостаточность.
 - Почки: диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (креатин у мужчин 133 мкмоль/л и более, у женщин 124 мкмоль/л и более).
 - Болезни периферийных артерий.
 - Тяжелая ретинопатия кровоизлияния или экссудаты, отек зрительного нерва.
- Рекомендации по диагностике АГ:
 - АД характеризуется большой вариабельностью значений как в пределах одного дня, так и различные дни. В связи с этим диагноз АГ может быть установлен на основании неоднократных измерений АД, полученных в разное время.
 - Существует так называемая «гипертензия белого халата», когда АД на приеме у врача выше 140/90 мм рт. ст., но при домашнем оно нормальное. При ведении такого пациента оцениваются факторы риска, органные поражения, ассоциированные состояния. При наличии высокого и очень высокого риска назначается медикаментозное лечение.
 - Тщательно собирайте анамнез для обнаружения или исключения симптомов вторичной АГ.
 - Лабораторные и инструментальные исследования направлены на выявление дополнительных факторов риска, поиск причин вторичной АГ, наличия или отсутствия поражения органов-мишеней.

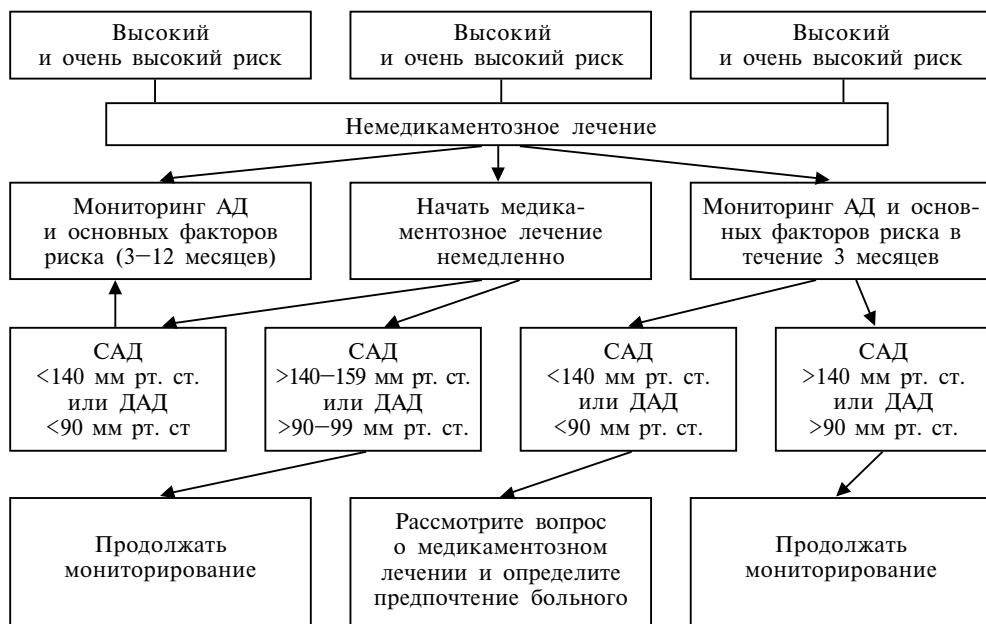


Рис. 1. Алгоритм лечения больных АГ

Таблица 3

Показания и противопоказания для основных классов антагипертензивных препаратов (ЕОФГ/ЕОК, 2003)

Класс	Состояние, при котором применение предпочтительно	Противопоказания	
		Очевидные (вынужденные compelling)	Возможные
Диуретики (тиазидовые)	Застойная сердечная недостаточность, престарелые больные, изолированная систолическая гипертония	Подагра	Беременность
Диуретики (петлевые)	Почекная недостаточность, застойная сердечная недостаточность		
Диуретики (антиальдостероновые)	Застойная сердечная недостаточность, после инфаркта миокарда	Почекная недостаточность, гиперкалиемия	
Бета-блокаторы	Стенокардия, после инфаркта миокарда, застойная сердечная недостаточность, беременность, тахиаритмии	Астма, хроническая обструктивная болезнь легких, атриовентрикулярная блокада (степени 2 или 3)	Заболевание периферических артерий, сниженная толерантность к глюкозе у спортсменов и физически активных больных
Антагонисты кальция (дигидропиридины)	Престарелые больные, изолированная систолическая гипертония, стенокардия, заболевание периферических артерий, атеросклероз сонных артерий, беременность		Тахиаритмии, застойная сердечная недостаточность
Антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем)	Стенокардия, атеросклероз сонных артерий, суправентрикулярная тахикардия	Атриовентрикулярная блокада (степени 2 или 3), застойная сердечная недостаточность	
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)	Застойная сердечная недостаточность, дисфункция левого желудочка, после инфаркта миокарда, недиабетическая нефропатия, нефропатия при диабете типа 1, протеинурия	Беременность, гиперкалиемия, двусторонние стенозы почечных артерий	
Антагонисты рецепторов к ангиотензину II	Нефропатия при диабете типа 2, протеинурия, гипертрофия левого желудочка, кашель, вызванный ингибит. АПФ	Беременность, гиперкалиемия, двусторонние стенозы почечных артерий	
Альфа-блокаторы	Гиперплазия простаты, гиперлипидемия	Ортостатическая гипотензия	Застойная сердечная недостаточность

Необходимый минимум исследований должен включать:

- Анализ мочи.
- Развернутый общий анализ крови.
- Биохимический анализ крови.
- ЭКГ в 12 отведениях.
- Необходимо обратить внимание на соблюдение техники измерения артериального давления.

При измерении АД

Пациенту следует:

- отдохнуть в течение 5 минут перед измерением АД;
- не употреблять кофе и не курить за 30 минут до измерения АД
- принять положение сидя, прислонившись к спинке стула, руки на подлокотниках на уровне сердца.

Врачу следует:

- использовать градуированный или ртутный тонометр;
- использовать манжетку соответствующего для пациента размера (манжетка тонометра должна охватывать не менее 40% окружности плеча и не менее 80% его длины)
- проводить измерение АД не менее 2 раз через 2 минуты.

Лечение гипертонии

Основной целью лечения больных с АГ является максимальное снижение ССЗ и смертности. Всем больным, независимо от степени риска и приема лекарственных средств, назначается немедикаментозное лечение – это:

- отказ от курения;
- снижение массы тела;
- уменьшение потребления алкоголя;
- физические нагрузки (активная ходьба не менее 30 минут в день);
- уменьшение потребления поваренной соли;
- увеличение в рационе фруктов и овощей.

В настоящее время к основным классам антигипертензивных препаратов относят диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов), ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов антиотензина II.

Препараты резерва: альфа-блокаторы, препараты центрального действия, вазодилататоры.

Обычное лечение АГ не предполагает использование калийсберегающих и петлевых диуретиков. В настоящее время установлено, что у больных с неосложненной гипертонией должны использоваться тиазидовые диуретики в виде монотерапии или в комбинации с лекарствами других классов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Бокарев И.Н., Мусеев В.С., Кобалава Ж.Д.* Артериальная гипертония и лечение: Практ. рук-во для терапевтов, невропатологов. 2005. С.35.
2. *Бокарев И.Н., Киселева З.М.* Артериальные гипертонии и их лечение. 2004. С. 1–35.
3. *Шахтер М.* Артериальная гипертония. 2006. С. 112.
4. *Окроков А.Н.* Лечение болезни внутренних органов: Практ. рук-во. М.н.: Высшая школа, 2002. В. 3. Т. 2. С. 10–25.

H.E. УРИСБАЕВА

ЭГИЛОК РЕТАРД В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Поликлиника № 2, г. Костанай

Артериальная гипертензия в экономически развитых странах относится к числу наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения с высоким риском поражения органов мишенией: мозговые инсульты, ИМ, первичный нефросклероз. За последние 5–10 лет во взглядах ведущих специалистов в области кардиологии на патофизиологию, диагностику и лечение АГ произошли весьма существенные изменения, которые были отражены в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ. Окончательно признана полигенность эссенциальной АГ, что означает необходимость ее рассмотрения не только как болезни хронически повышенного АД, но и как сложный комплекс взаимосвязанных гемодинамических, метаболических и нейрогуморальных нарушений. У мужчин и женщин повышение массы тела часто сопровождается повышением АД, сопряженного с активацией симпатического тонуса и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с задержкой натрия и жидкости, увеличением объема циркулирующей крови, вызванных развитием резистентности к инсулину, нарушением уровней липидов плазмы в сторону атерогенной дислипидемии. Эти изменения имеют тенденцию к прогрессированию при дефиците эстрогенов, гормонов щитовидной железы [1, 2].

Таким образом, ожирение — один из факторов метаболических нарушений, которые приводят к развитию АГ. В последние годы в центре внимания находится проблема лечения пациентов с АГ, сочетающейся с метаболическими нарушениями со стороны липидного и гликемического профилей. Важным решением этой проблемы является использование вместо неселективных бета-блокаторов и тiazидных диуретиков метаболически нейтральных кардиоселективных блокаторов адренорецепторов у «проблемных» пациентов с АГ [3, 4].

На сегодня существует достаточное количество исследований, в которых доказана эффективность применения бета-адреноблокаторов (БАБ) при артериальной гипертензии. Блокаторы бета-адренергических рецепторов способны уменьшать адренергическое влияние на сердце, благодаря чему снижаются ЧСС, САД. Предпочтение при лечении больных АГ следует отдавать селективным бета-блокаторам, не имеющим собственной симпатомиметической активности, обладающим значительным периодом полувведения. Селективность позволяет расширить возможность использования бета-адреноблокаторов, назначать их при наличии ряда сопутствующих заболеваний, а также снижать риск появления побочных эффектов [4, 5]. Одним из наиболее изученных селективных БАБ является метопролол-эгилок ретард.

Появление пролонгированной формы, обеспечивающей более медленную скорость всасывания и необходимую концентрацию препарата в течение 24 часов, позволяет назначать его 1 раз в сутки. Между тем, именно однократный прием обеспечивает более высокую приверженность к лечению. Кроме того, постепенное, равномерное высвобождение препарата создает условия для благоприятного воздействия, исключая периоды высоких и низких концентраций, минимизирует риск развития побочного действия.

Эгилок ретард содержит твердый метопролол в виде сотен микрокапсул (пеллеты), покрытых инертной мембраной, через которую проникает жидкость и твер-

дый препарат начинает постепенно растворяться (рис. 1). Уникальная технология постепенного высвобождения позволяет контролировать артериальное давление в течение суток, особенно в утренние часы, когда вероятность развития грозных осложнений (инфаркта миокарда, инсульта) особенно велика.

