



АКАДЕМИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2013 г., № 3 (111)

АЛМАТЫ

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. Актөбе),
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. 12,0. Формат 70×100 ¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Корректоры Г.Г. Курбакова, С. Ибраева
Компьютерная верстка Л.Б. Баировой

СТАТЬИ

Т.К. Бекбосынов, А.Д. Құттыбаев, А.О. Балтаева, А.С. Уважанова. Қазақстанның эпидемиологиялық қолайсыз регионндағы балалар мен жасөспірімдердің физикалық да- муын бағалау	5
Г.Х. Қалбағаева. Ақтөбе облысы бойынша бала өрбіту жасындағы әйелдер ағза- сындағы йод және темір деңгейіне сараптама	8
М.Ч. Кусемисова. Микробиологическая диагностика лекарственно-устойчивого туберкулеза у впервые и повторно заболевших в Алматинской области за период 2010–2012 гг.	12
А.А. Бекбулатова, А.Е. Ешимов, Г.К. Сарманбетова, М.К. Сапарбеков. Ситуаци- онный анализ распространенности ИППП в Алматинской области	16
L.N. Aitambaeva, G.K. Kilibaeva, A.A. Imandossova, T.K. Bekbosynov. Condition of atmospheric air of the city Almaty	19
С.Д. Молдабаева. Роль кальция в прогнозировании развития ишемической болезни сердца	22
Г.А. Аукунова. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике эмоциональной гипертонии	28
А.Б. Мухамедьярова. Рациональная консервативная терапия и профилактика хро- нического заболевания вен	33
С.Д. Молдабаева. Особенности женской гипертонии	38
А.О. Керимбеков. Инсульт у женщин	42
Ш.М. Акашева. Ранняя профилактика кариеса у беременных	46
А.Б. Мухамедьярова. Детралекс в лечении геморроя у беременных женщин	49
Д.Д. Исалиев, У.Г. Рахманкулов, А.А. Абдусаметов, Н.А. Ташбаев. Лечение при неспецифических и специфических гнойных воспалениях среднего уха у больных тубер- кулезом	53
У.Г. Рахманкулов, Д.Д. Исалиев, А.А. Абдусаметов, Н.А. Ташбаев. Результаты ле- чения заболевания глотки у больных туберкулезом	56
С.Л. Касенова, Н.К. Семгалиев, Н.К. Ахметова, Р.К. Надирбаева, О. Мустафина, А. Искабаева. Особенности внешнего дыхания у лиц молодого возраста	59
Ж.М. Турлекиева. Особенности боли и формирование болевой реакции у детей	63
Г.А. Аукунова. Гевискон в лечении кашля при изжоге у детей	68
М.С. Муханова. Специфические симптомы при семейной изжоге, терапия и про- филактика	72
М.С. Муханова. Прокинетика в лечении изжоги у курильщиков	77
И.А. Стамбекова. Рациональная терапия в лечении синдрома раздраженного кишечника	81
И.А. Стамбекова. Современная рациональная терапия и профилактика орального кандидоза	86
А.Ж. Сейкетов. Фурункулез	91

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Н.Н. Айтамбаева, А.Д. Құттыбаев. Мектептегі тамақтандыру ерекшеліктері	94
Н.Ж. Догалбаев, А.Д. Илиясова, А.К. Текманова, Л.Н. Айтамбаева, А. А. Асыл- беков. Қазақстан Республикасының аумағындағы тұратын тұрғындардың аурушандылығы... ..	96
А.А. Асылбеков, В.Ж. Догалбаев, Л.Н. Айтамбаева, А.К. Текманова, А.Д. Илия- сова, А.С. Кенжебекова. Влияние излучения сотового телефона на состояние здоровья человека в условиях современного города	98

Ж.Л. Дуйсебаев, Л.Н. Айтамбаева, А.К. Текманова, А.Д. Илиясова. Организационные мероприятия по защите от электромагнитных полей	101
Н.П. Чижова. Современное состояние нормативной базы по внутреннему контролю качества микробиологических исследований в лечебно-профилактических учреждениях	104
Е.Т. Аймурзаева. Микробиологическое исследование биоматериала из ротоглотки пациентов, больных тонзиллитом	106
Ф.А. Рафикова, И.А. Москалева, Н.В. Юхновская, Р.А. Кулдауова. Оценка различных методик окраски мазков из полости матки и цервикального канала	108
Д.Б. Есимбекова. Препараты кальципотриола в терапии псориаза	111
Б. Есимбекова, Г.Е. Алтаева. Элоком – современное решение старой проблемы	113
Г.Е. Алтаева, Д.Б. Есимбекова. Опыт применения спрея «терфалин» при лечении микозов стоп	116

РЕФЕРАТЫ

Г.Т. Сейкетова. Перспективы улучшения службы клинической микробиологии в лечебно-профилактических учреждениях	119
Г.К. Байбосынова. Циклоферон в терапии часто болеющих детей	120
Р.Т. Алиханова. Аскорил экспекторант в терапии бронхолегочной патологии у детей ...	121
А.Ж. Сейкетов. Ретиноиды в лечении угревой болезни	122
З.Б. Есимситова, Ф.Д. Алсеитова, С.А. Манкибаева. Биологиялық белсенді арнайы өнімдерді қолдана отырып, гамма-сәулелерінің әсерінен ақ егеуқұйрық бүйрегінде болатын морфологиялық өзгерістері	123
О.В. Барышева. Опыт амбулаторного детского хирурга в практической работе при ведении часто встречающихся воспалительных заболеваний	124

УДК 614.7:616-053.2

Т.К. БЕКБОСЫНОВ, А.Д. ҚҰТТЫБАЕВ, А.О. БАЛТАЕВА, А.С. УВАЖАНОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
Коммуналдық гигиена және балалар мен жасөспірімдер гигиена кафедрасы

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ РЕГИОНЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУЫН БАҒАЛАУ

Аннотация. Берілген мақалада Республиканың қауіпті аймақтарының балалар мен жасөспірімдердің физикалық даму дәрежесінің бағалау нәтижелері көрсетілді. Жоғарыда айтылған контингенттегі балалар мен жасөспірімдердің физикалық даму дәрежесі республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда әлдеқайда төмен болып шықты.

Кілттік сөздер: Денсаулық көрсеткіштері, физикалық дамуы, әлеуметтік-гигиеналық факторлар, бойы, дене салмағы, кеуде шеңбері.

Жалпыға мәлім, ересек адамдардың денсаулық жағдайының фундаменті жас және жасөспірім кезінде қалыптасады. Балалар мен жасөспірімдердің физикалық дамуының анықтамасы дәрігердің комплексті тексеруінің алынбас бір бөлігі, сондықтан балалар денсаулығы ауырудың тек қана бар-жоғына байланысты емес, сонымен қатар олардың гармониялық, физикалық және нервтік-психикалық дамуына байланысты. Физикалық даму деңгейіне әлеуметтік-гигиеналық факторлар, тамақтанудың саны мен сапасының жеткіліксіздігі байланысты екені анық [1–5].

Біздің ойымызша, республикамыздың батыс аймағында, оның ішінде Атырау облысында балалар мен жасөспірімдердің физикалық дамуын зерттеудің ерекше маңыздылығы тамақтануына және басқа да факторларға байланысты екені байқалады, осы облыста өте көп қолайсыз факторлар кездеседі: эпидемиологиялық, нашар қоршаған орта және басқа да жағдайлар.

Бұл мақалада Атырау облысы, Қосшағыл елді-мекенінде экспедициялық әдіспен балалар мен жасөспірімдерді жазғы-күзгі маусымдық тексеру кезіндегі қорытынды жинақтарында келтірілген.

Негізгі эпидемиологиялық анализ көрсеткіштерін облыстың басқа территориясымен салыстырып қарағанда, осы елді мекенде жағдайы нашар әртүрлі жалпы соматикалық аурулармен қатар, соның ішінде туберкулез ауруымен ауыратын балалар мен жасөспірімдердің деңгейі, ересек адамдардың көрсеткіштеріне жақындайды.

Барлығы мектеп жасындағы 514 бала тексеруден өтті. Тексеруден өткен балалар мен жасөспірімдер келесі топтарға бөлінді:

- 1) 109 – оқушы 7–10 жас аралығында;
- 2) 196 – оқушы 11–13 жас аралығында, оның ішінде 90 ұл және 106 қыз бала;
- 3) 209 – оқушы 14–17 жас аралығында, оның ішінде 103 ұл және 106 қыз бала;

Оқушылардың физикалық дамуын тексеру кезінде барлық параметрлер бойынша тым артта қалу байқалады. Барлық көрсеткіштерді центил таблицасы бойынша салыстырғанда, аудандағы тексерілген барлық жасына байланысты топтардағы ұлдар

мен қыздардың арасындағы көрсеткіштер (1-кесте) орта республикалық көрсеткіштен біршама төмен.

Кесте 1 – Жас ерекшеліктеріне байланысты антропометриялық көрсеткіштер

Параметр	7 – 10 жас		11 – 13 жас		14 – 17 жас	
	Зерт-тел-гендер саны	Алынған мәліметтер	Зерт-тел-гендер саны	Алынған мәліметтер	Зерт-тел-гендер саны	Алынған мәліметтер
Ер балалар						
Бойы, см	109	113,0 – 138,0 127,5 ± 0,83	90	120,0 – 168,0 143,4 ± 0,89	103	141,5 – 179,5 ± 1,09 151,8 ± 1,09
Дене салмағы, кг	109	19,0 – 32,7 24,2 ± 0,58	89	25,0 – 45,5 34,2 ± 0,13	103	31,5 – 66,5 47,8 ± 0,78
Кеуде шеңбері, см	109	52,5 – 71,0 61,0 ± 0,65	89	62,0 – 83,5 70,2 ± 0,57	103	62,0 – 87,5 79,1 ± 0,61
Қыз балалар						
Бойы, см	109	113,0 – 138,0 127,5 ± 0,83	105	127,0 – 161,5 146,6 ± 0,78	106	144,0 – 168,0 157,4 ± 0,53
Дене салмағы, кг	109	19,0 – 32,7 24,2 ± 0,58	106	23,0 – 50,5 36,1 ± 0,66	106	32,2 – 67,5 48,9 ± 0,62
Кеуде шеңбері, см	109	52,5 – 71,0 61,0 ± 0,65	106	60,0 – 88,5 70,9 ± 0,59	106	73,5 – 103 83,1 ± 0,59

Кестеде көрсетілгендей кіші мектеп жасындағы балалардың (7–10 жас) орташа бой ұзындығы 125,7±0,84 см болды, жалпы республикалық көрсеткішке қарағанда 3,5–3,8 см-ге төмен. Орташа дене салмағы және кеуде шеңбері көрсеткіштері 24,2±0,58 кг және 61,0±0,65 см болды, жалпы орта республикалық көрсеткішке қарағанда 3,2 кг және 3,4 см төмен болып шықты. Осындай жағдай басқа жас топтарындағы ұлдардың арасында да байқалды.

Қыз балалардың арасында бой ұзындығы мен салмағында артта қалу байқалады, ал кеуде шеңбері жалпы республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда аздаған жоғары, сонымен қатар жас мөлшері жоғарылаған сайын алынған мәліметтер физиологиялық нормадан жоғары.

Бұл ауытқуларды бірқатар себеппен түсіндіруге болады, оның ішінде негізгісі алиментарлық факторлар және тексерілген жанұяның материалдық төмен жағдайы. Параллельді зерттеу нәтижелері балалар мен жасөспірімдердің тамақтану статусының ерекшелігі ретінде, балалардың тамағының балансты тамақтану принциптеріне сәйкес келмейтіндігін дәлелдеді.

Мектеп оқушыларының ет және ет өнімдерін, сүт және сүт өнімдерін, балық, көкөністер мен жемістерді аз қолданатыны байқалды.

Бала организмнің физикалық дамуына белоктар, майлар, витаминдер, минералды тұздардың аз түсуі, алмасу үдерісінің барлық түрлеріне кері әсер тигізген болар.

Белоктың жетіспеушілігі негізгі пластикалық материал болғандықтан бұлшық ет салмағының өсу темпін төмендетеді.

Зерттеу күз мезгілі кезінде жүргізілсе де, минералды – витаминді заттектердің аздығы байқалады. Организмге жеткіліксіз минералды тұздар, витаминдер тотығу –

тотықсыздану үдерісін, организмдегі органикалық синтездің матрицасының минералды тұздарының, ассимиляциялық процестің төмендеуіне әкеледі. Осы болған өзгерістердің барлығы балалар мен жасөспірімдердің физиологиялық дамуына кедергі келтіреді және резистенттігі төмендейді.

Көптеген зерттеулердің нәтижесінде алиментарлық факторлар 7–8 жас және 12–15 жас аралығында байқалады, яғни ағзаның шапшаң дамуы кезеңдерінде, ал біздің зерттеулерімізден байқасақ, қыздар мен ұлдардың бой ұзындығы мен дене салмағының динамикасында бірқалыпты физикалық дамуы барлық топтарда артта қалуы байқалды.

Сонымен, республикамыздың осы регионында эпидемиологиялық, экологиялық, әлеуметтік жағдайларға байланысты (балалардың өлімі жоғары, балалар мен жасөспірімдердің аурушандығының деңгейі жоғары, туберкулез ауруының өте жоғары резервуары, таза судың жетіспеушілігі), балалар мен жасөспірімдердің тексерілген барлық контингентінің барлық топтарында физикалық дамуы біршама төмен екені анықталды. Жалпы республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда жоғарғы мектеп жасындағы балалардың орташа бой ұзындығы 3,5–3,8 см, орта дене салмағы 3,2 кг, кеуде шеңбері 3,4 см төмен.

Осындай физиологиялық даму жағдайы оқушылардың басқа топтарында да байқалады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Sharmanov A.T., Bekbossynov T.K., Karsybekova N.M., Balgimbekov Sh.A., Children’s nutritional status by ethnicity and residential region // In Abstract book. Third regional congress of pediatrics of Central Asia and Turkey with international participation. – Almaty. – 1996. – P. 25.

2 Бекбосынов Т.К., Баймагамбетова М.В., Куадыкова Р.Ж., Мырзабиева Б.М. Оценка физического развития детей и подростков в эпидемически неблагополучном регионе Казахской ССР // Мат-лы науч. практ. конф. по нутрициональным аспекта проблемы Экология и здоровье. – Ургенч. – 1991. – С. 104–105.

3 Неменко Б.А., Оспанова Г.К. Гигиена детей и подростков. – 2007. – 342 с.

4 Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. – 2004. – 383 с.

5 Кардашенко В.Н. Гигиена детей и подростков. М., 1988. – 512 с.

Резюме

Т.К. Бекбосынов, А.Д. Құттыбаев, А.О. Балтаева, А.С. Уважанова

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ЭПИДЕМИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

В статье опубликованы результаты физического развития детей и подростков в эпидемически неблагополучном регионе республики. Оказалось, что в контингенте обследованных детей и подростков регистрируются более низкие показатели физического развития по сравнению с республиканскими.

Summary

T.K. Bekbossynov, A.D. Kuttibaev, A.O. Baltaeva, A.S. Uvazhanova

ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS IN EPIDEMICAL UNSUCCESSFUL REGION OF KAZAKHSTAN

In article are received the results of physical development of children and teenagers in epidemical unsuccessful region of republic. It appeared that in contingent of the surveyed children and teenagers are registered lower indicators of physical development in comparison with the republican.

УДК:612.392.64.45-055.2(574.13)

Г.Х. ҚАЛБАҒАЕВА

М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік медицина университеті
Ақтөбе қаласы

АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША БАЛА ӨРБІТУ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕР АҒЗАСЫНДАҒЫ ЙОД ЖӘНЕ ТЕМІР ДЕҢГЕЙІНЕ САРАПТАМА

Аннотация. Аталған мақалада Ақтөбе облысының бала өрбіту жастағы әйелдерінің ағзасында йод пен темірдің болуына байланысты салыстырмалы сараптама жүргізілді. Аталған микронутриенттердің алдын алуының метаболикалық негіздері құрастырылды.

Кілтті сөздер: йод жетіспеушілік, теміржетіспеушілік жағдай, бала өрбіту жастағы әйел.

Тамақтану адам денсаулығының қалыптасуын және өмір сапасы мен ұзақтығын анықтайтын маңызды факторлардың бірі болып табылады. Тиімді, құнарлы тамақтану ақыл-ой мен дененің ырғақты дамуына, ағзаның маңызды жүйелерінің қалыпты қызмет жасауына жағдай жасап, еңбекке деген қабілеттілікті арттырады және бала өрбіту мүмкіншілігін сақтайды [1].

Тағамтану ғылымы саласындағы ғалымдардың соңғы жылдардағы зерттеу нәтижелері бойынша Қазақстанда балалар мен бала өрбіту жасындағы әйелдердің микронутриенттермен қамтамасыз етілуі, әсіресе жүкті және бала емізетін әйелдердің физиологиялық қажеттіліктерімен салыстырғанда төмен екендігі анықталды. Қазақстан жүкті, бала емізетін әйелдер арасында және балалардың көпшілігінде поливитаминді жетіспеушілік ағзаға йод, темір, селен, кальций, фтор және басқа да макро- және микроэлементтердің жеткіліксіз түсуімен қосарланады [2, 3].

Теміржетіспеушілік жағдай (ТЖЖ) – кез келген жаста (жаңа туған баладан егде жас аралығында) байқалатын клинико-гематологиялық синдром. Темір жетіспеушілік жағдай (ТЖЖ) – клинико-гематологиялық синдром. ТЖЖ – көптеген елдер тұрғындары арасында кең тараған патология. Кейбір ғылыми мәліметтер бойынша әлемде темір жетіспеушілік 1,5 млрд адамдарда анықталса, ал темір жетіспеушілік анемия шамамен 500 млн адамды қамтыған [4, 7]. Ағзада темірдің алатын орны ерекше: ол тотығу-тотықсыздану үрдістеріне, ұлпалардың өсуі мен тозуына, иммунитет механизміне, қан жасау және мүшелер мен ұлпаларды оттегімен қамтамасыз етуіне, кейбір ферменттердің қызметтерін жақсартады [5, 7]. Ғылыми деректер бойынша темір жетіспеушілік ересектерде жұмысқа қабілеттілікті тежейді, жедел вирусты респираторлы инфекцияға жиі шалдығады, балаларда даму мен өсуді тежейді. Темірдің жетіспеушілігі және оның ең төменгі шегі – ТЖА жүкті әйелдерде гестоздың, пиелонефриттің, мезгілінен бұрын босану, плацентарлық жетіспеушілікті, ұрықтың құрсақ ішілік дамуы мен жетілуінің кідірісін арттырады; инфекциялық асқынулар мен гипогалактия санын, босану мен босанудан кейінгі кезеңде патологиялық қан кету көлемін және жиілігін; босану қызметінің әлсіздігін арттырады. Сонымен қатар антенатальды кезеңде темірдің жинақталуының жеткіліксіздігі сәбилерде ТЖЖ мен анемияның дамуының негізгі себептері болып табылады. [6, 7].

Жүкті және бала емізетін әйелдерде, ұрық пен постнатальды онтогенезде балаларда қалқанша бездің қалыпты жұмыс жасауы мен ағзаның йодпен жеткілікті мөлшерде қамтамасыз етілудің маңызы зор. Құрсақ ішілік дамуда тиреоидты гормондардың негізгі рөлі ұлпалардың дұрыс ерекшеленуін реттеу, атап айтсақ әсіресе жүйке, жүрек-тамыр және тірек-қимыл жүйесінің дұрыс қалыптасып, жетілуінде өте маңызды. Ұрықта және баланың дамуының алғашқы жылдарында бас миының дамуы үшін қалқанша бездің гормондары аса маңызды болып табылады. Сондықтан, ұрық, нәресте және жас балалар ағзасы йодтың тапшылығына өте сезімтал [5, 6].

Йод жетіспеушіліктің жағымсыз әсері – адамның интеллектуалды потенциалының төмендеуі мен зобтың түрлі формаларының кең таралуы – денсаулық сақтау жүйесіне ауыр жүк және елдің экономикалық ресурстарын шығындайды [3].

Зерттеу мақсаты. Ақтөбе облысындағы 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы темір мен йод деңгейіне сараптама жасау.

Зерттеу әдістері мен материалдары. Ұлттық салауатты тамақтану орталығы мамандарымен бірге дәлелді медицина ұстанымдары тұрғысынан зерттеу дизайны бойынша бір сәттілік көлденең зерттеу (сауалнама) мен жағдайларды сипаттау жүргізілді. Зерттеуге Ақтөбе қаласынан 18–49 жас аралығындағы 54 әйел және Ақтөбе облысына қатысты Алға ауданынан 18–49 жас аралығындағы 52 әйел қатысты. Жазбаша келісім бойынша әйелдерден алынған қан мен зәрдегі темір мен йод деңгейіне сараптама жасалды. Алынған сараптама нәтижелері вариациялық статистика әдісімен өңделді.

Зерттеу нәтижелерін талдау. Зерттеу нәтижесінде Ақтөбе облысының 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы 54 қала және 52 аудандағы әйелдер ағзаларындағы қан мен зәр құрамындағы темір мен йод деңгейіне сараптама жасалды. 1 кестеге сәйкес 54 әйел арасынан 18–29 жас аралығындағы 7 әйелде, 30–39 жас аралығындағы 2 және 40–49 жас аралығындағы 5 әйелде темір қалыпты деңгейден төмен көрсеткіш көрсетті. Темір жетіспеушілік анықталған 14 әйел арасынан темір жетіспеушіліктің жеңіл дәрежесі 19,6%, орташа дәрежелі темір жетіспеушілік 5,4% құрады.

Кесте 1 – Ақтөбе қаласы бойынша әйелдер ағзасындағы 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы темір деңгейі

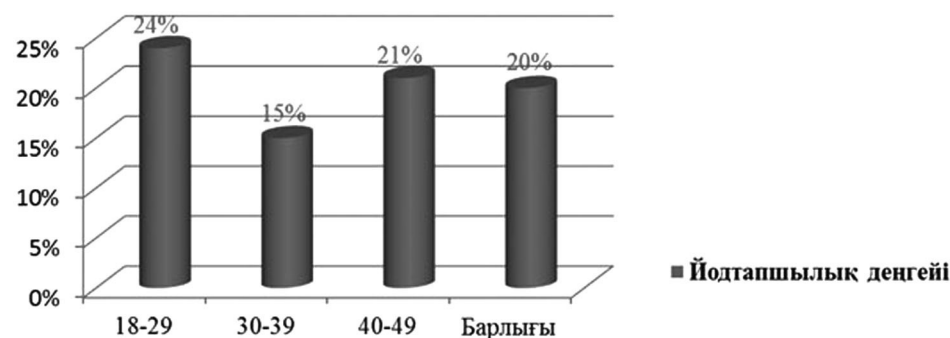
Жасы	Жалпы әйел саны	Темір қалыпты ә/с	Темір тапшылық анықталған ә/с	Осы жас аралығындағы ауру деңгейі %	Жеңіл	Орташа	Ауыр
18–29	25	18	7	$25/7 \cdot 100\% / x$ $X=28\%$	7	0	0
30–39	13	11	2	$13/2 \cdot 100\% / x$ $X=15.4\%$	1	1	0
40–49	16	11	5	$16/5 \cdot 100\% / x$ $X=31,25\%$	3	2	0
Барлығы	54	40	14	Хорт=25%	19,6%	5,4%	0

2 кестеге сәйкес 52 әйел арасынан 18–29 жас аралығындағы 12 әйелде, 30–39 жас аралығындағы 17 және 40–49 жас аралығындағы 7 әйелде темір қалыпты деңгейден төмен көрсеткіш көрсетті. Темір жетіспеушілік анықталған 36 әйел арасынан темір жетіспеушіліктің жеңіл дәрежесі 23,5%, орташа дәрежелі темір жетіспеушілік 11,6% құрады.

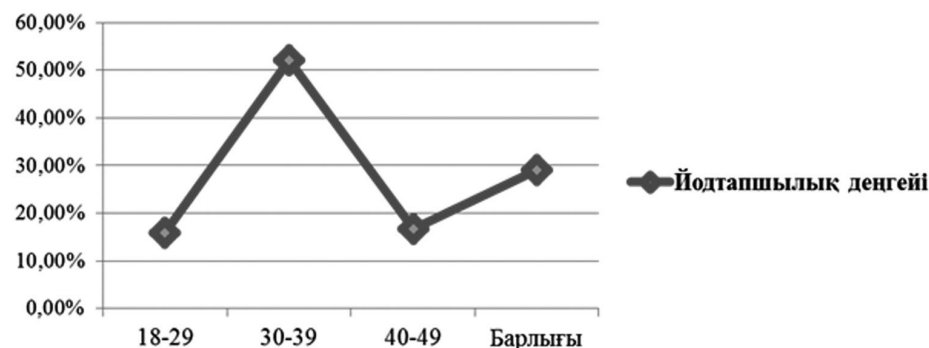
Кесте 2 – Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша әйелдер ағзасындағы 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы темір деңгейі

Жасы	Жалпы әйел саны	Темір қалыпты ә/с	Темір тапшылық анықталған ә/с	Осы жас аралығындағы ауру деңгейі %	Жеңіл	Орташа	Ауыр
18–29	19	12	7	$19/7 \cdot 100\% / x$ X=36,8%	4	2	1
30–39	21	17	8	$21/8 \cdot 100\% / x$ X=38,1%	5	3	0
40–49	12	7	5	$12/5 \cdot 100\% / x$ X=41,7%	3	1	1
Барлығы	52	36	20	Хорт=38,9%	23,54%	11,67%	3,89%

1,2 кестені сипаттау барысында қала әйелдеріне қарағанда ауыл әйелдері арасында темір жетіспеушілік орташа есеппен 10–12% артық көрсеткіш көрсетті (қала 25%, ауыл 38,9%). 3,4 кестеге сәйкес йод деңгейінің төмендеуі орташа есеппен қала әйелдері арасында 20%, ауыл әйелдері арасында 29% құрады. Ауыл әйелдері арасында темір жетіспеушіліктің жоғары деңгейі 40–49 жас аралығын, йод жетіспеушілік 30–39 жас аралығын құрады.



Сурет 1 – Ақтөбе қаласы бойынша әйелдер ағзасындағы 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы йодтың деңгейі



Сурет 2 – Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша әйелдер ағзасындағы 18–49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы йодтың деңгейі

Қорыта келе, зерттеу нәтижесінде темір мен йод жетіспеушілік тұрғындардың тұрғылықты жерлеріне және жас ерекшеліктеріне байланысты екендігі анықталды. Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып төмендегідей ұсыныс жасады:

1. Бала өрбіту жасындағы әйелдерді жүйелі түрде медициналық тексерістен өткізу. Әйелдер мен балаларға мамандандырылған көмек көрсетумен бірге медициналық көмектің сапасын, қолжетімділігін және сабақтастығын арттыру;
2. Теміртапшылық анемияның және йодтапшылық профилактикасының маңыздылығы жөнінде халықты ақпараттандыру. Телемедицинаны дамыту (дәрігермен кеңесу, мамандар лекциясы мен радио- телевизиондық программалар);
3. Күнделікті салауатты тамақтану, құрамында темір және йод микроэлементтерге бай тағамдарды үйлесімді пайдалану.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Мартинчик А.Н., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека (основы нутрициологии). – М., 2002. – 280 с.
- 2 Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н. Вопр. питания. – 1999. – № 1. – С. 3–11.
- 3 Спиридонов А.А., Мурашова Е.В., Кислова О.Ф. Обогащение йодом продукции животноводства. Нормы и технологии. – СПб., 2011. – 93 с.
- 4 Хотимченко С. А., Алексеева И.А., Батулин А.Х. Распространенность и профилактика дефицита железа у детей и беременных женщин: влияние пищевого фактора // Российский педиатрический журнал. – 1999. – № 1. – С. 21–29.
- 5 Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Свириденко Н.Ю. и др. Йододефицитные заболевания в России. Простое решение сложной проблемы. – М., 2002. – С. 17–18.
- 6 Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы: Асем-систем, 2010. – С. 158–181.
- 7 Тажигаев Ш.С. Профилактика анемии и дефицита витаминов. – Алматы, 2009. – С. 9–23.

Резюме

Г.Х. Калбагаева

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЙОДА И ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

В результате исследований проведен сравнительный анализ на содержание йода и железа в организме женщин репродуктивного возраста в Актыбинской области. На основе полученных данных разработаны метаболические основы профилактики указанных микронутриентов.

Summary

G.H. Kalbagaeva

ANALYSIS ON THE LEVEL OF IODINE AND IRON IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN THE AKTOBE REGION

As part of investigations were carried out comparative analysis of iodine and iron in women of reproductive age in the Aktyobinsk region. On the basis of the results, it was achieved the metabolic framework for prevention of micronutrient.

УДК: 616-002.5:579.252.55]-078(574.51)

М.Ч. КУСЕМISOBA

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Талдыкорган, Алматинская область

**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ВПЕРВЫЕ И
ПОВТОРНО ЗАБОЛЕВШИХ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА ПЕРИОД 2010–2012 гг.**

Аннотация. В работе представлены результаты определения лекарственной устойчивости у микобактерий туберкулеза, выделенных от впервые и повторно заболевших в Алматинской области за период 2010–2012 гг.

Ключевые слова: микобактерии туберкулеза, монорезистентность, полирезистентность, мультирезистентность, множественная лекарственная устойчивость.

Первоочередной задачей бактериологической лаборатории в рамках национальных программ борьбы с туберкулезом является выявление заразных случаев туберкулеза, мониторинг процесса лечения и подтверждение излечения больного после окончания курса лечения с помощью бактериоскопического и бактериологического исследования. Стандартизация основных методов бактериологического исследования при туберкулезе важна и не вызывает сомнений. Стандартизация позволяет получить сопоставимые результаты, помогает в обучении персонала и в выборе покупаемого оборудования, материалов и реактивов, кроме того, упрощает оценку качества работы и организации надлежащего контроля для повышения эффективности лабораторных исследований и снижения эксплуатационных расходов. Результаты культурального исследования позволяют поставить окончательный диагноз. При использовании соответствующих методов деконтаминации мокроты и оптимальных питательных сред можно выявить микобактерии туберкулеза. Единственными средами, обеспечивающими интенсивный рост микобактерий туберкулеза, являются обогащенная яйцом среда с глицерином и аспарагином и жидкая среда Миддлбука. Результаты культурального исследования позволяют увеличить число выявленных больных туберкулезом на 30–50%. Кроме того, выделенные культуры можно использовать для определения лекарственной устойчивости к ПТП. В современных условиях массового применения химиопрепаратов и антибиотиков для лечения туберкулеза серьезное значение приобретает определение ТЛЧ.

Цель исследования:

Определение лекарственной устойчивости у микобактерий туберкулеза, выделенных от впервые и повторно заболевших в Алматинской области за период 2009–2011 гг.

Материалы и методы исследования:

Мы использовали метод пропорции, этим методом лекарственная устойчивость выражается в процентном содержании колоний, которые растут при критической концентрации лекарств. Интерпретация по стандартным критериям определения устойчивости – 1%, все, что ниже 1%, являются чувствительными, все, что выше 1%, являются устойчивыми штаммами. Устойчивыми считается штамм, растущий на среде

Левенштейна-Йенсена с содержанием лекарственного вещества, если количество колоний составляет более 1% выросшего количества бактерий в контроле.

Критический рост выражается в КОЕ. Он представляет 1% роста колоний в контрольной среде без содержания лекарственного вещества.

Определить смесь устойчивых и чувствительных культур, которые отрицательно влияют на успешное лечение туберкулеза.

Понятие лекарственной устойчивости:

– способность микроорганизмов адаптироваться к росту и размножению даже при наличии лекарств, от которых они должны терять жизнеспособность;

– мутация в микробах, которые уменьшают или устраняют эффективность лекарств;

– способность микроорганизмов выживать или размножаться, несмотря на присутствие противотуберкулезных препаратов.

Также нами были проведены анализы лекарственной устойчивости культур, выделенных от впервые и повторно заболевших туберкулезом по Алматинской области. В следующих таблицах представлена динамика лекарственной устойчивости новых и повторных случаев за период 2009–2011 годов.

Таблица 1 – Уровень чувствительных форм МБТ по Алматинской области

	2010		2011		2012	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Вновь выявленные	284	32,7	346	43,1	327	39,4
Повторные случаи	70	20,4	100	30,8	64	18,7

Как видно из таблицы 1, исходный уровень чувствительных штаммов немного увеличился: в 2011 г. до 43,1% в новых и до 30,8% в повторных случаях, а в 2012 г. отмечается снижение до 39,4% в новых случаях, до 18,7 в повторных случаях.

В структуре развившихся лекарственно-устойчивых форм МБТ наблюдается различные сочетания противотуберкулезных препаратов.

Как показано в таблице 2, монорезистентность среди выделенных штаммов МБТ к препаратом первого ряда за исследуемый период снижалась, хотя и меньшем проценте, чем доля чувствительных штаммов.

Таблица 2 – Уровень монорезистентных штаммов МБТ по области

	2010		2011		2012	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Вновь выявленные	55	6,3	42	6,1	90	10,8
Повторные случаи	16	4,6	16	5,9	27	7,9

Таблица 3 – Изменение монорезистентности как в первичных, так и в повторных случаях

	2010				2011				2012			
	н/с		повторные		н/с		повторные		н/с		повторные	
H	6	0,6	5	1,4	13	1,6	10	3,0	25	3,0	4	1,1
R	10	1,1	3	0,8	1	0,1	0	0	5	0,6	8	2,3
S	34	3,9	8	2,3	33	3,8	10	3,0	42	5,0	7	2,0
E	5	0,5	0	0	2	0,2	6	1,8	18	2,1	8	2,3

Как видно из таблицы 3, монорезистентность к H незначительно увеличивается в новых случаях – с 6 (0,6%) в 2010 г. до 25 (3,0%), а в повторных случаях осталась на одном уровне – 5 (1,4%) в 2010 г., 4 (1,1%) в 2012 г.

Монорезистентность к S остается почти на одном уровне – 34 (3,9%) в 2010 г., 42 (5,0%) в 2012 г., у больных с новыми и повторными случаями 8 (2,3%) в 2010, 7 (2,0%) в 2012 г.

Монорезистентность к E в новых случаях повысилась от 5 (0,5%) до 18 (2,1%) в 2010–2012 гг., а в повторных случаях рост с 0 в 2010 г. до 8 (2,3%) в 2012 г.

Монорезистентность к R в повторных случаях на одном уровне – от 3 (0,8%) до 5 (0,6%) в 2010–2012 гг.

В повторных случаях 2012 г. устойчивость к R даже не регистрируется, то есть снижение монорезистентности к R значительно ниже, чем к H, E, S.

Таблица 4 – Общее число полирезистентных форм в новых и повторных случаях

	2010		2011		2012	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Вновь выявленные	342	39,4	292	36,4	285	34,4
Повторные случаи	140	40,5	96	29,6	131	38,4

Как показано в таблице 4, значительно снизилась доля полирезистентных форм как в новых, так и повторных случаях.

Новые случаи с 342 (39,4%) в 2010 г. до 285 (36,4%) в 2012 г. В повторных случаях – с 140 (40,5%) в 2010 г. до 131 (38,4%) в 2012 г.

В таблице 5 приведены данные спектра первичной лекарственной устойчивости, наибольшее значение имели сочетание ПТП к HS, HES, ES. Так в сочетании HS в новых случаях отмечается небольшое снижение – с 10,7 до 9,1%, в отношении же повторных отмечается рост (с 8,2 до 10,4%). В сочетании HES наблюдается рост устойчивости как в новых (с 9,6 до 19,2%), так и в повторных случаях (с 8 до 13,5%). Также отмечается рост устойчивости в сочетании ES в новых случаях (с 0,2 до 1,2%), а в повторных идет, наоборот, снижение (с 2,3 до 1,5%).

Таблица 5 – Анализ спектра мультирезистентного туберкулеза

	2010		2011		2012	
	н/с	повторные	н/с	повторные	н/с	повторные
H E	5,1	3,2	3,8	1,8	3,9	1,7
HS	8,8	7,2	9,1	10,4	8,8	7,9
HES	20,5	23,3	12,2	13,5	18,7	22,5
RE	0,5	1,4	0,3	0	0,9	0,8
RS	1,8	2,6	1,6	1,5	1,0	1,1
RES	1,0	1,4	0,9	0,6	0,1	1,7
ES	1,3	1,4	1,2	1,5	0,7	2,3

Как показано в таблице 5, наибольшее место имело сочетание HES как в новых, так и в повторных случаях – с 20,5 до 18,7% и с 23,3 до 22,5%.

Таблица 6 – Множественная лекарственная устойчивость в новых и повторных случаях за период 2010–2012 гг.

	2010		2011		2012	
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
Вновь выявленные	185	21,3	117	14,5	116	14,0
Повторные случаи	117	33,9	103	31,7	119	34,8

Как видно из таблицы 6, доля МЛУ ТБ имеет тенденцию к незначительному снижению в новых случаях – с 185 (21,3%) в 2010 г. до 116 (14,0%) в 2012 г. А в повторных незначительный рост: с 117 (33,9%) в 2010 г. до 119 (34,8%) в 2012 г.

Таблица 7 – Лекарственная устойчивость к числу препаратов за период 2010–2012 гг.

К числу препаратов	2010		2011		2012	
	н/с	повторные	н/с	повторные	н/с	повторные
К 1	6,3	4,6	5,8	8	10,8	7,9
К 2	18,5	17,2	17,9	17,2	17,1	15,2
К 3	25,4	30,6	21,9	20,3	21,4	0,2
К 4	16,8	27,1	11,0	23,4	10,9	28,7

Из таблицы 7 видно, что отмечается рост устойчивости к 1 препарату как в новых – с 6,3 до 10,8%, так и в повторных случаях – с 4,6 до 7,9%. В остальных сочетаниях отмечается тенденция к снижению.

Выводы

- Имеет место значительного увеличения уровня чувствительных штаммов.
- Среди устойчивых штаммов идет увеличение монорезистентных в новых случаях.
- Значительно снизилась доля полирезистентных форм как в новых, так и в повторных случаях.
- Снижение мультирезистентных штаммов отмечено в новых случаях, в повторных случаях, наоборот, отмечается увеличение.

Тұжырым

М.Ч. Күсемисова

2010–2012 ЖЫЛДАР АРАСЫНДА АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНДА ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН ЖАҢАДАН ЖӘНЕ ҚАЙТА АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

Бұл жұмыста Алматы облысының 2010–2012 жылғы жаңа және қайталанған науқастардан бөлінген туберкулез микобактериясының дәріге тұрақтылығын анықтау нәтижелері берілген.

Summary

M.Ch. Kusemisova

MICROBIOLOGICAL DIAGNOSIS OF DRUG-RESISTANT TB AMONG NEW AND RE-INFECTED PATIENTS IN THE ALMATY REGION DURING 2010–2012

In this paper there are presented the results of determination of drug resistance in M. tuberculosis isolated from patients (new cases and relapses) in Almaty's region during 2010–2012.

[УДК 618.1:616]:616.036

А.А. БЕКБУЛАТОВА, А.Е. ЕШИМОВ, Г.К. САРМАНБЕТОВА, М.К. САПАРБЕКОВ

Казахский научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИППП В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация. В работе представлены результаты анализа динамики распространения основных нозологических форм ИППП в Алматинской области за 2007–2011 гг. Отмечено, что в регионе сохраняется сложная эпидемиологическая ситуация с ИППП, что необходимо учитывать при проведении комплекса профилактических мероприятий.

Ключевые слова: распространенность, ИППП, гонорея, сифилис, хламидиоз, трихомониаз, профилактика.

За последние годы как в мире, так и в нашей стране усилилось внимание к проблеме инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в связи с их широким распространением среди всех групп населения. Ежегодно повсеместно происходит 448 млн. новых случаев ИППП (сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомониаза) в возрасте 15–49 лет [1]. В это число не входит ВИЧ и другие ИППП, продолжающие оказывать неблагоприятное воздействие на жизнь отдельных людей и сообществ во всем мире. Начиная с 90-х годов, в эпоху распада СССР и преобразования политического строя, эпидемия ИППП полностью захватила все страны постсоветского пространства, где заболеваемость увеличилась в десятки раз. К основной причине роста ИППП большинство исследователей относят ухудшение социально-экономической ситуации, социальное расслоение населения, повлиявшее на его поведенческие реакции, следствием чего стало злоупотребление алкоголем, наркотиками, формирование безразличного отношения к своему личному и общественному здоровью, профессиональной коммерциализации интимных отношений [2–5]. В Казахстане, по данным Г.К. Аскаровой (2007), в структуре ИППП ведущие места принадлежат трихомониазу (29,1%), урогенитальному кандидозу (18,3%), гарднереллезу (13,4%), гонорее (10,0%), сифилису (9,6%), уреа- и микоплазменной инфекции (9,3%), урогенитальной хламидийной инфекции (7,8%), остроконечной кондиломе (1,3%), аногенитальной герпетической инфекции (0,9%), аногенитальной вирусной бородавке (0,3%) [6]. На распространенность и состояние выявления ИППП среди различных групп населения республики, как отмечают многие казахстанские ученые [2–3], влияют эпидемиологические, поведенческие и социальные факторы. Считается, что при оценке ситуации по ИППП в регионах необходимо учитывать комплекс факторов риска инфицирования, способствующих распространенности инфекции [7–11].

В данном сообщении представлены результаты ситуационного анализа распространения ИППП в крупном сельском регионе Казахстана – Алматинской области.

В соответствии с задачами исследования в работе был использован комплекс методик: информационные, эпидемиологические, статистические.

Материалами для изучения явились данные статистические отчетности за 2007–2011 гг. Алматинского областного кожно-венерологического диспансера: формы 3; 9; 30; 065/у; 089. С целью изучения активности полового пути передачи анализу подверглись случаи заболевания сифилисом, гонореей, трихомониазом, хламидиозом, выявленные в Алматинской области в период с 2007-го по 2011 гг. При изучении инфекций,

передаваемых половым путем, вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели [6–11].

Результаты исследования

В таблице 1 представлена структура основных нозологических форм ИППП, зарегистрированных в исследуемом регионе за 2007–2011 гг.

Таблица 1 – Структура ИППП в Алматинской области за 2007–2011 гг. в абсолютных числах, в %

Нозологические формы	Число случаев	Удельный вес в % (M±m)
сифилис	3427	27,3±0,4
гонорея	1893	15,1±0,3
хламидиоз	3430	27,3±0,4
трихомониаз	3804	30,3±0,4
Всего	12554	100,0

Из таблицы следует, что в структуре ИППП наибольший удельный вес занимает трихомониаз (30,0±0,4%). На вторых местах: сифилис (27,3±0,4 %), хламидиоз (27,3±0,4%), далее следует гонорея (15,1±0,3%).

В таблице 2 показана динамика заболеваемости населения области основными нозологическими формами ИППП на 100 тыс. населения за 2007–2011 гг.

Таблица 2 – Динамика заболеваемости ИППП населения Алматинской области в интенсивных показателях (на 100 тыс. населения) за 2007–2011 гг.

Нозологические формы	Годы				
	2007	2008	2009	2010	2011
сифилис	43,5	38,6	38,8	39,3	48,1
гонорея	30,4	28,5	24,0	19,3	13,4
хламидиоз	45,1	50,3	54,5	33,3	29,5
трихомониаз	56,4	50,6	55,5	35,9	58,2

Из таблицы видно, что уровень заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения колеблется от 38,6 в 2008 году до 48,1 – в 2011 году (для сравнения: в РК 45,9 – в 2007 году, 34,5 – в 2010 году), заболеваемость гонококковой инфекцией – от 13,4 до 30,4 (по РК – 48,0 в 2007 году, 37,7 в 2010 году). Отметим, что в динамике заболеваемости сифилисом наблюдается некоторая стабилизация, а показатели заболеваемости гонореей показывают снижение: в 2011 году, по сравнению с 2007 годом, уровень заболеваемости гонореей снизился почти в 2,3 раза. Анализ показал, что на фоне стабилизации ситуации при сифилисе, снижении показателей при гонорее увеличился уровень заболеваемости населения трихомониазом, сохраняется неблагоприятная ситуация с хламидиозом. Это указывает, очевидно, на необходимость усиления профилактической работы по вышеуказанным нозологическим формам.

