



АКАДЕМИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

# ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2013 г., № 2(110)

АЛМАТЫ

Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 2 (110)  
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 – А.А. Алдашев  
Ю.А. Синявский (*зам. гл. редактора*), А.А. Аканов,  
А.С. Бухарбаева (*отв. секретарь*),  
Е.Д. Даленов, М.К. Кульжанов, Л.Е. Муравлева,  
К.С. Ормантаев, Т.К. Рахыпбеков

***Редакционный совет:***

Д.А. Азонов (г. Душанбе), К.Н. Апсаликов (г. Семипалатинск),  
А.К. Батулин (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. Терехин (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: albina.buharbaeva@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 260-67-08

Уч.-изд. л. 10,5. Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 500 экз.

Корректор Л. Любенко  
Компьютерная верстка Г. Есимбековой

## СОДЕРЖАНИЕ

### СТАТЬИ

|                                                                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>М.А. Одаманов, Г.К. Каусова.</b> Анализ и оценка организации оказания больничной медицинской помощи населению, проживающему в сельских районах Южно-Казахстанской области ..... | 5  |
| <b>М.А. Одаманов, К.Г. Каусова.</b> К оценке реформирования сельских больничных организаций в Южно-Казахстанской области .....                                                     | 8  |
| <b>Г.К. Каусова, М.А. Одаманов.</b> К вопросу заболеваемости населения Сарыагашского и Казыгуртского районов Южно-Казахстанской области .....                                      | 15 |
| <b>А.Ш. Ибраева, Г.К. Каусова.</b> Организация оказания неотложной медицинской помощи в условиях катастроф .....                                                                   | 18 |
| <b>В.А. Узбеков, А.А. Белоног.</b> Гигиеническое проектирование как основа предупреждения воздействия вредных производственных факторов на рабочих и окружающую среду .....        | 24 |
| <b>С.М. Альмухамбетова.</b> Современные представления о бронхолегочной дисплазии у новорожденных .....                                                                             | 27 |
| <b>Э.К. Мустафаева.</b> Перинатальные поражения нервной системы .....                                                                                                              | 33 |
| <b>Г.К. Каусова, М.А. Одаманов.</b> Особенности организационных форм медико-санитарного обслуживания сельского населения .....                                                     | 37 |
| <b>Г.К. Каусова, А.Ш. Ибраева.</b> К вопросу совершенствования скорой и неотложной медицинской помощи населению .....                                                              | 42 |
| <b>М.А. Одаманов, Г.К. Каусова.</b> Социально-гигиенические и медико-демографические аспекты исследования здоровья сельского населения .....                                       | 46 |
| <b>А.М. Басымбеков.</b> Некоторые вопросы патогенеза острого холецистита, осложненного механической желтухой .....                                                                 | 50 |
| <b>З.А. Мансуров, М.А. Нуралиев, М.А. Бийсенбаев, А.М. Нуралы.</b> Исследование доклинических показателей хронической токсичности с применением сорбента «ИНГО-2» .....            | 54 |

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>З.И. Умарова.</b> Анализ работы Городской детской поликлиники № 7 г. Алматы за 2011 год .....                                                                  | 58 |
| <b>О.А. Туева.</b> Показатели деятельности участкового врача поликлиники ветеранов Великой Отечественной войны .....                                              | 61 |
| <b>Е.В. Борисова.</b> Дифференциальная диагностика гриппа у детей .....                                                                                           | 65 |
| <b>А.В. Ажкеева.</b> Заболеваемость детского населения по данным в макро- и микроэко-системах за четыре года .....                                                | 68 |
| <b>Ж.О. Сарбасова, А.Т. Нуркасымова, И.З. Мамбетова, Р.К. Джексекова, И.И. Черноусова.</b> Характеристика часто болеющих детей .....                              | 72 |
| <b>Г.Т. Султанкулова.</b> Особенности гемостаза при острых нарушениях мозгового кровообращения у детей, осложнившихся субдуральными гематомами .....              | 75 |
| <b>У. Мусаева.</b> Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с ИБС .....                                                                           | 78 |
| <b>Г.Ю. Кенжаева.</b> Алгоритм выявления туберкулеза легких у родильниц после родов .....                                                                         | 82 |
| <b>А.А. Жанабаева.</b> Влияние медико-социальных факторов на смертность больных туберкулезом .....                                                                | 86 |
| <b>Б.Т. Муздубаева.</b> Применение препарата «Новосэвен» для проведения плазменно-коагуляционного гемостаза при оперативном лечении туберкулеза легких .....      | 89 |
| <b>В.Н. Серго.</b> Опыт применения хондроитина сульфата в терапии остеоартроза .....                                                                              | 92 |
| <b>Ф.А. Рафикова, И.А. Москалева, Н.В. Юхновская, А.А. Кусакин.</b> Опыт применения метода Гимзы для выявления <i>Helicobacter pilory</i> в гастробиоптатах ..... | 94 |
| <b>Ш.М. Акашева.</b> Лечение травмами при гингивитах .....                                                                                                        | 96 |

### РЕФЕРАТЫ

|                                                                                                                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Э.А. Аликеева, М.К. Сапарбеков.</b> Теоретические и методологические подходы к совершенствованию системы мониторинга и оценки программ в области ВИЧ-инфекции в Казахстане ..... | 100 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Р.А. Базарова.</b> Индапамид в терапии артериальной гипертензии у лиц с ожирением .....                        | 101 |
| <b>А.М. Ибадуллаева.</b> Особенности артериальной гипертензии у мужчин пожилого<br>возраста .....                 | 102 |
| <b>Б.Д. Кунанбаева.</b> Эпросартан в терапии артериальной гипертензии у больных<br>с ХСН .....                    | 103 |
| <b>Д.З. Тукинова.</b> Эффективность карведилола в лечении ХСН .....                                               | 104 |
| <b>А.Б. Шыныбаева.</b> Тиазидоподобные диуретики в терапии артериальной гипертен-<br>зии в сочетании с ХОБЛ ..... | 105 |
| <b>С.М. Якубова.</b> Бисопролол в терапии артериальной гипертензии у лиц пожилого воз-<br>раста .....             | 106 |
| <b>А.А. Мустафина.</b> Эффективность мелофлама в терапии подагрического артрита .....                             | 107 |

УДК 614.2

М.А. ОДАМАНОВ, Г.К. КАУСОВА

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

## **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ БОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Аннотация.* В развитии первичной медико-санитарной помощи необходимо повышение качества больничной помощи на селе, требующее интегрирования всех звеньев системы здравоохранения, четкого разграничения объема и функции по каждому ее этапу, а также повышения внутренней эффективности стационаров путем внедрения новых ресурсосберегающих и инновационных технологий и совершенствования их организационно-функциональной структуры.

*Ключевые слова:* первичная медико-санитарная помощь, Сарыагашская ЦРБ, Казыгуртская ЦРБ, средняя занятость койки, оборот койки.

В Послании народу Казахстана в 2012 году «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» Президент Н.А. Назарбаев подчеркнул, что одним из важных направлений повышения уровня человеческого потенциала являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижение здорового образа жизни [1].

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан (РК) были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» [2].

Современная больница, по определению ВОЗ, является интегральной частью системы социального и медицинского обслуживания, обеспечивающей население полным объемом лечебной и профилактической помощи.

Больницы играют значительную роль в условиях приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), когда уменьшение в структуре госпитализированных больных доли лиц с легко протекающими видами патологии одновременно приводит к росту контингента пациентов с тяжелыми формами хронических заболеваний, обусловленных процессами демографического старения населения. То есть повышение качества больничной помощи на селе требует интегрирования всех уровней и звеньев системы здравоохранения, четкого разграничения объема и функций по каждому ее этапу, а также повышения внутренней эффективности стационаров путем внедрения новых ресурсосберегающих и инновационных технологий и совершенствования их организационно-функциональной структуры.

Число коек в двух районах ЮКО составило в Сарыагашской ЦРБ в 2009 году – 310, в 2010 году – 330 и в 2011 году – 330, в Казыгуртской ЦРБ в 2009 году – 160, в 2010 году – 165 и в 2011 году – 175.

При этом число коек в ЦРБ Сарыагашского района в 2010 году по сравнению с 2009 годом увеличилось на 6,4%, а в 2011 году данный показатель остался без изме-

нения. При этом число коек в ЦРБ Казыгуртского района в 2010 году по сравнению с 2009 годом увеличилось на 3,1%, а в 2011 году оно выросло еще на 6,1% по сравнению с предыдущим годом.

В Сарыагашской ЦРБ пролеченные больные составили в 2009 году 12 948, в 2010 году – 13 698 и в 2011 году – 14 496. Изучение числа пролеченных больных в ЦРБ Казыгуртского района выявило, что в 2009 году было пролечено 6856 больных, в 2010 году – 6781 и в 2011 году – 7286.

Кроме того, установлено, что в 2010 году по отношению к предыдущему году число пролеченных больных в ЦРБ Казыгуртского района уменьшилось на 1,1%, а в Сарыагашском, наоборот, увеличилось на 7,7%. В 2011 году в Сарыагашской ЦРБ число пролеченных больных увеличилось на 5,8%, в Казыгуртской – на 7,4%.

Динамика средней занятости коек в году показала снижение в Сарыагашской ЦРБ в 2010 году на 0,5%, в 2011 – еще на 13,4%. В ЦРБ Казыгуртского района отмечено снижение данного показателя в 2010 году на 0,2% и в 2011 году – на 3,0%.

В исследуемых ЦРБ Южно-Казахстанской области средняя длительность пребывания больного в Казыгуртском районе составила в 2009 году 6,9, в 2010 году – 7,6 и в 2011 году – 7,4; в Сарыагашском районе – соответственно 8,3; 8,1 и 7,6. При этом в 2010 году по сравнению с 2009 годом средняя длительность пребывания больного увеличилась в Казыгуртском районе на 10,1%, а в Сарыагашском – уменьшилась на 2,42%. Причем в 2011 году отмечено снижение средней длительности пребывания больного на койке как в Казыгуртском (на 2,6%), так и в Сарыагашском (на 6,2%) районах.

Изучение оборота койки в Сарыагашской ЦРБ показало, что в 2010 году по сравнению с 2009 годом данный показатель повысился на 2,6%, а в 2011 году, наоборот, уменьшился на 7,7%. Тогда как в Казыгуртской ЦРБ в 2010 году оборот койки снизился на 10,3%, а в 2011 году, наоборот, увеличился на 1,5%.

Больничная летальность в ЦРБ Сарыагашского района составила соответственно 0,7; 0,6 и 0,8, Казыгуртского в 2009 году – 0,5, в 2010 году – 0,5 и в 2011 году – 1,0.

Анализ деятельности сельских больниц Сарыагашского и Казыгуртского районов ЮКО показал, что число коек в исследуемых сельских больницах ЮКО было без изменения и составило в Сарыагашском районе 135, в Казыгуртском – 75 коек. Средняя занятость койки в сельских больницах в 2009–2011 годах колебалась в Сарыагашском – от 463,9 до 644,7 и в Казыгуртском районе – от 299,1 до 354,1. Кроме того, установлено, что в 2011 году по отношению к предыдущему году средняя занятость койки в сельских больницах уменьшилась в Сарыагашском районе на 25,9% и в Казыгуртском – на 4,3%.

В 2009 году средняя длительность пребывания больного на койке в Сарыагашском районе составила 9,1, а в Казыгуртском – ниже 8,7. В исследуемых сельских больницах в 2010 и 2011 годах средняя длительность пребывания больного на койке составила соответственно в 2010 году 8,6 и 8,8 и в 2011 году – 8,8 и 9,0.

Было выявлено, что оборот койки в Сарыагашском районе в 2010 году повысился на 44,1%, а в 2011 году, наоборот, снизился на 26,2%. В Казыгуртском районе в 2010 году он понизился на 11,3%, а в 2011 году – уменьшился еще на 9,4%.

Анализ больничной летальности показал, что в Казыгуртском районе за исследуемый период она выросла с 0,2 до 0,6, тогда как в Сарыагашском районе в 2010 году она повысилась на 66,7%, а в 2011 году уменьшилась на 20,0%.

Таким образом, число коек в ЦРБ Казыгуртского района в 2009–2011 годах увеличилось на 3,1% и на 6,1%, а в ЦРБ Сарыагашского района данный показатель остался без изменения. При этом средняя занятость койки снизилась в Казыгуртском и Сарыагашском районах; оборот койки в Казыгуртской ЦРБ в 2010 году снизился на 10,3%, а в 2011

году, наоборот, увеличился на 1,5%. Тогда как в Сарыагашской ЦРБ данный показатель увеличился в 2010 году на 2,6%, а в 2011 году, наоборот, снизился на 7,7%.

Анализ деятельности сельских больниц исследуемых районов ЮКО показал, что в Казыгуртском районе к 2011 году число сельских больниц сократилось на 40,0%, а в Сарыагашском районе – на 33,3%. Число коек в исследуемых районах ЮКО было без изменения в 2009–2010 годах и составило соответственно 115 и 285 коек, а в 2011 году оно уменьшилось в Казыгуртском районе на 30,4%, а в Сарыагашском – на 24,6%. При этом средняя занятость койки в сельских больницах в 2009–2011 годах колебалась в Казыгуртском районе от 299,1 до 354,1, в Сарыагашском – от 463,9 до 644,7.

Условия организации оказания больничной медицинской помощи населению, проживающему в сельских районах ЮКО, более сложны, чем возможности предоставления этих видов медицинских услуг жителям крупных городов республики. Данное обстоятельство во многом объясняется: неоднозначностью региональных систем организации здравоохранения; сложностью соблюдения преемственности при лечении больных с использованием высокотехнологичных методик при этапности оказания им медицинской помощи, что характерно в случаях проживания пациентов в сельских поселениях; разными возможностями жителей провинции в транспортной доступности к специализированным медицинским организациям.

Следовательно, при разработке программ по совершенствованию больничной медицинской помощи сельскому населению необходимо учитывать специфику социально-экономических и климато-географических условий, социально-демографических процессов и заболеваемости, ландшафтные особенности, сложившуюся инфраструктуру сельских районов, транспортные коммуникации, сеть лечебно-профилактических организаций, уровень внедрения инновационных технологий.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана: Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана. – Астана, 2012.

2 Государственная программа развития здравоохранения РК на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» №1113 от 29.11.2009.

#### Тұжырым

*М.А. Одаманов, Г.К. Каусова*

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ АУЫЛДЫҚ АУДАНДАРЫНДА ТҰРАТЫН ХАЛЫҚҚА АУРУХАНАЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫН ТАЛДАУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ

Ауыл тұрғындарына көрсетілетін ауруханалық медициналық көмекті оңтайландыру үшін әлеуметтік-экономикалық және климаттық-географиялық жағдайлардың арнайылығын, әлеуметтік-демографиялық үрдістер мен аурушылдықты, сонымен қатар, инновациялық технологиялардың енгізілу деңгейін ескеру қажет.

#### Summary

*M.A. Odamanov, G.K. Kausova*

#### THE ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE ORGANIZATION OF RENDERING HOSPITAL MEDICAL CARE TO THE POPULATION, LIVING IN RURAL REGIONS OF THE SOUTHERN KAZAKHSTAN AREA

For optimization of hospital medical care the country people need to consider specifics of social and economic and klimato-geographical conditions, social and demographic processes and incidence, and also level of introduction of innovative technologies.

М.А. ОДАМАНОВ, К.Г. КАУСОВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

## К ОЦЕНКЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕЛЬСКИХ БОЛЬНИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Аннотация.* В статье рассматриваются оптимизация и реформирование больничных организаций, которые отрицательно отразились на обеспеченности населения Южно-Казахстанской области стационарными койками. При этом были сокращены малорентабельные стационары сельских участковых больниц.

*Ключевые слова:* Сарыагашский район, Казыгуртский район, сеть больничных организаций, обеспеченность населения койками.

Здравоохранение сельских больничных организаций в Южно-Казахстанской области в последнее десятилетие претерпевало сложный период оптимизации медицинских организаций.

Оптимизация и реформирование больничных организаций отрицательно отразились на обеспеченности населения исследуемых районов стационарными койками. При этом были сокращены малорентабельные стационары сельских участковых больниц.

Изучение сети больничных организаций исследуемых районов Южно-Казахстанской области показало (рис. 1), что в 2010 году по сравнению с 2009 годом больничные организации уменьшились в Сарыагашском районе на 11,2% и в Казыгуртском – на 22,3%. В следующем, 2011-м, году произошло дальнейшее уменьшение сети больничных организаций соответственно на 28,6 и на 25,0%.

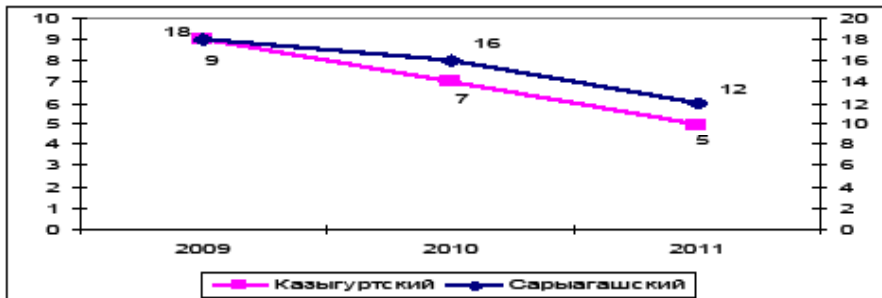


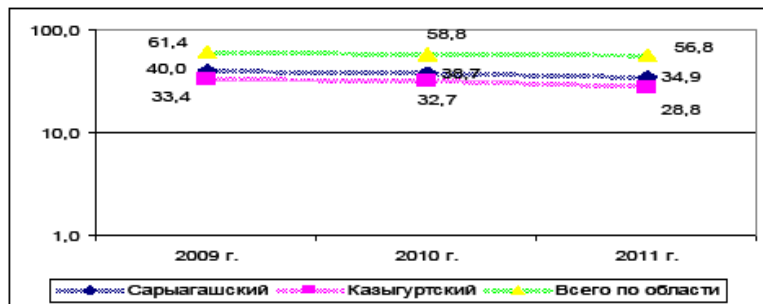
Рисунок 1 – Сеть больничных организаций исследуемых районов  
Южно-Казахстанской области (2009–2011)

Динамика числа коек в исследуемых районах ЮКО была без изменения в 2009–2010 годах и составила соответственно 230 и 480 коек, а в 2011 году в Сарыагашском районе увеличилась на 5 коек.

В исследуемые годы в изучаемых районах ЮКО обеспеченность населения койками показала (рис. 2), что в 2005–2010 годах она синхронно уменьшалась. Так, в Сарыагашском районе в 2009 году обеспеченность составила 40,0, в 2010 году – 38,7 и в 2011 году – 34,9 и в Казыгуртском районе – соответственно 33,4; 32,7 и 28,8 на 10 000 населения.



При этом в 2010 году по сравнению с 2009 годом обеспеченность населения койками уменьшилась в Сарыагашском районе на 3,2%, в Казыгуртском – на 2,1%. Причем в 2011 году отмечено дальнейшее снижение коечного фонда соответственно еще на 11,9 и 9,8%.



**Рисунок 2 – Показатель обеспеченности населения койками (на 10 000 населения)**

На рисунке 3 приведены результаты изучения обеспеченности населения койками по терапевтическому профилю в ЮКО. Сарыагашском районе данный показатель в 2009 году был на уровне 9,4 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 9,4 и в 2011 году – 7,7, а в Казыгуртском районе в 2009 году он равнялся 7,6 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 7,6 и в 2011 году – 6,1.

Кроме того, установлено, что в 2011 году по отношению к предыдущему году обеспеченность населения койками по терапевтическому профилю снизилась в Казыгуртском районе на 19,7% и в Сарыагашском – на 18,1%.



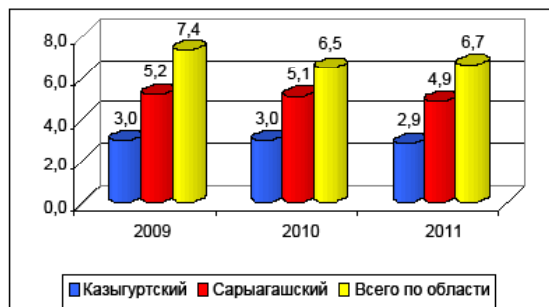
**Рисунок 3 – Обеспеченность населения койками терапевтического профиля в исследуемых районах ЮКО (на 10 000 населения)**

Аналогично было изучено число коек по хирургическому профилю в исследуемых районах (рис. 4). Было установлено, что в 2009–2011 годах в Казыгуртском районе данный показатель составил 30 коек, а в Сарыагашском – 125.

Выявлено, что обеспеченность населения койками хирургического профиля в Сарыагашском районе в 2009 году была на уровне 5,2 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 5,1 и в 2011 году – 4,9.

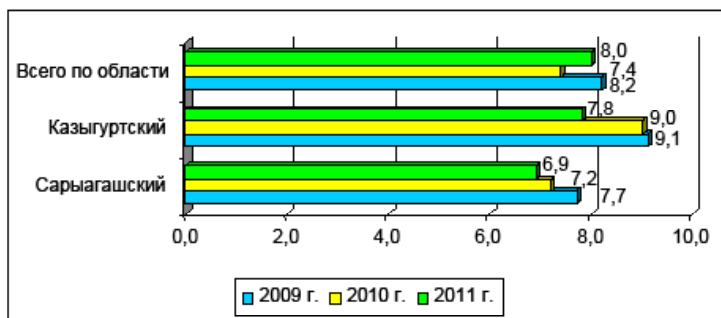
В Казыгуртском районе в 2009 году она равнялась 3,0 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 3,0 и в 2011 году – 2,9.

Кроме того, установлено, что в 2011 году по отношению к предыдущему году данный показатель снизился в Казыгуртском районе на 3,3% и в Сарыагашском – на 3,9%.



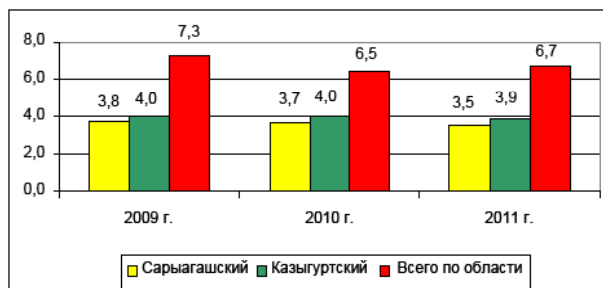
**Рисунок 4 – Обеспеченность населения койками по хирургическому профилю в исследуемых районах ЮКО (на 10 000 населения)**

Дальнейшие исследования показали (рисунок 5), что обеспеченность населения койками для беременных и рожениц в Сарыагашском районе в 2009 году был на уровне 8,2 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 7,4 и в 2011 году – 8,0, а в Казыгуртском – в 2009 году составляла 9,1 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 9,0 и в 2011 году – 7,8. При этом было установлено, что в 2011 году по отношению к предыдущему году обеспеченность населения койками для беременных и рожениц снизилась в Казыгуртском районе на 13,3%, в Сарыагашском – на 4,2%.



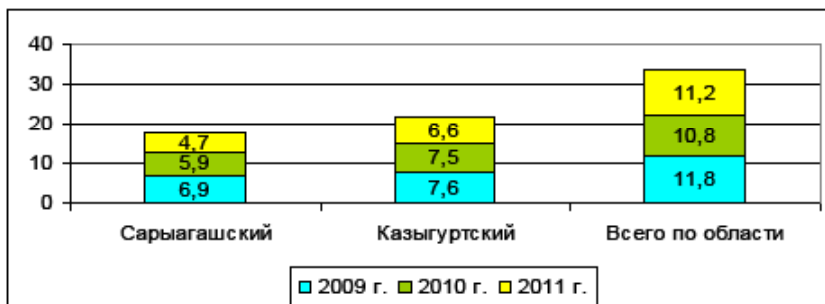
**Рисунок 5 – Обеспеченность населения койками для беременных и рожениц в исследуемых районах ЮКО**

Обеспеченность населения койками для больных туберкулезом в исследуемых районах ЮКО в Сарыагашском районе составила в 2009 году 3,8 на 10 000 населения (рис. 6). В 2010 году показатель снизился на 2,6%, и обеспеченность составила 3,7. Дальнейшее снижение было отмечено в 2011 году – на 5,4%. В Казыгуртском районе данный показатель составил соответственно 4,0; 4,0 и 3,9 на 10 000 населения.



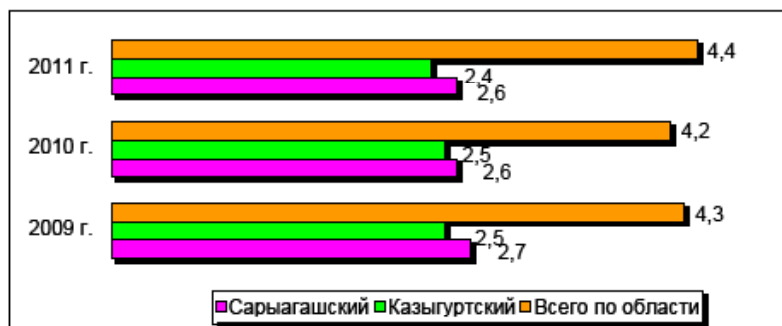
**Рисунок 6 – Обеспеченность населения койками для больных туберкулезом в исследуемых районах ЮКО (на 10 000 населения)**

На рис. 7 приведены результаты изучения обеспеченности населения койками педиатрического профиля в исследуемых районах ЮКО в 2009–2011 гг. Так, в 2009 году в Сарыагашском районе данный показатель в 2009 году был на уровне 6,9 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 5,9 и в 2011 году – 4,7. Обеспеченность населения Казыгуртского района койками по педиатрическому профилю в 2009 году равнялась 7,6 на 10 тыс. населения, в 2010 году – 7,5 и в 2011 году – 6,6. Кроме того, установлено, что в 2010 году по отношению к предыдущему году обеспеченность населения койками по педиатрическому профилю снизилась в Казыгуртском районе на 1,3% и в Сарыагашском – на 14,5%. В 2011 году по сравнению с 2010 годом данный показатель снизился соответственно на 12,0 и 20,3%.



**Рисунок 7 – Обеспеченность населения койками педиатрического профиля в исследуемых районах ЮКО (на 10 000 населения)**

Далее было изучено число коек для инфекционных больных в исследуемых районах (рис. 8).

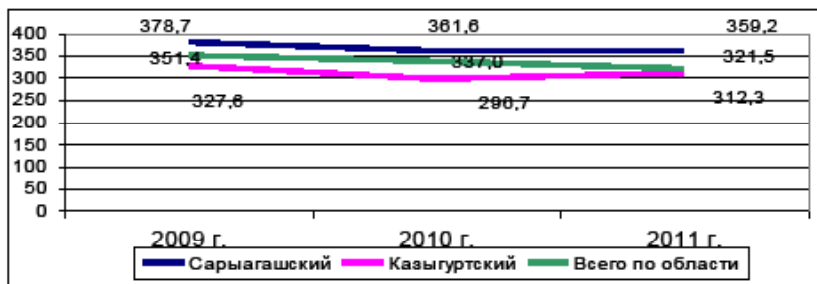


**Рисунок 8 – Обеспеченность населения койками для инфекционных больных в исследуемых районах ЮКО**

Было установлено, что в 2009–2011 годах в Казыгуртском районе данный показатель составил 65 коек, а в Сарыагашском – 25. Обеспеченность населения в Сарыагашском районе колебалась в пределах 2,6–2,7 на 10 000 населения, в Казыгуртском – 2,4–2,5.

Средняя занятость койки в году в 2009–2011 годах колебалась в Сарыагашском районе от 359,2 до 378,7, в Казыгуртском – от 296,7 до 347,6 (рис. 9).

Кроме того, установлено, что в 2011 году по отношению к предыдущему году средняя занятость койки в году в Казыгуртском районе увеличилась на 5,3%, а в Сарыагашском – уменьшилась на 0,7%.



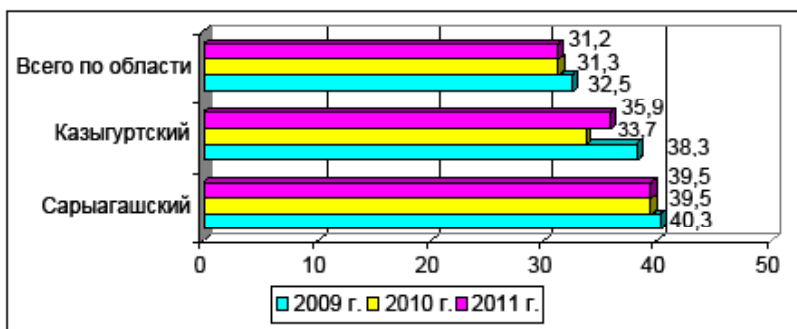
**Рисунок 9 – Обеспеченность населения койками на 10 000 населения в сельских районах ЮКО**

Было выявлено (рис. 10), что средняя длительность пребывания больного в Сарыагашском районе в 2010 году снизилась на 3,2%, а в 2011 году – еще на 2,2%. В Казыгуртском районе в 2010 году она повысилась на 2,3%, а в 2011 году уменьшилась на 1,1%.



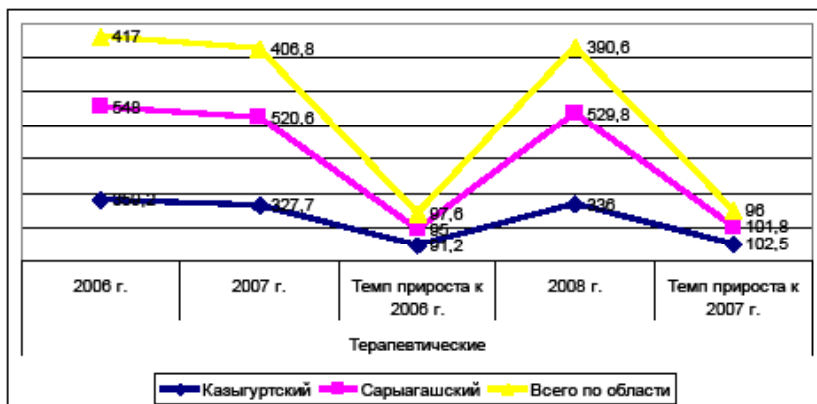
**Рисунок 10 – Средняя длительность пребывания больного на койке в сельских районах ЮКО**

Анализ изучения оборота койки показал, что в 2010 году он уменьшился (рис. 11) как в Сарыагашском, так и в Казыгуртском районах соответственно на 2,0% и 12,0%. В 2011 году оборот койки в исследуемых районах увеличился в Казыгуртском районе на 6,5%, а в Сарыагашском – он не изменился.



**Рисунок 11 – Оборот койки в исследуемых районах ЮКО**

Установлено (рис. 12), что средняя занятость терапевтических коек в году в исследуемых районах ЮКО составила в Сарыагашском районе в 2009 году 548,0, в 2010 году – 520,6 и в 2011 году – 529,8, в Казыгуртском районе – соответственно 359,2; 327,7 и 336,0.

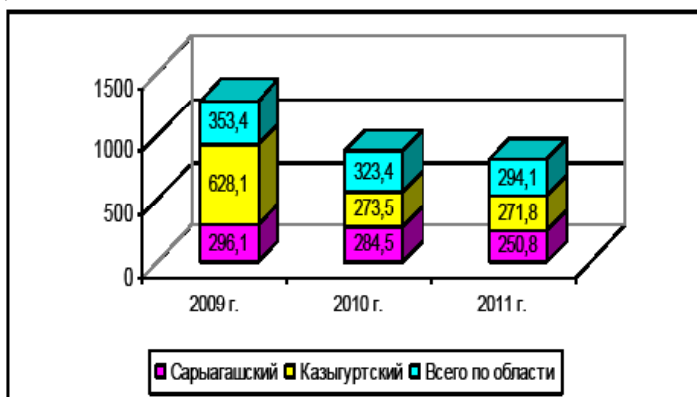


**Рисунок 12 – Средняя занятость терапевтических коек в исследуемых районах ЮКО**

При этом было выявлено, что в 2010 году по отношению к предыдущему году средняя занятость терапевтических коек снизилась в Казыгуртском районе на 8,8% и в Сарыагашском – на 5,0%, а в 2011 году данный показатель, наоборот, увеличился в Казыгуртском районе на 2,5%, в Сарыагашском – на 1,8%.

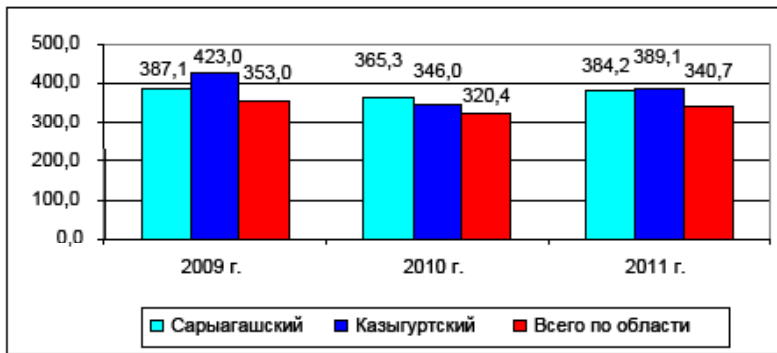
Как показано на рисунке 13, средняя занятость гинекологических коек в году в исследуемых районах ЮКО в Казыгуртском районе в 2009 году составила 628,1, в 2010 году – 273,5 и в 2011 году – 271,8. В Сарыагашском районе данный показатель составил соответственно 296,1; 284,5 и 250,8.

При этом средняя занятость гинекологических коек в Казыгуртском районе в 2010 году снизилась на 56,5%, в 2011 году – еще на 0,6% по сравнению с предыдущим годом, а в Сарыагашском районе данный показатель также снизился соответственно на 3,6 и на 9,1%.



**Рисунок 13 – Средняя занятость гинекологических коек в году в исследуемых районах ЮКО**

Средняя занятость педиатрических коек в году в 2009–2011 годах (рис. 14) колебалась в Сарыагашском районе от 365,3 до 387,1, в Казыгуртском – от 389,1 до 423,0. Кроме того, установлено, что в 2010 году по отношению к предыдущему году средняя занятость педиатрических коек в Казыгуртском районе уменьшилась на 18,2%, а в Сарыагашском – на 5,6%. В 2011 году отмечено увеличение данного показателя соответственно на 12,5 и 5,2%.



**Рисунок 14 – Средняя занятость педиатрических коек в исследуемых районах ЮКО**

Таким образом, оптимизация и реформирование больничных организаций отрицательно отразились на обеспеченности населения исследуемых районов стационарными койками. При этом были сокращены малорентабельные стационары сельских участковых больниц. За исследуемый период в данных районах за счет сокращения малоэффективных коек сельских участковых больниц обеспеченность стационарными койками сократилась в Сарыагашском районе на 15,0%, в Казыгуртском районе на 20,0%. Также отмечено, что уровень обеспеченности стационарными койками в исследуемых районах ниже среднеобластного показателя.

### **Тұжырым**

*М.А. Одаманов, Г.К. Каусова*

#### **ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ АУЫЛДЫҚ АУРУХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ РЕФОРМАЛАУЫН БАҒАЛАУ**

Сарыағаш және Қазығұрт аудандары тұрғындарының ауруханалық төсектермен қамтамасыз етілуіне ауруханалық ұйымдарды оңтайландыру және реформалау теріс әсерін тигізді. Сонымен қатар, ауылдық учаскелік ауруханалардағы шағын рентабельді стационарлар қысқартылды.

### **Summary**

*M.A. Odamanov, G.K. Kausova*

#### **ASSESSMENT OF REFORMING OF THE RURAL HOSPITAL ORGANIZATIONS IN THE SOUTHERN KAZAKHSTAN AREA**

Optimization and reforming of the hospital organizations were negatively reflected in security of the population of Saryagashsky and Kazygurtsky areas with stationary beds. Remunerative hospitals of rural district police officers of hospitals were thus reduced.

УДК 614.2

Г.К. КАУСОВА, М.А. ОДАМАНОВ

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

## **К ВОПРОСУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРЯГАШСКОГО И КАЗЫГУРТСКОГО РАЙОНОВ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Аннотация.* В статье отмечено, что заболеваемость населения Сарыагашского и Казыгуртского районов Южно-Казахстанской области по данным обращаемости в медицинские организации составляет основную часть общей заболеваемости и наиболее полно отражает ее уровень и структуру.

*Ключевые слова:* заболеваемость, общая заболеваемость, заболеваемость по данным обращаемости, структура заболеваемости населения.

Заболеваемость – это объективное массовое явление возникновения и распространения болезней среди населения в результате его взаимодействия с окружающей средой, проявляющееся в различных формах в конкретных условиях существования общества. Для эффективной борьбы с заболеваниями и их профилактики необходимо, прежде всего, знать причины возникновения и распространения болезней, определить их соотносительные отличия в зависимости от того фактора, который определяет заболеваемость и подвергается исследованию.

Выявление уровня и структуры истинного распространения болезней может быть достигнуто различными путями. Однако каждый из этих путей призван определить лишь часть имеющихся среди популяции болезней.

В условиях высокой частоты контактов населения с медицинской сетью заболеваемость по данным обращаемости в медицинские организации, составляя основную часть общей заболеваемости, наиболее полно отражает ее уровень и структуру. Вместе с тем уровень общей заболеваемости зависит от множества факторов: качества выявления активными и пассивными путями, полноты регистрации случаев заболеваний, качества применяемой диагностики, обеспеченности медицинскими кадрами и сетью лечебно-профилактических организаций, степени доступности медицинской помощи и многих других. Следовательно, если придерживаться этих условий, материалы заболеваемости по обращаемости могут служить исходными данными в разработке мероприятий по укреплению здоровья населения.

Изучение структуры заболеваемости населения по классам болезней, зарегистрированных впервые в жизни (2009–2011 гг.) среди населения Южно-Казахстанской области, показало (таблица 1), что в 2009 году первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (16042,4 на 100 тыс. человек), второе – болезни органов пищеварения (4881,0) и третье – болезни мочеполовой системы (3491,0).

В 2010–2011 годах первое ранговое место занимали болезни органов дыхания (соответственно 14481,8 и 14382,2 на 100 тыс. человек), второе – болезни органов пищеварения (соответственно 4648,3 и 3539,1) и третье – болезни крови и кроветворных органов (соответственно 3641,4 и 3484,0).