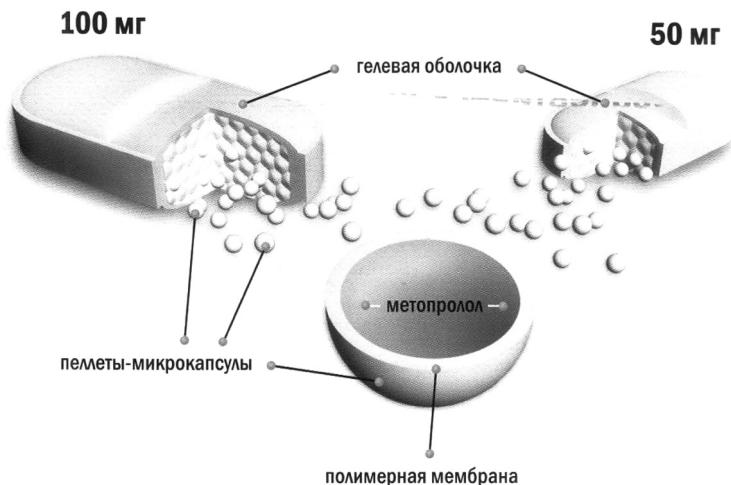


Рис. 1. Современная форма препарата Эгилок ретард

Таким образом, на сегодняшний день Эгилок ретард – это современный кардиоселективный бета-блокатор первого выбора для лечения больных с артериальной гипертензией.

Цель исследования – изучение антигипертензивного действия препарата Эгилок ретард у больных артериальной гипертензией I, II степени.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 больных АГ I–II степени в возрасте от 36 до 60 лет, мужчин 16, женщин 14. Длительность АГ составила от 2 до 15 лет. В исследование не включались лица с симптоматической АГ, ИБС, ОНМК, сахарным диабетом. Пациентам до начала лечения проводился биохимический анализ крови с определением холестерина, триглицеридов, АЛТ, АСТ и глюкозы в плазме крови. У всех больных определялись исходное систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и число сердечных сокращений (ЧСС) по ЭКГ. Эгилок ретард назначался в начальной дозе 50 мг 1 раз в сутки, у некоторых пациентов дозу увеличивали до 200 мг в сутки. Наблюдение проводилось в течение 2 месяцев.

Эффективность лечения оценивали по уровню снижения АД как «хорошую» – при достижении целевого уровня; «удовлетворительную» – при снижении АД на 10% от исходного; «неудовлетворительную» – при снижении АД менее 10%.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показали, что применение препарата Эгилок ретард способствовало нормализации и стабилизации уровня систолического и диастолического давления и снижению ЧСС до 55–60 ударов в минуту.

Через 2 недели лечения препаратом Эгилок ретард в дозе 50 мг в сутки АД снизился у 18% больных, снижение АД на 10% от исходного достигли у 48% больных, а у остальных 34% больных снижение АД было менее 10% от исходного уровня АД. При увеличении дозы до 100 мг в сутки через 4 недели наблюдения эффективность лечения была расценена как «хорошая» – у 58%, «удовлетворительная» –

у 30% и «неудовлетворительная» – у 12% больных. При последующем увеличении дозы до 200 мг в сутки наблюдалась «хорошая» эффективность – у 63%, «удовлетворительная» – у 31%, «неудовлетворительная» – у 6% (рис. 2, 3).

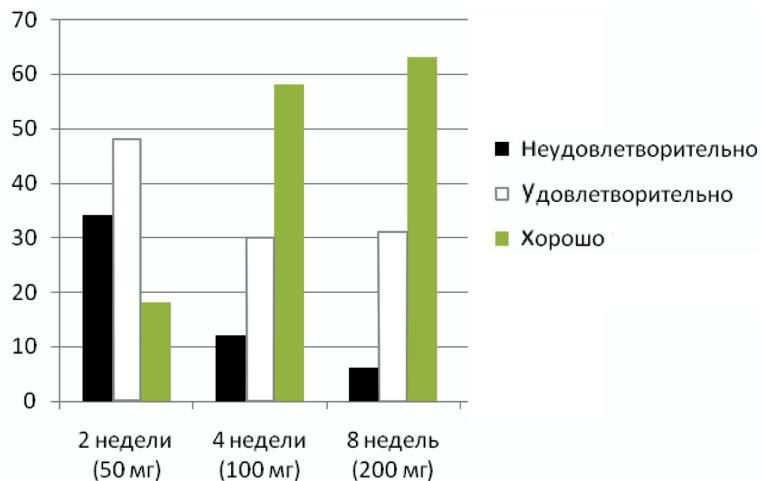


Рис. 2. Эффективность лечения в зависимости от дозы препарата Эгилок ретард

Больным, у которых не наблюдалось достижение целевого артериального давления, была рекомендована комбинированная терапия.

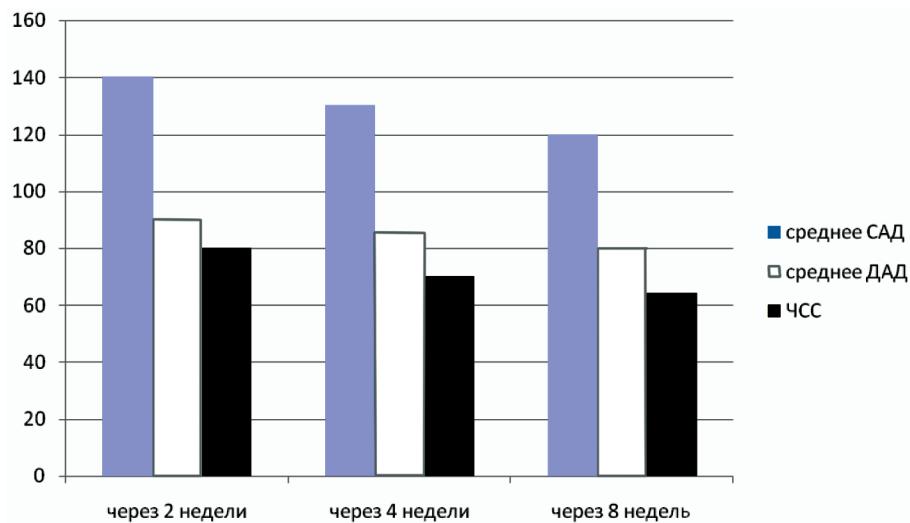


Рис. 3. Динамика АД и ЧСС на фоне терапии препаратом Эгилок ретард

На фоне лечения улучшилось субъективное состояние больных: уменьшились головные боли, головокружение. Нормализовалось АД, восстановилась трудоспособность, улучшился сон. У всех больных переносимость препарата была хорошей. Только у 2 больных в начале лечения наблюдались головокружение и слабость, которые исчезли после снижения дозы препарата до поддерживающей.

Не наблюдалось существенных изменений содержания холестерина, триглицерида, креатинина, глюкозы и индекса массы тела.

Таким образом, Эгилок ретард – эффективный антигипертензивный препарат при АГ 2-й степени, не оказывает отрицательного действия на липидный и углеводный обмен и хорошо переносится.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Мартынов А.И.* Метопролол: результаты контролируемых клинических исследований//Клиническая фармакология и терапия. М., 2004.
2. *Сиренко Ю.Н., Рековец О.Л., Дзяк Г.В.* Антигипертензивная эффективность метопролола-ретарда у больных мягкой и умеренной гипертензией. Киев, 2005.
3. *Багрий А.Э., Хоменко М.В., Яковенко В.Г.* Лечение артериальной гипертензии. Киев, 2006.
4. *Джусипов А.К., Лигай З.Н.* Современные аспекты купирования гипертонических кризов. Алматы, 2001.
5. *Эрина Е.В.* Актуальные проблемы патогенеза и профилактики гипертонических кризов//Кардиология. М., 1988.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК:616.61-002.3-036.12-053.6-08:577.175.14

*З.С. МАМЕДОВА, А.А. ДАУЛЕТИЯРОВА, Е.В. РУБАС, Ш.И. МУКШАЕВА,
Р.А. МУСАЕВА, Н.Е. УРИСБАЕВА*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ХАРТИЛ Д В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Городские поликлиники № 2, 6, 5, 7, гг. Алматы, Костанай

Артериальная гипертония (АГ) без сомнения является одной из самых актуальных проблем современной кардиологии ввиду ее значительной распространенности и высокого риска развития осложнений при течении АГ. Известно, что АГ отягощает течение всех клинических форм ишемической болезни сердца (ИБС), сопутствует почечной патологии, способствует атеросклерозу. Помощь больным АГ и вторичной гипертензией оказывают специалисты различного профиля: терапевты, нефрологи, кардиологи, невропатологи, нейрохирурги и др. Этиология АГ неизвестна. Существует наследственная предрасположенность к АГ, однако точный ее механизм неясен. Кроме того, на генетически предрасположенных лиц, по-видимому, оказывают действие факторы внешней среды (например, количество натрия в пище, характер питания и образ жизни, способствующие ожирению, и стресс) [1]. Каковы бы ни были патогенетические механизмы, они должны приводить к увеличению общего периферического сопротивления в результате вазоконстрикции либо к росту сердечного выброса, либо изменять оба показателя. В настоящее время считается, что в патогенезе АГ наибольшую роль играют симпатическая нервная система и ренин-ангиотензин-альдостероновая система, так как обе они могут вызывать увеличение этих показателей.

Существующие ныне возможности фармакотерапии АГ огромны, и с каждым годом все больше новых препаратов внедряется в клиническую практику. Однако, по-прежнему, патогенетически обоснованным следует считать назначение ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), с одной стороны и с другой, назначение препаратов с различными механизмами действия способствует

более эффективному результату при использовании комбинированной терапии. В комбинированной терапии АГ логичным следует отдавать предпочтение фиксированным комбинациям антигипертензивных препаратов в одной таблетке, что упрощает процесс приема лекарств для пациента и уменьшается количество побочных эффектов [2, 3].