Сложившаяся в целом в Алматинской области тенденция стабилизации и снижения уровня заболеваемости ИППП, по нашему мнению, стала возможной благодаря внедрению в регионе комплексных профилактических мер, совершенствованию организации серологического контроля, обеспечению координации деятельности специалистов различного профиля, в т.ч. гинекологов, урологов, семейных врачей, оказывающих медицинскую помощь больным ИППП, и наведению порядка в медицинской

документации пациентов, проводимом в режиме, гарантирующем охрану врачебной тайны об их лечении и половых контактах. В то же время снижение заболеваемости населения гонореей, по-видимому, не отражает истинной ситуации и связано прежде всего с недорегистрацией случаев гонореи в регионе, её самолечением. Данный вопрос, считаем, нуждается в дальнейшем изучении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Материалы информационного бюллетеня. – 2011. – № 10 // www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_110/ru.
- 2 Кешилева З.Б., Федотова Е.Р., Волова П.И. Санитарная пропаганда – неотъемлемая часть работы дерматовенерологов // Венерические и кожные заболевания. – Алматы. – 1989. – С. 3–7.
- 3 Акышбаева К.С., Валиев А.К., Джусупгалиев М.Х. и др. Влияние болезней, передаваемых половым путем (БППП), на репродуктивную функцию // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2000. – № 4. – С. 14–17.
- 4 Кабыкенова Р.К. Совершенствование управления снижением заболеваемости населения основными инфекциями, передающимися половым путем, в Республике Казахстан // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Алматы, 2004. – 28 с.
- 5 Концепция по нравственно-половому воспитанию в Республике Казахстан // Концепция Правительства от 21.11.2001, № 1500.
- 6 Аскарова Г.К., Ускенбаева А.С., Алиева А.Т. Анализ работы дерматовенерологической службы за 2007 г. и заболеваемости ИППП в Республике Казахстан // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2007. – № 2. – С. 6–8.
- 7 Баев А.И., Мырзахметов Е.И., Вуйко И.В. Динамика заболеваемости ИППП в Республике Казахстан // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2005. – № 1–2. – С. 16–18.
- 8 Ажигалиев Г.Б., Уразгалиева У.К., Цой Т.Д., Кадырбекова Г.Ш. Динамика заболеваемости ИППП в Западно-Казахстанской области по итогам 1994–2004 гг. // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2005. – № 1–2. – С. 20.
- 9 Абдуалиева А.К. Эпидемиологическая характеристика и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых половым путем (на примере Акмолинской области) // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Алматы, 2005. – 25 с.
- 10 Баева А.И., Мамурбаева Е.М. Опыт работы дружественного кабинета НИКВИ МЗ РК // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2008. – № 3–4. – С. 13–18.
- 11 Баев А.И. Общая характеристика заболеваемости ИППП и определение основных тенденций ИППП на ближайшее будущее в Республике Казахстан // Вопросы дерматологии и венерологии. – 2007. – № 1–2. – С. 23–29.

Тұжырым

А.А. Бекбулатова, А.Е. Ешимов, Г.К. Сарманбетова, М.К. Сапарбеков

АЛМАТЫ БОЙЫНША ЖЖБА-Ң ТАРАЛУЫ БОЙЫНША ҚОРЫТЫНДЫСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

Жұмыста 2007–2011 жж. Алматы облысы бойынша ЖЖБА негізгі нозологиялық түрлерінің таралуы туралы қорытынды берілген. Аймақта ЖЖБА эпидемиологиялық ауыр жағдайы сақталуда және профилактикалық жұмыстар кезінде ескерілуі керек.

Summary

A.A. Bekbulatova, A.E. Eshimov, G.K. Sarmanbetova, M.K. Saparbekov

THE SITUATIONAL ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF STIS IN THE ALMATY REGION

The paper presents an analysis of the prevalence of major disease forms of STI in the Almaty region in 2007–2011 years. Noted that the region remains a complex epidemiological situation of STIs, which should be considered when conducting a set of preventive measures.

УДК 64.72-032.1(574-201)

L.N. AITAMBAEVA, G.K. KILIBAEVA, A.A. IMANDOSSOVA, T.K. BEKBOSSYNOV

*The Kazakh national medical university by S.D. Asfendiyarov
The Department of State sanitary-epidemiological supervision of the city Almaty*

CONDITION OF ATMOSPHERIC AIR OF THE CITY ALMATY

Annotation. The article provides reliable information on polluting substances in atmospheric air of the Almaty city, determine the intensity of the environmental situation. The air pool of the mega polis revealed non-standard content exceeding MPC of pollutants such as lead, formaldehyde, nitrogen dioxide, carbon black, carbon monoxide and dust. Recommendations are given on the protection of atmospheric air and reduce morbidity of the population.

Key words: Natural-climatic factor, population, monitoring, lead, pentoxide, formaldehyde, nitrogen dioxide, sulfur dioxide, sulfur dioxide, carbon oxide, dust.

In the city Almaty natural-climatic factors create conditions for the formation of high atmospheric pollution. The town is characterized by little wind the frequency of weak winds (up to 1m/s) is estimated in the summer of 71% , in the winter 79%, in view of this, the average annual value of wind speed in the city does not exceed 1,7 m/s. The accumulation of harmful impurities in the surface layer of air contribute temperature inversions, which are an obstacle for the development of the vertical air exchange and diffusion of pollutants in the atmosphere.

The city Almaty with the population of over one million people is the largest urban center of Kazakhstan. However, the development and industrialization of the city without sufficient regard to physico-geographical and natural-climatic features and environmental requirements have led to the violation of the ecological balance on the territory of the metropolis.

In all the directions of the wind the city is in the so-called “ the aerodynamic shadow”. Climatic features create adverse conditions for dispersions of emissions, especially the exhaust gases of motor vehicles and individual heat sources. Waste gases containing carbon oxides, nitrogen oxides, hydrocarbons, particulate matter and lead compounds accumulate in the surface layer of the atmosphere. Most of them settled on the asphalt cover and soil cover. Dust with a complex of metals and other pollutants through respiratory organs and the skin gets into the human body.

Pollution of atmospheric air products of emissions of motor transport, industrial enterprises, heat power engineering today is the ecological-hygienic risk of factors of disease in the population of the city Almaty. It is known that 40% of all diseases are indirectly to environmental factors.

The main polluter of the air pool of the city Almaty is the release of products of fuel combustion from motor vehicles, the number of which has increased significantly in recent years, including vehicles exceeding the admissible pollution standards. In car exhaust gas contains about 200 chemical compounds, including carcinogenic polycyclic hydrocarbons.

The main reason is the result of complete combustion of fuel in the engine. The composition of the exhaust gases depends not only on the type of fuel and engine systems, but even to a greater extent on to the technical condition and conditions of movement of

the car. Therefore, it is necessary to ban the import of cars not equipped with neutralizers and catalysts, the introduction of such facilities on out dated models of cars , the transition to more environmentally dangerous types of fuel, including natural gas, increase in the share of electric transport. Because of the large number of private cars in the city is not enough parking lots. There is a question of the quickest construction of the network a lot of longline parking sites.

According to the statistics department of Almaty, gross emissions of pollutants from stationary sources amounted to 13176 tons per year [1–7].

According to the department of road police of the total number of motor vehicles registered in the city amounted to 496982 units. In addition, if we take into account the additional number of transit vehicles, the number of motor vehicles in the city Almaty will be more than 700 thousand. The results of laboratory monitoring of the state of air pool of the city Almaty presented in table 1.

As can be seen from the table the main polluter of the air pool of the city Almaty is the release of products of fuel combustion from motor vehicles; the number of which has increased significantly in recent years, including vehicles exceeding the admissible pollution standards.

All the analyzed period studied 5224 samples, including in 2009–1864 samples, in 2010–1882 and in 2011–1478.

Analysis of the ecological situation in the city Almaty showed the following. Non-standard content of lead (the first class of danger) in the environment for the 3 year has decreased from 36,4% in 2009 to 25,0% in 2011. However, the MPC has remained above the regulatory levels. If the excess of MPC in 2009 was 5,9 times, despite the reduction, in 2011 this figure has remained above the regulatory 1,3 times.

Table 1 – The monitoring of the level of pollution of atmospheric air Almaty

№	Name ingredients	Chemical formula	2009 year			2010 year			2011 year			Hazard Class
			the number of samples	non-standard	%	the number of samples	non-standard	%	the number of samples	non-standard	%	
1.	Lead	Pb	88	32	36,4	60	28	46,7	48	12	25,0	1
2.	Pentoxide	V ₂ O ₅	8	0	0,0	12	0	0,0	8	0	0,0	1
3.	Formaldehyde	HCHO	296	20	6,8	246	20	8,1	198	11	5,6	2
4.	Nitrogen dioxide	NO ₂	332	201	60,5	378	157	41,5	306	144	17,0	2
5.	Sulfur dioxide	SO ₂	332	39	17,4	354	16	4,5	282	0	6,0	2
6.	Carbon black	C ₂	84	23	27,4	84	36	42,8	48	4	8,3	3
7.	Carbon oxide	CO CO ₂ C ₃ O ₂	380	0	0,0	402	10	2,5	306	12	36,9	4
8	Dust		344	233	67,7	346	120	34,7	282	20	7,1	4
	All the samples		1864			1882			1478			

Statistics show that air pollution compounds of lead promoted an increase of the morbidity of the population. So, for a 10 year period of observation level of disease.

The excess of the MPC of formaldehyde in the environment (the second class of danger). In all periods of observation level of the MPC was 1,2%.

Special attention should be paid to the content of connections of nitrogen (the second class of danger) in atmospheric air. The results of the condition of the environment, held by the centre of hydrometeorological monitoring showed a significant excess of maximum concentration limit. The contents of nitrogen dioxide in the air pool of the city from 2009 to 2011 has increased in 1,6 times. However, it is known that the high content of nitrogen oxide contributes to the increase of diseases of visual organs, blood and central nervous system.

Content in the atmosphere sulfur dioxide (the second class of danger) has decreased. If in 2009 the excess of MPC was 2,0%, while in 2011 it was within norm. Similarly, for the 3 observed years has decreased up to normative value content in the atmosphere of black carbon (the third class of danger).

On the contrary, found increased in atmosphere carbon oxide (the fourth class of danger). If in 2009 the excess of MPC is not found, then in 2011, registered excess of MPC in 1,3% of cases.

The analysis showed that the number of non-standard samples for the content of pentoxide vanadium (the first class of danger), as well as the concentration of suspended substances (dust) (the first class of danger) in the atmosphere don't exceed the normative values.

In a joint presence in the air of several substances with the amount of action, the sum of their concentrations should not exceed 1 (one), calculated by the formula:

$$\frac{C_1}{\text{MPC}_1} + \frac{C_2}{\text{MPC}_2} + \frac{C_n}{\text{MPC}_n} = 1.0$$

- 1) C₁, C₂,.....C_p – actual concentrations of substances in the atmospheric air;
2) MPC₁, MPC₂,.....MPC_s – the maximum permissible concentrations of the substances.

Thus the environmental situation in the city Almaty remains tense and is the main problem. The air pool of the megapolis revealed non-standard content exceeding MPC of pollutants such as lead, formaldehyde, nitrogen oxide, carbon black, carbon monoxide and dust.

Events on protection of atmospheric air and declines of morbidity of the population it is necessary to implement a number of sanitary-technical activities:

- realization of stage-by-stage equipment of vehicles the effective devices of decline of content of harmful substances in exhaust gases.
- creation of conditions for transfer of transport to gas fuel, use of high- quality motor fuel.
- increase the share of electric transport in the total number of passenger transport.
- the completion of construction of transport interchanges, a many-tier parking sites, detour the ring road, the increase in greening the city, especially along major motorways.
- to oblige the industrial enterprises conduct quarterly department control over a condition of atmospheric air in the residential area.

LIST OF THE USED LITERATURE

1 Nemenko B.A., Ospanova G.K. Hygiene of children and adolescents. – 2007. – 342 p.
2 Ilyasova A.D. Motor transport and ecological problems. – Almaty, Astana, Medical magazines, 2007. – N 5. – 31p.
3 Ilyasova A.D., Nemenko B.A., Досмухаметов А.Т. Heavy metals in the air and hair students of the modern city // Vestnik KAZ NMHC. – 2010. – N 2. – P. 22–24.

4 Bykov A.A., Revich B.A. Risk assessment of environmental lead contamination on the health of children in Russia occupational // Medicine and industrial ecology. - 2001. - N 5. - P. 6-10.

5 Revich B.A. Pollution of the environment and the health of the population. Introduction in environmental epidemiology a Training manual. - 2001. - 264 p.

6 Revich B.A., S.L. Avaliani, Tikhonov G.I. Environmental epidemiology. Textbook for Institutes of higher education. - M.: Academy, 2004. - 384 p.

7 Revich B., Aksel E., Ushakova T., Ivanova I., Zhuchenko N., Kluyev N., Brodsky Ye., Sotskov Yu. Dioxin Exposure and Public Health in Chapaevsk, Russia // Chemosphere. - 2000. - V. 43. - P. 951-966.

Резюме

Л.Н. Айтамбаева, Г.К. Килибаева, А.А. Имандосова, Т.К. Бекбосынов

СОСТОЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА Г.АЛМАТЫ

В статье приводятся достоверные сведения о загрязняющих веществах атмосферного воздуха г. Алматы, определяющих напряженность экологической обстановки. В воздушном бассейне мегаполиса выявлено нестандартное содержание, превышающее ПДК по таким загрязнителям, как свинец, формальдегид, диоксид азота, черный углерод, оксид углерода и пыль. Даны рекомендации по защите атмосферного воздуха и снижению заболеваемости населения.

Тұжырым

Л.Н. Айтамбаева, Г.К. Килибаева, А.А. Имандосова, Т.К. Бекбосынов

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада Алматы қаласын ластайтын зиянды заттар мен экологиялық жағдайдың кернеулігін анықтады. Мегаполистің ауа бассейнінің стандартты емес құрамдары анықталды, ШРЕК-ны өсіретін мынадай ластаушылар қорғасын, формальдегид, азот диоксиді, кара көміртек, көмірқышқыл газы және шаң екені белгілі болды. Атмосфералық ауаны қорғауға және тұрғындардың аурушандығының төмендеуі туралы кеңес берілген.

Здоровье и болезнь 2013, № 3 (111)

УДК 616.1

С.Д. МОЛДАБАЕВА

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

РОЛЬ КАЛЬЦИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной обзорной статье показано, что атеросклероз представляет собой длительное, вялотекущее хроническое воспаление в стенке сосуда. Показано также, что кальций откладывается не только в почках, но и на стенках сосудов, что приводит к нарушению эластичности и сужению сосудов, что в конечном счете может вызвать инфаркт.

Ключевые слова: гормоны, холестерин, артериальная гипертония, атеросклероз, ИБС, бляшки, инфаркт, хламидии, иммуномодуляторы, белок, кальций, фибриноген, диета, физическая активность.

Более сорока лет назад в американском городке Фременигем ученые подробно исследовали образ жизни каждого жителя и сопоставили эти сведения с состоянием его сердечно-сосудистой системы. Компьютер беспристрастно проанализировал все данные и определил, какие причины создают наибольшую угрозу для здоровья.

Оказалось, что основной фактор риска, вызывающий сердечно-сосудистые заболевания, это... быть мужчиной. То есть все представители сильного пола рискуют заполучить эти заболевания гораздо больше, чем женщины, которые защищены в детородный период женскими половыми гормонами, снижающими уровень холестерина в организме.

Второй по значимости фактор риска – это быть мужчиной старше 65 лет. Третий – иметь родителей, которые страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями. И только потом идут так называемые модифицируемые факторы, которые мы можем изменять: жирная пища и уровень холестерина, малоподвижный образ жизни и лишний вес, курение, и так далее. В общем, очень многое зависит от того, какая у человека наследственность.

У многих людей есть врожденная предрасположенность к артериальной гипертонии, атеросклерозу, ишемической болезни сердца. Они могут значительно варьировать свой образ жизни, но это вряд ли уберезит их от наследственных недугов. И наоборот: если люди не склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям, им надо очень сильно постараться, чтобы их приобрести.

Если же люди склонны к этим заболеваниям, то риск ими заболеть очень велик. Но есть чрезвычайно важный нюанс. Когда эти люди ведут здоровый образ жизни, они болевают в 65 лет, а если ведут себя «плохо», то заболевают в 30. Поэтому игра стоит свеч.

Поэтому необходимо, во-первых, если в семье есть больные артериальной гипертонией, то женщина должна измерять свое давление уже в 18–20 лет. В ходе беременности и после родов наследственная предрасположенность может реализоваться с большой долей вероятности, если не проводить специальную профилактику под наблюдением врачей. Они предложат препараты, с помощью которых можно держать в норме артериальное давление и избежать заболевания. Во-вторых, если среди родителей есть гипертоники, особенно отец, то мужчине старше тридцати надо знать свое давление и, когда оно повышено, что-то предпринимать для его снижения. Лучше начать с немедикаментозных методов: бросить курить, уменьшить потребление алкоголя, избавиться от излишней массы тела. Это основные рекомендации.

Многие специалисты рекомендуют гипертоникам снизить потребление соли. Это один из путей понижения давления, но идти по нему непросто. Здесь многое зависит от наследственности, семейных традиций. В одних семьях употребляют мало соли, в других – много, но в них далеко не все бывают гипертониками. Поэтому нельзя рекомендовать универсальную норму потребления соли, одинаковую для всех. Если же попытаться снизить норму, то опосредованно придется уменьшить потребление жидкости, и так далее. Без наблюдения врачей здесь легко запутаться и ухудшить свое здоровье.

Женщины также предрасположены к ИБС и инсультам. Обычно женщины защищены от этих недугов в детородный период [1]. Но если они начинают заниматься мужской работой, то получают эти болезни подобно мужчинам. Например, занимая руководящие посты, женщины постоянно находятся в состоянии стресса, поэтому имеют проблемы с гинекологией, их не защищают женские половые гормоны, и у них развивается ИБС. То есть им надо предпринимать профилактические меры.

После 40 лет женщинам надо знать свой уровень холестерина. Вообще-то, ученые не установили четкой закономерности: чем выше холестерин, тем вероятнее ише-

мическая болезнь сердца. Российские и американские кардиохирурги сделали десятки тысяч операций аортокоронарного шунтирования, и у половины этих пациентов был нормальный холестерин, хотя сердце и сосуды были очень изношены.

Стандартный анализ на холестерин по-прежнему важен и необходим. Чем выше этот показатель, тем больше вероятность инфаркта. Так что делать этот лабораторный тест крайне полезно.

Но, как сегодня выяснилось, это только первый шаг для понимания того, что происходит сердцем. Для того чтобы «предсказать будущее» сердца, специалисту его уже недостаточно.

Кстати, если бы этот тест помогал устанавливать точный диагноз, в больницах не лежало бы столько пациентов-сердечников с нормальным холестерином, но с пораженными атеросклерозом сосудами. Не было бы такого количества «непонятных» внезапных инфарктов.

На сегодняшний день взгляд специалистов на происхождение атеросклероза – главной причины сердечных недугов, существенно изменился. Истинная причина инфарктов – в другом. Этот недуг представляет собой длительное, вялотекущее хроническое воспаление стенки сосуда.

Оно возникает как приспособительная реакция на повреждение. А повреждать сосуд могут самые разные явления.

На стенках сосуда начинают оседать жир, белки, продукты клеточного распада, рубцовые ткани. Застрять и прикрепиться в месте воспаления проще простого. Так образуются атеросклеротические бляшки. Они сужают диаметр артерий и таким образом сокращают приток крови к сердцу. Возникает состояние, известное как ишемическая болезнь.

Когда она уже есть, любая дополнительная провокация, к примеру сильный стресс, потребление жирной пищи, может привести к инфаркту.

Воспаление сосудов провоцируют банальные инфекции. И чем в организме их больше, тем вероятнее развитие сердечных недугов. Вред способны причинить и бронхит, и воспаление десен, и цистит. Особенно их хронические формы. Когда организм борется с инфекцией, образуются рубцовые ткани, которые могут превратиться в бляшки.

Так что если человек больше двух раз в год страдает серьезными ОРВИ, инфекциями мочевыводящих путей, воспалением придатков – он находится в группе риска. Необходимо насторожиться, провериться у специалиста, сделать выводы.

Необходимо все время заставлять человека свою иммунную систему бороться с инфекциями. Так одновременно улучшится и состояние сердца. Не все инфекции одинаково плохи для сосудов.

Главный вредитель – инфекция под названием «хламидия пневмония». Это довольно распространенная бактерия, вызывающая инфекции органов дыхания, в том числе воспаление легких. Кардиологи доказали, что ее наличие серьезно влияет на сердечные артерии. Недаром в сосудах людей, перенесших инфаркт, нередко находят скопление хламидий.

Заражаются ими при дыхании, чаще при ослабленном иммунитете. Заболевание протекает в форме обычной простуды, трахеита или бронхита. Больные часто не долеживают до конца. «Недобитая» инфекция поселяется в организме, не торопясь дела свое черное дело.

Из этого следует вывод: всем, кто часто сталкивается с обострениями любых воспалительных процессов, нужно сдать анализы на инфекции. В первую очередь – на

хламидии. При положительном результате стоит пройти курс лечения антибиотиками. Это избавит организм от хронических очагов и в перспективе поможет снизить риск инфаркта. Кроме того, против хламидии эффективны интерфероновые иммуномодуляторы, такие как кипферон, циклоферон [2, 3].

По анализам можно выявить сам атеросклероз, то есть воспаление в сосудах. Это обнаружение в крови специального белка. Он выделяется в кровь при любом серьезном воспалительном процессе. В том числе при атеросклерозе. Этот показатель способен предсказать инфаркт в два раза точнее, чем «вредный» холестерин [4–7].

Но тут надо иметь в виду важный нюанс: тест нельзя использовать изолированно – только в сочетании с другими «сердечными» анализами. Ведь белок просто свидетельствует об имеющемся в организме воспалении. И оно не обязательно связано с сердечными артериями. Например, больной просто еще не совсем поправился после простуды.

Помимо воспалений, представляющих потенциальную опасность для сердца, существуют другие параметры крови [8–10].

Во-первых, это повышенная свертываемость крови. Во-вторых, избыток кальция и его отложение на стенках артерий [11]. В-третьих, такое состояние, при котором в организме накапливается много гомоцистеина.

Ученые из Германии выяснили, что пищевые добавки с кальцием вредны для сердца. В течение десятилетия они провели исследование у 24 тысяч человек в возрасте от 35 до 64 лет. Те, кто принимал добавки кальция регулярно, имели на 86% больший риск инфаркта и инсульта [12].

Как было сказано выше, избыток кальция откладывается на стенках сосудов и способствует образованию бляшек и тромбов, что в свою очередь увеличивает риск вышеуказанных осложнений. При этом необходимо помнить, что эти данные не должны служить отказом от кальция, так как этот минерал препятствует остеопорозу и снижает риск переломов, что особенно важно для женщин в период менопаузы. При этом необходимо получать кальций с пищей и не принимать одновременно несколько содержащих кальций добавок. Нужно помнить, что суточная норма – около 820 мг [12].

Также необходимо регулярно проверять уровень кальция в крови и исследовать кровоток сосудов сердца и мозга [12].

Следить за этими показателями довольно просто. Для этого время от времени необходимо проверять содержание тромбоцитов в крови, определять уровень протромбина. Эти традиционные анализы проверяются обычно при диспансеризации [13, 14]. Но для более точной «картинки сердца» необходимо проверить дополнительные параметры, в частности фибриноген.

Этот белок реагирует на воспаление сосудов. Его избыток повышает свертываемость крови. И увеличивает риск образования тромбов. А те, в свою очередь, становятся частой причиной инфарктов.

При этом далеко не всегда сразу нужны лекарства. В профилактике сердечных проблем главное – изменить образ жизни. Прежде всего отказаться от курения и сбросить лишний вес. А для этого надо придерживаться низкокалорийной диеты, пить достаточное количество жидкости.

Как было сказано выше, кальций также является причиной инфаркта. Всегда считалось, что его недостаток вредит костям, а избыток – почкам.

Кроме того, избыток кальция откладывается не только в почках, но и на стенках сосудов. Там затвердевает и превращает артерии в окаменевшие трубы. Такие сосуды не могут транспортировать кровь и питательные вещества с прежней легкостью. Воз-

никает недостаточность кровообращения. Кроме того, кальций входит в состав сосудистых бляшек, которые могут оторваться и вызвать инфаркт.

Поэтому следить за уровнем кальция в крови просто необходимо. Если он повышен – это безошибочный признак ишемической болезни сердца.

Негативную роль в сердечных проблемах играет, упомянутый выше, таинственный гомоцистеин. Это естественное для организма вещество в избытке также становится опасным. Оно вырабатывается после принятия пищи, богатой животными белками.

Но у некоторых людей функция его выведения бывает нарушена. И со временем этот сбой приводит к сердечным проблемам.

Снизить уровень коварного гомоцистеина помогут препараты фолиевой кислоты и витамины группы В, особенно В₆ и В₁₂. Для профилактики осложнений также не стоит потреблять слишком много животного белка – говядины, свинины, курятины. Лучше хотя бы частично заменить его белком растительным, к примеру, соей. Эти меры будут способствовать расслаблению стенок сосудов. И те станут менее предрасположены к спазмам. Но если по каким-то причинам уровень холестерина повышен, то риск ИБС весьма высок, и этот уровень надо снижать. Для этого следует уменьшить количество пищи, богатой холестерином: жирного мяса, печени, икры, сливочного масла. Бессмысленно отказываться от одних продуктов из этой группы, увеличивая потребление других надо уменьшить общее количество жира в пище.

Давно замечено, что на берегу Средиземного моря люди живут дольше, чем в центральной части той же страны. Это характерно для Франции, Испании, Югославии и даже для стран Северной Африки. Ученые пришли к выводу, что продолжительность жизни на побережье увеличивается благодаря так называемой средиземноморской диете. В ней нет ничего нового и сложного: много рыбы, лучше простых, нежирных видов, и овощей тоже не очень мудреных: огурцы, помидоры, салаты, капуста, лук, чеснок и так далее, достаточное количество оливок и масла из них, хлеб из муки грубого помола и немного красного вина.

Естественно, эта диета не исключает нежирное мясо и даже спагетти. Нужно помнить, что хорошие спагетти делаются из твердых сортов пшеницы, в которых много полезной клетчатки, которая хорошо очищает желудочно-кишечный тракт и не вызывает избыточной массы тела. Для здорового человека оптимальное соотношение мяса и рыбы, животного масла и растительного – пятьдесят процентов на пятьдесят. Но при повышенном холестерине надо увеличить в рационе количество более простой, менее жирной пищи.

Для сохранения здорового сердца необходима сбалансированная диета, похожая на средиземноморскую, и никаких монодиет! В рацион питания должны входить нежирные сорта рыбы и мяса. Из птицы наиболее полезна индейка без кожи. Должно быть достаточное количество овощей и хлеба из муки грубого помола. Алкоголь лучше ограничить сухими винами.

Кроме диеты человеку полезна та физическая активность, которая ему приятна. Не надо силком делать то, что не нравится. Если человеку не нравится плавать, не нужно ходить в бассейн. Нравится кататься на велосипеде, пусть катается в свое удовольствие на любимом велосипеде. При физических нагрузках очень важна положительная мотивация, которая является мощным лечебным фактором. Кстати, не стоит бегать после сорока лет. К этому времени стопа теряет свои эластичные свойства, постоянные толчки передаются на позвоночник, вызывая обострения радикулита и остеохондроза, ущемление! нервов. Никакой пользы от таких нагрузок нет. Тем, кто любит двигаться,

лучше перейти на быструю ходьбу. Желательно делать 120 шагов в минуту. При такой частоте вы имеете энергозатраты, как при беге трусцой, но при этом на спинной мозг не передаются удары стопы о землю.

Итак, полезна любая форма активности, которая доставляет удовольствие. Но нагрузки надо всегда соизмерять со своими индивидуальными особенностями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Глезер М.Г. Женская гипертония // Здоровье. – 2005. – № 6. – С. 34–36.
- 2 Сагатбекова С.С. Фотогемотерапия в комплексном лечении хламидиоза // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 2 (104). – С. 82–85.
- 3 Таибаева Г.А., Темирханов Г.М., Актаева Р.Ж., Оспанова А.М. Циклоферон в комплексном лечении урогенитального хламидиоза у женщин // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 5 (107). – С. 95–97.
- 4 Насонов Е.Л. Маркеры воспаления и атеросклероз: значение С-реактивного белка // Кардиология. – 1999. – № 2. – С. 81–86.
- 5 Ridke P. M., Hekkens C. H., Buring J. E. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women // NEnglJMed. – 2000. – № 342. – Р. 836–846.
- 6 Фомин В.В., Козловская Л.В. С-реактивный белок и его применение в кардиологической практике // Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2003. – № 5. – С. 70–75.
- 7 Вельков В.В. Высокочувствительный С-реактивный белок и его применение в кардиологии // Лаб. мед. – 2006. – № 8. – С. 1–15.
- 8 Яблучанский Н. И., Пилипенко В. А., Контратенко П.Г. Индексы сдвига лейкоцитов крови как маркер реактивности организма при остром воспалении // Лабораторное дело. – 1982. – № 8. – С. 15–18.
- 9 Коган А.Х., Ершов В.И., Соколов И.Я. О механизмах усиления свободорадикальных процессов у больных ИБС-стенокардией в зависимости от ее тяжести // Тер. архив. – 1994. – № 4. – С. 32–36.
- 10 Палеев Ф.Н., Абудеева И.С., Москалец О.В., Минченко Б.И., Белокопытова И.С. Неспецифические маркеры воспаления в прогнозировании течения ишемической болезни сердца // Кардиология. – 2009. – № 9. – С. 59–64.
- 11 Антогонист кальция амлодипина в терапии артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца // Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 59–62.
- 12 Руденков И.В. Кальций в БАДах – риск развития ишемической болезни сердца // Здоровье. – 2012. – № 9. – С. 62.
- 13 Баркаган З.С. Современная анти тромботическая профилактика и терапия // Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Лекция для практикующих врачей. 8-й национальный конгресс «Человек и лекарство». – М. – 2002. – С. 141–153.
- 14 Имантаева Г.М. Современные достижения анти тромботической терапии при коронарной болезни сердца. Обзор // Терапевтический вестник. – 2011. – № 2 (30). – С. 56–59.

Тұжырым

С. Д. Молдабаева

ЖІРЕКТЕГІ ІШЕМИЯ АУРУЫНЫҢ ДАМУЫН БОЛЖАУДАҒЫ КАЛЬЦИДІҢ МАҢЫЗЫ

Бұл мақалада атеросклероз ауруы адам қан тамырының қабырғасындағы болбыр да, ұзақ мерзімді созылмалы қабынуы екендігі көрсетілген. Сонымен қатар, кальций бүйректе ғана емес, қан тамырының қабырғасында да болатындығы, ал ол тамырдың серпімділігінің бұзылуы мен тарылуына, ең соңында инфарктқа алып келетіндігі баяндалған.

Summary

S.D. Moldabaeva

THE ROLE OF CALCIUM IN THE PREDICTION OF CORONARY HEART DISEASE

This article shows that atherosclerosis is a long, indolent chronic inflammation in the vessel wall. It is also shown that calcium is deposited not only in the kidney, but also on the walls of blood vessels, which leads to disruption of elasticity and narrowing of the blood vessels, which could eventually cause a heart attack.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.1

Г.А. АУКЕНОВА

Детский дом «Айналайын», г. Талдыкорган

КВАНТОВАЯ ГЕМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

(Обзор литературы)

Аннотация: В данной обзорной статье показан современный комплексный подход к лечению гипертонии, которая берет свое начало с детского возраста. При этом отражен положительный эффект влияния лазерного внутрисосудистого облучения крови у больных с гипертонией, который восстанавливает нормальный эмоциональный фон, снижает уровень тревоги и агрессии и обладает спазмолитическим свойством.

Ключевые слова: гипертония, эмоциональная, фитотерапия, травы, вес, диета, соль, лабильный, детский возраст, физическая активность, лазер, УФО крови, квантовая гемотерапия.

Гипертония – это недуг, который невозможно вылечить раз и навсегда. Можно лишь добиться улучшения состояния при помощи самых разных методов. В том числе и народными средствами. Но в целом гипертония всегда имеет тенденцию к прогрессированию. И то, что помогало раньше, может перестать оказывать необходимое действие. Это касается и таблеток, и трав, и упражнений.

Кроме того, нужно понимать, что гипертония – серьезное заболевание, которое может привести к таким осложнениям, как инфаркт и инсульт. Поэтому главное – выбрать правильную тактику лечения.

Лишь на самом первом этапе фитотерапия и другие методики оздоровления будут достаточными для поддержания давления в пределах нормы. Затем приходится подключать лекарства.

Таблетки нужны не для того, чтобы «сбивать» повышенное давление, а для предупреждения его повышения. Поэтому больному нужно посетить кардиолога, пройти обследование и подобрать препарат. Его нужно будет принимать постоянно. Современные таблетки малотоксичны.

Ну а народные средства и прочие меры остаются важным дополнением к основному лечению. Лекарственные травы в большинстве случаев позволяют снизить дозы таблеток и стабилизировать давление.

Синюха, сушеница и пустырник обладают успокаивающим действием. А черноплодная рябина и боярышник улучшают работу сердечной мышцы и сосудов.

Нужно только учитывать, что синюха и сушеница относятся к ядовитым растениям, поэтому их дозировку необходимо согласовать с врачом-фитотерапевтом.

Можно применять и другие успокаивающие лекарственные травы: валериану, мелиссу, настойку пиона. Если человек спокойно реагирует на повседневные стрессы, это помогает стабилизировать артериальное давление.

При этом необязательно все лекарственные растения использовать по отдельности. Разрешаются и сборы из всех вышеперечисленных, и трав, обладающих мочегонным действием. Сбор лучше всего составлять индивидуально, учитывая особенности конкретного больного.

Помимо мочегонных трав из нелекарственных методик лечения в данной ситуации можно посоветовать еще физические нагрузки, например быструю ходьбу. Доказано, что регулярные кардиотренировки хорошо стабилизируют давление.

Только начинать надо с минимальной нагрузки, постепенно ее увеличивая. Частота пульса не должна превышать 130–150 ударов за 1 минуту. Обычно его верхнюю границу рассчитывают по формуле «180 – возраст в годах».

При этом занятия не должны сопровождаться сильной одышкой, общей слабостью и неприятными ощущениями в области сердца. Появление таких неприятностей – сигнал к уменьшению нагрузки и повторной консультации специалиста.

Повышенное давление может быть признаком какого-то заболевания. Однако далеко не всегда можно установить точную причину. Часто на человека действует целый ряд неблагоприятных факторов: неправильное питание, стрессы, недосыпание. И все это вместе приводит к гипертонии.

Причем один довольно важный фактор – лишний вес. Чем больше избыток массы тела, тем выше риск гипертонии. Подсчитано, что полные люди страдают гипертонией в 3–4 раза чаще, чем те, чей вес в норме. А похудение приводит к нормализации или снижению цифр артериального давления.

Поэтому первый шаг в борьбе с гипертонией – это низкокалорийная диета плюс физические нагрузки.

Важно ограничить и количество соли в рационе. Ее можно употреблять не более 6 граммов, учитывая и ту, что уже содержится в продуктах. При необходимости можно подсаливать пищу специальной солью с пониженным содержанием натрия.

Многочисленные исследования ученых показывают, что значительная часть взрослого контингента, больных артериальной гипертензией (АГ), формируется из детей и подростков с повышенным артериальным давлением (АД) [1]. Распространенность АГ в детском и подростковом возрасте, по данным разных авторов, составляет от 14 до 17%.

В Санкт-Петербурге в 1997 г. при обследовании подростков в возрасте 15–17 лет повышенный уровень АД был обнаружен у 33%. Установлено, что у 44% детей, имеющих АД выше нормы, в последующие годы уровень давления остается стабильно повышенным, а в 12% случаев отмечается прогрессирование АГ [2].

Детальное изучение особенностей клинического течения артериальной гипертензии в возрастной период от 18 лет до 21 года (юношеский возраст согласно классификации ВОЗ) в доступной литературе за последние 15 лет не встречается. В основном в источниках литературы описывается артериальное давление у детей с 2-х лет; гипертензия в подростковом возрасте до 17 лет; а у взрослых – начиная с 21 года. Именно в возрасте 18–21 года молодые люди выбирают профессию, поступает в вузы.

Перестройка уклада жизни, отрыв от семьи, частая сдача экзаменов и тестов, неустойчивость быта приводит к тому, что наблюдавшаяся ранее НЦД или лабильное артериальное давление, при отсутствии врачебного контроля и лечения, модифицируется в эссенциальную артериальную гипертензию (со стабильно высоким уровнем АД) и приводит к более раннему поражению органов-мишеней, а также становлению ИБС, поражению почек и мозга, причем особую актуальность проблеме придает массовый характер данного явления, ежегодно охватывающий сотни тысяч учащихся в масштабах страны. В доступной литературе нет четких критериев выбора медикаментозной терапии АГ на догоспитальном этапе, ее продолжительности. В настоящее время в терапевтической практике широкое распространение получило суточное мониторирование артериального давления (СМАД) – метод, дающий наиболее полное представление о показателях АД и его вариабельности в течение суток. Результаты исследований с применением СМАД у детей и взрослых свидетельствуют о больших возможностях этого метода как для постановки и верификации диагноза АГ в подростковом и молодом возрасте, так и для эффективного динамического наблюдения за больными с нарушениями регуляции сосудистого тонуса с целью подбора гипотензивной терапии.

Гипертония часто берет свое начало в детском возрасте. Именно тогда можно и нужно её предотвратить. Это заболевание не возникает сама по себе. По большей части она является следствием патологии почек, почечных сосудов или коры надпочечников. При этом артериальное давление бывает настолько высоким, что ребенка даже может поразить инсульт. Но когда излечивается основное заболевание, уровень давления нормализуется.

В более позднем возрасте гипертония у детей чаще всего бывает связана с вегетососудистой патологией. Ее ребенок главным образом получает по наследству. Поскольку у нас почти половина взрослого населения страдает гипертонией, то велико и количество детей с предрасположенностью к ней. Если кто-то из ближайших родственников ребенка поражен этим недугом, то для ребенка необходима профилактика, способная помочь избежать аналогичного заболевания в будущем.

Далеко не последнюю роль в ней играет питание. К группе повышенного риска относятся слишком полные и крупные дети. Чтобы ребенок не попал в эту категорию, нужно следить за его весом и не перекармливать. Непременным атрибутом питания детей должны быть овощи и фрукты. Они помогают поддерживать сосуды в нормальном состоянии. А употребление поваренной соли следует ограничить. В семье, где гипертония знакома не понаслышке, необходимо завести традицию недосаливать пищу. И вовсе исключить из меню продукты с повышенным содержанием соли.

Чрезвычайно важна для детей физическая активность, которая должна стать для них потребностью. Недостаток движения – наиболее распространенная причина появления сердечно-сосудистых заболеваний у детей. Физические нагрузки в детском возрасте повышают способность организма им противостоять. При этом не только кровь лучше насыщается кислородом и улучшаются окислительные процессы, но и увеличиваются адаптационные возможности сосудов сердца.

Особенно полезны пешие прогулки, езда на велосипеде, занятия плаванием, аэробикой, катания на коньках, лыжах. Девочкам после пяти лет необходимо заниматься физкультурой 4–9 часов в неделю. А мальчикам 7–12 часов. Но детям, склонным к повышению артериального давления, вредны статические нагрузки: поднятие тяжестей, различные виды борьбы.

Режим для таких детей также имеет большое значение. Им надо гулять как минимум 2 часа в день, а спать – не менее 8–9 часов. «Посиделки» у телевизора, как и

развлечения с компьютером надо без жалости сократить. И то и другое способствует повышению давления – такова реакция детского организма на переживания и азарт.

С возрастом у детей начинаются гормональные изменения в организме. Одновременно меняется характер, увеличивается количества конфликтов со сверстниками и родителями. В результате иной ребенок находится в постоянном психоэмоциональном напряжении. В сочетании с наследственными генами такая ситуация провоцирует повышение давления.

У ребенка, обладающего повышенной эмоциональной чувствительностью, больше шансов заполучить гипертонию. Такие дети отличаются чрезмерной тревожностью. Боятся проявить себя не лучшим образом перед окружающими, опасаются порицания со стороны родителей или других взрослых. Им необходима помощь. Надо постараться выяснить причины тревоги, вместе обсудить, как лучше избавиться от беспокойства.

Иногда не грех прибегнуть к успокаивающим средствам. Профилактические курсы лечения длительностью по 2 недели можно проводить 2–3 раза в год. Высокую эффективность у детей при этом даёт применение внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) и аутоотрансфузия УФ-облучённой крови (АУФОК) [3–15].

К настоящему времени накоплен убедительный положительный клинический опыт применения АУФОК.

Наблюдаются при различных заболеваниях, в том числе и при сердечно-сосудистых заболеваниях: стимуляция факторов неспецифической защиты и иммунитета, антигипоксический, вазодилаторные эффекты, улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции, стимуляция пролиферативных процессов – гемопоэза и регенерации, активация процессов обмена и коррекция свободнорадикальных процессов, бактерицидный эффект и другие позитивные эффекты [3–15].

Улучшение вышеперечисленных факторов после АУФОК благоприятно действует на функциональное состояние вегетативной нервной системы.

Кроме АУФОК, в лечении эмоциональной гипертонии у детей используют внутривенное лазерное облучение крови ВЛОК. Английскими учёными доказано, что ВЛОК прекрасно сказывается не только на самочувствии, но и на настроении. Такой вывод был сделан после наблюдения за авиадиспетчерами, которым в течение нескольких дней проводили кратковременные сеансы ВЛОК. После первых же процедур было отмечено восстановление нормального эмоционального фона, снижение уровня тревоги и агрессии. После этого ВЛОК стало считаться универсальным средством и от физического недуга, и от душевной хандры. Кроме того, ВЛОК расширяет кровеносные сосуды.

На детях неизменно отражаются взаимоотношения родителей. И развод очень часто становится причиной повышенной возбудимости и эмоциональности ребенка. Порой по его нервозности, даже безо всяких расспросов, чувствуется, что папа или мама у него «приходящие».

Нередко причиной ухудшения здоровья детей служит домашнее воспитание, которое порой сводится к крайностям. Одна из них – чрезмерная опека. В семье ребенок живет в тепличных условиях, а за ее пределами его, обласканного и любимого, уже не все любят. Ему это стоит больших нервных затрат, из которых со временем и возникает гипертония.

Зная особенности проявления детской гипертонии, ее симптомы, родители должны насторожиться и заняться профилактикой. При необходимости нужно обратиться за помощью к врачам и психологам.