Сравнительный анализ заболеваемости населения показал, что в 2010 году по сравнению с 2009 годом увеличение заболеваемости отмечено по следующим классам

**Таблица 1 – Динамика структуры заболеваемости населения по классам болезней, зарегистрированных впервые в жизни (на 100 000 населения)**

| Наименование болезней                | 2009 г. |                        | 2010 г. |                               |                        | 2011 г. |                               |                        |
|--------------------------------------|---------|------------------------|---------|-------------------------------|------------------------|---------|-------------------------------|------------------------|
|                                      | Всего   | Ран-<br>говое<br>место | Всего   | Темп<br>прироста<br>к 2009 г. | Ран-<br>говое<br>место | Всего   | Темп<br>прироста<br>к 2010 г. | Ран-<br>говое<br>место |
| Инфекционные и паразитарные болезни  | 1324    | 12                     | 1795,8  | 135,6                         | 9                      | 1983,1  | 110,4                         | 8                      |
| Онкологические болезни               | 105,3   | 17                     | 94,2    | 89,5                          | 16                     | 93,2    | 98,9                          | 16                     |
| Болезни крови и кроветворных органов | 2703    | 5                      | 3641,4  | 134,7                         | 3                      | 3484    | 95,7                          | 3                      |
| Эндокринные болезни                  | 783,4   | 14                     | 953,5   | 121,7                         | 12                     | 783,3   | 82,1                          | 13                     |
| Из них: сахарный диабет              | 1180    | 16                     | 95      | 8,1                           | 15                     | 97,7    | 102,8                         | 15                     |
| Болезни нервной системы              | 1962,1  | 8                      | 1946,4  | 99,2                          | 8                      | 1971,3  | 101,3                         | 9                      |
| Болезни глаз и его придатков         | 1343    | 11                     | 1369,9  | 102,0                         | 10                     | 1535,7  | 112,1                         | 10                     |
| Болезни уха и сосцевидного отростка  | 1380    | 10                     | 1242,2  | 90,0                          | 11                     | 1233,3  | 99,3                          | 11                     |
| Болезни системы кровообращения       | 1777    | 9                      | 1988    | 111,9                         | 7                      | 2011,3  | 101,0                         | 7                      |
| Болезни органов дыхания              | 16042,4 | 1                      | 14481,8 | 90,3                          | 1                      | 14382,2 | 99,3                          | 1                      |
| Болезни органов пищеварения          | 4881    | 2                      | 4648,3  | 95,2                          | 2                      | 3539,1  | 76,1                          | 2                      |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки   | 2054    | 7                      | 2888    | 140,6                         | 5                      | 2301,9  | 79,7                          | 6                      |
| Болезни костно-мышечной системы      | 1009,2  | 13                     | 885     | 87,7                          | 13                     | 877,7   | 99,2                          | 12                     |
| Болезни мочеполовой системы          | 3491    | 3                      | 3357,1  | 96,2                          | 4                      | 3038,2  | 90,5                          | 4                      |
| Врожденные аномалии                  | 194     | 15                     | 188,2   | 97,0                          | 14                     | 272,8   | 145,0                         | 14                     |
| Травмы и отравления                  | 2442    | 6                      | 2286,3  | 93,6                          | 6                      | 2749,4  | 120,3                         | 5                      |

болезней: инфекционные и паразитарные болезни, болезни крови и кроветворных органов, эндокринные заболевания, болезни системы кровообращения и болезни кожи и подкожной клетчатки. В 2011 году по отношению к предыдущему году данный по-



казатель увеличился среди инфекционных и паразитарных болезней, болезней глаза и его придатков, врожденных аномалий, травм и отравлений.

Анализ исследований, посвященных изучению общей заболеваемости всего населения Казыгурского и Сарыагашского районов, показал (табл. 2), что в 2009 году в Казыгурском районе она достигала 23 564 на 100 тыс. человек, в 2010 году – 25 828 и в 2011 году – 32 971. В Сарыагашском районе общая заболеваемость всего населения в 2009 году составила 127 136 на 100 тыс. человек, в 2010 году – 143 487 и в 2011 году – 148 931.

*Таблица 2 – Динамика общей заболеваемости всего населения (на 100 000 населения)*

| Наименование районов | 2009 г. | 2010 г. | Темп прироста к 2009 г. | 2011 г. | Темп прироста к 2010 г. |
|----------------------|---------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|
| Казыгурский          | 23 564  | 25 828  | 109,6                   | 32 971  | 127,7                   |
| Сарыагашский         | 127 136 | 143 487 | 112,9                   | 148 931 | 103,8                   |
| Всего по области     | 971 537 | 990 761 | 102,0                   | 974 399 | 98,3                    |

При этом в 2010 году по сравнению с 2009 годом отмечено увеличение как в Казыгурском, так и в Сарыагашском районах соответственно на 9,6 и 12,9%, в 2011 году по сравнению с 2010 годом отмечено его дальнейшее увеличение в обоих исследуемых районах соответственно на 27,7 и 3,8%.

Таким образом, результаты исследования заболеваемости показали, что в 2009–2011 годах в сельских районах Южно-Казахстанской области первое ранговое место занимали болезни органов дыхания, второе – болезни органов пищеварения и третье – болезни крови и кроветворных органов. Кроме того, следует отметить, что общая заболеваемость населения в исследуемых районах области динамически возрастает.

### **Тұжырым**

*Г.К. Каусова, М.А. Одаманов*

#### **ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ САРҮАҒАШ ЖӘНЕ ҚАЗЫҒҰРТ АУДАНЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АУРУШЫЛДЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Оңтүстік Қазақстан облысындағы ауылдық аудандардағы халық аурушылдығына жүргізілген зерттеулер, 2009–2011 жылдары халық арасында бірінші орынды – тыныс алу мүшелерінің аурулары, екінші орынды – ас қорыту мүшелерінің аурулары және үшінші орынды – қан және қан айналым мүшелерінің аурулары алатындығын көрсетті.

### **Summary**

*G.K. Kausova, M.A. Odamanov*

#### **PROBLEM OF INCIDENCE OF THE POPULATION OF SARYAGASHSKY AND KAZYGURTSKY REGIONS OF THE SOUTHERN KAZAKHSTAN AREA**

Research of incidence of rural regions of the Southern Kazakhstan area showed that in 2009–2011 the first rangovy place was taken by diseases of the respiratory organs, the second – diseases of digestive organs and the third – diseases of blood and the haematogenic bodies.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В УСЛОВИЯХ КАТАСТРОФ  
(Обзор литературы)**

*Аннотация.* В статье приведены литературные данные об истории возникновения государственной системы скорой медицинской помощи, о кадрах медицинских специалистов скорой медицинской помощи, привлекаемых к работе при катастрофах за рубежом, и системе подготовки парамедиков.

*Ключевые слова:* государственная служба скорой медицинской помощи, катастрофа, медицина катастроф, парамедики.

Государственная система скорой медицинской помощи (СМП) является обязательным участником интегральной системы помощи пострадавшим при катастрофах. Исторически подразделения государственной СМП в большинстве стран начали формироваться при службе пожарной безопасности. Реже государственная система СМП организовывалась при региональных органах администрации в качестве самостоятельного подразделения в системе общественного здравоохранения [1]. Это наложило отпечаток на целенаправленность и материально-техническое обеспечение СМП. В первом случае прослеживается определенная тропность в работе и стремление к объединению СМП с другими спасательными службами, а во втором – с другими, главным образом клиническими, учреждениями общественного здравоохранения [1, 2, 3].

Несмотря на исторические различия при формировании, государственная система СМП в абсолютном большинстве стран имеет региональное административное подчинение и входит обязательным элементом в комплексную региональную систему защиты населения от стихийных бедствий, последствий аварий на промышленных предприятиях и транспортных магистралях [2, 4].

Функция СМП при катастрофах в разных странах определяется трактовкой базисных понятий, таких как «катастрофа» в медицинском аспекте, «скорая» (синоним «неотложная») медицинская помощь, «медицина катастроф» и др. В литературе имеется более 40 определений понятия «катастрофа» с медицинских позиций [5]. Считаем целесообразным представить те из них, которые определяют функцию СМП при катастрофах в некоторых странах. Корпорация врачей неотложной помощи в США (АСЕР) определяет катастрофу как «внезапную, резко выраженную диспропорцию между различными факторами, угрожающими жизни и здоровью человека, и имеющимися наличными ресурсами защиты от их воздействия, что не позволяет предотвратить или ликвидировать действие этих повреждающих факторов в короткий промежуток времени» [6, 7, 8].

Совершенствование технологии оказания СМП пострадавшим при катастрофах завершилось формированием научно-практического направления в медицине, получившего название «медицина катастроф».

Медицина катастроф воплотила в себе лечебно-диагностические и некоторые организационные принципы военной медицины и медицинской службы гражданской обороны. Основным принципом медицины катастроф является переключение внимания с ин-

дивидуального пациента на сохранение здоровья и спасение максимального количества среди всей массы пострадавших. Помощь отдельному пациенту не должна существенно сказываться на необходимости и целесообразности помощи остальным пострадавшим. Основной целью является стремление оказать помощь как можно большему числу пострадавших, а не наиболее сильно пострадавшим [9]. Во многих странах принципы медицины катастроф заложены в инструктивные документы для медицинских работников всех категорий, проходящих подготовку или принимающих участие в ликвидации стихийных бедствий, аварий на промышленных предприятиях и транспортных магистралях [4, 10].

Специального рассмотрения заслуживает вопрос о кадрах медицинских специалистов СМП, привлекаемых к работе при катастрофах. В большинстве стран государственная служба СМП укомплектована преимущественно «парамедиками». Эти специалисты готовятся по специальной программе. В США подготовка «парамедиков» («техников неотложной помощи» – ЕМТ) начата в 1966 г., а в 1970 г. специалисты ЕМТ были внесены в официальный перечень медицинских специальностей [11].

Подготавливаются две категории ЕМТ. ЕМТ-1 осваивают методы распознавания угрожающих жизни состояний и оказания первой неотложной медицинской помощи, включая кардиопульмонарную реанимацию. Подготовка проводится на базах неотложной медицинской помощи и машинах СМП. Практическая подготовка занимает 80–150 часов. ЕМТ-Р готовятся как более квалифицированные специалисты по оказанию помощи с применением кардиопульмонарной реанимации и интенсивной терапии. Они могут лечить некоторые виды аритмий, проводить дефибрилляцию, интубацию трахеи, трахеостомию, интенсивную инфузионную терапию различных синдромов и т.д. Практическая подготовка ЕМТ-Р продолжается до 2000 часов. Как правило, ЕМТ-1 и ЕМТ-Р работают в одной бригаде, поддерживают постоянную связь с врачами стационаров СМП. ЕМТ-Р включаются в состав пожарных бригад. В должностные обязанности ЕМТ входит оказание первой медицинской помощи при катастрофах в зоне происшествия и при транспортировке пострадавших [12].

По мнению T.D Kirch и соавт. [13], укомплектованная ЕМТ служба СМП в США наиболее адекватно оказывает медицинскую помощь при катастрофах. Проблемой остается недостаточное знакомство специалистов службы СМП с опасными материалами и технологиями на промышленных предприятиях. Она решается на этапе планирования работы СМП в условиях катастрофы на конкретных предприятиях региона, осуществляемой региональными центрами постоянной готовности к катастрофам. Представители производства и врачи разрабатывают инструкции для действий при авариях на конкретных предприятиях и передают их ЕМТ-Р в службу СМП [13].

ЕМТ обслуживают около 80% вызовов СМП для неотложной помощи, не связанных со специальным медикаментозным лечением, а требующих лишь применения первой медицинской помощи. 52% населения США при оказании неотложной помощи получают ее от ЕМТ-Р. Ежегодно ЕМТ в системе СМП обслуживают 13 млн вызовов, при которых требуется оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе и при транспортировке в больницу.

Среднее годовое число ошибок при оказании медицинской помощи ЕМТ-Р равно 539 [14]. Как показали специально проведенные исследования [12], ЕМТ-Р являются хорошо обученными специалистами, овладевшими основными приемами оказания неотложной медицинской помощи и современной аппаратурой, «что позволяет считать их высококвалифицированными спасателями» при работе в условиях катастроф. ЕМТ-Р оказались наиболее устойчивыми среди всех категорий спасателей к воздействию условий катастрофы на психоэмоциональную сферу [15].

Общепризнанно, что деятельность ЕМТ в системе СМП является необходимой частью работы по обеспечению безопасности и сохранению здоровья населения, значительно повышающей эффективность системы общественного здравоохранения. В Нидерландах в эксперименте изучалось влияние на качество медицинской помощи замены в системе СМП ЕМТ-Р на врачей. Проведенное исследование показало, что качество медицинской помощи не повысилось и такая замена признана целесообразной [16].

Материально-техническое обеспечение службы СМП для работы в условиях катастроф довольно разнообразно, но отчетливо прослеживается тенденция к унификации в соответствии с требованиями «Международного общества неотложной помощи и медицины катастроф» (WAEDM) и международных организаций, оказывающих помощь при планировании и организации медицинской помощи в условиях реальной катастрофы. В США официально зарегистрированы 3 типа подвижных подразделений СМП, которые предназначены и для работы в условиях катастрофы [13]. Для первой реакции на катастрофу существуют машины СМП двух типов: одни снабжаются радиосвязью, носилками, портативным оборудованием для аспирации и кислородотерапии, перевязочными средствами, шинами и щитами для иммобилизации. Персонал – санитары-спасатели, ЕМТ-1. Функциональное назначение – помощь в зоне происшествия, транспортировка пострадавших. Объем медицинской помощи: кардиопульмонарная реанимация, шинирование, иммобилизация позвоночника, кислородотерапия, первая помощь при отравлении. В других к уже перечисленному оборудованию добавлены инструменты для высвобождения пострадавших от механического сдавления и специальное медицинское оборудование. Персонал – два ЕМТ-1 или ЕМТ-1 и ЕМТ-Р. Функциональное назначение – то же, что и для машин первого типа. Объем медицинской помощи расширяется. Кроме перечисленных мероприятий, проводится интубация при отравлениях. Машины СМП типа подвижной станции интенсивного лечения, кроме необходимого медицинского оборудования, снабжены инструментом для высвобождения пострадавших от механического сдавления; имеются приспособления для передачи ЭКГ на расстоянии. Персонал – обычно два ЕМТ-Р; при необходимости в бригаду вводятся медицинская сестра по уходу, врачи различных специальностей. Объем медицинской помощи: первая медицинская помощь в полном объеме, инфузионная терапия, эндотрахеальная интубация, медикаментозная терапия, контроль работы сердца на кардиомониторе [17]. Необходимые дополнительные материально-технические средства и кадры поступают из центров постоянной готовности к катастрофам после информации по радиосвязи.

В Нидерландах в системе СМП существуют такие же, как и в США, три типа машин, но запланировано широкое использование транспорта, принадлежащего полиции и пожарным командам, для перевозки пострадавших в больницы. Весь объем медицинской помощи на догоспитальном этапе проводится специалистами по подготовке аналогичными ЕМТ-1 и ЕМТ-Р. В состав каждой бригады обязательно включается медицинская сестра по уходу за пострадавшими. На месте катастрофы служба СМП организует пункты первой медицинской помощи. Необходимую помощь при работе в условиях катастрофы региональная СМП получает от СМП соседних регионов, медицинской службы гражданской обороны (ГО) регионов и неотложной помощи национальной медицинской службы Красного Креста [1].

Во Франции в состав бригады SAMI входит врач, получивший специальную подготовку в системе SAMI, врач-стажер или медицинская сестра по уходу, водитель автомобиля и радиооператор. Два последних члена бригады – мужчины, как правило полицейские или пожарные, выполняющие по совместительству обязанности санитаров-

носильщиков [18]. Парамедики в выполнении врачебных манипуляций в зоне происшествия и при транспортировке пострадавших в системе SAMI практически не участвуют.

Персонал СМП в Германии, как и представители других служб спасения, должен прибыть в зону катастрофы как можно быстрее и наиболее коротким путем. Медицинская помощь при угрожающих жизни состояниях входит в компетенцию специально подготовленных врачей, но допускается оказание такой помощи специально подготовленными парамедиками [19]. Доставка медицинского персонала в зону катастрофы и последующая транспортировка пострадавших в больницы в системе СМП Германии осуществляется двумя путями. Основной постоянно действующий путь – выезд круглосуточно дежурящих бригад из больницы в зону происшествия. В состав бригады входит специально подготовленный врач, парамедик, сестра по уходу и санитары. Машина СМП, выезжающая на место происшествия, специально оборудована для проведения мероприятий по спасению жизни. Другая (резервная) система включается в действие при возникновении чрезвычайных обстоятельств. В «стратегических» пунктах региона устроены специальные стоянки для машин СМП, оборудованных по типу подвижных станций интенсивной терапии. При необходимости диспетчер вызывает врача и медицинскую бригаду, которые до вызова осуществляют свою постоянную работу, но знают о возможности вызова для выезда в зону происшествия. В некоторых регионах вызывается только врач, который сам управляет резервной машиной.

Вызовы для спасения жизни, в том числе и в случаях катастроф различного масштаба и происхождения, составляют 10–20% среди обращений за неотложной медицинской помощью в Германии. С 1972 г. для доставки специализированных бригад в зону происшествия используются вертолеты. Причиной их вызова в 67% были крупные автотатастрофы, в 25% – происшествия на железной дороге и производстве [20]. Наиболее рациональными считаются вызовы в радиусе  $21 \pm 14$  км от вертолетной площадки. В этих случаях специалисты прибывают в зону происшествия через  $12 \pm 7$  мин после получения вызова и доставляют пострадавших в больницу через  $34 \pm 12$  мин. Время работы в зоне происшествия –  $16 \pm 6$  мин. Эффективность характеризуется такими показателями: у 26% пострадавших «жизнь была спасена» в зоне происшествия и они были в стабилизированном состоянии доставлены в больницу. О тяжести травм свидетельствует тот факт, что 26% пострадавших погибают при транспортировке [20].

Экспертный анализ действий бригад СМП при катастрофах различного происхождения показал необходимость детальной теоретической проработки всей технологической цепочки оказания помощи и закрепления навыков на учебно-тренировочных занятиях.

Отработка действий системы СМП в условиях катастроф на учениях имеет чрезвычайно важное значение: здесь не только проверяется реальность конкретного регионального плана предварительной готовности к катастрофам, но и отрабатывается взаимодействие как отдельных звеньев, так и всей системы СМП с представителями других специальных служб [21, 22, 23]. В приведенных работах подробно разбираются вопросы методологии проведения учений с имитацией различных технологических аварий и стихийных бедствий. Для иллюстрации целесообразности участия системы СМП региона в учениях и экспертной оценки их результатов проанализируем имеющиеся сообщения [21, 22]. В обоих случаях имитировалась авиакатастрофа. В работе J.J. Thloret [23] изучалась в канадском городе с населением 230 000 человек реальность комплексного плана предварительной готовности к работе в условиях катастрофы спасательных служб, включая медицинские. Над составлением плана около 2 лет работали 30 человек, представлявшие 19 организаций и служб города, привлекаемых по плану к участию в работах по ликвидации последствий катастрофы. По сценарию катастрофы пассажирский

самолет днем упал в центральной части города. Не вдаваясь в детали экспертной оценки результатов учений, подчеркнем, что после них для ликвидации недостатков плана предварительной готовности к работе в условиях катастроф потребовалась энергичная работа в течение 2 лет как уже существовавшей группы планирования, так и других привлеченных организаций. Задачи учения, анализируемого в работе М.Е. Eisner и соавт. [24], были менее масштабны: изучалась реакция системы региональной СМП на авиакатастрофу в пределах аэропорта. Специализированный травматологический центр располагался недалеко от аэропорта. По высокоскоростной автотрассе автомобиль из аэропорта прибывал в травматологический центр через 15 мин. Экспертная оценка учений показала, что 53% пострадавших были доставлены из зоны катастрофы в травматологический центр через 1 час 30 мин после получения травмы. Была доказана необходимость использования вертолетов для транспортировки пострадавших из аэропорта в специализированный травматологический центр и обязательного участия его специалистов в оказании помощи пострадавшим в аэропорту. Эксперты установили, что рациональное использование бригадами СМП имевшегося в их распоряжении оборудования и инфузионной терапии повысило бы выживаемость пострадавших на 50%.

Участие системы СМП в разработке конкретных региональных планов защиты населения от катастроф и стихийных бедствий, отработка действий при катастрофах в процессе проведения целенаправленных учений, постоянное совершенствование практических навыков работы в чрезвычайных условиях в учебно-тренировочных центрах включается по рекомендациям международных организаций, разрабатывающих проблемы оказания помощи при катастрофах, в систему экспертной оценки действий медицинской службы в условиях реальной катастрофы. Реальную помощь пострадавшим в чрезвычайных условиях могут оказывать люди, которые постоянно в повседневной работе сталкиваются с аналогичными проблемами. Таким образом, международный опыт работы по оказанию медицинской помощи в условиях катастрофы характеризуется движением от импровизированных мероприятий в момент катастрофы и после нее к четко продуманным, заранее подготовленным и скоординированным действиям, и становится понятной необходимость строгой регламентации действий всех служб спасения, в том числе и государственной службы СМП.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 MacFarlane C., Benn C.A. Evaluation of emergency medical systems: a classification to assist in determination of indicators / C. MacFarlane, C.A. Benn // *Emerg. Med. J.* – 2003. – Vol. 20, N 2. – P. 188–191.
- 2 Le Duff F., Muntean C., Cuggia M., Mabo P. Provision for emergency medicine care for crowds // *Medinfo.* – 2004. – N 11 (P. 2). – P. 1256–1259.
- 3 McKenna M. Debate rages over the "Future of Emergency Medicine" / M. McKenna // *Ann. Emerg. Med.* – 2006. – Vol. 48, N 2 – P. 138–140.
- 4 Trzeciak S., Rivers E.P. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health // *Emerg. Med. J.* – 2003. – Vol. 20, N 5. – P. 402–405.
- 5 Arnold J.L. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide // *Ann. Emerg. Med.* – 2007. – Vol. 33, N 1. – P. 97–103.
- 6 Pozner C.N., Zane R., Nelson S., Levine M. International EMS Systems: The United States: past, present, and future // *Resuscitation.* – 2004. – Vol. 60. – P. 239–244.
- 7 Trzeciak S., Rivers E.P. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health // *Emerg. Med. J.* – 2003. – Vol. 20, N 5. – P. 402–405.
- 8 Bache J. Emergency medicine: past, present, and future. // *J. R. Soc. Med.* – 2005. – Vol. 90. – P. 255–258.



- 9 *Fatovich D.M., Hirsch R.L.* Entry overload, Emergency department overcrowding, and ambulance bypass // *Emerg. Med. J.* – 2003. – Vol. 20. – P. 406–409.
- 10 *Kroum R.L.* Organizing the emergency department // *Emergency medicine care* / edits. Lildga G.P., Suor R. – M.: Медицина, 2001. – С. 38–59.
- 11 *Heyworth J., Anderson J.* Reforming Emergency Care / J. Heyworth, J. Anderson // *Emerg. Med. J.* – 2001. – (Suppl. IT. – November).
- 12 *Kilner T.D.* Trige decisions of prehospital emergency health care providers, using a multiple casualty scenario paper exercise // *Emerg. Med. J.* – 2002. – Vol. 19, N 4. – P. 348–353.
- 13 *Kirch T.D., Holliman C.J., Hirston J.M.* The development of international emergency: a role for US emergency physicians and organizations // *Acad. Emerg. Med.* – 2008. – Vol. 4, N 10. – P. 996–1001.
- 14 *Zakr M., Wardrope J.* Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution // *J. Accid. Emerg. Med.* – 2000. – Vol. 17. – P. 314–319.
- 15 *Asplin B.R., Magid D.J., Phodes K.V., Solberg L.I., Lurie N., Camargo C.A.Jr.* A conceptual model of emergency department crowding // *Ann. Emerg. Med.* – 2003. – Vol. 42, N 2. – P. 181–184.
- 16 *Gomes E., Araujo R., Soares-Oliveira M., Peneira N.* International EMS systems: Portugal // *Resuscitation.* – 2004. – Vol. 62. – P. 257–260.
- 17 *Kelly A.M., Currell A.* Do ambulance crews with one advanced paramedic skills officer have longer scene times than crews with two // *Emerg. Med. J.* – 2002. – Vol. 19, N 2. – P. 152–154.
- 18 *Adnet F., Lapostolle F.* International EMS Systems: France // *Resuscitation.* – 2004. – Vol. 63. – P. 7–9.
- 19 *Platz Elke, Tareg Bey, Frank G. Walter.* International report: current state and development of health insurance and emergency medicine in Germany. The influence of health insurance laws on the practice of emergency medicine in a European country // *J. Emerg. Med.* – 2003. – Vol. 25 (Issue 2). – P. 203–210.
- 20 *Domres B., Schauwecker H., Rohrmann K., Roller C., Maier G.W., Manger L.* The German approach to emergency // *Disaster management* // *Med. Arh.* – 2000. – T. 54, N 4 – P. 201–203.
- 21 *Spait D.W., Criss E.A., Valenzuela T.D., Meislin H.W.* Developing a foundation for the evaluation of expanded-scope EMS: a window of opportunity that cannot be ignored // *Ann. Emerg. Med.* – 1997. – Vol. 30, N 6. – P. 791–796.
- 22 *Holroyd B.R., Knopp R., Kallgeng J.* Medical control quality assurance in prehospital care // *JAMA.* – 2006. – Vol. 256. – P. 1027.
- 23 *Theoret J.J.* // *Canad. Med. Ass. J.* – 1986. – Vol. 15, N 8. – P. 927–930.
- 24 *Eisner M.E., Waxman K., Mason S.R.* // *Amer. J. Surg.* – 1985. – Vol. 150, N 3. – P. 321–323.

## Тұжырым

*А.Ш. Ибраева, Г.К. Кайсова*

### АПАТ ЖАҒДАЙЛАРЫНДА ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Апат жағдайларында медициналық көмекті ұйымдастыру бойынша халықаралық және ұлттық тәжірибе нақты ойластырылған, ерте дайындықты және үйлестірілген әрекетті, барлық құтқару әрекеттерінің, сонымен қатар мемлекеттік жедел медициналық көмек қызметінің қатаң тәртіп жүйесімен сипатталады.

## Summary

*A.Sh. Ibrayeva, G.K. Kausova*

### ORGANIZATION OF RENDERING EMERGENCY MEDICAL SERVICE IN THE CONDITIONS OF ACCIDENTS

The international and national experience on rendering medical care in the conditions of accident is characterized to accurately thought over, in advance prepared and coordinated actions, a strict regulation of actions of all services of rescue, including public service of the emergency medical service.

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ  
КАК ОСНОВА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ  
ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ  
НА РАБОЧИХ И ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ**

*Аннотация.* В статье дается определение гигиенического проектирования как системы, состоящей из комплекса последовательных действий, направленных на предупреждение отрицательного воздействия химических и физических факторов на рабочих, людей, проживающих вблизи промышленных объектов и окружающую среду. Предложено создание пакета нормативно-технической и методической документации, обеспечивающей функционирование гигиенического проектирования как целостной системы.

*Ключевые слова:* нормы, проектирование, реакции, факторы, производство, нормативы.

Предупреждение техногенного воздействия на людей явилось основополагающим фактором становления гигиены как науки в современном техногенном обществе. В связи с этим предупреждение отрицательного воздействия на здоровье людей производственных факторов является первостепенной задачей любого государства. В Казахстане это нашло отражение в Законе «О техническом регулировании» [1] и Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» [2].

Ранее в СССР для решения этой задачи был предусмотрен предупредительный санитарный надзор при подготовке проектов промышленных предприятий и их строительстве. Впоследствии эта практика в силу необходимой реорганизации санитарной службы перестала быть востребованной. Частично этот пробел восполнила практика экологического проектирования.

К настоящему времени экологическое проектирование представляет собой комплекс проектных разработок, необходимых при решении задач в сфере охраны окружающей среды и природопользования. Такое проектирование обязательно для эксплуатируемых и строящихся объектов различного назначения.

Экологическое проектирование включает в себя такие этапы разработок, как:

- оценка воздействия на окружающую среду (ОВОС);
- перечень мероприятий по охране окружающей среды;
- расчет санитарно-защитной зоны (СЗЗ).

На практике ОВОС основывается на имеющемся проекте вновь создаваемого промышленного объекта или проекта, где указывается перечень факторов, способных оказывать вредное воздействие на окружающую среду. В дальнейшем экологическое проектирование подразумевает оценку эффективности предложенных мероприятий по охране окружающей среды. Расчет СЗЗ в основном проводится только на основании имеющихся гигиенических нормативов уровня химических загрязнителей, реже проводится оценка воздействия физических факторов. При этом экологическое проектирование основывается исключительно на имеющихся гигиенических нормативах.



Но оно не предназначено для решения гигиенических проблем, которые всегда имеют место при вводе в эксплуатацию новых промышленных объектов.

Такое состояние дел определяет необходимость гигиенического проектирования как одного из видов практической деятельности, направленной на удовлетворение потребностей людей. Для обеспечения эффективности гигиенического проектирования логичным представляется наличие законодательной базы, подкрепленной нормативно-технической и методической документацией.

К настоящему времени имеется законодательная база гигиенического проектирования, функцию нормативно-технической документации продолжают исполнять санитарные нормы и правила, санитарно-эпидемиологические правила и нормы, технические регламенты для определенных видов деятельности. Методическая документация также имеется и постоянно совершенствуется. Однако очевидно, что имеется проблема отсутствия формулировки понятия гигиенического проектирования и системного подхода в его формировании.

Гигиеническое проектирование является системой, состоящей из комплекса последовательных действий, направленных на предупреждение отрицательного воздействия химических и физических факторов на рабочих, людей, проживающих вблизи промышленных объектов, и окружающую среду.

Гигиеническое проектирование включает в себя следующие этапы:

1. Анализ химических и физических факторов, образующихся при ведении технологического процесса.
2. Анализ опасности воздействия имеющихся химических и физических факторов на здоровье рабочих, людей, проживающих вблизи предприятий и состояние окружающей среды.
3. Расчет уровня потенциального воздействия химических и физических факторов при внедрении технологического процесса.
4. Оценка эффективности предполагаемых типов защиты рабочих и окружающей среды в сопоставлении с мировым опытом.
5. Расчет эффективности защиты рабочих и окружающей среды от воздействия химических и физических факторов при внедрении технологического процесса.
6. Анализ возможностей повышения производительности и эффективности производственного процесса.
7. Анализ возможностей повышения эффективности защиты рабочих и окружающей среды от воздействия химических и физических факторов.

Анализ химических факторов, образующихся при ведении технологического процесса, подразумевает установление всех химических реакций, происходящих при получении определенного продукта. При этом следует учитывать возможность реакций, которые являются артефактами технологического процесса. Этот анализ дает возможность определить наличие всех химических факторов, которые могут воздействовать на людей в ходе технологического процесса и при возникновении внештатных ситуаций. На этом этапе целесообразно обозначить наличие веществ, которые не нормируются в воздухе рабочей зоны, так как их наличие также должно учитываться при определении опасности производства.

Наличие физических факторов, необходимых для осуществления технологического процесса определяется условиями ведения технологического процесса. Также требуется оценка воздействия метеорологических факторов и других физических факторов, обусловленных непосредственным расположением предполагаемого производства.

Анализ опасности воздействия имеющихся химических и физических факторов включает в себя установление класса опасности имеющихся химических факторов, оценку особенностей токсического действия химических веществ, определение степени опасности их воздействия на окружающую среду. При этом следует особое внимание обратить на наличие веществ, на которые не установлены гигиенические нормативы и нет достаточного количества сведений об их токсических свойствах.

При оценке опасности физических факторов особое внимание следует обращать на специфические характеристики, не отмеченные в гигиенических нормативах, такие как волновые характеристики, импульсность воздействия и т.п.

Расчет уровня потенциального воздействия химических и физических факторов подразумевает количественную оценку образования определенных химических веществ в ходе технологического процесса и соответственно уровня воздействия необходимых и сопутствующих физических факторов. При этом также необходимо моделирование потенциальных аварийных ситуаций, что также определяет безопасность производственной деятельности человека и опасность загрязнения окружающей среды.

Оценка эффективности типов защиты рабочих и окружающей среды определяется степенью изоляции самого технологического процесса. На этом этапе следует оценивать само технологическое решение изоляции вредного производственного фактора. При этом оценивается надежность технологического решения и мировой опыт в решении существующей проблемы.

Расчет эффективности является достаточно сложной проблемой, поскольку система такого расчета не всегда объективна. Такой расчет должен быть стандартизован. На основании унифицированной методики расчета, несомненно, возможны объективная оценка эффективности защиты и сопоставление с другими образцами.

Анализ возможностей повышения производительности и эффективности производственного процесса также является существенным аспектом гигиенического проектирования, поскольку непосредственно влияет на возможности повышения выпуска продукции и модернизацию производственного процесса и соответственно определяют опасность возникновения внештатных ситуаций на производстве.

Анализ возможностей повышения эффективности защиты рабочих и окружающей среды от воздействия химических и физических факторов непосредственно связан с анализом эффективности производственного процесса. Это обусловлено тем, что при повышении эффективности ведения производственного процесса снижается образование артефактов и тем самым количество воздействующих на рабочих производственных факторов.

Несомненно, что при гигиеническом проектировании следует оценивать эргономические характеристики условий производства. Однако этот аспект гигиенического проектирования обладает высокой специфичностью в зависимости от характера производственной деятельности и требует специального рассмотрения.

В целом для повышения эффективности обеспечения безопасности промышленного производства для рабочих и окружающей среды целесообразно наличие нормативно-технической документации, содержащей основы гигиенического и экологического проектирования, а также наличие методической базы проведения расчетов уровней воздействия химических и физических факторов, оценку эргономических характеристик производственной деятельности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 О техническом регулировании: Закон Республики Казахстан от 09.11.2004 № 603-ІІ.
- 2 О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан, утвержденный Президентом Республики Казахстан 18 сентября 2009 г.

### Тұжырым

*В.А. Узбеков, А.А. Белоног*

#### ЖҰМЫС ЖӘНЕ ҚОРШАҒАН ОРТАҒА ҚАУІПТІ ӨНДІРІСТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ ТЕРІС ӘСЕРІН ЕСКЕРТУ НЕГІЗІНДЕ, ГИГИЕНАЛЫҚ ЖОБАЛАУ

Бұл мақалада гигиеналық жобаға анықтама берілген, яғни қоршаған орта мен өндірістік орындарға жақын тұратын адамдарға, жұмысшыларға химиялық және физикалық факторлардың тигізетін теріс әсерін ескертуге негізделген. Гигиеналық жобалауды толық жүйе ретінде жүргізетін, нормативті-техникалық және әдістемелік құжаттардың толық жинағын жинау ұсынылды.

### Summary

*V.A. Uzbekov, A.A. Belonog*

#### HYGIENIC DESIGN, AS A BASIS FOR PREVENTION EFFECTS OF HARMFUL OCCUPATIONAL FACTORS AT WORKERS AND THE ENVIRONMENT

In the article defines the hygienic design as a system composed of a set of cohesive actions aimed at preventing the negative impact of chemical and physical factors at workers, people lived near industrial facilities, and environment. It is offer to create a package of normative-technical and methodological documentation for operation of hygienic design as an integrated system.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616-053.2

*С.М. АЛЬМУХАМБЕТОВА*

*Алматинская региональная детская больница*

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

##### (Обзор литературы)

*Аннотация.* В статье представлены современные сведения о бронхолегочной дисплазии у новорожденных (клиника развития заболевания, осложнения, лечение, профилактика, прогноз).

*Ключевые слова:* хроническое заболевание легких в раннем возрасте, бронхолегочная дисплазия, недоношенные дети, новорожденные дети, масса тела, осложнения.

По данным официальной статистики, болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей и подростков, существенно влияя на показатели уровня младенческой смертности. Чрезвычайно важна проблема бронхолегочных заболеваний у новорожденных. Это связано с тем, что данная патология является наиболее распространенной формой среди хронических заболеваний легких в раннем возрасте [1] и второй по частоте после бронхиальной астмы в последующие периоды детства [2]. Развитие перинатальной медицины, совершенствование

методов интенсивной терапии и респираторной поддержки новорожденным позволили повысить выживаемость недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Вследствие этого возросла и проблема формирования у данного контингента больных хронического заболевания легких (ХЗЛ).

Бронхолегочная дисплазия (бронхопульмональная дисплазия (БЛД) код в МКБ–10 Р 27.0) – это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом у глубоко недоношенных детей, в результате проведения интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома и/или пневмонии, протекающее с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/или нарушением репликации альвеол [3].

Термин БЛД был предложен W.J. Northway в 1967 году на основании наблюдения и анализа рентгенограмм и патологоанатомических заключений 32 недоношенных детей, находившихся на ИВЛ [5]. Критерии БЛД были предложены E. Bankalary в 1979 году, которые включают: указания в анамнезе больного на проведение ИВЛ в течение первых трех дней жизни, сохранение в возрасте 28 суток жизни симптомов дыхательной недостаточности (тахипноэ, хрипы при auscultации, ретракция грудной клетки при дыхании и др.), характерные рентгенологические изменения, необходимость в кислородной поддержке для поддержания уровня  $pO_2$  более 50 мм рт. ст. [2].

До настоящего времени данные о эпидемиологии БЛД отсутствуют. В литературе имеются указания на зависимость частоты развития БЛД от массы тела при рождении и гестационного возраста. Так, средняя частота данной патологии у детей с массой тела при рождении менее 1000 граммов составляет 15–44 %, 1000–1500 – 3–16%, свыше 2000 граммов – 1% [4, 5]. По данным P.A. Farell и J.M. Fiascome (1998), БЛД формируется в 26,3% случаев при массе 500–750 граммов, в 13,1% – 750–1000 граммов, в 45% – 1000–1500 граммов, в 8,1% – более 1500 граммов [6]. Таким образом, риск развития заболевания возрастает с уменьшением массы тела и гестационного возраста. Частота БЛД в среднем составляет 20% от новорожденных, нуждавшихся в длительной ИВЛ [7, 8].

Так как в настоящее время БЛД рассматривается как полиэтиологическое заболевание, то факторами, способствующими её развитию будут следующие:

1. Незрелость анатомических структур легкого, системы сурфактанта и антиоксидантной системы легких недоношенного ребенка [9].

2. Токсическое действие кислорода, сопровождающееся некрозом эпителия дыхательных путей [10].

3. Баротравма легких, обусловленная механической ИВЛ [11, 12].

4. Респираторные расстройства, по поводу которых проводится ИВЛ: могут быть как первичными – синдром дыхательных расстройств, болезнь гиалиновых мембран, ателектаз, болезни утечки воздуха, так и вторичными – апноэ [13, 14, 15], а также болезни сердечно-сосудистой системы, особенно с обогащением малого круга кровообращения [16].