Так, Хартил Д – препарат венгерской фармацевтической компании «Эгис» – является такой фиксированной комбинированной лекарственной формой, содержащей рамиприл (ингибитор АПФ) и гипотиазид (тиазидный диуретик).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата Хартил Д при артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 пациента, обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью по поводу АГ и выявленной при дальнейшем обследовании ИБС. Из них 16 (33%) мужчины и 28 (67%) женщины. Диагноз артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца был установлен на основании клинико-анамnestических данных и данных обследования. Средний возраст составил 64,72 года. По стадии АГ, степени риска и поражению органов-мишеней пациенты распределились следующим образом: АГ 1 степени – 4 (9,5%) пациента, АГ 2 степени – 24 (57%) и с 3 степенью АГ – 14 (33,5%). По степени риска развития осложнений обследованные пациенты распределились так: у 2 (4,75%) – риск 1, у 8 (19,25%) – риск 2, большинство пациентов были с высоким риском (риск 3) – 28 (67%) и у 4 (9,5%) – очень высокий риск (риск 4). Длительность течения артериальной гипертонии составила в среднем 7,2 года. Курение как фактор риска имело место у 4 (9,5%). Сахарный диабет 2 типа был у 3 (7%) пациентов. Сопутствующее ожирение было отмечено у 4 (9,5%). У 32 (76%) пациентов была диагностирована ИБС, причем давность ИБС составила 5,32 года в среднем. Стенокардия напряжения I ФК (функциональный класс) была диагностирована у 6 (14,3%), II ФК – у 12 (28,6%) и III ФК – у 8 (19%). По стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) пациенты распределились так: без признаков ХСН – 7 (16,7%), ХСН 1 стадии – 28 (67%) и ХСН 2 стадии – 7 (16,7%).

Все наблюдаемые пациенты получали Хартил Д, они не имели абсолютных противопоказаний для назначения ингибиторов АПФ, а в случае если пациент ранее принимал какой-либо из ингибиторов АПФ, он отменялся. Препарат был рекомендован для приема в утренние часы, вне зависимости от приема пищи. Первичная доза препарата Хартил Д составляла 5 мг/25 мг (1 таблетка), далее при необходимости дозу увеличивали до 1,5 таблеток при монотерапии. При недостаточной эффективности Хартил Д предписывался в составе комбинированной терапии. Средний курс лечения составил 5 недель. Артериальное давление измерялось ежедневно, трехкратно при оценке среднего результата.

Эффективность лечения препаратом Хартил Д оценивалась по уровню снижения артериального давления, причем целевыми значениями АД были менее 140/90 мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. У пациентов с I и II степенью АГ, которые составили более половины всех обследованных (66,5%), целевые цифры АД были достигнуты на монотерапии в средней дозировке 1 таблетка в сутки, ко второй неделе – у большинства пациентов. У пациентов с III степенью АГ (33,5%) целевые значения АД были достигнуты на фоне комбинированной терапии к 3-й неделе лечения. Переносимость препарата Хартил Д, в целом, по оценке пациентов была удовлетворительной. Однако у 2 пациентов со II степенью АГ на первой неделе приема данного препарата отмечались периодические головокружения, которые больные связывали с использованием именно препарата Хартил Д, 2 пациента из группы с III степенью АГ указывали на повышенную утомляемость, но установить точную взаимосвязь данной жалобы с приемом препарата Хартил Д не представлялось возможным. Следует отдельно отметить, что беспокоившие отдельных пациентов ука-

занные нежелательные побочные эффекты данного препарата не были продолжительными и выраженным, поэтому назначенная терапия проводилась по прежней схеме. За период наблюдения почти все пациенты отметили выраженный антигипертензивный эффект препарата, что было подтверждено ежедневным измерением артериального давления пациентом и не менее, чем одним осмотром в неделю в поликлинике. Также за весь период наблюдения пациенты с ХСН 1 стадии – 28 (67%) и ХСН 2 стадии – 7 (16,7%) не отметили ухудшения состояния.

Таким образом, данное исследование показало несомненную эффективность комбинированного антигипертензивного препарата Хартил Д. Преимуществом данного препарата является фиксированная комбинация ингибитора АПФ и гидрохлортиазида, что, безусловно, облегчает прием препарата пациентами, позволяя уменьшить количество таблеток и кратность приема лекарственного средства. Использование данной стойкой комбинации препаратов позволяет не увеличивать дозу, так как диуретик потенцирует антигипертензивное действие ингибиторов АПФ.

Суммируя все вышеизложенное и рассматривая ингибиторы АПФ как одну из основных групп в терапии АГ, Хартил Д, являясь комбинированным препаратом (ингибитор АПФ и диуретик), может быть рекомендован в качестве антигипертензивного средства пациентам с АГ I, II и III степени, а также пациентам с сопутствующей ИБС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Преображенский Д.В., Стеценко Т.М., Вышинская И.Д.* Фиксированные и произвольные комбинации антигипертензивных препаратов: какие более предпочтительны для длительной терапии?//Consilium medicum. М., 2009. Т. 11, № 5. С. 33.
2. *Чазова И.Е., Ратова Л.Г.* Комбинированная терапия артериальной гипертонии (итоги международной программы КЛИП-АККОРД)//Consilium medicum. М., 2010. Т. 11, № 5. С. 12.
3. *Ратова Л.Г., Чазова И.Е.* Возможности комбинированной терапии артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца//Consilium medicum. М., 2008. Т. 11, № 5. С. 66.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК:616.61-002.3-036.12-053.6-08:577.175.14

**A.T. БАЙЗОЛДАНОВА, К.М. МУРАТОВА, В.А. КОНСТАНТИНОВА,
Л.М. КОЖЕКЕНОВА, Р.О. ТЛЕГЕНОВА**

ПРИМЕНЕНИЕ ХАРТИЛА Д В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Городской кардиоцентр, г. Алматы; Областной медицинский центр,
гг. Караганда, Темиртау; Центральная районная больница, г. Таңгар*

Артериальная гипертония (АГ) является самым распространенным хроническим заболеванием, с которым сталкивается каждый 10-й взрослый человек. В России около 40% взрослого населения имеют повышенное артериальное давление [1]. С возрастом повышается вероятность развития артериальной гипертензии: у мужчин после 55, у женщин после 65 лет. Но, вероятно, не будет верным рассматривать повышение артериального давления неизбежным признаком старения. В литературных источниках указывается тесная, независимая от возраста, связь давления с риском развития коронарных, мозговых и почечных осложнений. При высоком давлении растет риск развития инсульта, ИБС и, в частности, инфаркта

миокарда, хронической сердечной недостаточности, заболеваний почек, кровоизлияний в сетчатку глаза и др.

Показатели артериального давления не постоянны. Они изменяются в течение суток, зависят от настроения, физической или эмоциональной нагрузки, приема пищи или алкоголя, метеолабильности. Эти колебания артериального давления в течение дня следует рассматривать как абсолютно нормальные. Эффективное лечение гипертонической болезни у пожилых приводит к достоверному снижению инсультов, инфарктов, сердечной недостаточности и, соответственно, смертности. Очевидна и доказана польза антигипертензивной терапии. Известно, что как в более молодом возрасте, так и в пожилом и старческом отдельные факторы могут способствовать увеличению риска развития артериальной гипертензии – наследственность, повышенная масса тела, малоподвижный образ жизни, употребление в пищу большого количества соли, чрезмерное употребление алкоголя, психоэмоциональные нагрузки, длительная или хроническая депрессия.

Согласно существующим единым общим рекомендациям, длительное повышение артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. является основанием для установления диагноза артериальной гипертонии и началом лечения.

Улучшение качества оказания медицинской помощи, особенно в экономически развитых странах, обусловило увеличение продолжительности жизни населения, что привело к возрастанию доли пожилых людей в популяции. Но при этом отмечена четкая зависимость между возрастом и увеличением распространенности АГ.

Лечение артериальной гипертензии, в том числе и у пожилых людей, следует начинать с изменения образа жизни: нормализации питания и веса, адекватных физических нагрузок, снижения употребления соли и жирной пищи, отказа от курения и алкоголя.

В возрасте до 60 лет чаще наблюдается повышение диастолического артериального давления (ДАД), а систолическое артериальное давление (САД) имеет тенденцию к повышению до 80 лет. То есть в пожилом и старческом возрасте наиболее частой формой АГ является изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), для которой характерно САД > 140 мм рт. ст., а ДАД < 90 мм рт. ст. При этом прогностически неблагоприятным признаком и одним из маркеров возможного развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний является повышение пульсового давления > 40 мм рт. ст. Причиной этого чаще всего является выраженное атеросклеротическое поражение артерий, что и приводит к развитию осложнений. В настоящее время отмечается тенденция к снижению целевого уровня артериального давления (АД). Уровень < 130/80 мм рт. ст., согласно рекомендациям 2008 г., следует поддерживать не только пациентам с АГ и сахарным диабетом, но и при наличии высокого, а также очень высокого риска развития осложнений. Но, как известно, пациенты пожилого возраста имеют многочисленные факторы риска, и не совсем ясно, в какой степени к ним относятся данные рекомендации.

Так, в эпидемиологическом исследовании, проведенном в Финляндии, у 521 пациента 85 лет и старше было выявлено среднее значение САД = 149 и ДАД = 82 мм рт. ст. Из них более 50% принимали гипотензивные средства (40,3% – диуретики, 10,6% – антагонисты кальция, 9,4% – бета-блокаторы и 2,5% – АПФ). В последующие 9 лет наблюдения (средняя продолжительность – 3,5 года) 86,6% (479) пациентов умерли. Статистически значимыми факторами риска, способствующими неблагоприятному исходу заболевания, являлись курение, деменция, перенесенный инсульт и САД менее 140 мм рт. ст. У пациентов с уровнем САД, равным или выше 160 мм рт. ст., была отмечена тенденция к снижению смертности. Этот эффект был особенно выражен в группе пациентов, не имевших в анамнезе рака, деменции или инсульта. Длительность АГ, ДАД и использование гипотензивных средств не оказывали существенного влияния на уровень смертности. В связи с этим авторами делается вывод, что результаты клинических исследований по счи-

жению уровня давления (проведенных на более молодом контингенте) должны с осторожностью использоваться у очень пожилых пациентов [2].

Лечение ИСАГ – анализ Gueyffier [2], основанный на исследовании 1132 пациентов старше 80 лет, участвовавших в 5 исследованиях, показал, что по сравнению с контрольной группой назначение антигипертензивной терапии снижало риск возникновения фатального и нефатального инсульта на 34% ($p=0,014$), серьезных сердечно-сосудистых осложнений – на 22% ($p=0,01$), а хронической сердечной недостаточности – на 39% ($p=0,001$) соответственно.