Таким образом, поскольку гипертония берет свое начало в детском возрасте, необходимо ее брать под особый контроль с эффективным комплексным лечением с применением квантовой гемотерапии, в частности внутрисосудистого лазерного облучения крови с одноразовыми световодами, которое, как было сказано выше, обладает универсальными положительными свойствами, в том числе и для восстановления нормального эмоционального фона, снижения уровня тревоги и агрессии, которые наблюдаются у больных с эмоциональной гипертонией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мутафьян А.О. Артериальные гипертензии и гипотензии у детей и подростков (клиника, диагностика и лечение). – СПб.: Невский диалект; М.: БИНОМ, 2002. – С. 144.
- 2 Образцова Г.И., Черемных Т.В., Ковалев Ю.Р. и др. Результаты суточного мониторинга артериального давления у детей и подростков с повышенным уровнем артериального давления при случайных измерениях // Артериальная гипертензия. – 2005. – Т. 11. № 1. – С. 20–25.
- 3 Акжол А. Фотогемотерапия в лечении и профилактике латентной аллергии // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 5 (107). – С. 25–28.
- 4 Акжол А. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике ОРВИ // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 5 (107). – С. 29–34.
- 5 Жуманкулова С.К. Рациональные методы лечения и профилактики ОРВИ, осложненной острым гайморитом // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 2 (104). – С. 21–26.
- 6 Сагатбекова С.С. Фотогемотерапия в комплексном лечении хламидиоза // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 2 (104). – С. 82–85.
- 7 Сагатбекова С.С. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике остроконечных кондилом // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 4 (106). – С. 39–43.
- 8 Жуманкулов М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. // Роль свободнорадикального окисления липидов в патогенезе некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. – 2008. № 3. – С. 20–22.
- 9 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический архив. – 2011. – № 02 (30). – С. 54.
- 10 Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. // Фотогемотерапия при стрессовой гипертонии // Терапевтический архив. – 2011. – № 02 (30) – С. 54–55.
- 11 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Еrsaханова Б.К. и др. // Квантовая гемотерапия в лечении бронхиальной астмы с сопутствующими ЛОР-заболеваниями // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области / Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 21–23.
- 12 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. // Экстракорпоральное лазерное облучение крови в комплексном лечении кохлеарного неврита // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области (Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 27.
- 13 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. // Аутоотрансфузия УФ-облученной крови в лечении сенсоневральной тугоухости // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области (Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 27–28.
- 14 Злотников К.Л. Лазер для гайморита // Женское здоровье. – 2004. – № 2. – С. 14–15.
- 15 Золотова Н.Б., Мазихина Д.А., Журавский С.Г. и др. // Слухоулучшающий эффект лазерной терапии при хронической сенсоневральной тугоухости на фоне сахарного диабета типа 2 // Оториноларингология – Бас, Мойын Хирургиясы. 2011. – № 1–2. – С. 109.

Тұжырым

Г.А. Аукенова

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ АЛДЫН АЛУ МЕН ЕМДЕУДЕГІ КВАНТТЫҚ ГЕМОТЕРАПИЯ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада балалық шақтан бастау алатын гипертонияны емдеудің қазіргі кешенді жолы көрсетілген. Сонымен бірге, қан тамыр ішіне лазерлі сәулеге түсіргенде гипертониясы бар ауруларда оң эффектті ықпал көрсетіп, нормалы қызу қалпына келіп, үрей және агрессияның деңгейін төмендетеді және спазмолитиялық қасиетке ие болады.

Summary

G.A. Aukanova

QUANTUM HEMOTHERAPY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF EMOTIONAL HYPERTENSION

(Review of literature)

In this review article shows a modern integrated approach to the treatment of hypertension, which dates back to childhood. And reflecting the positive effect of intravascular laser irradiation of blood in patients with hypertension, which restores a normal emotional background, reduces anxiety and aggression, and has antispasmodic properties.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.14-007.64

А.Б. МУХАМЕДЬЯРОВА

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

РАЦИОНАЛЬНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье отражена высокая эффективность эталонного флеботоники детралекса в лечении отеков и уменьшении выраженности симптомов ХЗВ.

Ключевые слова: варикозное расширение вен, женщины, генетически, плоскостопие, упражнения, ХЗВ, отек, боль, детралекс, флаваноиды.

Каждый десятый взрослый человек на Земле страдает варикозным расширением вен. Среди всех, кого рано или поздно постигают симптомы варикозного расширения вен, четверо из каждых пяти – представительницы слабого пола. И хотя не всем женщинам уготована эта участь, предпосылок к заболеванию у них гораздо больше, чем у мужчин. Причин много, но главные из них – гормональные перестройки, которые приводят к размягчению и ослаблению венозной стенки. Это происходит, прежде всего, во время беременности и родов и затем после 50 лет, когда наступает климакс.

В группу риска входят женщины, которые генетически предрасположены к этому заболеванию по материнской линии, и на них приходится 75%. Поэтому с очень большой долей вероятности можно прогнозировать появление таких проблем у этих дам.

Степень риска многократно увеличивается, если работа связана с нагрузками в вертикальном положении. Иными словами, с длительным стоянием на ногах, а еще хуже – если с грузом в руках. Поэтому, если женщины генетически предрасположены варикозной болезни, профессии учителя, продавца, парикмахера – не для них.

Среди людей, входящих в группу риска, женщины, занимающиеся некоторыми видами спорта. Сами по себе спортивные нагрузки угрозы для венозной системы не представляют, однако если они связаны с подъемом тяжести или длительными нагрузками на мышцы ног, то рано или поздно такие спортсменки становятся пациентками флебологов.

Часто этим заканчиваются и модные сегодня увлечения женским атлетизмом, бодибилдингом. Фактором риска, безусловно, является и неизбежное для многих наших женщин хождение с тяжелыми сумками и длительное стояние с ними.

Еще одна существенная причина появления варикозных узлов на ногах – ношение неудобной обуви. Впервые это выявили в США в 60-х годах, когда в связи с повальным увлечением молодежи обувью на шпильках резко увеличилось количество женщин, обращавшихся к врачам с жалобами на боли в ногах, отеки, другие признаки варикозного расширения вен. Медицинские исследования показали, что при ношении такой обуви перераспределяются нагрузки в ногах и увеличивается давление на венозную систему. Чтобы избежать неприятностей с венами, лучше всего носить обувь с каблуками не выше 4–5 сантиметров. Она должна быть удобной для ног и не вызывать напряжения мышц голени.

Еще один важный совет – проверить, нет ли у обследуемого плоскостопия. Даже небольшое уплощение стопы уже само по себе с течением времени может привести к образованию варикозных вен. Если у обследуемого обнаружено хотя бы минимальное плоскостопие, то обязательно необходимы супинаторы – стельки, которые нивелируют уплощение стопы. У подавляющего большинства женщин и боли, и отеки проходят только после того, как врач обращает внимание на уплощение стоп, подбирает необходимые им супинаторы, и они начинают их носить.

Естественно, людям, которым грозит варикозная болезнь, нужно быть особенно осмотрительными и соблюдать хотя бы элементарные меры предосторожности.

Несмотря на громкие успехи в области генетики, о которых сейчас много говорится в прессе, речь пока не идет о том, чтобы избавиться от своей генетической предрасположенности – все это пока еще из области научной фантастики. Тем не менее факторы, приводящие к варикозной болезни, можно свести к минимуму.

Во-первых, следует избегать статических нагрузок, особенно с тяжестью в руках. Необходимо время от времени давать ногам отдых – присесть или прилечь, а если есть возможность, то лежа поднять ноги выше уровня сердца. Еще лучше, чтобы они какое-то время были в вертикальном положении. А если такой возможности нет, то хотя бы походить – это можно делать даже на месте – или просто попереминаться с ноги на ногу. Это заставит работать мышцы ног, а они, как насосы, будут проталкивать кровь по сосудам, препятствуя ее застою и тем самым – появлению отеков.

Важным сигналом к тому, что пора делать такие променады, является симптом затекшей ноги – чувство «бегания мурашек». Во всяком случае, все это лучше делать не менее одного раза в час. Если приходится подолгу стоять, следует полностью отказаться от обуви на высоких каблуках.

Есть серия простых упражнений, которые помогут смягчить пагубное воздействие такой обуви на венозную систему. Необходимо снять туфли и походить босиком, по возможности как можно шире растопыривая пальцы ног. Пару-тройку раз сделать

приседания, а затем две-три минуты постоять на пятках, подложив под остальную ступню что-нибудь наподобие книги средней толщины. То есть очень полезно, чтобы на какое-то время ступня была несколько выше, чем пятка – так создается своеобразный эффект, обратный ношению обуви на высоком каблуке. Всем без исключения для профилактики рекомендуется делать ногам контрастный душ. Очень полезно, когда вода с большим напором действует на голени и на стопы с переменной температурой – от прохладной до горячей. В течение трех-четырех минут такой гидротерапии температура воды должна смещаться в сторону низкой, и заканчивать процедуру надо именно холодной водой. После этого следует насухо вытереть ноги.

Как было сказано выше, отек часто является ранним признаком значительной задержки жидкости, который может привести к осложнениям. Обычно он ассоциирован с симптомами хронического заболевания вен (ХЗВ).

Отек нижних конечностей – это не болезнь как таковая, но он может сопровождать ряд заболеваний. Важно установить причины отека, поскольку они будут определять последующее лечение. Как правило, причины отека нижних конечностей выясняются в ходе клинического обследования пациента. На приеме у пациента следует выяснить детальный анамнез; установить, является ли отек острым или хроническим; провести поиск возможных провоцирующих факторов. Для подтверждения диагноза венозного отека при клиническом обследовании следует исключать отеки, связанные с другой патологией; проверить, является ли отек изолированным или диффузным, болезненным или нет; определить его консистенцию; наличие сыпи аллергического генеза (позволяющей предположить отек Квинке), серозного выпота (брюшины, плевры), признаков тромбоэмболических заболеваний или клинических признаков заболевания внутренних органов (сердца, почек, печени).

Отек, связанный с ХЗВ носит спорадический характер, является одно- или двусторонним, не имеет воспалительного компонента (кожа ног белого цвета, а не красного), ограничивается областью голени, но может также захватывать стопы и лодыжки (не пальцы), увеличивается при повышении температуры окружающей среды, приеме гормональных препаратов, длительном положении стоя или сидя, но уменьшается при отдыхе или ходьбе. При осмотре венозный отек изначально появляется в области лодыжки; его интенсивность варьирует (как правило, отек усиливается в течение дня, а затем исчезает после длительного пребывания в положении лежа с приподнятыми ногами).

Когда отек становится хроническим, могут развиваться утолщение кожи и лимфедема. Нередко при тяжелых стадиях ХЗВ наблюдаются и венозный, и лимфатический отеки. Сочетание отеков с варикозным расширением вен, телеангиэктазиями на лодыжках, бурым дерматитом, белой атрофией, липодерматосклерозом, экземой или трофическими язвами нижних конечностей говорит о венозном происхождении отека.

С другой стороны, венозные отеки часто сопровождаются, такими симптомами, как боль, тяжесть, ощущение распирания, напряжения, усталости ног, причины которого, как полагают, связаны с отеком, сдавливающим нервные окончания кожи.

Отек, связанный с ХЗВ, может быть оценен с помощью измерения окружности лодыжки либо объема нижней конечности. Окружность лодыжки должна измеряться на одной и той же высоте, чтобы избежать артефактов, что стало возможно благодаря использованию приспособления Leg-o-Meter [1]. Метод вытеснения воды считается наиболее ценным для оценки объема отека, но он занимает много времени, и его применение в условиях клинической практики и в исследовании затруднено [2]. Объем нижней конечности может быть рассчитан косвенным путем при использовании дис-

ковой модели [3]. Серии измерений окружности лодыжки и голени используются для расчета объема каждого сечения в миллиметрах. Сумма объемов дисков обеспечивает оценку общего объема нижней конечности [2].

Следует также учитывать выраженность симптомов и их влияние на качество жизни пациентов с отеками. Для оценки симптомов любого заболевания, в том числе ХЗВ [4], широко используется 10-сантиметровая визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Дополнением к ВАШ и классификации ХЗВ CEAP (clinical, etiological, anatomical, pathophysiological classification) служит шкала оценки общего клинического счета (ОКС) (VCSS – Venous Clinical Severity Score). Она включает 10 признаков ХЗВ, которые служат для оценки симптомов и динамики лечения. Выраженность каждого из них оценивается по шкале от 0 до 3. Признаки включают боль, отек и воспаление. Сумма результатов, полученных для каждого пункта, составляет суммарный балл ОКС, который колеблется от 0 до 30 [5]. Чтобы оценить результат лечения в полной мере, следует получать информацию от врача, пациента и статистические данные. Это понятие лежит в основе качества оказания медицинской помощи и качества жизни пациента. Широко используемым и хорошо проверенным инструментом для такой оценки является вопросник CIVIQ-20, который со временем был адаптирован и теперь доступен на 13 языках. CIVIQ-20 включает оценку болевого синдрома, а также физического, психологического и социального благополучия [6].

Средств, которые бы могли на сто процентов уберечь человека от варикозного расширения вен, никто в мире пока еще не придумал. Тем не менее есть препараты, которые укрепляют сосуды, и вены в том числе, – это поливитамины, содержащие витамины А и С. Кроме того, в последние годы создано очень много препаратов, которые тонизируют венозные стенки и укрепляют их – насколько это можно сделать с помощью лекарственных средств. Эти препараты называются флеботониками, которые прекрасно зарекомендовали себя в борьбе с венозным отеком.

Во всем мире считается, что лучше всего из лекарств такого типа зарекомендовал себя детралекс.

Микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ) (детралекс) является единственным пероральным флавоноидным препаратом с хорошо доказанными венопротективными свойствами. Он на 90% состоит из микронизированного диосмина и на 10% из других флавоноидов (гесперидина, диосметина, линарина и изорхеофоллина) [7]. Микронизация диосмина до частиц диаметром меньше 2 мкм улучшает абсорбцию детралекса [8].

Детралекс достоверно снижает проницаемость капилляров [9–11], что приводит к уменьшению отека, продемонстрированного в нескольких исследованиях [9–10], а также к потере веса (1,5 кг) и уменьшению ощущения распирания [9]. Кроме того, при приеме детралекса увеличивается стабильность капилляров (уменьшение спонтанных кровоподтеков, носовых кровотечений, пурпур, петехий, кровоточивости десен, геморагии и кровоизлияний в конъюнктиву), что было показано в другом исследовании [11]. Эти важные свойства стали причиной выбора детралекса для дальнейших исследований. В дальнейших исследованиях ученых с применением различных методов количественной оценки отеков ног также была продемонстрирована высокая эффективность детралекса [12–14]. Что также показывают наши наблюдения и применение детралекса у больных с ХЗВ. У них очень удобная форма приема. И тем, у кого есть предрасположенность к варикозной болезни, и тем, у кого уже появились ее симптомы, нужно принимать по одной таблетке два раза в день. Детралекс принимается курсами по одному месяцу один-два раза в год. Однако не надо забывать, что это – медикамент, и к нему

могут быть противопоказания. Поэтому, перед тем, как начать их прием, необходима консультация специалиста.

Таким образом, детралекс является единственным пероральным флавоноидным препаратом с хорошо доказанными венопротективными свойствами. Он удобен в применении и безопасен, что позволяет применять его и беременным женщинам, и кормящим матерям.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Berard A., Kurz X., Zuccarelli F., Ducros J.J., Abenhaim L. Reliability study of the Leg-O-Meter, an improved tape measure device, in patients with chronic venous insufficiency of the leg. VEINES Group. (Venous Insufficiency Epidemiologic and Economic Study) // *Angiology*. – 1998. – N 49. – P. 169–173.
- 2 Brodovicz K.G., Mc. Naughton /K., Uemura N. et al. Reliability and feasibility of methods to quantitatively assess peripheral edema // *Clin Med Res*. – 2009. – N 7. – P. 21–31.
- 3 Latchford S., Casley-Smith J.R. Estimating limb volumes and alterations in peripheral edema from circumferences measured at different intervals // *Lymphology*. – 1997. – N 30. – P. 161–164.
- 4 Huskisson E.C. Measurement of pain // *Lancet*. – 1974. – N 2. – P. 1127–1131.
- 5 Rutherford R.B., Padberg F.T.Jr., Comerota A.J. et al. American Venous Forum's Ad Hoc Committee on Venous Outcomes Assessment. Venous severity scoring: An adjunct to venous outcome assessment // *J. Vase Surg*. – 2000. – N 31. – P. 1307–1312.
- 6 Launois R., Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ) // *Qual Life Res*. – 1996. – N 5. – P. 539–554.
- 7 Paysant J., Sansilvestri-Morel P., Bouskela E., Verbeuren T.J. Different flavonoids present in the micronized purified flavonoid fraction (Daflon 500 mg) contribute to its antihyper-permeability effect in the hamster cheek pouch microcirculation // *Int Angiol*. – 2003. – N 27. – P. 81–85.
- 8 Gamer R.C., Garner J.V., Gregory S. et al. Comparison of the absorption of micronized (Daflon 500 mg) and nonmicronized 14C-diostem tablets after oral administration to healthy volunteers by accelerator mass spectrometry and liquid scintillation // *J. Pharm Sci*. – 2002. – N 91. – P. 32–40.
- 9 Behar A., Lagrue G., Cohen-Bucsa F. et al. Study of capillary filtration by double labelling 1131-albumin and Tc99m red cells Application to the pharmacodynamic activity of Daflon 500 mg // *Int Angiol*. – 1988. – N 7. – P. 35–38.
- 10 Cesarone M.R., Laurora G., De Sanctis M.T. et al. Capillary filtration and ankle edema in patients with venous hypertension: effects of Daflon // *Angiology*. – 1993. – N 44. – P. 57–61.
- 11 Galley P., Thiollet M. A double-blind, placebo-controlled trial of a new venoactive Savonoid fraction (S 5682) in the treatment of symptomatic capillary fragility // *Int Angiol*. – 1993. – N 12. – P. 53–72.
- 12 Chassignote J-F., Amiel M., Lanfranchi G. et al. Acrvfts therapeutique de Daflon 500 mg dans l'insuffisance veineuse fonctionnelle [in French] // *J. Int Med*. – 1987. – N 99. – P. 32–37.
- 13 Laurent R., Gilly R., Fnloux C. Clinical evaluation of a venotropic drug in man Example of Daflon 500 mg // *Int Angiol*. – 1988. – N 7. – P. 34–43.
- 14 Blume J., Langenbahn H., de Champvallins M. Quantification of oedema using the volumeter technique: therapeutic application of DAFLON 500 mg in chronic venous insufficiency // *Phlebology*. – 1992. – (suppl 2). – P. 37–40.

Тұжырым

А.Б. Мухамедьярова

КӨКТАМЫР СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫНЫҢ (КСА)
ПРОФИЛАКТИКАСЫ МЕН ТИІМДІ КОНСЕРВАТИВТІ ТЕРАПИЯСЫ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада Детралекс эталондық флеботоникасының көктамырдың созылмалы ауруында (КСА) кездесетін ісінуді емдеу мен оның өзге де симптомдарын басудағы ерекше тиімділігі баяндалған.

Summary

A.B. Mukhamedyarova

RATIONAL CONSERVATIVE THERAPY AND PREVENTION OF CHRONIC VENOUS DISEASE

(Review of literature)

This article reflects the high efficiency of the reference flebotonika Detralex the treatment of edema and reduce symptoms of chronic venous disease.

**Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)**

УДК 616.1

С.Д. МОЛДАБАЕВА

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОЙ ГИПЕРТОНИИ (Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье показаны особенности женской гипертонии и эффективность использования в лечении и профилактике данного заболевания квантовой гемотерапии.

Ключевые слова: женская гипертония, гормоны, эстрогены, соленая пища, фолиевая кислота, сердце, сосуды, физическая активность, вес, АУФОК, ВЛОК, эмоции, стресс.

Согласно последним исследованиям ученых, гипертония у женщин имеет свои особенности. Есть такие формы, которые, в принципе, невозможны у мужчин. Имеется в виду гипертония беременных и климактерического периода. Также гипертония – это чаще всего женская проблема. Две трети страдающих этим недугом – представительницы прекрасного пола.

У женщин заболевание протекает значительно тяжелее. Выше показатели артериального давления, чаще появляются болезненные ощущения. У них гипертония нередко сосуществует вместе с другими недугами, создавая целый букет заболеваний. Там могут быть и диабет, и ожирение, и варикозное расширение вен, и нарушения липидного обмена [1–7]. Все это затрудняет эффективность лечения.

В последнее время жизнь женщины и ее положение в обществе очень изменились. На ее плечи легли те обязанности, которые для нее не характерны. Отсюда – напряжение, перегрузки, стресс. А это отнюдь не улучшает здоровье и не понижает давление.

И наконец, женская гипертония причиняет больше неприятностей. Дамы чаще сталкиваются с ее нежелательными последствиями. Например, у них быстрее развивается жесткость сосудов, увеличение размеров и массы сердца [8–13]. Что нередко приводит к инсульту или сердечной недостаточности. Все дело – в гормонах. Так уж устроен женский организм, что эстрогены защищают женщин от серьезных проблем с сердцем и сосудами в молодом возрасте. А когда их защитное действие снимается, гипертония начинает проявляться с большой частотой. Раньше на женщин в этом плане обращали мало внимания. Группой риска по заболеваниям сердца и сосудов традиционно считаются мужчины. Они больше болеют, у них сердечные проблемы чаще приводят к печальным последствиям, поэтому все внимание – на них.

К тому же такое отношение отчасти было обусловлено исторической ситуацией. После Второй мировой войны мужчин было гораздо меньше. Чтобы «сохранить этот вид в природе», нужно было действовать активно. Так и делали. Проводили исследования, создавали программы по профилактике и лечению сердечных болезней. В результате ситуация улучшилась. Но, как оказалось, только у мужчин. У женщин все было гораздо сложнее: в большинстве случаев существенных изменений не наблюдалось. Но интересный факт: у пожилых положение было несколько лучше, чем у молодых.

Стратегический вывод: к лечению и профилактике гипертонии у женщин нужны особые подходы. Прежде всего, это диета. Удивительно, как наши женщины не серьезно относятся к своему питанию. А между тем правильно подобранный рацион в четыре раза сокращает шансы заболеваний сердца и сосудов. И надо совсем немного: сократить потребление мяса, увеличить количество рыбы, есть побольше овощей и фруктов. А сладостей, десертов и пирожных – поменьше. И самое главное – уменьшить количество потребляемой соли. Женщины чаще всего сталкиваются с солечувствительной гипертонией. Отказ от соленой пищи может принципиально изменить ситуацию. Необходимо убрать солонку со стола и забыть о ней.

Согласно последним данным американских ученых, в рационе должно быть достаточно продуктов, включающих фолиевую кислоту. Этот витамин имеет уникальную способность снижать артериальное давление. Поэтому шпинат, лук, салат и другая зелень всегда должны быть на столе.

Но фолиевая кислота также содержится в печени, почках и мясе. Поэтому совсем переходить на вегетарианское питание все же не стоит.

Важно, что у женщин, в рационе которых содержится большое количество фолиевой кислоты, реже развивается гипертония. Это нужно знать тем, у кого родственники сталкивались с гипертонией. Это может помочь уберечь детей от этого недуга.

Необходимо прекратить курить. Для женщины сигареты гораздо вреднее, чем для мужчины. Даже если она выкуривает от 4 до 7 штук в день, это в 4–5 раз повышает риск возникновения тромбоза. А если она курит больше, что чаще всего и происходит, то картина становится еще более безрадостной.

Многие современные дамы считают, что легкие сорта табака менее вредны. Поэтому они со спокойной совестью курят облегченные сигареты. На самом деле это большое заблуждение. Табак одинаково вреден для женского организма в целом и для сердца и сосудов в частности.

Не стоит забывать о физической активности. Ходьба, тренажеры, бассейн – выбирать нужно то, что по душе. Главное в этом деле – регулярность. Если заниматься 30–45 минут в день три раза в неделю, эффект будет впечатляющим. Такие разминки удлиняют жизнь женщины в среднем на семь лет. А давление снижают на 3–4 мм рт. ст. На первый взгляд небольшой показатель, но он позволяет уменьшить риск инсульта на 20%.

И, конечно, женщине нужно следить за своей фигурой. Женская гипертония очень часто бывает на фоне лишнего веса. Особенно это актуально для дам среднего и старшего возраста. Нужно стараться поменьше есть – это самый действенный способ похудеть.

Также необходимо помнить, что каждое съеденное пирожное 2 минуты находится во рту, 30 минут – в желудке и всю жизнь – на бедрах. Конечно, похудеть бывает очень трудно. Не каждая из женщин находит в себе силы отказаться от сладкого и жирного. Ведь по закону подлости эти блюда самые вкусные.

Сейчас существуют различные способы, в том числе используются и лекарственные препараты. Их действие направлено на неприятие жирной пищи и расщепление жиров. Они эффективно снижают вес. Но к их выбору нужно подходить со всей серьезностью и только после консультации с врачом. Особых отличий в лечении гипертонии у женщин нет. Принципы одинаковые. Это контроль за давлением с помощью лекарственных препаратов. Нормальные показатели – не более 140 и 90 мм рт. ст. Для тех, кто имеет сахарный диабет, – не более 130 и 90. Именно к таким цифрам и нужно стремиться.

В последнее время изменились подходы к лечению гипертонии. Сейчас для этого используется сразу несколько препаратов. Это позволяет быстро и существенно снизить артериальное давление, а значит, и улучшить состояние гипертоника.

Для тех, кого пугает большое количество таблеток, существуют комбинированные формы. То есть несколько лекарственных веществ соединены в одном препарате. Как правило, это лекарства пролонгированного действия, то есть их нужно принимать только 1–2 раза в день.

Давление может как повышаться, так и понижаться в зависимости от разных условий, в том числе эмоционально-стрессовых ситуаций, что зачастую и бывает в наше время.

А, как известно, женщины эмоционально-лабильны, поэтому АД у них повышается даже при самом незначительном стрессе. Эмоциональное перенапряжение, переутомление и даже обычное недосыпание могут стать причинами гипертонической скачки. При этом прекрасные результаты дает аутоотрансфузия УФ-облученной крови (АУФОК) и внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК).

К настоящему времени у нас накоплен убедительный положительный клинический опыт применения АУФОК.

Доказано и наблюдается при различных заболеваниях: стимуляция факторов неспецифической защиты и иммунитета, антигипоксический, вазодилаторные эффекты, улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции, стимуляция пролиферативных процессов – гемопоэза и регенерации, активация процессов обмена и коррекция свободнорадикальных процессов, бактерицидный эффект [14–16].

Улучшения вышеперечисленных факторов после АУФОК благоприятно действуют на функциональное состояние вегетативной нервной системы.

Кроме АУФОК в лечении стрессовых ситуаций используют внутривенное лазерное облучение крови – ВЛОК. Британские ученые совсем недавно доказали, что внутривенное лазерное облучение крови прекрасно сказывается не только на самочувствии, но и на настроении. Такой вывод был сделан после наблюдения за авиадиспетчерами, которым в течение нескольких дней проводили кратковременные сеансы ВЛОК. После первых же процедур было отмечено восстановление нормального эмоционального фона, снижение уровня тревоги и агрессии. После этого ВЛОК стало считаться универсальным средством, в том числе и от депрессии [17–20]. Кроме того, ВЛОК расширяет кровеносные сосуды, что подтверждают наши наблюдения и многолетний опыт применения АУФОК и ВЛОК в лечении различных заболеваний, в том числе и при артериальной гипертензии.

Необходимо также помнить, что ни в коем случае не следует самостоятельно прекращать лечение, даже если больной кажется, что все в порядке и чувствует себя замечательно. Все изменения в выборе лекарств, режиме их приема следует предпринимать, только посоветовавшись с врачом. Причем делать это нужно регулярно. Так как жизнь идет, что-то меняется и лечение нужно постоянно корректировать. Например,

банальная простуда или грипп. Если это произошло, то возможно ухудшение заболевания. Избежать этого можно – нужно постоянно держать лечащего врача в курсе.

От гипертонии нельзя избавиться раз и навсегда. Можно не допустить ухудшения и даже улучшить самочувствие. Успешное лечение – это регулярный контроль и прием препаратов. Это живой процесс. Он требует к себе постоянного внимания. Курсового лечения гипертонии быть не может. Относиться к этому надо спокойно и с пониманием.

В заключение хочется сказать, что лечиться стоит не для того, чтобы не быть больной, а для того, чтобы быть здоровой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Жуманкулова М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. Роль свободнорадикального окисления липидов в патогенезе некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 20–22.
- 2 Субботина И.В. Современные аспекты антигипертензивной терапии у пожилых // Терапевтический вестник. – 2011. – № 2 (30) – С. 86–88.
- 3 Шестакова М.В. Артериальная гипертензия при сахарном диабете: эпидемиология, патогенез и стандарты лечения. Эндокринологический научный центр РАМН. М. // Consiliummedicum. – 2001. – Т. 3. – С. 2–5.
- 4 Глезер М.Г. Артериальная гипертензия и сахарный диабет // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 6, № 5. – С. 432–436.
- 5 Кремец К. Антигипертензивная терапия при сахарном диабете // Практическая ангиология. – 2005. – № 2. – С. 3–5.
- 6 Карнов Ю.А. Предупреждение макрососудистых осложнений у больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией. – Москва, 2008. – С. 220.
- 7 Атарбаева В.Ш., Аширова Д.А., Исабекова А.Х. и др. Артериальная гипертензия и сахарный диабет – глобальная проблема здравоохранения // Терапевтический вестник – 2011. – № 2 (30) – С. 13–15.
- 8 Всероссийское научное общество кардиологов. Профилактика диагностика и лечение артериальной гипертензии // Российские рекомендации. – М., 2008. – С. 5–8.
- 9 Капелько В.И. Сократительная функция миокарда при артериальной гипертензии // Кардиология. – 2006. – № 4. – С. 20–25.
- 10 Кобалава Ж.Д. Непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертензией: клинические ассоциации и особенности ремоделирования // Кардиология. – 2008. – № 11. – С. 19–29.
- 11 Kannel W.B. Hypertension: reflections on risks and prognostication Medical Clinics of North America. – 2009. – 93 (3). – P. 541–58.
- 12 Devereux R.B., de Simone G., Ganau A., Koren M.J., Mensah G.A., Womam M.J. Left ventricular hypertrophy and hypertension // Clinical and Experimental Hypertension. – 1993. – N 15 (6). – P. 1025–32.
- 13 Schwab J., Schneider M.P., Pauschinger M., Schmieder R.E. Hypertension and diastolic dysfunction // Munchener medizinische Wochenschrift Fortschritte der Medizin. – 2009. – N 151 (23). – P. 41–3.
- 14 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический архив. – 2011. – № 2 (30). – С. 54.
- 15 Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. Фотогемотерапия при стрессовой гипертонии // Терапевтический архив. – 2011. – № 2 (30). – С. 54–55.
- 16 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Аутоотрансфузия облученной крови в лечении сенсоневральной тугоухости // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении области / Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 27–28.

17 Жуманкулов М.С., Иманалиев Е.Е., Ерсаханова Б.К. и др. Квантовая гемотерапия лечения бронхиальной астмы с сопутствующими ЛОР-заболеваниями // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении области / Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 21–23.

18 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Экстракорпоральное лазерное облучение крови в комплексном лечении кохлеарного неврита // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области / Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 27.

19 Злотников К.Л. Лазер для гайморита // Женское здоровье. – 2004. – № 2. – С. 14–15.

20 Золотова Н.Б., Мазихина Д.А., Журавский С.Г. и др. Слухоулучшающий эффект лазерной терапии при хронической сенсоневральной тугоухости на фоне сахарного диабета типа 2 // Оториноларингология – Бас, мойынхирургиясы. – 2011. – № 1–2. – С. 109.

Тұжырым

С.Д. Молдабаева

ӘЙЕЛ ГИПЕРТОНИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада әйел гипертониясының ерекшелігі және оны емдеу мен профилактикасында кванттық кан терапиясын қолданудың тиімділігі көрсетілген.

Summary

S.D. Moldabaeva

ESPECIALLY WOMEN'S HYPERTENSION

(Review of literature)

In this review article shows the features of women's blood pressure and efficiency in the treatment and prevention of this disease quantum hemotherapy.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.1

А.О. КЕРИМБЕКОВ

Областной физкультурный диспансер, г. Талдықорган

ИНСУЛЬТ У ЖЕНЩИН

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье показаны особенности женского организма и причины, приводящие к инсульту, а также пути профилактики, предотвращающие столь грозное заболевание.

Ключевые слова: инсульт, женщины, эмоции, стрессы, лазерное облучение крови, мигрень, сон, гормоны, образ жизни, Омега-3, физические нагрузки, холестерин, фенилпропаноламин.

Чаще всего инсульт бывает у женщин. Этому способствует особенности ее организма. Действительно, существует зависимость между инсультом и особенностями женского организма. Важнейшим фактором риска развития инсульта у женщин являет-

ся повышенный уровень холестерина, который приводит к атеросклерозу и, как следствие, – инсульту [1, 2]. Известно, что женские половые гормоны – эстрогены защищают сосуды. Также известно, что после менопаузы риск развития инсульта у женщин увеличивается. В этот период значительно снижается выработка женских половых гормонов, и женщина оказывается мало защищенной. В связи с этим женщины моложе пятидесяти лет инсультом болеют в три раза меньше, нежели мужчины [2].

Однако, минуя пятидесятилетний рубеж, женщины «догоняют» мужчин по заболеваемости инсультом. В некоторых случаях гормональная перестройка приводит к абсолютной незащищенности организма женщины перед холестерином. При этом инсульт развивается активнее у женщин, чем у представителей сильного пола. Поэтому женщинам после пятидесяти лет необходимо строго заботиться о своем здоровье [3].

Одной из особенностей женского организма является ее большая, чем у мужчин, эмоциональность. Это связано с особенностями работы их организма. А вот склонность женщин к быстрым перепадам настроения в ряде случаев свидетельствует о проблемах со здоровьем. Это могут быть неполадки в работе эндокринной или иммунной системы. При этом излишняя эмоциональность и инсульт не являются причиной и следствием. Они могут быть проявлением одной проблемы. Существует мнение, что женская эмоциональность, напротив, помогает быстро избавиться от стресса, что оберегает сердце [4, 5].

Однако эмоциональность в данной ситуации зависит не от пола, а типа личности. Замкнутым в себе людям сложно справиться со стрессом. Дело в том, что негативные эмоции способствуют выработке особых веществ, которые поднимают артериальное давление и вызывают тревогу [5]. Это приводит к дополнительному выбросу данных веществ, подъему артериального давления и беспокойству. Получается замкнутый круг. Общительные и открытые люди могут прервать его, «выпрыснув» свои негативные эмоции. Конечно, кратковременный стресс не способен привести к серьезным осложнениям. А вот при хронических стрессах замкнутым людям приходится труднее всего [6]. При этом хорошие результаты дает лазерное облучение крови [7, 8].

У женщин есть болезни, которые приводят к инсульту. Такой причиной может быть мигрень. К таким головным болям могут привести гормональные изменения в женском организме.

Мигрень может быть спровоцирована разными причинами. И стрессом, и большими физическими нагрузками, и недосыпанием, и даже пребыванием в одном положении в течение длительного времени [9]. Например, за монитором компьютера. Как ни странно, сюда же можно отнести острую и соленую пищу, а также сильный шум, резкие вспышки света и острые запахи.

Как было сказано выше, фактором риска является недосыпание. По этому поводу американские исследователи обнародовали любопытное исследование. Они считают, что недостаток сна влияет на риск инсульта гораздо больше, чем традиционные факторы риска – избыточный вес, курение и высокое давление. Особенно рискуют те, кто спит менее шести часов в сутки. В этом случае возможность получить такой удар возрастает в четыре раза.

Эксперты понимают, что ночной сон должен длиться не меньше 7–8 часов. И не стоит «тренировать» свой организм, пытаясь сократить это время даже ради таких высоких целей, как работа или уход за ребенком. Рано или поздно хронический недосып оборачивается серьезными проблемами со здоровьем.

Помимо мигрени женщины склонны к болезни щитовидной железы. По непонятным причинам иммунная система начинает воспринимать клетки этого органа как чужеродные и атакует их. Возникает хроническое воспаление. Нередко происходит повышенный выброс гормонов щитовидной железы. Они приводят к повышению адреналина в крови и, как следствие, артериального давления. В некоторых случаях развивается мерцательная аритмия. Все эти сложные процессы в конечном счете могут привести к инсульту.

Кроме того, ученые не рекомендуют женщинам использовать гормональные контрацептивы при наличии у них факторов риска. К ним относятся курение, мигрень, повышенное артериальное давление, тромбоз вен – все это веские аргументы против назначения подобных медикаментов.

Никакого более эффективного средства, чем здоровый образ жизни, современная наука не придумала. Причем львиная доля в здоровом образе жизни принадлежит правильному питанию. Нужно пересмотреть свой рацион: ограничить употребление насыщенных жиров и одновременно увеличить поступление в организм ненасыщенных. Прежде всего жирных кислот класса Омега-3.

Они имеются в рыбьем жире. Два грамма рыбьего жира в сутки помогают предотвратить сердечные заболевания. Результаты мировых исследований показывают, что кислоты Омега-3, содержащиеся в жире глубоководных рыб, при регулярном употреблении способствуют снижению уровня холестерина и его «плохих» фракций, предотвращают тромбообразование и формирование атеросклеротических бляшек на стенках сосудов, надежно защищая женщин от развития сердечно-сосудистых катастроф. Экологическая ситуация и загрязнение водной среды не позволяют на сегодняшний день быть уверенными на 100% в качестве морской рыбы. В связи с этим зарубежные ученые рекомендуют принимать рыбий жир в виде добавки к рациону постоянно.

Рыбий жир «янтарная капля» – это 100%-ный рыбий жир и лучшая профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. «Янтарная капля» соответствует стандартам экологической чистоты и безопасности, содержит достаточное количество Омега-3. Выпускается в капсулах и жидком виде, доступен в цене.

Снизить потребление поваренной соли. Количество «съеденных» за сутки калорий не должно превышать 2 тысяч. Отказаться от чрезмерного употребления алкоголя и курения. Никотин делает холестерин крайне агрессивным и ускоряет «закупорку» сосудов.

И, конечно же, нужно заниматься спортом. Активные физические нагрузки способствуют расщеплению холестерина. При регулярных физических упражнениях он используется в качестве энергии и сгорает в топке работающих мышц. Только подобная планомерная работа над собой и своими пагубными привычками может привести к результату [10, 11].

Кроме болезней, приводящих к инсульту у женщин, особенно молодых, предрасполагающим фактором является фенилпропаноламин [12].

В последние годы Федеральное ведомство США по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами запретило большой список препаратов, которыми активно пользовались как американцы, так и граждане других стран. Эти лекарства можно было купить как по рецептам врачей, так и без них.

Эксперты Федерального ведомства пришли к заключению, что нужно немедленно изъять из употребления все препараты, содержащие химическое вещество фенилпропаноламин. Оно входит в состав 400 различных лекарств [12].

Выяснилось, что фенилпропаноламин предрасполагает к возникновению инсультов у молодых женщин. Его содержат многие лекарственные средства «для похудения» и препараты для лечения простуды.

Это в первую очередь акурим и дексатрим и многочисленные их производные. В настоящее время их активно потребляют женщины, которые стремятся похудеть, не меняя своих привычек и образа жизни.

Во второй группе – многочисленные варианты лекарственных средств от простуды: алка-зельцер, компрекс, контакт, тавис. Эти лекарства использовались много лет, но об их опасности никто не предполагал и многие к ним привыкли. В действительности же фенилпропаноламин широко используется в фармакологической промышленности. Его стаж составляет уже более 50 лет, и репутация была безупречной.

Однако совсем недавно закончились многолетние исследования, которые провели сотрудники Йельского университета. Они обследовали женщин от 18 до 49 лет, принимавших длительное время лекарственные препараты, подавляющие аппетит и содержавшие фенилпропаноламин. И оказалось, что у этих женщин в 15 раз чаще, чем у сверстниц, не стремившихся похудеть, возникали геморрагические инсульты [12].

У женщин, принимавших препараты с фенилпропаноламином в течение короткого времени, частота инсультов возрастала в три раза [12]. На основании этих данных комитет экспертов и принял решение запретить производство использования «опасных лекарств».

Кроме того, эксперты Федерального ведомства представили еще результаты своих собственных расследований за несколько лет. Это были 44 истории болезни женщин со средним возрастом 35 лет, пострадавших от геморрагического инсульта [12]. Женщины стремились принимать лекарства, содержащие фенилпропаноламин для того, чтобы похудеть.

В заключение хочется напомнить слова доктора Чарльза Генгля, руководителя отдела лекарств, продающихся без рецепта: «Мы не знаем, почему это вещество вызывает такие последствия, почему оно действует только на женщин. Мы понимаем, что такие катастрофические последствия случаются редко. Но как бы они ни были редки, мы не можем с ними смириться, а потому наше решение относительно запрещения препаратов окончательно!»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Моргунов В.А. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М., 1997. – С. 288.
- 2 Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики // Краткое руководство для врачей // Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. – М., 2002. – 208 с.
- 3 Волков В.С., Виноградов В.Ф., Петрухин И.С. Основные факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среди взрослого населения Тверской области // Материалы I Всероссийской конференции. Профилактическая кардиология. – М., 22–24 марта 2007. – С. 16–17.
- 4 Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 1. – С. 5–9.
- 5 Всероссийское научное общество кардиологов. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации. – М., 2008. – С. 5–8.
- 6 Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. №3. – С. 111–120.
- 7 Болезни нервной системы // Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – 3-е изд., 2003. – С. 477.

8 Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. Фотогемотерапия при стрессовой гипертензии // Терапевтический вестник. – 2011. – № 2 (30). – С. 54–55.

9 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический вестник. – 2011. – № 2 (30). – С. 54.

10 Небридзе Д.В., Органов Р.Г. Гиперактивность нервной системы: клиническое значение и перспективы коррекций // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3. – С. 94–99.

11 Аденова М.К. Современные корригирующие технологии восстановительного лечения у больных вегетососудистой дистонией // Здоровье и болезнь. – 2011. – № 6 (101). – С. 49–51.

12 Жуманкулов М.С., Куатбекова Г.А., Садыкова Д.Б. и др. Инсульт у молодых женщин // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранении области / Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной) 16 сентября 2011 года. – С. 19–20.

Тұжырым

А.О. Керимбеков

ЭЙЕЛДЕР ИНСУЛЬТІ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада әйел организмнің ерекшелігі және оны инсультке итермелейтін себептер, сонымен қатар осы қаһарлы аурудың профилактикасы мен оның алдын алу жолдары көрсетілген.

Summary

А.О. Kerimbekov

STROKE IN WOMEN

(Review of literature)

In this paper shows the features of the female body and the factors that lead to stroke, as well as ways to prevent such a terrible disease.

Здоровье и болезнь 2013, № 3 (111)

УДК 616.31

Ш.М. АКАШЕВА

«Стомасервис», г. Талдықорган

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У БЕРЕМЕННЫХ

Аннотация. В статье предоставлены рекомендации по ранней диагностике кариеса зубов у беременных, в частности о необходимости регулярного проведения реминерализующей терапии.

Ключевые слова: пульпит, периодонтит, пародонт, поливитаминные препараты, минеральные добавки.

Как известно, беременность – естественный физиологический процесс, который не должен оказывать отрицательного влияния на организм. Но, к сожалению, в силу различных причин состояние зубов в этот период все-таки ухудшается. Тошнота, рвота, изменение пищевых пристрастий и ухудшение аппетита приводят к нехватке кальция, необходимого для плода, и будущий малыш начинает добывать его в ущерб

здоровью зубов собственной мамы [1]. К моменту беременности могут сформироваться кариозные полости опасные для беременной не только тем, что довольно серьезно испорчены сами зубы, но и тем, что они – источник хронической инфекции, которая может негативно сказаться на течении беременности и развитии ребенка.

Профилактику кариеса следует начинать уже в антенатальном периоде (во время внутриутробного развития плода), так как резистентность зубов к этому периоду, согласно исследованиям, формируется в антенатальном и постнатальном (после рождения плода) периодах. Нарушение структуры зубов и развитие впоследствии в них кариеса тесно связаны сотягощённым акушерским анамнезом, в том числе и с заболеваниями зубочелюстной системы матери. Недостаток кальция, активация микробов на фоне снижения иммунитета, изменение состава слюны приводят к кариозному поражению зубов [2]. Кариес и его осложнения (пульпит, периодонтит) способны доставить много неприятностей будущей маме. Кроме того, наличие кариеса у матери означает наличие его и у ребенка. Близкий контакт мамы и малыша на первых месяцах жизни приводит к инфицированию ребенка материнскими микробами, вызывающими кариес, что приводит к тому, что уже на первых прорезывающихся зубах появляется кариес. Наличие у беременных кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), болезней пародонта, слизистой оболочки полости рта, являющихся первичными очагами инфекции, создает условия для инфицирования плода, тяжелых родовых и послеродовых осложнений, способствуют развитию аномалий зубов и зубочелюстной системы у детей.