5. Инфекционный процесс в результате колонизации дыхательных путей такими микроорганизмами, как *Chlamydia trachomatis* [17, 18], *Ureaplasma urealyticum* [19, 20, 21, 22, 23], *Mycoplasma hominis* [22], цитомегаловирус [24], *Pneumocystis carinii* [25], а также внутрибольничной флорой [5].

6. Отек легких вследствие избыточного объема инфузионной терапии, нарушения выведения жидкости, открытого артериального протока [16].

7. Легочная гипертензия вследствие фиброзных изменений артерий легкого [26, 27, 6].

8. Наследственная предрасположенность (мужской пол, бронхиальная астма в семейном анамнезе) [28, 29, 30].

9. Гиповитаминозы А и Е, дефицит селена, серосодержащих аминокислот, развивающиеся у детей, находящихся на парентеральном питании [2].

W.J. Northway (1967) описал 4 рентгенологические стадии развития БЛД. В первой стадии (1–3 день), соответствующей картине синдрома дыхательных расстройств, выявляется нежная нодозно-ретикулярная сеть, положительная воздушная бронхограмма; вторая стадия (4–10 день) отражает нарастание легочного отека, что проявляется уменьшением прозрачности легкого, нечеткостью контуров сердечной тени, но главные бронхи еще воздушны. В третьей стадии (10–20 день) образуются мелкокистозные просветления («губка», «пузыри»), контур сердца визуализируется, эта стадия отражает начинающийся фиброз легочной стромы. Если данные изменения сохраняются более одного месяца, развивается IV стадия – хроническая БЛД, при которой выявляются кардиомегалия, линейные и лентообразные уплотнения (участки фиброза), чередующиеся с зонами просветления за счет эмфиземы. Таким образом, типичные рентгенологические изменения появляются только на третьей неделе [16, 5, 13].

Согласно результатам патологоанатомических исследований, выделяют 4 стадии развития БЛД, совпадающие с рентгенологической картиной [15]. В первые три дня жизни (I стадия) отмечается типичный респираторный дистресс-синдром. В течение последующих дней первой недели жизни (II стадия) происходит деструкция клеток альвеолярного эпителия и эндотелия капилляров, развивается отек интерстициального и периваскулярного пространств, наблюдается некроз бронхиол, сквамозная метаплазия, гипертрофия гладкой мускулатуры, исчезновение клеток мерцательного эпителия. На 2–3 неделе (III стадия) увеличивается число макрофагов, плазмочитов и фибробластов. Повреждаются бронхиолы различного порядка, что в тяжелых случаях приводит к облитерирующему бронхиолиту. В последующую неделю выявляются зоны ателектазов с интерстициальным и перибронхиальным фиброзом в сочетании с очагами эмфиземы (IV стадия). В стенках альвеол увеличивается число ретикулярных, коллагеновых эластических волокон, структура которых нарушена [10]. Закономерно развивается эмфизема легких, обусловленная тремя механизмами: рубцами, появляющимися вследствие перерастяжения нефиброзированного легкого; нарушением процесса мультимпликации альвеол в отдельных участках (гипопластическая форма эмфиземы); деструкцией в результате воспаления и разрушения стенки альвеол и капиллярного русла, структурных изменений легочной артерии. В итоге развивается легочная гипертензия, в тяжелых случаях – легочное сердце.

Данные стадии (последовательная смена отека, некроза, воспаления, фиброза и компенсаторно-деструктивной эмфиземы) отражают течение процесса регенерации легких после дыхательной недостаточности, который представляется как конкуренция процессов роста эпителия и восстановления нормально функционирующей легочной ткани и гиперпродукции интерстициальных фибробластов, ведущей к фиброзу. БЛД в IV стадии – вариант хронической обструктивной болезни легких.

Согласно принятой в 2008 году на 18-м Российском конгрессе по болезням органов дыхания в г. Екатеринбурге новой рабочей классификации бронхолегочных заболеваний у детей, БЛД подразделяют по форме (классическая и новая), тяжести и периоду болезни (обострение, ремиссия).

«Классическая, или тяжелая» БЛД представляет собой тяжелую форму данной патологии [12], которая в настоящее время встречается редко. Для нее характерны следующие изменения морфологии легких: инфильтрация клетками воспаления, чередование перераздутых участков с участками ателектазов и фиброза, некротизирующий бронхиолит, перибронхиальный фиброз, гипертрофия гладкой мускулатуры в стенке дыхательных путей и сосудов [22]. Данная форма БЛД характеризуется повышенным сопротивлением дыхательных путей за счет их воспаления и гиперреактивности. Течение заболевания часто осложняется вирусными и бактериальными инфекциями дыхательных путей, что приводит к развитию бронхообструктивного синдрома (БОС) с ДН и дополнительному повреждению легких, обуславливающему длительную заболеваемость [11].

Дети с «новой, или легкой» формой БЛД имеют РДС легкой степени тяжести или вообще его не развивают. Они не нуждаются в длительной ИВЛ и высоких концентрациях  $O_2$ , и хорошо отвечают на введение экзогенного сурфактанта, что приводит к быстрой нормализации функции легких [20]. Изменения на рентгенограмме у данной группы пациентов, как правило, менее выражены, и респираторные инфекции на первом году жизни переносятся легче, у них реже отмечается развитие бронхообструктивного синдрома. М.А. Rojas et al. (1995) и Charafeddine L. et al. (1999) обнаружили, что в этой группе больных открытый артериальный проток и нозокомиальная инфекция играют важную роль в формировании хронической патологии легких [20, 23].

В возрасте до 28 суток жизни диагноз БЛД не может быть установлен, в эти сроки правомочны такие формулировки, как «формирование БЛД» или «группа риска». В качестве самостоятельного диагноза БЛД выставляется у детей в возрасте только до 3 лет.

Осложнениями БЛД являются следующие состояния: ателектазы [16]; пневмоторакс [5]; правожелудочковая сердечная недостаточность [16, 27]; хроническое легочное сердце [16]; хроническая дыхательная недостаточность [4]; легочные инфекции трахеобронхомаляция [16]; рецидивирующий обструктивный бронхит и бронхиальная астма [7, 42, 13]; эпизоды гипоксии; артериальная гипертензия [27]; задержка роста и отставание физического развития; задержка нервно-психического развития; перинатальное поражение нервной системы.

Летальность при БЛД на первом году жизни составляет 23–36%.

Профилактика БЛД включает мероприятия, направленные на профилактику преждевременных родов (токолитики), СДР (гормональная терапия матери и заместительная терапия препаратами сурфактанта), собственно БЛД (сокращение минимума длительности ИВЛ, щадящие режимы ИВЛ, ограничение объема жидкости, раннее закрытие гемодинамически активного артериального протока, назначение дексаметазона).

В постнатальном периоде необходимо проводить профилактику вирусных и бактериальных инфекций в связи со сниженным респираторным резервом и высокой частотой бронхообструктивного синдрома у детей с БЛД.

В лечении БЛД основные стратегии для терапевтических и профилактических вмешательств основаны на методологии доказательной медицины, а именно на рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ). Выделяют 4 группы вмешательств:

1. Снижающие частоту развития БЛД. К лечебным стратегиям относят: раннее профилактическое введение сурфактанта; кислородотерапия для поддержания сатурации на уровне 92–95%, а для детей с легочной гипертензией – 94–96%; высокочастотная струйная вентиляция легких; кофеин; системные стероиды; витамин А.



2. Не оказывающие положительного действия на частоту развития БЛД, но позволяющие снизить сроки проведения ИВЛ, предупредить кислородозависимость и предотвратить частые осложнения. К лечебным стратегиям относят: пациент-триггерная вентиляция; медикаментозное закрытие открытого артериального протока; применение бронхолитиков и ингаляционных глюкокортикостероидов; введение специфического иммуноглобулина против респираторно-синтициального вируса (RVS).

3. Не влияющие на частоту развития БЛД. К лечебным стратегиям относят: антенатальное применение стероидов, рилизинг-фактора тиреотропного гормона; лечебное применение сурфактанта; применение полиненасыщенных жирных кислот, супероксиддисмутазы, диуретиков; ограничение жидкости.

4. Методы, в отношении воздействия которых убедительных данных пока не получено, но продолжают РКИ. К лечебным стратегиям относят: высокочастотная осцилляторная вентиляция; постоянное положительное давление в дыхательных путях через носовые катетеры (NCPAP); антибиотикотерапия колонизации *U. Urealyticum*; применение NO; раннее назначение инфузии аминокислот.

Таким образом, прогноз при БЛД серьезный. Он приводит не только к пожизненному нарушению функции легких, но также представляет существенные факторы риска нарушения психомоторного развития данного контингента детей.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Овсянников Д.Ю., Давыдова И.В. Бронхолегочная дисплазия: вопросы терминологии и классификации // Росс. педиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С.18–23.

2 Bankalary E., Abdenour G.E., Feller R., Gannon G.J. Bronchopulmonary dysplasia clinical presentation // Pediatrics. – 1979. – V. 95. – P. 819–823.

3 Davis J.M., Rosenfeld W.N. Bronchopulmonary dysplasia // MacDonald M.G., Seshia M.M.K., Mullert M.D. eds. Avery's Neonatology: 6th. Ed. – N. – Y.: Lippincott Williams Wilkins. – 2005. – P. 578–599.

4 Jobe A.H. The new BPD: an arrest of lung development // Pediatr. Res. – 1999. – V. 46. – P. 641–657.

5 Northway W.H. Jr. Pulmonary disease following respiratory therapy of hyaline membrane disease // N. Engl. J. Med. – 1967. – V. 276. – P. 357–368.

6 Cherukupalli K. et al. Biochemical, clinical, and morphologic studies on lungs of infants with bronchopulmonary dysplasia // Pediatr. Pulmonol. – 1996. – V. 22. – P. 215–221.

7 Pierce M.R., Bancalary E. The role of inflammation in the pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia // Pediatr. Pulmonol. – 1995. – V. 19. – P. 371–388.

8 Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Ф., Дегтярева Е.А., Зайцева Э.Р. Бронхолегочная дисплазия в стадии хронической болезни у детей грудного и раннего возраста // Педиатрия. – 2007. – Т. 86, № 4. – С. 35–42.

9 Numazaki K. et al. Chronic respiratory disease in premature infants caused by Chlamydia trachomatis // J. Clin. Pathol. – 1986. – V. 39. – P. 84–88.

10 Sollecito D. et al. Chlamydia trachomatis in neonatal respiratory distress of very reterm babies: biphasic clinical picture // Acta Pediatr. – 1992. – V. 81. – P. 788–791.

11 Хулун Г.Я. и др. Роль колонизации дыхательных путей возбудителями семейства Chlamydiaceae и рода Mycoplasma в развитии бронхолегочной дисплазии у глубоко недоношенных детей // Мат. VI Росс. конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М.: ОВЕРЛЕЙ, 2007. – С. 181–182.

12 Cassell G.H. et al. Association of Ureaplasma Urealyticum infection of the lower respiratory tract with chronic lung disease and death in very low birth weight infants // Lancet. – 1988. – N 2. – P. 240–245.

13 Jonsson B. et al. Neonatal Ureaplasma urealyticum colonization and chronic lung disease // Acta Pediatr. – 1994. – V. 83. – P. 927–930.

- 14 Wang E.E.L., Ohlsson A., Kellner J.D. Association of Ureaplasma urealyticum colonization with chronic lung disease of prematurity: results of a metaanalysis // J. Pediatr. – 1995. – V. 127. – P. 640–644.
- 15 Pacifico L. et al. Ureaplasma urealyticum and pulmonary outcome in a neonatal intensive care population // Pediatr. Infect. Dis. J. – 1997. – V. 16. – P. 579–586.
- 16 Павлова Т.П., Павлов А.Б. Неврологические исходы у новорожденных, потребовавших реанимационной и интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде // III Росс. конгресс «Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия». – М., 2005. – С. 215–216.
- 17 Sawyer M.H., Edwards D.K., Spector S.A. Cytomegalovirus infection and bronchopulmonary dysplasia in premature infants // Amer. J. Dis. Child. – 1987. – V. 141. – P. 303–305.
- 18 Greenough A.S., Kotecha E. Vrijlandt Bronchopulmonary dysplasia: current models and concepts // Eur. Respir. Mon. – 2006. – V. 37. – P. 217–233.
- 19 Борхсениус С.Н., Чернова О.А., Чернов В.М., Вонский М.С. Микоплазмы: молекулярная и клеточная биология, взаимодействие с иммунной системой млекопитающих, патогенность, диагностика. – СПб.: Наука, 2002. – 319 с.
- 20 Шабалов Н.П. Неонатология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – Т. 1. – 608 с.
- 21 Пулин А.М. Роль персистирующей легочной гипертензии в развитии бронхолегочной дисплазии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1997. – 22 с.
- 22 Шабалов Н.П. Неонатология. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – Т. 2. – 640 с.
- 23 Stoll B.J. et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of the NICHD network // Pediatrics. – 2002. – V. 110. – P. 285–298.
- 24 Makhoul R. et al. Epidemiological, clinical and microbiological characteristics of late-onset sepsis among very low birth weight infants in Israel: a national survey // Pediatrics. – 2002. – V. 109. – P. 134–147.
- 25 Смагин А.Ю., Чернышев А.К., Смагин А.Ю. Бронхолегочная дисплазия у новорожденных // Анестезиология и реаниматология. – 2004. – № 1. – С. 71–74.
- 26 Дементьева Ф.М. и др. Этиология, клиника и современные методы лечения госпитальных пневмоний у новорожденных детей. – М., 2005. – 22 с.
- 27 Sobonya R. et al. Morphometric analysis of the lung in prolonged bronchopulmonary dysplasia // Pediatric Research. – 1982. – V. 16. – P. 969–972.
- 28 Старевская С.В. Бронхолегочная дисплазия у детей (факторы риска формирования, клинко-рентгенологические особенности различной степени тяжести заболевания): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 2001. – 21 с.
- 29 Gutierrez K.M., Lauer B.A., Groothuis J.R. Respiratory syncytial virus infection in children with bronchopulmonary dysplasia // Pediatrics. – 1988. – V. 82. – P. 199–203.
- 30 American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivisumab and update on the use of RSV/IGIV // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2000. – V. 9, N 3. – P. 253–254.

### **Тұжырым**

*С.М. Альмухамбетова*

### **ЖАҢА ТУҒАН НӨРЕСТЕЛЕРДЕГІ БРОНХТЫ-ӨКПЕЛІК ДИСПЛАЗИЯ ЖАЙЫНДА ҚАЗІРГІ ТАҢҒЫ КӨРІНІСТЕР**

Аталған мақалада жаңа туған нәрестелердегі бронхты-өкпелік дисплазия жайында қазіргі таңғы мәліметтер көрсетілген (аурудың даму клиникасы, асқынулары, емі, алдын алу шаралары мен болжамдар).

### **Summary**

*S.M. Almuhambetova*

### **MODERN IDEAS OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN INFANTS**

The article presents information on contemporary bronchial dysplasia in infants (clinical development of the disease, complications, treatment, prevention, and prognosis).



Э.К. МУСТАФАЕВА

*Жамбылский областной перинатальный центр*

## ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

### (Обзор литературы)

**Аннотация.** В статье представлены сведения по диагностике, классификации перинатальных поражений нервной системы, описаны клинические проявления, причины и патогенез заболевания, методы лечения и профилактика.

**Ключевые слова:** перинатальные поражения нервной системы, головной мозг плода и новорожденного, клиника, лечение, профилактика, гиподинамия, диффузная мышечная гипертония, патологическое течение беременности, родовой травматизм, асфиксия, внутримозговое кровоизлияние.

Перинатальные поражения нервной системы – группа патологических состояний, обусловленных воздействием на плод (новорожденного) неблагоприятных факторов в антенатальном периоде, во время родов и в первые дни после рождения.

Единая терминология перинатальных поражений нервной системы отсутствует. Обычно применяют термины «перинатальная энцефалопатия», «нарушение мозгового кровообращения», «церебральная дисфункция», «гипоксически-ишемическая энцефалопатия» и т. д. Отсутствие единой терминологии связано с однотипностью клинической картины при различных механизмах поражения головного мозга, что обусловлено незрелостью нервной ткани новорожденного и ее склонностью к генерализованным реакциям в виде отечно-геморрагических и ишемических явлений проявляющихся симптоматикой общемозговых расстройств.

Классификация перинатальных поражений нервной системы предусматривает выделение периода действия вредного фактора, доминирующего этиологического фактора периода заболевания (острый – 7–10 дней, иногда до 1 мес у глубоко недоношенных, ранний восстановительный (до 4–6 мес), поздний восстановительный (до 1–2 лет), период остаточных явлений), степени тяжести (для острого периода – легкая, средняя, тяжелая) и основных клинических синдромов.

**Причины и патогенез.** Основная причина поражения головного мозга у плода и новорожденного – гипоксия, развивающаяся при неблагоприятном течении беременности, асфиксии, а также родовые травмы, гемолитическая болезнь новорожденных, инфекционные и другие заболевания плода и новорожденного. Возникающие при гипоксии гемодинамические и метаболические нарушения приводят к развитию гипоксически-ишемических поражений головного мозга и внутричерепных кровоизлияний. В последние годы в этиологии перинатального поражения ЦНС усматривают влияние внутриутробных инфекций. Механический фактор в перинатальном поражении головного мозга имеет меньшее значение. Основная причина поражений спинного мозга – травмирующие акушерские пособия при большой массе плода, неправильном вставлении головки, тазовом предлежании, чрезмерных поворотах головки при ее выведении, тракции за головку и т. д.

Клиническая картина перинатальных поражений головного мозга зависит от периода заболевания и степени его тяжести (см. табл.).

– В остром периоде чаще развивается синдром угнетения ЦНС (вялость, гиподинамия, диффузная мышечная гипертония и т. д.), реже – синдром перевозбудимости ЦНС (усиление спонтанной мышечной активности, поверхностный беспокойный сон, тремор подбородка и конечностей и т. д.)

– В ранний восстановительный период выраженность общемозговых симптомов уменьшается, и становятся очевидными признаки очагового поражения головного мозга. Основные синдромы раннего восстановительного периода следующие:

- синдром двигательных нарушений проявляется мышечной гипо-, гипер- или дистонией, парезами и параличами, гиперкинезами;

- гидроцефальный синдром проявляется увеличением окружности головы, расхождением швов, увеличением и выбуханием родничков, расширением венозной сети на лбу, волосистой части головы, преобладанием размеров мозгового черепа над размерами лицевого.

– Для вегето-висцерального синдрома характерны нарушения микроциркуляции (мраморность и бледность кожных покровов, переходящий акроцианоз, холодные кисти стопы), расстройства терморегуляции, желудочно-кишечные дискинезии, лабильность сердечно-сосудистой и дыхательной систем и т. д.

– В позднем восстановительном периоде постепенно происходит нормализация мышечного тонуса, статических функций. Полнота восстановления зависит от степени поражения ЦНС в перинатальный период.

– Детей в периоде остаточных явлений можно разделить на две группы: первая – с явными психоневрологическими расстройствами (около 20%), вторая – с нормализацией неврологических изменений (около 80%). Тем не менее нормализация неврологического статуса не может быть равноценна выздоровлению.

#### **Клиническая картина перинатальных поражений головного мозга разной степени тяжести**

| Степень тяжести | Клиническая картина                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Легкая          | Повышение нервно-рефлекторной возбудимости, умеренное повышение и снижение мышечного тонуса рефлексов. Горизонтальный нистагм, сходящееся косоглазие. Иногда через 7–10 дней симптомы нерезкого угнетения ЦНС сменяются возбуждением с тремором рук, подбородка, двигательным беспокойством                                                                                              |
| Средняя         | Обычно вначале появляются симптомы угнетения ЦНС, мышечная гипотония, гиперрефлексия, сменяющиеся через несколько дней гипертонусом мышц. Иногда появляются кратковременные судороги, беспокойство, гиперестезия, глазодвигательные нарушения (симптом Грефе, симптом «заходящего солнца», горизонтальный и вертикальный нистагм и т. д.). Часто возникают вегето-висцеральные нарушения |
| Тяжелая         | Выраженные общемозговые (резкое угнетение ЦНС, судороги) и соматические (дыхательные, сердечные, почечные, парез кишечника, гипофункция надпочечников) нарушения                                                                                                                                                                                                                         |

Клиническая картина травмы спинного мозга зависит от локализации и распространенности поражения. При массивных кровоизлияниях и разрывах спинного мозга развивается спинальный шок (вялость, адинамия, выраженная мышечная гипотония, резкое угнетение или отсутствие рефлексов и др.). Если ребенок остается жив, то становятся более четкими локальные симптомы поражения – парезы и параличи, расстройства функции сфинктеров, падение чувствительности. У детей первых лет жизни

иногда очень сложно определить точный уровень поражения из-за трудностей выявления границы чувствительных нарушений и сложностей дифференциации центральных и периферических парезов.

**Диагностика и дифференциальная диагностика.** Диагноз основывают на анамнестических (социально-биологические факторы, состояние здоровья матери, ее акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и родов) и клинических данных и подтверждают инструментальными исследованиями. Широко используют нейросонографию. Помогают в диагностике рентгенологические исследования черепа, позвоночника, при необходимости – КТ и МРТ. Так, у 25–50% новорожденных с кефалогематомой обнаруживают трещину черепа при родовых повреждениях спинного мозга – дислокацию или перелом позвонков.

Перинатальные поражения ЦНС дифференцируют с врожденными пороками развития, наследственными нарушениями обмена веществ, чаще аминокислот (проявляются только через несколько месяцев после рождения), рахитом (быстрое нарастание окружности), связаны чаще не с началом рахита, а с гипертензионно-гидроцефальным синдромом и вегето-висцеральными нарушениями при перинатальной энцефалопатии) [1–4].

**Лечение.** Лечение в остром периоде. Основные принципы лечения при нарушениях мозгового кровообращения в остром периоде (после проведения реанимационных мероприятий) следующие:

- Ликвидация отека мозга. С этой целью проводят дегидратационную терапию (маннитол, ГОМК, альбумин, плазма, лазикс, дексаметазон и др.).

- Ликвидация или профилактика судорожного синдрома (седуксен, фенobarбитал, дифенин).

- Снижение проницаемости сосудистой стенки (витамин С, рутин, кальция глюконат).

- Улучшение сократительной способности миокарда (препараты магния, панангин).

- Нормализация метаболизма нервной ткани и повышение ее устойчивости к гипоксии (глюкоза, дибазол, альфа-токоферол, актовегин).

- Создание щадящего режима.

**Лечение в восстановительном периоде.** В восстановительном периоде помимо постсиндромной терапии проводят лечение, направленное на стимуляцию роста мозговых капилляров и улучшение трофики поврежденных тканей:

- Стимулирующая терапия (витамины В, В<sub>6</sub>, церебролизин, АТФ, экстракт алоэ).

- Ноотроны (пирацетам, фенибут, пантогам, энцефабол, глицин, аминалон и др.).

- Для улучшения мозгового кровообращения назначают ангиопротекторы (кавинтон, циннаризин, трентал, танакан, сермион, инстенон).

- При повышенной возбудимости и судорожной готовности проводят седативную терапию (седуксен, фенobarбитал, радедорм).

- Физиотерапия, массаж и лечебная физкультура (ЛФК).

Дети с перинатальными поражениями ЦНС должны находиться под наблюдением невролога. Необходимы периодические курсы лечения (по 2–3 мес дважды в год в течение нескольких лет).

**Профилактика.** Профилактика перинатальных поражений нервной системы заключается прежде всего в предупреждении внутриутробной гипоксии плода начиная с первых месяцев беременности. Для этого необходимо своевременное устранение не-

благоприятных социально-биологических факторов и хронических заболеваний женщины, выявление ранних признаков патологического течения беременности. Большое значение также имеют мероприятия по уменьшению родового травматизма.

**Прогноз.** Прогноз при перинатальных поражениях ЦНС зависит от тяжести и характера повреждения ЦНС, полноты и своевременности лечебных мероприятий.

Тяжелая асфиксия и внутримозговые кровоизлияния нередко заканчиваются летально. Тяжелые последствия в виде грубых нарушений психомоторного развития формируются редко (у 3–5% доношенных и у 10–20% глубоко недоношенных детей). Однако практически у всех детей с перинатальным поражением головного мозга, даже легкой степени, длительно сохраняются признаки минимальной мозговой дисфункции – головные боли, речевые расстройства, тики, нарушение координации тонких движений. Для них характерна повышенная нервно-психическая истощаемость, «школьная дезадаптация».

Последствия травмы спинного мозга в родах зависят от тяжести повреждения. При массивных кровоизлияниях новорожденные умирают в первые дни жизни. У выживших после острого периода происходит постепенное восстановление двигательных функций [4–6].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шабалов Н.П. Неонатология. – М., 2006. – Т. 1. – 43 с.
- 2 Шабалов Н.П. Детские болезни. – СПб.: Питер, 2007. – Т. 1. – 105 с.
- 3 Шишко Г.А. Внутритрунная гипоксия. – Минск, 2008. – 62 с.
- 4 Современная терапия в неонатологии / Пер. с англ. – М., 2000. – 37 с.
- 5 Устенович Ю.А. Фармакотерапия в неонатологии: Учебное пособие. – Минск, 2011. – 42 с.
- 6 Шишко Г.А., Устенович Ю.А., Гнедько Т.В., Горетая С.П. Клинические протоколы диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии «ППЦНС»: Учебное пособие. – Минск, 2010. – 154 с.

#### Тұжырым

*Э.К. Мустафаева*

#### ПЕРИНАТАЛДЫҚ НЕРВ ЖҮЙЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ

Мақалада перинаталдық нерв жүйесінің зақымдалуының диагностикасы көрсетілген және олардың клиникалық көріністері, емдеу әдістері жазылған.

#### Summary

*E.K. Mustafayeva*

#### THE PRENATAL LESION OF THE NERVOUS SYSTEM

The paper presents the diagnosis of prenatal lesions of the nervous system and describes the clinical manifestations, methods of treatment.

УДК 614.2

Г.К. КАУСОВА, М.А. ОДАМАНОВ

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

### **(Обзор литературы)**

*Аннотация.* Организационные формы медицинских организаций на селе отличаются от форм медицинской помощи городскому населению. Существующие различия между городом и селом определяются целым рядом факторов.

*Ключевые слова:* организационные формы медицинских организаций, особенности организации сельскохозяйственного производства, сельский врачебный участок, передвижные врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерский пункт, центральная районная больница.

Уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одной из приоритетных в Республике Казахстан.

В советское время в рамках системы централизованного планирования были осуществлены государственные мероприятия по охране здоровья и улучшению медицинского обеспечения сельского населения, проведена работа по развитию сети и укреплению центральных районных и участковых больниц, поликлиник, амбулаторий, станций и отделений скорой и неотложной медицинской помощи (СиНМП), укомплектованию их врачебным и средним медицинским персоналом, оснащению средствами медицинской техники, санитарным автотранспортом.

Однако, как отмечают многие авторы [1, 2], организационные формы медицинских организаций (МО) на селе отличаются от форм медицинской помощи (МП) городскому населению. Существующие различия между городом и селом определяются целым рядом факторов: характер расселения сельских жителей, радиус обслуживания, специфика условий сельскохозяйственного труда и быта на селе и др., которые накладывают определенный отпечаток на характер МП (ее объем и качество) сельским жителям и требуют от органов здравоохранения применения особых организационных форм и методов работы.

Особенности организационных форм МО можно объединить в два блока по группам условий [3, 4].

В первый блок входят те факторы, которые непосредственно связаны с особенностями сельскохозяйственных производств (СХП), к ним относятся:

– характер сельскохозяйственного труда, при котором следует учитывать воздействие на организм сельского труженика факторов, связанных с постоянным контактом с землей, водой, химикатами и др.;

– работа под открытым небом; особенности отдельных видов сельскохозяйственного производства (зерновое хозяйство, технические культуры, животноводство, птицеводство);

- особенности организации сельскохозяйственного производства;
- сезонность сельскохозяйственных работ;
- большой радиус фронта работ и большое расстояние от места жительства до места работы.

Второй блок условий, определяющих особенности организационных форм включает факторы, меняющиеся в ходе развития общества. Их можно назвать временными, к которым принадлежат:

- 1) неравномерность распределения врачей между городом и селом;
- 2) недостаточное развитие специализированной МП;
- 3) недостаточный объем диспансерного (динамического) наблюдения;
- 4) большой радиус обслуживания на врачебном участке.

Н.Я. Копыт и др. [5, 6] подчеркивают, что одними из основополагающих факторов, влияющих на построение сети организаций здравоохранения на селе являются плотность населения и его расселение по территории.

В Казахстане средняя плотность населения составляет 5 человек на 1 км<sup>2</sup>. Наиболее густо населена южная предгорная полоса, где в оазисах поливного земледелия плотность достигает местами до 100 человек на 1 км<sup>2</sup>. Сравнительно высока плотность на севере, в черноземной лесостепной и степной земледельческой полосе – до 20 и более жителей. Однако в западных, центральных и южных частях республики на 1 км<sup>2</sup>. приходится всего 1,4–1,8 человека [7, 8].

Огромная территория Казахстана, разбросанность населенных пунктов и широко развитое животноводство, создают значительные трудности в работе сельских лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, аптечных и других организаций здравоохранения.

С учетом этих особенностей в республике получили широкое применение передвижные формы медицинского обслуживания – санитарная авиация и наземные средства, включающие передвижные врачебные амбулатории, женско-детские консультации, рентгенофлюорографические, зубоврачебные установки, клиничко-диагностические и санитарно-бактериологические лаборатории и др.

Основной особенностью созданной в бывшем СССР системы оказания МП жителям села является ее этапность. МП сельскому населению оказывается комплексом медицинских организаций, начиная от фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) до областных (краевых, республиканских) организаций [9, 10].

Первый этап – сельский врачебный участок (СВУ), объединяющий сельскую участковую больницу (СУБ) или сельскую врачебную амбулаторию (СВА), ФП/ФАП, фельдшерские здравпункты на предприятиях (совхозах), колхозные родильные дома и др.

Второй этап – районные медицинские организации. Ведущей организацией на данном этапе является центральная районная больница (ЦРБ), где оказываются основные виды специализированной МП.

Третий этап – областные (республиканские) лечебно-профилактические организации (ЛПО). Основными медицинскими организациями на этом этапе функционируют консультативные поликлиники, специализированные отделения стационаров, организационно-методические отделы, отделения экстренной и планово-консультативной помощи и прочие структурные подразделения. На третьем этапе сельское население получает все виды высокоспециализированной МП. Кроме того, значительная часть сельского населения получает амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь в городских ЛПО [11, 12].

Этапность в оказании МП сельским жителям преследует цель наиболее полного удовлетворения их потребности не только в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), но и по основным ее видам и по всем узким специальностям.

Роль СВУ в системе ПМСП велика. Проблемы ее рациональной организации и оказания являются одной из самых актуальных организационных и медико-социальных задач современного здравоохранения.

О.П. Щепин с соавторами [13] отмечают, что ПМСП на современном этапе включает в себя все виды амбулаторно-поликлинических организаций (АПО), а также распространяется на деятельность стационаров, так как определенная часть заболевших первично направляются в больницы. В таком понимании ПМСП – не только «передний край», первый этап оказания квалифицированной МП населению, но и основа всей системы здравоохранения.

Введение принципа участковости на селе позволяет поддерживать постоянные контакты организаций здравоохранения с населением, опираться на его поддержку, проводить широкие санитарно-оздоровительные мероприятия с помощью санитарного актива, медицинского персонала, осуществлять диспансеризацию и привлекать к профилактике хозяйственные и общественные организации [14].

Э.Р. Агаев, В.В. Болдырева и др. [15, 16] утверждают, что один из основных разделов деятельности – это сельский врачебный участок (СВУ). СВУ – это организация АПО, которая строится по участково-территориальному принципу. Врачи СВУ ведут прием взрослых и детей, осуществляют вызовы на дому и неотложную помощь. В приеме больных по необходимости принимают участие и фельдшера.

А.Е. Романенко [17] пишет, что в условиях Украины самостоятельная СВА является наиболее рациональной организационной формой на перспективу.

Заслуживает внимания также опыт Республики Молдавия, где разработаны проекты типовых СВА четырех категорий, в которых предусмотрены оптимальные условия для обследования и лечения больных, работы медперсонала. В составе врачебных амбулаторий работают терапевт, педиатр, акушер-гинеколог, стоматолог [18,19].

Н.Я. Копыт [5] считает, что к решению вопроса о формах организации МП сельскому населению следует подходить дифференцированно, в зависимости от имеющихся условий и складывающейся обстановки в различных экономических и географических зонах страны. Для одной группы сельских районов следует планировать крупные СВУ на базе участковых больниц, для другой – формировать СВУ во главе с врачебной амбулаторией для населения 3–4 тыс. человек.

ЦРБ – основное ЛПО на втором этапе оказания МП сельскому населению. В состав ее входят стационар с отделениями по основным специальностям, поликлиника с лечебно-диагностическими кабинетами и лабораторией, отделение СиНМП, патологоанатомическое отделение и вспомогательные структурные подразделения [20, 21].

Важным звеном второго этапа системы внебольничной помощи сельскому населению является районная поликлиника, основными задачами которой определены [22]:

- обеспечение квалифицированной АПО прикрепленного населения района и районного центра;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью амбулаторно-поликлинических подразделений района;
- планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение общей и детской заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности;



– внедрение в практику работы всех АПО района современных средств и методов профилактики и лечения заболеваний, прогрессивных форм организации и оказания АПО.

Критериями конечной оценки деятельности ЦРБ должны быть наиболее полное удовлетворение потребности населения в МП, повышение ее качества и эффективности, снижение заболеваемости и смертности при рациональном использовании кадров, финансовых средств здравоохранения.

Областные (республиканские) больницы – наиболее многопрофильные лечебно-профилактические организации, призванные оказывать в полном объеме высококвалифицированную специализированную помощь жителям области, республики. Они одновременно являются центром организационно-методического руководства медицинскими организациями, размещенными на территории области (республики) и базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медперсонала. Во многих областных больницах функционируют клиники медицинских академий, что способствует повышению качества лечебно-диагностической работы [23].

Мощность областной больницы определяется численностью населения в области, включая областной центр. В настоящее время деятельность большинства областных и республиканских ЛПО характеризуется возросшим уровнем лечебной, консультативной и организационно-методической работы. Этого требуют, во-первых, существенное ухудшение качества медицинской помощи на селе, обусловленное кризисным состоянием сельской экономики, во-вторых, необходимость укрепления их материально-технической базы и совершенствования форм и методов работы.

В ряде областных больниц созданы специализированные центры, оснащенные современной аппаратурой и оборудованием, которые имеют общие лечебные и диагностические кабинеты, что позволяет комплексно обследовать и лечить больных, эффективно использовать медицинскую технику и кадры, организовать диагностический процесс на высоком уровне [24, 25].

В плане приближения специализированной МП к сельскому населению ряд авторов [26, 27] придают важное значение службе СиНМП. Наряду с этим авторы подчеркивают, что организация и совершенствование СиНМП в сельской местности являются важной задачей в системе охраны здоровья тружеников села. Данная служба является ведущим звеном не только в обеспечении внебольничной МП, но и во всем комплексе оказания МП сельскому населению.

В зависимости от характера расселения сельских жителей, расположения ЛПО, состояния дорог, наличия транспортных средств, климатогеографических условий используются разные формы организации СиНМП сельскому населению. Это – самостоятельные станции СиНМП, обслуживающие как жителей районного центра, так и население периферии района с филиалами (подстанциями) на базе крупных участковых больниц. Другой формой организации являются отделения СиНМП при ЦРБ [28].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мейрманов Ж. Для будущих поколений // Казахстанская правда – 2002, 3 дек.
- 2 Алиев М.А. Проблемы сельского здравоохранения и возможные пути их решения // Здравоохранение Казахстана. – 1999. – № 5–6. С. 12–15.
- 3 Шегирбаева К.Б. Динамика и региональные особенности медико-демографических показателей в Казахстане // Материалы 2-й Республиканской науч.-практ. конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» (3–4 июня 2002 г). – Алматы, 2002. – С. 327–330.

4 *Тимонин В.М., Шиган Е.Н.* Отраслевая автоматизированная система управления здравоохранением (ОАСУ-здравоохранение) // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения (ред. Ю.П. Лисицына). – М.: Медицина, 2000. – С. 77–109.

5 *Копыт Н.Я.* Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению // Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения (редакция Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 2004. – С. 177–205.

6 *Венедиктов Д.Д., Киселев А.С., Петровский А.М.* и др. Системное моделирование здравоохранения // Материалы Международного симпозиума по динамическому моделированию. – Вена, МИПСА, 2001. – С. 43–48.

7 *Жук А.П.* Планирование здравоохранения в СССР. – М.: Медицина, 1968. – 343 с.

8 *Попов А.Г.* Вопросы теории и методики планирования. – М.: Медицина, 1999. – 368 с.

9 *Кант В.И.* Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения. – М.: Медицина, 1978. – 135 с.

10 *Комаров Б.Д., Арбаков А.И.* Планирование службы скорой медицинской помощи // Основы организации скорой медицинской помощи. – М.: Медицина, 1988. – С. 107–129.

11 *Назарбаев Н.А.* Здоровье казахстанцев – важнейший приоритет // Казахстанская правда. – 2007, 5 дек.

12 *Петров П.П., Калжеков Т.К.* Проблемы организации медицинской помощи сельскому населению. – Алма-Ата, 1990. – 305 с.

13 *Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В.* Теоретические и организационные аспекты ПМСП в России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – М., 2006. – № 2. – С. 3–7.

14 Об охране здоровья и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 № 193-IV ЗРК.

15 *Агаев Э.Р., Болдырева В.В.* Сельский врачебный участок. – М.: Медицина, 1989. – 175 с.

16 *Голяченко А.М., Обухов А.Т.* Центральная районная больница. – Киев: Здоров'я, 1991. – 112 с.

17 *Романенко А.Е.* Дальнейшее совершенствование медицинской помощи населению // Советское здравоохранение. – 1990. – № 2. – С. 3–9.

18 *Жаркинов Е.Ж., Анамбаев И.А., Балук В.И.* Современные проблемы села и задачи профилактической медицины в период рыночных реформ // Гигиена, эпидемиология и иммунология. – 2005. – № 1. – С. 14–17.

19 *Душманов С.Х.* Медицинское обслуживание населения районов отгонного животноводства. – Алма-Ата: Казахстан, 1984. – 112 с.

20 *Петров П.П.* Сельская медицина и здравоохранение: Состояние и пути совершенствования // Советское здравоохранение. – 1991. – № 2. – С. 5–10.

21 *Мамаев А.М.* О медико-санитарном обслуживании населения участков отгонного животноводства // Здравоохранение Казахстана. – 1972. – № 9. – С. 6–9.