Таким образом, в свете вышеизложенного проблема лечения АГ у пожилых без сомнения актуальна и заслуживает пристального внимания терапевтов, кардиологов и геронтологов.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности препарата Хартил Д при артериальной гипертонии у пациентов пожилого возраста. Так, Хартил Д – препарат венгерской фармацевтической компании «Эгис» – является такой фиксированной комбинированной лекарственной формой с двумя дозами, содержащей рамиприл (2,5 мг и 5 мг) (ингибитор АПФ) и гипотиазид (12,5 мг и 25 мг) (тиазидный диуретик).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов. Из них 12 (30%) мужчины и 28 (70%) женщины. Диагноз артериальной гипертонии клинико-анамнестических данных и данных обследования. Больные артериальной гипертонией были по возрасту от 65 до 81 года. Средний возраст обследованных мужчин и женщин составил 73,4 года. Давность артериальной гипертонии составляла в среднем 12,2 года. И только 28 подтвердили регулярный и постоянный прием антигипертензивных препаратов. По стадии АГ, степени риска и поражению органов-мишеней пациенты распределились следующим образом: АГ 1 степени – 2 (5%) пациента, АГ 2 степени – 20 (50%) и с 3 степенью АГ – 18 (45%). По степени риска развития осложнений обследованные пациенты распределились так: у 8 (20%) – риск 2, большинство пациентов были с высоким риском (риск 3) – 20 (50%) и у 12 (30%) – очень высокий риск (риск 4). Сопутствующее ожирение было отмечено у 4 (10%). У 36 (90%) пациентов была диагностирована ИБС, причем давность ИБС составила 9,32 года в среднем. Стенокардия напряжения I ФК (функциональный класс) была диагностирована у 6 (14,3%), II ФК – у 20 (50%) и III ФК – у 8 (20%). По стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) пациенты распределились так: без признаков ХСН – 4 (10%), ХСН 1 стадии – 16 (40%) и ХСН 2 стадии – 20 (50%). Сахарный диабет 2 типа был у 8 (20%) пациентов. Курение как фактор риска имело место у 4 (10%). Из исследования были исключены пациенты с инфарктом миокарда давностью 3 и менее месяцев, с онкологическими заболеваниями, хронической почечной недостаточностью, острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе.

Как известно, наиболее значимым для практической медицины является использование фиксированных комбинаций антигипертензивных средств, позволяющее, как было доказано рядом исследований, повысить процент достижения целевого уровня АД с 38 до 72% в группе ингибитора АПФ и тиазидного диуретика, и до 75% – в группе ингибитора АПФ и антагониста кальция. Статистически достоверное снижение количества случаев сердечно-сосудистых осложнений и смерти было зарегистрировано в группе, где использовалась комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция, что свидетельствует о неравнозначности эффекта различных рациональных комбинаций [3].

Пациенты получали Хартил Д, больные не имели абсолютных противопоказаний для назначения ингибитора АПФ, а в случае, если пациент ранее принимал какой-либо из ингибиторов АПФ, он отменялся. Препарат был рекомендован для приема в утренние часы, вне зависимости от приема пищи. Первоначальная доза Хартила Д составляла 2,5 мг/12,5 мг (1 таблетка). При недостаточной эффективности Хартил Д доза увеличивалась до 5 мг/25 мг. Средний курс лечения составил 4 недели.

Эффективность лечения препаратом Хартил Д оценивалась по уровню снижения артериального давления, причем целевыми значениями АД были менее 140/90 мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. Особо принимая во внимание, что исследовались пожилые люди, имеющие тяжелую сопутствующую патологию, – пациенты с исходно высокими цифрами САД и ДАД, имеющие ХСН 2 и/или АГ 3, риск 4, были сразу взяты на комбинированную терапию. Кроме Хартила Д назначались дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов или бета-адренергические блокаторы, в зависимости от клинических показаний. На монотерапии Хартилом Д находились 18 больных (45%) и на комбинированной антигипертензивной терапии – 22 (55%).

Целевые значения АД были достигнуты в среднем к 9–11 дню, причем в обеих группах – на монотерапии и при комбинированном лечении. Но уверенно стойкий антигипертензивный эффект был отмечен после 14-го дня, т.е. на 3-й неделе. Почти все пациенты отметили хорошую переносимость препарата Хартил Д. Однако, двое (5%) указали на сухой кашель, у двоих (5%) периодически возникали головокружения. Все нежелательные побочные эффекты, имевшие место у наблюдавшихся пациентов носили нестойкий характер и на 4-й неделе наблюдения не регистрировались.

Наличие уже имеющихся изменений в организме у пожилых людей требует от проводимой антигипертензивной терапии органопротекции и метаболической нейтральности. Поэтому даже среди основных пяти групп препаратов, назначаемых на первой ступени лечения АГ (иАПФ, БРА, бета-адреноблокаторы, диуретики, antagonисты кальциевых каналов), необходимо выбирать препараты, наименее негативно влияющие на метаболизм. Преимуществом могут обладать тиазидоподобные диуретики, что обусловлено их метаболической нейтральностью.

Данное исследование показало однозначную эффективность комбинированного антигипертензивного препарата Хартила Д у пожилых пациентов. Завидным преимуществом данного препарата является фиксированная комбинация ингибитора АПФ и гидрохлортиазида, что, безусловно, упрощает прием препарата пациентами: 1 раз в день 1 таблетка. Для этой группы пациентов терапия должна подбираться строго индивидуально с обязательным измерением АД, несколько раз в день, в том числе и в положении стоя и контролем функции почек и электролитного состава крови на фоне лечения.

Использование этой стойкой комбинации препаратов – Хартила Д – позволяет не увеличивать дозу, так как диуретик потенцирует антигипертензивное действие ингибиторов АПФ. На фоне стойкого антигипертензивного эффекта препарат способен предупредить ряд осложнений.

Таким образом, Хартил Д может быть рекомендован в качестве антигипертензивного препарата в группе пожилых пациентов как в составе комбинированной терапии, так и в качестве монотерапии, так как в достаточной степени эффективен и хорошо переносится пациентами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации РМОГ и ВНОК 2008, третий пересмотр//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. № 7.
2. Gueyffier F. et al. New meta-analysis of treatment trials of hypertension: improving the estimate of therapeutic benefit//J. Hum. Hypertens. 1996. 10. P. 1–8.
3. Jamerson K. et al. ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients//N. Engl. J. Med. 2008. N 359. P. 2417-28.

K.P. ИБРАЕВА

РОЛЬ МОНОСАНА В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Городская больница, г. Текели

Важную роль в лечении стенокардии отводят нитратам, оказывающим действие на различные звенья патогенеза коронарной недостаточности: снижение потребности миокарда в кислороде за счет уменьшения пред- и постнагрузки, увеличения притока крови к ишемизированному миокарду в результате дилатации коронарных артерий (1).

Побочные действия нитратов немногочисленны, однако иногда они могут создавать определенные проблемы. В первую очередь это головная боль. При первом приеме нитратов головная боль появляется у большинства больных, при регулярном приеме она часто значительно уменьшается по интенсивности. Недавно получены данные, свидетельствующие, что частота головной боли в определенной степени зависит от того, в какой лекарственной форме назначается нитрат. Было показано, что обычные таблетки изосорбida динитрата чаще вызывали головную боль, чем таблетки изосорбид-5-мононитрата пролонгированного действия (2). При регулярном назначении нитратов их действие может ослабевать. При использовании лекарственных форм нитратов пролонгированного действия не происходит резкого спада концентрации препарата в крови, соответственно, на фоне их приема развитие синдрома отмены наименее вероятно (3). Синдром отмены не наблюдается, или его появление не так выражено у пациентов, получающих комбинированную терапию.

В последние годы в кардиологической практике все большее распространение получают нитраты нового поколения — препараты изосорбид-5-мононитрата, которые отличаются более высокой концентрацией в крови после приема внутрь, более длительным периодом полувыведения и почти 100%-й биодоступностью (4).

В данной статье представлен опыт применения изосорбид-5-мононитрата — Моносана 20, 40 мг (PRO.MED.SC Praha a.s.) — у больных со стабильной стенокардией на участке, где ежегодно проходят лечение около 75 больных, из них пациенты со стабильной стенокардией составляют 18–20% — около 18 больных в год. Как правило, в эту категорию входят больные с высоким функциональным классом стенокардии (III, IV ФК).

Для регулярного приема начальная доза Моносана подбирается с учетом тяжести стенокардии. Как правило, у больных со стенокардией напряжения III–IV ФК препарат назначали в суточной дозе 80–100 мг/день, со стабильной стенокардией II ФК — 40–60 мг/день (разовая доза 20–40 мг).

Эффект Моносана оценивался клинически. Необходимо отметить, что в результате 12–14-дневного курсового лечения Моносан оказывал достоверное гемодинамическое, антиангинальное, антиишемическое действие.

Хороший терапевтический эффект отмечали 75–80% больных (выражался в уменьшении числа применяемых в течение суток таблеток нитроглицерина и расширении двигательного режима).

У многих пациентов с исходными признаками перегрузки левого предсердия отмечалось уменьшение амплитуды и продолжительности зубца Р и положительная динамика конечной части желудочкового комплекса, по данным ЭКГ, на фоне лечения Моносаном.

При сравнении антиангинального эффекта таблеток Моносана 20 и 40 мг следует отметить, что те больные, у которых часто возникали приступы стенокардии, предпочитали 4-кратный прием Моносана 20 мг 3-кратному приему 40 мг.

Признаки левожелудочковой недостаточности быстрее исчезали при приеме Моносана 40 мг.

Побочное действие Моносана в виде головной боли, гипотензии наблюдалось не более чем в 7–9% случаев, реже, чем при приеме пролонгированных препаратов нитроглицерина.

Таким образом:

1. Лекарственная форма изосорбид-5-мононитрата – Моносан 20, 40 мг – является высокоэффективным и хорошо переносимым антиангинальным препаратом.
2. Моносан 20, 40 мг может успешно применяться для профилактики приступов стенокардии у больных стабильной стенокардией напряжения II и III ФК.
3. Моносан 20 мг более целесообразно использовать у больных с более частыми приступами стенокардии.
4. Моносан 40 мг отчетливо уменьшает гемодинамическую нагрузку на сердце и улучшает его сократительную функцию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Т. и др. Роль нитратов в лечении больных со стабильной стенокардией напряжения//Кардиология. М., 2003. № 8. С. 84–96.
2. Наумов В.Г., Лупанов В.П., Матвеева М.А. и др. Опыт 3-месячного применения препарата изосорбид-5-мононитрата у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией//Кардиология. М., 2000. № 6. С. 35–9.
3. Лупанов В.П., Алексеева И.А., Васильева Н.Н. и др. Сравнение ретардных форм изосорбида динитрата у больных со стабильной стенокардией напряжения//Терапевт. архив. М., 2000. № 9. № 3–6.
4. Перепеч Н.Б., Михайлова И.Е. Нитраты в лечении больных стабильной стенокардией//Сердце. М., 2005. № 4(1). С. 36–41.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.831

Ж.Т. АЛПЫСБАЕВА, И.И. ГАПОНЕНКО, Л.А. АРХИПОВА,
В.В. МУН, Г.Ш. КАСЫМБЕКОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Поликлиника ВИТА, ГП № 2, поликлиника МСЧ ОВД, поликлиника МВД,
ГККП № 19, гг. Усть-Каменогорск, Алматы

В структуре цереброваскулярных заболеваний хроническая ишемия мозга (ХИМ) по распространенности занимает ведущее место. Это обусловлено увеличением в популяции лиц пожилого и старческого возраста, возрастанием уровня заболеваемости сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), появлением новых клинических форм, встречающихся в молодом возрасте (посттравматическое расслоение позвоночной артерии, компрессия мышц спины), а также перинатальной энцефалопатии [1, 4].