Известно, что при физиологическом течении беременности распространенность кариеса составляет 91,4%, заболевания пародонта встречаются в 90% случаев, поражения ранее здоровых зубов преимущественно с острым течением кариозного процесса – у 38% пациенток. Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали встречается у 79% беременных, при этом интенсивность прироста кариеса составляет 0,83% [3]. Клинической особенностью течения кариозного процесса у беременных женщин является быстрое его распространение не только по периферии, но и в глубину тканей зуба, что в короткие сроки приводит к развитию осложненного кариеса. К концу второй половины беременности поражение тканей пародонта составляет 100%. Здоровье матери во время беременности влияет на развитие зубов ребенка особенно в период 6–7-й недели, когда начинается процесс закладки зубов [4].

Выделяют группу факторов, действие которых нарушает полноценное формирование зубочелюстной системы. К ним относятся:

1. Наличие экстрагенитальной патологии у матери.
2. Осложнения беременности (токсикозы первой и второй половины).
3. Стрессовые ситуации во время беременности.
4. Заболевания новорожденных и детей грудного возраста.
5. Раннее искусственное вскармливание.

Уже в ранние сроки беременности происходят ухудшения состояния твердых тканей зубов и пародонта на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта и сдвигов в составе ротовой жидкости. Это обуславливает необходимость проведения профилактических мероприятий на протяжении всего срока беременности. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин включает регулярное наблюдение у стоматолога. Оптимально обратиться к стоматологу до беременности, для того чтобы санировать полость рта. В течение беременности к стоматологу следует обратиться 4 раза – в 6–8, 16–18, 26–28 и 36–38 недель. При наличии факторов риска (агрессивная микрофлора полости рта, значительное снижение реминерализующих свойств слюны и др.) количество осмотров увеличиваются в два раза [5].

Питание должно быть разнообразным, с необходимым количеством витаминов и микроэлементов. Именно в первой половине беременности организм женщины нуждается в непрерывном поступлении белка. Во второй половине возрастает потребность в витаминах, микроэлементах и минеральных солях. Овощи, фрукты должны быть постоянными ингредиентами пищевого рациона. Основными источниками витаминов должны являться продуктами питания, а также прием поливитаминных препаратов – «Декамевит», «Ундевит», «Гендевит» и др. Поливитаминный препарат с минеральными добавками «Прегновит», содержащий витамины А, Д2, В1, В2, В6 гидрохлорид, В 12 цианокомплекс, пантотеновокислый кальций, фурамат железа, безводный фосфат кальция, назначают в следующих дозировках: до 4 месяцев беременности – по 1 капсule, с 5 до 7 месяцев – по 2 капсулы, с 8 по 9 месяцев – по 3 капсулы в день.

В стоматологическом кабинете необходимо организовать:

обучение рациональной гигиене полости рта с контролируемой чисткой зубов, помощь в подборе основных и дополнительных средств гигиены;

санацию полости рта;

профессиональную гигиену;

проведение реминерализующей терапии с целью повышения резистентности эмали зубов.

Необходимо пропагандировать во время беременности индивидуальную гигиену полости рта. Зубы следует чистить не реже двух раз в день. Следует использовать щетки с нормальной (normal) или слабой жесткостью (soft) щетины. Чрезвычайно полезны лечебно-профилактические пасты, содержащие кальций, а также значимой является организация просветительской работы по профилактике стоматологических заболеваний и мотивации по уходу за зубами детей сразу после прорезания. После рождения ребенка идеальным противокариозным действием обладает молоко матери, поскольку оно обеспечивает ребенка всеми необходимыми компонентами.

Своевременная динамическая и объективная оценка клинической картины в полости рта позволит предложить необходимый комплекс лечебно-профилактических мероприятий, профилактику стоматологических заболеваний во время беременности, принимая во внимание все индивидуальные факторы риска.

Проведение эндогенной и экзогенной лекарственной и безлекарственной профилактики в период беременности, повышение уровня гигиенических знаний позволит улучшить стоматологический уровень здоровья и качество жизни беременной женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Успенская О.А., Шевченко Е.А., Казарина Н.В. Стоматология беременных. – Нижний Новгород, 2008. – С. 11.
- 2 Носова В.Ф. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам // Стоматология. – 2011. – № 3. – С. 49.
- 3 Боровской Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов. – Медицинское информационное агентство. – 2003. – С. 84.
- 4 Бутане И.Я. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных // Стоматология. – 1989. – № 4. – С. 25.
- 5 Луцкая И.К., Артюшкевич А.С. Руководство по стоматологии. – Ростов н/Д. – 2000. – С. 28.

Тұжырым

Ш.М. Акашева

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ТІС ЖЕГІНІҢ ЕРТЕ АЛДЫН-АЛУ

Ауыз қуысының жеке гигиенасының екі қабат әйелдерде маңызы зор. Рационалды тамақтануға көп көңіл бөлінуі қажет. Әрдайым реминералдық емдеу жүргізу қажет. Жүкті әйелдерге тісті қарату міндетті.

Summary

Sh. Akasheva

DENTAL CARIES TREATMENT DURING PREGNANCY

Individual hygiene of oral cavity has a big meaning during pregnancy. Pay full-fledged attention to balanced diet. Regularly bung the remineral therapy. Dental treatment during pregnancy is significant.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 618.1

А.Б. МУХАМЕДЬЯРОВА

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

ДЕТРАЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье отражена эффективность флеботоника детралекс в лечении геммороя у беременных женщин и кормящих матерей. Детралекс считается эталонным флеботропным препаратом. Уникальность его в том, что улучшение чувствуется уже через 4 часа после приема двух таблеток.

Ключевые слова: флеботоники, детралекс, флавоноиды, беременные женщины, гормоны, ферментные препараты, склерозирующие, фотокоагуляция, легирование, «операция Лонго».

Сегодня с этой болезнью можно бороться довольно успешно благодаря новым препаратам, которые появились на фармацевтическом рынке. Прежде всего это так называемые флеботоники – они повышают тонус вен, улучшают микроциркуляцию и нормализуют кровоток. Это цикло-3-форте и эндотелон.

Все большую популярность приобретает детралекс, который считается эталонным флеботропным препаратом. Уникальность его в том, что облегчение чувствуется уже через 4 часа после приема двух таблеток.

Микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ) детралекс является единственным пероральным флавоноидным препаратом с хорошо доказанными венопротективными свойствами. Он на 90% состоит из микронизированного диосмина и на 10% из других флавоноидов (гесперидина, диосметина, линарина и изорхоифолина) [1]. Микронизация диосмина до частиц диаметром меньше 2 мкм улучшает абсорбцию детралекса [2].

Детралекс достоверно снижает проницаемость капилляров [3–5], что приводит к уменьшению отека, продемонстрированного в нескольких исследованиях [3, 4], а также к потере веса (1,5 кг) и уменьшению ощущения распирания [3]. Кроме того, при

приеме детралекса увеличивается стабильность капилляров (уменьшение спонтанных кровоподтеков, носовых кровотечений, пурпуры, петехий, кровоточивости десен, гемморрагии и кровоизлияний в конъюнктиву), что было показано в исследованиях зарубежных ученых [5]. Эти важные свойства стали причиной выбора детралекса для данного исследования. В трех дальнейших исследованиях с применением различных методов количественной оценки отеков ног также была продемонстрирована высокая эффективность детралекса [6–8, 10–13].

Острый геморрой часто возникает у беременных женщин, а им, как известно, другие, более активные и радикальные методы лечения противопоказаны. Так вот, именно детралекс приходит в этом случае на выручку. Он не повлияет на течение беременности, развитие плода и здоровье новорожденного. Можно принимать лекарство даже при грудном вскармливании. Наши наблюдения и данные по лечению геморроя у беременных женщин и кормящих матерей показывают высокую эффективность и безопасность.

Эффективными остаются гормональные препараты. Причем сейчас появились такие, которые дают минимум побочных эффектов. Это, к примеру, постеризан-форте – препарат сложного состава и многофакторного действия для лечения острого геморроя. Уже к четвертому дню приема этого препарата боль у большинства пациентов значительно снижается. По сравнению с другими гормональными средствами он содержит в два раза меньше гидрокортизона, который представляет определенную опасность для здоровья.

Существует лекарственная форма постеризана, не содержащая гидрокортизона. Его применяют для лечения хронического геморроя, а также в тех случаях, когда пациенту по каким-либо причинам противопоказан прием гормонов. Например, при беременности или при таких специфических инфекциях, как туберкулез и кандидоз.

Профилактика очередного обострения прежде всего заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении запоров [9–12], которыми страдают почти все заболевшие геморроем. Нужно принимать так называемые ферментные препараты – панзинорм, креон, мезим, а также средства, влияющие на флору и перистальтику тонкой и толстой кишки. Это бактисубтил, хилак, мотилиум, церукал, добридат. Очень полезны пищевые волокна, но при условии регулярного и достаточного потребления жидкости.

В качестве их источника в нашей стране традиционно применяют пшеничные отруби, морскую капусту и льняное семя в их природном виде или в форме препаратов, которые продаются в аптеках. Кстати, за рубежом чаще применяют семена и шелуху подорожника и льняное семя в виде таких препаратов, как мукофальк, агиолак, фибрелакс, нутриклинз.

Среди лекарств, которые принимаются наружно, хорошо зарекомендовал себя мисвенгал – экстракт смеси лекарственных растений, а также мазевые формы венорутона и троксевазина.

Все это новинки, которые сравнительно недавно появились на фармацевтическом рынке. Они способны быстро снять боль и надолго избавить больного от проблем. Необходимо, чтобы период благополучия продлился дольше, для этого больной должен аккуратно следить за своим состоянием даже тогда, когда геморрой его не беспокоит.

Погрешности в диете, возобновление запоров и увеличение физических нагрузок могут привести к очередному обострению. И тогда потребуются повторное лечение. Так что, каким бы эффективным ни было новое лекарство, главное все же в том, чтобы больной упорядочил свой образ жизни. Что делать, если таблетки и мази помогают

плохо, а решиться на операцию человек не может? Выход есть: сейчас специалисты придумали менее травматичные, нежели операция, способы борьбы с геморроем.

К примеру, сегодня популярными становятся склерозирующие инъекции. В воспаленные узлы вводят специальный раствор, который останавливает кровь. Метод достаточно эффективен, но применять его можно не всем. Если у больного, к примеру, гипертоническая болезнь или какое-нибудь инфекционное заболевание, то этот метод не подойдет.

Малотравматичны и перевязки узлов. В отличие от операции, когда их удаляют раз и навсегда, в данном случае на увеличенные узлы хирург последовательно накладывает нитки, а затем завязывает их. В результате кровоток также прекращается.

Среди новейших методик – инфракрасная фотокоагуляция, которая оказалась весьма эффективной на начальных стадиях болезни. У всех пациентов уже через два месяца состояние нормализуется. Процедура относительно безболезненна, возможно некоторое чувство дискомфорта, которое пациент будет испытывать лишь в первые 1–6 часов.

Из современных методов, которые эффективно воздействуют на воспаленные узлы, новизной и оригинальностью отличается шовное легирование сосудов под контролем ультразвука. Эту методику придумали японские врачи, а с недавнего времени она стала успешно применяться и в нашей стране. Не вдаваясь в технические подробности, необходимо лишь сказать, что этот «волшебный» шов надежно ликвидирует приток артериальной крови к воспаленному узлу. Выписываются пациенты из стационара уже на второй-третий день после процедуры.

Все эти методы в медицинской практике получили название «малоинвазивные», то есть не требующие радикального оперативного вмешательства. Они достаточно просты, эффективны и безопасны. Иногда, чтобы избавиться от геморроя, не нужно даже ложиться в больницу: можно лечиться и продолжать работать.

И все же бывают случаи, когда геморрой лучше удалить раз и навсегда. Бояться радикальных операций не стоит, новейшие технологии, которые появились в настоящее время, делают их безопасными и относительно безболезненными. От них следует воздержаться лишь при серьезных сопутствующих заболеваниях, таких как сахарный диабет, болезни крови, почек, гипертоническая болезнь, а также при беременности.

Наиболее часто в последние годы применяются две современные методики: операция с подшиванием краев раны ко дну и операция с ушиванием ран наглухо. Какой метод подойдет конкретному больному – решит врач. Главное при этом – избежать осложнений, поэтому лучше всего обратиться в специализированную клинику, имеющую сертификаты и лицензии и, конечно, грамотных специалистов.

Все чаще стала применяться так называемая «операция Лонго» – уникальный щадящий метод, который с полным правом можно считать новым словом в лечении геморроя. Длится операция всего 10–15 минут, а это значит, что больной будет находиться в больнице один день. Во время процедуры пациент не почувствует никакого дискомфорта. Гарантируется быстрое выздоровление и хороший косметический эффект, что особенно важно для женщин. Кстати, для проведения этих операций выпускается специальный набор одноразовых инструментов, которые очень удобны и безопасны. Это тоже одно из современных достижений проктологии. Оно заключается в сочетании разных методов, которые в комбинации удачно дополняют друг друга. И если при хроническом течении болезни операция, как правило, не требует специальной подготовки, то при остром геморрое комбинированное лечение просто необходимо.

В дооперативном периоде на первом этапе в течение 5–7 дней пациент будет принимать лекарства – обезболивающие, противовоспалительные, флеботонические, тромболитические. А когда воспаление стихает, пациентам, не выписывая их из стационара, делают ту операцию, которая наиболее подходит каждому конкретному больному.

Таким образом, «золотым стандартом» в настоящее время в консервативном лечении геморроя у беременных и кормящих матерей является препарат детралекс, который считается эталонным флеботропным препаратом и хорошо переносится беременными женщинами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Paysant J. Sansilvestri-Morel P., Bouskela E., Verbeuren T.J. Different flavonoids present in the micronized purified flavonoid fraction (Daflon 500 mg) contribute to its antihyper-psmeability effect in the hamster cheek pouch microcirculation // *Int Angiol.* – 2003. – N 27. – P. 81–85.
- 2 Gamer R.C. Garner J.V. Gregory S. et al. comparison of the absorption of micronized (Daflon 500 mg) and nonmicronized 14C-diosmin tablets after oral administration to healthy volunteers by accelerator mass spectrometry and liquid scintillation // *J. Pharm Sci.* – 2002. – N 91. – P. 32–40.
- 3 Behar A. Lagrue G. Cohen-Bucsa F. et al. Study of capillary filtration by double labelling 1131-albumin and Tc99m red cells Application to the pharmacodynamic activity of Daflon 500 mg // *Int Angiol.* – 1988. – N 7 (Suppl. 2). – P. 35–38.
- 4 Cesarone M.R., Laurora G., De Sanctis M.T. et al. Capillary filtration and ankle edema in patients with venous hypertension: effects of Daflon // *Angiology.* – 1993. – N 44. – P. 57–61.
- 5 Galley P. Thiollet M. A double-blind, placebo-controlled trial of a new venoactive Savonoid fraction (S 5682) in the treatment of symptomatic capillary fragility // *Int Angiol.* – 1993. – N 12. – P. 53–72.
- 6 Chassignote J-F. Amiel M., Lanfranchi G. et al. Acvfts therapeutique de Daflon 500 mg dans l'insuffisance veineuse fonctionnelle [in French] // *J. Int Med.* – 1987. – N:99 tSi;po'. – P. 32–37.
- 7 Laurent R., Gilly R., Fnleux C. Clinical evaluation of a venotropic drug in man Example of Daflon 500 mg // *Int Angiol.* – 1988. – N 7 (Suppl). – P. 34–S 43.
- 8 Blume J., Langenbahn H., de Champvallins M. Quantification of oedema using the volumeter technique: therapeutic application of DAFLON 500 mg in chronic venous insufficiency // *Phlebology.* – 1992. – (Suppl 2). – P. 37–40.
- 9 Корионов В.М., Володин В.В., Ефимов Б.А. Дисбактериозы кишечника // *Детская больница.* – 2000. – № 1. – С. 66–74.
- 10 Румянцев А.Г. Дисбактериоз как индикатор здоровья и показание к терапии у детей: национальный миф и научная реальность // *Детская больница.* – 2000. – № 1. – С. 75–77.
- 11 Шептулин А.А. Трудности и ошибки диагностики синдрома раздраженного кишечника // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2001. – № 2. – С. 64–66.
- 12 Mayer E.A., Naliboff B.D., Chang L. Basic pathophysiological mechanisms in irritable bowel syndrome // *Dig. Dis. Sri.* – 2001. – V. 19, N 2.3. – P. 286–287.
- 13 Barclay L. Probiotic Infant Formula May Help Reduce Gastrointestinal Tract Infections // *Pediatrics.* – 2005. – P. 15: 5–9.

Тұжырым

А.Б. Мухамедьярова

ЕКІҚАБАТ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ТІКІШЕК ГЕММОРОЙЫН ЕМДЕУДЕУДЕГІ ДЕТРАЛЕКС

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада Детралекс флеботонигімен екіқабат және омырауда баласы бар әйелдердің тікешек гемморойын емдеудің тиімділігі көрсетілген. Детралекс препараты эталон флеботроп болып есептеледі. Оның ерекшелігі екі тәбілеткі қабылдағаннан кейін 4 сағаттың ішінде аурудың анағұрлым жазылғаны білінетіндігінде.

Summary

A.B. Mukhamedyarova

DETRALEX IN THE TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN PREGNANT WOMEN

(Review of literature)

This article reflects the effectiveness flebotonika Detralex haemorrhoids treatment for pregnant women and nursing mothers. Detraleks considered flebotropus reference drug. The uniqueness of it is that the improvement is felt in 4 hours after taking of two tablets.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.21/28-002.5

Д.Д. ИСАЛИЕВ, У.Г. РАХМАНКУЛОВ, А.А. АБДУСАМЕТОВ, Н.А. ТАШБАЕВ

Областная детская клиническая больница, г. Шымкент,
городская клиническая больница № 5, г. Алматы,
клиника «Дау-Мед», г. Шымкент

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛЕНИЯХ СРЕДНЕГО УША У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Аннотация. В статье представлены результаты консервативного и оперативного лечения гнойного среднего отита у больных туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, гнойный средний отит.

При изучении эффективности консервативного лечения и оперативного вмешательства при гнойном воспалении среднего уха мы обращали внимание на частоту поздних рецидивов, а также наличие или отсутствие обострения ушного и основного туберкулезного процесса [1, 2].

Местное консервативное лечение проводилось 287 больным со специфическим и неспецифическим острым и хроническим гнойным средним отитом с учетом данных чувствительности микрофлоры среднего уха к антибиотикам сульфаниламидным препаратом. Поскольку у большинства вторичная флора среднего уха была чувствительна к левомицитину, тетрациклину и сульфадимезину, при лечении использовали спиртовой раствор вышеуказанных лекарств с противотуберкулезными препаратами (стрептомицин, ПАСК) в виде порошка или водного раствора, кроме этого мы промывали среднее ухо ежедневно жидким озоном [3, 4].

Перед лечением обращали внимание на состояние носа, носоглотки и слуховых труб, а при наличии патологии были проведены меры, направленные на их ликвидацию. До применения местно различных лекарственных веществ проводили туалет и высушивание барабанной полости от патологического содержимого. Вливание лекарственных веществ проводили 3-4 раза в день, а один раз в день промывали ухо струйно жидким озоном.



Рисунок 1 – Распределение больных со специфическим и неспецифическим острым и хроническим средним отитом

Всех больных со специфическим и неспецифическим средним отитом мы разделили на три группы. Первую группу составили 2 больных со специфическим гнойным средним отитом, вторую группу составил 121 больной с острым неспецифическим гнойным средним отитом и третью группу составили 164 больных с хроническим неспецифическим гнойным средним отитом.

В результате лечения у одного больного со специфическим гнойным мезотимпанитом, у 42 больных с острым неспецифическим гнойным средним отитом и у 87 больных с хроническим неспецифическим гнойным средним отитом удалось добиться прекращения гноетечения через различные сроки (30, 60, 90, 120 дней); а у 8 больных с неспецифическим острым гнойным средним отитом и у 24 больных с неспецифическим хроническим гнойным отитом.

Из 287 больных, страдающих специфическим и неспецифическим гнойным средним отитом и различными формами туберкулеза, результаты лечения прослежены у 196 больных, что составляет 68,2%. Из них 2 (1,0%) больных со специфическим гнойным средним отитом, 58 (29,5%) больных страдали острым неспецифическим средним отитом, а 136 (69,3%) хроническим гнойным средним отитом (таблица).

Таблица 1 – Результаты консервативного лечения гнойного среднего отита

Форма отита	Кол-во больных	Выздоровление	Улучшение	Отсутствие эффекта	Рецидив	Обострение
Специф. гнойный средний отит	2	$\frac{1}{1}$ (50%)	–	$\frac{1}{1}$ (50%)	–	–
Острый неспециф. гнойный средний отит	58	$\frac{42}{36}$ (72,4%) (62,1%)	$\frac{8}{12}$ (13,8%) (20,6%)	$\frac{5}{5}$ (8,6%) (8,6%)	$\frac{3}{5}$ (5,2%) (8,6%)	–
Хронический неспециф. гнойный средний отит	136	$\frac{87}{71}$ (63,9%) (52,2%)	$\frac{24}{16}$ (17,6%) (11,7%)	$\frac{25}{28}$ (18,3%) (20,5%)	$\frac{0}{13}$ (9,5%)	$\frac{0}{8}$ (5,8%)
Примечание: в числителе – ближайшие, в знаменателе – отдаленные результаты.						

Из таблицы видно, что у больных с острой формой отита, считавшихся выздоровевшими, при длительном наблюдении выявлены рецидивы ушного процесса лишь у 5 из 41 больного. Рецидивы возникли после перенесенного катара верхних дыхательных путей и гриппа. Рецидивы были кратковременными и выздоровление наступало после лечения. Из 36 больных, у которых в отдаленном периоде было констатировано стойкое выздоровление, при отоскопии у 33 имелись нежные рубцы на барабанной перепонке, у 3 был сухой дефект барабанной перепонки. У 5 больных, где в отдаленном периоде наблюдалось рецидивирование гнойного процесса, при отоскопии выявлено наличие сухого перфоративного отита.

Таким образом, у преобладавшего большинства больных в 36 случаях с острой формой отита выздоровление было стойким.

В отдаленном периоде у 42 больных, ранее перенесших острый гнойный средний отит, была повторно изучена слуховая функция.

Из 42 больных у 16 (где был стойкий рубец барабанной перепонки после прекращения гноетечения) отмечали полную нормализацию слуха, а у 5 больных (с наличием

сухого дефекта барабанной перепонки) шепотную речь воспринимали на расстоянии 3–4 метра разговорную – 6 метров.

У 5 больных, где острый отит перешел в хроническую форму, отмечалось ухудшение слуха, шепотную речь больные воспринимали около ушной раковины, а разговорную на расстоянии 1–2 метра. При камертональном исследовании слуха у этих больных выявлено укорочение восприятия камертонов через воздух и костную проводимость.

Таким образом, улучшение состояния больных в отдаленные и ближайшие сроки во всех клинических группах идентично, кроме больных с диссеминированным туберкулезом легких – имеется повышение с 12,5 до 23,5%. Рецидив и обострения в отдаленные сроки имеют тенденцию к повышению у больных с инфильтративным и костно-суставным туберкулезом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шалаева О.Е., Асмоловский А.В., Бельков А.В., Зайцев А.А. Сравнительная характеристика качества жизни больных туберкулезом легких после хирургического лечения // Проблемы туберкулеза. – 2004. – № 7. – С. 7–10.
- 2 Васильев А.В. Внегочной туберкулез // Руководство для врачей. – СПб, 2000. – 326 с.
- 3 Sethi A., Sethi D., Mrig S., Passey J.C., Srivastav N. Coexistent acute pyogenic and tubercular petrous apicitis: a diagnostic dilemma // J. Laryngol Otol. – 2006. – N 120 (10). – P. 875–8.
- 4 Qidwai W., Rehman S. A young man with hoarseness of voice // J. Ayub Med Coll Abbottabad. – 2004. – N 16 (2). – P. 73–74.

Тұжырым

Д.Д. Исалиев, У.Г. Рахманкулов, А.А. Абдусаметов, Н.А. Ташбаев

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЖӘНЕ БЕЙСПЕЦИФИКАЛЫҚ ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚТЫҢ ІРІНДІ ҚАБЫНУЫН ЕМДЕУ

Туберкулезге қарсы диспансерде жатқан науқастарды зерттегенде, 287 науқаста отит және 2 науқаста орта құлақтың спецификалық зақымдануы анықталды.

Summary

D.D. Isaliev, U.G. Rakhmankulov, A.A. Abdusametov, N.A. Tashbaev

RESULTS OF TREATMENT OF DISEASES OF THE PHARYNX IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

The patients with tuberculosis or the lungs were investigated in antituberculoses dispensary. At 287 were discovered otitis and at 2 specific defeats of media auricular.

УДК 616.322-031.63-002.3-08

У.Г. РАХМАНКУЛОВ, Д.Д. ИСАЛИЕВ, А.А. АБДУСАМЕТОВ, Н.А. ТАШБАЕВ

Областная детская клиническая больница, г. Шымкент,
городская клиническая больница № 5, г. Алматы,
клиника Дау-Мед, г. Шымкент

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Аннотация. В статье представлены результаты лечения фарингитов и тонзиллитов у больных туберкулезом. Клинические наблюдения и их эффективность лечения.

Ключевые слова: туберкулез, фарингит, тонзиллит, миндалины, глотка, симптомы.

В настоящее время установлено, что фарингит и тонзиллит являются инфекционными заболеваниями, в патогенезе которых аллергия играет значительную роль [1]. Вместе с тем аллергия особенно ярко выражена в патогенезе туберкулеза, и именно аллергией в значительной степени объясняется клиника туберкулеза. Эти данные свидетельствуют о прямой зависимости и влиянии, которое оказывает фарингит и тонзиллит на течение туберкулеза и наоборот, поскольку обострение острого и хронического тонзиллита может вызвать обострение туберкулезного процесса. Следовательно, если острый и хронический тонзиллит оказывает отрицательное влияние на течение туберкулеза, то целесообразно проводить комплексное лечение туберкулеза и тонзиллита [2, 3].

Консервативное лечение очаговой инфекции глотки нами проведено 9 больным туберкулезом и специфическим фарингитом и тонзиллитом (I группа), 143 больным туберкулезом и неспецифическим острым и хроническим фарингитом (II группа) и 254 больным туберкулезом и неспецифическим острым и хроническим тонзиллитом (III группа) рис. 1.

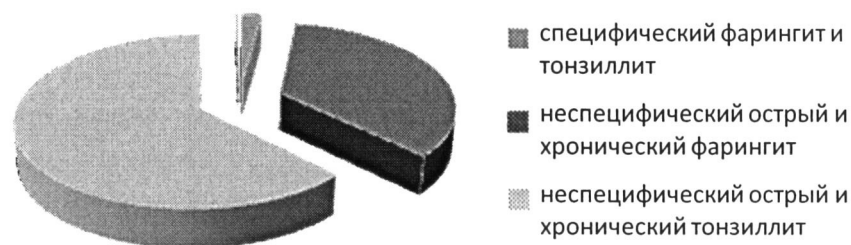


Рисунок 1 – Распределение больных специфическим и неспецифическим острым и хроническим фарингитом, тонзиллитом

Всем больным проводилась специфическая химиотерапия туберкулеза с учетом клинической картины основного процесса. При локальных формах туберкулеза первые три месяца проводилось лечение комбинацией трех специфических препаратов: стрептомицина, изониазида, этамбутола; затем продолжалось двумя препаратами, без стрептомицина, до достижения клинического эффекта. Больные I и II группы кроме промывания лакун фурацилином и жидким озоном, смазывания поверхности небных миндалин 1%-ным раствором Люголя, воздействия ультразвука на область проекции

небных миндалин в качестве целенаправленного этиопатогенетического препарата получали пасты, содержащие противотуберкулезные препараты – тубазид и ПАСК в лакуны обеих небных миндалин. Суточная доза препарата, принимаемого внутрь, уменьшилась на то его количество, которое вводилось с пастой.

Тубазид и ПАСК легко растворимы в воде. Они обладают высокой бактериостатической активностью в отношении микобактерий туберкулеза, хорошо всасываются, применяются для лечения всех форм и локализаций туберкулеза у детей. Во фтизиатрии тубазид наиболее часто применяют в комбинации с ПАСК, они относятся к основным противотуберкулезным препаратам, при местном употреблении хорошо всасываются и проникает в кровь и ткани. По туберкулоостатической активности ПАСК уступает тубазиду. Однако комбинированная терапия замедляет развитие лекарственной устойчивости и усиливает действие соответствующих препаратов [4]. Учитывая, что при хроническом тонзиллите у детей из крипт миндалин выделяется неспецифическая флора, чувствительная к препаратам тетрациклинового ряда, в состав пасты входит также тетрациклин.

Гидрокортизон, входящий в состав пасты, оказывает противовоспалительное гипосенсибилизирующее действие. Мы применяли пасту, приготовленную по следующей прописи: тубазида – 0,5; ПАСКа – 1,0; гидрокортизона – 0,2; тетрациклина – 0,5; основы – 20,0. Предварительно разогретая паста вводится в лакуны миндалин по 2 или 5 мл гортанным шприцем или при помощи изготовленной нами иглы, изогнутой на конце под углом около 130° (на каждую сторону по 0,5 препарата). После введения пасты не рекомендуется полоскание и употребление горячей пищи в течение часа. Курс лечения состоит из 10–15 процедур. Первые 3–4 процедуры повторяются через день или с интервалом в 3–4 дня, остальные – 2 раза в неделю. Препарат хранится в темном месте, срок годности 3–5 дней, так как через некоторое время под воздействием света ПАСК теряет свои свойства.

Озвучивание небных миндалин проводили через мягкие ткани шеи в стационарных условиях. Ультразвуковая головка перед каждой процедурой обрабатывалась спиртом. На поверхность излучателя наносится тонкий слой вазелинового масла (контактная среда). Всем детям назначали также десенсибилизирующую терапию и витамины. Эффективность лечения мы оценивали по исчезновению или уменьшению определенных симптомов.

Как видно, сразу после лечения в I группе у значительного количества больных отмечалось резкое снижение проявления симптомов заболевания (рис. 2).



Рисунок 2 – Жалобы больных I группы с заболеваниями глотки

Так боли в горле у больных I группы уменьшились с 69,2 до 12,2%, кашель с 66,2 до 22,6%, запах изо рта с 43,5 до 28,7%, слабость с 90,2 до 55,3%, частые ангины с 15,6 до 1,3%.

Что касается больных II группы с неспецифическим острым и хроническим фарингитом, у них также отмечалось снижение отдельных симптомов (рис. 3).

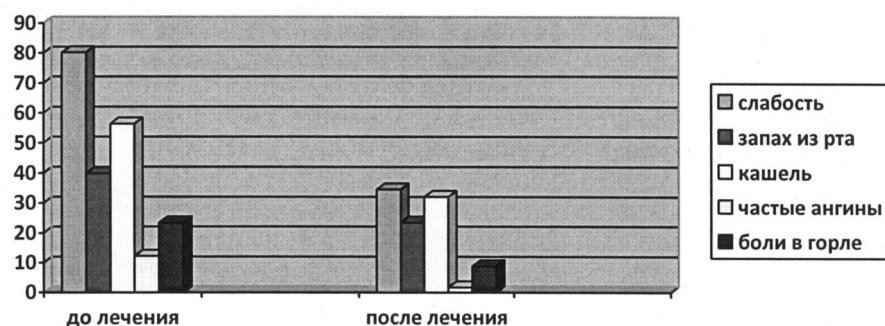


Рисунок 3 – Жалобы больных II группы с заболеваниями глотки

Так, боли в горле уменьшились с 23,5 до 8,9%; кашель с 56,3 до 32,1%; запах изо рта с 39,8 до 23,4%; слабость с 80,3 до 34,5%, частые ангины с 12,2 до 1,6%.

Эти данные показывают, что больные туберкулезом с неспецифическим острым и хроническим фарингитом продолжали предъявлять жалобы, несмотря на лечение пастой, включающей антибактериальные препараты, и лечение основного заболевания.

Что касается III группы больных с неспецифическим острым и хроническим тонзиллитом, то у них также наблюдалась положительная динамика, но выражена она была значительно меньше.

Слабость уменьшилась с 77,7 до 63,4%; однако, несмотря на проводимое лечение туберкулеза и тонзиллита, больные продолжали жаловаться на кашель с 67,4 до 56,4%; боли в горле уменьшились незначительно – с 30,4 до 18,7%, запах изо рта с 43,7 до 27,2%, частые ангины – с 67,1 до 38,6% (рис. 4).

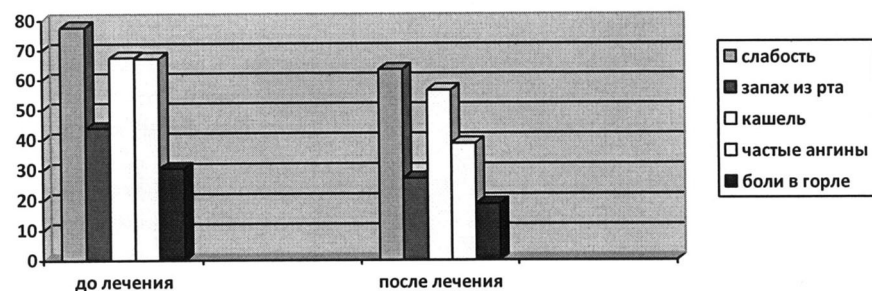


Рисунок 4 – Жалобы больных III группы с заболеваниями глотки

Таким образом, изучение ближайших результатов консервативного и хирургического лечения специфического и неспецифического фарингита и тонзиллита у больных туберкулезом показало, что значительное улучшение наступило у 71,4% больных со специфическим фарингитом и тонзиллитом. У 64,7% больных с неспецифическим острым и хроническим фарингитом отмечено улучшение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дайняк Л.Б., Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Теоретические аспекты генеза и терапии хронического тонзиллита // Вестник оториноларингологии. – 2004. – № 5. – С. 64–65.
- 2 Дьяконов А.В., Райгородский Ю.М. Эффективность сочетания общей магнитотерапии и местного магнитолазерного воздействия в консервативном лечении хронического тонзиллита // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 4. – С. 19–23.
- 3 Нестерова К.И., Мишенькин Н.В., Макарова Л.В., Димова А.Д. Сравнительная характеристика различных способов консервативной терапии хронического тонзиллита // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 2. – С. 43–47.
- 4 Божко А.В. Отдаленные результаты длительного воздействия малых доз ионизирующего излучения на лимфоидный аппарат глотки у детей // Вестник оториноларингологии. – 2004. – № 4. – С. 9–11.

Тұжырым

У.Г. Рахманкулов, Д.Д. Исалиев, А.А. Абдусаметов, Н.А. Ташибаев

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҰТҚЫНШАҚТЫ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Туберкулезбен ауыратын науқастарда фарингитпен тонзиллиттің емдеу ұстанымдары көрсетілген. Клиникалық бағалау және емдеу эффективділігі.

Summary

U.G. Rakhmankulov, D.D. Isaliev, A.A. Abdusametov, N.A. Tashbaev

RESULTS OF TREATMENT OF DISEASES OF THE PHARYNX IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

In the article presented the method of treatment of pharyngitis and tonsillitis in patients with tuberculosis. Clinical supervisions and their efficiency.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.24-008.4

С.Л. КАСЕНОВА, Н.К. СЕМГАЛИЕВ, Н.К. АХМЕТОВА, Р.К. НАДИРБАЕВА,
М.О. МУСТАФИНА, А. ИСКАКБАЕВА

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

ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье представлены результаты исследования по выявлению показателей функции внешнего дыхания у курящих и некурящих лиц молодого возраста, а также выявление приверженности к курению лиц молодого возраста.

Ключевые слова: курение, спирография, пульсоксиметрия.

В Республике Казахстан заболеваемость органов дыхания составила 22957,3 на 100 тыс. человек взрослого населения, а в 6 областях она превысила средне-республиканские значения в 1,1–1,7 раза. В городе Алматы, являющимся наиболее загрязненным городом в республике, за последние 10 лет заболеваемость органов дыхания жителей возросла в полтора раза [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, Европейского и Российского респираторного обществ, табакокурение (в том числе пассивное) предопределя-

ет развитие болезней органов дыхания и сердца. Курение табака приобрело характер глобальной мировой эпидемии. Считается, что в настоящее время на нашей планете насчитывается 1,26 млрд курильщиков. В странах Восточной Европы 30% лиц старше 15 лет являются постоянными курильщиками [2].

Значение образа жизни для развития болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания в настоящее время общепризнано. В многочисленных исследованиях выявлены различия между разными социальными классами по ряду параметров, отражающих поведение людей, включая показатели потребления алкоголя, физической активности, массы тела, характера питания. По данным ВОЗ, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни.

В государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы в Казахстане отмечается тенденция к увеличению заболеваемости органов дыхания [1].

Показатели одной физиологической системы – дыхания могут являться критериями определения темпов старения человека [2]. Исследование функций внешнего дыхания при проведении дифференциальной спирометрии является неинвазивным и информативным методом исследования проходимости воздухоносных путей человека на разных этапах онтогенеза [3–5].

Целью данной программы является формирование здорового образа жизни путем комплексного подхода к профилактике и усилению контроля за поведенческими факторами риска.

Материалы и методы

Обследовано 150 человека в возрасте 18–25 лет. Обследуемые являлись студентами Казахского национального медицинского университета. Все обследуемые были разделены на 2 группы: в первую группу вошли лица молодого возраста курящие. Во вторую группу – некурящие.

Сроки исследования: исход. Всем обследуемым проведена спирометрия на аппарате Спиро-Спектр (Россия) с оценкой следующих показателей спирометрии: ОФВ1, ФЖЕЛ, ЖЕЛ), отношение ОФВ1/ФЖЕЛ – индекс Тиффно.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли на персональном компьютере с применением пакетов программ IBM SPSS Statistica 20 и электронных таблиц Excel 2010.

Результаты исследований

Характеристика обследованных групп представлена в таблице 1. Первая и вторая группа были сопоставимы по возвратному показателю, и средний возраст составил 21,2±1,2 год.

Таблица 1 – Характеристика обследованных групп

Показатель	I группа		II группа	
	(n=21)		(n=129)	
	абс. число	%	абс. число	%
Средний возраст	21,0±1,0		21,2±1,2	
Рост, см	174,0±6,0		164,9±7,3	
Вес, кг	65,52±6,56		56,5±9,5	
Половой состав:				
Мужчины	19	90,4	21	16,2
Женщины	2	9,6	108	83,8

В I группе большинство составляли лица мужского пола – 90,4%, во II группе лица женского пола – 82,8%. Полученные результаты подтверждаются литературными данными о преимущественной приверженности мужчин к курению.

При оценке распространенности курения у обследуемого контингента выявлено 14% курящих, рисунок 1, что соответствует данным мировой литературы, и 9,3% – это лица женского пола.

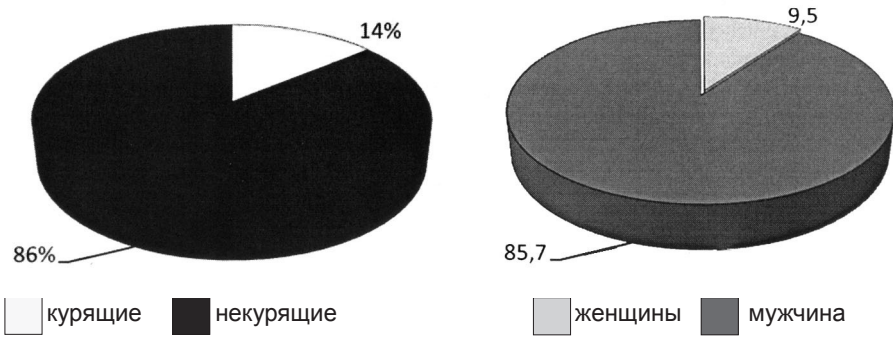


Рисунок 1 – Распространенность курения у лиц молодого возраста

Спирографические показатели дают большую информацию о функциональном состоянии легких. Показатели, полученные с помощью спирометрии, достаточно полно характеризуют функциональное состояние легких у данных групп пациентов. Изучались общепринятые параметры, такие как жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ).

Анализ первичной информации позволил получить следующие результаты, рисунок 2.

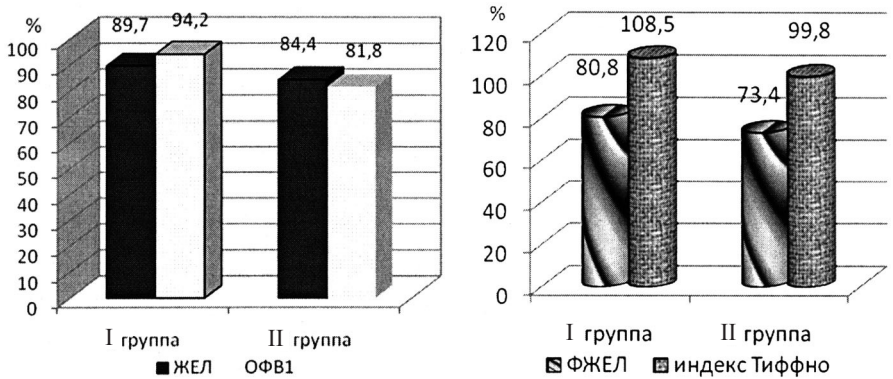


Рисунок 2 – Показатели ЖЕЛ, ОФВ1, ФЖЕЛ и индекса Тиффно у лиц молодого возраста курящих и некурящих

В первой группе ЖЕЛ составляет 89,7±10,5%, ОФВ1 – 94,2±11,5%, во второй группе ЖЕЛ составляет 84,4±13,5%, ОФВ1 – 81,7±21,1%. Показатели ФЖЕЛ в первой группе – 80,7±12,0%, индекса Тиффно – 108,4±18,9%, во второй группе ФЖЕЛ – 73,4±19,1, индекса Тиффно – 99,8±26,4.

У курящих молодого возраста наблюдается повышение показателей функции внешнего дыхания более чем на 10% при сравнении с группой молодых людей некуря-

щих. Повышение показателей функции внешнего дыхания у курящих лиц может быть обусловлено включением компенсаторных механизмов функции дыхания.

Выводы:

1. Курение среди лиц молодого возраста составило 14%, также выявлено преобладание приверженности к курению у мужчин – 85,7%, у лиц женского пола – 9,3%.

2. Показатели функции внешнего дыхания, как ЖЕЛ, ОФВ1, ФЖЕЛ, индекс Тиффо были выше в группе курящих в сравнении с некурящими. Группа курящих характеризуется ранним включением компенсаторно-приспособительной реакции системы внешнего дыхания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистика СНГ // Статистический бюллетень. – 2011. – № 3 (498). – С. 54–101.
- 2 Шишкин Г.С. Влияние курения табака на систему внешнего дыхания у подростков и юношей // Гигиена и санитария. – 2010. – № 3. – С. 61–64.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы.
- 4 Белозерова Л.М., Одегова Т.В. Метод определения биологического возраста по спирографии // Клиническая геронтология. – 2006. – № 3. – С. 53–56.
- 5 Исупов И.Б., Гурина Е.Ю., Новикова Е.И., Алешина Е.А. Показатели внешнего дыхания у студентов, имеющих различную двигательную активность: XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Патриотическое воспитание в канун 65-й годовщины Великой Победы». – Волгоград, 2009. – С. 150–154.

Тұжырым

С.Л. Қасенова, Н.Қ. Семғалиев, Н.Қ. Ахметова, Р.К. Надирбаева, М.О. Мустафина,
А. Исакбаева

ЖАС АДАМДАРДЫҢ СЫРТҚЫ ТЫНЫС ҚЫЗМЕТІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Жас адамдар арасында темекі тарту 14%, оның ішінде ерлерде – 85,7%, әйел адамдарда – 9,3% құрады. Сыртқы тыныс қызметінің көрсеткіштері шылым шегушілер тобында шылым шекпейтіндер тобымен салыстырғанда жоғары болды, ол компенсаторлы-бейімдеуші реакцияларының ерте қосылуын сипаттайды.

Summary

S.L. Kasenova, N.K. Semgaliev, N.K. Akhmetova, R.K. Nadirbaeva, M.O. Mustafyna, A. Iskakbaeva

FEATURES EXTERNAL RESPIRATION IN YOUNG ADULTS

Smoking among young people by 14%, men – 85.7% and females – 9.3%. Lung function were higher in smokers compared with nonsmokers, which is characterized by early inclusion of compensatory-adaptive reactions of external breathing in young adults.