22 *Гаджиев Р.С.* Сельский врачебный участок. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.

23 Primary Health Care, Reform of the International Conference of Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978. – Geneva, World Health Organisation, 1978. Deklaration of Alma-Ata.

24 *Тестемицану Н.А., Пасечник И.И., Гутцул В.И.* и др. Методические подходы к проектированию врачебных амбулаторий и доврачебных учреждений // Советское здравоохранение. – 1983. – № 8. – С. 12–20.

25 *Миндлин Я.С.* Центральная районная больница // Социальная гигиена и организация здравоохранения (Под ред. А.Ф. Серенко и В.В. Ермакова). 2-е издание. – М.: Медицина, 2006. – С. 465–467.

26 *Петров П.П.* Центральные районные больницы – основа дальнейшего улучшения специализированной медицинской помощи сельскому населению Казахстана. – 1987. – № 10. – С. 1–8.

27 *Анамбаев И.А.* О состоянии, перспективах развития и реформирования здравоохранения на селе // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы организации сельского здравоохранения в современных условиях» (3–4 октября 1996 г.). – Шымкент, 1996. – С. 35–38.

28 *Ахметов Б.А., Шалаев М.Б.* Роль областной больницы в оказании лечебно-профилактической помощи сельскому населению // *Здравоохранение Казахстана.* – 1999. – № 4. – С. 5–6.

29 *Мукашев Ш.А.* Экономический метод управления как рычаг в повышении эффективности хозяйственной деятельности областной больницы // *Здравоохранение Казахстана.* – 1998. – № 3–4. – С. 8–9.

### **Тұжырым**

*Г.К. Каусова, М.А. Одаманов*

#### **АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ТҮРЛЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Қазіргі кезеңде АМСК барлық амбулаторлық-емханалық ұйымдар түрлерінен тұрады және алғашқы аурушылдықтың бір бөлігі ауруханаға жіберілетіндіктен стационар қызметіне де таратылады. Ауылда бөліктік ұстанымды ендіру әрдайым денсаулық сақтау ұйымдарының халықпен байланысты ұстап тұруға және оның қолдауына мүмкіндік туғызады.

### **Summary**

*G.K. Kausova, M.A. Odamanov*

#### **FEATURES OF ORGANIZATIONAL FORMS OF MEDICAL AND SANITARY SERVICE OF COUNTRY PEOPLE**

Medical and sanitary service present stage includes all types of the out-patient and polyclinic organizations, and extends on activity of hospitals since a certain part of diseases initially go to hospitals. Introduction of the principle of an uchastkovost in the village allows to support continuous contacts of the organizations of health care with the population, to rely on its support.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 614.2

*Г.К. КАУСОВА, А.Ш. ИБРАЕВА*

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК,  
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК*

#### **К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (Обзор литературы)**

*Аннотация.* Затронуты вопросы совершенствования скорой и неотложной медицинской помощи населению и взаимодействия с ПМСП организациями, оказывающими специализированную помощь, задачи неотложной медицинской помощи.

*Ключевые слова:* скорая и неотложная медицинская помощь, доступность и эффективность скорой и неотложной медицинской помощи, подходы к совершенствованию.

В Республике Казахстан в настоящее время одними из самых актуальных и спорных являются вопросы улучшения деятельности службы скорой и неотложной медицинской помощи населению, совершенствования профилактического обслуживания населения, а также вопрос о ее месте во всей системе здравоохранения. Служба скорой и неотложной медицинской помощи (СС и НМП) на современном этапе оказалась одной из самых востребованных из-за ухудшения здоровья населения, ослабления медицинской профилактики, снижения доступности медицинской помощи в целом [1].

Важность этой проблемы обуславливается тем, что в Республике Казахстан вследствие несчастных случаев, травм и самоубийств ежегодно погибают более 12 500

человек, от инфаркта миокарда – более 27 000 человек. В 75% случаев смерть наступит до поступления больного в больницу, в 75% случаев от острого инфаркта миокарда погибают в течение первых 60 мин, в 50% – в течение первых 30 мин.

Задачи неотложной медицинской помощи (НМП) по своему характеру мультидисциплинарны, и для их решения в каждом конкретном случае требуются не только дополняющие друг друга разнонаправленные мероприятия, но и функциональное единство, бесперебойная связь и преемственность между всеми уровнями поэтапной медицинской помощи.

Доступность скорой и неотложной медицинской помощи (С и НМП), ее эффективность непосредственно влияют на степень удовлетворенности населения здравоохранением. Оказание С и НМП является задачей государственной службы скорой помощи, в то же время в большинстве случаев первую врачебную помощь оказывают врачи первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и ее централизованной дежурной службы. При необходимости экстренную медицинскую помощь можно получить в приемных отделениях больниц, в их специализированных отделениях или отделениях интенсивной терапии [2, 3, 4].

В идеале ПМСП, скорая и специализированная медицинская помощь должны быть взаимосвязанными, так как задачи, возникающие в пограничных случаях, не могут быть резко отделены друг от друга. Задачи, решение которых зависит от нескольких медицинских служб или специальностей, должны решаться в условиях согласованной деятельности этих служб. Пока в системе связей и разделения задач между различными медицинскими службами имеет место излишний параллелизм, несмотря на то, что в целях повышения уровня медицинской помощи были приняты серьезные меры.

В настоящее время все семейные врачи и врачи ПМСП снабжены специальными сумками для оказания экстренной помощи. В масштабах РК было организовано обучение врачами государственной службы скорой помощи всех врачей амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений приемам пользования этой сумкой.

Для оказания экстренной медицинской помощи населению ночью и в выходные дни по всей стране созданы централизованные службы врачебных дежурств, большинство которых имеют автомашины, оснащенные радиотелефонной связью. Расширена сеть скорой медицинской помощи. В настоящее время в каждой области имеется специально оборудованная так называемая штурмовая автомашина. Во всех больницах функционируют приемные отделения, а также отделения или палаты интенсивной терапии.

Однако создание единой и непрерывно действующей системы экстренной медицинской помощи затруднено рядом факторов. Наиболее важными из них мы считаем следующие:

- отсутствие единой системы вызовов и недостатки в управлении этой деятельностью, несовершенство средств связи;
- неосведомленность населения по жизненно важным вопросам охраны здоровья;
- отсутствие у врачей и квалифицированного медицинского персонала единого подхода к вопросам оказания экстренной медицинской помощи, что обусловлено недостатками в подготовке и усовершенствовании персонала;
- препятствия на пути эффективного сотрудничества медицинских служб и организаций, подведомственных, с одной стороны, Министерству здравоохранения (МЗ), местным администрациям – с другой, что является причиной неэффективной, иногда противоречивой деятельности служб, созданных для решения аналогичных задач.

В связи с этим была разработана программа действий, направленных на улучшение условий работы службы скорой помощи. Среди намеченных мероприятий были следующие:

- организация в городах страны системы вызовов неотложной помощи;
- обеспечение регулярного обучения и усовершенствования врачей и прочего медицинского персонала по токсикологии, проводимого на соответствующем уровне;
- создание тесной функциональной и организационной интеграции служб, решающих задачи оказания неотложной помощи (служба скорой помощи, централизованная служба врачебных дежурств), и структурных подразделений больниц (приемные отделения, отделения интенсивной терапии).

Эффективность экстренной медицинской помощи и, следовательно, судьба больного зависят от доступности и адекватной информированности соответствующих медицинских служб. В настоящее время при возникновении потребности в экстренной медицинской помощи население обращается к врачу ПМСП и значительная часть больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, попадают в больницу, не получив ее на месте, причем вследствие существующей практики двухэтапного извещения о своем состоянии больной теряет много времени. В случае внезапного недомогания или резкого ухудшения состояния здоровья сам больной или кто-либо из его родственников может обратиться только к своему участковому или дежурному участковому врачу, который после обследования и оказания первой врачебной помощи заказывает санитарную машину для транспортировки больного в больницу и даже в тяжелых случаях редко вызывает штурмовую специально оборудованную машину.

При явных случаях отравлений и травм, а также при наступлении родовой деятельности население обращается непосредственно к государственной службе скорой помощи [5, 6, 7].

В результате несогласованности срочных вызовов помощь прибывает поздно, а в других случаях – хотя и своевременно, но одновременно из нескольких мест. Во избежание этого необходимо разработать единую систему вызовов скорой и неотложной медицинской помощи. Заявки на все срочные вызовы круглосуточно должны даваться по единому телефонному номеру. В диспетчерском центре должны работать квалифицированные медицинские работники, имеющие соответствующее образование и опыт работы, которые в каждом отдельном случае, учитывая характер заболевания, тяжесть состояния и фактор времени, решают, кого следует направить для оказания неотложной помощи: врача-специалиста на хорошо оборудованной машине для оказания интенсивной помощи на месте, машину с фельдшером скорой помощи или врача централизованной службы на машине, оснащенной радиотелефонной связью.

Введение единой системы вызовов и управления ее деятельностью значительно повысит ответственность центральной диспетчерской службы и в первую очередь ее руководителя за строгое соблюдение порядка при оказании экстренной медицинской помощи.

Государственная служба скорой помощи разрабатывает подробную методическую инструкцию с конкретными предписаниями, в каких случаях на основании вызова необходимо выслать хорошо оборудованную машину, машину с врачом скорой помощи или централизованной службы дежурств. Критериями для выбора решения являются тяжесть состояния и фактор времени, но ни в коем случае не место происшествия.

За последнюю пятилетку во всех больницах были технически и организационно усилены приемные отделения, а также отделения интенсивной терапии. Но даже в этих условиях судьбу больного определяет то, обеспечена ли ему в кратчайшее время помощь, больше всего соответствующая динамике конкретного патологического

процесса. Какую пользу может принести хорошо оснащенное и оптимально функционирующее приемное отделение или отделение интенсивной терапии, если на догоспитальном этапе больной умирает или у него наступают необратимые патологические изменения? Неотложная медицинская помощь на месте тесно связана с неотложной реанимационной помощью в стационаре. Искусственное разделение этих видов медицинской помощи вредно и для медицинских работников, но в первую очередь оно опасно для нуждающихся в ней больных. То есть в целях повышения качества неотложной медицинской помощи необходимо как можно скорее осуществить сначала тесную функциональную, а затем и организационную интеграцию Государственной службы скорой помощи, централизованной службы врачебных дежурств с больничными приемными отделениями и отделениями интенсивной терапии. Непременным условием хорошего рабочего взаимодействия экстренной помощи на месте и в стационаре, а также формирования единого подхода является тесное сотрудничество всех специалистов. В соответствии с нашими представлениями заведующий приемным отделением должен осуществлять на обслуживаемой территории профессиональное руководство неотложной медицинской помощью. Врачи приемного отделения по очереди работают в отделении и обслуживают вызовы в составе бригад. В тех больницах, где имеется централизованное отделение интенсивной терапии, можно организовать его идеальное сотрудничество с бригадами, выезжающими на места для оказания интенсивной помощи. При этом врачи отделения интенсивной терапии также могут по очереди работать в отделении и в составе специализированных выездных бригад. Это открывает возможности профессионального роста перед врачами, занимающимися сейчас исключительно догоспитальной экстренной помощью [8, 9].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Осипов А.Н.* Новый опыт организации скорой медицинской помощи // *Здравоохранение*. – 2002. – С. 37–40.
- 2 *Константинов В.В., Жуковский Г.С, Оганов Р.Г.* и др. Значение факторов риска в распространении ишемической болезни сердца у мужчин, проживающих в различных климатогеографических зонах России, стран СНГ, Прибалтийских государств (кооперативное исследование) // *Кардиология*. – 1989. – Т. 35, № 8. – С. 48–52.
- 3 *Шинтемирова Г.Ж., Халмуратов С.А., Екибаева М.Б., Илешев М.М.* Развитие АСУ диспетчерской службы станции скорой медицинской помощи // *Совершенствование службы скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Казахстан: Материалы научно-практической конференции (16–17 сентября)*. – Астана, 2004. – С. 3–4.
- 4 *Джусупов А.К., Лигай З.Н.* Артериальная гипертензия: определение, классификация и тактика лечения // *Материалы международной конференции «Передовые технологии в деятельности организаций медицинского центра управления делами Президента Республики Казахстан», посвященной 10-летию Независимости Республики Казахстан*. – Астана, 2001. – С. 77–79.
- 5 *Оганов Р.Г.* Профилактическая кардиология: от гипотез к практике // *Кардиология*. – 1999. – Т. 39, № 2. – С. 4–9.
- 6 *Жужжанов О.Т.* Особенности становления и формирования национального здравоохранения в транзитный период развития Республики Казахстан // *Актуальные проблемы практического здравоохранения на современном этапе: III Международная научно-практическая конференция, посвященная «Году России в Казахстане»*. – Кокшетау, 2004. – С. 15–16.
- 7 *Верткин А.Л.* Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей. – Астана, 2004. – С. 8–107.
- 8 *Диканбаева С.А., Назирова Н.И., Сулейменова Б.А.* Состояние и проблемы службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан // *Совершенствование службы скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Казахстан: Материалы научно-практической конференции*. – Астана, 2004. – С. 3–4.



9 Сатбеков Ж.С. Динамика заболеваемости артериальной гипертонией и эффективность профилактических программ среди организованного населения (10-летнее наблюдение): Дис. ... д-ра мед. наук. – Алматы, 1998. – С. 180–208.

### **Тұжырым**

*Г.К. Каусова, А.Ш. Ибраева*

#### **ХАЛЫҚҚА ШҰҒЫЛ ЖӘНЕ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында ең өзекті мәселелерінің бірі шұғыл және жедел медициналық көмек қызметін жақсарту және жетілдіру болып табылады.

### **Summary**

*G.K. Kausova, A.Sh. Ibrayeva*

#### **ON IMPROVEMENT OF AMBULANCE AND EMERGENCY MEDICAL SERVICE TO THE POPULATION**

Now in the Republic of Kazakhstan one of the most actual and disputable is the question of improvement of activity and improvement of service of ambulance and emergency medical service.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 614.2

*М.А. ОДАМАНОВ, Г.К. КАУСОВА*

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

#### **СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

*Аннотация.* В Республике Казахстан достаточно широко распространено множество факторов, неблагоприятно воздействующих на статус здоровья населения. Демографические показатели являются важнейшим критерием, характеризующим качество жизни, среду обитания и состояние здравоохранения.

*Ключевые слова:* медико-демографические показатели, рождаемость, смертность населения, естественный прирост населения, врач общей практики, медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь.

В Республике Казахстан (РК) и в странах СНГ за советский период и в последующие годы проведены многочисленные специальные исследования в данном направлении [1, 2].

М.С. Бедный [3] подчеркивает, что демографические показатели являются важнейшим критерием, характеризующим качество жизни, среду обитания и состояние здравоохранения, проблемы самого народонаселения как интегрированного социального и биологического процесса.

В Республике Казахстан достаточно широко распространено множество факторов, неблагоприятно воздействующих на статус здоровья населения. Кроме того, сохраняется усиленная внешняя миграция населения. Сальдо миграции составило 1 млн 579 тыс. человек. Аналогичный миграционный процесс происходит и внутри республики, особенно по сельской местности. За рассматриваемый период 850 тыс. человек изменили место жительства [4].



Указанные особенности миграционных процессов и происходящие социально-экономические преобразования, связанные с переходным периодом к рыночным отношениям, негативно отразились и на динамике медико-демографических показателей. Относительно высокие темпы снижения по сравнению со среднереспубликанским показателем отмечены в Западно-Казахстанской, Актыубинской, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской и Кызылординской областях [5]. Основными причинами смертности трудоспособного населения республики явились болезни системы кровообращения – 484,5 на 100 тыс. населения; злокачественные новообразования – 130,0; травмы и отравления – 125,0; болезни органов дыхания – 67,0 на 100 тыс. населения. Причина смертности детей до 1 года: болезни органов дыхания – 56,8; инфекционные и паразитарные заболевания – 18,4 на 1000 родившихся [6].

Неблагоприятные тенденции в показателях рождаемости и смертности населения отрицательно сказались и на динамике естественного прироста населения. Максимальное сокращение его уровня с тенденцией к депопуляции наблюдалось в Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Северо-Казахстанской областях и в г. Алматы [7].

Таким образом, приведенные статистические данные свидетельствуют о неблагоприятной тенденции основных медико-демографических показателей в стране, которые адекватно коррелируются с произошедшими социально-экономическими преобразованиями, демографическими сдвигами и ухудшением экологической ситуации как в городской, так и сельской местности республики.

Аналогичные сдвиги и особенности медико-демографических процессов установлены исследованиями ряда авторов [8, 9] и в отдельных регионах республики. М.С. Бедный [10] утверждает, что современные демографические закономерности и здоровье населения – результат сложного взаимодействия социальных, экономических, медицинских, биологических и генетических факторов.

По данным Ю.П. Лисицына [11], уровень состояния здоровья населения (общественное здоровье) обуславливается на 50–52% условиями и образом жизни, на 18–20% – наследственностью, до 20% – состоянием окружающей среды и лишь 10–12% – факторами, зависящими от здравоохранения и медицинской помощи. При этом среди биологических факторов на характер и тип патологии населения существенное влияние оказывает демографическое старение населения.

За последние два десятилетия как в развитых, так и в развивающихся странах отмечается рост числа случаев сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, которые и в нашей республике занимают первое место среди причин инвалидизации и внезапной смертности населения [12, 13].

В Голландии 87,3% пожилых людей (65 > лет) осматриваются врачом общей практики (ВОП) и они в среднем имеют 6–7 врачебных контактов в год, в Великобритании – 75%, осмотры пожилых лиц занимают 27% рабочего времени ВОП [14]. Другие зарубежные авторы [15, 16], анализируя опыт организации медицинской помощи (МП) на дому (включая стационар на дому) пожилым людям, отмечают об экономической выгоды данной формы медицинского обслуживания.

По результатам исследований отечественных и зарубежных авторов [17], распространенность артериальной гипертонии среди сельских жителей составляет от 10 до 21% болезней системы кровообращения. Авторы отмечают, что нерациональная «оптимизация» больничных организаций, неблагоприятные социально-экономические и экологические условия, миграция населения, сокращение числа врачей и средних медработников в сельской местности сделали МП для сельского жителя менее доступ-

ной и менее качественной. Это касается как первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так и специализированной МП, что отчетливо отразилось в вышеуказанных официальных статистических показателях заболеваемости.

В различных сельских регионах РК проведены многочисленные исследования состояния здоровья населения с учетом влияния комплекса факторов [18, 19], в результате которых были установлены специфические факторы, оказывающие влияние на здоровье сельчан, а также региональные особенности патологии, обусловленные ими.

В статье, посвященной анализу предварительных результатов этой огромной работы [20], приведены данные о демографическом, социальном составе обследованных и структуре патологии, выявленной в ходе медицинского обследования сельских жителей. Так, уровень патологической пораженности обследованного контингента населения составил 56 640 случаев на 10 тыс. осмотренных.

Установлены региональные особенности патологии, выявленной у сельских жителей, среди которых наиболее распространены: болезни системы кровообращения – в Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Костанайской областях; болезни органов пищеварения: в Кызылординской и Южно-Казахстанской областях; болезни костно-суставной системы – в северных и восточных областях; болезни органов дыхания – в Кызылординской и Костанайской областях.

Таким образом, состояние нездоровья людей вызывается многочисленными факторами, часть которых воздействует прямо, а другая – опосредованно. Поэтому одной только деятельностью органов здравоохранения нельзя улучшить уровень здоровья населения. Показатели здоровья населения, его динамика в значительной мере отражают уровень социально-экономического развития и благосостояния каждой страны [21–24].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Девятко В.Н., Кульжанов М.К., Аканов А.А.* и др. Стратегия кадровой политики Республики Казахстан // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 1995. – № 2. – С. 37–40.
- 2 *Ким О.М., Муминов Т.А., Канпасов М.К.* и др. Роль врачей и главных врачей в реформировании здравоохранения // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 1995. – № 1. – С. 62–64.
- 3 *Бедный М.С.* Медико-демографическое изучение народонаселения. – М.: Статистика, 1979. – 223 с.
- 4 *Тулебаев К.А.* Кадровая политика ВОЗ в развитии ПМСП // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 1995. – № 1. – С. 68–72.
- 5 *Аяпов К.А.* Роль медицинских сестер в развитии семейной медицины // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 2001. – № 22. – С. 112–114.
- 6 *Петров П.П., Орманов Н.К.* Кадровая политика в реформировании сельского здравоохранения // Здравоохранение Казахстана. – 1995. – № 12. – С. 4–6.
- 7 *Токмурзиева Г.Ж.* Состояние и прогноз развития медицинских кадров отрасли // Здравоохранение Казахстана. – 1999. – № 7–8. – С. 10–13.
- 8 *Bankowski Z., Mejia A.* Health manpower out of balance: Conflicts and prospects // Conference papers, Conclusions and recommendations. XX CIOMS Conference. – Geneva, CIOMS, 1987.
- 9 Future developments in the areas of human resources policies, planning and management: report on an informal consultation. -Geneva, World Health Organization, 1991.
- 10 *Бедный М.С.* Медико-демографическое изучение народонаселения. – М.: Статистика, 1979. – 223 с.
- 11 *Adams O.* Changing Aspects of human resources for money / WHO. – Geneva, Switzerland, 1995.
- 12 *Лисицын Ю.П.* Перестройка здравоохранения и задачи научных исследований ее стратегии // Здоровье человека в условиях НТР: Методологические аспекты: Сб. науч. трудов. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1989. – С. 8–18.

13 Executive Board, seventy-seventh session.— Geneva, 8–11 January 1986, Summary records. WHO document B 77/REC/2-Geneva, 1986.

14 *Шипова В.М.* Основы нормирования труда в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. О.П. Щепина. — М: ГРАНТЬ, 1998. — 320 с.

15 *Турлыбеков Ж.Т., Сакбаев О.С., Мухамеджанова З.М.* и др. Концептуальные подходы к совершенствованию методологии разработки нормативных документов в отрасли здравоохранения // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. — Алматы, 2002. — № 24. — С. 10–15.

16 *Каусова Г.К., Балтаева А.О., Нургазина Г.К.* К вопросу нормирования труда в здравоохранении // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. — Алматы, 2002. — № 25. — С. 11–13.

17 *Петров П.П., Новиков А.В.* Современные подходы к совершенствованию управления деятельностью учреждений здравоохранения в условиях рыночных отношений // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. — Алматы, 1995. — № 2. — С. 32–36.

18 *Токмурзиева Г.Ж.* Итоги медицинского обследования сельского населения Республики Казахстан, проведенного в рамках Года здоровья // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. — Алматы, 2003. — № 26. — С. 74–76.

19 *Жузжанов О.Т.* Проблемы и пути совершенствования системы управления здравоохранением республики в новых условиях хозяйствования. — Алма-Ата, 1991. — 243 с.

20 *Филатов В.Б.* Планирование в управлении здравоохранением сельского района: Дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1993. — 138 с.

21 *Завалев В.И., Харитонова В.Ф.* Некоторые аспекты стандартизации при лицензировании и аккредитации медицинской деятельности // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 1999. — № 4. — С. 53–56.

22 *Кабыкенова Р.К., Гаркалов К.А.* Проблемы реформирования ПМСП и возможные пути их решения // Материалы 2-й Республиканской науч.- практ. конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан» (3–4 июня 2002 г.). — Алматы, 2002. — С. 46–48.

23 *Тестемицану Н.А.* Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению Молдавской ССР. — Кишинев: Штиинца, 1974. — 306 с.

24 *Социальная гигиена и организация здравоохранения* / Под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. — М.: Медицина, 1984. — 640 с.

### **Тұжырым**

*М.А. Одаманов, Г.К. Каусова*

#### **АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ**

ҚР әртүрлі ауылдық аймақтарындағы кешенді факторлар әсерін ескере отырып, тұрғындардың денсаулығына зерттеу жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде ауыл тұрғындарының денсаулығына әсерін тигізетін арнайы факторлар тұрақтанылды.

### **Summary**

*M.A. Odamanov, G.K. Kausova*

#### **SOCIAL AND HYGIENIC AND MEDICAL-DEMOGRAPHIC ASPECTS OF RESEARCH OF HEALTH OF COUNTRY PEOPLE**

In various rural regions of RK researches of a state of health of the population taking into account influence of a complex of the factors which results established the specific factors having impact on health of country people are conducted.

*А.М. БАСЫМБЕКОВ*

*Центральная городская клиническая больница, г. Алматы*

## **НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Аннотация.* В статье представлены результаты исследования основных показателей эндогенной интоксикации при механической желтухе, осложняющей острый калькулезный холецистит. Доказано индуцирующее влияние холемии на активацию процессов ПОЛ.

Настоящая публикация является предварительным сообщением, так как исследования по избранной теме еще не завершены.

*Ключевые слова:* холецистит, механическая желтуха, эндогенная интоксикация, сыворотка крови, билирубин.

Развитие механической желтухи (МЖ) при остром калькулезном холецистите значительно утяжеляет течение заболевания и является серьезным фактором, определяющим его прогноз и исход [1, 5, 6]. Несомненно, что это требует своевременного, адекватного, патогенетического, комплексного лечения. И в первую очередь – выбора оптимальной тактики и полноценной интенсивной дезинтоксикационной терапии. Хорошо известно, что порой даже безупречно выполненное оперативное вмешательство не всегда предотвращает вероятность развития тяжелых послеоперационных осложнений и даже летального исхода.

Несмотря на значительные достижения при лечении механической желтухи, многие вопросы патогенеза этого тяжелейшего синдрома до настоящего времени требуют более углубленного исследования.

Несомненно, что гипербилирубинемия при механической желтухе является ведущим, но отнюдь не единственным компонентом эндотоксикоза. Помимо прямого цитотоксического действия, субстраты билирубина (прямая и непрямая фракция), возможно, индуцируют целый каскад других патологических реакций, что еще более усугубляет интоксикацию. Существует множество клинических, гематологических, биохимических, иммунологических и т. п. показателей, характеризующих уровень эндогенной интоксикации.

Однако обычно они используются как диагностические критерии, характеризующие тяжесть заболевания и эффективность проводимых лечебных мероприятий.

При этом практически не изучена их патогенетическая сущность, возможная функциональная или коррелятивная связь между собой. Между тем это имеет первостепенное значение при определении очередности в проведении дифференцированной, комплексной, целенаправленной интенсивной терапии по коррекции и нормализации гомеостаза.

Исходя из вышесказанного мы поставили цель: исследовать основные показатели эндогенной интоксикации при механической желтухе, осложняющей острый калькулезный холецистит, и выявить возможное влияние на них гипербилирубинемии.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проведены на 41 больном в возрасте от 31 до 73 лет (мужчин – 18, женщин – 23) острым калькулезным холециститом. Механическая желтуха, подтвержденная клинически и лабораторно была у 17 больных. 21 пациент был прооперирован: шести из них операция проведена в первые трое суток стационарного лечения (экстренные и срочные операции), 15 – выполнены отсроченные операции.

Помимо общеклинического обследования, выполнялись лабораторные тесты, характеризующие уровень эндогенной интоксикации:

1. Гемотоксический показатель интоксикации (ГПИ) рассчитывался в анализах крови по известной формуле:  $\text{ГПИ} = \text{ЛИИ} \times \text{Кл} \times \text{Кс}$ , где Кл и Кс – поправочные коэффициенты лейкоцитоза и СОЭ [2].

2. Уровень маалонового диальдегида (МДА) определяли в ходе НАДФН-зависимой индукции перекисного окисления липидов по Ю.А. Владимирову, А.И. Арчакову [3].

3. Среднемолекулярные пептиды (СМП) определяли методом прямой спектрофотометрии по Н.И. Габриэлян [4].

Исследования показали, что эндогенные интоксикации при механической желтухе характеризуют тяжесть заболевания и отражают клиническую динамику, зависящую от проводимых лечебных (в первую очередь – оперативных) мероприятий.

До операции все исследованные тесты были достоверно выше нормальных значений. Сразу после оперативного вмешательства, устраняющего холестаз, в первые трое суток они существенно снизились: показатели СМП в 2 раза, МДА и билирубина несколько меньше. ГПИ, который считается совокупным показателем токсемии, в некоторых случаях резко снижается (в 10 раз) или, наоборот, нарастает более чем 2,5 раза. Последнее, скорее всего, можно объяснить влиянием операционной травмы и наркоза, так как остальные составляющие эндогенной интоксикации снижаются. Такая тенденция сохраняется во вторую неделю послеоперационного периода, что сочетается с клиническим течением. Хотя ГПИ и в этот период может быть еще почти в 2 раза выше дооперационного уровня. То есть предпринятое оперативное вмешательство в целом благоприятно отражается на показателе эндотоксикоза.

Что касается больных, которым были выполнены отсроченные операции, то здесь наблюдается следующее. У этих пациентов показатели эндотоксикоза были если не в пределах нормы, то во всяком случае существенно ниже, чем у больных предыдущей группы. В первые трое суток после операции все исследованные тесты, за исключением общего билирубина, могут изменяться разнонаправленно, т. е. либо повышаться, либо снижаться. То же самое наблюдается и спустя 7–10 дней после операции в отношении всех показателей. Только уровень СМП всегда снижается на 20%.

Таким образом, исследованные нами лабораторные тесты как сами по себе, так и в совокупности не всегда изменяются однонаправленно и с различной интенсивностью. Хотя логически между ними должна быть какая-либо связь, поскольку все они, в конечном счете, характеризуют уровень токсикоза.

Учитывая сказанное нами был произведен корреляционный анализ изучаемых показателей у больных острым холециститом с МЖ и без таковой.

Результаты представлены в таблице 1.

**Таблица 1 – Корреляционные связи между показателями эндогенной интоксикации у больных острым холециститом**

| Показатели<br>эндогенной интоксикации | n  | Механическая<br>желтуха |      |      | n  | Без желтухи |      |      |
|---------------------------------------|----|-------------------------|------|------|----|-------------|------|------|
|                                       |    | r                       | m    | t    |    | r           | m    | t    |
| ГПИ и МДА                             | 20 | 0,33                    | 0,22 | 1,5  | 11 | 0,11        | 0,33 | 0,33 |
| Общий билирубин и ГПИ                 | 25 | 0,40                    | 0,19 | 2,1  | 13 | 0,27        | 0,29 | 0,93 |
| Прямой билирубин и ГПИ                | 25 | 0,42                    | 0,19 | 2,2  |    |             |      |      |
| Общий билирубин и СМП-1               | 18 | 0,12                    | 0,25 | 0,48 | 8  | 0,41        | 0,37 | 1,1  |
| Общий билирубин и СМП-2               | 18 | 0,06                    | 0,25 | 0,48 | 8  | 0,93        | 0,15 | 6,2  |
| Прямой билирубин и СМП-1              | 19 | 0,02                    | 0,02 | 0,83 |    |             |      |      |
| Прямой билирубин и СМП-2              | 19 | 0,09                    | 0,03 | 0,37 |    |             |      |      |
| ГПИ и СМП-1                           | 17 | 0,19                    | 0,25 | 0,76 | 9  | 0,12        | 0,37 | 0,32 |
| ГПИ и СМП-2                           | 17 | 0,17                    | 0,26 | 0,65 | 9  | 0,52        | 0,32 | 1,6  |
| МДА и СМП-1                           | 17 | 0,26                    | 0,25 | 1,04 | 10 | 0,03        | 0,35 | 0,09 |
| МДА и СМП-2                           | 17 | 0,19                    | 0,25 | 0,76 | 10 | 0,46        | 0,31 | 1,48 |
| Общий билирубин и МДА                 | 22 | 0,71                    | 0,16 | 4,44 |    |             |      |      |
| Прямой билирубин и МДА                | 23 | 0,65                    | 0,17 | 3,82 |    |             |      |      |

Как видим, между исследованными интоксикационными тестами корреляционные связи в большинстве случаев слабые ( $r < 0,3$ ) либо статистически недостоверные.

Тем не менее, при МЖ установлены средней интенсивности корреляционные связи между уровнем билирубина (общего и прямого) и ГПИ ( $r = 0,40$  и  $0,42$  соответственно). Связи эти статистически значимые ( $p < 0,05$ ), т. е. у данной категории больных интоксикационный синдром, оцениваемый по данным интегрального показателя ГПИ, умеренно прямо коррелирует с показателями билирубина в сыворотке крови. Это и понятно, поскольку фракции билирубина являются токсичными субстратами.

У больных калькулезным холециститом без механической желтухи выявлена сильная прямая корреляционная связь между общим билирубином и СМП-2 ( $r = 0,93$ ), а также между МДА и СМП-1 ( $r = 0,9$ ), что не отмечено в отношении пациентов с МЖ.

Это может служить косвенным доказательством того, что гипербилирубинемия оказывает существенное влияние на патологические реакции, которые являются составляющими синдрома эндогенной интоксикации.

Подтверждением этого являются выявленные нами прямые сильные корреляционные связи у больных МЖ между концентрацией билирубина и МДА в сыворотке крови. Связи эти статистически достоверные, коэффициент корреляции составляет: для общего билирубина –  $0,17$  ( $p < 0,001$ ), для прямой фракции –  $0,65$  ( $p < 0,001$ ). Установленные связи еще ни о чем не свидетельствуют, не отражают возможных причинно-следственных отношений, так как носят чисто коррелятивный, т. е. статистический, характер.

Это послужило поводом для проведения дисперсионного анализа с целью доказательства прямого индуцирующего влияния гипербилирубинемии на активацию свободнорадикального окисления (СРО) липидов. Выполненные математические расчеты показали, что при МЖ общая гипербилирубинемия достоверно активирует процессы



перекисидации в организме. Причем это прямое индуцирующее влияние составляет 0,8, т. е. 80%. Что касается циркулирующей прямой фракции билирубина, то здесь прямое активизирующее действие еще более значимо – 0,9, т. е. 90%.

Вышеуказанное позволяет сформулировать весьма важный, на наш взгляд, вывод: у больных ОКХ, осложненным МЖ, активация ПОЛ осуществляется главным образом в результате гипербилирубинемии. Сила влияния остальных патологических моментов, таких как острое воспаление желчного пузыря, стресс-реакция, операционная травма, наркоз и т. п. составляет всего не более 10%.

Отсюда можно сделать важное заключение практического плана. Поскольку активизация СРО липидов инициируется в основном имеющейся МЖ, применение в комплексе лечебных мероприятий антиоксидантов и антигипоксантов не является патогенетическим и носит по сути симптоматический характер.

Этиопатогенетически в данной ситуации прямо показано проведение мероприятий (в первую очередь оперативных), направленных на ликвидацию или хотя бы снижение холестаза. От того, насколько своевременно и адекватно это будет сделано, в первую очередь зависит нормализация ПОЛ, промежуточные и конечные продукты которого являются одним из основных факторов эндогенной интоксикации.

И еще один важный, на наш взгляд, момент, который установлен в результате проведенного исследования.

Хорошо известные и давно используемые в клинической практике гематологические показатели (ЛИИ и ГПИ) не всегда в полной мере отражают уровень эндогенной интоксикации у больных острым холециститом с МЖ и без таковой, поскольку не установлено прямой коррелятивной связи между ними и другими лабораторными тестами, характеризующими интенсивность эндотоксикоза (МДА, СМП). Как известно, ЛИИ и ГПИ рассчитываются на основе гемограмм, т. е. по лейкоцитарной формуле.

Между тем количественный и качественный состав лейкоцитов периферической крови зависит не только от уровня интоксикации. В первую очередь речь идет о различных по виду интоксикационных синдромах, которые наблюдаются в неотложной хирургии. Кроме того, картина периферической «белой крови» во многом зависит от гормонального гомеостаза (в первую очередь уровня глюкокортикоидных гормонов), наркоза, других лекарственных препаратов, которые прямо или через многочисленные колониестимулирующие факторы могут влиять на лейкоцитопоз и лейкоцитоз.

Скорее всего, в случаях эндогенной интоксикации, которая многофакторна и весьма вариабельна, не может быть какого-либо универсального лабораторного показателя, определяющего его тяжесть.

Оценка и прогноз эндотоксикоза должны основываться прежде всего на их клинических проявлениях, т. е. речь идет об известных симптомах: тахикардия, гипотония, одышка, парез желудочно-кишечного тракта, появление или усиление желтухи, уменьшение выделения желчи по имеющимся дренажам, олигоанурия, геморрагический синдром и т. п. Данные же лабораторных анализов должны интерпретироваться с учетом клинической картины и точных знаний их патогенетического значения.

Таким образом, нами получены предварительные результаты об основных патогенетических факторах эндогенной интоксикации МЖ при остром холецистите, касающиеся корреляции между ними. Доказано индуцирующее влияние холемии на активацию процессов ПОЛ.

Это существенно дополняет имеющиеся сведения в литературе о патогенезе МЖ при остром калькулезном холецистите.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев М.А. Актуальные вопросы хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы // Мат. науч.-практ. конф. Каз НИИ клин. и эксперим. хир. им. А.Н. Сызганова. – Алматы, 1993. – С. 5–8.
- 2 Васильев В.С., Комар В.И. Критерии оценки тяжести болезни выздоровления при скарлатине // Здоровоохранение Беларуси. – 2001. – № 2. – С. 33–40.
- 3 Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972. – 252 с.
- 4 Габриэлян Н.И., Лопатова В.И. Опыт использования показателей средних молекул крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей // Лаб. дело. – 2001. – № 3. – С. 138–140.
- 5 Гальперин Э.И., Неклюдова Э.А. Гнойная интоксикация и недостаточность печени при механической желтухе // Хирургия. – 1978. – С. 81–82.
- 6 Сейсембаев М.А., Рахметов Н.Р., Хроническая И.Р. Комплексное лечение механической желтухи неопухолевого генеза // Хирургия. – Казахстан, 1996. – № 1 – С. 10–14.
- 7 Шаповаленц С.Г., Тембулатов М.М., Чжаю А.В. и др. Комплексная оценка степени тяжести состояния больных с механической желтухой // Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 105–108.

### Тұжырым

*А.М. Басымбеков*

#### МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒЫШТАНУМЕН АСҚЫНҒАН ЖЕДЕЛ ХОЛЕЦИСТИТ БОЙЫНША КЕЙБІР СҰРАҚТАР

Жедел калькулезді холециститпен 41 науқас зерттелген, оның ішінде 17-де механикалық сарғыштану бақыланған. Механикалық сарғыштануды іштей уланудың негізгі патогенетикалық факторлары туралы жедел холециститте алдын ала нәтиже алынған. Липидтердің перекисі тотығуының активтенуіне холемияның индуцирлеуші әсері дәлелденген.