Одним из проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга являются когнитивные расстройства. Снижение памяти, обусловленное возрастом, отмечается почти у 40% лиц старше 65 лет. При этом у 1% из них нарушения прогрессируют в течение года до степени деменции, а в течение 1–5 лет – у 12–42% [1, 2].

Хроническая ишемия мозга вызывает широкий спектр субъективных и объективных неврологических нарушений, ограничивающих интеллектуально-мнестические функции человека и его физические возможности и значительно ухудшающих качество жизни. Прогредиентное ишемическое повреждение мозга лежит в основе его старения, кроме того, подготавливает церебральную ткань к возможности развития крупноочагового инфаркта в ответ на острое нарушение мозгового кровообращения и острую фокальную ишемию [3].

Для лечения ХИМ широко используются препараты, оказывающие нормализующее действие на состояние церебральной гемодинамики, что представляется патогенетически обоснованным. С этой целью может быть использован галидор (бенциклина фумарат), обладающий достаточно выраженным вазодилатирующим действием.

Для оценки эффективности применения галидора при ХИМ нами было проведено исследование с включением 20 больных в возрасте 45–65 лет – 12 женщин и 8 мужчин. Критерием включения являлось инструментально верифицированное (УЗДГ, липидный профиль крови, параметры системы гемостаза) сосудистое поражение головного мозга в рамках ХИМ.

Все больные получали монотерапию галидором по 100 мг 2 раза в сутки на протяжении 2 месяцев и по показаниям гипотензивные и коронаролитические средства.

Диагноз ХИМ устанавливали на основании анамнестических, клинических и параклинических признаков, в том числе прогрессирующего нарастания когнитивных нарушений, постепенного нарастания эмоционального оскудения, потери интереса к жизни, постепенного усугубления нарушений координации и ходьбы, склонности к падениям и т. д. В неврологическом статусе у всех больных выявлялась общемозговая и очаговая симптоматика. У 10 пациентов в анамнезе имелись ишемические инсульты. Артериальная гипертензия была у 68%, ИБС 54%, сахарный диабет 8%.

Перед началом лечения и по его окончании проводили исследование с применением комплекса нейропсихологических тестов (MMSE, шкала Спилбергера, узнавание фигур, проба Шульте). До и после лечения проводили УЗДГ магистральных сосудов головы.

В результате лечения у большинства больных, получавших галидор, произошло субъективное улучшение самочувствия, у многих уменьшились жалобы на головную боль, головокружение, пошатывание при ходьбе, шум и звон в ушах и др. (табл. 1) Отмечалась хорошая переносимость галидора, ни у одного из пациентов не было зарегистрировано побочных эффектов.

Таблица 1
Динамика субъективных жалоб у пациентов, принимавших галидор

Показатель	До лечения		Через 2 мес	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Головная боль	19	95	3	15
Снижение памяти	17	85	4	20
Шум в ушах	16	80	4	20
Головокружение	18	90	5	25
Пошатывание при ходьбе	12	60	4	20

У большинства пациентов (90%) появилось ощущение спокойствия, улучшилась память, повысилась умственная работоспособность. Положительные изменения эмоционального состояния, уровня тревожности подтверждались результатами

ми тестирования по шкале Спилберга: средние ее значения к окончанию наблюдения оказались ниже исходных на 36–20% соответственно, при этом положительная динамика зафиксирована у 13 из 20 больных (табл. 2).

Таблица 2
Динамика показателей тревожности при приеме галидора

Показатель	Уровень тревожности	
	Реактивная	Личностная
До лечения (средний показатель)	26	42,5
После лечения	19	34

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В. РМЖ. 2002. Т. 10. № 12–13.
2. Дамулин И.В. Consilium medicum. 2004. Т. 6. № 2.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия мозга. М.: Медицина, 2001.
4. Путилина М.В. Клиническая фармакология и терапия. 2005. № 3.

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 616.831

**С.А. САГИМБАЕВА, Л.К. ЮСУПЖАНОВА, Г.Ш. КАСЫМБЕКОВА,
Н.Н. ДИДЕНКО, Б.А. КАЛМЕНОВА**

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ВСЕ МОЖЕТ НАЧАТЬСЯ С ГОЛОВНОЙ БОЛИ

*Поликлиника ЦГКБ; МЦ Керуен-Медикус; ГККП № 19, МЦ Сункар;
ГП № 10, г. Алматы*

Головная боль, шум и головокружение, ухудшение памяти, повышенная утомляемость, снижение работоспособности – подобные симптомы встречаются не только у пожилых, но и у людей среднего и даже молодого возраста. Зачастую пациенты, да и некоторые медицинские работники не очень серьезно относятся к таким жалобам. Между тем они могут свидетельствовать о хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Для нормальной работы головного мозга требуется большое количество энергии. Питательные вещества и кислород доставляются в клетки нервной ткани с кровотоком. Его обеспечивают четыре мощные магистральные артерии: две сонные и две позвоночные. У основания мозга ветви этих сосудов образуют замкнутый круг, названный виллизиевым. Благодаря этому недостаток кровоснабжения в одном из магистральных сосудов компенсируется за счет других. Компенсаторные возможности постепенно истощаются и начинаются проявления недостаточности кровоснабжения. Все начинается с самых заурядных жалоб на головную боль, головокружение, снижение памяти и усталость. Через какое-то время у больного обнаруживают более серьезные неврологические симптомы, свидетельствующие о множественном поражении мозга. Причина тому – хроническая недостаточность мозгового кровообращения, или «дисциркуляторная энцефалопатия».

Главные причины возникновения и развития дисциркуляторной энцефалопатии – артериальная гипертензия и атеросклероз. Артериальной гипертензией страдают более 40% взрослого населения. Причинами развития могут быть почечная недостаточность, эндокринные нарушения, атеросклероз и некоторые другие заболевания. При артериальной гипертензии стенки сосудов уплотняются, формируются локальные сужения (стенозы) и извитости. Все это приводит к нарушениям кровообращения и в том числе – кровоснабжения мозга [1].

Иногда дело доходит до окклюзии – полного закрытия просвета сосуда.

В отличие от гипертонии причина атеросклероза известна – это нарушение липидного обмена. У больных атеросклерозом в крови повышается уровень жиро-подобных веществ – холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, которые осаждаются на стенках сосудов, формируя липидные пятна. Затем пятна разрастаются в так называемые бляшки. Из-за отложения солей кальция бляшки уплотняются и в конечном итоге сужают или даже закрывают просвет сосудов.

Затем они начинают распадаться, их частички – эмболы попадают в кровяное русло и иногда закупоривают другие мелкие и крупные сосуды.

Также развитию дисциркуляторной энцефалопатии способствует остеохондроз, так как при этом заболевании из-за деформации межпозвоночных дисков могут зажиматься позвоночные артерии, снабжающие мозг кровью.

Нарушения кровоснабжения приводят к постепенному отмиранию нейронов в различных участках мозга, и у больного возникают неврологические симптомы. Для дисциркуляторной энцефалопатии наиболее характерны эмоционально-личностные нарушения. В начале заболевания отмечаются астенические состояния: общая слабость, раздражительность, плохой сон. Нередко астения сопровождается депрессией. Постепенно начинают проявляться такие болезненные свойства личности, как эгоцентризм, периодически возникающее беспринципное возбуждение, которое может быть резко выраженным и проявляться в неадекватном поведении. При дальнейшем развитии недуга эмоциональная реактивность снижается и постепенно переходит в тупость и апатию [2].

Раз начавшись, заболевание неуклонно прогрессирует, хотя в его течении могут наблюдаться как резкие периодические ухудшения (пароксизмальное течение), так и периоды медленного нарастания симптомов заболевания.

Дисциркуляторная энцефалопатия увеличивает риск возникновения многих тяжелейших заболеваний головного мозга и прежде всего – инсульта. Помимо лечения, направленного на устранение причин дисциркуляторной энцефалопатии, больным назначают симптоматическую терапию, направленную на снижение выраженности симптомов. Для профилактики ухудшения памяти и снижения интеллекта применяют средства, улучшающие обмен веществ в мозге. При двигательных нарушениях рекомендуют лечебную гимнастику, массаж и другие методы восстановительной терапии. При головокружениях назначают сосудистые препараты и средства, воздействующие на вегетативную нервную систему [3].

Для лечения дисциркуляторной энцефалопатии широко используются препараты, оказывающие нормализующее действие на состояние церебральной гемодинамики, что представляется патогенетически обоснованным. С этой целью может быть использован галидор (бенциклана фумарат), обладающий достаточно выраженным вазодилатирующим действием. Применение этого препарата способствует снижению тонуса гладкомышечной мускулатуры внутренних органов и сосудов, что может быть связано с изменением работы ионных насосов в клетках сосудистой стенки. Есть основания полагать, что галидор способен оказывать ингибирующее воздействие на фосфодиэстеразу, активировать аденилатциклазу, модулировать активность аденоzinовых рецепторов. Все это позволяет предположить наличие как опосредованного (через усиление микроциркуляции), так и прямого нейропротективного влияния препарата. Действительно, в экспериментах на культурах ткани мозга крыс достоверно установлено влияние бенциклана фумарата на

энергетической метаболизм нейронов и глиальных клеток. Вместе с тем на модели острой церебральной ишемии введение бенциклана в терапевтических дозах не сопровождалось значимым нейропротективным действием, что позволяет связывать его основные клинические эффекты в большей степени с вазоактивным влиянием. Доказана способность галидора в терапевтических дозах повышать деформируемость эритроцитов – один из значимых факторов, определяющих состояние микроциркуляции и газообмена. Авторы этого исследования установили, что по степени воздействия на функциональное состояние эритроцитов галидор не отличается от винпоцетина, винкамина и пентоксифилина [4].