УДК 616-053.2

Ж.М. ТУРЛЕКИЕВА

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

ОСОБЕННОСТИ БОЛИ И ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ (Обзор литературы)

Аннотация. В статье приведен обзор литературы об особенностях проявления болевой реакции у детей независимо от возраста, включая период новорожденности и новорожденных. Приведены различные методы оценки боли. Анализ литературных сведений позволяет заявить о необходимости прослеживания особенности проявления болевой реакции ребенка и проводить адекватную терапию.

Ключевые слова: дети, боль, острая и хроническая боль, степень боли.

Детский организм в силу анатомо-физиологических особенностей требует особого подхода в выборе анальгетиков для лечения и профилактики болевого синдрома. В последние годы возрастает внимание к проблеме боли у детей. Это обусловлено медико-технологическими достижениями, такими как новейшие хирургические вмешательства и методы лечения, а также появлением новых взглядов на боль у детей.

В течение последних 20 лет в педиатрии неуклонно растет число публикаций, посвященных обсуждению данного вопроса, а также проблеме понимания и **восприятия боли** у детей. Связано это с тем, что исследования последних десятилетий продемонстрировали значительные краткосрочные неблагоприятные реакции у детей в ответ на **болевы** события. Увеличивается количество доказательств о долгосрочных отрицательных эффектах **переживания** боли у детей, возникающих при различных хронических, острых или тяжелых заболеваниях; из-за неадекватного лечения боли, а также вмешательств при проведении различных медицинских лечебных и профилактических процедур (в том числе вакцинации). Особое внимание при анализе проблем боли привлекают онкологические заболевания у детей, мигрени, заболевания желудочно-кишечного тракта, травмы и ожоги, артриты; среди медицинских вмешательств – операции, пункции, уколы, заборы анализов крови, пересадки органов и т.д.

Боль является одной из самых рано формирующихся психофизических функций, связанной с самыми «древними» структурами мозга. К 30 неделям развития плода все пути проведения и восприятия боли уже сформированы. С этого времени ребенок воспринимает боль, а ее интенсивность часто оказывается даже большей, чем у взрослых. Однако субъективный характер боли делает ее трудноизмеримым понятием. **Особенно** это касается тех, кто затрудняется выразить свою боль словами. В результате этого, как утверждают исследователи, до начала 80-х годов XX века лечение боли у новорожденных редко проводилось адекватно, т.к. предполагалось, что из-за незрелой нервной системы младенцам практически не знакомы болевые ощущения. Работы Anand и соавт. показали, что у недоношенных новорожденных после хирургического вмешательства с обычной минимальной анестезией возникали более сильные реакции (возрастание концентрации катехоламинов, глюкагона, кортикостероидов), у них наблюдалось больше послеоперационных осложнений, выше оказывалась смертность по сравнению с группой новорожденных, получивших полную анестезию. McCrath и Unruh доказали,

что незрелость новорожденных касается не их способности переживать боль, а исключительности их неспособности сигнализировать о ней взрослым.

Для картирования международного опыта в области измерения боли было проведено исследование литературы с помощью баз данных Medline и Psychlit. Мы ограничиваемся обзорными статьями, упоминаемыми в Current contents, и учебниками о боли у детей, изданными в последний год. Также были изучены публикации научных журналов, посвященные боли и ее измерению у детей [1].

Определение боли, видов боли и восприятия боли

Боль ухудшает качество жизни (восприятие возможностей и полноты жизни) детей разных возрастов и при различных заболеваниях, и в случаях разных медицинских манипуляций [2]. Так, у подростков с артритом высокий уровень боли приводил к снижению таких показателей качества жизни, как физическое, эмоциональное и социальное функционирование [3]. У детей с хроническими абдоминальными болями неорганического происхождения, как и у детей с гастроизофагитом или воспалительным заболеванием кишечника, сопровождающимися болями, отмечается снижение качества жизни по всем показателям по сравнению со здоровыми сверстниками [4].

Наиболее употребительным является определение Международной ассоциации по изучению боли (МАИБ): «Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, сопровождающееся фактическим или возможным повреждением тканей, или состояние, словесное описание которого соответствует подобному повреждению».

Анализируются различные **психологические** последствия болевого опыта у детей в зависимости от опыта, контекста различных заболеваний. Болевой опыт, связанный с ожогами, чаще провоцирует у детей ночные кошмары, энурез, фобии в течение года или даже более после случившегося несчастья. Болевой опыт, связанный с травмами и автокатастрофами приводит к тому, что дети хуже дифференцируют страх, связан ли он с самой катастрофой или с болезненными процедурами во время лечения. Отмечались проигрывание травматических ситуаций, воспроизведение ситуации во снах, избегающее поведение [5].

В ответ на хирургическое вмешательство, сопровождающееся болевыми **переживаниями**, более 80% детей и членов их семей испытывают острый стресс. Подобная травма провоцирует страхи, депрессию, генерализованную тревогу. У каждого пятого ребенка развивается посттравматическое стрессовое расстройство, длящееся более 4 месяцев и проявляющееся в повседневной жизни. Во многом этот стресс спровоцирован уровнем болевого опыта во время болезни и лечения. Более серьезный ранний стресс (острая стрессовая реакция) у детей и родителей может помочь предотвратить развитие посттравматического стресса у детей [1].

Особое внимание отводится влиянию боли у детей при онкологических заболеваниях. Усиление симптомов ПТСР, в сравнении с другими заболеваниями, связано с длительностью лечения, болезненными манипуляциями и интенсивностью лечения. **Особенно** у маленьких детей возростала связь ПТСР с субъективными показателями лечения [9].

Различают острую, хроническую и возвратную боль. Острая боль вызывается повреждением ткани, таким как ранение, болезнь или медицинское вмешательство. Это боль часто встречается у детей. Боль называется хронической, если она продолжается дольше, чем можно ожидать, исходя из нормального времени заживления. В научной литературе указываются периоды от 3 до 6 мес.

У детей хроническая боль вследствие рака или артрита. О возвратной боли говорят в тех случаях, когда в течение трех месяцев возникают 3 или более эпизода острой

боли. Эти эпизоды могут быть следствием болезней, таких как артрит, но это могут быть и головная боль или боль в животе без выявляемого ноцицептивного (болевого рецепторного) субстрата [6].

Некоторые хронические и острые болезни детей, сопровождающиеся болями, к сожалению, заканчиваются летальным исходом. В таких случаях факт, что перед смертью ребенок меньше страдал и мучался от боли, может иметь для семьи решающее значение для реабилитации и совладания с потерей ребенка.

Melzack и Wall ввели «теорию контроля ворот», расширив концепцию боли от чисто сенсорного до многопространственного феномена. На физиологическом уровне эта теория показывает, в частности, как эмоции могут влиять на переживание боли. В соответствии с этой теорией ноцицептивная информация может ингибироваться при передаче с периферических нервных волокон на нервные волокна спинного мозга. Авторы описывают этот механизм как ворота. Когда ворота открыты, ноцицептивная информация достигает мозга. При частично или полностью закрытых воротах в мозг приходит меньше информации или она не поступает совсем.

Периферические процессы (например, при трении поврежденной части тела) и центральные процессы (например, при повышенном уровне страха) могут влиять на передачу болевой информации и обуславливать уменьшение или усиление боли.

В таком случае боль связывается со стрессовой ситуацией и часто наблюдается у детей, родители которых имеют в анамнезе подобную боль.

Оценка боли является первым этапом распознавания и лечения боли, позволяя далее перейти к управлению болью и оказанию помощи ребенку в совладании с данным стрессом. В некоторых странах в последнее время широко обсуждается вопрос разработки специальных международных клинических стандартов оценки боли для всех госпитализированных маленьких пациентов [6].

Выбор способа оценки степени боли, помимо вида боли, определяется возрастом и развитием ребенка, клиническими обстоятельствами и культурным фоном [7]. Субъективный характер боли делает ее трудноизмеримым понятием. Это в особенности верно для тех, кто затрудняется выразить свою боль словами. Вследствие этого лечение боли у новорожденных до начала 80-х годов редко производилось адекватно, поскольку предполагалось, что они из-за незрелой нервной системы практически не чувствуют боли. Эксперименты Anand и соавт., а также Anand и Hickey изменили эти представления. Они показали, что у недоношенных новорожденных после хирургического вмешательства с обычной минимальной анестезией развиваются более сильные стрессовые реакции (определяемые как возрастание концентрации катехоламинов, гормона роста, глюкагона, кортикостероидов), у них наблюдалось больше послеоперационных осложнений и смертность была выше, чем в группе новорожденных, получивших полную анестезию (фентанил).

Благодаря лучшим методам наблюдения выяснилось, что новорожденные чувствительны к боли на поведенческом и эмоциональном уровне и что их реакции на повреждающий стимул находятся под влиянием биологических факторов и факторов окружающей среды [8].

Недоношенные новорожденные, по-видимому, даже более чувствительны к болевому стимулу, чем рожденные в срок. В этих условиях познавательное (психическое) развитие играет, вероятно, наиболее важную роль. Поэтому у маленьких детей часто используется методы, основанные на невербальном исследовании поведения, в частности на изучении эмоции. Доступные невербальные способы оценки степени боли при отсутствии «золотого стандарта» исследуются путем сопоставления

результатов с другими мерами (например, физиологическими) и с ожидаемыми изменениями в переживании боли в условиях анестезии и по истечении времени после вмешательства [9, 10].

Ребенок в период от рождения до 3-х лет находится в фазе сенсорно-моторного развития: он думает, если можно так сказать, телом. Поэтому наблюдение за поведением рекомендуется в качестве метода оценки степени боли. Помимо этого, в данной возрастной группе о степени боли судят на основании физиологических изменений, таких как ускоренное сердцебиение и повышенное артериальное давление, замедленное дыхание, потливость ладоней и повышение уровня катехоламинов. Для выполнения физиологических измерений, однако, необходима сложная аппаратура, поэтому к ним прибегают лишь в тех случаях, когда ребенок уже подключен к этой аппаратуре, возможно, при использовании в отделении интенсивной терапии при комбинации поведенческих и физиологических измерений. Примером подобного комбинированного метода является шкала комфорта, с помощью которой регистрируют интенсивность 8 реакций, таких как состояние готовности, спокойствие, возбуждение, движение тела, напряжение мышц (лица), артериальное давление, дыхание и сердцебиение. Это шкала разработана для Голландии и вместе с другими различными способами оценки степени боли в настоящее время исследуется в палате интенсивной терапии отделения детской хирургии академической больницы Роттердама – детской больницы Софии в сотрудничестве с отделением детской хирургии Академического медицинского центра в Амстердаме [7].

Познавательный уровень детей 3–7 лет таков, что они сами указывают на боль. Их повышенная направленность на чувствительность приводит к тому, что различные сенсорные раздражения, например при пункции вены, они переживают сильнее, чем старшие дети. Этими раздражителями могут быть: запах обеззараживающего средства, яркий белый халат, интонация голоса врача, медсестры, делающей укол, и прикосновение резиновой перчатки на руке, и т.д. [11].

Если ребенку около 7 лет, то для регистрации боли могут применяться более абстрактные шкалы интенсивности. Дети 7–12 лет обладают конкретно-операционным мышлением. Способность мыслить абстрактно в этой возрастной категории возрастает, главным образом, у младших детей, еще сильно связанных с абстрактными представлениями [11].

У детей переживание боли, помимо чувствительности, часто связано также с психическими ассоциациями. Боль является не только «колющей», но также чем-то, из-за чего «пропадает хорошее настроение» [9].

Старшие дети также ассоциируют боль с потерей контроля над собственными действиями (например, невозможностью участия в спортивных и школьных мероприятиях).

С 12 лет у ребенка начинает формироваться формальное логическое или абстрактное мышление. Он в состоянии думать о негативных последствиях боли в ближайшем и отдаленном будущем, таких как инвалидность [11].

Заключение В настоящее время в различных странах осуществляется интегрированные проекты, целью которых является разработки методов измерения степени боли у детей. Применяя методы и разрабатывая новые, необходимо все время помнить о том, что многие способы требуют затрат, времени и труда, и это делает невозможным их рутинное применение в клинической практике. При разработке новых методов необходимо в большей степени считаться с тем, что оценивать степень боли приходится в повседневной жизни: дома, в школе, и в больнице. Вышеизложенный ма-

териал позволяет проследивать боль у детей независимо от возраста, включая период новорожденности. Дети достаточно хорошо реагируют на боль и на ответную реакцию выраженных раздражителей, что требует динамического наблюдения и мониторинга. Необходимо проследивать особенности проявления болевой реакции ребенка и проводить адекватную терапию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Winston, et al. (2003). Screening for risk of persistent post-traumatic stress in injured children and their parents // JAMA. – 2003. – V. 290. – P. 643–649.
- 2 Kazak A. et al. (2006). An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress // *Pediatr. Psychol.* – 2006. – N 31. – P. 343–355.
- 3 Sawyer M.G., et al. The relationship between health related quality of life, pain and coping in juvenile idiopathic arthritis // *Rheumatology*. – 2004. – N 43. – P. 325–330.
- 4 Youssef N.N., et al. Quality of Life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients and parents' perception // *Pediatrics*. – 2006. -V. 117, N 7. – P. 54–59.
- 5 Wintgens A, et al. Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children // *Can J. Psychiatry*. – 1997. – V. 42. – P. 611–616.
- 6 Судаков К.В. Нормальная физиология. – Москва, 1999. – 718 с.
- 7 Anand K.I. et al. Pain in Neonates and Infants 1 eds. – Amsterdam, 2007. – P. 11–57.
- 8 Пастернак Т.И., Ткачева Н.Ю. Оценка адекватности послеоперационного обезболивания у детей // *Материалы научно-практической конференции. Актуальные вопросы анестезии, реанимации и интенсивной терапии.* – Мелитополь, 2006. – С. 18–19.
- 9 Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. – М.: Медицина, 2004. – 144 с.
- 10 Zempsky W.T., et al. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems // *Pediatrics*, 2004. – V. 114, N 5. – P. 1348–1354.
- 11 Решетняк В.К., Кукушкин М.Л. Различия восприятия боли в зависимости от возраста и пола // *Анестезиология и реаниматология.* – 2003. – № 2. – С. 67– 69.

Тұжырым

Ж.М. Тұрлекиева

БАЛАЛАРДАҒЫ АУРУ СЕЗІМІНІҢ ПАЙДА БОЛУЫ ЖӘНЕ АУРУ СЕЗІМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

(Әдебиетке шолу)

Жоғарыда айтылғандай, балалардағы ауру сезімі жас ерекшеліктеріне байланысты ғана емес, нәресте кезінде де байқауға болады. Балалар сыртқы тітіркендіргіштерден пайда болған ауру сезіміне айқын жауап береді, сондықтан ол динамикалық және мониторлы бақылауды қажет етеді. Мұндай ауру сезімі болған жағдайда, міндетті түрде адекватты ем жүргізілуі керек.

Summary

Zh.M. Turlekiewa

FEATURES OF THE PAIN AND THE FORMATION OF A PAIN REACTION IN CHILDREN (Literature review)

This brief report describes the features of the literary manifestations of pain response in children of all ages, including the newborn period. Need to trace particular manifestation of pain reaction of the child and make adequate therapy.

УДК 616-053.2

Г.А. АУКЕНОВА

Детский дом «Айналайын», г. Талдыкорган

ГЕВИСКОН В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ ПРИ ИЗЖОГЕ У ДЕТЕЙ

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной обзорной статье отражены особенности кашля при различных заболеваниях и особенности обследования и терапии кашля при гастроэзофагеальном рефлюксе. Кроме того, показана эффективность препарата гевискон в лечении изжоги у детей.

Ключевые слова: гевискон, кашель, изжога, гастроэзофагельный рефлюкс, антациды, желудочный сок, спелеоклиматотерапия.

Длительный кашель после простуды – явление частое. Однако он должен постепенно исчезнуть за две-три недели. Приступообразный кашель в течение четырех месяцев может быть признаком разных хронических заболеваний. Поэтому требует обязательного повторного обследования и лечения.

Специалисты выделяют более десяти причин длительного кашля. Его могут вызывать:

- хронический насморк, фарингит и гайморит;
- заброс содержимого желудка в пищевод – гастроэзофагеальный рефлюкс;
- хронический бронхит;
- курение;
- неблагоприятная экологическая обстановка;
- «кашлевая» астма;
- прием лекарств;
- стрессы;
- туберкулез;
- саркоидоз;
- опухоли легких и бронхов.

Длительным кашлем, к примеру, могут проявляться хронический фарингит, гайморит, инфекционный или аллергический насморк. А также вазомоторный ринит, связанный с плохой работой сосудов в слизистой оболочке носа. При этой проблеме пациентов, как правило, беспокоит не только кашель, но и насморк. Поэтому необходимо пройти обследование у врача-оториноларинголога.

При хроническом инфекционном процессе необходим посев содержимого носоглотки. И в зависимости от чувствительности бактерий к лекарствам назначают антибиотики.

При фарингите применяют противомикробные средства в виде аэрозоля, такие как «Стопангин» и «Йокс». Могут помочь и таблетки для рассасывания во рту. Особенно, эффективны грамидин и фарингосепт.

Если причина постоянного образования слизи в носоглотке – аллергия, обычно назначают противоаллергические препараты: спреи и капли в нос, таблетки. Те же препараты используют и при вазомоторном рините.

При кашле, связанном с Drip-синдромом, хорошо помогают физиотерапевтические процедуры. Особенно – ультразвук и электрофорез с лекарственными веществами. При значительных изменениях в носу может потребоваться небольшая операция.

Бронхит курильщика – еще одна частая причина затяжного приступообразного кашля. Такой тип бронхита возникает из-за постоянного раздражения дыхательных путей веществами, содержащимися в дыме. Длительное курение приводит к изменениям в слизистой оболочке бронхов. Она становится тонкой и легко уязвимой для инфекции.

Бронхит курильщика является начальной стадией серьезного заболевания – хронической обструктивной болезни легких. Основная мера при бронхите курильщика – прекратить курение. Из безрецептурных средств неплохо помогают такие средства, как ацетилцистеин или амброксол. Остальные медикаменты может назначать только специалист.

По данным специалистов, у каждого пятого больного причиной хронического кашля является довольно распространенная болезнь с замысловатым названием – гастроэзофагеальный рефлюкс, основным симптомом которого является изжога.

Суть этого заболевания – в забросе кислого желудочного сока в пищевод. Особенно – в положении лежа. Кашель в этом случае часто сочетается с неприятными ощущениями в груди или в подложечной области, ночной изжогой.

Но приблизительно у половины больных ночной кашель и першение в горле – единственные проявления недуга. Поэтому необходимо обследоваться у гастроэнтеролога.

Лечение такого кашля заметно отличается от традиционных подходов. Пациентам помогают средства, понижающие кислотность в желудке. А также немедикаментозные методы: сон на кровати с приподнятым изголовьем и ужин не позже чем за 2–3 часа до сна.

Как было сказано выше, терапия кашля у больных с гастроэзофагеальным рефлюксом имеет свои особенности и зачастую беспокоит ночью. Лечится такой кашель у гастроэнтеролога.

По данным специалистов, около 70% больных, страдающих кашлем при гастроэзофагеальным рефлюксе, пользуются только антацидами. Но это препараты «экстренной помощи».

Современные популярные препараты, как маалокс, алмагель, гастал, ренни, можно принимать лишь эпизодически [1–5]. На причину изжоги при рефлюкс-эзофагите они не влияют и осложнения не предупреждают. Их эффект основан на нейтрализации кислоты. Как только их действие заканчивается, кислота образуется с новой силой. И неприятные ощущения возвращаются. К тому же длительный прием препаратов, содержащих соединения алюминия, может провоцировать запоры, особенно – у пожилых пациентов. Поэтому людям, страдающим изжогой, необходимы лекарства, действующие более целенаправленно.

Хитом при лечении рефлюкс-эзофагита в настоящее время являются ингибиторы протонной помпы [2, 4, 6, 7–10]. Они подавляют выработку агрессивной соляной кислоты в желудке.

Современные препараты нужно принимать всего один раз в сутки. Они реже вызывают побочные эффекты. Противопоказаниями являются детский возраст, беременность и кормление грудью [11].

Пациент, принимая лекарственные препараты, должен следовать советам по изменению образа жизни. И тогда в большинстве случаев 4–8-недельный курс лечения

приносит свои плоды. Затем рекомендуется принимать лекарства «по требованию», то есть эпизодически.

В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения, необходим консилиум, который решает вопрос о необходимости хирургического лечения. Европейская группа антирефлюксной хирургии рекомендует операцию в следующих ситуациях:

- если проявления сохраняются, несмотря на правильное длительное лечение;
- в случае, когда на фоне лечения возникли осложнения;
- если человек страдает непереносимостью лекарственных препаратов для лечения изжоги, а состояние его постоянно ухудшается.

Хирургическое вмешательство необходимо и в том случае, когда тяжелую изжогу провоцирует грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этот диагноз можно установить только после тщательного обследования.

Обычно лечение проводится каким-то одним препаратом, который подбирается после осмотра пациента.

Чаще всего изжога возникает от заброса в пищевод желудочного сока. Но неправильно «работать» могут не только самые верхние отделы желудочно-кишечного тракта. Нередко в желудок забрасывается содержимое двенадцатиперстной кишки.

Такой «двойной» заброс значительно утяжеляет изжогу. В таких ситуациях в схему лечения теперь рекомендуется включать препараты урсодеоксихолевой кислоты, например урсофальк.

В России в последние годы стали применять препарат гевискон. Это средство уменьшает неприятные ощущения, связанные с повышенной кислотностью желудочного сока. Препарат снимает чувство изжоги, предотвращает кислую отрыжку и ощущение тяжести в желудке после еды. Гевискон начинает «работать» уже после первого глотка. Его можно применять детям и беременным. У нас имеется положительный опыт применения гевискона при кашле у детей с изжогой.

Действующее вещество гевискона – альгинат натрия. Под действием кислоты желудка это соединение превращается в гель. Гель более плотный, чем желудочное содержимое. Поэтому он механически перекрывает путь кислым сокам в пищевод.

К тому же гевискон оказывает обволакивающее и успокаивающее действие на стенки пищевода и желудка. Препарат реализуется без рецепта, однако перед его применением необходимо проконсультироваться со специалистом.

Зачастую кашель при некоторых заболеваниях очень похож на проявления «кашлевой» астмы. От обычной бронхиальной астмы кашлевая отличается тем, что у человека нет удушья, свистов и хрипов. Его беспокоит только приступообразный, надсадный и непрекращающийся кашель.

Такой вариант астмы выявить очень непросто. Нужно специальное обследование. Исследования можно провести в любом диагностическом центре крупного города.

Причинами аллергического кашля могут быть пыльца растений, шерсть животных, домашняя пыль и др. Поэтому до полного обследования при кашлевой астме нежелательно принимать растительные сиропы и делать различные травяные ингаляции.

Кашлевая астма хорошо поддается лечению. Раньше при этом заболевании назначали гормональные таблетки с общим действием. Но в настоящее время ученые разработали специальные ингаляторы, которые «работают» только в дыхательной системе.

Гормоны препятствуют воспалению бронхов и снижают частоту приступов аллергического кашля. Специалисты считают их самым эффективным средством для лечения астмы. Чтобы предупредить приступы, ингаляторами нужно пользоваться долго.

Порой несколько месяцев и даже лет. Но это оправданно, так как человек практически забывает о своей проблеме. Применяются при кашлевой астме и другие противоаллергические средства – например интал.

Какова бы ни была причина кашля, больным хорошо подойдет спелеоклиматическое лечение. Этот новый вид бальнеотерапии сейчас завоевывает все большую популярность.

Спелеоклиматические камеры предназначены для лечения и профилактики заболеваний бронхита, бронхиальной астмы, инфекционного и аллергического хронического насморка, а также фарингита. Помогает этот метод и часто болеющим детям. Регулярное посещение соляных пещер предупреждает череду простуд.

Камеры для спелеоклиматического лечения представляют собой помещения, облицованные изнутри особыми соляными блоками, выпиленными в соляной толще отложений древнего Пермского моря. Лечебным эффектом обладает минерал сильвинит, из которого сделаны стены искусственных пещер. В камерах есть системы кондиционирования, воздухообмена и насыщения воздуха лечебным аэрозолем. Атмосферный воздух, поступающий в камеру, проходит многоступенчатую очистку от пыли, аллергенов, микроорганизмов, выхлопных газов и избытка влаги.

Искусственные пещеры для климатотерапии установлены и успешно функционируют во многих медицинских центрах и санаториях России. И они пока не имеют аналогов в мире.

В заключение еще раз необходимо отметить, что эффективными препаратами в лечении изжоги в настоящее время являются ингибиторы протонного насоса. Они подавляют выработку агрессивной соляной кислоты в желудке. Также необходимо максимально точно соблюдать вышеуказанную диету. У детей при кашле, связанном с изжогой, эффективным препаратом является гевискон, который мы с успехом применяем у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Ивашкин В.Т., Трухманов А.С.* Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерологии, гематологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 6. – С. 27–28.
- 2 *Касьяненко В.И., Васильев Ю.В., Логинов А.С.* Сравнительные данные применения ранитидина висмута цитрата (пилорида) и омепразола в терапии язвенной болезни // Российская гастроэнтерология. – 1999. – № 4. – С. 118–119.
- 3 *Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М., 2003. – С. 266–76.
- 4 *Логинов А.С., Васильев Ю.В., Касьяненко В.И.* Эффективность омепразола в терапии язвенной болезни // Российский ж-л гастроэнт., гепатол., колопрокт. – 1996. – Т. VI, № 3. – С. 93–95.
- 5 *Минушкин О.Н.* Маалокс в клинической практике. – М., 1999. – С. 47.
- 6 *Никольская К.А.* Первый опыт сочетанного применения омепразола, фамотицина, метоклопрамида (церукала) в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с рефлюкс-эзофагитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 100–101.
- 7 *Раков А.Л., Макаров Ю.С., Горбаков В.В.* с соавт. Сравнительная оценка антисекреторной активности фамотицина, омепразола и рабепразола (париета) при язвенной болезни, по данным суточного pH-мониторирования // Военно-медицинский ж-л. – 2001. – № 9. – С. 54–58.
- 8 *Рудь М.В.* Сочетанное применение ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂-рецепторов гистамина в терапии язвенной болезни желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 105.
- 9 *Ткаченко Е.М.* Оптимальная терапия язвенной болезни // Клини. мед. – 1999. – № 8. – С. 35–40.

10 Успенский Ю.П., Саблин О.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты использования препарата омез в лечении язвенной болезни // Гастробюллетень. – 2001. – № 1. – С. 22–23.

11 Шептулин А.А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С. 11–15.

Тұжырым

Г.А. Аукенова

ГЕВИКСОН ПРЕПАРАТЫМЕН БАЛАЛАРДЫҢ ҚЫЖЫЛ КЕЗІНДЕГІ ЖӨТЕЛІН ЕМДЕУ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада гастроэзофагеалдық рефлюкстегі жөтелдің терапиясы мен оны тексерудің ерекшеліктері және басқа да әртүрлі аурулар жағдайындағы жөтелдің айырмашылықтары баяндалған. Сонымен қатар, гевириксон препаратының балаларда кездесетін қыжылды емдеудегі тиімділігі көрсетілген.

Summary

G.A. Aukanova

GAVICON IN THE TREATMENT OF COUGH IN CHILDREN WITH HEARTBURN

(Literature review)

In this review article the characteristics of cough in various diseases and particular examination and treatment of gastroesophageal reflux cough. Also shown efficacy in the treatment of heartburn Gevixon children.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.3-08-084

М.С. МУХАНОВА

Городская поликлиника, г. Талдықорган

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ИЗЖОГЕ, ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

(Обзор литературы)

Аннотация. В статье отражены причины, вызывающие изжогу и отражен современный подход к комплексному лечению изжоги. Показана эффективность лечения изжоги препаратами-ингибиторами протонного насоса – омепразол, рабепразол, эзомепразол, лансопразол, пантапразол, которые подавляют выработку агрессивной соляной кислоты в желудке и являются на сегодняшний день «золотым стандартом» в лечении изжоги.

Ключевые слова: изжога, вредные привычки, соляная кислота, магний, соединительная ткань, кислотность, хеликобактер.

В экономически развитых странах изжогой страдают от 20 до 40% людей. Только в США изжога составляет более 25 млн случаев [1]. В России и странах СНГ количество больных сопоставимо с мировыми значениями [2].

В некоторых случаях изжога вызвана генетической предрасположенностью. Но у большей части населения она возникает из-за вредных привычек.

Во-первых – переедание. Когда желудок переполнен, то его кислое содержимое попадает в пищевод. И слизистая получает ожог [3].

Вторая причина – чрезмерное курение. Особенно страдают те, кто любит курить во время или после обильного застолья. Сочетание вредной пищи и никотина – это прямой путь к ожогу пищевода.

Третья причина – малоподвижный образ жизни. Он ослабляет тонус кишечника, возникают запоры и одно из последствий – изжога.

Четвертая причина – жирная, острая, соленая и копченая еда. Увлечение ею тоже провоцирует эту болезнь. Многим кажется, что изжога безобидна.

Если она возникает редко, то это не опасно. Беспокоит только ощущение жжения в пищеводе. Но запускать нельзя. Иначе изжога может перейти в хроническую форму. Тогда слизистая начинает бороться с соляной кислотой. И от этого развивается предраковое заболевание – так называемый пищевод Баретта. Его можно вылечить только хирургическим путем.

Многие не могут отказаться от радости жизни и периодически балуют себя вредной пищей.

Поэтому тот, кто страдает хронической изжогой, должен понимать, что после шашлыка и бокала красного вина приступа не миновать. Если больной с изжогой наблюдается у врача, то нужно придерживаться препаратов, назначенных специалистом. И снимать приступ с их помощью. При периодической изжоге могут помочь препараты, снижающие кислотность: гастрал, ренни, маалокс [4–6]. Но они не вылечивают изжогу.

Они лишь облегчают воздействие соляной кислоты. От хронической изжоги лечатся годами – долго и упорно. Лечение должно быть комплексным, индивидуальным. Подбираются препараты, снижающие кислотность, устраняющие слабость мышц между пищеводом и желудком, особый режим питания и диета.

При этом необходимо перейти к щадящей пище. Это протертые и слизистые супы, каши, белый подсушенный хлеб, бисквиты, молочные продукты низкой жирности, нежирные сорта мяса и рыбы. Готовят их в виде суфле, паровых котлет, пюре. Овощи на пару или овощные пудинги. Есть нужно часто и маленькими порциями, не пренебрегать перекусами, вторым завтраком и полдником. Подкрепившись в 12 утра бананом или стаканом йогурта, в обед достаточно первого или второго. Неспроста в санаториях и домах отдыха придерживаются дробного питания. Оно отлично налаживает работу пищеварительной системы.

Вышеуказанное питание не излечивает изжогу. Но оно устраняет чувство жжения, возникающего при изжоге. Такая еда обволакивает слизистую и снимает чувство жжения.

Как было сказано выше, изжога вызывается многими факторами. Это неправильное высококалорийное питание, лишний вес, стрессы, курение, некоторые лекарства.

Но сейчас все больше гастроэнтерологов склоняются к тому, что основной «корень зла» – в анатомических особенностях строения пищевода. Именно оно передается по наследству и является причиной того, что недуг становится семейной проблемой.

При этом в последнее время стали выделять особую группу риска при изжоге – людей с нарушенным строением так называемой соединительной ткани. Эта особенность организма обусловлена генетически и затрагивает многие органы.

Кроме изжоги, у таких людей часто бывают повышенная подвижность суставов, плохая переносимость физических и психоэмоциональных нагрузок, повышенная утомляемость, нарушения осанки, плоскостопие и близорукость. Их иммунитет работает хуже, чем у остальных, в связи с чем они чаще простужаются и дольше болеют. К тому же такие люди склонны к аритмиям. Они составляют около 15% случаев.

С вышеуказанной проблемой раз и навсегда избавиться пока невозможно. Однако замечено, что у таких людей часто отмечается нехватка магния. Его регулярное применение помогает предупредить многие нарушения и уменьшает появление изжоги.

Только важно не запутаться. Существуют препараты с магнием, которые уменьшают чувство изжоги, например алмагель, маалокс, гастал [4–6]. Но из них магний почти не усваивается, и целью их применения является просто нейтрализация желудочной кислоты [4–6]. Поэтому здесь идет речь не о них, а о таких таблетках, как магнерот и магне-В6. Именно они являются хорошим подспорьем в улучшении самочувствия людей с наследственными нарушениями.

Кроме того, всем людям, родители которых страдали и страдают от изжоги, важно соблюдать общие рекомендации. Если грамотно проводить профилактику, вероятность наследственной изжоги сводится к минимуму.

Диета в этом случае играет важную, но не главную роль. Взгляды гастроэнтерологов на диету в последнее время тоже изменились.

Главное, чего следует избегать, это слишком жирной пищи, крепкого кофе, чая и газированных напитков.

Жирная еда приводит к выработке большого количества желчи и пищеварительных соков. Все это вместе с желудочным соком может забрасываться в пищевод, что усиливает неприятные ощущения. Но это не значит, что надо переходить на яблочную или овощную диету. Белковая пища типа нежирного отварного мяса, рыбы и творога только приветствуется. Она уменьшает вероятность изжоги.

Газ из «шипучек» растягивает желудок и часто провоцируют чувство жжения и кислую отрыжку. Ну а кофеин из чая и кофе может ослаблять тонус мышцы, расположенной между пищеводом и желудком. И кислота свободно попадает туда, где ее в норме быть не должно.

Вместе с тем организм каждого человека индивидуален. И кто-то может спокойно есть лимоны, но при этом реагировать на кетчуп.

Поэтому пациенту необходимо внимательно прислушаться к своему организму и избегать того, что вызывает нарушения. Лучше всего завести пищевой дневник. В нем больному необходимо записывать, что съел, что делал после еды и какие ощущения испытывал. Это поможет быстрее и эффективнее сориентироваться, что же именно вызывает изжогу.

В настоящее время разработаны современные рекомендации по образу жизни при этой проблеме.

Они заключаются в том, что прежде всего надо избегать деятельности, связанной с наклоном туловища. Необходимо подумать о том, как организовать работу по дому и на садовом участке так, чтобы наклоняться как можно реже.

О своей склонности к изжоге больному надо помнить и при подборе фитнес-программы. Нужно постараться, чтобы большинство упражнений выполнялись стоя и сидя. Даже пресс лучше качать в положении виса на турнике.

Молодым девушкам не стоит забывать, что изжогу может провоцировать тугая одежда. Вновь входящие сейчас в моду корсеты им противопоказаны.

Желательно также изменить свое положение в постели во время ночного сна. Верхнюю часть кровати нужно приподнять на 10–15 сантиметров. А вот дополнительная подушка здесь не подойдет. Тело во время сна будет в согнутом положении, что не очень хорошо для органов пищеварения.

Нежелательно ложиться сразу после еды. Есть надо часто, но понемногу и ужинать не позже чем за три часа до сна, тщательно пережевывая пищу.

Если у пациента есть лишний вес, необходимо снизить массу тела. Каждый лишний килограмм увеличивает риск появления изжоги.

Если все эти меры не помогли и изжога все-таки периодически беспокоит, необходимо обратиться к специалисту. Нужно пройти обследование. Обычно оно включает эндоскопический осмотр – фиброгастроскопию, но иногда требуется и рН-метрия. После этого гастроэнтеролог подберет схему лечения. Сейчас считается, что помощь врача необходима, если изжога возникает чаще, чем один раз в неделю.

Дело в том, что изжога – это не только неприятное чувство. Постоянное попадание пищеварительных соков в пищевод повышает риск появления эрозий, язв и даже рака. Кроме того, заброс содержимого может провоцировать кашель и осиплость голоса.

Если изменения будут серьезными, придется пройти полный курс лечения и принимать препараты, снижающие кислотность, каждый день. В большинстве случаев 4–8-недельный курс лечения современными препаратами приносит облегчение. Но эффект будет лишь при соблюдении вышеперечисленных рекомендаций по диете и образу жизни. Надеяться на таблетки и полностью забывать о правильном питании и поведении нельзя.

В других случаях возможна так называемая «терапия по требованию». Специалист подскажет, какое лекарство и в каком случае лучше всего принимать. Обычно лечение проводится каким-то одним препаратом.

При изжоге правильная тактика лечения очень важна. Молодому поколению не стоит пользоваться «бабушкиными» рецептами типа приема соды, разведенной водой. От такого «лечения» больше вреда, чем пользы. Снимая сиюминутную изжогу, сода может изменить кислотно-щелочное равновесие во всем организме и вызвать проблемы со здоровьем.

Даже такие популярные препараты, как ренни, маалокс, алмагель, гастал, стоит принимать лишь эпизодически [5]. Ведь это – своего рода скорая помощь для пищевода. На причину изжоги они не влияют. Как только их действие заканчивается, кислота образуется с новой силой. К тому же эти средства не предупреждают осложнения, возникающие при постоянном чувстве изжоги. Поэтому нужны препараты, работающие целенаправленно.

«Золотым стандартом» в лечении изжоги в настоящее время являются такие препараты, как омепразол, рабепразол, эзомепразол, лансопразол, пантопразол [5–11]. Они подавляют выработку агрессивной соляной кислоты в желудке. Современные средства удобны в использовании. Принимать их нужно всего один-два раза в сутки.

В заключение необходимо отметить, что они достаточно безопасны и неприятные ощущения вызывают довольно редко. Но некоторые нюансы у них все же есть. Перед применением противокислотных препаратов важно обследовать человека на наличие хеликобактера, и если эта бактерия в желудке есть, ее надо уничтожить.

Необходимо еще раз отметить, что «золотым стандартом» в лечении изжоги являются в современное время ингибиторы протонного насоса.

- 1 Шептулин А.А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С. 11–15.
- 2 Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13, № 6. – С. 27–28.
- 3 Касьяненко В.И., Васильев Ю.В., Логинов А.С. Сравнительные данные применения ранитидина висмута цитрата (пилорида) и омепразола в терапии язвенной болезни // Российский гастроэнтерол. журнал. – 1999. – № 4. – С. 118–119.
- 4 Логинов А.С., Васильев Ю.В., Касьяненко В.И. // Эффективность омепразола в терапии язвенной болезни. Российский ж-л гастроэнт., гепатол., колопрокт. – 1996. – Т. VI. – № 3. – С. 93–95.
- 5 Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М., 2003. – С. 266–276.
- 6 Минушкин О.Н. Маалокс в клинической практике. – М., 1999. – С. 47.
- 7 Никольская К.А. Первый опыт сочетанного применения омепразола, фамотидина, метоклопрамида (церукала) в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с рефлюксэзофагитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 100–101.
- 8 Раков А.Л., Макаров Ю.С., Горбаков В.В. с соавт. Сравнительная оценка антисекреторной активности фамотидина, омепразола и рабепразола (париета) при язвенной болезни, по данным суточного рН-мониторирования // Военно-медицинский ж-л. – 2001. – № 9. – С. 54–58.
- 9 Рудь М.В. Сочетанное применение ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂-рецепторов гистамина в терапии язвенной болезни желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – №1. – С. 105.
- 10 Ткаченко Е.И. Оптимальная терапия язвенной болезни // Клин. мед. – 1999. – № 8. – С. 35–40.
- 11 Успенский Ю.П., Саблин О.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты использования препарата омез в лечении язвенной болезни // Гастробюллетень. – 2001. – № 1. – С. 22–23.

Тұжырым*М.С. Муханова***ОТБАСЫЛЫҚ ҚЫЖЫЛ**

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада қыжылды тудыратын себептер және қыжылды жан-жақты емдеудің заманауи әдістері баяндалған. Асқазандағы агрессивті тұз қышқылының өндірулерін басатын және бүгінгі күнге қыжылды емдеуіндегі «алтын стандарт» болып табылатын Омепразол, Рабепразол, Эзомепразол, Лансопризол, Пантопризол сияқты қыжылды емдеуге арналған протондық үрлегіштің ингибитор-препараттарының тиімділігі көрсетілген.

Summary*M.S. Mukhanova***FAMILY HEARTBURN**

(Literature review)

In this review article the causes of heartburn and reflects the modern approach to comprehensive treatment of heartburn. The efficiency of the treatment of heartburn drugs, proton pump inhibitors – omeprazole, rabeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole that suppress the production of corrosive hydrochloric acid in the stomach, and are by far the «gold standard» in the treatment of heartburn. In addition, the effectiveness of Gaviskon in pregnant women.

УДК 616.3

*М.С.МУХАНОВА**Городская поликлиника, г. Талдыкорган***ПРОКИНЕТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ИЗЖОГИ У КУРИЛЬЩИКОВ****(Обзор литературы)**

Аннотация. В данной статье показана особенность проявления изжоги у курильщиков и эффективность комбинированного применения прокинетиков и ингибиторов протонной помпы.

Ключевые слова: изжога курильщиков, прокинетик, ингибиторы, протоновый насос, антациды, эрозия, язва.

Одна из самых частых причин изжоги – курение. Особенно страдают те, кто любит курить во время или после обильного застолья. Сочетание вредной пищи и никотина – это прямой путь к ожогу пищевода. К курению провоцируют перченая или слишком ароматная еда. Такая пища раздражает вкусовые рецепторы, и поэтому она может усилить желание курить. К тому же копченость увеличивают канцерогенность табака.

Традиционно изжогу предлагалось лечить с помощью изменения образа жизни и препаратов, снижающих кислотность желудочного сока. Но в последние годы стала активно использоваться еще одна группа лекарств так называемые прокинетики.

При этом хорошие результаты дает основной прокинетик – домперидон [1], с прекрасным эффектом, который мы применяем при изжоге у курильщиков.

Эти таблетки воздействуют непосредственно на первопричину изжоги, приводя в норму сокращения мышц пищевода и желудка. Они как бы проталкивают пищу в нужном направлении.

Раньше такие препараты врачи выписывали лишь эпизодически, когда обычное лечение давало недостаточный эффект [1]. Сейчас их рекомендуют использовать более длительными курсами и назначают гораздо чаще. Это связано с тем, что в последние годы появились новые средства из этой группы, которые хорошо переносятся [1]. Доказано, что включение их в схему лечения значительно снижает частоту появления изжоги и уменьшает чувство тяжести в желудке [1–4].

В случае если у больного с изжогой имеется эрозивный эзофагит, необходим прием так называемых ингибиторов протонового насоса. Они подавляют выработку агрессивной соляной кислоты в желудке. Они удобные в применении – один раз в сутки. Редко вызывают побочные явления. Противопоказание – детский возраст, беременность и кормление грудью.

Кроме того, нежелателен прием препаратов понижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, нитраты, антидепрессанты, антагонисты кальция) и медикаменты, которые могут вызвать воспаление (нестероидные противовоспалительные средства, хинидин, доксицикли) [1].

Еще одна новинка – таблетка, в которую включены сразу два компонента. Один из них противокислотный, а второй уменьшает вероятность заброса желудочного сока.

Так что сейчас схемы лечения пополнились новыми препаратами. Они удобны в использовании и реже вызывают побочные эффекты, чем лекарства предыдущих поколений. Правда, большинство новых таблеток отпускаются по рецептам. Рекомендовать их должен специалист. Безрецептурные средства от изжоги – антациды.

Эти препараты относятся к группе антацидов. Их никогда не рекомендовали для длительного лечения изжоги. Они чаще всего служат средством скорой помощи [5, 6].

Принцип действия антацидов – простая нейтрализация кислоты. На причины возникновения изжоги они не действуют. Поэтому, как только их эффект заканчивается, кислота образуется с новой силой. И неприятные ощущения возвращаются уже через несколько часов.

Прием антацидов в течение нескольких недель или месяцев может приводить к запорам, поносам и другим побочным действиям. К тому же лекарства из этой группы часто влияют на эффективность других препаратов. Поэтому, если больной уже принимает какие-либо таблетки, необходимо изучить инструкцию и выяснить, совместимы ли они с антацидами.