### Summary

*A.M. Basymbekov*

#### SOME OF THE PATHOGENESIS OF ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Studied 41 patients with acute calculous cholecystitis, of which, 17 patients had jaundice. Preliminary results of the main pathogenic factors of endogenous intoxication jaundice in acute cholecystitis. Proved cholehemia inducing effect on the activation of lipid peroxidation.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 547.595

**З.А. МАНСУРОВ, М.А. НУРАЛИЕВ, М.А. БИЙСЕНБАЕВ, А.М. НУРАЛЫ**

*Алматинская областная многопрофильная клиническая больница, Институт проблем горения,  
Научно-производственный технический центр «ЖАЛЫН», г. Алматы*

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОРБЕНТА «ИНГО-2»

**Аннотация.** В статье представлены результаты доклинических показателей эксперимента на животных при детоксикации организма с применением сорбента «ИНГО-2».

*Ключевые слова:* энтеросорбция, токсические отравления, энтеросорбент, этанол, сорбенты медицинского назначения.

Применение в лечебной практике сорбентов широкое распространение получило в середине XX века. Наиболее известно применение активированного угля и глины [1].

Мощный толчок к созданию высокоэффективных сорбентов дала авария на Чернобыльской АЭС, когда медики столкнулись с необходимостью выведения из организма пораженных людей радионуклидов. Интерес к энтеросорбентам растет и в связи с ухудшающимся состоянием окружающей среды, особенно в крупных городах, в которых санитарные параметры воздуха и воды и многих пищевых продуктов вышли за пределы допустимого.

Проблема разработки углеродных сорбентов медицинского назначения остается актуальной, в первую очередь, в связи с ростом частоты экологически зависимых заболеваний, которые вызваны отравлениями промышленными химическими ядами, нитратами, радионуклидами, лекарственными препаратами, алкоголем и т. д. Кроме того, в последнее время все большую роль начинают играть эндогенные интоксикации, связанные с развитием различных патологических состояний, обусловленных общим ухудшением качества жизни населения [2].

В наш век экологических катастроф и нездорового питания, постоянного роста заболеваемости аллергическими и дерматологическими заболеваниями без сорбентов не обойтись. Эти препараты снимают интоксикацию и выводят вредные вещества из организма, применяются при острых отравлениях и кишечных инфекциях. Это происходит за счет уникального механизма сорбции, т. е. способности задерживать молекулы токсинов в своих порах и выводить их из организма [3].

**Целью** исследования было изучить клинические и лабораторные показатели при детоксикации организма животных с применением энтеросорбента «ИНГО-2».

#### **Материал и методы**

Для проведения работы были использованы:

1. Насос.
2. Энтеросорбент «Инго-2» в виде гранул.
3. Физиологический раствор.
4. Гепарин.
5. Токсические препараты: этанол, барбитураты.

#### **Экспериментальная часть**

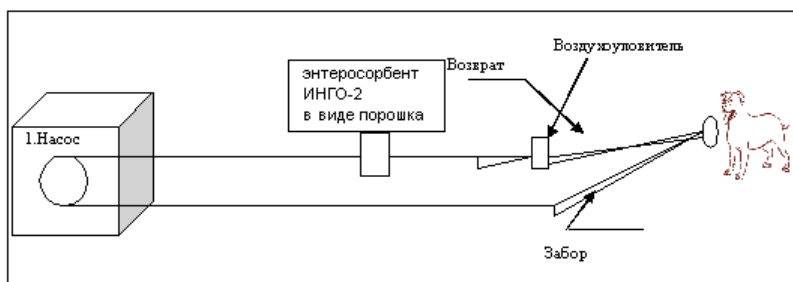
В XXI веке проблема острых отравлений этанолом приобрела общегосударственные масштабы. Первое место среди острых и смертельных отравлений химической этиологии занимают отравления алкогольными напитками [4].

Тяжесть острой алкогольной интоксикации определяется степенью повреждения внутренних органов, что связано со специфическим воздействием на структуры центральной нервной системы, к которым этанол проявляет повышенную афинность (нейротропность, нейротоксичность, наркотическое действие) [5].

В связи с вышеуказанными проблемами в ходе эксперимента в качестве отравляющего препарата применялся этанол.

Эффективность лечебного действия энтеросорбента «ИНГО-2» при острых токсических отравлениях исследовалось на базе специализированного ветеринарного центра «Экви Лаб» и Казахского национального аграрного университета в учебно-научном производственном центре «Айболит».

Для эксперимента были отобраны собаки в количестве 10 голов весом 13–15 кг, которым экспериментально вызывалось пищевое отравление. Для чего под общим наркозом в просвет подвешенных сосудов брюшной области вставляли канюли артерио-венозного шунта, через которые вводили 33% этанол в количестве 120–150 мл. Через 60 минут после отравления проводили очистку крови сорбентом «ИНГО-2».



**Рисунок 1 – Схема проведения эксперимента**

Эксперимент производился следующим образом. Эксперименты проводились в операционных условиях. Собак лежа на спине помещали на операционный стол. Экспериментальных животных взвешивали, затем подвздошную область обнажали. В подвздошную область устанавливали артерио-венозный шунт (рис. 1). С помощью капилляра проводили 3 забора крови для проведения анализов. 1-й забор крови – исходная кровь, 2-й забор крови – после введения отравляющего препарата-этанола, 3-й забор крови – очищенная кровь с применением энтеросорбента «ИНГО-2».

### **Результаты исследования**

Данные, приведенные в таблице 1, свидетельствуют о том, что в результате процесса сорбции с применением энтеросорбента «ИНГО-2», после отравления собак этанолом, нормативные показатели крови восстанавливались.

**Таблица 1 – Результаты анализов процесса сорбции**

| Наименование параметра               | Ед. изм. | Норма-<br>тивные<br>показатели<br>здоровых<br>животных,<br>% от WBC | Исходный<br>показа-<br>тель<br>крови | Введение<br>этанола | После<br>сорбции<br>с примене-<br>нием энте-<br>росорбента<br>«ИНГО-2» |
|--------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                      |          | Собака                                                              |                                      |                     |                                                                        |
| Мочевина                             | Ммоль/л  | 3,5–9,2                                                             | 3,7                                  | 5,5                 | 4,3                                                                    |
| Креатинин                            | Мкмоль/л | 26–120                                                              | 61                                   | 70                  | 59                                                                     |
| Билирубин общий                      | Ммоль/л  | 3,0–13,5                                                            | 4                                    | 18,55               | 12,1                                                                   |
| Билирубин прямой                     | Ммоль/л  | 0–5,5                                                               | 4                                    | 2,0                 | 5                                                                      |
| Аланинаминотрансфераза (АлАт)        | МЕ/л     | 9–52                                                                | 13,9                                 | 61,16               | 26,5                                                                   |
| Аспартатаминотрансфера-<br>за (АсАт) | МЕ/л     | 11–42                                                               | 33                                   | 44                  | 34                                                                     |
| Эозинофилы                           | МЕ/л     | 0–5                                                                 | 7                                    | 9                   | 4                                                                      |

Процесс сорбции оказывал благоприятное воздействие на очистку крови. Например, печеночные пробы: до сорбции наблюдалось повышение, после процесса сорб-

ции нормализовалось содержание аланиновой (АлТ) и аспаргиновой аминотрансфераз (АсТ).

Процесс сорбции не оказывает воздействия на регенеративные способности костного мозга и способствует отсутствию дегенеративных форм нейтрофилов, что свидетельствует о том, что после сорбции удалось избежать сильного раздражения костного мозга. Таким образом, можно отметить, что процесс сорбции с применением энтеросорбента «ИНГО-2» имеет ряд преимуществ:

- отсутствие необходимости оперативного вмешательства на кровеносных сосудах и связанного с этим риска возможных осложнений;
- отсутствие прямого повреждающего действия в отношении биологических жидкостей (кровь);
- простота применения (внутри в виде капсул) и возможность широкого использования при амбулаторном лечении, в полевых и домашних условиях;
- практически полное отсутствие противопоказаний и побочных эффектов.

Таким образом, применение сорбента «ИНГО-2» для детоксикации организма позволяет избежать сильного раздражения костного мозга, вследствие интоксикации, вызванной отравлением; не подвергает разрушению форменные элементы крови; благоприятно влияет на функцию печени.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Учайкин В.Ф. и др. Место и значение энтеросорбции в этиопатогенетической терапии ОКИ // Педиатрия. – 2007. – № 2, вып. 86. – С. 44–50.
- 2 Груздева О.А., Марьин Г.Г. Особенности заболеваемости острых кишечных инфекций в современном мегаполисе // Материалы III Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – Москва, 2011. – С. 83.
- 3 Новокишинов А.А., Соколова Н.В., Бережкова Т.В., Сахарова А.А. Клиническая эффективность нового энтеросорбента в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной этиологии у детей // Лечащий врач. – 2009. – № 7. – С. 78–80.
- 4 Белоусов А.Н. Влияние нового метода экстракорпоральной гемокоррекции с применением магнитоуправляемого сорбента на систему кровообращения у больных с синдромом интоксикации // Медицина сегодня и завтра / ХГМУ. – 2000. – № 1. – С. 85–89.
- 5 Радченко В.Г. Заболевания внутренних органов в амбулаторной практике. – СПб.: Диалект, 2004. – С. 10.

#### Тұжырым

*З.А. Мансуров, М.А. Нуралиев, М.А. Бийсенбаев, А.М. Нуралы*

#### ЭНТЕРОСОРБЕНТ «ИНГО-2»-НІ ҚОЛДАНУМЕН СОЗЫЛМАЛЫ ТОКСИКОЛОГИЯНЫҢ КЛИНИКАҒА ДЕЙІНГІ КӨРСЕТКІШТЕРІН ЗЕРТТЕУ

Энтеросорбент «ИНГО-2»-нің асқынған токсикалық улануға әсері зерттелді. Уландырушы зат ретінде – этанол қолданды. Сорбцияға дейінгі және сорбциядан кейінгі қан көрсеткіштері салыстырылып, нәтижелер жасалды.

#### Summary

*Z.A. Mansurov, M.A. Nuraliev, M.A. Byisenbaev, A.M. Nuraly*

#### RESEARCH OF PRECLINICAL INDICATORS OF CHRONIC TOXICITY WITH APPLICATION OF THE SORBENT OF "INGO-2"

Influence of an enterosorbent of "INGO-2" is investigated at sharp toxic poisonings. As an of poison of the drug was applied-ethanol. Were compared indicators of analyzes blood up to of sorption and after of sorption.

УДК 616-08-039.57-073

З.И. УМАРОВА

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

## АНАЛИЗ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 7

г. АЛМАТЫ ЗА 2011 ГОД

*Аннотация.* В статье указаны положительные сдвиги, произошедшие в работе поликлиники в результате проводимой государственной программы реформирования здравоохранения. В поликлинике обеспечен высокий уровень доступности всех видов медицинской помощи прикрепленному населению в рамках госзаказа.

*Ключевые слова:* детская поликлиника, мощность, штаты, оснащение, посещаемость, охват дородовым патронажем, заболеваемость, младенческая смертность.

2011 год для здравоохранения страны стал началом первого этапа реализации Государственной программы и очередным годом реализации национальной системы здравоохранения. Анализ показателей, характеризующих состояние здоровья населения, показывает, что сегодня основным приоритетом отрасли является охрана здоровья матери и ребенка [1, 2].

В структуре поликлиники имеются административно-хозяйственное отделение; 2 педиатрических отделения; дошкольно-школьное отделение; отделение специализированной помощи, клиничко-диагностическое отделение, профилактическое отделение. С 2005 года на базе поликлиники работает Городской детский аллергологический центр. В 2010 году на базе поликлиники открыт Городской центр охраны зрения. В 2011 году открыт Городской диабетический центр. Поликлиника является клинической базой кафедр Казахского национального медицинского университета: кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии, кафедры неонатологии. Сотрудниками кафедр за год проконсультировано 527 детей.

За 2011 год проведено 12 заседаний поликлинического совета, 127 врачебно-контрольных комиссий, 42 врачебно-сестринские конференции.

Поликлиника мощностью 500 посещений в смену оказывает помощь детям от 0 до 15 лет. Лечебно-профилактическая помощь детям оказывается по участково-территориальному принципу: работает 20 педиатрических участков, которые укомплектованы врачами на 75%. Среднее количество детей на 1-м педиатрическом участке колеблется в пределах 1000–1100, в том числе дети до 1 года (60–70).

Врачами поликлиники также оказывается специализированная медицинская помощь детям домов ребенка № 1 (47 детей), 2 (65 детей), Дома ребенка «Надежда» (74 ребенка), деревни «SOS» (76 детей), а также детям, проживающим в пос. Юбилейный в количестве 2009 человек.

Поликлиника оснащена современной аппаратурой и оборудованием, имеет все возможности осуществлять реабилитацию, лечебно-диагностический процесс с учетом новейших достижений науки и практики.

На основании приказа № 656 МЗ РК от 19.12.2008 года в поликлинике внедрен метод интегрированного ведения болезней детского возраста [3]. По этому методу ре-

гулярно проводятся семинары, многие врачи прошли обучение по ИВБДВ. Всем участковым врачам были розданы диски по программе ИВБДВ/ИКАТ и установлены в компьютеры для самостоятельных занятий. В результате проводимых мероприятий поликлиника № 7 заняла 1-е место по городу Алматы по внедрению ИВБДВ.

Обеспечен высокий уровень доступности всех видов медицинской помощи прикрепленному населению в рамках госзаказа.

Среднее число посещений на 1 ребенка составило 11,6; обслуженность на дому – 9,8; что свидетельствует о доступности медицинской помощи детскому населению.

Охват родовым патронажем за отчетный период увеличился по сравнению с прошлым годом до 92%, поступило новорожденных детей – 1204, охвачено 1108 (2010 г. – 85,5%, поступило новорожденных 1242, охвачено 1063). Посещены в первые три дня после выписки из роддома 92,8% детей (2010 г. – 98,4%). Индекс здоровья детей первого года жизни составил 15% (16% в прошлом году), что связано с ростом общей заболеваемости по городу Алматы в целом. Показатель частоты грудного вскармливания детей первого года жизни высок и стабилен.

По группам здоровья новорожденные в 2011 году распределены следующим образом: I группа детей – 4,7% (2010 г. – 3,1%), II группа детей – 94,6% (2010 г. – 95,6%), III группа детей – 1,2% (2010 г. – 0,7%). Низкий процент I группы здоровья объясняется ростом экстрагенитальной патологии у женщин.

Для рейтинговой оценки важное значение имеют показатели доступности амбулаторно-поликлинической помощи: динамика посещений, количество обслуженных детей на дому; нагрузка на приеме, на дому; среднее число посещений на 1 жителя.

Динамика объема амбулаторно-поликлинической помощи населению в отчетном году несколько выросла и составила – 271 031 из-за увеличения численности обслуживаемого детского населения. Доступность медицинской помощи по сравнению с 2010 годом осталась на прежнем уровне, среднее число посещений на 1 ребенка – 11,6 (2010 год – 12,2). Обращаемость населения в поликлинику остается высокой: из общей численности прикрепленного населения за медицинской помощью в отчетном году обратились 99% (2010 г. – 113%). Из общего числа посещений поликлиники 47,4% (2010 г. – 58,5%) сделаны по поводу заболеваний, 42,4% (2010 г. – 29,7%) – с профилактической целью. Отмечается увеличение посещений по поводу диспансеризации 4,3% (2,9% в 2010 году). Также стоит отметить увеличение посещений по поводу профилактических осмотров и уменьшение посещений по поводу заболеваемости. Это связано с тем, что с марта 2011 года вышел приказ № 145 по проведению профилактических осмотров, в котором по сравнению с приказом № 685 увеличилось количество декретированных возрастов, осматриваемых узкими специалистами в школьных и дошкольных учреждениях [4]. За отчетный период в отделении специализированной помощи работали аллерголог, невропатолог, хирург общего профиля, гинеколог, оториноларинголог, офтальмолог, дерматолог, инфекционист, кардиолог и эндокринолог. Заведующим отделением является врач-аллерголог. Количество посещений у специалистов в 2011 увеличилось по сравнению с 2010 годом на 28,9%, что связано с увеличением прикрепленного населения по сравнению с 2010 годом, а также с увеличением плана профилактических осмотров: 21 780 в 2011 году, 13 783 в 2010 году

В отчетном году отмечается уменьшение всех видов заболеваемости. С 2010 года госпитализация на стационарное лечение осуществляется через Портал Бюро госпитализации. В 2011 году направлено на госпитализацию 350 детей, госпитализировано – 295 детей (84,2%). Из них в стационары городского типа – 203 (68,8%), в стационары республиканского уровня – 92 (31,2%). Из 55 негоспитализированных детей у 33 был от-

каз по причине другого острого заболевания, 11 были непрофильными больными, 3 не явились на госпитализацию, 3 детям не проведен минимальный объем исследований, 2 – отказались от госпитализации, 2 – госпитализированы экстренно, 1 – подлежал госпитализации по программе 30.

Выполняя требования Региональной программы «Здоровье населения г. Алматы», в последние годы была проведена большая работа по совершенствованию и расширению стационарозамещающих технологий. Иммунопрофилактика является одним из приоритетов охраны здоровья детей. Снижение заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями тесно взаимосвязано с состоянием иммунопрофилактики. Выполнение плана прививок колеблется от 97 до 100%.

Показатель младенческой смертности в отчетном году уменьшился по сравнению с 2010 годом и составил 8,4‰ (10,5 ‰ за 2010 г.). Уровень его значительно ниже уровня по городу Алматы (15,4‰, по РК – 14,9‰). Общее число умерших – 13 детей, из них детей до 1 года – 11, в том числе 9 – умерли в роддомах, 3 – в стационарах города. В структуре причин смерти: 6 – НППС (54%), 2 – ВПР (18%), 2 – ЗОД (18%). Систематически проводятся заседания комиссии совместно с кафедрой амбулаторно-поликлинической педиатрии КазНМУ по разбору младенческой смертности с детальным анализом каждого случая.

Таким образом, работу поликлиники в целом следует считать удовлетворительной. В поликлинике обеспечен высокий уровень доступности всех видов медицинской помощи прикрепленному населению в рамках госзаказа.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года: Указ Президента РК от 01.02.2010 г. № 922. URL: <http://www.nomad.su/?a=3-201002230039>.

2 Государственная программа развития здравоохранения РК. «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 г. URL: <http://ru.government.kz/resources/docs/doc19>.

3 О внедрении метода интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста в Республике Казахстан: Приказ МЗ РК от 19.12.2008 г. № 656. URL: <http://zozh.kz/ru/ohrana-materinstva-i-detstva/701-strategija-integrirovannogo-vedenija-boleznej-detskogo-vozrasta-ivbdv.html>

4 Периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения: Приказ МЗ РК от 23.03.2011 г. № 145. URL: <http://adilet.minjust.kz/rus/docs/V090005918>.

#### Тұжырым

*З.И. Умарова*

#### 2011 ЖЫЛДАҒЫ ЕМХАНА ЖҰМЫСЫНЫҢ АНАЛИЗІ

Мақалада денсаулықты сақтауды реформалау жөніндегі мемлекеттік бағдарламаның нәтижесінде туындаған салмақты жылжулар көрсетілген. Емханада медициналық көмектің барлық түрлерінің қолжетімділігінің биік деңгейі қазықтаулы халыққа мемлекеттік тапсырыс шегінде мұнсыз.

#### Summary

*Z.I. Umarova*

#### THE ANALYSIS OF WORK OF AMBULATORY FOR 2011

The essay describes positive trends in the ambulatories' work that occurred as a result of government program of health reform. The clinic has a high level of availability of medical help to the population within the state order.



УДК 614.2

О.А. ТУЕВА

*Поликлиника участников и инвалидов ВОВ, г. Алматы*

## **ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

*Аннотация.* Представлены показатели деятельности и некоторые направления работы участкового врача. Охват наблюдением и лечением пациентов полный.

*Ключевые слова:* участковый врач, амбулаторно-поликлиническая помощь, заболеваемость, смертность, пролеченные больные.

Особенностями поликлиники инвалидов и ветеранов Отечественной войны (ВОВ) являются проведение диагностических исследований, лечение и наблюдение больных геронтологического возраста: инвалиды и участники ВОВ и лица, приравненные к ним: участники трудового фронта, воины-интернационалисты, участники ликвидации последствий чернобыльской аварии, члены семей, погибших военнослужащих, узники концлагерей, реабилитированные жертвы массовых политических репрессий, лица, подвергшиеся ионизирующему излучению от деятельности Семипалатинского ядерного полигона.

Число посещений в поликлинику участников и инвалидов ВОВ увеличилось за последний год на 2634 посещения, также увеличилось число посещений к кардиологу на 0,1. Среднее число посещений на 1 жителя остается на одном уровне. Общая заболеваемость уменьшилась на 4,5. На первом месте в структуре общей заболеваемости стоят заболевания сердечно-сосудистой системы (520,9), на втором месте – заболевания органов мочеполовой системы (255,7), затем приблизительно на одном уровне – заболевания органов дыхания (211,6), заболевания органов пищеварения (203,3), затем заболевания нервной системы (81,9) и на последнем месте – заболевания эндокринных органов (41,1 на 1000 населения).

Показатель первичной заболеваемости уменьшился на 1,0. По сравнению с прошлым годом снизилась первичная заболеваемость органов кровообращения, пищеварения, эндокринной и нервной систем. Выросла первичная заболеваемость органов дыхания и мочеполовой системы.

Общая смертность населения уменьшилась на 1,1.

На 1-м месте по причинам смертности населения находятся болезни органов кровообращения, на 2-м месте – травмы и отравления, на 3-м месте – доброкачественные и злокачественные новообразования, на 4-м месте – прочие причины, на 5-м месте – заболевания органов пищеварения.

Количество пролеченных больных в дневном стационаре с сердечно-сосудистой патологией увеличилось на 111 случаев. Из них на первом месте ИБС – 283 больных (15,2%); на 2-м месте АГ – 145 (7,8%); на третьем месте острое нарушение мозгового кровообращения – 41 (2,2%).

По сравнению с прошлыми годами наблюдается увеличение пролеченных больных с гипертонической болезнью и ОНМК.

Число больных, состоящих на диспансерном учете, остается неизменным в РК, г. Алматы и поликлинике участников ВОВ.

Первичный выход на инвалидность уменьшился на 14 человек за счет реабилитации больных.

Уменьшился охват комплексными медосмотрами и увеличился охват стационарным лечением ветеранов ВОВ и приравненных к ним лиц. Увеличился охват санитарно-курортным лечением инвалидов ВОВ, жертв массовых политических репрессий и ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС.

Уменьшился охват санитарно-курортным лечением участников ВОВ, воинов-интернационалистов, членов семей погибших военнослужащих и лиц, подвергшихся ионизирующему излучению от деятельности СЯП.

Ответственным разделом работы является помощь на дому. Увеличивается количество больных с хроническими заболеваниями в связи с процессом «старения» населения.

Средняя нагрузка на 1,0 ставку врача-терапевта в день составляет 22 человека из них 16 на приеме и 6 человек на дому, в месяц – 484 человека, в год – 5324 человека.

В обязанности участкового врача входит обеспечить:

- своевременную квалифицированную терапевтическую помощь в поликлинике и на дому;
- экстренную медицинскую помощь больным независимо от их места жительства при возникновении острых состояний, травм, отравлений;
- своевременную госпитализацию терапевтических больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
- консультацию больных узкими специалистами при необходимости, использование в своей работе современных методов диагностики и лечения больных, в том числе ЛФК, массаж, физиотерапию и т. д.;
- диспансеризацию;
- организацию и проведение профилактических прививок;
- раннее выявление и лечение инфекционных заболеваний, оформление экстренного извещения и госпитализацию больных;
- пропаганду здорового образа жизни.

Обслуживаемое население: 3194 человека: мужчин – 1415, женщин – 1779.

На участке имеется документация:

1. Паспорт участка с указанием: общей характеристики, демографических данных, списка диспансерных больных по нозологиям, ИОВ, УВОВ, УТФ, женщин фертильного возраста и с экстрагенитальной патологией.

2. Журнал переписи населения.

3. Журнал вызовов врача на дом.

4. Журналы регистрации выписки льготных лекарств.

5. Книга учета лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества ( Приказ № 428 от 11.05.2001).

6. Прививочные журналы.

7. Регистрация стационаров на дому, госпитализации в стационары, санпросветработы проводится в общеотделенческие журналы.

В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности первое место занимают заболевания органов дыхания и ОРВИ; на втором месте – заболевания сердечно-сосудистой системы.

Заболеваемость с длительной утратой трудоспособности является одним из показателей здоровья населения, критерием оценки диспансеризации, эффективности проведения лечения.

В структуре причин первичного выхода на инвалидность первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, далее – заболевания дыхательной системы. За инвалидами труда ведется диспансерное наблюдение, проводится реабилитация в условиях стационара, организуются стационары на дому, что дает эффективность оздоровления инвалидов труда. За отчетный год частичная реабилитация проведена одному больному с заболеванием дыхательной системы и полная реабилитация проведена двум больным с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Инфекционная заболеваемость имеет тенденцию к росту за счет роста кишечных инфекций, что объясняется ухудшением санитарного благополучия (питание в столовых, кафе, приобретение продуктов у уличных торговцев). Учитывая, что в 2004–2005 гг. отмечался рост кори, по эпидпоказаниям населению до 25 лет проводилась вакцинация против кори/краснухи дивакциной. Это привело к значительному снижению заболевания населения корью. Мною уделяется большое внимание работе по профилактике инфекционных заболеваний, проводятся беседы.

Увеличилось количество стационаров на дому на 12, в структуре пролеченных преобладает женское население, а по возрасту – лица старше 60. В структуре заболеваемости превалируют больные с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Объем помощи населению в дневном стационаре возрос, увеличилось количество больных с выздоровлением и улучшением состояния. В структуре заболеваемости превалируют заболевания сердечно-сосудистой системы.

Госпитализация больных осуществляется согласно приказу Департамента здравоохранения в профильное отделение клиник города. Направление плановых больных в стационары проводится после предварительного обследования (ФГ, кровь на МР, ЭКГ, ОАК, ОАМ и другие по показаниям), при неэффективности лечения в дневном стационаре и в стационаре на дому, а также при возникновении неотложных ситуаций (ОИМ, гипертонический криз, сложные нарушения ритма).

Соблюдается преемственность стационара и поликлиники. Обращает на себя внимание снижение количества больных, направляемых на стационарное лечение по всем классам заболеваний. Причиной этого является проведение лечения в стационарах на дому и в дневных стационарах.

Большое внимание мною уделяется диспансеризации населения, целью которой является систематическое динамическое наблюдение за состоянием здоровья здоровых, практически здоровых и больных людей. Отбор контингента для диспансеризации ведется в двух направлениях:

Первое направление – это лица, нуждающиеся в ежегодном динамическом наблюдении вследствие возрастно-физиологических особенностей организма. Сюда относятся подростки, беременные женщины, ветераны ВОВ, ликвидаторы последствий аварии ЧАЭС, жители Семипалатинского региона, лица, работающие с профессиональными вредностями, женщины фертильного возраста.

Второе направление – это оздоровление больных с хроническими заболеваниями, подлежащие диспансерному наблюдению, кратность осмотров, лабораторные исследования, консультации специалистов и назначение профилактического лечения. При взятии на диспансерный учет заводится контрольная форма № 30/у, намечается план лечебно-оздоровительных мероприятий, назначаются сроки явки. По истечении календарного года на каждого диспансерного больного пишется этапный эпикриз.

В поликлинике проводится диспансерный осмотр во все дни недели, по возможности с осмотром всех специалистов. Нетранспортабельным больным осмотр проводится на дому.

Отмечается увеличение количества диспансерных больных за счет взятия на диспансерный учет больных с диагнозом артериальная гипертензия.

Комплексные осмотры для нетранспортабельных ИОВ и УВОВ проводились на дому с выездом специалистов (хирург, невропатолог, окулист, ЛОР). На дому проводились лабораторные обследования и ЭКГ.

Всем нуждающимся пациентам обеспечивается своевременная квалифицированная терапевтическая помощь согласно медицинским стандартам и новым технологиям в диагностике и лечении.

Проводится необходимый объем основных диагностических обследований.

На основании критериев диагностики выставляется диагноз согласно классификации, определяется тяжесть заболевания и в зависимости от состояния пациента назначается дальнейшая тактика лечения путем госпитализации пациента в стационар или лечения в амбулаторных условиях. Если же пациент получает лечение в амбулаторных условиях, то дальнейшая тактика лечения включает в себя немедикаментозную терапию (изменение образа жизни пациента) и медикаментозную терапию, в состав которой входят основные и дополнительные медикаменты. Соблюдаются длительность приема лекарственных препаратов. При эффективности лечения больной берется на диспансерный учет. А при неэффективности – на основании критериев переводится на следующий этап.

Внедряются инновационные технологии в рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в РК на 2005–2010 гг.

Активно информируются пациенты о новых методах обследования (например: коронарография, по результатам которой назначается лечение и проводится реабилитация). При сложных формах аритмий больной информируется о дальнейшей тактике лечения инвазивного характера: радиочастотной аблации, искусственном кардиовекторе дефибрилляторе, искусственном водителе ритма.

Для пациентов в поликлинику приглашаются к проведению консультаций по оказанию ВСМП специалисты из КазНИИ кардиологии и ВБ и кафедры КазНМУ им. Асфендиярова.

#### **Выводы:**

- Отмечается снижение заболеваемости на участке за год.
- В структуре заболеваемости, смертности, в структуре причины выхода на инвалидность населения работоспособного возраста ранговое место занимают болезни ССС.
- Уменьшилась инфекционная заболеваемость.
- Отмечается рост пролеченных пациентов по стационарным технологиям.
- Увеличился охват диспансерным наблюдением.

**Рекомендации.** Терапевтическая помощь должна быть доступной для населения по мере обращения его в поликлинику. Должны быть доступны и лабораторно-инструментальные методы обследования, чтобы своевременно установить правильный диагноз и начать лечение, предотвращая какие-либо осложнения в состоянии пациентов. Для профилактики заболеваний органов кровообращения, легких, желудочно-кишечного тракта необходимо широко просвещать, обучать и оздоравливать население через организации ЗОЖ и средства массовой информации.

## **Тұжырым**

*О.А. Туева*

### **УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ**

Қызметтің көрсеткіштері және учаскелік дәрігер жұмысының бағыттары ұсынылған. Ауқым қадағалау және емделушінің шипасына толық мәлімет берілген.

## **Summary**

*О.А. Tuueva*

### **INDICATORS OF ACTIVITY OF THE LOCAL THERAPIST**

Indicators of activity and some directions of work of the district doctor are presented. Coverage by supervision and treatment of patients the full.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616-053.2

*Е.В. БОРИСОВА*

*Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы*

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИППА У ДЕТЕЙ**

*Аннотация.* В статье дается характеристика других сопутствующих гриппу инфекционных заболеваний для распознавания гриппа в период эпидемической вспышки. Для дифференциальной диагностики гриппа показана необходимость лабораторного подтверждения.

*Ключевые слова:* дети, грипп, дифференциальная диагностика.

Грипп – острое респираторное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, имеющее сезонный характер. Главная особенность гриппа – способность к изменчивости. Источником инфекции является больной человек. Инкубационный период продолжается от 2 до 48 часов. Различают типичный и атипичный грипп; по тяжести течения – легкий, среднетяжелый, тяжелый и очень тяжелый; по наличию осложнений – осложненный и неосложненный. Типичный грипп начинается остро с резкого подъема температуры тела до 38–40°C. Другими типичными симптомами являются: озноб; головная боль (преимущественно в лобной области и глазных яблоках), головокружение; боль в мышцах рук и ног; слабость. Лихорадочный период сопровождается в течение 3–5 дней, общая продолжительность заболевания – 7–10 дней. Также возможно развитие симптомов, не характерных для гриппа: першение и кашель; диарея. При объективном обследовании отмечается гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер, влажный блеск, повышенное потоотделение, герпетическая сыпь на губах и около носа. Выявляются признаки ринита, фарингита, ларингита, трахеита. Бронхит возникает значительно реже, а поражение легких рассматривается как осложнение. Помимо общетоксических симптомов на высоте болезни могут появиться нерезко выраженные менингеальные симптомы, которые исчезают через 1–2 дня. Грипп у детей более выражен и продолжителен, часто развиваются осложнения. У новорожденных клинически может проявляться от бессимптомного течения заболевания или незначительного насморка до неонатального сепсиса. Картина крови при

неосложненном гриппе характеризуется лейкопенией или нормоцитозом, нейтропенией, эозинопенией, относительным лимфоцитозом, СОЭ не увеличена. В межэпидемическое время диагноз подтверждается только после лабораторного подтверждения. Для быстрой диагностики гриппа используют «экспресс-метод» обнаружения вируса гриппа с помощью флюоресцирующих антител – иммунофлюоресцентный метод (РИФ), гемадсорбции (РГТ), реакции связывания комплемента (РСК) и наиболее точный – вирусологический метод исследования [1].

Дифференциальную диагностику гриппа необходимо проводить как с острыми респираторными заболеваниями, так и с рядом других инфекций. Аденовирусная инфекция начинается остро с катарального синдрома. Вначале появляется затруднение носового дыхания, а на 2–3-й день – ринорея. С первого же дня появляется боль в горле. У детей 1–3 лет появляется грубый, лающий кашель, голос становится осипшим, однако полной афонии не бывает, возможно развитие стеноза гортани. Температура тела поднимается постепенно и наибольший ее подъем наблюдается на 2–3-й день. Лихорадочный период продолжается от 7–8 до 12–14 дней, лихорадка имеет двухволновой характер. Острый бронхит часто осложняется бронхообструктивным синдромом. Один из ведущих симптомов при аденовирусной инфекции – конъюнктивит. Миндалины увеличены, отечны, гиперемизованы, покрыты пленчатым налетом. Характерно также увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов; при пленчатом конъюнктивите увеличиваются лимфоузлы, расположенные перед ушными раковинами. При аденовирусной инфекции часто поражается пищеварительный тракт. Описаны атипичные формы заболевания: изолированный конъюнктивит, кератит, поражение нервной системы в виде полиневрита или полирадикулоневрита, а также серозного менингита или менингоэнцефалита. Доказательством аденовирусной природы процесса служит выделение вируса из спинномозговой жидкости. В общем анализе крови при аденовирусной инфекции определяется нормальное количество лейкоцитов или умеренный лейкоцитоз, анэозинофилия; СОЭ нормальная или несколько повышена. Рентгенологически обнаруживается расширение корней легких и усиление бронхососудистого рисунка, особенно в нижних отделах легких. Болезнь в неосложненных случаях длится до 2–3 недель. Наиболее частым осложнением являются бактериальная пневмония и ангина, а у детей – синуситы и отиты.

Риновирусная инфекция чаще начинается остро. Пути передачи: воздушно-капельный и контактный путь инфицирования. Появляются чиханье, ощущение сухости, першения и саднения в глотке, и сразу же присоединяется насморк с обильными серозными выделениями, которые позже становятся гнойными. При осмотре выявляют мацерацию кожи вокруг ноздрей, иногда герпес на губах; гиперемию слизистой оболочки носа и инъектированность сосудов склер. Температура тела чаще нормальная или повышается незначительно в первые два дня. Гематологические изменения отсутствуют. Насморк продолжается от 7 до 10–14 дней. Осложнения: синуситы, отит, бронхит, пневмония [2].

Парагрипп в типичных случаях развивается постепенно с появления субфебрильной температуры. В ряде случаев через 2–3 дня температура на короткий период (1–2 дня) повышается до 38–39° С, но затем быстро снижается. Лихорадочный период держится от 5–7 до 14 дней. Симптомы интоксикации выражены слабо. У большинства больных наблюдаются ринит, фарингит. Типичными проявлениями парагриппа является ларингит, сопровождающийся саднением, першением, болью в горле, изменениями голоса, охриплостью, сухим кашлем, иногда афонией. У детей ларингит часто протекает с симптомами ложного крупа. Начиная с 4–5 дня болезни присоединяется



бронхит. Иногда наблюдаются стертые клинические формы с нормальной температурой тела, слабо выраженными катаральными явлениями. В других случаях, чаще у детей, наблюдаются тяжелые проявления ложного крупа, серозного менингита и менингоэнцефалита, полиневрита. Картина периферической крови чаще характеризуется нормальным количеством лейкоцитов и СОЭ. Редко наблюдаются повышение или снижение уровня лейкоцитов, а также несколько повышенная СОЭ. При рентгенологическом исследовании выявляют усиление легочного рисунка, особенно в прикорневых отделах. Осложнениями парагриппа являются пневмонии, ангины, синуситы, отиты, евстахииты, а также обострения хронических воспалительных заболеваний бронхолегочной системы.

Клиническая картина РС-инфекции – насморк, першение в горле, сухой кашель, гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, субфебрильная температура тела. Симптомы интоксикации выражены слабо. Все симптомы болезни проходят в течение 5–7 дней. У детей младшего возраста процесс переходит на нижние отделы бронхов и на бронхиолы. На 2–7-й день у них возникает сильная экспираторная одышка с удлиненным свистящим выдохом, раздуванием крыльев носа и участием вспомогательных мышц в акте дыхания. При перкуссии легких участки коробочного звука чередуются с ограниченными притуплениями за счет чередования множественных участков вздутия легких с мелкими ателектазами. Выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов, слышимых на расстоянии. Появление астматического синдрома чаще у детей от 2 месяцев до 1–2 лет – наиболее типичное проявление РС-инфекции. Помимо пневмонии к частым осложнениям относится отит. Заболевание может длиться до 20–24 дней. Диагностика РС-инфекции по клиническим данным в большинстве случаев невозможна. Только у детей грудного возраста при наличии бронхоолита с выраженным астматическим компонентом на фоне невысокого субфебрилитета при быстрой обратной динамике можно говорить с высокой долей достоверности о РС-инфекции [3].

При дифференциальной диагностике с другими инфекционными болезнями необходимо помнить, что в их начальном периоде может быть и синдром общей интоксикации, и катаральный синдром. Так, при кори на фоне выраженной интоксикации всегда поражается респираторный тракт, но конъюнктивит и пятна Филатова-Бельского-Коплика на слизистой оболочке щек позволяют диагностировать корь до появления экзантемы. Воспалительные изменения со стороны верхних дыхательных путей, наряду с лихорадкой и общей интоксикацией, являются характерным проявлением катарального варианта преджелтушного периода вирусного гепатита. В отличие от гриппа, паратиф А начинается постепенно с катарального синдрома, с каждым днем нарастает высота лихорадки, причем выраженные явления синдрома общей интоксикации не соответствуют относительно легким воспалительным изменениям дыхательных путей. Лихорадка постоянного типа и появление на 4–7-й день болезни полиморфной сыпи исключают вероятность гриппа [4].