Важно, что сосудорасширяющий эффект галидора реализуется селективно, в основном в отношении церебральных артерий, при этом его действие на системное АД очень умеренное. Нет также указаний на существенное нарушение венозного оттока на фоне дилатации артериальных сосудов и развитие внутримозгового синдрома обкрадывания. Ценным качеством галидора может быть мягкое седативное действие.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гужевская Т.С. Патология белого вещества головного мозга при артериальной гипертензии с нарушениями мозгового кровообращения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1994.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001.
3. Wang Z., Yu S., Koh W. et al. Apoptosis-inducing factor substitutes for caspase executioners in NMDA-triggered excitotoxic neuronal death//J. Neuroscience. 2004. 24. 10963-10973.
4. Linden T., Skoog I., Fagerberg B., Steen B. Cognitive impairment and dementia 20 months after stroke//Neuroepidemiology. 2004. 23. 45-52.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616-002.5:615.371

Г.З. КОЖЕБЕКОВА, Ж.О. САРБАСОВА,
З.И. УМАРОВА, К.Б. АХМЕДЖАНОВА, Ш.Б. ЖАРЫЛКАСЫНОВА

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА. ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ

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

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, характеризующеесяcano волнообразным течением, с различной локализацией процесса, преимущественно легочной, полиморфизмом клинического выражения, интоксикацией и аллергизацией организма. Возбудитель туберкулеза человека относится к различным видам патогенных микобактерий. В 90% случаев этиологическим агентом заболевания, особенно легочной локализации, является *M. tuberculosis* – человеческий тип. *M. bovis* выделяется от крупного рогатого скота, свиней и является вторым по значимости в патологии человека. С птичьим типом (*M. avium*) этиологически связаны лишь единичные случаи заболевания.

Высокая устойчивость БК во внешней среде имеет большое эпидемиологическое значение. Выдерживает нагревание во влажной мокроте до +75°C в течение 30 минут, до +100°C – 5 минут. В высушенной мокроте при +100°C погибает за 45 мин, а при комнатной температуре сохраняется в течение 2–10 мес в зависимости от санитарного состояния помещения и освещенности. БК может сохраняться в молоке, сыре и масле до 8–10 месяцев. Основным источником инфекции является больной человек. Механизм передачи – воздушно-капельный, реже – возбудитель попадает через рот, контактно-бытовым путем.

Туберкулез распространен повсеместно и является глобальной проблемой. Ежегодно регистрируется около 9 млн новых случаев заболевания, и экономические последствия борьбы с данным заболеванием весьма существенны. По подсчетам ВОЗ, если не будут приняты новые меры по борьбе с туберкулезом, это заболевание за последующие два десятилетия унесет во всем мире как минимум 35 млн человеческих жизней. В комплексе мероприятий по профилактике туберкулеза активной иммунизации принадлежит ведущее место. БЦЖ — бацилла Кальметта — Герена (*Bacillus Calmette—Guérin*) — вакцина против туберкулеза, приготовленная из штамма ослабленной живой коровьей туберкулезной бациллы *Mycobacterium bovis*, которая утратила вирулентность для человека, будучи специально выращенной в искусственной среде.

Активная специфическая профилактика туберкулеза: первичная вакцинация здоровых новорожденных на 1–4-й день жизни и ревакцинация детей в возрасте 6 лет. Противопоказания для вакцинации: недоношенность (масса тела при рождении менее 2000 г и гестационный возраст менее 33 недель), острые заболевания (вакцинация откладывается до окончания обострения), внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения, первичный иммунодефицит, злокачественные новообразования, одновременный прием иммунодепрессантов, лучевая терапия (вакцинацию проводят через 6 мес после окончания лечения), генерализованный туберкулез у других детей в семье, ВИЧ-инфекция у матери. Для ревакцинации противопоказаниями являются: острые (инфекционные и неинфекционные) заболевания, острые аллергические заболевания, иммунодефицит, злокачественные заболевания крови и новообразования, одновременный прием иммунодепрессантов, лучевая терапия (ревакцинацию проводят не ранее, чем через 6 мес после окончания лечения), туберкулез (в том числе в анамнезе и лица, инфицированные микобактериями), положительная и сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л, осложненные реакции на предыдущее введение вакцины (в том числе келоидный рубец, лимфаденит), контакт с инфекционными больными.

Вакцинация БЦЖ вызывает ложноположительную реакцию на пробу Манту, хотя особо яркая реакция обычно однозначно указывает на болезнь. БЦЖ вводится внутркожно в месте прикрепления дельтовидной мышцы (наименее болезненная). Туберкулиновая пробы обязательна перед вакцинацией БЦЖ во всех случаях, кроме прививания новорожденных. Реакция на эту пробу является противопоказанием к прививке. Если прививка делается человеку с положительной туберкулиновой пробой, высок риск сильного местного воспаления и рубцевания. Если случайно произошло введение препарата под кожу, местный абсцессы может изъязвляться и часто требует долговременного лечения антибиотиками. БЦЖ оставляет характерный рубец, который часто служит доказательством проведения прививки.

Осложнения. Противотуберкулезная вакцина БЦЖ — препарат из живой культуры БЦЖ-микобактерий, поэтому избежать поствакцинальных осложнений не удается. Осложнения при вакцинации БЦЖ известны давно и сопровождают ее с начала массового применения. Осложнения у детей диагностируют в различные сроки от момента введения вакцины. В первые 6 мес после прививки выявляют 68,7% осложнений, от 6 до 12 мес — 11,6%, через год и позже после прививки — 19,7%. В структуре осложнений, развивающихся после вакцинации в поликлинике и после ревакцинации, чаще отмечаются холодные абсцессы (50,8 и 33,0% соответственно), а после вакцинации в родильном доме — лимфадениты (71,4%). Возникновение лимфаденитов зависит от качества вакцины, ее дозы, возраста вакцинируемого и техники внутркожного введения.

Холодные абсцессы, как правило, — результат нарушения техники введения вакцины, когда препарат попадает под кожу. Однако нельзя полностью отрицать и

влияние качества вакцины на возникновение этого осложнения. В случае несвоевременного обнаружения холодного абсцесса он самопроизвольно вскрывается, и на его месте образуется язва. Инфильтраты формируются при бурно протекающей местной прививочной реакции.

Келоидный рубец — следствие доминирования в хронической воспалительной реакции стадии пролиферации вместо стадии альтерации и экссудации. Введение в районе дельтовидной мышцы применяется из-за наименьшей болезненности при развитии местных побочных реакций. Также были зарегистрированы случаи остеита и остеомиелита.

Неблагоприятные последствия прививки БЦЖ принято называть БЦЖ-инфекцией, или БЦЖит (BCG disease, BCGitis). Осложнения, возникающие при вакцинации БЦЖ (по классификации, предложенной Международным союзом по борьбе с туберкулезом ВОЗ в 1984 г.):

Категория 1: локальные поражения (подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты.

Категория 2: персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода (волчанка, оститы).

Категория 3: диссеминированная БЦЖ-инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом, отмечаемое при врожденном иммунодефиците.

Категория 4: пост-БЦЖ-синдром (узловатая эритема, кольцевидная гранулема, высыпания).

Традиционно считается доказанным возникновение осложнения вакцинации БЦЖ в случае, если был выделен вакциненный штамм, однако на практике это возможно лишь в случае, если имеет место холодный абсцесс или периферический лимфаденит. В этом случае возможна прямая пункция очага и выделение возбудителя. Однако в большинстве случаев сделать это не представляется возможным, поэтому приходится при диагностике осложнения вакцинации БЦЖ ориентироваться прежде всего на данные анамнеза и клинические данные.

Не следует забывать, что подтвержденные случаи анализируются, однако подтверждение происходит методом культуральной диагностики, путем выявления специфического набора резистентности к антибактериальным препаратам. Секционный материал (например, при гибели ребенка) на посев не подается, а гистологическим методом подтверждается только общий диагноз — туберкулез.

Прочее применение: БЦЖ обладает защитным эффектом (около 26%) против проказы, хотя первоначально не создавался для этого. Возможно, БЦЖ может защищать от язвы Бурули или задерживать ее развитие. БЦЖ используется и в лечении поверхностных форм рака мочевого пузыря. Механизм действия неясен. БЦЖ также применяется для иммунотерапии рака кишечника и для лечения болезни Бека (саркоида) у лошадей, внутритканевого цистита.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616.61-002.3-08

Б.С. БАБЫШЕВА

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Медицинское объединение № 2, с. Теректы, Курчумский район, ВКО

Хронический пиелонефрит (ХП) — хронический неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальный ткани чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек.

Лечебная программа при хроническом пиелонефрите состоит из следующих

12 стадий, которые сформированы с учетом опыта работы специалистов и индивидуальности состояния организма каждого человека.

1. Режим.
2. Лечебное питание.
3. Этиологическое лечение (восстановление оттока мочи и антиинфекционная терапия).
4. Применение НПВП.
5. Улучшение почечного кровотока.
6. Функциональная пассивная гимнастика почек.
7. Фитотерапия.
8. Повышение общей реактивности организма и иммуномодулирующая терапия.
9. Физиотерапевтическое лечение.
10. Симптоматическое лечение.
11. Плановое противорецидивное лечение.
12. Санаторно-курортное лечение.

Режим больного определяется тяжестью состояния, фазой заболевания (обострение или ремиссия), наличием или отсутствием интоксикации, осложнением хронического пиелонефрита, степенью ХПН.

Показаниями к госпитализации больного являются:

1. Выраженное обострение заболевания.
2. Развитие труднокорригируемой артериальной гипертензии.
3. Прогрессивное ХПН.
4. Нарушение уродинамики, восстановление пассажа мочи.
5. Уточнение функционального состояние мочи.

В любой фазе заболевания больные не должны подвергаться охлаждению, исключаются также значительные физические нагрузки [1].

При латентном течении хронического пиелонефрита с нормальным уровнем АД или нерезко выраженной артериальной гипертензией, а также при сохраненной функции почек ограничения режима не требуется.

При обострении заболевания режим ограничивается, а больным с высокой степенью активности и лихорадкой назначают постельный режим.

У больных с высокой степенью артериальной гипертензии и почечной недостаточностью целесообразно ограничение двигательной активности. По мере ликвидации обострения, исчезновения симптомов интоксикации, нормализации АД, уменьшения или исчезновения ХПН режим больного расширяется.

Лечебное питание: диета больных с ХП без артериальной гипертензии, отеков и ХПН мало отличается от обычного пищевого рациона, т.е. рекомендуется питание с полноценным содержанием белков, жиров, углеводов, витаминов.

Суточная энергетическая ценность диеты составляет 2000–2500 ккал. Этим требованиям соответствует молочно-растительная диета. Разрешаются также мясо, отварная рыба, необходимо включить в рацион блюда из овощей и фруктов, богатых калием и витаминами С, Р, группы В, молоко, молочные продукты, яйца. На протяжении всего периода заболевания ограничивается прием острых блюд и приправ.

При отсутствии противопоказаний больному рекомендуется употреблять до 2–3 литров жидкости в сутки в виде минеральных вод, витаминизированных напитков, соков. Форсированный диурез способствует купированию воспалительного процесса. Следует ограничивать жидкость лишь при обострении заболевания.