Так что алмагель, ренни и их аналоги в основном рекомендуется принимать эпизодически, например, при каких-то погрешностях в питании [5, 6]. Препарат, который можно использовать достаточно долго – это гевискон. Под действием кислоты желудочного сока он превращается в желудке в подобие мягкой мармеладки. Своеобразный «плотик» из лекарства всплывает и механически перекрывает путь кислого сока в пищевод. При этом он оказывает обволакивающее и успокаивающее действие на раздраженные стенки пищевода и желудка.

Кроме того, необходимо помнить это в комплексном лечении, очень важно строго соблюдать диету, предписанную специалистом и прекратить курить.

Стиль и режим питания играют существенную, но не главную роль в возникновении изжоги. Ведь основная причина неприятных ощущений кроется в анатомических особенностях человека. Но некоторые принципы здорового питания соблюдать все же необходимо.

Стоит избегать слишком жирной и жареной пищи. Но это не значит, что надо отдавать предпочтение вегетарианской диете. Плотная белковая пища, например нежирное отварное мясо, изжогу не провоцирует.

А вот от газированных напитков придется отказаться. Нежелательно также пить крепкий кофе и чай, в том числе мятный. Эти напитки могут ослаблять тонус мышцы, расположенной между пищеводом и желудком. Из-за этого кислота забрасывается туда, где в норме ее быть не должно.

Из продуктов, уменьшающих изжогу, можно отметить различные кисели, особенно пектиновые. Они обладают обволакивающим действием, и их можно пить в течение длительного времени.

При жалобах на изжогу больным также необходимо специальное обследование.

Считается, что обследование и лечение у гастроэнтеролога обязательно, если изжога возникает у человека чаще, чем один раз в неделю. Ведь чувство жжения за грудиной – не просто неприятное ощущение. Частое попадание пищеварительных соков в пищевод повышает риск появления эрозии, язв и даже рака пищевода. Кроме того, заброс кислоты может провоцировать кашель и осиплость голоса. Поэтому гастроскопию при изжоге нужно сделать обязательно.

Очень важна и проверка на наличие хеликобактера. По последним данным ученых, препараты для снижения кислотности можно длительно принимать лишь после уничтожения инфекции в желудке. Если этого не сделать, вредная бактерия расселяется по всему желудку, что повышает риск опасных последствий.

Обнаружить инфекцию в желудке можно при помощи дыхательного теста. По большому счету этими двумя исследованиями можно ограничиться.

Но иногда пациентам предлагают пройти еще одно современное обследование – измерение кислотности в течение 24 часов. За выработкой соляной кислоты и ее местонахождением следят несколько датчиков. Их помещают в пищевод, различные участки желудка и в двенадцатиперстную кишку через носовой зонд.

Человек в течение суток ведет обычную жизнь, а прибор измеряет кислотность и записывает данные в компьютер. Методика позволяет изучить особенности выделения желудочного сока в зависимости от приемов пищи, физической активности и действия лекарств.

Стоит отметить, что это исследование иногда предлагают делать чаще, чем это действительно необходимо. Особенно в частных медицинских центрах, ведь стоит оно недешево. На самом деле суточное измерение кислотности желудочного сока необходимо, если обычное лечение изжоги не дает эффекта в течение 4–6 недель.

Нужно помнить, что, если не лечить изжогу, она не может привести к язве желудка [7–11].

При изжоге и язвенной болезни желудка главным «виновником» неприятных ощущений становится кислота желудочного сока [8–12]. Соответственно, для лечения используются одинаковые препараты. На этом сходства этих заболеваний заканчиваются [7–11].

Согласно современным представлениям, язвы возникают из-за наличия хеликобактера и стрессов. А на появление изжоги влияют совсем другие факторы.

Соответственно, язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке не могут стать следствием изжоги [7–11]. Но отсутствие лечения может привести к появлению эрозий и язв в пищеводе [7–11].

Вылечить изжогу раз и навсегда невозможно. Как было сказано выше, главной причиной изжоги являются анатомические особенности пищевода и желудка и нарушения двигательной активности этих органов. Их функцию неплохо корректируют таблетки.

А вот анатомию кардинально изменить можно лишь хирургическим путем. Но операцию при изжоге делают лишь в самых тяжелых ситуациях. В остальных случаях стремятся воздействовать на факторы риска, которые увеличивают вероятность появления изжоги.

Например, если человек имеет лишний вес, нужно постараться снизить массу тела. Отложения жира приподнимают диафрагму и тем самым провоцируют неприятные ощущения.

Если изжога возникает в основном по ночам, желательно изменить условия сна. Ужинать рекомендуется не позже чем за 3 часа до сна. Изголовье кровати нужно приподнять на 10–15 сантиметров, подложив под него какой-либо предмет. При склонности к изжоге надо также избегать работы, связанной с наклоном туловища, и одежды, утягивающей в области талии.

Таким образом, для достижения отличных результатов при лечении изжоги и сохранения длительной ремиссии прекрасные результаты дает совместное применение прокинетиков и ингибиторов протонного насоса.

1 Абдуллаева Р.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЕРБ) – социальная проблема // Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 46–47.

2 Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 13. – № 6.

3 Касьяненко В.И., Васильев Ю.В., Логинов А.С. Сравнительные данные применения ранитидина висмута цитрата (пилорида) и омепразола в терапии язвенной болезни // Гастроэнтерология. М.-Л. – 1999. – № 4. – С. 118–119.

4 Шептулин А.А. Современная стратегия лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С. 11–15.

5 Минушкин О.Н. Маалокс в клинической практике. – М., 1999.

6 Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – М., 2003. – С. 266–76.

7 Никольская К.А. Первый опыт сочетанного применения омепразола, фамотидина, метоклопрамида (церукала) в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с рефлюкс-эзофагитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 100–101.

8 Раков А.Л., Макаров Ю.С., Горбаков В.В. с соавт. Сравнительная оценка антисекреторной активности фамотидина, омепразола и рабепразола (париета) при язвенной болезни, по данным суточного рН-мониторирования // Военно-медицинский журнал. – 2001. – № 9. – С. 54–58.

9 Рудь М.В. Сочетанное применение ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂-рецепторов гистамина в терапии язвенной болезни желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 1. – С. 105.

10 Ткаченко Е.И. Оптимальная терапия язвенной болезни // Клин. мед. – 1999. – № 8. – С. 35–40.

11 Успенский Ю.П., Саблин О.А. Клинические и фармакоэкономические аспекты использования препарата омез в лечении язвенной болезни // Гастробюллетень. – 2001. – № 1. – С. 22–23.

Тұжырым

М.С. Муханова

ШЫЛЫМ ШЕГУШІЛЕРДІҢ ҚЫЖЫЛЫН ЕМДЕУДЕГІ ПРОКИНЕТИКТЕР

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада қыжылдың шылым шегушілерге әсер ету ерекшелігі және протон помпасының прокинетиктері және ингибиторларының алма-кезек қолдануының тиімділігі жөнінде баяндалған.

Summary

M.S. Muhanova

PROKINETICS IN THE TREATMENT OF HEARTBURN IN SMOKERS

(literature review)

This feature article describes the symptoms of heartburn in smokers and efficacy of combined use of prokinetics and proton pump inhibitors.

УДК 616.3

И.А. СТАМБЕКОВА

Алакольская районная больница, Алматинская область

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

(Обзор литературы)

Аннотация. В лечении синдрома раздраженного кишечника отражен комплексный подход к лечению синдрома раздраженного кишечника с соблюдением диеты. При этом показана высокая эффективность лазерного облучения крови, которая восстанавливает нормальный эмоциональный фон, нарушенный при данном заболевании.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, перекисное окисление липидов (ПОЛ), внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК).

Такой термин действительно существует, и появился он уже больше десяти лет назад на конференции гастроэнтерологов в Риме, где были определены основные критерии постановки диагноза этой болезни. У нас до сих пор распространен термин «дисбактериоз кишечника», но необходимо помнить, что это не совсем одно и то же [1].

Согласно «римским критериям», синдром раздраженного кишечника – это комплекс расстройств, которые беспокоят человека больше трех месяцев и характеризуются болями и дискомфортом, появлением запоров или поносов, метеоризмом [2–4].

И если вам поставлен такой диагноз, значит, ваш пищеварительный тракт не в порядке и требует внимания. Серьезной угрозы для здоровья, быть может, и нет, но, тем не менее, это хроническое заболевание, которое необходимо лечить. Неправильное питание или нарушение его привычного режима, например, с наступлением лета, командировками или путешествиями, конечно, одна из основных, но далеко не единственная причина, которая может привести к болезни. На работу кишечника ощутимое влияние оказывают нервно-психические, психоэмоциональные расстройства, стрессы, малоподвижный образ жизни при которых нарушается система ПОЛ и антиоксидантной защиты (АОС) [5]. Это может быть следствием эндокринных нарушений, таких как ожирение и сахарный диабет. А у женщин это может быть связано и с менструальным циклом, и с беременностью, и с климаксом, и с некоторыми гинекологическими заболеваниями [5].

При этом необходимо под руководством специалиста прежде всего выявить причину проблемы, а затем уже решать, как от нее избавляться. Растеряться действительно немудрено, учитывая то, что литература по проблемам питания переживает сейчас настоящий бум. Общие принципы питания при раздраженном кишечнике разработаны уже давно, просто их необходимо усвоить раз и навсегда.

Первое Эффективна так называемая «диета исключения», не содержащая кофеин, лактозу, фруктозу, уксус, алкоголь, перец, копчености – все то, что вызывает чрезмерное газообразование.

Второе Необходимо учитывать, чем преимущественно сопровождается болезнь – болями и метеоризмом, запорами или поносами. Подход здесь может быть прямо противоположным.

Третье Активно использовать продукты и блюда, которые содержат вяжущие дубильные вещества. Это отвары и кисели из сухой черники и малины, ягод черемухи, груш, кизила, айвы, сок и отвар кожуры гранатов, сок калины, крепкий чай. Помогут блюда, обволакивающие слизистую оболочку кишечника, например, отвары круп, протертые каши, слизистые супы. Уменьшает газообразование, а значит, и снимает боль настой из семян укропа. Это то, что известно давно и проверено временем.

Четвертое Напитки и блюда использовать только в теплом виде. Запрещаются блюда с температурой ниже комнатной.

Пятое Поскольку нарушена микрофлора кишечника, нужны кисломолочные продукты, а также небольшое количество хорошо протертых фруктов, ягод и овощей. При нормальной переносимости можно посоветовать яблочные, овощно-фруктовые диеты.

Шестое В связи с большими потерями белков, витаминов и минеральных веществ при поносах их содержание в рационе должно быть несколько выше обычного – в основном за счет вареных мясорыбных, творожных, яичных блюд. Обогатят питание и поливитаминные препараты.

Седьмое При метеоризме исключают бобовые, капусту и другие продукты, содержащие легкосбраживаемые углеводы. Необходимо ограничить потребление пива, яблочного и виноградного соков, бананов, орехов, изюма.

Метеоризму способствует также сорбит, добавляемый в диетические продукты и лекарства. Следует помнить, что избыток растительных волокон приводит к повышенному газообразованию, но обычно это проходит через несколько дней после того, как организм привыкнет к диете.

Восьмое Переедание у людей, страдающих синдромом раздраженного кишечника, способствует развитию диареи и спазмов.

При этом станет легче, если есть меньше или разделить количество пищи на несколько приемов. Это касается тех, чей рацион состоит в основном из продуктов, богатых углеводами: макарон, риса, белого хлеба, овощей.

Частым симптомом является запор. Сначала нужно пройти полное обследование и выяснить причину запора. Затем уже подбираются лекарства. Наши наблюдения показывают, что при этом хорошие результаты дает применение подорожника. Что касается подорожника, то это эффективное средство. И сейчас продается специальный препарат на основе семян подорожника – мукофальк. Принимают его внутрь по 5 г 2–6 раз в сутки. Перед употреблением содержимое пакетика высыпают в стакан, который медленно наполняют холодной водой, затем размешивают, тотчас выпивают и запивают еще одним стаканом воды. В сутки необходимо не менее полутора литров жидкости.

Этот препарат можно принимать даже беременным женщинам. Только необходимо помнить, что в первые дни, возможно, некоторое усиление метеоризма и ощущение переполнения в животе. Затем все войдет в норму.

В лечении синдрома раздраженного кишечника применяются лекарственные препараты. Это опять-таки зависит от того, какие симптомы преобладают – боли и метеоризм, понос или запоры.

При болях и метеоризме оптимальным считается назначение пиноверума бромида. Но сейчас появились и новейшие лекарства, так называемые, агонисты, антагонисты и адренергические вещества.

При поносе эффективен лоперамид – он безопасен, не вызывает побочных эффектов и поэтому включен в группы безрецептурных препаратов. Сейчас появилась

новая форма этого лекарства – не традиционные капсулы, а маленькие, быстрорастворимые на языке, таблетки, которые даже не нужно запивать водой. Они помогут также при тошноте, рвоте, нарушениях глотания. Хорошо зарекомендовал себя и комбинированный препарат, содержащий одновременно лоперамид и симетикон.

При преобладании запоров, если не помогает диета, необходимо принимать слабительные. Среди них наилучшим образом проявили себя лактулоза и магнезальное молочко. Солевых средств, которые были некогда популярными, лучше избегать, они могут усилить боль. Не помешают также пищевые добавки с содержанием растительных волокон.

Помимо приема лекарств, не обойтись и без дополнительных лечебных процедур. Это может быть физкультура, физиотерапия, гипноз, а также групповое лечение в специальных школах и клубах для больных с синдромом раздраженного кишечника.

При синдроме раздраженного кишечника необходимо соблюдать не только правильную диету. Не менее важен и психологический настрой на выздоровление. При этом прекрасные результаты дает внутривенное лазерное облучение крови. Облучение крови лазером не только ускоряет выздоровление, но и поднимает настроение пациента. ВЛОК было признано официальной медициной лишь несколько лет назад. А до недавнего прошлого эта методика считалась экспериментальной и представляла скорее научный, чем практический, интерес. Сейчас ситуация кардинальным образом изменилась.

Это объясняется с двух позиций: во-первых, ВЛОК дает великолепные результаты, а во-вторых, выполнение этой манипуляции отличается редкостной простотой. В поверхностную локтевую вену вводят одноразовый световод и оставляют там на некоторое время. Длительность сеанса зависит от типа лазера и вида болезни. Обычно курс состоит из 5–10 сеансов. Но уже после первой процедуры в большинстве случаев заметно небольшое улучшение.

С уверенностью можно сказать, что сейчас не осталось ни одной медицинской отрасли, в которой бы не использовалось лазерное облучение крови. Оно практикуется в терапии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, гинекологии, хирургии и даже психиатрии. Такое широкое распространение ВЛОК получило благодаря своему разностороннему действию. Мощное световое излучение «работает» во многих направлениях, и поэтому результат достигается с помощью сразу нескольких лечебных эффектов. Лазерное облучение крови обладает антиоксидантными свойствами, стимулирует иммунитет, повышает неспецифическую резистентность организма и имеет многие другие положительные эффекты [6–12].

Так, ВЛОК обладает выраженной противовоспалительной активностью: оно расширяет кровеносные сосуды и тем самым «убирает» существующий отек. Жидкость, сдавливающая нервные окончания, постепенно рассасывается, и исчезает второй симптом воспаления – боль. Кроме того, лазерное облучение улучшает кровоснабжение поврежденных тканей и способствует их быстрому восстановлению [6–12]. Все эти механизмы полностью оправдывают использование ВЛОК в лечении синдрома раздраженного кишечника. Оно предотвращает воспалительные осложнения и уменьшает болевые ощущения, которые всегда беспокоят больного. Оно помогает человеку не только намного легче и безболезненнее пережить это сложное время, которое наблюдается при синдроме раздраженного кишечника, но и стимулирует работу собственной иммунной системы. Так что лазерное облучение крови является прекрасным дополнением в лечении данного заболевания.

Не так давно английские ученые доказали, что лазерное облучение прекрасно сказывается не только на самочувствии человека, но и на его настроении. Такой вывод был сделан после наблюдения за авиадиспетчерами, которым в течение нескольких дней проводили кратковременные сеансы ВЛОК. После первых же процедур «подопытные» отмечали восстановление нормального эмоционального фона, снижение уровня тревоги и агрессии. После этого лазерное облучение стало считаться универсальным средством и от физического недуга, и от стрессовых ситуаций [7–9, 13].

Однако, как и любое лекарство, ВЛОК имеет свои противопоказания. К ним относятся пониженное артериальное давление, выраженная сердечная недостаточность и анемия. Поэтому перед первым сеансом лазеротерапии надо получить консультацию врача, который подберет оптимальный режим облучения. Как было сказано выше, не менее важен психологический настрой на выздоровление. Это очень важный момент. Раздраженный кишечник действительно очень часто сопровождается и «раздраженным настроением» [14–17]. И если болезнь еще не достигла критического состояния, больной должен постараться справиться с ней силой своего характера. Но это, правда, отнюдь не исключает обследования кишечника, соблюдение диеты и правильного образа жизни.

Эффект часто зависит не столько от врачей, современного оборудования и новых лекарств, сколько от веры во все это. При этом необходимо создать чувство внутренней гармонии, спокойствия и радости, сконцентрировать внимание не на боли, а на приятных ощущениях где-нибудь в других органах. А потом эти приятные ощущения как бы «размножить» и разнести по всему организму. Это достаточно простой и эффективный способ: можно целый день чувствовать себя вполне комфортно.

В заключение необходимо еще раз напомнить, что терапия синдрома раздраженного кишечника должна быть комплексной и нужно подходить к лечению с ответственностью. При этом необходимо в комплексном лечении применять ВЛОК, который дает прекрасные результаты для восстановления нормального эмоционального фона, нарушенного при синдроме раздраженного кишечника, что мы наблюдали при лечении больных с данным синдромом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кориунов В.М., Володин В.В., Ефимов Б.А. Дисбактериозы кишечника // Детская больница. – 2000. – № 1. – С. 66–74.
- 2 Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки // Гастроэнтерологический справочник. – М., 1998. – С. 86–89.
- 3 Шептулин А.А. Трудности и ошибки диагностики синдрома раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 2. – С. 64–66.
- 4 Mayer E.A., Naliboff B.D., Chang L. Basic pathophysiological mechanisms in irritable bowel syndrome // Dig. Dis. Sri. – 2001. – V. 19, N 2.3. – P. 286–2871.
- 5 Жуманкулов М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. Роль свободнорадикального окисления липидов в патогенезе некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 20–22.
- 6 Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматическая медицина. – СПб: Сотис, 1999. – С. 319.
- 7 Жуманкулов М.С., Джампарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический архив. – 2011. – № 02 (30). – С. 54.
- 8 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Ерсханова Б.К. и др. Квантовая гемотерапия в лечении бронхиальной астмы с сопутствующими ЛОР-заболеваниями // Улучшение качества

лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области: Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной). – 2011. – С. 21–23.

9 Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. Фотогемотерапия при стрессовой гипертензии // Терапевтический архив. – 2011. – № 02 (30). – С. 54–55.

10 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Экстракорпоральное лазерное облучение крови в комплексном лечении кохлеарного неврита // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области: Сборник материалов VII научно-практической конференции (межрегиональной). – 2011. – С. 27.

11 Злотников К.Л. Лазер для гайморита // Женское здоровье. – 2004. – № 2. – С. 14–15.

12 Золотова Н.Б., Мазихина Д.А., Журавский С.Г. и др. Слухоулучшающий эффект лазерной терапии при хронической сенсоневральной тугоухости на фоне сахарного диабета типа 2 // Оториноларингология. – Бас, Мойын Хирургиясы. – 2011. – № 1–2. – С. 109.

13 Ковалёва И.В. Лазер против агрессии // Женское здоровье. – 2003. – № 4. – С. 6.

14 Коркина М.В., Мартон В.В. Психосоматические расстройства толстой кишки // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1989. – № 11. – С. 96–100.

15 Марилов В.В., Орестова Т.Ю., Марилова Т.Ю. Психопатологические варианты синдрома раздраженной кишки // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 96. – С. 64–65.

16 Марилов В.В., Орестова Т.Ю., Марилова Т.Ю. Психопатологические варианты синдрома раздраженной толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 6. – С. 64–65.

17 Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. – М., 2000. – С. 160.

Тұжырым

И.А. Стамбекова

ҚАБЫНҒАН ІШЕК СИНДРОМЫН ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІ ТЕРАПИЯСЫ

(Әдебиетке шолу)

Түршіккен ішектердің синдромын емдеуде диетаны сақтауы бар қозу ішектерінің синдромының емдеуіне кешенді жол қайтарған. Сонымен бірге осы аурулар бұзылған нормалы қызу фонды қалпына келтірген қанның лазер сәулесі түсірудің биік тиімділігі көрсетілген.

Summary

I.A. Stambekova

RATIONAL THERAPY IN THE TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

(literature review)

In the treatment of irritable bowel syndrome reflects a comprehensive approach to treating bowel syndrome injure diet. In this case, high efficiency laser irradiation of blood, which restores a normal emotional background, disturbed in this disease.

И.А. СТАМБЕКОВА

Алакольская районная больница, Алматинская область

СОВРЕМЕННАЯ РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОРАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной обзорной статье показана терапия и профилактика орального кандидоза. При этом отражена эффективность противогрибковых препаратов как местного, так и внутреннего применения в комплексе с местным лазерным облучением и квантовой гемотерапией (лазерное и ультрафиолетовое облучение крови).

Ключевые слова: оральный кандидоз, диета, дисбактериоз, противогрибковые препараты, хилак форте, УФО крови, лазерное облучение крови.

О молочнице – грибковом заболевании половых органов – известно чуть ли не каждой женщине [1, 2]. А вот о том, что дрожжи могут поражать слизистую ротовой полости, знают лишь очень немногие. Между тем такая локализация инфекционного процесса становится все более частой, и виноваты в этом реалии нашего времени [3]. Экология, хронические заболевания, аллергическая настроенность – вот основные причины.

Грибы рода *Candida* начинают размножаться только там, где есть нарушения иммунной системы. Дефицит защитных сил приводит к безудержному делению дрожжевых клеток, которые постепенно образуют огромные колонии. Чаще всего этот процесс «запускается» после приема антибиотиков, которые вызывают дисбактериоз при таких воспалительных заболеваниях, как ангина, пневмония, бронхиты и т.д. Проявления дисбактериоза различны: от аллергических заболеваний и нарушения пищеварения, до угревой сыпи и кандидоза, в том числе орального, при котором, как было сказано выше, страдает иммунитет, а также нарушается система свободнорадикального окисления липидов, снижается функция антиоксидантной защиты [4–7].

Кроме того, дисбактериоз сопровождают такие неприятные проблемы, как боль и урчание в животе, неустойчивый стул, запоры и поносы, что сопровождается раздраженным настроением. Все это отражается на здоровье вообще и на микрофлоре организма в частности. В связи с вышеуказанным, дисбактериоз не является чисто детской проблемой. Просто дети реагируют быстрее и активнее [8].

Прием антибиотиков не только подавляют иммунитет, но и уничтожает микрофлору, регулируя рост грибов. Именно поэтому кандидоз называют «последствием вылеченной инфекции» [9].

Оральный кандидоз – настоящий бич астматиков, которые вынуждены регулярно пользоваться аэрозольными гормонами [10]. Эти препараты незаменимы для устранения удушья, но в то же время они сильно подрывают местный иммунитет. В результате дрожжевой стоматит считается верным спутником бронхиальной астмы, при котором проявляются такие симптомы, как зуд и сухость во рту, что также отражается на психоэмоциональном состоянии больного. Но при желании можно предотвратить развитие этого осложнения. Во-первых, надо полоскать рот теплой водой после каждого вдоха гормонального аэрозоля. А во-вторых, ингаляции лучше проводить с помощью спейсе-

ров большого объема. Тогда большая часть лекарства попадает в нижние дыхательные пути, а не в ротовую полость. Эти нехитрые предосторожности помогут избежать кандидозной инфекции. Ведь ее лечение требует гораздо больше времени, сил и денег.

Как было сказано выше, оральный кандидоз является проявлением дисбактериоза. При этом сначала нужно обратить внимание на диету, принципы которой известны давно:

- это так называемая эффективная «диета исключения», не содержащая кофеин, лактозу, фруктозу, уксус, алкоголь, перец, копчености – все то, что вызывает чрезмерное газообразование;

- необходимо учитывать, чем преимущественно сопровождается болезнь: болями и метеоризмом, запорами или поносами. Подход здесь может быть прямо противоположным;

- активно используются продукты и блюда, которые содержат вяжущие дубильные вещества. Это отвары и кисели из сухой черники и малины, ягод черемухи, груш, кизила, айвы, сок и отвар кожуры гранатов, сок калины, крепкий чай. Помогут блюда, обволакивающие слизистую оболочку кишечника, например, отвары круп, протертые каши, слизистые супы. Уменьшает газообразование, а значит, и снимает боль настой из семян укропа. Это то, что известно давно и проверено временем;

- напитки и блюда используйте только в теплом виде. Запрещаются блюда с температурой ниже комнатной.

Так как нарушена микрофлора кишечника, необходимы кисломолочные продукты, а также незначительное количество хорошо протертых фруктов, ягод и овощей. При нормальной переносимости можно посоветовать яблочные, овощно-фруктовые диеты;

В связи с большими потерями белков, витаминов и минеральных веществ при поносах их содержание в рационе должно быть несколько выше обычного – в основном за счет вареных мясорыбных, творожных, яичных блюд. Обогащают питание и поливитаминные препараты.

При метеоризме исключают бобовые, капусту и другие продукты, содержащие легкосбраживаемые углеводы. Необходимо ограничить потребление пива, яблочного и виноградного соков, бананов, орехов, изюма.

Метеоризму способствует также сорбит, добавляемый в диетические продукты и лекарства. Следует помнить, что избыток растительных волокон приводит к повышенному газообразованию, но обычно это проходит через несколько дней после того, как организм привыкнет к диете.

Переедание у людей, страдающих оральным кандидозом, способствует развитию диареи и спазмов. Так станет легче, если есть меньше и разделить несколько приемов. Особенно это касается тех пациентов, чей рацион состоит в основном из продуктов, богатых углеводами: макарон, риса, белого хлеба, овощей.

Кроме того, надо обратить внимание на питьевой режим, и дело тут не столько в количестве, сколько в качестве выпиваемой жидкости. Просто дрожжи прекрасно чувствуют себя в щелочной среде и стремительно размножаются при высоком pH. Именно поэтому пить надо кислые напитки – клюквенные, брусничные морсы, апельсиновый, грейпфрутовый, ананасовый соки.

Конечно же, нельзя забывать и о полосканиях – они «смоют» хотя бы часть грибковых клеток. Для этой цели прекрасно подойдут слегка теплые растворы всем известных антисептиков – фурацилина, марганцовки, мирамистина, ромашки или календулы. Делать «ванночки для рта» нужно регулярно и достаточно часто – не меньше 5–7 раз в

день. Но, к сожалению, одними полосканиями и диетой вылечить оральный кандидоз нельзя.

Современные схемы лечения обязательно включают в себя прием противогрибковых средств в таблетках, например флунол [11]. Однако тут есть одна тонкость – назначать лекарство и подбирать дозу должен только квалифицированный специалист. Обычно доза микомакса составляет 50–100 мг в сутки, и курс лечения занимает не более двух недель.

Не менее эффективным по действию, чем вышеперечисленные средства в таблетках, является препарат сангвиритрин – раствор для полосканий и смазываний слизистой рта. Сангвиритрин не вызывает развития устойчивости у микроорганизмов, поэтому эффективен даже при длительном применении, не имеет противопоказаний и побочных действий, не обладает токсичностью и разрешен к применению у новорожденных и беременных женщин.

В помощь перечисленным средствам очень часто назначаются местные антибиотики. Это защечные драже леворин и карамель дикаин. Их кладут под язык или за щеку и держат там до полного растворения. В течение всего этого времени надо делать как можно меньше глотательных движений, чтобы лекарство как можно дольше оставалось во рту. Такие аппликации дают очень хороший эффект: уже на второй день лечения зуд и сухость исчезают. А потом уходят в небытие и некрасивые белесые пятна.

Кроме того, при оральном кандидозе важно вести правильный образ жизни и есть экологически чистые продукты, что часто бывает непросто. Но выход есть. Можно стимулировать работу кишечника с помощью специальных препаратов, обладающих способностью восстанавливать полезную кишечную микрофлору. И объясняется эта редкая способность тем, что они содержат биологически активные вещества – продукты жизнедеятельности полезных бактерий.

Один из таких препаратов – натуральный хилак форте. Это концентрат продуктов обмена веществ нормальной микрофлоры, который, в отличие от многих других препаратов, не привносит нужные нам бактерии извне, а создает в кишечнике оптимальные условия для роста и развития собственной микрофлоры. Не содержащий никакой «химии», он отлично справляется и с угрозой дисбактериоза только готовящегося разразиться, и с уже наступившей болезнью, которая приносит столько досадных хлопот.

Силу этого эффективного препарата многие уже испытали на себе. Он свободно продается в аптеках, не имеет никаких побочных эффектов и противопоказаний. Препарат абсолютно безопасен: он поможет и взрослым, и детям, в том числе новорожденным, и беременным женщинам, и кормящим матерям. Хилак форте выпускается в каплях, поэтому его просто и удобно дозировать. Уникальность: одна такая целебная капелька способна дать жизнь ста миллиардам полезных микроорганизмов, обитающих внутри нас. Эта мощная армия и станет надежной защитой нашего кишечника от посягательств болезнетворных микробов и токсических веществ. В благоприятных условиях, созданных хилак форте, организм успешно освобождается от них сам.

В отличие от препаратов, содержащих живые микроорганизмы, это средство оказывает прямое и быстрое действие, сразу же устраняя такие досадные проявления дисбактериоза, как боль, вздутие, урчание в животе, нарушение стула, что предотвращает оральный кандидоз. Влияние хилака форте более физиологично, поскольку он действует естественным путем, а не заселяет кишечник искусственными бактериями. И что тоже важно, хилак форте не содержит живых микробов, это единственный препарат, который можно и нужно принимать с антибиотиками, предотвращая их негатив-

ное влияние на пищеварительный тракт. Таким образом, можно победить простуду, и избавиться от проблем, связанных с дисбактериозом.

Поэтому многие клиницисты не без оснований утверждают, что профилактику хилаком форте не мешает проходить дважды в год. И если человек действительно заботится о своем здоровье и здоровье своих близких, то хилак форте в домашней аптечке должен быть всегда. Он не только защитит от дисбактериоза, но и оздоровит весь организм в целом.

Как было сказано ранее оральный кандидоз сопровождается нарушением в психоэмоциональном состоянии больного. При этом хорошие результаты дает местное лазерное облучение, а также лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, которое обладает многими позитивными эффектами в лечении различных заболеваний, в том числе и орального кандидоза, при котором страдают иммунитет, как местный, так и общий, и имеются нарушения в системе перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОС).

К настоящему времени накоплен убедительный положительный клинический опыт применения аутоотрансфузии УФ-облученной крови (АУФОК) и лазерного облучения крови – внутрисосудистого и экстракорпорального (ЭЛОАК) [12–18].

Доказано и наблюдается при различных заболеваниях: стимуляция факторов неспецифической защиты и иммунитета антигипоксический, вазодилаторные эффекты, улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции, стимуляция пролиферативных процессов – гемопоэза и регенерации, активация процессов обмена и коррекция свободнорадикальных процессов, бактерицидный эффект.

Улучшения вышеперечисленных факторов после АУФОК благоприятно действуют на функциональное состояние вегетативной нервной системы.

Британские ученые совсем недавно доказали, что внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) является универсальным средством в комплексной терапии при многих заболеваниях, в том числе при аллергических заболеваниях, бронхиальной астме и других, при которых страдает иммунная система. ВЛОК стимулирует работу собственной иммунной системы. Таким образом, ВЛОК является прекрасным методом немедикаментозной терапии, способствующим укреплению иммунитета и неспецифической резистентности организма.

В заключение необходимо отметить, что лечение орального кандидоза должно носить эффективный комплексный характер с применением современных препаратов, предотвращающих дисбактериоз, который проявляется оральным кандидозом. При этом хорошие результаты дает препарат хилак форте в комбинации с АУФОК, ЭЛОАК и ВЛОК по нашим наблюдениям и данным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Доцанова А.М., Сейталиева А.Е. Вульвовагиниты и вагинозы. Диагностика и терапия // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2007. – № 1. – С. 60–62.
- 2 Каюпова Л.С., Пак В.И., Еснаева Р.М., Пак С.В. Состояние микробиоценоза влагалища женщин репродуктивного возраста // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2006. – № 1. – С. 50–53.
- 3 Кубась В.Т., Чайка И.А. Кандидоз. – СПб., 1994. – 40 с.
- 4 Жуманкулов М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. Роль свободнорадикального окисления липидов в патогенезе некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 20–22.
- 5 Кориунов В.М., Володин В.В., Ефимов Б.А. Дисбактериозы кишечника // Детская больница. – 2000. – №1. – С. 66–74.

6 Румянцев А.Г. Дисбактериоз как индикатор здоровья и показание к терапии у детей: национальный миф и научная реальность // Детская больница. – 2000. – № 1. – С. 75–77.

7 Мазанкова Л.К., Запруднов А.М. Микроэкология кишечника у детей в норме и при патологии // Российские медицинские вести. – 1996. – № 1. – С. 34–43.

8 Лебедева Т.Н. Иммуитет при кандидозе (обзор) // Проблемы медицинской микологии. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 8–16.

9 Сергеев А.К., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции // Руководство для врачей. – М.: Бином-пресс, 2004. – 440 с.

10 Луцевич К.А., Решетько О.В., Рогожина И.Е., Луцевич Н.Ф. Клиническая эффективность сертаконазола (заданна) при местном лечении вульвовагинального кандидоза во время беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 3. – С. 77–80.

11 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический архив. – 2011. – № 02 (30). – С. 54.

12 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Ерсханова Б.К. и др. Квантовая гемотерапия в лечении бронхиальной астмы с сопутствующими ЛОР-заболеваниями // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области: Материалы VII научно-практической конференции (межрегиональной). – 2011. – С. 21–23.

13 Жуманкулов М.С., Молдабеков Т.К., Имангалиев Е.Е. и др. Фотогемотерапия при стрессовой гипертензии // Терапевтический архив. 2011. – № 02 (30). – С. 54–55.

14 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Аутоотрансфузия УФ-облученной крови в лечении сенсоневральной тугоухости // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области: Материалы VII научно-практической конференции (межрегиональной). – 2011. – С. 27–28.

15 Жуманкулов М.С., Сейткалиева Г.Е., Керимбеков А.О. и др. Экстракорпоральное лазерное облучение крови в комплексном лечении кохлеарного неврита // Улучшение качества лечебно-диагностического процесса на основе внедрения новых медицинских технологий в здравоохранение области: Материалы VII научно-практической конференции (межрегиональной). – 2011. – С. 27.

16 Злотников К.Л. Лазер для гайморита // Женское здоровье. – 2004. – № 2. – С. 14–15.

17 Золотова Н.Б., Мазихина Д.А., Журавский С.Г. и др. Слухоулучшающий эффект лазерной терапии при хронической сенсоневральной тугоухости на фоне сахарного диабета типа 2 // Оториноларингология. – 2011. – № 1–2. – С. 109.

18 Ковалёва И.В. Лазер против агрессии // Женское здоровье. – 2003. – № 4. – С. 6.

Тұжырым

И.А. Стамбекова

АУЫЗ КАНДИДОЗЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ТИІМДІ ТЕРАПИЯСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада ауыз кандидозының терапиясы және профилактикасы көрсетілген. Сонымен бірге саңырауқұлаққа қарсы препараттарының тиімділігі жергілікті қолдануға және ішуге арналған жергілікті лазер сәулеге түсірумен және кванттық гемотерапиямен біріктірілген ем көрсетілген (қанды лазер және ультракөгілдір сәулеге түсіруі).

Summary

I.A. Stambekova

MODERN RATIONAL THERAPY AND PROPHYLAXIS ORAL CANDIDIASIS

(literature review)

In this review article the treatment and prevention of oral candidiasis. At the same time reflects the efficacy of antifungal drugs both local and domestic use in combination with local irradiation of the laser and quantum hemotherapy (laser and ultraviolet blood irradiation).

УДК 616-002.34

А.Ж. СЕЙКЕТОВ

Алматынский областной кожно-венерологической диспансер

ФУРУНКУЛЕЗ

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье изложена проблема возникновения такого заболевания, как фурункулез, часто встречающегося в дерматологической практике. В связи со снижением иммунитета, сопротивляемости организма к болезням и наличием ряда заболеваний происходит развитие данной патологии. Представлена классификация, диагностика, лечение и профилактика фурункулеза.

Ключевые слова: фурункул, карбункул (гнойно-некротическое воспаление), тромбоз, сепсис, волосяной фолликул, рецидив, иммунитет, антибиотики.

Фурункулез – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его соединительной ткани, характеризующееся постоянным появлением новых форм в разных стадиях развития на разных участках тела. Поэтому заболевание определяют как хронический рецидивирующий воспалительный процесс. Наиболее частыми местами локализации фурункулов являются лицо (область носа и щек), шея, плечи, бедра, ягодицы. Заболевание обычно развивается на местах травматизации кожи, даже минимальной, в виде одиночного очага; множественные очаги встречаются редко. Довольно часто встречаются случаи, когда фурункулез является осложнением других кожных заболеваний, например экземы или чесотки. Вызывает развитие фурункула золотистый, реже белый стафилококк. Важную роль в возникновении фурункулеза играют экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы.

Экзогенные факторы: повреждения кожи – загрязнение ее частицами пыли, угля и т.д., пиодермия;

Эндогенные факторы: эндокринные нарушения, нарушение обмена веществ, алкоголизм, переохлаждение и др. [1, 2].

Классификация Различают одиночный фурункул (возникает один фурункул или он появляется вновь, но через несколько месяцев и более), рецидивирующие одиночные фурункулы (рецидивы возникают через короткие промежутки времени – дни, недели) и фурункулез (одни фурункулы появляются за другими).

Диагностика Диагноз в характерных случаях затруднений не представляет. Исследование крови на лейкоцитоз и СОЭ показано в основном для динамического наблюдения за течением заболевания. Необходимо определение сахара крови (для исключения сахарного диабета).

Иногда необходимо дифференцировать фурункул от редких случаев туберкулезных холодных абсцессов (флюктуирующее образование без гиперемии кожи, повышения температуры и болезненности. Холодный абсцесс чаще локализован в области шеи и паха).

Клиника Вокруг волосяного фолликула появляется возвышающийся твердый инфильтрат красного цвета с нечеткими границами, сопровождающийся чувством покалывания или болезненностью. Постепенно инфильтрат становится плотным, расширяется, становится более болезненным; окружающие ткани отекают (в области щек,

губ, отечность может быть резко выраженной). На 2–4-е сутки наступает 2-я стадия: фурункул достигает от 1,5 до 4 см в диаметре, в центре его формируется гнойный стержень с пустулой на поверхности. Фурункул приобретает форму конусовидной опухоли с гладкой лоснящейся кожей. В этот период боли становятся резкими, температура может повыситься до 38°C, могут появиться симптомы интоксикации (недомогание, головные боли и др.). Далее покрывка пустулы самопроизвольно или искусственно вскрывается и из фурункула выделяется гнойное, иногда с примесью крови содержимое, а затем желто-зеленая некротическая пробка (стержень). После удаления или отторжения стержня отечность, инфильтрация и боли исчезают, остающийся кратер фурункула в течение 2–3 дней рубцуется. Рубец вначале сине-красный, постепенно становится белым, иногда едва заметным. При обычном течении процесса цикл развития фурункула продолжается 6–12 дней [3–5].

При появлении множественных фурункулов возможно ухудшение общего состояния больного: может появиться лихорадка, больной жалуется на общую слабость, головные боли. Анализ крови обнаруживает лейкоцитоз, ускоренную СОЭ. Возможные осложнения заболевания обычно появляются при его локализации на голове (лице), шее: менингит, тромбоз вен мозговых синусов, сепсис. Наиболее частая локализация в тех областях, где есть волосяной покров и где происходит трение, например шея, подмышки, пах, лицо, грудь, ягодицы и т.д. Возможно образование особенно крупных фурункулов (карбункулы), это несколько рядом расположенных фурункулов, которые обычно более глубокие и болезненные. При подозрении на карбункул обязательно проконсультируйтесь с врачом, т.к. воспаление может проникнуть в кровоток, и тогда могут возникнуть осложнения, такие как распространение фурункулов на другие части тела, септицемия (заражение крови) [1, 2].

Лечение Лечение фурункулеза обычно основывается на применении местной терапии. Больному показаны чистый ихтиол, сухое тепло, УВЧ, препараты левомиколь, бактробан, томицид. Кроме того, рекомендуется медикаментозная терапия с назначением антибиотиков (азитромицина, клотримазола, рифампицина, клиндамицина). К хирургическому лечению прибегают при абсцедирующих фурункулах, флегмонах, запущенных карбункулах и других тяжелых осложнениях. Операция заключается в проведении разреза под местной анестезией. Послеоперационный период ничем не отличается от местного лечения вскрывшихся фурункулов. Применяют и полное иссечение фурункула с наложением первичных швов. Лечение фурункула необходимо проводить до полного рассасывания инфильтрата, так как недолеченный фурункул является причиной осложнений. Не рекомендуется назначать массаж кожи на месте бывших фурункулов. Недопустимы согревающие компрессы, припарки и другие влажные процедуры, так как они вызывают мацерацию кожи вокруг фурункулов, что облегчает распространение инфекции, способствует появлению новых фурункулов. При фурункулах лица, которые лучше лечить в стационаре, обязательна антибиотикотерапия в соответствии с чувствительностью микрофлоры к антибиотикам. Целенаправленная антибиотикотерапия часто проводится в сочетании с сульфаниламидами. Для десенсибилизации организма показаны антигистаминные препараты. Если заболевание носит хронический рецидивирующий характер, больному рекомендуется соблюдение диеты: необходимо снижение уровня потребления углеводов, играющих определенную роль в возникновении фурункулов. При диссеминированном фурункулезе общая терапия должна быть прежде всего направлена на лечение заболеваний, явившихся причиной возникновения фурункулеза. Проводится также стимулирующая или специфическая иммунотерапия [6–10].

Профилактика основывается в первую очередь на соблюдении личной гигиены: необходимо тщательно следить за чистотой кожи, особенно при наличии на ней микротравм и трещин. Кроме того, с целью профилактики фурункулеза проводится санация очагов других инфекционных заболеваний, повышение иммунитета, особенно в зимнее время, а также лечение заболеваний, снижающих защитные функции организма. Своевременное обращение за медицинской помощью способствует быстрому выздоровлению и избежанию соответствующих осложнений.

Заключение Фурункулез – заболевание кожи, часто дающее осложнения, трудно поддающееся лечению. При фурункулезе следует помнить, что неправильно и несвоевременно начатое лечение может создать осложнения течения заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарапова Г.Я. Кожные и венерические болезни. – М.: Медицина, 1995. – С. 67–70.
- 2 Волкова Е.Н., Бутков Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 1. – С. 20–22.
- 3 Деев А.И. Семиотика кожи // Журнал по прикладной эстетике. – 2007. – № 4. – С. 10–24.
- 4 Ахтямов С.Н., Бутков Ю.С. Практическая дерматокосметология. – М.: Медицина, 2008. – 400 с.
- 5 Williams H.S., Burney P.G.J., Pembroke A.C. et al. Br. // J. Dermatol. – 2009. – N 131. – P. 406–16.
- 6 Ашмарин Ю.А. Фурункулез. – М.: Медицина, 1974. – 96 с.
- 7 Бадиров М.А. Злокачественные фурункулы и карбункулы лица, их лечение // Здравоохранение Казахстана. – 1971. – № 7. – С. 68–69.
- 8 Бадиров М.А. Лечение и профилактика фурункулов и карбункулов лица // Здравоохранение Казахстана. – 1971. – № 4. – С. 77–78.
- 9 Бахмудов Б.Р. Сезонные закономерности возникновения фурункулов лица // Труды 12 съезда хирургов Дагестана, посвященного 70-летию со дня рождения проф. Р.П. Аскерханова: тезисы докладов. – Махачкала, 1990. – С. 147–148.
- 10 Билькевич А.А. Злокачественный карбункул лица // Здравоохранение Казахстана. – 1983. – № 3. – С. 70.