Таким образом, распознавание гриппа в период эпидемической вспышки не представляет трудности. В межэпидемическое время, когда преобладают атипичные формы гриппа, клинически его трудно дифференцировать от других острых респираторных инфекций. В это время диагноз подтверждается только после лабораторного подтверждения.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Львов Д.К., Малышев Н.А., Колобухина Л.В. и др. Грипп, вызванный новым пандемическим вирусом A/H1N1 SWL // Клиника, диагностика, лечение: Методические рекомендации. – М., 2009. – № 28. – 18 с.



- 2 Синопальников А.И., Белоцерковская Ю.Г. Грипп // Лечащий врач. – 2007. – № 8. – С. 16–21.  
3 Синопальников А.И., Белоцерковская Ю.Г. Грипп // Лечащий врач. – 2007. – № 9. – С. 54–60.  
4 Острые инфекции дыхательных путей у детей. Клинические формы, диагностика, лечение. Оздоровление детей с частыми респираторными заболеваниями: Конспект участкового педиатра: Учебное пособие для врачей-педиатров Московской области. – М., 2004. – 120 с.

### **Тұжырым**

*Е.В. Борисова*

#### **БАЛАЛАРДАҒЫ ТҰМАУДЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ**

Аталған мақалада тұмаудың басқа да инфекциялық аурулармен салыстырмалы түрде жүргізілген дифференциалды диагностиканың нәтижелері ұсынылған. Тұмаудың дифференциалды диагностикасын жедел респираторлы аурулармен қатар басқа да инфекциялармен міндетті түрде жүргізу қажет.

### **Summary**

*E.V. Borisova*

#### **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INFLUENZA IN CHILDREN**

The presented article shows the description of the differential diagnosis of influenza with other infectious diseases. Differential diagnosis of influenza should be done not only with acute respiratory infections, and a number of other infections.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616-053.2

*А.В. АЖКЕЕВА*

*Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы*

#### **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ В МАКРО- И МИКРОЭКОСИСТЕМАХ ЗА ЧЕТЫРЕ ГОДА**

*Аннотация.* Проведен анализ клинической картины и преморбидного фона у часто болеющих детей. Выявлены характерные особенности в межрецидивном периоде. Они имеют более длительное течение рецидивов респираторных заболеваний, сопутствующую патологию других органов и систем, лимфаденопатию, необходимость в частом и длительном применении антибиотиков.

*Ключевые слова:* часто болеющие дети, преморбидный фон, заболеваемость, межрецидивный период.

Одной из задач настоящего исследования являлся анализ заболеваемости детей в макро- и микроэкосистемах.

Детская заболеваемость в г. Алматы в 2007 году составила 181 198,5/100 тыс. детского городского населения, что выше среднереспубликанского показателя (133 140,9/100 детского городского населения). Анализ структуры причин заболеваний выявил также высокий уровень многих заболеваний в сравнении со среднереспубликанскими данными, но темпы роста патологических состояний здесь оказались более низкими, чем в республике. В структуре причин детской заболеваемости в г. Алматы первенство (как и в целом по республике) прочно удерживают заболевания органов

дыхания. Так, в 2005 году на патологию органов дыхания у детей, проживающих в г. Алматы, пришлось 62,9% к общему числу заболеваний детей (по республике – 57,3%), а в 2008 году – 60,8% (по республике – 56,9%). Высокая заболеваемость органов дыхания в 2005 году и ее динамика в последующем во многом связаны с более значительной загрязненностью атмосферного воздуха. Атмосферный воздух предпочтительно воздействует на те поверхности организма, с которыми непосредственно соприкасается. К таким поверхностям относятся слизистые оболочки дыхательных путей. В результате следует ожидать снижения резистентности именно бронхолегочного аппарата, что и было подтверждено в ходе анализа детской заболеваемости в указанном регионе (рост заболеваемости хроническим бронхитом, бронхитом неустановленной этиологии, эмфиземой). Значительно более высокими, чем в среднем по республике, в 2005–2008 гг. оказались темпы роста среди детей, проживающих в г. Алматы, болезней крови, кроветворных органов, нарушений с иммунным механизмом; железодефицитной анемии; болезней органов пищеварения; туберкулеза; болезней нервной системы [1, 2].

Течение рецидивирующих респираторных заболеваний у детей, как правило, осложняют сопутствующая патология и очаги хронической инфекции. При анализе анамнестических данных чаще всего выявлялись сопутствующие заболевания ЛОР-органов, сердечно-сосудистой системы, мочевыводящей и других систем и органов, которыми можно частично объяснить высокую распространенность отмеченных ранее жалоб. Поэтому ставилась задача оценить частоту сопутствующих заболеваний при различных нозологических формах в зависимости от возраста у часто болеющих детей.

Было достоверно установлено, что наиболее частой сопутствующей патологией во всех возрастных группах были хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (57,9% случаев,  $p<0,001$ ), центральной нервной системы (45,8%,  $p<0,001$ ), лимфаденопатия (45,8%). Нередко выявлялись аллергические заболевания (в 37,9% случаев,  $p<0,001$ ), патология сердечно-сосудистой системы (35,0%,  $p<0,001$ ). Каждый четвертый ребенок страдал патологией ЛОР-органов (25,7%,  $p<0,001$ ) и был инфицирован *Mycobacteria tuberculosis* (в среднем 24,3%,  $p<0,001$ ), а у каждого пятого ребенка выявлялась патология мочевыводящей системы (в 21,5% случаев,  $p<0,001$ ).

Выявлены существенные особенности частоты отдельных сопутствующих заболеваний у ЧБД в зависимости от возраста. Например, такая патология, как заболевания ЖКТ, достоверно чаще встречалась у детей исследуемых групп в возрасте от 4 до 6, от 7 до 12, и от 13 до 15 лет – соответственно в 44,7; 71,8 и 78,1% случаев. При этом из патологии ЖКТ достоверно наиболее часто наблюдались хронический гастродуоденит ( $p<0,001$ , в средних значениях –  $p<0,05$ ) и дискинезии желчевыводящих путей ( $p<0,001$ ) в группе от 7 до 12 лет и от 13 до 15 лет.

Из патологии ЦНС наиболее достоверные различия отмечаются в частоте встречаемости нейрогенной дисфункции мочевого пузыря ( $p<0,05$ ) в группе детей от 13 до 15 лет; внутричерепной гипертензии – в группах от 7 до 12 и от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ ); астено-невротического синдрома – в группе от 4 до 6 лет ( $p<0,05$ ), в группах от 7 до 12 и от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ ), задержки психомоторного развития в группе от 1 до 3 лет ( $p<0,001$ ). Однако патология ЦНС в своей структуре неоднородна. Так, задержка психомоторного и речевого развития, астено-невротический синдром чаще встречались у детей раннего и дошкольного возраста, тогда как синдром внутричерепной гипертензии, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря чаще выявлялись у школьников. Внутричерепная гипертензия может быть связана с частыми в этом возрасте риноси-

нуситами, которые приводят к нарушению мозгового кровообращения и повышению внутричерепного давления.

По поводу лимфаденопатии отмечались достоверные различия в группе от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ ).

Среди аллергических заболеваний у детей достоверные различия отмечались в группе от 13 до 15 лет с аллергическим ринитом ( $p<0,001$ ) и с пищевой аллергией ( $p<0,05$ ); с медикаментозной аллергией ( $p<0,05$ ) – в группах от 7 до 12 лет и от 13 до 15 лет; с atopическим дерматитом – в группах от 1 до 3 лет ( $p<0,01$ ) и от 7 до 12 лет ( $p<0,05$ ).

А среди патологии ССС достоверные различия чаще встречались в группе детей с кардиопатией в возрасте от 1 до 3 лет ( $p<0,001$ ) и от 4 до 6 лет ( $p<0,05$ ); с дополнительной хордой – в группе от 1 до 3 лет ( $p<0,05$ ); с ВСД – в группах от 7 до 12 лет и от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ , среднее  $p<0,05$ ); с ВПС – в группе от 13 до 15 лет ( $p<0,05$ ). Почти вся патология ССС чаще встречалась у детей раннего и дошкольного возраста, а ВСД, ВПС и артралгии – у школьников. По-видимому, пубертатный скачок роста на фоне частых респираторных заболеваний приводит к нарушению ранее сложившейся компенсации кровообращения, что приводит к манифестации ВПС, что, в свою очередь, может способствовать повторным рецидивам респираторных заболеваний.

Из патологии ЛОР-органов отмечены достоверно более частые случаи отита у маленьких детей в возрасте от 1 до 3 лет ( $p<0,001$ ).

Среди детей, инфицированных туберкулезом достоверные различия отмечались у детей с виражом и инфицированием в группах от 7 до 12 лет и от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ ). Надо также отметить, что исследуемые дети, инфицированные туберкулезом, находились на диспансерном учете у фтизиатра и получали специфическую терапию.

Определенную значимость в формировании сопутствующей патологии у часто болеющих детей имеют заболевания мочевыводящей системы, наблюдающиеся в среднем в 21,5% случаев. В целом частота ВПР, пиелонефрита с возрастом увеличивается, зато прослеживается некоторое уменьшение частоты обменных нефропатий, ИМВП, цистита к раннему школьному возрасту с последующим повышением этих заболеваний к среднему школьному возрасту. Причем ВПР, пиелонефритами, циститами чаще болели девочки, а обменными нефропатиями – мальчики. Но достоверные различия отмечались у детей с пиелонефритом в группах от 7 до 12 лет и от 13 до 15 лет ( $p<0,01$ , среднее  $p<0,05$ ); с инфекцией мочевыводящих путей и циститом в группах от 1 до 3 лет, от 13 до 15 лет ( $p<0,05$ ).

Надо отметить также, что достоверные различия отмечались у детей с патологией глаз (конъюнктивиты, дакриоциститы, катаракта, миопия, гиперметропия и др.) в группах от 7 до 12 и от 13 до 15 лет ( $p<0,001$ ); со сколиозом ( $p<0,001$ ).

С возрастом частота выявленного дисбактериоза кишечника уменьшалась, зато возрастала частота хронического гастродуоденита, ДЖВП, функциональной диспепсии, панкреатита, ХВГВ.

Железодефицитная анемия встречалась у каждого десятого ребенка, чаще наблюдалась у детей раннего и дошкольного возраста (14,3–14,5%), у школьников она несколько снижалась (10,6–12,5%). Выраженной зависимости различных нозологических форм частых респираторных заболеваний и развития анемии выявлено не было.

Таким образом, проведенный анализ клинической картины и преморбидного фона свидетельствует о том, что у часто болеющих детей в межрецидивном периоде выявляются характерные особенности: более длительное течение рецидивов респира-

торных заболеваний; сопутствующая патология других органов и систем (ЖКТ, ЦНС, ССС, мочевыводящей и др.); вторичная регионарная лимфаденопатия; сопутствующая хроническая и рецидивирующая патология ЛОР-органов; необходимость в частом и длительном применении антибиотиков для купирования рецидива респираторных заболеваний; наличие клинических признаков персистирующей инфекции вне обострения основного заболевания (постоянная заложенность носа, длительный субфебрилитет, слабость, вялость, снижение аппетита, длительно сохраняющийся кашель); сочетание инфекционного и аллергического синдрома.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 *Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф., Коваленко А.Л. и др.* Продукция цитокинов у больных риносинуситом при лечении циклофероном // Оториноларингология. – 2005. – № 12. URL: <http://w.w.w.medlinks.ru/article>.

2 *Ершов Ф.И.* Антивирусные препараты. – М.: Геотар-медиа. 2006. – 58 с.

#### Тұжырым

*А.В. Ажкеева*

#### МАКРО- ЖӘНЕ МИКРО ЭКОЖҮЙЕЛЕРДЕГІ СОҢҒЫ ТӨРТ ЖЫЛДЫҚ АҚПАРАТ БОЙЫНША БАЛАЛАРДЫҢ АУРУШЫЛДЫҒЫ

Жиі ауыратын балалардың аурушылдығы мен анамнездері сарапталды. Рецидив аралық уақыттағы ерекшеліктер анықталды. Олар көбінесе антибиотиктерді жиі және ұзақ мерзімде қолдануды талап ететін, тыныс алу жолдарынан басқа ағзалар мен жүйелердің патологиясын, лимфаденопатияны шақыратын респираторлы аурулардың ұзақ мерзімді рецидивтеріне әкеледі.

#### Summary

*A.V. Azhkeeva*

#### DISEASE OF CHILDREN'S POPULATION IN MACRO- AND MICROECOSYSTEMS DURING 4 YEARS

Disease and anamnesis of frequently sick children has been analysed. It is revealed features in period between recidives. They have another diseases of different organs and systems, increase of lymphatycal nodes, increases duration of aggravations, number of relapses of respiratory infection, and leads to increase in requirement for antibacterial therapy.

УДК 616-053.2

Ж.О. САРБАСОВА, А.Т. НУРКАСЫМОВА, И.З. МАМБЕТОВА,  
Р.К. ДЖЕКСЕКОВА, И.И. ЧЕРНОУСОВА

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

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ**

*Аннотация.* В статье дана характеристика обследованных часто болеющих детей. У них были изучены клинико-иммунологические особенности повторных респираторных заболеваний и эффективность проведенного лечения. Более 2/3 обследованных детей страдали частыми ринофарингитами. Рецидивирующий бронхит диагностирован у 57 детей (26,6%). Всего в исследовании участвовали 317 человек, включая 214 детей основной и 103 детей контрольной группы.

*Ключевые слова:* часто болеющие дети, нозологические формы, возрастно-половая характеристика, методы исследования.

**Целью** исследования являлось изучение клинико-иммунологических особенностей у часто болеющих детей и эффективности лечения индукторами интерферона с разработкой оптимальной тактики лечения.

Для решения поставленной цели в период с 2006 по 2009 год было обследовано 214 часто болеющих респираторными заболеваниями детей, находящихся на диспансерном учете в Городской детской поликлинике № 7 и школе-интернате № 17 г. Алматы. У 210 детей исследуемых групп и у 67 детей референтных групп был изучен иммунокорригирующий эффект синтетических индукторов эндогенного интерферона – циклоферона и амизона, вводимых внутрь.

Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных медицинской документации (история развития ребенка – 112/у, индивидуальная карта ребенка – 026/у). Больные обращались на прием как вне явного обострения, так и во время обострения их основного заболевания. При постановке диагнозов использованы общепринятые в настоящее время классификации [1]. Клинический диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, физикальных данных, комплекса общелабораторных и инструментальных методов исследования.

В исследование были включены дети, находящиеся под наблюдением педиатров, с частыми респираторными заболеваниями дыхательных путей (давность заболевания не менее года и при частоте обострений не менее 6 раз в год), не получавшие в течение последних 6 месяцев иммунокорригирующие препараты.

Приводим краткую характеристику обследованных больных. Более 2/3 детей страдали частыми респираторными заболеваниями верхних дыхательных путей, среди которых преобладали ринофарингиты (68,2% от общего количества больных). Рецидивирующий бронхит диагностирован у 57 детей (26,6%), причем у каждого седьмого ребенка заболевание протекало с повторными эпизодами обструкции.

В возрастном аспекте преобладали дети дошкольного (4–6 лет) и младшего школьного возраста (7–12 лет), что составило 35,5 и 39,7% случаев соответственно. Анализируя частоту нозологических форм рецидивирующих респираторных заболеваний, мы выявили, что их структура существенным образом отличается в разных возрастных группах. Если в раннем и дошкольном возрасте чаще поражались верх-

ние дыхательные пути с клинической картиной ринофарингита и ларингита, а нижние дыхательные пути с клинической картиной трахеита, бронхита, обструктивного бронхита, то в школьном возрасте удельный вес этих заболеваний уменьшается или не встречается вообще, в частности обструктивного бронхита. По мере взросления у часто болеющих детей учащается поражение ринофарингитом, достигая максимума в младшем школьном возрасте, а затем урежается.

В возрасте от 1 до 3 лет и от 4 до 6 лет среди всех часто болеющих детей преобладали мальчики, а в школьном возрасте преобладали девочки, как и в целом в группе обследованных больных (таблица 1). У мальчиков, несколько чаще, чем у девочек,

**Таблица 1 – Распределение больных по нозологическим формам, полу и возрасту**

| Нозологические формы    | Возраст          |   |                 |    |                  |    |                   |    | Всего        |             |
|-------------------------|------------------|---|-----------------|----|------------------|----|-------------------|----|--------------|-------------|
|                         | 1–3 года<br>n-21 |   | 4–6 лет<br>n-76 |    | 7–12 лет<br>n-85 |    | 13–15 лет<br>n-32 |    | М,<br>n- 102 | Д,<br>n-112 |
|                         | м                | д | м               | д  | м                | д  | м                 | д  |              |             |
| Заболевания ВДП:        | 7                | 5 | 29              | 20 | 27               | 38 | 7                 | 17 | 70           | 80          |
| Ринофарингит            | 7                | 4 | 27              | 20 | 27               | 37 | 7                 | 17 | 68           | 78          |
| Ларингит                | 0                | 1 | 2               | 0  | 0                | 1  | 0                 | 0  | 2            | 2           |
| Заболевания НДП:        | 5                | 4 | 14              | 13 | 8                | 12 | 4                 | 4  | 31           | 33          |
| Трахеит                 | 0                | 1 | 2               | 2  | 0                | 2  | 0                 | 0  | 2            | 5           |
| Рецидивирующий бронхит: | 5                | 3 | 12              | 11 | 8                | 10 | 4                 | 4  | 29           | 28          |
| Простой                 | 3                | 2 | 10              | 9  | 8                | 10 | 4                 | 4  | 25           | 25          |
| Обструктивный           | 2                | 1 | 2               | 2  | 0                | 0  | 0                 | 0  | 4            | 3           |
| Итого по полу           | 12               | 9 | 43              | 33 | 35               | 50 | 11                | 21 | 102          | 112         |
| <i>Всего</i>            | 21               |   | 76              |    | 85               |    | 32                |    | 214          |             |

диагностирован рецидивирующий бронхит (13,6% и 13,1%), в том числе обструктивный бронхит (1,9% и 1,4%). Сопоставление групп наблюдения и сравнения по половому признаку позволило прийти к выводу, что в группах наблюдения пред- и дошкольного возрастов, а также в группе сравнения среднего школьного возраста преобладало количество мальчиков (таблицы 2). В группах сравнения других возрастов количество мальчиков и девочек было примерно одинаковым, тогда как в группах наблюдения

**Таблица 2 – Возрастно-половая характеристика обследованных детей**

| Показатели    | Основная группа, n=214 |           | Контрольная группа, n=103 |          | p      |
|---------------|------------------------|-----------|---------------------------|----------|--------|
|               | n                      | M±m, %    | n                         | M±m, %   |        |
| Пол: мальчики | 103                    | 48,2±4,5  | 60                        | 58,3±5,8 | >0,05  |
| девочки       | 111                    | 51,8±4,5  | 43                        | 41,7±5,8 | >0,05  |
| Возраст, лет  | 8,15±0,26              |           | 10,5±0,41*                |          | <0,001 |
| 1–3 года      | 21                     | 9,8±2,7   | 10                        | 9,7±3,5  | >0,05  |
| 4–6 лет       | 76                     | 35,5±4,3* | 10                        | 9,7±3,5  | <0,001 |
| 7–12 лет      | 85                     | 39,7±4,4  | 43                        | 41,7±5,8 | >0,05  |
| 13–15 лет     | 32                     | 15,0±3,2  | 40                        | 38,8±5,8 | <0,001 |
| <i>Всего</i>  | 214                    | 100       | 103                       | 100      |        |

школьного возраста преобладало количество девочек. Обследованные 214 детей были в возрасте от 1 года 11 месяцев до 15,6 года, средний возраст составил  $8,15 \pm 0,26$  года. Группу сравнения составили 103 относительно здоровых ребенка в возрасте от 1 года 15,3 года, средний возраст составил  $10,5 \pm 0,41$  года.

Референтные группы, как и основные, комплектовались из детей, проживающих как в условиях дома, так и школы-интерната г. Алматы, при идентичности прочих характеристик (климато-географические особенности, содержание йода в воде, питание, этнический состав и др.). Естественно, в условиях школы-интерната проживали только учащиеся младшего и старшего школьного возраста.

Всем больным проводились общепринятые лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, кала. Помимо этого, по показаниям проводили инструментальные методы обследования, включающие ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электроэнцефалографию, эхокардиоскопию.

Общеклинические анализы крови выполнялись по общепринятым методикам на базе Городской поликлиники № 7. Иммунологические исследования проводились в Центре иммунологии и аллергологии ТОО «Стэмкорд». У большинства больных исследовали иммунограмму, включающую в себя определение количества Т- и В-лимфоцитов, иммуноглобулинов классов А, М, G, E; показателей фагоцитоза (спонтанного и индуцированного процента).

Идентификацию субпопуляций лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19) двумя методами: непрямой иммунофлюоресценции и лазерной проточной цитофлуориметрии.

В настоящей работе для определения уровней иммуноглобулинов классов IgA, IgM, IgG, IgE ИЛ-1 $\beta$ , 2, 4, 6;  $\alpha$ -ИФН,  $\gamma$ -ИФН,  $\alpha$ -ФНО; антител к антигенам вируса Эпштейна–Барр, IgG к антигенам *Mycoplasma* и *Chlamydia pneumoniae*, а также антител (total) к антигенам пяти видов гельминтов и одного вида простейших (лямблии) использовался метод твердофазного иммуноферментного анализа.

В наших исследованиях использовались показатели нормальных колебаний иммунологических параметров, установленные при обследовании собственной группы в составе 103 здоровых детей и подростков без каких-либо клинических проявлений.

Для определения показателей с наибольшей точностью верхних и нижних границ клеточного и гуморального звеньев иммунитета использовали также данные литературы по возрастному содержанию их в сыворотке крови [2].

Таким образом, в работе для характеристики клинико-иммунологических особенностей повторных респираторных заболеваний у часто болеющих детей и эффективности их лечения были обследованы 317 человек, включая 214 детей основной и 103 детей контрольной группы. Было выявлено, что более  $\frac{2}{3}$  часто болеющих детей страдали ринофарингитами, а рецидивирующий бронхит диагностирован у 57 детей (26,6%). Помимо этого было выявлено, что в исследованиях всех возрастных групп и нозологических форм преобладали мальчики.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1996. – № 2. – С. 52–56.

2 Зворыгин И.А. Статистический анализ лабораторных данных / МЗ Удмуртской Республики, 2003. – С. 10.



## Тұжырым

*Ж.О. Сарбасова, А.Т. Нуркасымова, И.З. Мамбетова,  
Р.К. Джексекова, И.И. Черноусова*

### ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ МІНЕЗДЕМЕСІ

Жиі ауыратын балалардың клиника-иммунологиялық ерекшеліктерін және емдеудің 214 респираторлы ауруларға жиі шалдығатын балалар 2006–2009 жылдар аралығында зерттелді. Салыстырмалы топты 103 салыстырмалы түрде сау балалар құрады.

## Summary

*Zh.O. Sarbasova, A.T. Nurkasyмова, I.Z. Mambetova,  
R.K. Dzheksekova, I.I. Chernousova*

### CHARACTERISTIC OF FREQUENTLY SICK CHILDREN

To study clinical-immunologic features of often ill children and efficiency of treatment in general, 12903 special laboratory investigations of 317 children, including 214 frequently sick and 103 healthy has been studied in this work.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616-053.2

*Г.Т. СУЛТАНКУЛОВА*

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова*

### **ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНИВШИХСЯ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ**

*Аннотация.* За период с 2008 по 2011 год исследована система гемостаза у 55 детей с острыми нарушениями мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Выявлено, что адгезия тромбоцитов была резко снижена с коллагеном, ристомидином, адреналином и АДФ по сравнению с контрольной группой во все дни исследования. Это говорит о том, что у детей отмечается тромбоцитопения или тромбоцитопатия. Снижение активности тромбоцитов может обусловить рецидивирующий характер кровотечения. Полученные результаты свидетельствуют о сочетанных тромбоцитарно-коагуляционных нарушениях. Именно активация сосудисто-тромбоцитарного механизма лежит в основе запуска ДВС синдрома.

*Ключевые слова:* инсульт, гемостаз, дети.

Актуальность всестороннего изучения нейрососудистой патологии обусловлена возрастающей распространенностью ее у детей и подростков, многообразием этиологических факторов, сложностью патогенеза, трудностью диагностики, малой эффективностью проводимой терапии.

Повреждение сосудов головного мозга является пусковым механизмом комплекса патофизиологических реакций, которые приводят к нарушению мозгового кровообращения, метаболизма, отеку головного мозга и другим патологическим изменениям. Степень их выраженности определяет течение и исход заболевания.

Среди причин геморрагических инсультов у детей важную роль отводят болезням крови, таким как лейкозы, гемофилия, идиопатическая тромбоцитопеническая

пурпура, коагулопатии, васкулиты с диффузными заболеваниями соединительной ткани [1].

Первичные и вторичные коагулопатии (ДВС синдром) являются нередкой причиной острых нарушений мозгового кровообращения. ДВС синдром наиболее часто встречается при тяжело протекающих бактериальных и вирусных инфекциях: менингококковом менингите, сепсисе, остром бактериальном эндокардите, при поражении вирусом простого герпеса [2].

По современным представлениям, тромбоцит выполняет связывающую роль между сосудистой стенкой и плазменным звеном гемостаза и обеспечивает функционирование компонентов системы гемостаза как единого целого [3].

Система гемостаза играет важную роль в сохранении постоянства внутренней среды организма благодаря регуляции процессов гемореологии, микроциркуляции, свертывания крови и проницаемости сосудов. Система свертывания крови не существует в организме изолированно, сама по себе. Напротив, она очень тесно функционально и биохимически связана с другими физиологическими системами. Это означает, что процессы изменения и патологии в одной из них безусловно отразятся на активности гемокоагуляции и, наоборот, патология свертывания крови обязательно скажется на функционировании других звеньев гемостаза [3].

**Целью** работы явилось изучение особенностей гемостаза при инсультах головного мозга у детей, осложнившихся субдуральными гематомами.

За период с 2008 по 2011 год нами обследовано 55 детей раннего возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения, с нетравматическими гематомами, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ № 1. Контрольную группу составили 28 практически здоровых детей из отделения плановой хирургии.

У всех детей при поступлении в клинику преобладал геморрагический синдром в виде петехиальных кровоизлияний в кожный покров, слизистые оболочки, кровоточивости из мест инъекций, отмечалось снижение показателей гематокрита: постгеморрагическая анемия II–III степени (эритроциты  $2,2 \times 10^{12}/л$ , Ht – 16%, Hb – 54/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты –  $110 \times 10^9/л$ ), геморрагический шок II–III степени. В клинко-неврологическом статусе у детей отмечаются сопорозно-коматозное нарушение сознания, выражены вегетативные и витальные расстройства, бледность, мраморность кожных покровов. Также преобладали в клинике неврологические симптомы: плавающие движения глазных яблок, парезы взора, вялость или отсутствие фотореакций, угнетение корнеальных рефлексов, страбизм, асимметрия складок носогубного треугольника, анизотония, анизорефлексия и другие пирамидные расстройства. Выявлялись развернутая оболочечная симптоматика и генерализованные клонико-тонические судороги.

Для исследования гемостаза утром натощак стерильной иглой из периферической вены кровь брали в силиконизированную пробирку с малоcontactной поверхностью, кровь стабилизировали 3,8% раствором цитрата натрия в соответствии с гематокритом. При нормальных показателях гематокрита в соотношении 9:1 в крови определялись следующие показатели: количество тромбоцитов, длительность кровотечения по методу Дюка или Айви, адгезия тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, ретракция кровяного сгустка, антитромбин III и протеин C.

Для определения количества тромбоцитов использовался микроскопический метод подсчета. Подсчет тромбоцитов в крови и определение их размера – важная часть диагностики тромбоцитопении, ДВС синдрома и нарушений гемостаза.

В контрольной группе (28 детей) гепарин не назначался. Помимо этого во всех подгруппах дети получали базисную терапию – актовегин, пирацетам, витамины, диуретики, инфузионную терапию из расчета физиологической потребности.

По результатам исследования у всех детей ПДФ во все дни исследования достоверно остается высоким ( $p<0,001$ ). По сравнению с контрольной группой в 1 день показатель достоверно высокий, в остальные дни показатель снижается. Тромбиновое время в контрольной группе в пределах нормы. У обследованных детей по сравнению с контрольной группой достоверно снижается в первый день –  $13,2\pm 1,0$  ( $p<0,01$ ), на 5 сутки достоверно снижается до  $12,6\pm 1,8$  ( $p<0,01$ ), на 7–10 сутки показатель в пределах нормы. По сравнению с первым днем выброс антитромбина III, протеина С достоверно был выше, чем в контрольной группе ( $p<0,01$ ).

Чрезмерный выброс антитромбина III и протеина С до истощения запасов скорее всего объясняется синдромом потребления при развитии ДВС синдрома. У 12 больных этаноловый тест положительный. Положительный этаноловый тест свидетельствует о накоплении в плазме РКФМ, которые включают в себя фибринмомеры, олигомеры фибрина и продукты деградации фибрина. Фибриноген в первый день составляет  $1,0\pm 0,2$  ( $p<0,01$ ), на 3–5 сутки –  $1,5\pm 0,3$ , на 7–10 сутки –  $2,1\pm 0,7$ . Гипофибриногемию можно объяснить синдромом потребления. Полученные результаты свидетельствуют о сочетанных тромбоцитарно-коагуляционных нарушениях. В первой стадии ДВС синдрома начальная доза гепарина составляла 70–100 ЕД/кг массы тела в сутки с последующим титрованием. Во второй стадии назначали СЗП до 15–20 мл/кг. После восполнения дефицита антитромбина III назначались дезагреганты. При дальнейшем прогрессировании ДВС синдрома возникал развернутый фибринолиз, который часто являлся причиной коагулопатических кровотечений. Лечение в этой стадии также начиналось с введения больших доз СЗП, ингибиторов протеаз, гепарина. При обратном развитии ДВС синдрома гепарин назначался под контролем времени свертываемости крови и коагулограммы. Продолжительность гепаринотерапии зависела от степени тяжести основного заболевания. С целью улучшения микроциркуляции в терапии ДВС синдрома использовались трентал, курантил. В результате проведенной терапии к 10–13 суткам появилась тенденция к нормализации показателей гемостаза. Проявления геморрагического синдрома, кровотечения из мест инъекций купировались. Показатели гемоглобина и гематокрита стабилизировались.

На фоне проводимого лечения 7 (12,7%) больных погибло, это связано с поздним обращением в агональном состоянии, 49 (87,3%) детей выписаны с улучшением на последующую реабилитацию.

Полученные результаты свидетельствуют о тяжелых сочетанных тромбоцитарно-коагуляционных нарушениях у детей с геморрагическим инсультом. Целенаправленное лечение нейроинсультных больных с коррекцией гемостаза позволяет купировать геморрагический синдром и стабилизировать состояние больных.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Чухловина М.Л., Гузева В.И., Мацукатова Е.М. // Особенности патогенеза и диагностики геморрагического инсульта у лиц молодого возраста// Клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 32.

2 Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. // Руководство по цереброваскулярным заболеваниям: Перевод с английского. – М.: Бином, 1999. – 672 с.

3 Баркаган З.С. Система гемостаза: Руководство по гематологии. – М., 1985. – Т. 1. – С. 133–156.

## Тұжырым

*Г.Т. Сұлтанқұлова*

### БАЛАЛАРДА СУБДУРАЛЬДІ ГЕМАТОМАМЕН АСҚЫНҒАН МИ ҚАН АЙНАЛЫМ БҰЗЫЛЫСЫ КЕЗІНДЕГІ ГЕМОСТАЗ БҰЗЫЛЫСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Бас миының қан тамыр ауруларының ішінде ауыр сырқаттың бірі геморрагиялық инсульт болып табылады. Геморрагиялық инсульт 80% өлім жағдайына алып келеді. Жұмыстың мақсаты ми қан айналым бұзылысы кезіндегі гемостаз бұзылысының ерекшелігін анықтау. Анықталған гемостаз өзгерістеріне байланысты геморрагиялық синдромды тоқтату және баланы емдеу.

## Summary

*G.T. Sultankulova*

### VIOLATION OF HEMOSTASIS WITH STROKE OF THE BRAIN IN CHILDREN

One of the heavy vascular diseases of the brain remain hemorrhagic strokes, which in 80% lead to a lethal outcome. The Aim of this work was to investigate the role and significance of the change of system of a hemostasis with stroke of the brain in children. Targeted treatment of neuro-apoplexy patients with correction of hemostasis will allow to cut the hemorrhagic syndrome and stabilize the patient's condition.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.1

*У. МУСАЕВА*

*Поликлиника участников и инвалидов ВОВ, г. Алматы*

### ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ИБС

*Аннотация.* Изучена эффективность лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных с ишемической болезнью сердца. Под наблюдением находилось 28 пациентов

*Ключевые слова:* гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ишемическая болезнь сердца.

Характерной особенностью клинического течения ГЭРБ является ее скрытое течение или течение под маской других заболеваний, таких как ИБС, бронхиальная астма, ларингиты, риниты и др. С возрастом рост частоты хронических болезней и их сочетания вызывают трудности в своевременной диагностике, дифференциальной диагностике и подборе адекватного комплексного лечения ГЭРБ и ИБС [1, 2]. Эпидемиологические исследования, проведенные в России и Республике Казахстан, констатируют высокую распространенность ГЭРБ, клиническими проявлениями которой, помимо изжоги и регургитации, являются загрудинные боли разной распространенности и интенсивности. Общность иннервации органов средостения – пищевода и сердца – объясняет сходство в характере загрудинных болей при ИБС и ГЭРБ. В то же время торакалгия – одна из самых распространенных жалоб пациентов в повседневной практике врача первичного звена. На долю кардиальных проявлений ГЭРБ приходится 20–60% случаев. В последние годы увеличилось количество больных с сочетанием ИБС и ГЭРБ: до 40% больных ИБС имеют поражения гастроэзофагеальной зоны, а в 62,7% случаев у гастроэнтерологических больных встречаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, где ИБС занимает ведущее место.

Трудности диагностики ИБС заключаются еще и в том, что до 30% пациентов с жалобами на боли в области сердца имеют неизменные коронарные артерии. В таких случаях необходимо дополнительное обследование для дифференциальной диагностики источника болей, в том числе выявление патологии пищевода.

При ведении пациентов с ГЭРБ и ИБС необходимо стремиться к максимальному снижению риска развития осложнений данных заболеваний, а также к длительному контролю над их симптомами, ухудшающими качество жизни больных. Первое, что абсолютно необходимо сделать для достижения этой цели – обеспечение здорового образа жизни. Это подразумевает изменение характера питания и увеличение физической нагрузки. В случае, когда изменение образа жизни оказывается недостаточно эффективным, для лечения применяются лекарственные препараты.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности лечения ГЭРБ у больных с ИБС. Под наблюдением находилось 28 пациентов в возрасте от 64 до 72 лет. Больным, испытывающим изжогу или жгучую боль за грудиной, возникающими при наклоне вперед, после еды, или на голодный желудок, или ночью, была рекомендована эзофагодуоденоскопия. При ЭФДС у больных была выявлена ГЭРБ: эрозивная форма у 42% пациентов, а неэрозивная форма – у 58% пациентов. Единичные эрозии наблюдались у 38%, а множественные эрозии – у 62% пациентов. При этом больные получали комплексное лечение по поводу ИБС согласно протоколам диагностики и лечения заболеваний МЗ РК.

Основными целями лечения ГЭРБ являются купирование и контроль симптомов заболевания, что обеспечивает улучшение самочувствия и качества жизни больных, лечение и предотвращение осложнений, прежде всего рефлюкс-эзофагита. Для лечения осложнений и контроля симптомов наиболее эффективны ингибиторы протонной помпы (ИПП), которые наиболее эффективно поддерживают эндоскопическую ремиссию ГЭРБ. Лечебный эффект ИПП при ГЭРБ основан на подавлении кислотопродукции, следствием чего являются уменьшение объема и снижение повреждающего эффекта содержимого, поступающего в пищевод (рефлюктанта), что и создает условия для прекращения симптомов и заживления повреждений слизистой оболочки пищевода. Очевидно, что после прекращения их приема происходит восстановление кислотопродукции, и нередко вновь происходит заброс в пищевод содержимого желудка, вызывающего симптомы и/или повреждение слизистой оболочки пищевода. Поэтому значительная часть больных ГЭРБ, если им показана терапия ИПП, будут нуждаться в них длительно, в ряде случаев – постоянно. И если у больных с эндоскопически негативной формой ГЭРБ возможна терапия «по требованию», то при эрозивной форме заболевания эффективен только постоянный прием ИПП.

Важной проблемой безопасности лечения является возможность изменения эффектов лекарственных средств при совместном приеме с ИПП. Накопленные к настоящему времени сведения позволяют заключить, что особенности метаболизма в системе цитохрома P450 обеспечивают пантопразолу наименьший профиль лекарственных взаимодействий, что делает его наиболее безопасным при необходимости приема препаратов для лечения синхронно протекающих заболеваний. Это положение зафиксировано в 4-м Московском соглашении по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний, которое было заключено в 2010 г. Поэтому пантопразол предпочтителен у больных, получающих несколько лекарственных препаратов, в частности при ИБС. Для контроля симптомов наиболее эффективны ИПП, но они не предназначены для быстрого купирования симптомов. Первый прием ИПП полностью купирует изжогу лишь у 30% больных, при этом у большинства из них в течение первых двух дней лечения изжога не уменьшается.

Нашим пациентам был назначен пантопразол в дозе 40 мг 2 раза в день длительно: в течение 8 недель больным с неэрозивной формой, в течение 12 недель больным с эрозивной формой, затем перешли на поддерживающую дозу пантопразола в дозе 20 мг 2 раза в сутки длительно, так как все больные из группы среднего риска: пожилой возраст, прием антиангинальной терапии, индапамида, диуретиков и аспирина. Согласно международным рекомендациям Ассоциации гастроэнтерологов и кардиологов такие пациенты постоянно должны принимать ИПП.

Также все пациенты были обследованы на Нр, у 26% пациентов наблюдалось повышение титра антител к Нр. Этим пациентам была назначена эрадикация первой линии на 14 дней.