В этот же период ограничивается употребление поваренной соли до 5–8 г в сутки, а при нарушении оттока мочи и артериальной гипертензии – до 4 г в сутки. Вне обострения при нормальном АД разрешается оптимальное количество поваренной соли 12–15 г в сутки.

Рекомендуется включить в диету арбузы, дыни, тыкву, которые обладают мочегонным действием и способствуют очищению мочевыводящих путей от микробов, слизи, мелких конкрементов.

При развитии ХПН уменьшают количество белка в диете, при гиперазотемии назначают низкобелковую диету, при гиперкалиемии ограничивают калийсодержащие продукты.

Этиологическое лечение: антимикробная терапия при ХП является важнейшим мероприятием. Выбор препарата производится с учетом вида возбудителя и чувствительности его к антибиотикам, эффективности предыдущих курсов лечения, нефротоксичности препаратов, состояния, функции почек, выраженности ХПН [3].

Основные правила назначения антбактериальнойтерапии:

1. Соответствие антибактериальных средств и чувствительности к нему микрофлоры мочи.
2. Дозировка препарата должна производиться с учетом состояния и функции почек, степени ХПН.
3. При назначении антибиотиков и уроантисептиков отдавать предпочтение наименее нефротоксичным препаратам.
4. При отсутствии терапевтического эффекта в течение 2–3 дней от начала лечения следует заменять препарат.
5. При высокой степени активности воспалительного процесса, выраженной интоксикации, тяжелом течении заболевания, неэффективности монотерапии необходимо комбинировать уроантисептические средства.
6. Необходимо стремиться к достижению реакции мочи, наиболее благоприятной для действия антибактериальных средств.

Применение НПВП. Эти препараты оказывают противовоспалительное действие в связи с уменьшением энергетического обеспечения участка воспаления, снижают капиллярную проницаемость, стабилизируют мембранны лизосом, вызывают легкое иммунодепрессивное действие.

Жаропонижающий и обезболивающий эффект применения НПВП снижает реактивные явления, вызванные инфекционным процессом, предотвращает пролиферацию, разрушение фиброзных барьеров с тем, чтобы антибактериальные препараты достигли воспалительного очага.

Однако в практике установлено, что индометацин при длительном лечении может вызвать некроз почечных сосков и нарушение гемодинамики почек. В этой связи из НПВП, как показывает опыт работы, наиболее целесообразен прием вольтарена. При этом для улучшения почечного кровотока назначают трентал, курантил, гепарин (при отсутствии противопоказаний).

Фитотерапия – это в комплексной терапии хронического пиелонефрита применяются лекарственные средства, обладающие противовоспалительным, мочегонным, а при развитии гематурии – кровоостанавливающим действием, такие как толокнянка, листья бруслики, трава хвоща полевого, плоды можжевельника в сбоях, а также показаны клюквенный сок, морс.

Для повышения общей реактивности организма назначают метилурацил.

В течение всего периода обострения назначают физиотерапевтическое лечение, что усиливает кровенаполнение, повышает почечный плазмоток, улучшает доставку к почкам антибактериальных средств, снимает спазм гладкой мускулатуры почечных лоханок и мочеточников, способствует отхождению слизи, мочевых кристаллов и бактерий. Применяются следующие физиопроцедуры: электрофорез эритромицина, кальция хлорида на область почек.

Тепловые процедуры на область больных почек: диотермия, лечебная грязь, диотермогрязь, парафиновые аппликации [2].

При лечении хронического пиелонефрита немаловажную роль играет санаторно-курортное лечение.

Основным видом санаторно-курортного лечения хронического пиелонефрита является назначение минеральной воды внутрь и наружно, в виде минеральных ванн. Прием минеральной воды способствует уменьшению воспалительных явлений в почках и мочевых путях, способствует вымыванию из них слизи, микробов,

мелких камней и «песка». Противопоказания: высокая артериальная гипертензия, выраженная анемия, ХПН.

После проведения комплекса лечения хронического пиелонефрита устанавливается диспансеризация, т.е. больные ХП наблюдаются терапевтом, урологом, стоматологом дважды в год.

Больные проходят регулярное обследование, которое включает изучение анализа и жалоб, измерение артериального давления, анализа мочи, посевы мочи, пробу по Зимницкому, определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови, УЗИ почек. Оздоровительные мероприятия включают диету, санацию очагов инфекции, антибактериальную терапию, поливитаминотерапию, улучшение микроциркуляции, санаторно-курортное лечение.

При появлении артериальной гипертензии и ХПН осмотры проводятся терапевтом 4–6 раз в год [3].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Окроков А.Н.* Лечение болезни внутренних органов: практическое руководство. М.н.: Высшая школа, 1997. Т. 2. С. 596.
2. *Яковлев С.В.* Антибактериальная терапия мочевыводящих путей. 2000. С.145.
3. *А.С.Чиж., С.А.Петров., Г.А.Ящиковская* и др. Практическое руководство по нефрологии/Под ред. проф. А.С. Чига. М.н.: Высш. шк., 2001. С. 639.

Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)

УДК 616-002-085

*В.В. НОРЕЦ, Д.А. ХАРЛАМОВ, И.М. ЗЛАМАНЕЦ,
Л.М. КУДАШКИНА, Н.С. ТЕРЕЩЕНКО, Е.С. ВОЛОХОВА*

МЕСТО НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ БОЛИ

*Областная больница; Городская больница № 3; НУЗ Отделенческая поликлиника;
Городская поликлиника № 2, г. Петропавловск*

Человек всегда старается избежать боли, и именно она оказывается основным поводом обращения за медицинской помощью. Еще Монтень подметил: «Когда мы говорим, что страшимся смерти, то думаем, прежде всего, о боли, ее обычной предшественнице». Ведущей причиной боли и нетрудоспособности в Европе являются мышечно-скелетные заболевания: остеоартрит, остеопороз, различные варианты дорсопатии, ревматические болезни, в основе которых лежат механизмы воспаления [1, 2].

Проблема лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза весьма актуальна в современном здравоохранении, поскольку эта патология поражает наиболее трудоспособную часть населения в молодом и среднем возрасте, нередко приводит к стойкой потере трудоспособности.

Основной причиной боли в спине являются вертеброгенные факторы, среди которых одним из основных является остеохондроз позвоночника как дегенеративно-дистрофическое поражение межпозвонковых дисков, приводящее к нарушениям со стороны нервной системы. Кроме остеохондроза и спондилартроза, причиной боли в позвоночнике могут быть его врожденные или приобретенные деформации (кифоз, сколиоз), смещение тел позвонков (спондилолистез), сужение

позвоночного канала и наблюдаемый чаще у женщин в период менопаузы остеопороз, осложненный компрессионным переломом тел позвонков. В поясничном отделе чаще наблюдаются грыжи и протрузии дисков, а в шейном не меньшую роль играют заднебоковые остеофиты тел позвонков и остеофиты в области унковертебральных сочленений [1, 2].

Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) может сопровождаться развитием побочных эффектов, что связано с механизмом действия этих лекарственных средств. Известно, что все классические НПВС примерно в равной степени связываются с циклооксигеназой (ЦОГ) 1 и 2 типа – ферментом, участвующим в распаде арахидоновой кислоты. Открытие в 1991 г. роли ЦОГ-1 и ЦОГ-2 является одним из важнейших достижений в изучении возможностей лечения воспалительных процессов и до сих пор активно обсуждается.

ЦОГ-1 постоянно присутствует в большинстве тканей (хотя и в различном количестве) и относится к категории «конститутивных» ферментов, регулирующих эффекты простагландинов (ПГ). Известно, что подавление активности ЦОГ-1 приводит к снижению выработки физиологически необходимых ПГ, обеспечивающих нормальное функционирование слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), микрососудов, интерстиция почек, клеток печени, агрегацию тромбоцитов.

Профилактика и лечение этих осложнений представляют одну из наиболее важных ятрогенных проблем современной медицины. Однако наиболее часто приходится сталкиваться с гастротоксичностью. Побочные эффекты, связанные с приемом НПВС, которые могут иметь серьезные последствия из-за возможного развития профузного кровотечения, прободения стенки желудка или кишечника. НПВС-гастропатия во многом обусловлена временем полужизни (периодом полувыведения) отдельных препаратов, различиями в их системной абсорбции, базовом значении рН желудочного сока, но, прежде всего, степенью подавления синтеза ПГ. Такие тяжелые в прогностическом плане гастроэнтерологические осложнения, как кровотечения, перфорации и язвы, в большинстве случаев протекают без болевого синдрома, что затрудняет их своевременную диагностику и может приводить к летальному исходу. Индуцируемые НПВС поражения ЖКТ распространяются на все его отделы и характеризуются полиморфностью проявлений.

Напротив, ЦОГ-2, имеющая отношение к центральным механизмам восприятия боли, в норме в большинстве тканей не обнаруживается, однако ее уровень существенно повышается на фоне развития воспаления. Ингибиция ЦОГ-2 рассматривается как один из важных механизмов противовоспалительной активности НПВС, а подавление ЦОГ-1 – развития побочных эффектов. Поэтому эффективность и токсичность стандартных НПВС связывают с их низкой селективностью, то есть способностью в одинаковой степени подавлять активность обеих изоформ ЦОГ. Эти данные послужили основой для создания новой группы НПВС, которые обладают всеми положительными свойствами стандартных препаратов, но менее токсичны. Их определяют как специфические ЦОГ-2-ингибиторы или ЦОГ-1-сберегающие препараты.

Боль вообще нужно рассматривать как пятый, жизненно важный признак и «измерять» ее наряду с пульсом, артериальным давлением, температурой тела и частотой дыхания. Существует мнение, что хроническая боль может быть приравнена к самостоятельной болезни [1, 2, 4, 5].

Основными подходами к лечению боли являются:

- терапия, основанная на интенсивности или выраженности боли;
- терапия, воздействующая на основной механизм боли (ноцицептивная, невропатическая, смешанная).

При этом, безусловно, должны учитываться факторы, влияющие на ощущение боли: пол, возраст, раса, социальные и психологические факторы и др.

Уменьшение интенсивности боли может быть независимым фактором, влияющим на прогноз жизни. Однако все чаще для ее купирования прибегают не к

аналгетикам в чистом виде, а к противовоспалительным средствам, которые не только воздействуют на аллогены, но и разрушают патогенетическую основу боли. В таких случаях применение ЦОГ-2-ингибиторов особенно оправдано, поскольку «традиционные» НПВС в полных терапевтических дозах ингибируют оба фермента (причем ЦОГ-1 больше, чем ЦОГ-2), тогда как селективные препараты позволяют, с одной стороны, подавлять ЦОГ-2-зависимый синтез провоспалительных ПГ, с другой – сохранять ЦОГ-1-зависимый синтез «физиологических» ПГ.