Тұжырым

А.Ж. Сейкетов

СЫЗДАУЫҚ

(Әдебиетке шолу)

Бұл мақалада соңғы кезде дерматологиялық тәжірибеде жиі кездесетін ауру сыздауық пайда болу мәселесі баяндалған. Иммунитеттің, ағзаның ауруларға қарсы тұру қабілетінің төмендеуіне және бірқатар аурулардың болуына байланысты осы патологияның дамуы болады. Сыздауық жіктелуі, диагностикасы, емделуі және алдын алуы қарастырылған.

Summary

A.J. Seiketov

FURUNCULOSIS

(literature review)

This article describes the problem of occurrence of such diseases as abrasions that frequently occurs in dermatological practice in recent years. There is a development of this disease due to decreased immunity, the body's resistance to disease and the presence of number of other diseases. Several aspects of furunculosis as classification, diagnosis, treatment and prophylaxis are given.

УДК 614.7:574:546.3 - 053.2

Н.Н. АЙТАМБАЕВА, А.Д. КУТТЫБАЕВ

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

МЕКТЕПТЕГІ ТАМАҚТАНДЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация. Берілген мақалада балалар мен жасөспірімдердің Қазақстан аумағындағы тамақтану жүйелері жазылған. Жасына байланысты ерекшеліктер мен тамақтану тәртібі көрсетілген.

Түйінді сөздер: тамақтану жүйесі, буфеттік тип, асханалық тип.

Балалар мен жасөспірімдерді дұрыс тамақтандыру олардың денсаулығын нығайтып, дене және ой қабілетінің дамуына мүмкіндік береді, еңбек ету мен сабақ үлгеру қабілетін арттырады. Егер тамақтану дұрыс ұйымдастырылмаса, тиімсіз, яғни жеткіліксіз болса, организмде метаболизм, зат алмасу бұзылып, оның айналадағы ортаның зиянды әсеріне және әртүрлі жұкпалы ауруларға қарсы тұрарлық қабілеті төмендейді.

Балалардың тамақтануының үлкендерге қарағанда, едәуір айырмасы болады. Үлкендерге тамақ организмдегі тіршілік үдерістерін қолдану үшін, әртүрлі жұмыстарға жұмсалған күш-қуатты қалпына келтіру үшін қажет болса, өсіп келе жатқан жас организмге тек өмірлік үдерістерді ғана қолдану үшін емес, сонымен бірге бүкіл организмнің өсу, даму, қалыптасу үдерісіне қажет.

Тамақтану тәртібі бойынша кемінде 4 реттік тамақтану болуы керек – таңертеңгілік ас, түскі ас, сәскелік ас, кешкі ас және де міндетті түрде оның үшеуі ыстық тамақ түрінде тұтыну керек. Оқушылардың тамақтану тәртібі оқу ауыртпалықтарынан, спортпен шұғылданудан, еңбекке араласуынан және басқа да факторларға байланысты. [1]

Алматы қаласында қазіргі таңда 181 жалпы орта білім беретін және 42 жеке меншік мектеп тіркелген. Қазіргі таңда қаламызда 7 аудан бар. Жеті ауданның ішінде Алатау ауданы жаңа аудан болып саналады. Ауданның құрылғанына аз ғана уақыт болғанымен, ауданда 17 мектеп, оның ішінде 1-еуі (Қайнар мектебі) жеке меншік мектебі бар.

Алатау ауданы негізінен әлеуметтік жағдайы орта отбасылар тұратын аудан болып саналады, 2009 жылы ыстық тамақпен қамтамасыз ету көрсеткіші 38,4% болса, бүгінгі күні 2012 жылдың 9 айында 56,6 пайызға дейін өсіп отыр. [2]

Аудан бойынша 3 мектепте (№ 151, 166, 150) жайдың жетіспеуіне және тамақтануға бөлінген жайлардың аумағының жеткілікті түрде бейімделмеуіне байланысты тек қана буфет өнімдерін сатуға жағдай жасалған. Буфет өнімдерімен 2009 жылы 3655 оқушы қамтамасыз етілсе, жылдан жылға өсіп, 2012 жылғы 9 ай ішінде 4665 оқушыға жетті, оның ішінде 2681 оқушы бастауыш сынып оқушылары.

Осыған қарамастан МСЭҚБ (Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы) мамандары тарапынан аудан әкімдігіндегі жиналыстарда, ауда-

наралық комиссиялық отырыстарда, мектептерде, ата-аналар арасында көптеген және «2011–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасының жобасы туралы» бағдарлама бойынша көптеген жұмыстар атқарылуда. Сондай-ақ осы бағыттағы жасалынған жұмыстар нәтижесінде оқушыларды ыстық тамақпен қамтамасыз ету пайызы жоғарылаумен қатар, яғни 2009–2011 жылғы жүргізілген мониторинг бойынша ауданда оқушылар арасында ас қорыту жолдарының ауруының үлестік пайызы да төмендеген, 492-ден 169-ға азайған.

21.10.2009 жылы қабылданған «ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ТУРАЛЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ КОДЕКСІ» 154 – бабында: «Салауатты өмір салтын қалыптастыру» көрсетілген.

Бүгінгі күні 3 жылдан бері жүргізілген жұмыстардың нәтижесінде оқушыларды ыстық тамақпен сапалы және толық қамтамасыз ету сұрағы бойынша комбинаттық жүйеде тамақтану қарастырылып жатқанын барлығымыз білеміз. 2012–2013 оқу жылдарында Жетісу, Алатау аудандарында пилоттық жүйеде комбинаттық тамақтану жүйесі құрылып, жүргізіліп жатыр. Комбинаттық жүйенің бұрынғы жеке кәсіпкерлерге қарағанда айырмашылығы мол екені байқалуда. Оқушылар арасында тамақтану сапасының жақсаруы, сапалы азық-түлікпен қамтамасыз етілуі, сондай-ақ жауапты мамандармен – технолог, арнайы экспедиторлар, санитарлық дәрігерімен қамтамасыз етіліп, жұмыс жасалуда. Асханалар толығымен цехтар, технологиялық жабдықтар, асханалық ыдыстарды жуатын 2 және 3 ұяшықтармен толық жабдықталған асханалық ыдыстар, дайындап-тарату, өңдеу және өндірістік үстелдердің жабдықтары толық белгіленген. Тәуліктік ас мәзірін сақтауға арналған тоңазытқыштар бөлінген. Азық-түліктерге алынатын сертификат, жолдама леспе құжаттары толығымен қамтамасыз етілген, тасымалдайтын автокөліктерге санитарлық паспорт алынған, тасымалдаушы-экспедиторлар дәрігерлік тексерістен өткен, жұмысқа рұқсат алынған. Тез бұзылатын азық-түліктердің сақталу және тарату мерзімі сақталынған. Дайын тағамдарды тіркейтін бракеражды құжат толтырылған. Барлық азық-түліктер санитарлық талаптағы мөлшер бойынша үзіліссіз берілуде. Сондай-ақ асханалар мен буфеттік жүйелерден алынған зертханалық сынамалар нәтижелер көрсеткіштері бойынша оң нәтиже көрсеткен сынамалар саны да азаюда. [3]

Адамзат денсаулығын сақтаудың басты шарты – дұрыс тамақтану. Сондықтан тамақтануға ерекше көңіл бөлген жөн. Тамақтың құрамының құндылығы басты назарда болғаны дұрыс. Тиімді, дұрыс тамақтану денсаулықты сақтауға, организмнің қалыпты өсуі мен дамуына, жұмыс қабілетінің жоғарылауына және организмнің қоршаған ортаның әртүрлі жағымсыз әсеріне қарсылығын күшейтуге ықпалын тигізеді.

«Ұрпақ денсаулығы – ұлттың саулығы» демекші, дені сау ұрпақ қалыптастыру үшін – оны назардан тыс қалдыруға болмайды.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Вельтищев Ю.Е. Концепция риска болезни и безопасности здорового ребенка // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – № 1. – С. 12.

2 Карпова Е.Г., Архиреева В.А., Скачкова М.А., Куксинов В.Ф. и др. Здоровье детей дошкольного возраста в городах с разным уровнем загрязнения окружающей среды // Гигиены и санитарии. – 2009. – № 6. – С. 48–50.

3 Пивоваров Ю.Л. Гигиена и основы экологии человека: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. – М.: Академия, 2004. – С. 48–50.

Резюме

Н.Н. Айтамбаева, А.Д. Куттыбаев

ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ

В данной статье представлены сведения о питании детей общеобразовательных школ. За период 2009–2012 годы процентные показатели выросли в 3 раза, это говорит о том, что физиологические показатели и успеваемость повышаются за счет правильного питания детей.

Summary

N.N. Aitambaeva, A.D. Kuttibaev

FEATURES OF SCHOOL FOOD

In this article given the data on a food of children of comprehensive schools. For the period 2009–2012, the percentages increased 3 times, it is shows that the physiological and mental performance is enhanced through proper nutrition.

Здоровье и болезнь 2013, № 3 (111)

УДК 614.7:574:546.3-053.2

*Н.Ж. ДОГАЛБАЕВ, А.Д. ИЛИЯСОВА, А.К. ТЕКМАНОВА,
Л.Н. АЙТАМБАЕВА, А.А. АСЫЛБЕКОВ*

*Управление Департамента государственного санитарного надзора по Турксибскому району
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Управление Департамента государственного санитарного надзора по Жетысускому району*

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ АУМАҒЫНДАҒЫ ТҰРАТЫН ТҰРҒЫНДАРДЫҢ АУРУШАҢДЫЛЫҒЫ

Аннотация. Берілген мақалада Қазақстан Республикасының аумағындағы тұратын тұрғындардың аурушаңдылығы көрсетілген. Әлемдік мәселердің бірі қаладағы автокөлік бекеттерінің көбеюімен химиялық ластағыштардың санының артуы.

Кілттік сөздер: аурушаңдық, форма, химиялық ластағыштар.

Жаппай урбанизация өнеркәсіп орындарының дамуы, әлемдік автомобиль бекеттерінің көбеюі қарқынды түрде химиялық ластануға әкеліп соғатыны бәрімізге белгілі, сонымен бірге, тұрғындардың денсаулығына кері әсерін тигізетіндігін көптеген ғылыми жұмыстармен дәлелденген. (Онищенко Г.Г., 2002; Рахманин Ю.А., 2005). Қоршаған ортамыздың тұрғындар денсаулығын салауаттандыру күнделікті қарқынды дамып келе жатқан урбанизацияға байланысты қазіргі таңда қиынға соғатын мәселе болып отыр. Егер, бұрындағы жылдары негізгі атмосфералық ауаны ластаушы көздері болып үлкен тұрғын мекендеріндегі негізгі химиялық заттармен соның ішінде ауыр металдармен өндірістен бөлінетін тастандылар болып есептелініп келген ал қазіргі таңда біріншілік ластаушы көздері болып автомобильдік транспорт тастандылары болып саналады. Осы жағдайға байланысты Алматы қаласы автомобильдік транспорттарының қарқынды көбеюіне бұл қолайлы объект болып отыр. Тұрғындардың аурушаңдылығы негізінен өзі келіп қаралуы бойынша, яғни медициналық көмекке жүгінулері бойынша, сонымен қатар, медициналық тексерулер кезінде тіркеледі. Екіншілік жағдайларда

алынған материал тұрғындар денсаулығын толығымен көрсетеді. Бірақ белгілі бір кезеңде денсаулықты бағалау деңгейінде аурушаңдылыққа сілтемелер адамдардың өздері келіп қаралуы бойынша беріледі. [1]

Осымен біріншілік аурушаңдылық (қайтадан пайда болған аурулар) және жалпы (аурудың таралуы) деп бөлінеді.

Аудандық емханаларда № 025 /у және № 026/у қалыптарын талдау барысында ауданда өзі келіп қаралған бойынша тіркелген аурушаңдылық түрлерін зерттеуге мүмкіндік береді. Ал, мектепке дейінгі мекемелер мен жалпы білім беретін мектептерде № 112/у, № 026/у өзі келіп қаралған бойынша аурушаңдылық мәліметтерін береді.

Бұл әдістің көмегімен бұрын анықталынбаған созылмалы аурулар, сонымен бірге мезгілдік асқынулар, аурудың бастапқы кезеңдері, жылдық жедел аурулар анықталады. Әдіс тұрғындардың патологиялық зақымдалғандарын сипаттайды: дамудың туа біткен жетіспеушіліктері, көз көрмеу, естудің бұзылуы, орталық жүйке жүйелерінің бұзылыстары. Барлық анықталынған науқастарға есепке алудың диспансерлік картасы толтырылады. (форма № 030/у). [2]

Аурушаңдылықтың бұл түрін зерттеуге аурулардың барлық түрлері жатады. Аурушаңдылықтың есепке алу бірлігі еңбекке жарамсыздық жағдайлары болып табылады. Бұған № 095/у қалыбы толтырылады. Мектепке дейінгі мекемелерде және жалпы білім беру мекемелерінде анықтама баланың медициналық картасына тіркеледі. Уақытша еңбекке жарамсыздық бойынша барлық ауру түрлері аурулардың халықаралық жіктелулері бойынша нозологиялық белгілеріне қарап топталады, бұл негізгі жедел аурушаңдылық жиілігін анықтауға мүмкіндік береді.

Бұл мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау мекемелерінің және тәжірибелік денсаулық сақтау органдарына (12 сағат ішінде) хабарлауды қажет етеді. [3]

(058/у) қалыбы белсенді туберкулез, соз аурулары, трихофития, микроспория ауруларын анықтаған кезде толтырылады.

Есепке алу және есеп беру қалыптарын қолдана отырып, санитарлық дәрігер жұқпалы және эпидемиялық аурушаңдылық құрылымын есептеуге мүмкіндік алады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Амосов Н.М. Алгоритм здоровья. – М., 2003. – 190 с.
- 2 Досмухаметов А.Т. Гигиеническая оценка автомобильного транспорта как фактора экологического риска современного города: Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2008. – 221 с.
- 3 Рахманин Ю.А., Новиков С.М., Шашин Т.А. и др. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М., 2004. – Р. 1.10.1920-04.

Резюме

В.Ж. Догалбаев, А.Д. Илиясова, А.К. Текманова, Л.Н. Айтамбаева, А.А. Асылбеков

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Сложившая экологическая ситуация г. Алматы в настоящее время приводит к риску повышения заболеваемости взрослого и детского населения. В прежние годы считалось, что основным антропогенным источником являются выбросы производств, то в настоящее время на первом месте стоят выхлопные газы автомобильного транспорта.

Summary

*B.J. Dogalbaev, A.D. Ilyasova, A.K. Tekmanova, L.N. Aitambaeva,
A.A. Asylbekov*

SCHOOL PUPILS HEALTH WHO LIVES IN BAD ECOLOGICAL REGIONS REPUBLIC OF KAZAHSTAN

Scientific literature of twentieth century encloses many publishing, which covers spreading of toxic heavy metals in modern persons habitat. In former times, the main anthropogenic sources of heavy metals were manufacture emissions, nowadays the first place takes automobile transport. Addition ecological, in present time drive of risk rising illness in kids population.

**Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)**

УДК 614.7:574:546.3-053.2

*А.А. АСЫЛБЕКОВ, В.Ж. ДОГАЛБАЕВ, Л.Н. АЙТАМБАЕВА, А.К. ТЕКМАНОВА,
А.Д. ИЛИЯСОВА, А.С. КЕНЖЕБЕКОВА*

*Управление департамента государственного санитарного надзора по Туркисбскому району,
Управление департамента государственного санитарного надзора по Жетысускому району,
Управление департамента государственного санитарного надзора по Алатаускому району,
Казахский национальный университет им. С.Д. Асфендиярова*

ВЛИЯНИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ГОРОДА

Аннотация. В данной статье представлены мероприятия о возможных факторах риска влияния мобильных телефонов на состояние здоровья и результаты исследования влияния мобильного телефона на окружающую среду.

Ключевые слова: сотовая связь, влияние сотового телефона на состояние здоровья, факторы риска

Так уж устроен мир, что любое техническое изобретение человеческого разума, расширяющее наши возможности и создающее для нас дополнительный комфорт, неизбежно содержит в себе и отрицательные стороны, которые могут представлять потенциальную опасность для пользователя. Не являются исключением в этом плане и современные средства персональной связи. Да, они несоизмеримо расширили нашу свободу, «отвязав» нас от телефонного аппарата на рабочем столе и дав нам возможность в любое время и в любом месте связаться с необходимым корреспондентом. Но немногие знают, что эти «чудеса техники» скрывают в себе весьма опасные «ловушки». И для того, чтобы однажды ваш помощник (скажем, сотовый телефон) не превратился в вашего врага, эти «ловушки» следует хорошо изучить.

Бурная мобильная телефонизация, захлестнувшая человечество каких-то десять лет назад, продолжается и по сей день. Неудивительно, что людей стал беспокоить вопрос о влиянии электромагнитных волн на здоровье человека. По мере того, как мобильная телефония все больше и больше входит в нашу жизнь, в мире продолжают исследования, имеющие целью выяснить определенно: вредят ли сотовые телефоны здоровью человека? До сегодняшнего дня ни одна лаборатория или медицинский

центр не смогли точно ответить на этот животрепещущий вопрос. Виною тому сложность анализа статистических данных, которыми располагают ученые. На человека в современном мире воздействуют такое большое количество вредоносных излучений и веществ, что выделить роль сотового телефона в заболеваниях очень сложно.

В данной работе мы рассмотрим основные проблемы здоровья и жизнедеятельности человека, связанные с использованием современных средств связи. На сегодняшний день число абонентов мобильной связи достигло 7500000.

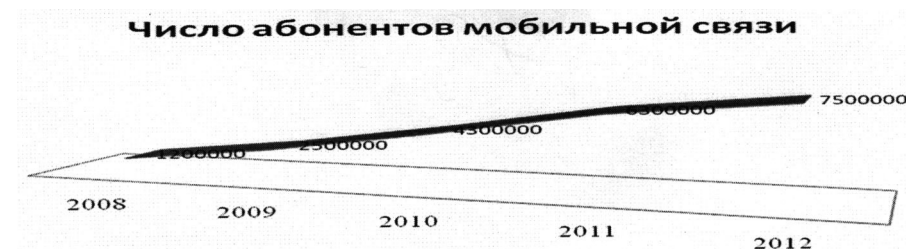


Рисунок 1 – Число абонентов мобильной связи

Споры об опасности мобильных телефонов не утихают уже лет десять, причем на каждое научное исследование, доказывающее их вред, появляется опровержение, подготовленное не менее авторитетными учеными. В ежегодном отчете финского Центра радиационной и ядерной безопасности (STUK) рассматриваются 16 новых моделей мобильных телефонов от ведущих мировых производителей, включая местную компанию Nokia, американскую Motorola, южнокорейскую Samsung Electronics, шведско-японскую Sony Ericsson и немецкую Siemens. Как пишет Reuters, в предыдущем отчете Центра, выпущенном в 2003 году, рассматривались 12 моделей телефонов. Излучение всех рассмотренных моделей мобильных телефонов было значительно ниже так называемого удельного коэффициента поглощения (Specific Absorption Rate, SAR), допустимое значение которого в Европе составляет 2 ватт/кг. Такой уровень излучения не приводит к существенному нагреванию тканей или каким-то еще негативным последствиям для здоровья человека, утверждают специалисты STUK. По их словам, уровень SAR во всех 28 моделях, протестированных на сегодняшний день, находится в пределах от 0,45 до 1,12 ватт/кг. Напомним, что в конце прошлого года были обнародованы результаты четырехлетнего исследования под названием Reflex, финансируемого Европейским союзом. Несмотря на вывод, что электромагнитное излучение в пределах SAR между 0,3 до 2 ватт/кг повреждает ДНК в лабораторных условиях, ученые не смогли однозначно доказать, что мобильники угрожают здоровью человека в реальной жизни [1, 2].

И все-таки, несмотря на подавляющее большинство оптимистических выводов, некоторые исследователи не теряют надежду «уличить» мобильники в тех или иных грехах. Так, недавно венгерский ученый Имре Фейес из Университета Сегеда, обследовав 221 добровольца на протяжении 13 месяцев, обнаружил, что мобильный телефон может на 30 процентов ухудшить качество (а значит – и эффективность) спермы. При этом не обязательно много говорить по нему, достаточно просто носить его с собой в «удобном» месте или на ремне.

Радиоволны от мобильных телефонов повреждают клетки в организме человека и изменяют его ДНК. К такому выводу пришли ученые, работающие над проектом Reflex, цель которого – исследование воздействия мобильных телефонов на человеческий организм [3].

В то же время в отчете проекта Reflex рекомендуется использовать мобильный телефон лишь в случае острой необходимости, особенно это касается детей. «Мы не хотим устраивать панику, однако меры предосторожности не помешают», – заявил Франц Адлкофер (Franz Adlkofer), руководитель проекта Reflex. По его словам, к более конкретным и окончательным выводам ученые смогут прийти через 4–5 лет.

В свою очередь представители Ассоциации операторов мобильных телефонов считают результаты исследования предварительными и требующими независимого подтверждения, сообщает BBC. В то же время ни один из шести ведущих производителей мобильных телефонов не прокомментировал результаты исследования.

Излучение мобильного телефона: можно ли защититься? В марте 1998 года агентство Франс Пресс сообщило, что в Объединенных Арабских Эмиратах решили проблему защиты от вредного излучения мобильных телефонов. Суданский инженер Али Халиб Мухаммед запатентовал два способа защиты от электромагнитной радиации. Он предложил пропитывать мужские головные платки и женскую паранджу специальным составом, преломляющим электромагнитные волны. Второй способ небольшой прибор аналогичного действия. Была ли произведена спецодежда и поступила ли она в продажу, не сообщалось.

В Британии в декабре 2000 года в продаже появилось устройство, которое, по данным производителя – компании Calgon Carbon, позволяет значительно сократить силу воздействия микроволн сотового телефона на мозг человека, поглощая 99% микроволн, влияющих на него. Это приспособление представляет собой сменную насадку на антенну из углеродистого материала и называется WaveZorb. Схема действия WaveZorb была заимствована конструкторами Calgon Carbon из военных разработок [4].

Что это за схема, нигде не сообщается. Остается лишь догадываться, как работает это устройство, по утверждениям, делающее общение при помощи сотового телефона совершенно безопасным. Также неизвестно, не подавляется ли при его использовании полезный сигнал, а следовательно, не увеличивается ли расход батарей мобильного. (Как известно, чтобы вас услышали из закрытой комнаты, кричать надо громче, а значит, и усилий прилагать больше.) Гарантированный срок действия WaveZorb составляет шесть месяцев, а стоимость не превышает 8 долларов.

Компанией VISION International People Group (Россия) для защиты от электромагнитных полей электробытовой техники, в число которой включаются и мобильные телефоны, предлагается наклейка «Антирадиант». Механизм ее защиты основан не на устранении источника вредных излучений или его экранировании, а на повышении общих неспецифических защитных свойств организма путем инверсии его собственных электромагнитных колебаний. Привлекло внимание примечание: для повышения эффективности действия прибора рекомендуется принимать биологически активные добавки к пище Vision, способствующие активному выведению токсинов из организма.

На самом деле нет пока ни одного защитного устройства, признанного производителями мобильных телефонов. Если бы появилось приспособление, которое, не влияя на качество связи и без перерасхода заряда батареи, действительно минимизирует вредное излучение, компании-производители мобильных телефонов, скорее всего, приобрели бы право на использование технологии и сделали бы такое устройство частью телефона.

Поскольку нет единого мнения, вреден или нет мобильный телефон, а также неизвестно, эффективны ли предлагаемые средства защиты от электромагнитных излучений, то защищаться или нет – решать только вам, обладатели трубок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека». – Астана, 2012. – № 1430.

2 СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека». – Астана, 2012. – № 168.

3 www.Homepage.ru.

4 www.forum.ozpp.ru.

Тұжырым

А.А. Асылбеков, В.Ж. Доғалбаев, Л.Н. Айтамбаева, А.К. Текманова, А.Д. Илиясова, А.С. Кенжебекова

ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ ҚАЛАЛАРДАҒЫ ҰЯЛЫ ТЕЛЕФОННЫҢ СӘУЛЕЛЕНУІНІҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ТІГІЗЕТІН ӘСЕРІ

Берілген мақалада адам денсаулығына ұялы телефонның мүмкін зиянды қауіптілік факторларының әсері туралы берілген. Ұялы телефонның мүмкін болатын қауіптілік факторларын алдын алу үшін, күніне бір сағаттан артық ұялы телефонды қолданбағаныңыз жөн.

Summary

A.A. Asylbekova, B.J. Dogalbaev, L.N. Aitambaeva, A.K. Tekmanova, A.D. Iliysova, A.S. Kengebekova

THE INFLUENCE OF CELL PHONE RADIATION ON HUMAN HEALTH IN A MODERN CITY

This paper presents the activities of the possible risk factors for the impact of mobile phones on health. To warn the radiation from the phone is not worth it, do not use more than one hour per day

**Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)**

УДК 614.7:574:546.3 - 053.2

Ж.Л.ДУЙСЕБАЕВ, Л.Н.АЙТАМБАЕВА, А.К.ТЕКМАНОВА, А.Д.ИЛИЯСОВА

Управление департамента государственного санитарного надзора по Алатаускому району, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЗАЩИТЕ ОТ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ

Аннотация. Данная статья представляет организационные мероприятия по защите от электромагнитного излучения. Инженерно-технические защитные мероприятия строятся на использовании явления экранирования электромагнитных полей непосредственно в местах пребывания человека либо на мероприятиях по ограничению эмиссионных параметров источника поля.

Ключевые слова: электромагнитное поле, санитарно-гигиенические меры по защите от электромагнитных полей

К организационным мероприятиям по защите от действия электромагнитных полей относятся: выбор режимов работы излучающего оборудования, обеспечивающего уровень излучения, не превышающий предельно допустимый, ограничение места и

времени нахождения в зоне действия ЭМП (защита расстоянием и временем), обозначение и ограждение зон с повышенным уровнем ЭМП.

Защита временем применяется, когда нет возможности снизить интенсивность излучения в данной точке до предельно допустимого уровня. В действующих ПДУ (предельно допустимый уровень) предусмотрена зависимость между интенсивностью плотности потока энергии и временем облучения [3].

Защита расстоянием основывается на падении интенсивности излучения, которая обратна пропорциональна квадрату расстояния и применяется, если невозможно ослабить ЭМП другими мерами, в том числе и защитой временем. Защита расстоянием положена в основу зон нормирования излучений для определения необходимого разрыва между источниками ЭМП и жилыми домами, служебными помещениями и т.п. Для каждой установки, излучающей электромагнитную энергию, должны определяться санитарно-защитные зоны, в которых интенсивность ЭМП превышает ПДУ. Границы зон определяются расчетно для каждого конкретного случая размещения излучающей установки при работе на максимальную мощность излучения и контролируются с помощью приборов. В соответствии с ГОСТ 12.1.026-80 зоны излучения ограждаются либо устанавливаются предупреждающие знаки с надписями: «Не входить, опасно!».

Инженерно-технические защитные мероприятия строятся на использовании явления экранирования электромагнитных полей непосредственно в местах пребывания человека либо на мероприятиях по ограничению эмиссионных параметров источника поля. Последнее, как правило, применяется на стадии разработки изделия, служащего источником ЭМП. Радиоизлучения могут проникать в помещения, где находятся люди, через оконные и дверные проемы. Для экранирования смотровых окон, окон помещений, застекления потолочных фонарей, перегородок применяется металлизированное стекло, обладающее экранирующими свойствами. Такое свойство стеклу придает тонкая прозрачная пленка, либо окислы металлов, чаще всего олова, либо металлов: медь, никель, серебро их сочетания. Пленка обладает достаточной оптической прозрачностью и химической стойкостью.

Для защиты населения от воздействия электромагнитных излучений в строительных конструкциях в качестве защитных экранов могут применяться металлическая сетка, металлический лист или любое другое проводящее покрытие, в том числе и специально разработанные строительные материалы [1]. В ряде случаев достаточно использования заземленной металлической сетки, помещаемой под облицовочный или штукатурный слой. В качестве экранов могут применяться также различные пленки и ткани с металлизированным покрытием. В последние годы в качестве радиоэкранирующих материалов получили распространение металлизированные ткани на основе синтетических волокон. Их получают методом химической металлизации (из растворов) тканей различной структуры и плотности. Существующие методы получения позволяют регулировать количество наносимого металла в диапазоне от сотых долей до единиц мкм и изменять поверхностное удельное сопротивление тканей от десятков до долей Ом.

Масштабы электромагнитного загрязнения среды обитания людей стали столь существенны, что Всемирная организация здравоохранения включила эту проблему в число наиболее актуальных для человечества, а многие ученые относят ее к сильнодействующим экологическим факторам с катастрофическими последствиями для всего живого [2].

Энергетическое влияние электромагнитного излучения может быть различной степени и силы. От неощутимого человеком (что наблюдается наиболее часто) до теп-

лого ощущения при излучении высокой мощности. Сверхмощные электромагнитные влияния могут выводить из строя приборы, аппаратуру. По тяжести влияния электромагнитное излучение может не восприниматься человеком вообще или же привести к полному истощению с функциональным изменением деятельности мозга и смертельному исходу. Исследования показали, что продолжительное влияние электромагнитного излучения, даже относительно слабого уровня, может вызвать раковые заболевания, потерю памяти, болезни Паркинсона и Альцгеймера, импотенцию и даже повысить склонность к самоубийству. Электромагнитные излучения способствуют изменению гормонального статуса мужского организма, возрастанию уровня хромосомных аберраций, вызывают изменения в репродуктивной системе.

Сложность проблемы заключается не только во влиянии на здоровье населения, но и на здоровье и интеллект будущих поколений. Идет возрастание врожденных аномалий развития. За последние годы в городах количество разнообразных источников электромагнитных излучений во всем частотном диапазоне резко увеличилось и продолжает стремительно увеличиваться. Это системы сотовой связи, радары ГАИ, новые телеканалы и множество радиовещательных станций [4].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека». – Астана, 2012. – № 1430.

2 СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, условиям работы с источниками физических факторов (компьютеры и видеотерминалы), оказывающих воздействие на человека». – Астана, 2012. – № 168.

3 www.Homepage.ru.

4 www.forum.ozpp.ru.

Тұжырым

Ж.Л. Дүйсебаев, Л.Н. Айтамбаева, А.К. Текманова, А.Д. Илиясова

ЭЛЕКТРОМАГНИТТІК ӨРІСТЕН ҚОРҒАУДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫНЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ

Берілген мақалада электромагниттік өрістен қорғау шаралары көрсетілген. Соңғы жылдары қаламызда электромагниттік өрістердің шығарушы көздерінің саны артқан. ЭМӨ қорғану үшін қазіргі заманда терезелерді, төбеде орналасқан жарық көздеріне орналастырылған қондырғылар қолданылады.

Summary

J.L. Duisebaev, L.N. Aitambaeva, A.K. Tekmanova, A.D. Ilyasova

INSTITUTIONAL ARRANGEMENTS FOR EMF PROTECTION

This paper presents an organizational measures to protect against electromagnetic radiation. In recent years the number of different cities where sources of electromagnetic radiation in the frequency range has increased dramatically and continues to increase rapidly. To protect against electric fields magnetically shielded viewing windows, windows, buildings, overhead glazing, skylights, partitions used metalized glass having shielding properties.

УДК 614.2

Н.П. ЧИЖОВА

Централизованная бактериологическая лаборатория,
городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аннотация. В статье приведены сведения о современном состоянии нормативной базы по внутреннему контролю качества микробиологических исследований в лечебно-профилактических учреждениях. Необходимо усилить микробиологическую службу как лечебно-профилактических учреждений, так и среди специалистов, занятых разработкой нормативной базы по указанной проблеме.

Ключевые слова: мониторинг, программа, унификация, стандартизация.

В начале 70-х годов в деятельности бактериологических лабораторий появилось новое направление работы – внутренний контроль качества микробиологических исследований (ВКК) как необходимый элемент стандартизации лабораторного дела [1]. ВКК проводится с целью повышения эффективности исследований и их унификации; позволяет получать сравнимые результаты работы разных лабораторий на протяжении определенных отрезков времени. В его содержание входят следующие виды работы:

- мониторинг за лабораторным оборудованием;
- мониторинг за внешней средой;
- контроль питательных сред; контроль методов исследования, используемых в работе;
- контроль музейных культур, применяемых для их тестирования;

Нормативным документом, регламентирующим указанную работу, являются лишь методические указания по проведению внутреннего контроля точности для лабораторий СЭС, Алматы РК № 10. 05. 031.98 г.

Для клинко-диагностических лабораторий документа для проведения ВКК вообще не имеется. ВКК является необходимым элементом стандартизации лабораторного дела.

Стандарт – это документ, определяющий правила, общие принципы, характеристики, касающиеся того или иного вида деятельности. Он направлен на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной сфере деятельности. Стандартизация ставит глобальную задачу – внедрение единых методов работы, правил действия.

В настоящее время назрела необходимость разработки программы стандартизации микробиологических лабораторных исследований в нашей стране. В рамках этой программы необходимо разработать пакет нормативных документов, охватывающих две сферы источников лабораторных ошибок – внутреннюю работу лаборатории и взаимодействие с клиникой, т.е. аналитический и преданалитический этапы работы [2, 3].

Обязательным для проведения преданалитического этапа является регламентация условий и способов взятия биоматериала у пациентов, способ его обработки и

первичных посевов, условий хранения, транспортировки, а также информативности и обучения клинического персонала.

В понятие аналитического этапа включаются процедуры, проводимые с биоматериалом физического, химического, биологического характера, направленные на обнаружение и идентификацию возбудителя и его количественную оценку. Необходимо начать работу по созданию технологических стандартов лабораторных исследований [4]. Она касается всего: требований к помещению, оборудованию, зарегистрированным и сертифицированным средствам, медицинским препаратам, способам хранения, тест-штаммам.

Ранее разработанные документы должны быть пересмотрены в соответствии с новыми.

Особые требования должны быть предъявлены к подготовке специалистов по клинической микробиологии. В настоящее время в номенклатуре специальностей, предусмотренных для учреждений здравоохранения, отсутствует специальность «клинический микробиолог» и государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов. Профессионализм и компетентность клинического микробиолога зависят в основном от его инициативной самоподготовки в рамках должностных требований.

Для реализации вышеприведенных мер необходимо усилить микробиологическую службу как лечебно-профилактических учреждений, так и среди специалистов, занятых разработкой нормативной базы по указанной проблеме.

Выводы: в результате осуществления процесса стандартизации в лабораторной медицине будет решена проблема сопоставления и сравнения результатов деятельности различных лабораторий, что приведет к унификации проводимых исследований и к повышению их эффективности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Спатаев М.Б., Кропачева О.Н., Ким В.Е. и др. Методические указания по проведению внутреннего контроля точности исследований в лабораториях учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан. – Алматы, 1998. – 15 с.
- 2 Боев Б.В., Семенов Т.А., Бондаренко В.И., Гинсбург М. Актуальные проблемы создания информационно-аналитической системы для оперативности противодействия инфекционным заболеваниям // ЖМЭИ. – 2011. – № 6. – С. 37–40.
- 3 Онищенко Г.Г., Покровский В.И., Тарковский И.С. Современные взгляды на эпидемиологию инфекционных болезней при эпидемических вспышках и профилактическом мониторинге // ЖМЭИ. – 2008. – № 2. – С. 5–8.
- 4 Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы профилактики инфекционных болезней на современном этапе // ЖМЭИ. – 2010. – № 4. – С. 23–28.

Тұжырым

Н.П. Чижова

МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ІШКІ САПАЛЫ ТЕКСЕРУ ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ, ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙДАҒЫ НОРМАТИВТІК БАЗАСЫ

Микробиологиялық зерттеулердің сапасын тексеретін ішкі бақылау лабораториялық жұмыстарды стандартизациялау үшін қажетті элемент болып табылады. Осы жұмысты регламенттейтін нормативтік құжаттар клинко-диагностикалық зертханалар үшін баяу әзірленеді. Қазіргі уақытта микробиологиялық зерттеулерді стандартизациялайтын бағдарламаны жасау қажеттілігі туындады.

Summary

N.P. Chizhova

CURRENT STATUS REGULATORY FRAMEWORK FOR INTERNAL FOR QUALITY CONTROL OF MICROBIOLOGICAL INVESTIGATION IN THE HEALTH CARE SETTINGS

Internal quality control of microbiological research is essential for standardization of laboratory work. Normative documents regulating the work for clinical diagnostic laboratories poorly designed. At present time, there is need to develop a standardization program of microbiological research.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК

Е.Т. АЙМУРЗАЕВА

Централизованная бактериологическая лаборатория
городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОМАТЕРИАЛА ИЗ РОТОГЛОТКИ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ТОНЗИЛЛИТОМ

Аннотация. В статье проведен анализ заболеваемости и микробиологической диагностики тонзиллитов за 3 года по данным централизованной бактериологической лаборатории городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой.

Ключевые слова: тонзиллит, стафилококки, стрептококки, лецитиназа, плазма.

Хронические тонзиллиты – широко распространенная патология, наиболее часто встречающаяся у детей и лиц молодого возраста. В настоящее время в структуре заболеваний лимфоидного аппарата ротоглотки хронические тонзиллиты имеют наибольший удельный вес, встречаясь практически у 20% населения. В патогенезе хронического заболевания большую роль играют нарушения иммунной системы, сенсибилизация, персистенция условно-патогенной флоры, эндогенная интоксикация и цитокиновый дисбаланс [1]. Длительная потеря трудоспособности и инвалидация пациентов обусловлены высокой частотой возникновения тонзиллогенных заболеваний других органов и риском развития многих тяжелых соматических заболеваний [2,3]. Среди бактерий, выделенных от таких больных, в 2 раза чаще встречались культуры, обладающие двумя и более признаками патогенности [4].

Целью исследования явился анализ заболеваемости хроническими тонзиллитами больных госпитализированных в городскую клиническую инфекционную больницу г. Алматы за 2010–2012 гг., а также оценка количественного и качественного состава микрофлоры отделяемого зева больных различными формами тонзиллитов.

Материалы и методы исследования Объект исследования – биоматериал от 4472 пациентов с различными формами тонзиллитов: лакунарный, фолликулярный, катаральный, гнойно-некротический.

Анализ заболеваемости тонзиллитами проведен за 3 года (с 2010-го по 2012 г.), по данным централизованной бактериологической лаборатории г. Алматы. Сбор материала и доставку в бактериологическую лабораторию осуществляли согласно действующим нормативным документам.

Для выделения бактерий микрофлоры зева использовали 5%-ный кровяной агар, желточно-солевой агар. Для определения бактерий рода *Streptococcus* использовали 0,5%-ный глюкозный бульон, 6,5%-ный солевой бульон, 10%-ный желчный бульон, 40%-ный желчный бульон, молоко с 1%-ной метиленовой синью (тесты Шермена). Для дифференциации семейства *Enterobacteriaceae* применяли биохимический ряд, для определения вида выделенных культур. Идентификацию бактерий рода *Staphylococcus* проводили по стандартной микробиологической методике [5]. Для оценки патогенных свойств выделенных стафилококков определяли гемолитическую активность, способность продуцировать лецитиназу, свертывать кроличью плазму.

Результаты исследования Анализ заболеваемости различными формами тонзиллитов за 3 года показал, что случаи заболеваемости распределялись по возрастам следующим образом: от 15 до 19 лет – 1264 случая (28,2%); от 20–29 лет – 2154 случая (48,2%); от 30–39 лет – 561 (12,5%); от 40–49 лет – 255 (5,7%); 50–59 лет – 173 (3,9%); 60 лет и старше – 65 (1,5%). Всего 4472 случая заболеваемости. Тонзиллитами заболевали люди молодого возраста от 15 до 39 лет. Заболевание тонзиллитами среди населения г. Алматы регистрируется в течение года с незначительными подъемами в осенне-зимний период.

За 2010–2012 гг. из ротоглотки пациентов, больных тонзиллитом, выделено 4493 культуры микроорганизмов. Подавляющую часть выделенной микрофлоры составляли бактерии рода *Staphylococcus* – 3011 (67,0%). Наиболее часто встречающимися видами патогенных стафилококков являлись *S. haemolyticus* (23,2%), *S. aureus* (21,4%), *S. intermedius* (9,6%), *S. hyicus* (10,7%). Идентификация была проведена на основании выявления основных факторов патогенности: гемолитической активности, наличия плазмокоагулазы и лецитиназы. Практически все выделенные патогенные штаммы могли быть возбудителями воспалительных процессов в ротоглотке. Также вызывали тонзиллиты условно-патогенные стафилококки *S. epidermidis* (15,8%), *S. saprophyticus* (19,5%). Зачастую стафилококки выделялись с дрожжеподобными грибами. Большой удельный вес среди выделенных микроорганизмов занимали также стрептококки – 1342 (29,9%). Обсемененность бактериями семейства *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa*, дрожжеподобными грибами была меньше и составляла – 140 (3,1%).

Таким образом, заболеваемость различными формами тонзиллитов встречается во всех возрастных группах населения, но большое количество больных приходится на молодой возраст. Пейзаж выделенных микроорганизмов из ротоглотки пациентов, больных тонзиллитом, представлен в основном кокковой флорой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Фазылов В.Х., Кравченко Г., Нагимова Ф.И. и др. Синдром тонзиллита в клинической практике: Учебное пособие для ординаторов и интернов. 2-е изд. – Казань, 2007. – С. 76.
- 2 Овчинников И.А. Хронический тонзиллит и его осложнения: современный подход к лечению // Медицина. – 2007. – № 1. – С. 30–35.
- 3 Пальчун В.Т. Лечебная тактика при хроническом тонзиллите в свете новых научных данных и практического опыта // Рос. мед. журнал. – 2006. – № 6. – С. 50–52.
- 4 Хуснутдинова Л.М. Микрофлора слизистой оболочки миндалин человека в норме и при патологии // ЖМЭИ. – 2006. – № 1. – С. 60–63.
- 5 Зубков М.Н. Сбор биологического материала для бактериологического исследования // Клинич. микробиол. антимикроб. химиотерап. – 2004. – № 2. – С. 144–148.

Тұжырым

Е.Т. Аймурзаева

ТОНЗИЛЛИТИПЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТЫҢ АУЫЗ ЖҰТҚЫНШАҒЫНАН АЛЫНҒАН БИОМАТЕРИАЛДЫ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН ЗЕРТТЕУ

Тонзиллиттің әртүрлі формасымен ауырған науқастың аурушандылық анализі жүргізілді. Тонзиллитпен ауыру бір жылдың ішінде байқалатыны анықталды. Көбінесе жастар ауыратыны анықталды. Ауыз жұтқыншағынан алынған микроорганизмдердің пейзажы негізі кокктік флорамен көрсетілген.

Summary

Е.Т. Аймурзаева

MICROBIOLOGICAL RESEARCH BIOMATERIAL OROPHARYNGEAL PATIENT FROM TONSILLITIS

The analysis of patient morbidity, various forms of tonsillitis. Revealed that the disease tonsillitis observed throughout the year. Most people suffer from a young age. Landscape of isolated microorganisms from the oropharynx of patients tonsillitis represented mainly coccal flora.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 618.1.2

Ф.А. РАФИКОВА, И.А. МОСКАЛЕВА, Н.В. ЮХНОВСКАЯ, Р.А. КУЛДАУОВА

Региональный диагностический центр, г. Алматы

ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ОКРАСКИ МАЗКОВ ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Аннотация. В статье представлены результаты сравнительного исследования двух методов окрашивания мазков из полости матки при цитологическом исследовании: гематоксилин-эозином и азур-эозином. В диагностической работе необходимо применять оба метода окрашивания как дополняющие друг друга.

Ключевые слова: цитологические методы исследования мазков из полости матки.

Применение цитологического метода исследования при проведении профилактических осмотров привело к снижению заболеваемости раком шейки матки. Однако одновременно несколько повысилась заболеваемость раком эндометрия, что обуславливает необходимость более широкого применения цитологических исследований для выявления ранних форм рака эндометрия.