Препаратами скорой помощи при изжоге являются антациды и альгинаты. Эффект антацидов связан с химической инактивацией агрессивных компонентов содержимого желудка, поступившего в пищевод. Альгинаты физически препятствуют возникновению гастроэзофагеального рефлюкса за счет образования гелевого барьера на поверхности содержимого желудка, препятствующего забросу содержимого желудка в пищевод, т. е. оказывают антирефлюксный эффект. Альгинаты действуют столь же быстро, как антациды, а продолжительность их эффекта значительно больше, не оказывают системного эффекта. Но для лечения рефлюкс-эзофагита и контроля симптомов ГЭРБ наиболее эффективны ИПП. В связи с этим мы рекомендовали принимать данные препараты только при наличии изжоги на фоне постоянного приема пантопразола.

Среди наших пациентов через 8 недель лечения 26 не пользовались антацидами или альгинатами, так как не было приступов изжоги. А у двух пациентов сохранялись приступы изжоги 1–2 раза в неделю.

Однако следует отметить, что никакого существенного влияния на моторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта, способствующие возникновению рефлюкса, ИПП не оказывают. В связи с этим в лечении ГЭРБ у больных ИБС актуальным является применение прокинетиков.

Широко известны прокинетики I поколения (активное вещество – метоклопрамид), которые у больных ГЭРБ в сочетании с ИБС применять нецелесообразно ввиду свойственных данным препаратам побочных эффектов. Домперидон является прокинетиком II поколения и, в отличие от метоклопрамида, не проникает через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и не вызывает экстрапирамидальных расстройств, таких как спазм лицевой мускулатуры, тризм, ритмическая протрузия языка, бульбарный тип речи, спазм экстраокулярных мышц, спастическая кривошея, опистотонус, мышечный гипертонус и т. д. Также, в отличие от метоклопрамида, домперидон не является причиной паркинсонизма: гиперкинеза, мышечной ригидности. При приеме домперидона встречаются реже и в меньшей степени выражены такие побочные эффекты метоклопрамида, как сонливость, утомляемость, усталость, слабость, головные боли, повышенная тревожность, растерянность, шум в ушах.

Однако более предпочтительный прокинетик при полиморбидности – препарат с комбинированным механизмом действия (ганатон), являющийся антагонистом дофаминовых D2-рецепторов и блокатором ацетилхолинэстеразы. Ганатон активизирует высвобождение ацетилхолина, одновременно препятствуя его деградации. Ганатон в минимальном количестве проникает через ГЭБ, не влияет на продолжительность интервала Q–T и не взаимодействует с лекарственными средствами, метаболизирующимися ферментами системы цитохрома P450. Ганатон оказывает выраженное противорвотное действие, усиливает пропульсивную моторику желудка и ускоряет его опорожнение. Ганатон не влияет на сывороточные уровни гастрина.



В составе комплексной терапии больным в комбинации к пантопрозолу на первые 8 недель был назначен ганатон по 1 таблетке 3 раза в день.

Во время очередного контрольного визита через 8 и 12 недель после начала терапии положительная динамика полного регресса клинических симптомов ГЭРБ наблюдалась у 92,8% пациентов, у 7,2% пациентов оставались явления желудочной диспепсии или изжоги.

Таким образом, в лечении ГЭРБ у больных ИБС эффективно использование всех групп препаратов, применяемых при лечении изолированной ГЭРБ. Однако при выборе терапии необходимо учитывать не только достижение регресса симптоматики, но и возможные лекарственные взаимодействия препаратов, что позволяет достигнуть эффективного и безопасного результата у больных с ишемической болезнью сердца пожилого возраста. Так, из ИПП безопаснее выбрать пантопрозол, так как он не вызывает повышения риска развития тромбозов, как другие ИПП, и нейтрален в отношении сочетанного применения с кардиопрепаратами. Из прокинетиков у больных с ИБС и ГЭРБ лучше назначить ганатон. Эрадикацию *Нр* следует проводить только после выявления данной инфекции, так как ее наличие усугубляет течение ИБС и ограничивает назначение многих лекарственных препаратов из-за субъективных неприятных симптомов желудочной диспепсии. А антациды и альгинаты лучше назначать только для купирования острых приступов изжоги на фоне проводимой терапии ИПП. Следование этим международным рекомендациям в лечении пациентов пожилого возраста с ГЭРБ и ИБС показало свою высокую эффективность и в нашем исследовании.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Бордин Д.С.* Алгоритм ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Человек и лекарство. – 2011. – Т. 2. – С. 326–338.
- 2 *Лазебник Л.Л.* Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: проблемы и решения // Тер. арх. – 2008. – № 2. – С. 5–11.
- 3 *Бордин Д.С., Машарова А.А.* Возможности альгинатов в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, № 8. – С. 5–9.
- 4 *Звенигородская Л.А., Чурикова А.А.* ГЭРБ у больных пожилого возраста // РМЖ. – 2011. – № 32. – С. 20–84.

#### Тұжырым

Ұ. Мұсаева

#### ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬДІ РЕФЛЮКСТІ ШИПАСЫ ҚЫҢҚЫЛ-СЫҢҚЫЛДАР БАС АУРУЛАРДЫҢ МЕН ЖИА

Ұстау түбегейлі халықаралық басшылықтардың ара катынас аурудың шипасының мен аурудың гастроэзофагеальной рефлюксті бас рең жүректің ишемия ауруының.

#### Summary

U. Musaeva

#### TREATMENT OF A GASTROEZOPHAGEAL REFLUX AT PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

It is important to hold the international clinical managements concerning treatment of patients from a gastroezophageal reflux disease against coronary heart disease, especially among persons of advanced age.



## АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ РОДОВ

*Аннотация.* Представлены результаты по выявлению туберкулеза легких у родильниц в послеродовой период родильного дома ГKB №1 за 3 года. Обнаружены прямая взаимосвязь между количеством имеющихся детей, материальным благополучием беременной и степенью анемии.

*Ключевые слова:* туберкулез у беременных и рожениц, клинические формы туберкулеза.

Туберкулез в настоящее время признан Всемирной организацией здравоохранения глобальной проблемой человечества, наносящей колоссальный биологический и экономический ущерб.

Несмотря на имеющиеся исследования о влиянии беременности и родов на течение туберкулезного процесса, данная проблема остается актуальной на современном этапе. Это связано с тем, что на фоне высокой заболеваемости туберкулезом растет число женщин, заболевших в период беременности.

Поскольку беременность приводит к мобилизации всех систем организма, она отягощает состояние женщин. Поэтому в доантибактериальный период достаточно часто под влиянием беременности наступало прогрессирование туберкулезного процесса. Причин, вызывающих обострение туберкулезного процесса в период беременности, достаточно много.

У беременных значительному отрицательному воздействию подвергаются нервная и сердечно-сосудистая системы, возникает большая нагрузка на почки, что связано с дополнительной функцией выделения продуктов жизнедеятельности плода. Наличие у беременной туберкулезного процесса дополнительно ослабляет организм. Кроме того, активации туберкулезного процесса способствует гормональная перестройка в организме женщины, так как в гормональный обмен включается такая мощная эндокринная железа, как плацента. В крови накапливается такой гормон, как хорионический гонадотропин, повышается уровень эстрогенов, глюкокортикоидов, альдостерона и др. Высокое содержание кортизола в крови отмечается как в период беременности, так и спустя 4–8 недель после родов.

За период беременности, родов и лактации каждая женщина теряет до 700–800 г железа. В связи с этим особого внимания требуют женщины с частыми повторными беременностями и родами, когда в материнском организме возникает значительный, порой трудно восполнимый, дефицит железа. Выявлена также зависимость снижения показателей красной крови от количества беременностей. Содержание гемоглобина, эритроцитов и уровень цветового показателя были значительно ниже у женщин, имеющих три и более беременности, чем у первобеременных.

Развитие туберкулеза чаще наблюдается в первой половине беременности, но иногда в последние недели перед родами, активация имеющегося ранее туберкулезного процесса происходит чаще после родов [1–3].

**Цель** исследования – особенности выявления туберкулеза у родильниц в послеродовом периоде.

### Материалы и методы исследования

Необходимые данные были получены при анализе историй родов родильниц за 2009, 2010, 2011 гг. родильного дома ГKB № 1.

Согласно приказам № 471, № 404, № 649, № 218 Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения женщины в послеродовом периоде отнесены в группу повышенного риска по туберкулезу.

Нами проанализированы клинические проявления форм туберкулеза легких у родильниц. Диагноз туберкулеза легких был установлен на основании комплексного обследования на ЦВК совместной работой с консультантом-фтизиатром А.М. Алтаевой и консилиумом фтизиатров Ауэзовского и Жетысуского районов города Алматы.

По рентгенограмме грудной клетки с подозрением на туберкулез легких прошли за 3 года всего 220 родильниц, из них ранее переболевших туберкулезом было 187, у которых нет активации туберкулезного процесса.

Таблица 1 – Результаты выявления родильницы с активной формой туберкулеза за 3 года

| Показа-<br>тели | Количество<br>рентгенографий<br>грудной клетки |      |      | Количество<br>выявленных<br>патологий легких |         |         | В том числе<br>с подозрением на туберкулез.<br>Количество выявленных<br>с активной формой туберкулеза<br>и госпитализированных в ПТД |         |         |
|-----------------|------------------------------------------------|------|------|----------------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
|                 | годы                                           | 2009 | 2010 | 2011                                         | 2009    | 2010    | 2011                                                                                                                                 | 2009    | 2010    |
| абс. ч.         | 5897                                           | 5864 | 6023 | 242/76                                       | 316/64  | 315/80  | 7610                                                                                                                                 | 649     | 8010    |
| %               | 100                                            | 100  | 100  | 4,1/1,2                                      | 5,4/1,0 | 5,2/1,3 | 1,2/0,1                                                                                                                              | 1,0/0,1 | 1,3/0,1 |

Всего выявленных родильниц с активной формой туберкулеза за 3 года – 28, все 100% госпитализированы в противотуберкулезный диспансер.

С 2011 года к обследованию подключена компьютерная томография органов грудной клетки, при этом обнаружено 2 случая новообразования в легких: 1 случай – гемартома, доброкачественная опухоль легких, 2-й – Сancer легких. В обоих случаях это не был туберкулез. Был также неординарный случай: родильница после родов неоднократно обращалась по поводу болей внизу живота. Ей было проведено УЗИ матки и поставлен диагноз: «гематометра»; произведено выскабливание полости матки. Пациентка считала, что боли внизу живота беспокоят ее из-за выскабливания матки после родов. На 92-й день после родов провели полное обследование и выявили туберкулез поясничного отдела позвоночника (L4), после чего она была госпитализирована в противотуберкулезный институт.

Клинические формы туберкулеза легких у 28 родильниц были представлены инфильтративным туберкулезом – 19 случаев (65%), фиброзно-кавернозным туберкулезом – 2 случая (6,8%), очаговым туберкулезом – 5 случаев (17,2%), милиарным туберкулезом – 1 случай (3,4%), туберкулезным плевритом – 1 случай (3,4%), из них БК + выявлен у 4 (14,2%).

Таблица 2 – Процентные и абсолютные показатели выявленных клинических форм туберкулеза у родильниц в течение 3 лет

| Клинические формы туберкулеза | Годы |  |      |  |      |  | Всего   |   |
|-------------------------------|------|--|------|--|------|--|---------|---|
|                               | 2009 |  | 2010 |  | 2011 |  | Абс. ч. | % |
| Диссеминированный             |      |  |      |  |      |  |         |   |

| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8  | 9    |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|----|------|
| Очаговый туберкулез | 2 |   | 2 |   | 1 |   | 5  | 17,8 |
| Инфильтративный     | 5 |   | 7 |   | 7 |   | 19 | 67,8 |
| Туберкулома         |   |   |   |   |   |   | 0  |      |
| ФКТЛ (рецидив)      | 2 |   |   |   | 1 |   | 3  | 10,7 |
| Плеврит             | 1 |   |   |   |   |   | 1  | 3,5  |
| Миллиарный          |   |   |   |   | 1 |   | 1  | 3,5  |
| БК +                | 1 |   | 0 |   | 3 |   | 4  | 14,2 |

Выявлено, что основной формой туберкулеза легких является инфильтративная. Количество деструктивных процессов – почти на одном уровне.

Важным в выявлении туберкулеза является симптомокомплекс интоксикации, к которому относятся жалобы беременных и родильниц на слабость, потливость, потерю аппетита, отсутствие нарастания или даже снижение массы тела, длительное периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, раздражительность, частую смену настроения. Выраженные явления интоксикации отмечаются в тех случаях, когда туберкулез впервые выявляется у беременных. У женщин, предъявляющих вышеуказанные жалобы, необходимо внимательно изучить причины их возникновения. В этом плане изучение анамнеза у беременной является важным для верификации диагноза. Перенесенный в прошлом туберкулез, контакт с туберкулезными больными, наличие сопутствующей патологии повышают риск развития туберкулеза. Длительность предъявляемых жалоб составила в среднем от 2 недель до 4 месяцев.

Из таблицы 3 видно, что характерным клиническим признаком туберкулеза у беременных было отсутствие или даже потеря в весе (10), слабость различной степени (9), субфебрильная температура (8). В течение некоторого времени к этим симптомам добавлялись кашель (14), боль в грудной клетке (12). Наряду с этими жалобами отмечались снижение аппетита, апатия.

Таблица 3 – Первые признаки туберкулеза у родильниц

| Признак                                   | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. | Итого |
|-------------------------------------------|---------|---------|---------|-------|
| Отсутствие прибавки в весе или его потеря | 3       | 2       | 5       | 10    |
| Слабость                                  | 5       | 4       | 4       | 9     |
| Кашель                                    | 4       | 5       | 5       | 14    |
| Субфебрильная температура                 | 2       | 2       | 4       | 8     |
| Боль в грудной клетке                     | 4       | 3       | 5       | 12    |

**Обсуждение.** При дальнейшем анализе установлено, что вышеописанные симптомы у беременных расценивались как признаки острых вирусных респираторных заболеваний или как аллергический ринит. После отсутствия эффекта от неспецифической антибактериальной терапии, как правило, производилось рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

Обнаружена прямая взаимосвязь между количеством имеющих детей, материальным благополучием беременной и степенью анемии. Женщины с тяжелой формой анемии имели 2–3 детей, мужья не работали или выполняли временную работу, не было подсобного хозяйства, питание было однообразным и малокалорийным.

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенного исследования и анамнестических данных было выявлено, что клиника туберкулеза легких у родильниц характеризуется скудной симптоматикой. Наиболее ранним признаком является отсутствие прибавки в весе или его потеря, слабость, кашель.

У акушера-гинеколога должна быть настороженность в отношении туберкулеза, а если к этим симптомам присоединяется субфебрильная температура, то врач обязан обследовать женщину на наличие туберкулеза, исследовать мокроту на МТ, по показаниям провести рентгенологическое обследование органов грудной клетки.

Женщины, имеющие вышеуказанные жалобы во время беременности, представляют группу повышенного риска по развитию туберкулеза легких.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году: Статистический сборник. – Астана, 2011. – С. 12–13.

2 Жангиреев А.А., Муминов Т.А., Ильина Т.Я., Селецов В.П., Калдыбаев С.К., Калиева Л.К. Туберкулез и беременность: Методические рекомендации. – Алматы, 1999. – С. 27–29.

3 Ракишев М.К., Мухамеджанов С.А. Состояние туберкулеза по Казахстану // V съезд фтизиатров Республики Казахстан. – Алматы, 1998. – С. 28–30.

#### Тұжырым

*Г.Ю. Кенжаева*

#### БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ АНАЛАРДА ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІН АНЫҚТАУ АЛГОРИТМІ

Өртүрлі өкпе туберкулез түрлерін анықтау, босанғаннан кейін 220 әйелде тексеру қорытындысы жүргізілген. Соның ішінде 28 әйелде бірінші рет өкпе туберкулезі анықталған. Өкпе туберкулезі клиникасы босанған әйелдерде аз белгілермен сипатталады. Жөтел, әлсіздік, салмағын жоғалту немесе салмақтың қосылуының болмауы ерте анықталған белгілер болып табылады.

Өкпенің рентгендік зерттеу кезінде босанғаннан кейін 187 әйелде бұрын өкпе туберкулезімен ауырғаны және бұл әйелдер өкпе туберкулезінің қайта дамуы бойынша «жоғары қатер тобына» кіргізіліп тізімге алынды.

#### Summary

*G.U. Kenjaeva*

#### ALGORITHM OF REVEALING OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN PARTURIENTS AFTER CHILDBIRTH

The examination of 220 women, suffering from different forms of tuberculosis among them after birth of women given.

Clinic of lung tuberculosis are found in 28 women. The most early symptoms of tuberculosis are absence of addition or loss of weight, weakness, cough.

By X-ray examination of lungs, performed after birth 187 women are listed a group of increased risk according to development of lung tuberculosis.

## ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

**Аннотация.** Проведенный сравнительный анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу по итогам 2009–2011 гг. свидетельствует о снижении показателя смертности от туберкулеза в Республике Казахстан, в частности в Алматинской области. Значительным фактором, влияющим на смертность от туберкулеза, является медико-социальный фактор.

**Ключевые слова:** туберкулез, смертность, медико-социальный, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, бактериовыделение, множественная лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

В своем послании 2010 года Президент страны поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие, в том числе указал, что «здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот, что должно стать главным в государственной политике в сфере здорового образа и повседневной жизни населения».

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения в Республике Казахстан были определены приоритеты, стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы, утвержденной Указом Президента от 29.11.2010 № 1113.

Важными критериями, определяющими тяжесть эпидемиологической ситуации в стране, являются показатели заболеваемости, смертности от туберкулеза, а также распространенность множественной лекарственной устойчивости.

**Таблица 1 – Эпидемиологические показатели смертности от туберкулеза в 2009–2011 гг. (на 100 тыс. населения)**

| Регион            | 2009 г. | 2010 г. | 2011 г. |
|-------------------|---------|---------|---------|
| РК                | 12,9    | 10,0    | 7,1     |
| Алматинская обл.  | 5,4     | 4,4     | 3,5     |
| Саркандский район | 7,1     | 4,7     | 7,1     |

Улучшение достигнуто благодаря поддержке государства, межведомственному и межотраслевому взаимодействию и консолидации органов власти.

Один из приоритетов туберкулезной службы – борьба с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Казахстан – единственная страна в СНГ, где тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) выполняется во всех областях. С 2010 года охват ТЛЧ впервые выявленных больных туберкулезом составляет 100%, а среди ранее леченных 98,9%. В целях ранней диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ в Саркандском районе имеется посевной пункт, где определяют первичный посев на МТ. Высевшиеся культуры отправляем в областной противотуберкулезный

диспансер, где определяют ТЛЧ. Среди основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, наиболее достоверным является показатель смертности, что делает его одним из наиболее информативных.

Эффективность мероприятий, направленных на снижение уровня смертности, в равной степени зависящих от социально-экономических, гигиенических, санитарных, экологических, медико-организационных факторов, может быть недостаточной без учета социально-эпидемиологических факторов.

В связи с тем, что больные туберкулезом после негативации мокроты все чаще выписываются на амбулаторное лечение даже в поддерживающей фазе, актуальным является вопрос о сохранении приверженности к лечению на всех этапах химиотерапии. Система удержания больного на лечении предусматривает мероприятия, предупреждающие перерывы в лечении, где важным компонентом является оказание социальной помощи больным и межведомственное взаимодействие. В литературе последних лет все чаще затрагивается вопрос о повышении приверженности к лечению больных туберкулезом и их социальной адресной поддержке. Помощь в решении социальных проблем больным повышает эффективность лечения, снижает отрывы от лечения.

**Таблица 2 – Анализ 8 случаев смерти от туберкулеза в Саркандском районе за 2009–2011 гг.**

| Годы | Смертность от ТБ | Умерло больных от ТБ из в/в | Умерло больных от ТБ из повторных случаев | Умерло больных от ТБ из хроников |
|------|------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| 2009 | 7,1 (3)          | 1                           | –                                         | 2                                |
| 2010 | 4,7 (2)          | –                           | –                                         | 2                                |
| 2011 | 7,1 (3)          | –                           | –                                         | 3                                |

За 3 года в нашем районе умерло 8 больных от туберкулеза (табл. 1).

Существенное влияние на частоту летальных исходов оказывало социальное положение больных. Семь умерших больных были трудоспособного возраста – 87,5%, которые по различным причинам не работали, один был пенсионер по возрасту – 12,5%. Работавших среди умерших больных не было.

Наличие бытового пьянства, хронического алкоголизма различной степени тяжести, наркомании затрудняло проведение адекватной противотуберкулезной терапии. Распределение больных с данными неблагоприятными факторами не зависело от пола и принадлежности к социальным группам.

При изучении медицинских факторов было установлено, что на течение туберкулеза, частоту летальных исходов оказывали влияние клинические формы туберкулеза и наличие множественной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Среди умерших от туберкулеза в структуре клинических форм во всех социальных группах преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез – 6 (75%), туберкулезный менингит – 1 (12,5%), милиарный туберкулез – 1 (12,5%).

Доказательством тяжелого течения заболевания и эпидемиологической опасности служит наличие бактериовыделения. Микобактерии туберкулеза были обнаружены у 7 больных (87,5%). Лекарственная устойчивость возбудителя была обнаружена у 5 больных (62,5%). На эффективность лечения оказывали влияние также непереносимость больными противотуберкулезных препаратов и перерывы в лечении.

При определении значимости каждого из факторов выявлено, что на летальные исходы большое влияние оказывал ряд медико-социальных факторов. Анализ позволил определить медико-социальный портрет больного, умершего от туберкулеза: чаще это одинокий мужчина трудоспособного возраста, инвалид по туберкулезу, злоупот-

ребляющий алкоголем. Из медицинских факторов существенное значение имеет множественная лекарственная устойчивость, позднее выявление, негативное отношение больного к лечению и распространенность процесса.

Таким образом, смертность от туберкулеза – один из наиболее информативных показателей при оценке эпидемиологической ситуации. В последние годы данный показатель снижается. Медико-социальными факторами, существенно влияющими на неблагоприятный исход заболевания, являются отсутствие работы, семьи, злоупотребление алкоголем. Чаще это имеет место у мужчин, в том числе отбывавших наказание в исправительных учреждениях.

Среди факторов, влияющих на смертность, отмечались распространенность процесса, негативное отношение больного к лечению, позднее выявление туберкулеза. Частыми причинами, приводящими к летальным исходам, являлись наличие фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, бактериовыделение и множественной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Многофакторный анализ позволил составить медико-социальный портрет больного, умершего от туберкулеза.

### **Тұжырым**

*А.Ә. Жанабаева*

#### **ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРҒАН АДАМДАРДЫҢ ӨЛІМ-ЖІТІМІНЕ ӘСЕРІ**

Туберкулез ауруымен ауырған науқастардың емделу қортындысына, өлім-жітім көрсеткіштеріне науқастың әлеуметтік және медициналық жағдайларының әсері өте зор. Сараптау барысында туберкулезден өлім-жітімдік көбінесе ер адамдар, соның ішінде әлеуметтік жағдайы төмен, ішімдікке құмар, еңбек ету жасындағы азаматтардың жиі кездесетіні анықталды. Өйелдер арасында көбінесе бала табу жасындағы, жас науқастар арасында туберкулезден өлім-жітім жиі кездеседі. Туберкулезге және туберкулездің көптеген дәріге төзімді түрімен ауырған науқастарды дер кезінде анықтау, тікелей бақылаулы ем жүргізу және науқастардың әлеуметтік жағдайлары туберкулезден емделуге және өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуіне көрсететін әсері мол.

### **Summary**

*A.A. Ganabaeva*

#### **EFFECT OF MEDICAL AND SOCIAL FACTORS ON MORTALITY OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS**

Thus, mortality from tuberculosis is one of the most informative indicators for assessing the epidemiological situation. For the recent years, this figure reduced. Medical and social factors that significantly influence on the unfavorable outcome of TB disease are the jobless, status of single, alcohol abusing. Most often it occurs with men ex-prisoners. Among the factors influencing on mortality from tuberculosis were observed expansion of TB process, the negative attitude of patient to the treatment, delayed TB detection. Common causes which can lead to the lethal outcomes were the presence of fibro-cavernous pulmonary tuberculosis, sputum smear positivity for MBT, and multidrug resistance to anti-TB drugs. Multivariate analysis allowed us to make the medical and social portrait of a patient who died of tuberculosis.



Б.Т. МУЗДУБАЕВА

*Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы*

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «НОВОСЭВЕН»  
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАЗМЕННО-КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА  
ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

*Аннотация.* В статье представлен клинический пример применения препарата «Новосэвен», в состав которого входит седьмой (VII) рекомбинантный коагулирующий фактор свертывания крови. Препарат был использован для остановки кровотечения у больного туберкулезом легких после безуспешной традиционной коагуляционной терапии с применением свежезамороженной плазмы.

*Ключевые слова:* туберкулез легких, лечение, кровотечения, гемокоагуляция, гемостаз.

Течение туберкулеза сопровождается выраженным вторичным иммунодефицитом, значительным нарушением метаболизма и функциональной активности систем кровообращения и дыхания [1]. В результате специфического воспаления, протекающего от нескольких месяцев до нескольких лет, у больных туберкулезом легких снижается эластичность легочной ткани [2]. При длительном поражении легочной ткани исходом туберкулеза легких является фиброз. Фиброзирование может захватывать от одного сегмента до целого легкого, из-за чего оперативные вмешательства на легких нередко сопровождаются значительной кровопотерей в связи с трудным выделением легкого [3]. Поэтому любое оперативное вмешательство на легких у больных туберкулезом может привести к нежелательным осложнениям в виде большой кровопотери во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде и, в конечном итоге, оказать влияние на исход хирургического лечения. Длительная интоксикация у больных туберкулезом легких, гипоксемия, фиброзирование легочной ткани, склерозирование сосудов, снижение тонуса сердечной мышцы приводят к повышению давления в системе малого круга кровообращения и формированию легочного сердца [4]. Ситуация при кровопотере усугубляется еще и тем, что в связи с формированием перегрузки правых отделов сердца больным туберкулезом легких противопоказана массивная инфузионно-трансфузионная терапия. У больных с распространенными и осложненными формами туберкулеза легких, с синдромом «влажного легкого», хроническим легочным сердцем инфузия растворов, а также трансфузия белковых и плазмозамещающих растворов дополнительно оказывает нагрузку на малый круг кровообращения и сердечную мышцу.

В последние годы значительно сократились показания к проведению трансфузии свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы в связи с необходимой защитой пациента от инфицирования гепатитом и синдромом приобретенного иммунодефицита. В то же время произошли изменения во многих концепциях и подходах к проведению и определению показаний к трансфузионной терапии, в том числе при массивной кровопотере [5]. В первую очередь это касается разработки и внедрения в практику новых препаратов для проведения плазменно-коагуляционного гемостаза. Анестезиологи и реаниматологи получили возможность использовать многие современные лекарствен-

ные средства, которые обладают гарантированными терапевтическими возможностями. Одним из таких средств для проведения экстренного гемостаза при массивной острой кровопотере является препарат «Новосэвен». В состав препарата «Новосэвен» входит активированный рекомбинантный коагулирующий фактор VII с молекулярной массой 50 000 Да, произведенный методом генной инженерии с использованием в качестве клетки-хозяина клеток почек новорожденных хомячков (ПНХ-клетки). Механизм действия включает связывание фактора VIIa с тканевым фактором. Этот комплекс переводит факторы IX и X в активную форму – IXa и Xa, которые обуславливают превращение небольших количеств протромбина в тромбин. Тромбин в месте повреждения активирует тромбоциты, V и VIII факторы, вызывающие превращение фибриногена в фибрин и образование гемостатического сгустка. Препарат «Новосэвен» в фармакологических дозах независимо от тканевого фактора активирует фактор X непосредственно на поверхности активированных тромбоцитов, находящихся в зоне повреждения. Это вызывает превращение большого количества протромбина в тромбин без участия тканевого фактора. Соответственно фармакодинамическое действие фактора VIIa заключается в локальном увеличении образования фактора Xa, тромбина и фибрина.

Безопасность схемы с однократным введением «Новосэвен» в дозе 270 мкг/кг была доказана в ходе двух рандомизированных клинических исследований, в которых не было отмечено тромбозомболических осложнений, серьезных нежелательных явлений или отказов от лечения в связи с его безопасностью у пациентов, получавших «Новосэвен» [6].

**Цель работы** – оценка эффективности препарата рекомбинантного VII фактора свертывания крови «Новосэвен» при проведении плазменно-коагуляционного гемостаза у больного туберкулезом легких при массивной интраоперационной кровопотере.

**Материалы и методы.** Больной Б. 01.10.1986 года рождения, житель Мангистауской области, инвалид 2 группы по туберкулезу. Поступил на оперативное лечение в Национальный центр проблем туберкулеза Республики Казахстан 12.03.2012 г. Диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе инфильтрации, микобактерия в мокроте – положительная, IV категория, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, тип – неудача лечения. Жалобы при поступлении на кашель со слизистой мокротой, одышка при физической нагрузке, слабость. Впервые туберкулезом легких заболел в апреле 2009 года. В марте 2012 года больной поступил на оперативное лечение в Национальный центр проблем туберкулеза Республики Казахстан, отделение оперативного лечения туберкулеза легких. В предоперационном периоде больному проводилась коррекция водно-электролитного обмена, общеукрепляющая терапия, парентеральное введение растворов аминокислот для создания депо пластического материала. Лабораторно в общем анализе крови: гемоглобин крови (Hb) – 132 г/л, эритроциты –  $4,3 \times 10^9$ , гематокрит (Ht) – 32,2%; биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л, мочевины – 3,5 ммоль/л, сахар крови – 5,3 ммоль/л, АлТ – 14,3 у/л, общий билирубин – 9,6 мкмоль/л, тимоловые пробы – 1,88 Ед, коагулограмма: протромбиновый индекс (ПТИ) – 93%, фибриноген – 3,8 г/л, активное частичное тромбопластиновое время – 42 сек. Функция внешнего дыхания: жизненная емкость легких составила 31,2% от должной. Электрокардиографическое исследование показало наличие преобладания правых отделов сердца и синусовую тахикардию. На рентгенографии легких – фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого.

Учитывая данные анамнеза, рентгенологическую картину легкого, двухкратное назначение курса резервных препаратов, на фоне которых процесс продолжал прогрессировать, было решено произвести удаление разрушенного легкого.

Больному была произведена операция – пульмонэктомия справа. Из-за трудного выделения легкого в результате массивных плевральных сращений во время операции общая кровопотеря составила 3 литра. С целью плазменно-коагуляционного гемостаза было перелито – 1610 мл однокрупной свежзамороженной плазмы, альбумина 10% – 900 мл, эритроцитарной массы – 1500 мл. Несмотря на проводимую трансфузию и проведение хирургического коагуляционного гемостаза, у больного продолжалось кровотечение из операционной раны. Учитывая наличие продолжающегося кровотечения и прогрессивное снижение показателей красной крови и коагулограммы (ПТИ – 65%, Нв – 66 г/л), после массивной трансфузионной коррекции было принято решение о введении больному препарата «Новосэвен» в дозе 570 мкг/кг однократно. В рамках клинического исследования было показано, что однократное введение «Новосэвен» в дозе 270 мкг/кг при кровотечениях легкой и средней степени тяжести (500–1000 мл) позволяет купировать кровотечения более чем в 90% случаев [6]. В нашем клиническом случае гемостаз наступил после однократного введения препарата при кровопотере 3 литра в дозе 570 мкг/кг. В ходе дополнительного анализа оценивалась эффективность гемостаза (отсутствие необходимости повторного введения препарата или введение других дополнительных гемостатических препаратов). В ходе оперативного вмешательства, на этапе ушивания хирургического пневмоторакса, наступил плазменно-коагуляционный гемостаз и прекратилась диффузная секвестрация крови из мелких сосудов. После окончания операции больной был переведен в отделение реанимации на продленную искусственную вентиляцию легких. В послеоперационном периоде окончательный гемостаз наступил у больного в течение часа после поступления в реанимацию. Показатели красной крови и коагулограммы стабилизировались на уровне: Нв – 95 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^9$ , протромбиновый индекс – 88%, фибриноген – 3,8 г/л. Через 3 часа после поступления в отделение реанимации больной был переведен на самостоятельное дыхание и экстубирован.

**Выводы.** Таким образом, препарат «Новосэвен» был успешно применен для купирования продолжающегося кровотечения при удалении легкого у больного туберкулезом легких после безуспешной традиционной коррекции системы гемостаза свежзамороженной плазмой. Возможность вовремя остановить кровотечение – это большой шанс вернуть человека к жизни, особенно при операциях на легких у больных туберкулезом, осложняющихся опасными массивными кровопотерями. Здесь появилась новая возможность надежно проводить плазменно-коагуляционный гемостаз и предотвратить развитие геморрагического синдрома в комплексной коррекции геморрагического синдрома в интраоперационном периоде.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Савин И.Б., Криштафович А.А. Радионуклеидная диагностика нарушений капиллярного кровотока у впервые выявленных больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 4. – С. 13–16.
- 2 Репин Ю.М., Елькин А.В., Кобак М.Э. Туберкулез сегодня: Материалы VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 277.
- 3 Иванова Т.Н., Царбак Г.Д. Нарушения функции дыхания и кровообращения у больных с сочетанием туберкулеза позвоночника и легких // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 2. – С. 33–36.
- 4 Визель А.А., Фахрутдинов И.Д. Гемодинамика малого и большого круга кровообращения у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 5. – С. 21–24.
- 5 Santagostino E., Mancuso M.E., Rocino A., Mancuso G., Scaraggi F., Mannucci P.M. A prospective randomized trial of high and standard dosages of recombinant factor VIIa for treatment of hemarthroses in hemophiliacs with inhibitors // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2006. – N 4. – P. 367–371.

6 Kavakli K., Makris M., Zulfikar B., Erhardtsen E., Abrams Z.S., Kenet G. NovoSeven trial (F7HAEM-1510) investigators. Home treatment of haemarthroses using a single dose regimen of recombinant activated factor VII in patients with haemophilia and inhibitors. A multi-centre, randomised, double-blind, cross-over trial //Thrombosis and Haemostasis. – 2006. – N 95. – P. 600–605.

### **Тұжырым**

*Б.Т. Муздубаева*

#### **ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІН ОТА ЖАСАП ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ҚАННЫН ҰЙЫП КЕТПЕУІ ҮШІН «НОВОСЭВЕН» ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ**

Өкпеге ота жасау кезінде көп қан кеткен жағдайда, қанды тоқтату үшін VII факторлы құрамнан тұратын «Новосэвен» препаратын қолданған оң нәтижесін береді. Қан кету үрдісі кезінде жаңадан мұздатылған плазмалар, белоктар мен эритроцитарлық массалардағы трансфузияға қарамастан «Новосэвен» препаратын қолдану жағдайды қалыпқа келтіреді, осы препаратты кешенді емдеуде қолданса, көп қан жоғалтуға жол берілмейді.

### **Summary**

*B.T. Muzdubayeva*

#### **USING OF “NOVOSEVEN” IN PLASMA-COAGULATION HAEMOSTASIS AT THE SURGERY TREATMENT OF THE LUNG TUBERCULOSIS**

The medicine “Novoseven”, that contains the VII factor of blood coagulation was used during the operation on lung when was large losing of blood. In spite of transfusion the frost plasma, proteins and erithrocyte masses, the continue losing of blood was possible to stop by using the “Novoseven”, that let’s to use this medicine in complex correction the system of coagulation haemostasis.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.72-08

*В.Н. СЕРГО*

*Районная поликлиника, Рыскуловский район, Жамбылская область*

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТА В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА**

*Аннотация.* Отмечена необходимость применения при остеоартрозе (ОА) хондропротекторов, в частности препарата «Хондроксид», применение которого занимает одно из основных мест в комплексной терапии ОА коленных суставов.

*Ключевые слова:* остеоартроз коленных суставов, хондропротекторы, лечение, хондроитина сульфат, хондроксид.

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондрального участка кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных мышц. На долю ОА приходится до 60–70% всех ревматических болезней [1, 2]. Наиболее часто поражается коленный сустав, что обусловлено его положением как опорного сустава, на который приходится основная нагрузка.

В настоящее время в лечении ОА используются три группы лекарственных средств (ЛС): 1-я группа – симптоматические ЛС быстрого действия (анальгетики и

НПВП); 2-я – препараты медленного действия или модифицирующие симптомы болезни (хондропротекторы); 3-я – препараты, модифицирующие структуру хряща (препараты, содержащие гиалуроновую кислоту). Одним из основных хондропротекторов является хондроитина сульфат (ХТС). Он является естественным компонентом суставного хряща, входит в состав протеогликанов и гликозаминогликанов хрящевой ткани. Хондропротекторы улучшают метаболизм хрящевой ткани, препятствуют ее разрушению, обладают противовоспалительными свойствами, вследствие этого уменьшается боль и улучшается подвижность сустава. Одним из таких средств, содержащих ХТС, является препарат «Хондроксид», и гель «Хондроксид».

**Цель исследования** – оценка эффективности хондроксида при приеме внутрь и локально в виде геля для терапии ОА коленного сустава.

**Материал и методы.** В исследование включили 24 больных ОА коленного сустава (16 женщин и 8 мужчин) в возрасте 52–72 лет (средний возраст  $57,5 \pm 7,2$  года) с длительностью заболевания от 2 до 12 лет (в среднем  $7,6 \pm 2,4$  года). Диагноз ОА коленного сустава был установлен в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (2000). Поражение обоих коленных суставов выявлено у 16 пациентов, одного – у 8. Преобладали пациенты со II рентгенологической стадией ОА по Kellgren-Lawrence (16 человек), у 8 – III стадия. Все пациенты в течение 12 нед принимали хондроксид внутрь по 0,5 г (2 таблетки) 2 раза в сутки и в течение 4 недель получали курс местного лечения гелем хондроксид. Исходное состояние и динамику симптомов гонартроза оценивали перед началом курса лечения и сразу же после его окончания в соответствии с рекомендациями EULAR по стандартам оценки артрологического статуса: индекс боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс тяжести гонартроза (индекс Лекена) [1]. Кроме того, оценивали потребность в приеме НПВП.

**Результаты.** Анализ исходных показателей артрологического статуса показал, что у большинства обследованных гонартроз по индексу Лекена соответствовал резко выраженной степени, уровень боли можно было оценить как умеренный у 8 пациентов и выраженный у остальных больных. Средняя оценка боли по ВАШ составила  $6,04 \pm 1,42$  балла. После окончания курса применения хондроксида проводили повторную оценку перечисленных параметров. Наиболее заметно изменялись показатели боли и скованности: достоверно снизилась средняя оценка боли по ВАШ, степень тяжести гонартроза (индекс Лекена) достоверно уменьшилась на 2-й ступени – от резко выраженной до выраженной. Потребность в приеме НПВП у пациентов, принимавших их исходно (84% больных), снизилась на 50%, при этом 4 (17%) пациента отказались от приема НПВП, а 6 (25%) перешли к эпизодическому приему обезболивающих препаратов.