Одним из первых зарегистрированных представителей ЦОГ-2-ингибиторов является мелоксикам, обладающий селективным действием в отношении ЦОГ-2. Он же оказался и наиболее изученным на сегодня, поскольку уже имеются данные об отдаленных результатах и последствиях его приема. Применение препарата показало его высокую клиническую эффективность у больных различными ревматологическими заболеваниями при низкой частоте побочных эффектов. Прием мелоксикама 1 раз в сутки позволяет контролировать лечение, особенно у лиц пожилого возраста. Доказательная база мелоксикама основана на многочисленных рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях, в которых его эффективность и переносимость сравнивались с плацебо и основными НПВС (как ЦОГ-селективными и ЦОГ-неспецифическими). Длительность терапии в этих исследованиях колебалась от 4 нед до 18 мес. Существенное улучшение, которое наступало спустя 2 нед от начала терапии, удерживалось в течение 18 мес, то есть всего периода наблюдения. По своей эффективности мелоксикам не уступал диклофенаку, напроксену и пироксикаму. Хорошие результаты лечения мелоксикамом на протяжении 12 мес получены у больных не только ревматоидным артритом, но и анкилозирующими спондилитом. По своей терапевтической активности мелоксикам в дозе 15 мг оказывал такое же действие, как пироксикам в дозе 20 мг, а дальнейшее повышение суточной дозы (до 22,5 мг/сут) не сопровождалось нарастанием его противовоспалительного и анальгетического эффектов [1, 2, 3].

Наибольшее число работ по клинической эффективности и безопасности мелоксикама проведено при остеоартрозе. Целесообразность назначения мелоксикама при этом заболевании диктуется его положительным действием на метаболизм гиалинового хряща, в котором развивается патологический процесс при этом заболевании.

Накапливается все больше данных о высокой эффективности применения мелоксикама в неврологической практике при радикулярном синдроме. При дегенеративных изменениях позвоночного столба и его суставного аппарата важным становится вопрос о влиянии НПВС на процессы биосинтеза хрящевой ткани. По обобщенным данным, в исследованиях *in vitro* показано, что индометацин и натрия салицилат подавляют синтез компонентов матрикса хряща, а мелоксикам его усиливает и предотвращает апоптоз хондроцитов [2, 3].

Особенно важно, что НПВС-гастропатия при приеме мелоксикама наблюдается существенно реже. В европейском фармако-эпидемиологическом многоцентровом проспективном исследовании оценивали толерантность мелоксикама и других НПВС у больных ревматическими заболеваниями. Длительность терапии составляла 6 мес. Группы больных в отдельных центрах были рандомизированы по основным параметрам патологического процесса. При лечении мелоксикамом достоверно реже встречались такие побочные эффекты, как абдоминальная боль, гастрит, диспепсия, а желудочно-кишечные кровотечения зарегистрированы только у двух из 230 больных, в то время как другие НПВС привели к такому осложнению у 10 из 240 больных.

Интересные данные получены в исследовании MELISSA (Meloxicam Large Scale International Study Safety Assessment), в котором в сравнительном аспекте была изучена переносимость мелоксикама (7,5 мг/сут) и диклофенака (100 мг/сут) у 9323 больных остеоартрозом. Длительность терапии составила 4 нед. В этом исследовании приняли участие пациенты из 27 стран. Общая частота желудочно-кишечных побочных эффектов при назначении диклофенака была достоверно выше, чем

при лечении мелоксикамом (19 и 13% соответственно), а по данным Е.С. Цветковой – 22,2 и 6,8% соответственно. Достоверно реже наблюдались желудочная диспепсия, боли в животе, тошнота и рвота, диарея. Из-за развития побочных эффектов в группе диклофенака лечение прекратили в 2 раза больше больных, чем в группе мелоксикама. Общая переносимость мелоксикама, по оценке врачей, оказалась хорошей в 91% случаев и удовлетворительной – в 9%, а переносимость диклофенака – хорошей в 84%, удовлетворительной – в 9 и неудовлетворительной – в 7% [4]. Близкие к этим результаты получены в исследовании SELECT (Safety and Efficacy Large scale Evaluation of COX inhibiting Therapies), в котором мелоксикам (7,5 мг/сут) сравнивали с пироксикамом (20 мг/сут) у более чем 8000 пациентов [3].

Материалы и методы исследования. В комплексное лечение 50 пациентов с дорсопатией, 15 пациентов с рефлекторными болевыми и мышечно-тоническими синдромами, 20 пациентов с дискогенными компрессионными корешковыми синдромами был включен НПВП Мелофлам (мелоксикам, ОАО Фармацевтический завод ЭГИС). Суточная доза Мелофлама составляла 15 мг, продолжительность терапии – 14 дней. После курса лечения полное купирование болевого синдрома в покое отметили 70% больных с дорсопатией, значительное улучшение – 20%. У 10% пациентов эффект оказался незначительным. Полное купирование боли при движении отметили 33,3% пациентов, значительное – 53,3%; у 13,3% больных эффект был неудовлетворительным. У 90% пациентов с дорсопатией отмечена хорошая переносимость Мелофлама, т.е. отсутствие жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.

У 95% пациентов с рефлекторными болевыми и мышечно-тоническими синдромами хороший анальгетический эффект на фоне приема Мелофлама наблюдался к 8–10-му дню лечения. Побочные эффекты в этой группе пациентов зафиксированы у 3 человек.

У 90% пациентов с дискогенными компрессионными корешковыми синдромами стойкий значительный анальгетический эффект наступал спустя неделю после начала приема Мелофлама. Препарат хорошо переносился больными. Побочные эффекты возникли у 2 пациентов, они были незначительно выражены и не требовали изменения дозы препарата или дополнительной терапии.

Выходы:

1. Мелофлам (мелоксикам, ЭГИС), по результатам нашего исследования, является одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов при лечении воспалительных процессов, сопровождающихся как хроническим, так и острым болевым синдромом.
2. Мелофлам может быть рекомендован к широкому применению на амбулаторном и стационарном этапах лечения не только врачами-неврологами, но и врачами других специальностей, в практике которых встречаются пациенты, в том числе пожилого возраста, с вертебральной патологией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Годзенко А.А. Перспективы применения мелоксикама в лечении суставных синдромов. Русский медицинский журнал. М., 2006. Т. 14. № 25. С. 5–8.
2. Алексеев В.В., Алексеев А.В. Ранние и отдаленные результаты лечения мелоксикамом болей в спине при остеоартрозе//Рус. мед. журнал. М., 2009. № 11 (179). С. 416–8.
3. Improvement of gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase (COX)-2 inhibitor, meloxicam, compared with pitoxican: results of the safety and efficacy large-scale evaluation of COX-inhibiting therapies (SELECT) trial in osteoarthritis//British Journal Rheumatol. 1998.
4. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diklofenac in osteoarthritis patients. MELISSA Study Group. Meloxicam large-scale International Study Safety Assessment//British Journal Rheumatol. 1998.
5. Valat J.P., Accardo S., Reginster J.Y. A comparison of the efficacy and tolerability of meloxicam and diklofenac in the treatment of patients with osteoarthritis//Inflamm. Res. 2001. 50 Suppl 1. P. 30-4.

РЕФЕРАТЫ

**Здоровье и болезнь
2010, № 10 (95)**

УДК 618.8

*А.Б. БЕРДЫГАЛИЕВ, А.Б. БУЖИКЕЕВА,
Г.Х. ХАСЕНОВА, М.В. ЛИ, А.Н. КОЖАХМЕТОВА*

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ СЕМЕЙНОЙ МИКРОСРЕДЫ

Казахская академия питания, г. Алматы

Наиболее значимыми проблемами, оказывающими негативное влияние на здоровье учащихся, являются случаи, связанные со смертью родителей или их разводом. Кроме того, существуют стрессогенные факторы, в той или иной степени связанные с наличием в семье лиц, имеющих тяжелое заболевание, инвалидность или вредные привычки. Перечисленные выше факторы заслуживают более глубокого изучения, так как среди таковых детей, помимо негативного влияния на состояние их здоровья, чаще наблюдаются сложности социально-психологического, медико-социального характера.

Так, по сравнению с г. Алматы школьники, проживающие в Алматинской области, более чаще отмечали случаи смерти матери и отца. Частота таковых случаев была существенно выше у учащихся русской этнической группы, особенно среди школьников, проживающих в сельской местности. Кроме того, в Алматинской области было больше родителей, находящихся в состоянии развода, чем в г. Алматы – 30,8 и 22,4% соответственно ($p<0,001$). При этом, по сравнению с учащимися казахской этнической группы, развод родителей отметили достоверно большее количество детей русской национальности.

Наличие заболеваний у матерей в текущее время отметили существенно большее количество детей русской этнической группы. При этом различие в показателях в г. Алматы и Алматинской области оказалось не столь существенным. Аналогичная тенденция имела место по патологии заболеваний в текущее время среди отцов наблюдавших школьников.

Немаловажное значение на здоровье учащихся оказывают вредные привычки родителей, в том числе курение отца и матери в жилом помещении. Так, в городской и сельской местности курение отца в квартире было больше распространено, чем курение матери (12,7–27,9% и 0,2–10,6% соответственно). По сравнению с семьями учащихся Алматинской области, курение отца в квартире было больше распространено среди семей школьников г. Алматы (21,6 и 17,7% соответственно) ($p<0,001$). Независимо от местожительства отцы детей русской национальности чаще были подвержены этой вредной привычке ($p<0,001$). Аналогичная ситуация наблюдается и среди матерей обследованных школьников. При этом в семьях детей русской национальности г. Алматы курящих матерей было в три раза больше, чем в семьях школьников казахской этнической группы (10,4 и 3,1% соответственно) ($p<0,001$). Наименее подверженными данной вредной привычке оказались матери школьников казахской национальности, проживающие в Алматинской области (0,2%) ($p<0,01$).

Кроме курения родителей в жилом помещении немаловажное влияние на здоровье детей оказывает и потребление табачных изделий другими, совместно проживающими родственниками. Так, курение близких родственников обследованных

школьников было более распространено в г. Алматы. При этом как в городской, так и сельской местности данная привычка является более характерной для семей школьников русской этнической группы. Среди учащихся казахской национальности курение родственников в доме отметили больше дети, проживающие в Алматинской области (7,2 и 4,4% соответственно) ($p<0,001$).

Следовательно, анализ данных негативных факторов микросреды школьников свидетельствует об их отрицательном влиянии на нервно-психологическое состояние учащихся. Особенно это характерно для детей русской этнической группы сельской местности.

Для заметок