При цитологическом исследовании аспиратов из полости матки традиционно применяется окраска азур-эозиновыми смесями: по Паппенгейму, по Лейшману. Некоторые авторы рекомендуют применение методик окрашивания мазков, содержащих клетки железистого эпителия, гематоксилином-эозином [1]. При этой окраске хорошо дифференцируются изолированные клетки, группы, плотные клеточные комплексы и тканевые фрагменты.

Существует несколько вариантов окрашивания мазков гематоксилин-эозином (Г-Э). Мы решили проверить эффективность двух вариантов этой методики, качество

окрашивания и удобство в работе. С этой целью провели окрашивание мазков из полости матки и цервикального канала параллельно с традиционной окраской по Паппенгейму.

Материал и методика

Сравнивались два варианта окрашивания мазков гематоксилин-эозином.

Вариант 1 (Н.А. Шапиро, 2008) [1, 2]

Мазок высушивают на воздухе,
фиксируют в 96% этаноле – 7 мин.,
окрашивают гематоксилином – 5 мин.,
промывают проточной водой – 2 мин.,
окрашивают 0,3% спиртовым р-ром эозина – 1 мин.,
промывают проточной водой – 2 мин., высушивают

Вариант 2 (А.С.Петрова, 1980) [3, 4]

Мазки фиксируют смесью Никифорова – 3-5 минут,
Спирт этиловый 70% – 2-3 мин.,
Спирт этиловый 50% – 2-3 мин.,
Вода дистиллированная – 1 мин.,
Краска гематоксилин (по Эрлиху) – 7-20 мин. (в зависимости от зрелости краски)
Вода водопроводная – 3 мин.,
1% р-р соляной кислоты на 70% спирте – 1 сек. (до побурения препарата)
Вода водопроводная – прополоснуть (до посинения препарата)
Окрашивание эозином – 5-7 мин.,
Высушить фильтровальной бумагой,
Спирт этиловый 70% – 1 мин.,
Спирт этиловый 90% – 10-20 сек.

Результаты Проведено окрашивание мазков из аспиратов (7 больных) и из цервикального канала (5 больных).

Мазки-аспираты из полости матки окрашивались азур-эозином по Паппенгейму и гематоксилин-эозином (первый вариант). Цитограммы во всех случаях оценивались как простая пролиферация железистого эпителия: на фоне элементов крови обнаруживались пласты и железисто-подобные структуры из мономорфных клеток железистого эпителия. Клетки средних и мелких размеров. Ядра клеток округлой, овальной формы, гиперхромные с мелкозернистой структурой хроматина. Цитоплазма клеток располагается в виде неширокого ободка, имеет нежнобазофильную окраску, местами вакуолизирована. Аналогичные мазки, окрашенные Г-Э, отличались более светлым фоном за счет того, что не окрашивались эритроциты. Более четко видна структура хроматина. Однако особенности структуры цитоплазмы не видны.

Мазки из цервикального канала окрашивались также по Паппенгейму и гематоксилин-эозином (второй вариант). Мазки из цервикального канала обычно имеют небольшое количество элементов крови, в них много нейтрофильных лейкоцитов и клеток цилиндрического эпителия. В секреторной фазе цикла в цитоплазме можно обнаружить крупные вакуоли – признаки секретирования. В мазках, окрашенных Г-Э, ядра эпителиальных клеток выглядели «смазанными», плохо дифференцировались от цитоплазмы. Вероятно, этот вариант окраски, рекомендуемый для гистологических срезов и перенесенный для окраски мазков, очень сложен, особенно в части обработки солянокислым спиртом.

После микроскопирования и сравнения цитогамм сделаны следующие выводы:

1. В результате окрашивания гематоксилин-эозином мазки выглядят более светлыми, хорошо просматривается структура ядер, но плохо видны особенности строения цитоплазмы.

2. Из двух вариантов окраски гематоксилин-эозином предпочтительнее более простой и дающий лучшие результаты окрашивания.

3. В связи с тем, что окраска Г-Э более длительная и трудоемкая, в повседневной работе окраска по Паппенгейму предпочтительна.

4. В диагностической работе необходимо применять оба метода окрашивания: азур-эозиновыми смесями и гематоксилином-эозином как дополняющие друг друга.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Шаниро Н.А.* Принципы цитологической диагностики злокачественных опухолей. – М., 2008. – С. 34.
- 2 *Петрова А.С.* и соавт. Цитоморфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей тела матки // Методические рекомендации. – М., 1980. – С. 4.
- 3 *Новик В.И.* Цитология эндометрия при физиологических и гиперпластических состояниях. Новости клинической цитологии России. – 1998. – Т. 2, № 2, № 1. – С. 2–6.
- 4 *Шабалова И.П., Касоян К.Т.* Цитологическая диагностика заболеваний шейки матки // Цитологический атлас. – М., 2006. – С. 158.

Тұжырым

Ф.А. Рафикова, И.А. Москалева, Н.В. Юхновская, Р.А. Кулдауова

ЖАТЫР ҚҰЫСЫ МЕН ЦЕРВИКАЛДЫ КАНАЛДАН АЛЫНҒАН ЖАҒЫНДЫЛАРДЫ БОЯУДЫҢ ӘРТҮРЛІ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУДЫ БАҒАЛАУ

Аталған мақалада жағындыларды бояудың 2 әдісінің гематоксилин – эозин мен азур – эозинді қолданудың салыстырмалы зерттеудің нәтижелері көрсетілген.

Summary

F.A. Rafikova, I.A. Moskaleva, N.V. Yuhnovskaya, R.A. Kuldauova

EVALUATION OF DIFFERENT METHODS OF PAINT STROKES OF THE UTERUS AND CERVIX

The results of a comparative study of 2-staining samples: haematoxylin - eosin and azure - eosin. In diagnostic to use both methods of staining.

УДК 615.038:616.517

Д.Б. ЕСИМБЕКОВА

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент.

ПРЕПАРАТЫ КАЛЬЦИПОТРИОЛА В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Аннотация: Препараты содержащие кальципотриол хорошо действуют при лечении псориаза. В статье представлены результаты действия препарата дайвобет при лечении больных с ограниченным псориазом.

Ключевые слова: псориаз, кальципотриол, мазь.

Псориаз является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи. Его частота среди населения развитых стран Европы составляет 1,4–2,8% и приблизительно соответствует частоте заболеваемости сахарным диабетом. Заболевание псориазом редко приводит к летальному исходу, однако существенно сказывается на качестве жизни человека. Исследования показывают, что около 25% пациентов, страдающих псориазом, отмечают снижение нормальной жизненной активности, у 40% заболевание влияет на выбор одежды, у 36% отмечается нарушение сна [3].

В этой связи приобретает актуальность выбора эффективных методов и тактики лечения псориаза, зависящих от стадии процесса и особенностей его течения. При выборе терапии обязательно учитывается распространенность, клиническая форма, поражение внутренних органов и наличие сопутствующей патологии, данные лабораторных исследований. Лечение состоит из базисной и симптоматической терапии; кроме того, огромное значение имеет выбор препаратов для местной терапии псориаза. При правильном подборе наружной терапии повышается эффективность лечения, сокращаются сроки терапии, увеличивается период ремиссии. В этой связи продолжается поиск новых эффективных, патогенетически обусловленных и безопасных методов терапии псориаза. В последнее время для наружного лечения псориаза применяются разнообразные средства, в том числе кортикостероидные мази. Последние имеют ряд преимуществ, однако нередко вызывают серьезные побочные эффекты, особенно при длительном бесконтрольном использовании [1, 2].

Мы поставили целью изучение терапевтической эффективности, переносимости, частоты возникновения побочных эффектов, обострений при лечении псориаза препаратом дайвобет датской компании «ЛЕО фарма съютикал продактс ЛТД».

Действующим веществом мази дайвобет является кальципотриол – биологически активный метаболит природного витамина Д3. Кальципотриол влияет на патогенетические механизмы возникновения псориаза, воздействуя на специфические рецепторы эпидермальных кератиноцитов, что приводит к нормализации скорости митоза в клетках эпителия с торможением их пролиферации, ускорению морфологический дифференциации неороговевающего эпителия и к уменьшению сцепления и ускорению отшелушивания роговых клеток. Кроме того, кальципотриол оказывает антипролиферативное действие в отношении Т-лимфоцитов, продуцирующих медиаторы воспаления. Незначительное количество абсорбированного кальципотриола подвергается быстрой биотрансформации в печени с образованием малоактивных метаболитов, которые выводятся почками и через кишечник.

Показанием для наружного лечения мастью дайвобет являются ограниченные или умеренно распространенные формы псориаза (с поражением не более 40% площади кожи) в стационарной стадии. В исследовании принимали участие больные псориазом с ограниченным процессом, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в дерматологическом отделении центральной районной больницы г. Туркестана.

Под наблюдением находилось 9 больных (5 мужчин и 4 женщины) с ограниченной формой псориаза. Лечение проводилось амбулаторно и в стационарных условиях. Возраст больных колебался от 26 до 57 лет. Длительность заболевания составила от 2 до 15 лет. У 4 больных псориазом прослеживается наследственный фактор передачи заболевания. Сопутствующая патология (гипертоническая болезнь, гастриты, хронический холецистит, колит и т.д.) отмечалась практически у всех больных. Пациенты, получавшие кортикостероидную терапию в любой форме в течение 4 недель, исключались из исследования. 5 пациентов ранее, до использования дайвобет, применяли в период обострения кортикостероидные мази (6 человек), антигистаминные препараты (9 человек), витамины получали 9 больных. У большинства пациентов псориаз был в стационарной стадии, у 2 – в прогрессирующей стадии с явлениями экссудации. Высыпания локализовались на туловище, нижних и верхних конечностях. Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI не превышал 10–15. Клинические проявления характеризовались наличием мелких папулезных высыпаний ярко-красного цвета, бляшек различных размеров, достигавших 4–6 см в диаметре. Бляшки имели ровные или фестончатые очертания, умеренно инфильтрированные, покрытые мелкими серебристо-белыми чешуйками. Периферическая часть бляшек была свободна от чешуек. У 6 пациентов псориазический процесс на коже сопровождался зудом и сухостью. Всем наблюдаемым больным проводилось лабораторное обследование, включавшее общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови, ультразвуковую диагностику патологии внутренних органов, а также по показаниям консультацию терапевта. Оценивались длительность течения заболевания, длительность настоящего обострения, предыдущая и сопутствующая терапия. Клиническую эффективность лечения оценивали следующим образом: клиническое выздоровление – полный регресс высыпаний, значительное улучшение – положительная динамика кожного процесса (наличие остаточных явлений в виде незначительной гиперемии, инфильтрация, отсутствие зуда), улучшение – незначительная динамика кожного процесса (наличие высыпаний, имеющих явную тенденцию к регрессу, значительное уменьшение зуда). Мазь наносили 2 раза в день, длительность лечения составляла 6 недель. Терапевтический эффект развивался уже на 6–8-е сутки от начала лечения. Первым признаком после начала лечения было исчезновение чешуек, уменьшение гиперемии кожи и воспалительных явлений. На 12-й день отмечалось медленное уплощение папул, исчезновение зуда. Полный регресс высыпаний наблюдался на 19–21-й день от начала лечения. В результате лечения у 2 больных отмечено клиническое выздоровление, у 5 – значительное улучшение и у 2 – улучшение. Побочных явлений при лечении не наблюдалось. Дайвобет не вызывает ухудшения процесса, хорошо переносится больными, имеет эстетический вид, удобен в применении, быстро всасывается.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Самсонов В.А., Федоров С.М., Тимошин Г.Г., Чистякова И.А. Дайвонекс – патогенетическое средство терапии больных псориазом // Вестник дерматологии. – 2002. – № 2. – С. 45–46.
- 2 Радионов А.Н. Кальципотриол – новое патогенетическое направление в терапии псориаза // Вестник дерматологии. – 1998. – № 5. – С. 14–22.
- 3 Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. – М., 1995. – С. 86–101.

Тўжырым

Д.Б. Есимбекова

ҚҰРАМЫНДА КАЛЬЦИПОТРИОЛ БАР ПРЕПАРАТТАР ПСОРИАЗ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ

Құрамында кальципотриол бар препараттар псориаз емінде жақсы әсер етеді. Мақалада препараттың әсер ету нәтижелері жазылған «Дайвобет» псориаздың шектелген түрімен ауыратын науқастарда қолданылады.

Summary

D.B. Esimbekova

REMEDY CALCIPOTRIOL IN THERAPY OF PSORIASIS

Last years medicines with calcipotriol are widely used in dermatologic practice for curing psoriasis. In this article described an experience of using Daivobet in case of psoriasis.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616.530-456

Д. Б. ЕСИМБЕКОВА, Г.Е. АЛТАЕВА

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент.

ЭЛОКОМ – СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ

Аннотация. Изучена терапевтическая эффективность элокома у 17 больных экземой. Установлена высокая эффективность препарата: у всех больных достигнуто клиническое выздоровление или значительное улучшение.

Ключевые слова: воспаление, экзема, кожа, аллергия.

XX век ознаменовался ростом частоты аллергических заболеваний.

Их рост сегодня обусловлен не только генетической предрасположенностью человека к атопии и его длительным контактом с аллергенами, но и продолжающимся увеличением в окружающей среде факторов, способствующих сенсибилизации. Аллергическим заболеваниям особенно подвержены дети, быстро реагирующие на внешние раздражители (инфекционные и неинфекционные).

Развитие вторичных иммунодефицитов (под влиянием химизации окружающей среды, социально-психологических стрессов, изменения качества продуктов питания, повышенный радиационный фон и др.).

Персистирующее течение аллергических заболеваний с длительными периодами обострения значительно снижает качество жизни пациентов. Несмотря на широкий ассортимент лекарственных препаратов как системного, так и топического действия, предлагаемых фармацевтическим рынком, далеко не во всех случаях лечения удается добиться желаемого эффекта [1].

Аллергические заболевания кожи характеризуются чрезвычайной выраженностью воспалительных изменений кожи, особенно в период обострения заболевания. В очагах поражения наблюдается значительный отек, яркая гиперемия, микро- и макровезикуляция, мокнутие с последующим образованием корок или чешуйко-корок. Объективные изменения, как правило, сопровождаются сильным зудом, жжением или

покалыванием кожи. Наиболее часто из аллергических реакций указанной группы встречается экзема.

Экзема – это хроническое воспаление кожи у взрослых и детей. Точные причины развития экземы до сих пор не установлены. В зависимости от того, какая причина предположительно привела к развитию экземы, различают несколько ее основных видов:

1. Склонность организма к аллергическим реакциям (атопия) является причиной развития атопической экземы. Наследственная предрасположенность организма к аллергии объясняет развитие экземы у детей, чьи родители страдают другими аллергическими заболеваниями (например, бронхиальной астмой, пищевой аллергией, аллергией на пыльцу растений и т. д.)

2. Длительное воздействие на кожу раздражающих веществ, таких как никель, хром, формальдегид, различные красители, моющие средства и пр., являются причиной развития профессиональной экземы. Профессиональная экзема сначала появляется на коже рук, а затем может распространяться на другие участки тела.

3. Длительное воспаление кожи, обусловленное различными микробами или грибами является причиной развития микробной или грибковой экземы.

4. Жизнедеятельность на коже грибка *Malassezia furfur* является причиной развития себорейной экземы. Себорейная экзема чаще появляется на коже головы и характеризуется появлением светлых корочек на коже.

5. Плохое кровоснабжение кожи при варикозном расширении вен нижних конечностей приводит к развитию экземы на коже ног.

6. В некоторых случаях причину экземы не удается установить, в таком случае экзема является идиопатической. Одной из разновидностей идиопатической экземы является дисгидротическая экзема. Нервные расстройства, такие как эмоциональный стресс, переутомление, депрессия, нередко приводят к обострению воспалительного процесса при экземе.

7. У детей возможно сочетание сразу нескольких типов экземы: себорейной, идиопатической и микробной [2].

Проведение полноценного лечения большинства дерматозов в настоящее время невозможно без применения правильно подобранной наружной терапии. Она должна быть адекватна клинико-морфологическим проявлениям, распространенности, локализации кожного процесса, проводиться с учетом сопутствующих заболеваний и переносимости того или иного предлагаемого лекарственного средства. Важное значение имеет правильный выбор лекарственной формы. Чем острее воспалительный процесс, тем более щадящей и поверхностной должна быть наружная терапия. При островоспалительных патологических процессах с явлениями экссудации применяются примочки, влажновысыхающие повязки, кремы. При наличии острого воспаления без экссудативных проявлений используют также взбалтываемые взвеси, пасты. И в том и в другом случае, помимо указанных форм, применяются аэрозоли. Однако до настоящего времени применение аэрозолей было ограничено из-за входящего в состав большинства из них фреона, способного оказывать токсическое действие.

Наиболее распространенными среди препаратов для наружного применения являются глюкокортикостероидные средства в связи с наличием у них противовоспалительного, антиаллергического, иммуносупрессивного и противозудного действия [3].

Мы поставили целью изучение терапевтической эффективности, переносимости, частоты возникновения побочных эффектов, обострений при лечении экземы

препаратом «Элоком» фирмы «Шеринг Плау». Отличительной особенностью препарата являются его большая по сравнению с другими кортикостероидами аналогичной группы активность, низкий системный эффект и высокая безопасность. Действующим веществом препарата является мометазона фураат, который обладает высокой скоростью метаболизма при попадании в кровь, молекула не содержит фтора, обладает высокой степенью липофильности, т.е. накапливается в клетках кожи, практически не попадая в кровь, обладает преимущественно внегеномным эффектом, не затрагивая ДНК клетки.

Клиническое обследование включало сбор анамнестических данных, учет объективных и субъективных симптомов. Врачебный контроль осуществлялся при стационарном лечении больного ежедневно, при амбулаторном наблюдении – 2 раза в неделю.

Под наблюдением находилось 17 больных с истинной экземой в возрасте от 17 до 52 лет. Длительность заболевания в группе составила от 7 дней до 6 лет. Среди факторов, провоцировавших начало заболевания или его обострение, больные отмечали стрессовые ситуации, продукты питания, контакт с водой и моющими средствами. Клиническая картина у 8 больных характеризовалась выраженной воспалительной реакцией, полиморфизмом высыпаний. Высыпания носили симметричный характер, были представлены микровезикулами, эрозиями, расчесами, мокнутием с локализацией на лице и шее. У 9 больных кожный патологический процесс был представлен участками гиперемии, отека без мокнутия, воспалительной инфильтрацией, очагами сухости и шелушения с локализацией на лице, шее, туловище и конечностях. Практически все больные жаловались на наличие зуда различной интенсивности от слабого до биопсирующего: очень сильный зуд был у 5 больных, сильный – у 4, умеренный – у 3, легкий зуд – у 5. На жжение жаловались 3 пациента. Нарушения сна наблюдались у 15 больных.

Препарат «Элоком» назначали в составе комплексного лечения (с включением деинтоксикационных, гипосенсибилизирующих, седативных, антигистаминных средств). Крем наносили тонким слоем на пораженные участки 1 раз в сутки.

На фоне лечения у 5 больных уже на 2–3 день лечения полностью разрешились явления экссудации, у остальных больных отмечалось различной выраженности уменьшение указанных симптомов. К 5–7 дню у значительного числа больных – у 11 наблюдалось исчезновение островоспалительных явлений. У всех наблюдавшихся больных к концу лечения отмечалась эпителизация трещин и эрозий, разрешение или уменьшение эритемы, исчезновение отека. Субъективные ощущения в виде жжения не беспокоили ни одного больного, зуд или отсутствовал, или значительно уменьшился. В результате лечения клиническое выздоровление отмечено у 8 больных. Значительное улучшение зарегистрировано у 9 пациентов. Ухудшение кожного процесса не было отмечено ни у одного из больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Козин В.М. Наружная фармакотерапия дерматозов. – Минск: Высшая школа, 1997. – С. 80.
- 2 Современная наружная терапия дерматозов / Под ред. Н.Г. Короткого. – Тверь: Губернская медицина, 2001. – С. 73–74.
- 3 Чистякова И.А., Гребенюк В.Н. Кортикостероидные гормоны в дерматологии. Сообщение 2. Топическое применение кортикостероидов // Вестник дерматологии. – 1996. – С. 16–17.

Тұжырым

Д.Б. Есимбекова, Г.Е. Алтаева

«ЭЛОКОМ» – ЕСКІ МӘСЕЛЕЛЕРДІҢ ЖАҢА ШЕШІМІ

Экземамен ауыратын наукаста элоком препаратының терапиялық маңызы зерттелген. Барлық наукаста препараттың арқасында клиникалық сауығу және жағдайларының жақсаруы байқалды.

Summary

D.B. Esimbekova, G.E. Altaeva

ELOCOM – MODERN DESIGN TO THE OLD PROBLEMS

The therapeutic efficacy of the elokom in 17 patients with eczema. Set a high efficacy of the drug: all patients achieved clinical cure or significant improvement.

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 615.282.03:616.5-002.828

Г.Е. АЛТАЕВА, Д. Б. ЕСИМБЕКОВА

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПРЕЯ «ТЕРФАЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ СТОП

Аннотация. В данной статье представлены результаты лечения больных грибковыми инфекциями спреем «Терфалин». В условиях поликлиники спрей «Терфалин» показал высокие результаты.

Ключевые слова: микозы, кожа стоп, зуд.

Заболеемость дерматофитиями в последнее время не имеет тенденции к снижению. По экспертным оценкам, около 10% населения земли страдает данным видом кожной патологии. Ухудшение экологической обстановки, материальных и социальных условий жизни для большинства населения способствует распространенности грибковой патологии. Ведущее место в структуре микозов принадлежит микозам стоп, в связи с тем, что данные заболевания широко распространены, имеют торпидное течение, нередко резистентны к проводимой терапии. Дерматомикозы, особенно микозы стоп, характеризуются хроническим волнообразным течением с обострением в летнее время и ремиссией в холодное [1, 3].

Большое значение на заболеваемость грибковой инфекцией оказывают профессиональные факторы. Гораздо чаще, чем среди других профессиональных групп, микозы встречаются у военнослужащих, рабочих, спортсменов, металлургов, шахтеров. Предрасполагающими факторами в этих случаях является замкнутость производственных территорий, общие душевые и раздевалки, а также ношение специальной одежды и обуви: военной формы, комбинезонов, сапог, тяжелых закрытых ботинок. Ведущую роль в развитии микотической инфекции играет состояние макроорганизма. Среди экзогенных предрасполагающих факторов следует отметить микротравмы кожи с нару-

шением целостности рогового слоя. Обильное потоотделение, повышение влажности кожи приводят к нарушению физико-химических свойств водно-липидной мантии, мацерации рогового слоя, возникновению эрозий и внедрению грибов в глубокие слои эпидермиса. Частота микозов стоп у пациентов с гипергидрозом стоп составляет 26–68%. Существенную роль в развитии микозов стоп играют переохлаждение и перегревание организма, анатомические дефекты, нарушение периферического кровообращения, трофические расстройства. Несмотря на наличие в арсенале врачей-дерматологов большого количества противогрибковых препаратов, эффективное лечение грибковых инфекций до сих пор остается актуальной проблемой современной микологии [2, 4].

Мы поставили целью изучение терапевтической эффективности, переносимости спрея «Терфалин» компании Nobel при лечении грибкового поражения кожи стоп. Действующим веществом крема «Терфалин» является тербинафин – аллиламиновое производное, обладающее широким спектром противогрибкового действия. В низких концентрациях тербинафин оказывает фунгицидное действие в отношении дерматофитов, дрожжеподобных грибов. Тербинафин специфически подавляет ранний этап биосинтеза стероидов в клетке гриба за счет ингибирования фермента скваленэпоксидазы в клеточной мембране гриба. Это приводит к дефициту эргостерина и к внутриклеточному накоплению сквалена, что вызывает гибель клетки гриба. Тербинафин не оказывает влияния на метаболизм гормонов или других лекарственных препаратов.

Под нашим наблюдением находилось 16 больных с различной степенью микотического поражения кожи стоп, получавших лечение в условиях поликлиники областного дерматовенерологического диспансера. Среди больных преобладали мужчины (10 мужчин, 6 женщин). У всех больных диагноз микотического поражения кожи был подтвержден лабораторно. Возраст мужчин составлял от 21 до 62 лет, возраст женщин – от 24 до 47 лет. Давность заболевания составляла от 2 месяцев до 6 лет. У 4 больных наблюдалась сквамозная форма микоза стоп, у 7 – интертригинозная, у 5 – сквамозно-интертригинозная. Клиническая картина характеризовалась наличием эритематозно-шелушащихся очагов, сопровождающихся слабым зудом, интертригинозная форма характеризовалась поражением 4-го и 5-го межпальцевого промежутка с отеком, мацерацией и микровезикуляцией. Спрей «Терфалин» наносили на очаги поражения 2 раза в сутки (утром и вечером) до полного высыхания. Об эффективности терапии микотического поражения кожи спреем «Терфалин» судили по динамике клинических симптомов. К концу четвертой недели лечения у 14 пациентов отмечено клиническое излечение. У двух больных с интертригинозной формой микоза стоп было осложнено вторичной пиодермией. В результате лечения к концу 2-й недели лечения спреем «Терфалин» наблюдался значительный регресс не только микотических очагов, но и проявлений вторичной пиодермии, к концу 4-й недели – полный регресс высыпаний. Отмечена хорошая переносимость терапии у всех пациентов, побочных реакций не выявлено. Было замечено, что препарат обладает отчетливым противовоспалительным эффектом, благодаря которому достигался быстрый регресс островоспалительных явлений, вызванных как самим грибом, так и аллергической реакцией макроорганизма на микотический процесс.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ахметова А.К. Клинико-иммунологическая характеристика микроспории и трихофитии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 1994. – 14 с.

2 Махаммад Юсуф. Клинико-эпидемиологические особенности микроспории в современных условиях и разработка лечения новыми медикаментозными средствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 18 с.

3 Потеев Н.С. Кудрина М.И., Потеев Н.Н. // Вестник дерматологии. – 2008. – № 5. – С. 69.

4 Тарасенко Г.Н. Современные аспекты практической микологии // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 6. – С. 76.

Тұжырым

Г.Е. Алтаева, Д.Б. Есимбекова

«ТЕРФАЛИН» – СПРЕЙ ДӘРІЛІК ЗАТЫН САҢЫРАУҚҰЛАҚТЫҢ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУЫ

Бұл мақалада «Терфалин» – спрей дәрілік затын қолдану кезінде саңырауқұлақты ауруларды комплексті емі туралы жазған. Емхана жағдайында зерттеу кезінде «Терфалин» – спрей жоғары нәтиже көрсетті.

Summary

G.E. Altaeva, D.B. Esimbekova

EXPERIENCE OF USING «TERFALIN» INCURRING MYCOTIC REAMS

The results of patients' monitoring with mycotic infection and the clinical effectiveness of suggested complex therapy combined with «Terfalin» preparation were given in the article. This above-noted therapy leads to the early reduction of clinical symptoms, shortening of mycotic infection terms and ensures the minimal losses of bad-days.

РЕФЕРАТЫ

Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)

УДК 616-093/-098

Г.Т. СЕЙКЕТОВА

Централизованная бактериологическая лаборатория
городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой, г. Алматы

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МИКРОБИОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В настоящее время лабораторная служба лечебно-профилактических учреждений включает два направления:

- клинко-диагностические исследования
- клиническую микробиологию.

Клинической микробиологии во многих странах мира отводится приоритетное место, что связано с острой востребованностью данного вида диагностики, бесконтрольностью применения антибиотиков.

Однако до настоящего времени развитие клинической микробиологии остается на низком уровне. Это связано с неудовлетворительным состоянием нормативной базы по указанному разделу лабораторной службы, подготовкой необходимых специалистов, а также отсутствием стандартизации клинко-микробиологических исследований.

Отсутствие необходимых стандартов компенсировалось ранее отраслевым приказом № 535 МЗ СССР 1985 г., регламентирующим методы исследования, применяемые в клинической микробиологии, и устанавливающим нормативы микробной обсемененности различных биосубстратов. Данный приказ сыграл положительную роль в становлении нового методического подхода в проведении работы и установлению этиологической значимости возбудителей неспецифических инфекционных заболеваний. Однако в настоящее время последний нуждается в обновлении с учетом современных методических приемов исследования.

Для дальнейшего повышения эффективности исследований по клинической микробиологии, на наш взгляд, необходимо:

- по примеру РФ разработать долгосрочную программу развития службы клинической лабораторной диагностики, где клинической микробиологии отводится приоритетная роль;
- разработать пакет нормативных документов по стандартизации клинко-микробиологических исследований, охватывающих две сферы источников лабораторных ошибок – внутрилабораторную работу и связь с клиникой;
- для реализации указанной работы усилить микробиологическую службу ЛПО, а также специалистов, связанных с научными разработками по данной проблеме.

Целесообразно также предусмотреть систему лицензирования и сертификации медицинских услуг для клинических микробиологов.

Выводы: для перспективного развития лабораторной службы в лечебно-профилактических учреждениях в первую очередь необходимо создание нормативной базы для стандартизации клинко-микробиологических исследований.

Г.К. БАЙБОСЫНОВА

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

ЦИКЛОФЕРОН В ТЕРАПИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

В настоящее время в Казахстане остаётся высоким удельный вес острых респираторных инфекций в структуре общей заболеваемости и детской смертности. Это представляет собой серьезную проблему для детского здравоохранения. Несмотря на то, что уточнена этиология острых респираторных заболеваний, расширился спектр используемых в терапии антибактериальных и противовирусных препаратов, это не привело к снижению показателей заболеваемости и смертности.

Цель исследования – изучение эффективности противовирусного препарата «Циклоферон» у часто болеющих детей.

Материал и методы Под наблюдением находились 32 часто болеющих острыми респираторными инфекциями ребёнка в возрасте от 1 до 15 лет (средний возраст $8,15 \pm 0,26$ года). Циклоферон принимали по 0,15 г (дошкольники); 0,3 г (младшие школьники); 0,45 г (средние школьники) 1 раз в сутки за 30 минут до еды, не разжевывая, по схеме на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29-й день (12 приемов). Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных медицинской документации (история развития ребенка – 112/у). Больные обращались на прием. Эффективность препарата оценивали через 1 год по улучшению клинико-лабораторных показателей, снижению кратности острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), уменьшению длительности обострений.

Результаты и обсуждение Катамнестическое наблюдение в течение 1 года показало, что после приема «Циклоферона» ни разу не заболели ОРВИ 9 детей (28,1%); болели ОРВИ 1–2 раза – 17 детей (53,1%) и 3–4 раза – 6 детей (18,8%). Количество детей с сопутствующей анемией снизилось с 5 детей до 1 ребенка, т. е. в 5 раз ($p < 0,05$). Выявленные прежде изменения в лейкоцитарной формуле также в результате лечения имели положительную динамику: повысилось количество лейкоцитов и сегментоядерных нейтрофилов, нормализовалось количество моноцитов, лимфоцитов у исследуемых детей ($p < 0,05$). Произошло полное выздоровление у часто болеющих детей, имевших сопутствующий аскаридоз ($p < 0,001$).

Таким образом, на основании результатов клинико-лабораторных исследований, катамнестических данных мы пришли к выводу, что применение «Циклоферона» у часто болеющих детей, независимо от возраста и условий проживания уменьшает длительность обострений, число рецидивов респираторной инфекции и приводит к снижению потребности в антибактериальной терапии.

Р.Т. АЛИХАНОВА

Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы

АСКОРИЛ ЭКСПЕКТОРАНТ В ТЕРАПИИ БРОНХОЛЁГНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

В последние пять лет в Казахстане общая заболеваемость доходит до 58,8%, из них 47,1% приходится на заболевания органов дыхания у детей дошкольного возраста, проживающих в зоне загрязненного воздуха [А.Т. Досмухаметов, 2008]. Согласно исследованию Всемирной организации здравоохранения, в развитых и развивающихся странах 5–8 эпизодов острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) приходится на детей раннего возраста, проживающих в городах, и вдвое меньше – проживающих в сельской местности [В.Ю. Альбицкий с соавт., 2003]. Среди школьников наиболее часто респираторные инфекции отмечаются среди учащихся начальных классов – до 50%.

Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата Аскорил у детей с острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания.

Материал и методы Под наблюдением находился 51 ребёнок с синдромом кашля в возрасте от 1 до 15 лет (средний возраст $9,7 \pm 0,5$ года). Среди обследованных детей преобладали мальчики – 28 против 23 девочек. При этом одинаково часто болели мальчики как раннего, так и дошкольного возраста, тогда как девочки чаще болели в дошкольном возрасте и реже в преддошкольном. Среди девочек заболевания верхних дыхательных путей встречались у 15 (ВДП – 65,2%), нижних дыхательных путей – у 8 (НДП – 34,8%). Среди мальчиков заболевания ВДП было выявлено у 25 (89,3%), НДП – у 3 (10,7%). Препарат Аскорил назначали в рекомендуемых дозировках: детям в возрасте старше 12 лет по 10 мл (2 чайные ложки); детям в возрасте 6–12 лет по 5–10 мл (1–2 чайных ложки) 3 раза в день; детям в возрасте до 6 лет по 5 мл (1 чайная ложка) 3 раза в день. Эффективность препарата оценивали через 2 недели по снижению приступов кашля в дневное и ночное время, количеству отделяемой мокроты, наличию побочных проявлений.

Результаты и обсуждение После лечения у 22 мальчиков (78,5%) и у 20 девочек (86,9%) мокрота отсутствовала, у 5 мальчиков (17,9%) и у 2 девочек (8,7%) присутствовала в минимальном количестве и в значительном объеме выделялась у 1 мальчика (3,5%) и у 1 девочки (4,3%). Применение Аскорила значительно изменило характер кашля, причем у 71,4–82,6% днем и 82,1–86,9% больных ночью он отсутствовал. Один эпизод кашля днем был у 17,8–13% больных, а ночью 14,3–8,7%, 2 периода кашля наблюдались днем у 10,7–4,3% больных, ночью у 3,5–4,3% больных. После лечения днем частый кашель наблюдался почти у 4% больных, по сравнению с данными до лечения частый кашель был у 35,7–39,1% больных. Регресс симптомов заболевания наблюдался начиная с 1-го дня от начала терапии.

Таким образом, лекарственный препарат Аскорил показал высокий положительный терапевтический эффект при лечении синдрома кашля у детей, имел хорошую переносимость, минимальные побочные явления.

РЕТИНОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

В последние годы дерматологи все чаще стали использовать в лечении акне (вульгарные угри, угревая болезнь) не только топические, но и системные ретиноиды. Ретиноиды (группа витамина А) – самое современное и эффективное средство лечения акне. Местные ретиноиды – основное средство для лечения легкой формы акне. Они препятствуют появлению новых и удалению уже существующих комедонов. Кроме того, местные ретиноиды оказывают антибактериальный и противовоспалительный эффекты, повышают чувствительность кожи к УФО, поэтому при лечении ими акне не рекомендуется загорать. При наружном и системном применении ретиноиды оказывают антикомедогенное, себостатическое, противовоспалительное, керато- и иммуномодулирующее действие. Нами исследовался местный ретиноид в лечении акне: 0,1% гель ДЕРИВА (адапален). Было проведено наблюдение за 30 пациентами, с диагнозом акне, использовавших с целью лечения гель ДЕРИВА. Средний возраст обследуемых составил $29,1 \pm 4,5$. При анализе анамнестических данных выявлено, что в 50% случаев пациентам ранее проводилось лечение акне другими различными препаратами, что давало лишь кратковременный эффект. Наблюдение проводилось в течении всего времени лечения, за отдаленными результатами в течение 6–12 месяцев по окончании лечения. В зависимости от степени акне проводились следующие комбинации лечения:

Лечение легкой (1-й) степени акне. Легкая степень характеризуется наличием единичных папул без признаков воспаления. Гель Дерива использовался в качестве монотерапии 1 раз в день на пораженные участки кожи тонким слоем равномерно. Терапевтический эффект развивался через 4–8 недель от начала лечения.

Лечение средней (2-й) степени акне. Средняя степень характеризуется наличием более глубоких угрей (10–20 папул) с признаками воспаления. Гель Дерива шел в комбинации с антибиотиком доксициклин внутрь. У женщин при выявлении повышенного содержания тестостерона назначались препараты с антиандрогенным эффектом, содержащие эстрогены. Позитивный эффект начинался с 8–12-й недели от начала лечения.

Лечение тяжелой (3-й) степени акне. Тяжелая степень характеризуется теми же признаками, что и средняя степень, но количество папул и пустул более 40. Данная стадия не проходит бесследно, оставляет после себя рубцы, шрамы, пигментные пятна. Нами применялись в лечении гель Дерива, наружно; внутрь антибиотики или противозачаточные (женщинам), а также прием пероральных ретиноидов. Прогноз излечения на этой стадии длительный, но благоприятный.

Данные схемы просты, надежны, эффективны. Мы добились стойкой ремиссии у 88% наблюдаемых пациентов. Возможно, остальные пациенты не строго следовали нашим рекомендациям. Наш вывод: гель Дерива в качестве монотерапии и в комбинации с другими препаратами является эффективным средством в лечении акне. Препараты из группы ретиноидов обладают рядом побочных эффектов. Самые серьезные из них – тератогенность и эмбриотоксичность. В связи с этим женщинам детородного возраста ретиноиды назначают при надежной контрацепции и отрицательном тесте на беременность. В амбулаторной карте при назначении системного лечения следу-

ет делать отметку об осведомленности женщины о возможных побочных эффектах. Важным условием лечения является регулярная коррекция назначенных препаратов и диспансерное наблюдение даже по достижении клинической ремиссии. Также надо помнить, что пациентам полезно и не только в период лечения, но и после, заниматься ЛФК, избегать стрессов и вредных привычек, обязательный 8-часовой сон, полноценное питание.

БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ АРНАЙЫ ӨНІМДЕРДІ ҚОЛДАНА ОТЫРЫП, ГАММА-СӘУЛЕЛЕРІНІҢ ӘСЕРІНЕН АҚ ЕГЕУҚҰЙРЫҚ БҮЙРЕГІНДЕ БОЛАТЫН МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Ақ егеуқұйрықтарды арнайы өнімдермен тамақтандырып және гамма-сәулелену жүргізгендегі морфологиялық зерттеулері компенсаторлық-мамандану реакциялары мен адаптациялық мүмкіндіктерінің жоғарылағанын және бүйректе деструктивті өзгерістердің азайғанын көрсетті.

Зерттеудің мақсаты. Биологиялық белсенді арнайы өнімдерді қолдана отырып, гамма-сәулелерінің әсерінен ақ егеуқұйрық бүйрегінде болатын адаптациялық өзгерісін анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Радиопротекторлық арнайы өнім «Таң сәулесі», детоксицирлеуші арнайы өнім «Мөлдір», иммуномоделеуші «Кәусар» биологиялық белсенді заттарын қолдана отырып 6 грей дозадағы гамма-сәулелерін алған егеуқұйрықтардың адаптациялық мүмкіндігін көру үшін, тәжірибеге бастапқы дене салмағы 280–300 грамм болатын үш айлық Вистар линиясынан жыныстық жағынан жетілген 25 егеуқұйрық аталығы алынды. Тәжірибе барысында барлық жануарлар бірдей стандартты жағдайда вивариде ұсталды. Гистологиялық зерттеудің негізі бүйрек клеткаларының популяциясы болды. Барлық тәжірибе 30 күн ішінде жүргізіліп, барлық жануарлар 5 егеуқұйрықтан 5 топқа бөлінді. Тәжірибелік жануарлар суды шектеусіз алып отырды. Гистологиялық зерттеулер үшін жұқа кесінді дайындайтын жалпы қабылданған әдіс қолданылды. Морфологиялық сипаттаманы және суреттерді МБИ-15 микроскоп көмегімен жасадық.

Нәтижелер мен талқылаулар. Бірінші топтағы ақ егеуқұйрықтар бақылаудағы топ болғандықтан бүйректе ешқандай өзгеріс байқалмады. Бүйректің қыртысты заты тамырлы шумақтардан, цитоплазмасы ашық қызыл түсті, ядролары дөңгелек және бір деңгейде орналасқан цилиндрлі эпителий клеткаларымен астарланған иілген каналдардан тұрады. Екінші топтағы сәулелену ақ егеуқұйрықтарда қан айналымының бұзылуы қан толулар түрінде, плазморраги және бүйректің кейбір бөліктерінде дистрофиялық өзгерістер байқалады. Үшінші топтағы сәулелену жүргізілген және «Таң сәулесі» радиопротекторлық арнайы өнім алған жануарлардың бүйрек клеткасының цитоплазмасында деструкциялық өзгеріс аздап байқалады. Төртінші топтағы сәулелену жүргізілген және «Мөлдір» детоксицирлеуші арнайы өнім алған ақ егеуқұйрықтарда гистологиялық зерттеулердің нәтижесінде бүйректердің эпителий клеткаларында ісіктің ошағы пайда болды. Салмақтары өзгеріссіз қалды. Бесінші топтағы сәулелену жүргізілген және «Кәусар» иммуномоделеуші арнайы өнім алған егеуқұйрық

бүйректерінде жасалған микроскопиялық зерттеулердің нәтижесінде дистрофиялық өзгерістер және эпителий клеткаларында ісік ошақтары байқалды. Жалпы сәулену егеуқұйрықтарда қан айналымының қан толулар түрінде көрінеді, плазморраги, дистрофия және клеткалық реакцияларға алып келді. Биологиялық белсенді заттарды қабылдау қан айналымының бұзылуын, адаптациялық мүмкіндіктерінің жоғарылауына, дистрофиялық үдерістерді азайтуға септігін тигізді.

**Здоровье и болезнь
2013, № 3 (111)**

УДК 616-053.2

О.В. БАРЫШЕВА

Городская детская поликлиника № 8 г. Алматы

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ДЕТСКОГО ХИРУРГА В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПРИ ВЕДЕНИИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В практической работе амбулаторного хирурга часто встречаются воспалительные заболевания, такие как: лимфадениты различной локализации, фурункулы, фурункулы, панариции, баланопоститы, абсцессы, вросший ноготь.

При анализе проведенных оперативных вмешательств за 2012–13 гг. по частоте обращений на первом месте стоит вросший ноготь (158 случаев) не зависимо от пола и возраста. Все дети подверглись краевой резекции ногтевой пластинки, под местной анестезией. При проведении местного противовоспалительного лечения и витаминотерапии, воспалительный процесс был купирован за 5–7 дней. Причиной рецидивов (в 10%) являются травмы, ношение неправильной обуви.

На втором месте стоит баланопостит. Обратилось 89 детей, давность заболевания 2–3 дня. Клиническая картина с бурными проявлениями воспалительного процесса – отёк, гиперемия, гнойное отделяемое, практически во всех случаях. При выведении головки отмечалось значительное скопление смегмы, гноя. В домашних условиях назначались марганцевые ванночки 3–4 раза в день, в условиях амбулатории ежедневное выведение головки и туалет. Причинами воспалительного процесса крайней плоти чаще является отсутствие информации о правильном соблюдении личной гигиены мальчиков, фимоз (сужение крайней плоти), а как осложнение – гипертрофический фимоз. При лечении выздоровление наступает через 2–4 дня.

На третьем месте – фурункулы различной локализации и на различных стадиях процесса. Наблюдался 51 случай, из них имелись от 2 до 7 очагов. При признаках абсцедирования (50) было произведено вскрытие гнойников под местной анестезией с дренированием полости. Выздоровление наступало на 5–7 сутки при назначении ежедневных перевязок, физиолечения, витаминотерапии. Антибиотики назначались при наличии нескольких очагов.

Также часто сталкиваемся с подногтевым панарицием (42 случая), абсцессами различной локализации (29 случаев). Реже с лимфаденитами (8 случаям), маститами (6 случаев) и парапроктитами.

По представленным данным видно, что все обращения поздние, они нуждались только в хирургическом вмешательстве. Исключение составляет вросший ноготь, в случае с баланопоститами – соблюдение личной гигиены не привело бы к воспалительному процессу. Но при своевременном обращении в случаях с другими воспалительными процессами ограничилось бы консервативным лечением.