**Выводы.** Применение ХТС внутрь и локально в виде геля обеспечивает более быстрое насыщение организма хондропротекторами по сравнению с действием одного компонента, а также более выраженный клинический эффект. Препарат «Хондроксид» является одним из эффективных хондропротекторов, и его использование занимает одно из основных мест в комплексной терапии ОА коленных суставов. Продолжительность приема хондропротекторов, учитывая особенности их действия, должна быть не менее 12 недель [2].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Клинические рекомендации. Ревматология /Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2006. – 288 с.

2 Кевин Пайл, Ли Кеннеди. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2011. – 368 с.

## Тұжырым

*В.Н. Серго*

### ОСТЕОАРТРОЗ ЕМІНДЕ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТЫН ҚОЛДАНУ ДАҒДЫСЫ

Тізе буындарының остеоартрозының комплексті емінде маңызды орын алатын хондро-протекторларды, атап айтқанда «Хондроксидті» қолданудың маңыздылығы жайында айтылған.

## Summary

*V.N. Sergo*

### EXPERIENCE OF CHONDROITIN SULFATE IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRISIS

In this article shown the necessity of using chondroprotective in osteoarthritis particularly "Hondroksid" drug whose use is one of the main places in the treatment of knee osteoarthritis.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.3

*Ф.А. РАФИКОВА, И.А. МОСКАЛЕВА, Н.В. ЮХНОВСКАЯ, А.А. КУСАКИН*

*Региональный диагностический центр, г. Алматы*

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГИМЗЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI В ГАСТРОБИОПТАТАХ

**Аннотация.** Был использован метод Гимзы для окраски гистологических срезов и изучения частоты выявления *Helicobacter pylori* (Hr) в биопсированном материале. Применение этого метода является удобным, не требующим больших затрат времени и дорогостоящих реактивов и может быть использован при обследовании больших групп населения на предмет выявления Hr и последующего лечения.

**Ключевые слова:** *Helicobacter pylori*, гастрит, гистологический метод.

В настоящее время установлено, что в этиологии хронического гастрита, язвенной болезни ведущая роль принадлежит инфицированию желудка бактериями *Helicobacter pylori* (Hr). Хеликобактерный гастрит развивается более чем у 5% инфицированных в детском и подростковом возрасте (до 20 лет) [1]. В слизистой оболочке желудка происходят воспалительные изменения, изменяются и защитные свойства, развиваются эрозивно-язвенные поражения.

Известное применение в настоящее время получил гистологический метод исследования, который позволяет обнаружить Hr в гастробиоптатах и одновременно изучить морфологические изменения в слизистой оболочке желудка. До 2010 г. в гистологической практике цитоморфологической лаборатории данный метод не применялся [2].

**Цель** исследования – использование метода Гимзы для окраски гистологических срезов и изучения частоты выявления Hr в биопсированном материале.

#### **Материал и методика.**

Нами исследован биоматериал из антрального отдела и тела желудка в 170 случаях (340 исследований) у пациентов, обратившихся в диагностический центр по поводу гастрита, дуоденита, язвенной болезни желудка, 12-перстной кишки. Возраст больных составлял от 25 до 74 лет. Тканевые кусочки, фиксированные в 10% нейтральном формалине, проводились в автомат-лаборанте по общепринятой методике, заливались в



парафин. Парафиновые блоки резались на санном микротоме, толщина срезов соответствовала 0.7 мкм. Для окрашивания срезов применялся метод Гимзы [2].

Приготовление основного раствора: краски Гимзы – 1,0 г, глицерин – 54 мл, спирт 96% – 84 мл (профильтровать).

Рабочий раствор: основной раствор – 1 мл, дистиллированная вода – 38 мл (0,1%), раствор углекислого калия – 2,0 мл.

Окраска:

1. Депарафинированные срезы поместить в дистиллированную воду на 10–15 мин.
2. Окрашивать рабочим раствором 20 мин.
3. Промыть в дистиллированной воде.
4. Обезводить, просветлить, заключить в бальзам.

В качестве рабочего раствора можно использовать и фабричный раствор красителя Романовского–Гимзы в разведении дистиллированной водой в соотношении 1:10.

### **Результаты исследования**

При микроскопии препаратов бактерии Нр были окрашены в темно-синий цвет, обнаруживались на поверхности слизистой и в глубине желудочных ямок на фоне воспалительной инфильтрации.

Хеликобактерный гастрит обнаружен в 68,2% случаев (116 больных). Установлена степень колонизации Нр: I степень (до 20 микробных тел в поле зрения) – 57,8%, II степень (до 40 микробных тел в поле зрения) – 28,4%, III степень (до 60 и более микробных тел) – 13,8%. В большинстве случаев обнаруживалась бактериальная форма инфекции, кокковая встречалась редко.

Выявление хеликобактерного гастрита гистологическим методом достоверно позволяет определить формы бактерий (бактериальную, кокковую) и установить правильный гистологический диагноз.

Морфологически были выявлены различные формы хронического гастрита:

- хронический атрофический гастрит – 8;
- хронический гиперпластический – 8;
- неатрофический (поверхностный) – 17;
- хронический гастрит без установления формы (недостаточно материала) – 22.

### **Заключение**

Впервые применен метод Гимзы для выявления Нр в гастробиоптатах из антрального отдела и тела желудка. Применение этого метода является удобным, не требующим больших затрат времени и дорогостоящих реактивов и может быть использован при обследовании больших групп населения на предмет выявления Нр и последующего лечения. Гистологический метод выявления считают «золотым стандартом».

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 *Шапура Н.Ф., Шибанова А.И.* Цитологическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и кишечника. – М.; А., 2011. – С. 102–103.
- 2 *Айсарова А.М., Кусакина Г.К., Жарихина Т.А.* Организация и совершенствование диагностического процесса в новых экономических условиях. – Алматы, 1998. – С. 163.

### **Тұжырым**

*Ф.А. Рафикова, И.А. Москалева, Н.В. Юхновская, А.А. Кусакин*

**ГАСТРОБИОПТАТТАРДА HELICOBACTER PILORY-ДІ АНЫҚТАУ ҮШІН  
ГИМЗА ӘДІСІН ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ**

Аталған жұмыста биопталған материалдарда гистологиялық кесінділерді бояу үшін Гимза әдісін қолдану арқылы *Helicobacter pilory*-дің анықталу жиілігі зерттелген.



## Summary

*F.A. Rafikova, I.A. Moskaeva, N.V. Yuhnovskaya, A.A. Kusakin*

### APPLICATION OF THE GIEMSA METHOD TO DETECT *HELICOBACTER PILORY* IN GASTROBIOPTATUS

The paper used the Giemsa method for staining of histological sections and study the detection rate of *Helicobacter pilory* in biopsies materials.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.21/.22

*Ш.М. АКАШЕВА*

*«Стомасервис», г. Талдыкорган*

### ЛЕЧЕНИЕ ТРАВАМИ ПРИ ГИНГИВИТАХ

**Аннотация.** В статье представлены результаты использования сборов и лекарственных растений в практической стоматологии в виде анестетических, противовоспалительных и обезболивающих настоев.

**Ключевые слова:** гингивит, полость рта, отвары, настои лекарственных трав, гигиена рта.

История применения растений с лечебной целью своими корнями уходит в глубокую древность. Наши предки эмпирически, то есть опытным путем, опробовали на себе множество трав, отобрав наиболее действенные из них. Не обошлось без трав и в такой отрасли здравоохранения, как лечение зубов.

Но в жизни всегда основную роль в заболеваниях полости рта играла гигиена. При нарушении или отсутствии гигиены полости рта бактерии могут привести к такому заболеванию, как гингивит.

Гингивит – это воспаление слизистой оболочки десневого края. Он бывает катаральным, гипертрофическим и язвенным. По своему развитию и течению делится на острый и хронический. Острый гингивит начинается с покраснения и отека десны. Чаще всего причиной развития являются травмирующие факторы (отложение зубного камня, протезы, коронки, ранения слизистой). Протекает острый гингивит с болью, усиленным слюноотделением, неприятным запахом изо рта. Хронический гингивит течет медленно, для него характерны кровоточивость, синюшность и разрыхление десен. Лучшее средство от гингивита соблюдать гигиену полости рта и ежедневно чистить зубы. Само же лечение комплексное, предусматривающее обязательную санацию полости рта.

К этому заболеванию не следует относиться легкомысленно, начинать лечение воспаления десен нужно как можно раньше, так как в запущенной стадии гингивит может привести к потере зубов [1].

Предлагаем вашему вниманию сборы и лекарственные растения, зарекомендовавшие себя в практической стоматологии.

Препараты лекарственных растений применяют с первых дней заболевания в виде антисептических, противовоспалительных и обезболивающих настоев и отваров для полоскания полости рта [2].

*Настои, отвары при остром гингивите:*

1. Календула лекарственная (цветки) – 2 части.  
Тысячелистник обыкновенный (травы) – 1 часть.  
Шалфей лекарственный (травы) – 1 часть.  
Крапива двудомная (листья) – 1 часть.  
Ромашка аптечная (цветки) – 2 части.

Принимают по  $\frac{1}{3}$  стакана настоя 3 раза в день. Одновременно в теплом виде настой используют для полоскания полости рта перед приемом пищи.

2. Аир обыкновенный (корневище) – 1 часть.  
Девясил высокий (корень) – 1 часть.  
Горец птичий (спорыш) (травы) – 2 части.  
Черда трехраздельная (травы) – 1 часть.

Применяют для полоскания полости рта 3–4 раза в день перед едой, обладает более мягким действием.

3. Смородина черная (листья) – 1 часть.  
Репешок обыкновенный (травы) – 2 части.  
Ромашка аптечная (цветки) – 2 части.  
Солодка голая (корень) – 1 часть.

Применяют для полоскания полости рта 3–4 раза в день перед едой.

*Приготовление настоев:*

1. 2 столовые ложки сбора заливают 2 стаканами кипятка, нагревают на водяной бане 15 мин, настаивают 30 мин, процеживают.

2. 1 столовую ложку травы душицы на 100 мл крутого кипятка, настаивать 1 час, процедить, добавить 1 чайную ложку меда. Применять как полоскание.

3. 1 ст. л. измельченных сосновых иголок. Залить хвою кипятком 250 мл, настаивать 2 часа, процедить. Полоскать рот 3 раза в день, можно принимать внутрь.

4. По 1 ст. л. измельченных листьев земляники, измельченной травы зверобоя и цветков бузины. Травяной сбор залить кипятком 300 мл, настаивать 1 час, процедить. Полоскать рот 2–3 раза в день.

5. 300 г корня хрена измельчить, отжать сок, смешать его с теплой кипяченой водой в пропорции 1:1. Полоскать рот 2–3 раза в день.

6. Взять 300 г свежих листьев белокочанной капусты, отжать сок при помощи соковыжималки, смешать с теплой кипяченой водой в пропорции 1:1. Полоскать рот 3–4 раза в день.

7. 2 ст. ложки овса залить кипятком, прокипятить 2–3 минуты, остудить. Полоскать рот 3–4 раза в день.

*При кровоточивости десен:*

1. Аир обыкновенный (корень) – 1 ст. л.  
Зверобой продырявленный (травы) – 1 ст. л.  
Ива (кора) – 2 ст. л.  
Кровохлебка лекарственная (корень) – 2 ст. л.

Отвар применять для ротовых ванночек: теплый отвар набрать в рот и держать 3 мин, процедуру повторить 5 раз.

2. Горец змеиный (корень) – 2 ст. л.  
Душица обыкновенная (травы) – 1 ст. л.  
Лапчатка прямостоячая (корень) – 2 ст. л.  
Ромашка аптечная (цветки) – 1 ст. л.

Этим отваром полоскать рот 4–5 раз в день.

[4–5]

В практике при гингивитах интенсивно используется фитотерапия. Пациенты в возрасте от 16 до 45 лет, впервые посетившие стоматолога, уже по острой необходимости в 60% случаев имели воспаление слизистой оболочки десневого края. А десны больных от 35–45 лет на 75% поражены гингивитом.

В течение ряда лет больным предлагалась фитотерапия. Пациенты, отказавшиеся от лечения травами, были условно занесены в первую группу, а согласившиеся на фитотерапию – во вторую. Все испытуемые со второй группы были опрошены по поводу возможности аллергических проявлений на лекарственные травы. На основе этого им подбирались травы и сборы. При условии соблюдения гигиены ротовой полости больным индивидуально были даны рекомендации по фитотерапии, постоянно велись консультации и наблюдение.

По истечении 6 месяцев у всех больных гингивитом второй группы отсутствовали признаки заболевания.

Пациенты из первой группы в 95% случаев имели признаки воспаления слизистой оболочки десневого края.

После проведения мониторинга можно сделать вывод, что при правильном назначении лечения, постоянном выполнении рекомендаций стоматолога и соблюдении гигиены полости рта фитотерапия занимает достойное место в лечении гингивита.

#### **Предостережения:**

- не используйте лечебные травы применительно к детям без консультации с фитотерапевтом и без предварительного одобрения со стороны вашего врача;

- не используйте лечебные травы, если не владеете полной информацией о безопасных способах их применения;

- если уже используете препараты лечебных трав, то не забудьте сообщить их наименование и дозы приема врачу, когда он спросит вас о любых принимаемых вами лекарственных средствах. Далее вы сможете убедиться, что растительные субстанции способны взаимодействовать со многими медикаментами и влиять на ход лечения, который может быть предписан вам врачом;

- с особым вниманием относитесь к применению препаратов растительного происхождения в период беременности и лактации. Прежде чем воспользоваться каким-то из таких препаратов, проконсультируйтесь с опытным медицинским специалистом;

- наконец необходимо иметь в виду, что традиционные методы лечения травами отталкиваются от комплексного применения растительных препаратов в лечении организма в целом, а не какого-то отдельного симптома с помощью единственного средства [3].

При серьезных заболеваниях народные рецепты хороши в качестве дополнения к лечению!

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – СПб., 2001. – С. 127–140.
- 2 Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии. – М., 2001. – С. 54–63.
- 3 Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2003. – С. 27–39.
- 4 Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических заболеваний. – М.: Медицина, 1980. – С. 102–134.
- 5 Боголюбова. В.М. Техника и методики физиотерапевтических процедур. – М., 2003. – С. 195–204.

## **Тұжырым**

*Ш.М. Акашева*

### **ГИНГИВИТ АУРУЛАРЫНДА ШӨПТЕРДІ ҚОЛДАНУ**

Гингивит ауруларын емдеу және алдын алу шараларында ауыз қуысының тазалығы және стоматология тәжірибесінде үнемі қолданылатын қоспалар мен емдік шөптердің маңызы зор.

## **Summary**

*Sh. Akasheva*

### **HERBS TREATMENT IN GINGIVITIS**

Oral hygiene and herbs approved by dentistry play a crucial role preventing gingivitis. Herbs are being efficient measures can minimize the severity of gingivitis if they are right way and frequent practiced.

УДК 614. 2: 616 – 036. 22

Э.А. АЛИКЕЕВА, М.К. САПАРБЕКОВ

*Алматинский институт усовершенствования врачей МЗ РК*

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ  
К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА  
И ОЦЕНКИ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КАЗАХСТАНЕ**

Предпринимаемые в последние годы в Казахстане усилия правительства, Минздрава, медицинских и общественных организаций привели к некоторым позитивным сдвигам в тенденциях распространения ВИЧ-инфекции. Однако, как констатируют эксперты, меры противодействия все же значительно отстают от темпов ее распространения. Одним из сдерживающих факторов является несовершенство национальной системы мониторинга и оценки (МиО) программ противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции.

В доступной литературе мы нашли лишь единичную работу, посвященную формированию национальной системы МиО в области ВИЧ-инфекции в Казахстане.

В данном сообщении представлены теоретические и методологические подходы к совершенствованию системы МиО профилактических программ в области ВИЧ-инфекции.

Известно, что под совершенствованием любой системы, процесса понимается работа по созданию таких технологий, которые обеспечивали бы им высокое качество. В целом технология совершенствования подразумевает функционирование взаимосвязанных процессов в рамках исследуемой структуры с целью получения высоких результатов.

Целью системы МиО в области ВИЧ-инфекции является получение данных, необходимых для:

- управления процессом планирования, координации и реализации мероприятий при ВИЧ-инфекции;
- оценки эффективности проводимых мероприятий;
- определения потребностей для дальнейшего совершенствования.

В области общественного здравоохранения под обеспечением качества медицинской помощи населению большинство исследователей понимают цикл действий или мер, которые гарантируют достижение лучших из максимально возможных стандартов оказания медицинской помощи. В основе такого подхода к определению технологии качества лежит известная классическая триада А. Danabediane (1985), который установил и практически доказал, что для управления качеством необходимо работать в трех направлениях:

- 1) совершенствование структуры;
- 2) совершенствование процесса;
- 3) получение и совершенствование результата.

Применительно к системе МиО практических программ в области ВИЧ-инфекции под качеством управления системой нами понимается совокупность характеристик, относящихся к ее способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности.

На основе данных литературы, зарубежного и отечественного опыта нами предлагаются следующие подходы к совершенствованию системы МиО в области ВИЧ-инфекции:

- периодическая оценка существующей в стране национальной системы МиО;
- использование системного подхода;
- постоянное, непрерывное совершенствование структуры, процесса, результата в соответствии с международными стандартами;
- понимание персоналом ключевых компетенций системы;
- соблюдение принципа управляемости системы;
- взаимодействие с партнерами;
- усиление роли организатора системы МиО;
- принятие решений на основе фактов;
- валидизация процессов в системе;
- системность и простота документации.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.1+613.24)-08

*Р.А. БАЗАРОВА*

*СВА № 1, г. Зайсан, Восточно-Казахстанская область*

### **ИНДАПАМИД В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ**

Артериальная гипертензия (АГ) является не только одним из наиболее широко распространенных заболеваний человечества, но и главным фактором риска сердечно-сосудистой и cerebrovasкулярной заболеваемости и смертности населения. АГ выявляется у 30–40% всего населения, при этом, по некоторым прогнозам, распространенность АГ будет лишь возрастать во всем мире в ближайшие годы.

Первоначальный выбор тактики медикаментозного лечения АГ часто играет ключевую роль в дальнейшей приверженности пациента к лечению. Удачный выбор является залогом высокой приверженности к лечению, неудачный – означает отсутствие контроля АД или невыполнение предписаний врача, что в конечном итоге может приводить к развитию жизнеугрожающих сердечно-сосудистых осложнений. Особенности патогенеза АГ при ожирении позволяют рассматривать диуретики как наиболее предпочтительный класс антигипертензивных препаратов. Индапамид при длительной терапии не влияет на углеводный и липидный обмен, что делает его весьма перспективным для лечения пациентов с АГ на фоне ожирения.

**Цель** исследования – сравнение эффективности гидрохлортиазида и индапамида в лечении АГ у лиц с ожирением.

**Материал и методы.** В открытое клиническое исследование было включено 30 пациентов (14 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, имеющих индекс массы тела (ИМТ) > 27 кг/м<sup>2</sup>. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа принимала индапамид в суточной дозе 2,5 мг, 2-я – гидрохлортиазид в суточной дозе 25 мг на протяжении 12 недель. Всем пациентам исходно и после курсовой терапии проводилось лабораторное обследование, измерение АД, электрокардиографическое исследование (ЭКГ).

**Результаты исследования.** Через 12 недель при лечении индапамидом наблюдалось выраженное снижение САД и ДАД соответственно на 12,2 и 16,4%, а при терапии гидрохлортиазидом – на 5,6 и 8,5% (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели АД при лечении индапамидом и гидрохлортиазидом

| Показатель      | Индапамид (исходно/<br>12 недель терапии) | Гидрохлортиазид<br>(исходно/12 недель терапии) |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| САД, мм рт. ст. | 156,2±5,8/<br>135,1±3,9*                  | 152,5±5,2/<br>145,7±4,8*                       |
| ДАД, мм рт. ст. | 94,1±3,2/<br>78,9±2,8*                    | 96,2±3,2/<br>88,9±3,1*                         |

\*  $p < 0,05$  по сравнению с исходными значениями.

Целевой уровень АД был достигнут у 58% пациентов, принимавших индапамид, и у 42% принимавших гидрохлортиазид. Терапия индапамидом у больных с АГ и ожирением позволила достичь целевого АД на 15% чаще, чем лечение гидрохлортиазидом в суточной дозе 25 мг. Индапамид положительно влияет на уровень холестерина и глюкозы крови, позволяет достичь более выраженного антигипертензивного эффекта.

Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)

УДК 616.1-055.1«4»-08

А.М. ИБАДУЛЛАЕВА

ОКДЦ, г. Кызылорда

## ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Особенности клинических проявлений артериальной гипертензии (АГ) у мужчин пожилого возраста недостаточно изучены. Не вызывает сомнения тот факт, что на течение АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний оказывает большое влияние метаболический синдром (МС).

**Цель** исследования – изучить особенности клинических проявлений АГ у мужчин пожилого возраста, страдающих ожирением.

**Материалы и методы** исследования: проведено клинко-инструментальное обследование мужчин, страдающих АГ, находившихся на обследовании и лечении в ОКДЦ г. Кызылорда. Средний возраст больных 66,5±0,6 года. В зависимости от наличия метаболического синдрома выделены две группы пациентов: группа сравнения – 12 мужчин с АГ без ожирения, средний возраст – 64,4±0,6 года, длительность течения АГ – 12,5±4,8 года и основная группа – 20 мужчин с длительностью течения АГ – 12,6±6,4 года, с наличием ожирения в течение 14,4±5,2 года.

В процессе обследования изучались такие показатели, как: артериальное давление (АД, САД, ДАД), индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), уровень сахара крови натощак и через 2 часа, содержание общего холестерина (ОХС). По уровню АД все больные имели АГ 2- и 3-й степени.

**Результаты исследования.** Анализ клинического материала показал, что нарастание массы тела у мужчин пожилого возраста сопровождалось не только гиперлипидемией, но и развитием различной степени выраженности нарушений углеводного обмена: от нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) до выявления сахарного диабета (СД). Установлена зависимость частоты выявления клинически значимого НТГ у мужчин в зависимости от типа ожирения. Среди 20 больных, страдающих ожирением, НТГ обнаружена в 40,0%, при этом у мужчин с абдоминальным ожирением в 2,5 раза чаще,



чем при гиноидном типе. Увеличение массы тела сопровождалось увеличением частоты обнаружения НТГ с 6,4 до 12,5% (I и III степень ожирения) у больных с абдоминальным и с 3,6 до 6,8% (I и III степени) у мужчин с гиноидным типом ожирения. У мужчин с III степенью ожирения гиноидного типа в 20% случаев выявлялся СД 2 типа.

Клинические проявления АГ у мужчин пожилого возраста с ожирением отличались многообразием и различались в зависимости от типа ожирения. Основной жалобой пациентов с АГ и абдоминальным типом ожирения являлись боли в области сердца в 94,0% случаев на фоне кризового течения АГ, а с гиноидным – в 86,0%, в группе сравнения – в 52,1%. Симптом «мелькания» мушек перед глазами предъявляли пациенты группы сравнения – в 6,2% случаев, а в группе АГ с МС и гиноидным типом ожирения – в 21,2%, пожилые больные с абдоминальным – в 10,2% случаев. Возникновение одышки отмечено чаще в основной группе с абдоминальным типом ожирения (90,6%), что значительно превышало значения в группе сравнения (24,5%). Наличие ощущения шума в ушах зарегистрировано в основной группе мужчин с гиноидным типом (44,4%), в отличие от абдоминального ожирения (32,6%).

**Выводы.** Клиника АГ у мужчин пожилого возраста отличается мультиморбидностью, а сочетание с МС осложняет течение АГ и тем самым является предиктором таких состояний, как СД 2 типа, при этом повышается кардиоваскулярный риск. Течение АГ с МС протекает с ишемическими мозговыми реакциями за счет вертебробазилярной недостаточности кровотока, левожелудочковой недостаточности, сосудистой деменции и астеноневротических вегетативных реакций.

**Здоровье и болезнь**  
**2013, № 2 (110)**

УДК 616.1-08

*Б.Д. КУНАНБАЕВА*

*СВА № 1, г. Зайсан, Восточно-Казахстанская область*

## **ЭПРОСАРТАН В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХСН**

Артериальная гипертензия (АГ) – основная причина поражений органов-мишеней: сердца, мозга и почек, что в итоге приводит к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН). При АГ вне зависимости от этиологии гипертензии происходит структурная перестройка миокарда, имеющая специфическое название — «гипертоническое сердце». Механизм ХСН в этом случае обусловлен развитием диастолической дисфункции ЛЖ. В этой ситуации из всего спектра гипотензивных лекарственных средств наиболее актуальным является выбор препаратов, влияющих на патогенетические механизмы развития ХСН. Эпросартан является блокатором рецепторов ангиотензина II (АП). Воздействуя на ренин-ангиотензиновую систему (РАС) на уровне рецепторов АП РАС, эпросартан является ключевым регулятором АД и гомеостаза натрия. Эффекты РАС реализуются как на клеточном, так и на органном уровне через различные физиологические и патофизиологические механизмы.

**Цель работы** – изучить эффект блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) – эпросартана у больных с АГ и ХСН.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 36 больных (14 – мужчин, 22 – женщины) в возрасте 50–72 лет (средний возраст 65 лет) с АГ 2–3 степени с ХСН ФК II–III. Для оценки ХСН использована классификация Нью-Йорк-

ской ассоциации сердца (НУНА), выделяющая четыре функциональных класса (ФК) по способности больных переносить физические нагрузки. АГ 2-й степени выявлена у 20 (55%) больных, 3-й степени – у 16 (45%). В динамике оценивались клинические, лабораторные, инструментальные показатели, ЭКГ, ЭхоКГ, АД. Эпросартан в дозе 600 мг 1 раз/сутки был добавлен к ранее проводимой терапии (β-блокаторы, диуретики). Критерием эффективности лечения являлось уменьшение функционального класса ХСН, а также достижение целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт. ст.).

**Результаты.** Гипотензивный эффект стабилизировался в течение 1–2 недель и достигал максимума к 4–6 неделе лечения. У 80% под влиянием курсового лечения уменьшились объективные симптомы сердечной недостаточности, снизился ФК ХСН у 22 больных. Имело место достоверное снижение систолического и диастолического АД (на 28,2 и 18,8% соответственно). У 32 больных был достигнут целевой уровень АД. Наблюдались уменьшение ишемических изменений на ЭКГ, тенденция к нарастанию фракции выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют об эффективности гипотензивной терапии эпросартаном у больных АГ, осложненной ХСН. Удобство применения препарата – 1 раз в сутки – способствует приверженности больных к лечению.

**Здоровье и болезнь**  
**2013, № 2 (110)**

УДК 616.1-08

*Д.З. ТУКИНОВА*

*СВА № 1, г. Зайсан, Восточно-Казахстанская область*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ХСН**

Распространенность клинически выраженной хронической сердечной недостаточности (ХСН) в популяции составляет не менее 1,8–2%, среди лиц старше 65 лет ее частота увеличивается до 6–10%. Несмотря на успехи в вопросах диагностики и лечения ХСН, прогноз для этих больных до настоящего времени остается неблагоприятным. Среди причин смерти населения ХСН занимает одно из ведущих мест. Основная цель применения β-адреноблокаторов (БАБ) в лечении больных ХСН – это улучшение прогноза и снижение смертности, поэтому они показаны при ХСН любого ФК. БАБ должны назначаться всем больным ХСН, не имеющим противопоказаний (обычных для этой группы лекарств), даже при начальных проявлениях ХСН. Влияние БАБ на смертность больных с ХСН оказалось настолько выраженным, что теперь эти препараты считают обязательными для лечения таких больных, если нет противопоказаний.

**Цель исследования** – изучение эффективности карведилола при ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 32 больных, 14 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 52 до 70 лет (средний возраст 55,6±2,5 года). Карведилол назначали в дозе по 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим увеличением через 2 недели до 25 мг/сутки. Эффективность лечения оценивали через 4 нед по снижению клинических проявлений ХСН и изменению показателей ЭхоКГ, толерантности к физической нагрузке.

**Результаты и обсуждение.** Исходные величины объемов и размеров левого желудочка были увеличены, показатели, характеризующие сократительную и насосную функции миокарда, были снижены. Так, ФВ равнялась 45,3±1,1%, степень укорочения переднезаднего размера левого желудочка ( $\Delta\% S$ )=22,5±1,2%. По окончании 4-недельного курса лечения у больных, принимавших карведилол в сочетании со стандартной

терапии, признаки ХСН уменьшились: в том числе одышка, тахикардия при выполнении обычной физической нагрузки, слабость, отеки на ногах, размеры печени. Со стороны изучаемых эхокардиографических показателей наметилась тенденция к уменьшению конечно-систолических и конечно-диастолических размеров (КСР=4,9±0,3 см, КДР=5,0±0,5 см) и объемов (КСО=64,2±0,1 мл, КДО=118,5±2,3 мл) и к повышению сократительной и насосной функций (ФВ и  $\Delta\%$  S увеличились до 48,5±1,3 и 24,5±1,3%, соответственно). Переход из более высокого функционального класса в низкий в группе больных, принимавших карведилол, составил 60%.

Таким образом, карведилол является эффективным средством в лечении ХСН у больных, перенесших ИМ, способствующим уменьшению признаков сердечной недостаточности, улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики. Одним из хорошо известных благоприятных эффектов длительного применения БАБ, в том числе и карведилола, считается их способность тормозить и вызывать регрессию патологического ремоделирования сердца и улучшать функцию миокарда за счет ряда положительных эффектов, в частности уменьшения тахикардии, торможения апоптоза и кардиотоксического действия катехоламинов. В итоге это приводит к повышению сократимости и увеличению ФВ ЛЖ.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616 (1+24)-08

*А.Б. ШЫНЫБАЕВА*

*ТОО Полиграфкомбинат, г. Алматы*

### **ТИАЗИДОПОДОБНЫЕ ДИУРЕТИКИ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ**

Установлено, что артериальная гипертензия (АГ) встречается у 30–40% взрослого населения, при этом сочетание АГ с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) составляет по данным разных авторов от 40 до 42%. Пациентам этой группы  $\beta$ -адреноблокаторы противопоказаны. Препараты, применяемые для лечения бронхообструкции, часто ведут к повышению АД. Предпочтение при выборе лечения отдается длительно действующим антагонистам кальция и диуретикам.

**Цель** исследования – изучение эффективности и безопасности тиазидоподобного диуретика индапамид в лечении АГ в сочетании с ХОБЛ. Материалы и методы исследования: в исследование были включены 28 пациентов в возрасте от 37 до 68 лет с АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ. В 1-ю группу вошли больные, получавшие в качестве терапии АГ индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки, во 2-ю – 25 больных с АГ в сочетании с ХОБЛ, которые получали моноприл в дозе 5 мг 2 раза в сутки. Комплексная терапия АГ и ХОБЛ в обеих группах была одинаковой.

Исследование ФВД проводили на компьютерном спирографе на 1-й и 4-й неделях лечения. В качестве контрольных показателей в анализ были включены: ОФВ1 от форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ); МОС25, МОС50, МОС75 – мгновенные объемные скорости после выдоха 25%, 50%, 75%, ФЖЕЛ. При анализе результатов в целом по группе наблюдали достоверное снижение АД: САД с 153,1±6,5 до 131,5±11,8; ДАД с 91,4±8,5 до 83,4±7,6 мм рт. ст. При проведении анализа динамики основных показателей суточного профиля АД, по данным СМАД, до и после 4 недель лечения в целом по всей группе больных, было отмечено достоверное снижение САД

и ДАД: в течение 24 ч САД снизилось с  $139,6 \pm 11,7$  до  $132,2 \pm 12,7$  мм рт. ст., ДАД с  $84,2 \pm 9,4$  до  $78,9 \pm 8,1$  мм рт. ст. При анализе показателей ФВД и ее скоростных показателей, свидетельствующих о выраженности бронхиальной обструкции, как видно из полученных результатов, динамики выявлено не было.

Таким образом, терапия препаратом «Индапамид» в течение 8 недель оказывала положительное влияние на основные показатели суточного профиля АД с достижением целевых уровней как САД, так и ДАД в целом. Лечение больных АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ препаратом «Индапамид» 1,5 мг/сут позволяла достигнуть достоверного снижения как систолического, так и диастолического АД до целевых уровней. На фоне терапии препаратом «Индапамид» не выявлено снижения скоростных показателей при исследовании ФВД, что свидетельствует об отсутствии отрицательного влияния данной терапии на выраженность бронхиальной обструкции у больных АГ 1 и 2 степени в сочетании с ХОБЛ.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)**

УДК 616.1-08«4»

*С.М. ЯКУБОВА*

*ЦКБ УДП РК, г. Алматы*

### **БИСОПРОЛОЛ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

По данным опроса врачей, структура антигипертензивных препаратов, которые назначаются пациентам с АГ в реальной практике, представлена пятью основными классами: ингибиторами АПФ (25%),  $\beta$ -адреноблокаторами (23%), диуретиками (22%), антагонистами кальция (18%) и блокаторами ангиотензиновых рецепторов.  $\beta$ -адреноблокаторы (БАБ) являются препаратами 1-го ряда при лечении артериальной гипертензии (АГ). БАБ являются антагонистами симпатической нервной системы и характеризуются отрицательным инотропным и хронотропным эффектом, урежают ЧСС и снижают САД, уменьшают выполняемую сердцем работу, особенно во время нагрузки, тем самым сокращая потребность миокарда в кислороде. Они также блокируют  $\beta$ -рецепторы в клетках почечных юкстагломерулярных гранул, ингибируя выделение ренина и снижая содержание в плазме уровня ангиотензина II и альдостерона. При этом малоизученными являются изменения гемодинамики под влиянием  $\beta$ -адреноблокаторов при АГ у лиц пожилого возраста.

**Цель** исследования – изучение изменений гемодинамики на фоне приема бисопролола внутрь у пожилых больных АГ.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 36 пациентов пожилого возраста с АГ 1 и 2 степени, 24 (62,5%) женщины и 12 (37,5%) мужчин. В исследовании использовался селективный  $\beta$ -адреноблокатор бисопролол в дозе 5–10 мг 1 раз в сутки. Длительность наблюдения составила 24 недели. Всем больным проводились ЭКГ, Р-графия органов грудной клетки, ЭхоКГ. Параметры гемодинамики определялись на УЗ-сканере.

**Результаты и их обсуждение.** У больных с АГ отмечалось улучшение показателей гемодинамики: уменьшение КСР (на 9,0%), КДР (на 5,5%), КСО (на 23,2%), КДО (на 26,6% случаев соответственно), значительный рост фракции изгнания с  $37,0 \pm 1,0$  до  $75,2 \pm 0,7\%$  случаев. Улучшение диастолической функции ЛЖ, проявив-

шееся в увеличении соотношения Е/А до  $0,8 \pm 1,4\%$  случаев. Параллельно происходило снижение Ср ДЛА на  $1,7\%$  случаев. Анализ обследования пациентов с АГ выявил достоверное обратное развитие гипертрофии ЛЖ. В большей степени произошли изменения структурных показателей: снижение размеров МЖП (с  $1,4 \pm 1,7$  до  $1,09 \pm 1,7\%$ ), задней стенки ЛЖ (с  $1,2 \pm 1,7$  до  $1,03 \pm 1,7\%$ ), диаметра аорты на  $7,8\%$  случаев, толщины стенки ЛП – с  $38,6 \pm 1,3$  до  $35,0 \pm 1,4\%$  случаев. Одновременно отмечалось повышение скорости потока крови через ПК (с  $2,1 \pm 1,7$  до  $2,2 \pm 1,7\%$ ), снижение легочной гипертензии с  $40,0 \pm 1,3$  до  $38,7 \pm 1,3\%$  случаев. Таким образом, изменения параметров гемодинамики у больных АГ, после проведенного лечения бисопрололом, имели тенденцию к улучшению. При этом отмечался регресс гипертрофии обоих желудочков с улучшением диастолической функции сердца, с разгрузкой малого и большого кругов кровообращения.

Здоровье и болезнь  
2013, № 2 (110)

УДК 616.379-008.64-08

*А.А. МУСТАФИНА*

*ЦКБ УДП РК, г. Алматы*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛОФЛАМА В ТЕРАПИИ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА**

Подагра – хроническое заболевание, связанное с нарушением обмена мочевой кислоты, повышением содержания ее в крови и отложением в тканях кристаллов ее натриевой соли (уратов), что клинически проявляется рецидивирующим острым артритом и образованием подагрических узлов (тофусов). Подагра – одно из самых частых заболеваний у лиц старше 40 лет, распространенность составляет около 1% популяции развитых стран, а среди лиц старше 65 лет – 4% и более, вследствие повышения частоты ожирения и других компонентов метаболического синдрома. Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) занимает первое место в лечении как острого приступа, так и хронического подагрического артрита. В немногочисленных рандомизированных исследованиях нет свидетельств каких-либо преимуществ одних НПВП перед другими, тем не менее в клинической практике часто возникают ситуации, когда мы можем констатировать неэффективность принимаемых пациентом НПВП.

**Цель** исследования – оценка эффективности мелофлама при остром и хроническом подагрическом артрите.

**Материал и методы.** Для диагностики подагрического артрита использовались классификационные критерии диагностики подагры (S. Wallace с соавт., 1972). В исследование были включены 26 больных в возрасте от 35 до 79 лет. Особенностью подбора пациентов для исследования явилось включение в него больных с хроническим артритом (14 больных), полиартритом (12 больных), предварительно безуспешно лечившихся другими НПВП (9 пациентов). Мелофлам назначался внутрь по  $7,5$  мг/сут, при необходимости дозу повышали до  $15$  мг/сут, длительность терапии мелофламом зависела от динамики клинических проявлений. Для профилактики быстро наступающего в дальнейшем обострения у больных с затяжными рецидивами или хроническим течением артрита нами был рекомендован 2-недельный прием препарата. После

окончания исследования мы выявили те факторы, которые повлияли на длительность терапии. Ими оказались: длительно сохраняющийся артрит (более 1 мес), большее количество пораженных суставов (более 3), длительное течения болезни (более 10 лет) и высокая частота приступов за год (более 3–4).

Таким образом, эти признаки могут использоваться для прогнозирования длительности курса у конкретного больного. Динамическое наблюдение показало быстрое наступление эффекта. Так, на 5-й день терапии отмечалось уменьшение воспалительных и болевых явлений не менее чем в 2 раза. У всех больных с острым артритом к 14-му дню и, что еще важнее, у всех больных с хроническим артритом к 21-му дню было достигнуто полное купирование симптомов заболевания.