



АКАДЕМИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

# ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2013 г., № 4 (112)

АЛМАТЫ

Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 4 (112)  
Издается с марта 1997 года. Выходит каждые два месяца  
Учредитель — Академия профилактической медицины

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

***Редакционная коллегия:***

Главный редактор — А.А. Алдашев  
Ю.А. Синявский (*зам. гл. редактора*), А.А. Аканов,  
А.С. Бухарбаева (*отв. секретарь*),  
Е.Д. Даленов, М.К. Кульжанов, Л.Е. Муравлева,  
К.С. Ормантаев, Т.К. Рахыпбеков

***Редакционный совет:***

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

***Адрес редакции:***

050008, г. Алматы, ул. Ключкова, 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 г.

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

Уч.-изд. л. 10,0. Формат 70×100<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 500 экз.

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

© Казахская академия питания, 2013

## СОДЕРЖАНИЕ

### СТАТЬИ

<b>Т.К. Каримов, А.Б. Нагметова.</b> Санитарно-гигиеническая и экологическая экспертиза нефте-газоперерабатывающего производства Актюбинской области АО «СНПС-Актобемунайгаз» .....	5
<b>А. Жуматаева, А. Щитанова, Л. Устемирова, Л. Айбекова, Ж. Темиржанова.</b> Феохромоцитомы кезінде жүктілік пен босану ағымының қаупі .....	8
<b>А.Н. Батырова, В.К. Исраилова.</b> Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операциях, травмах и шоке) и тяжелых заболеваниях внутренних органов .....	11
<b>К.А. Бутенко, А.А. Боромбаев, А.Г. Таскинбаев, Ж.М. Карашев, А.Т. Рахымова, Д.А.Капсултанова.</b> Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с ишемической болезнью сердца .....	15
<b>Г.К. Каусова, Н.М. Кожекенова.</b> К вопросу социальной адаптации больных эпилепсией .....	18
<b>А.О. Керимбеков.</b> Омега-3 жирные кислоты в лечении и профилактике депрессии .....	22
<b>Д.С. Жынгылбаева.</b> Фототерапия в комплексном лечении гайморита .....	26
<b>И.И. Черноусова.</b> Рахит .....	30
<b>А.Ж. Сейкетов.</b> Чесотка .....	33
<b>А.И. Карабаева, Г.К. Каусова, С.Г. Анохина, М.К. Альмухамбетов, Э.Ф. Альмухамбетова, Л.П. Шкуренкова.</b> О состоянии и перспективах повышения качества, увеличения продолжительности жизни пожилых пациентов ....	36
<b>Г.К. Каусова, А.И. Карабаева, З.И. Макеева, Н.А. Сарманова, С.Г. Анохина, А.С. Бакибаева.</b> К вопросу медицинской деятельности поликлиники ВОВ .....	39
<b>А.С. Муталиева, М.К. Сапарбеков.</b> Лабораторно-эпидемиологический контроль при вирусном гепатите С .....	42
<b>А.С. Муталиева, М.К. Сапарбеков, Э.С. Утегенова, Г.Е. Нусупбаева.</b> Управление качеством лабораторных исследований (на модели вирусного гепатита С) .....	47
<b>М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, К.Н. Кабдолдин, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев, А.У. Ералиева.</b> Результаты применения ультразвукового исследования вен гроздевидного сплетения у детей с варикоцеле .....	50
<b>М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев, А.У. Ералиева.</b> Возможности применения интраоперационного ультразвукового исследования при трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы .....	56
<b>М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев, А.У. Ералиева.</b> Применение эхоуретрографии в определении характера стриктуры уретры различной локализации .....	59
<b>Ж.Ж. Кулбалиева.</b> Окислительный метаболизм белков крови при свинцовой интоксикации в зависимости от длительности введения ксенобиотика .....	63

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

<b>З.К. Джаксенова.</b> Применение наркопина при плановых гинекологических операциях .....	67
<b>З.К. Джаксенова.</b> Анестезиологическое обеспечение операции по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3-й степени ....	68
<b>И.И. Черноусова.</b> Основные направления профилактической педиатрии .....	71
<b>Г.К. Байбосынова.</b> Физическое и нервно-психическое развитие детей .....	73

<b>С.Л. Касенова, Н.К. Семгалиев, Н.К. Ахметова, Р.К. Надирбаева, М.О. Мустафина, Н. Зайтова.</b> Влияние табакокурения на функцию внешнего дыхания у лиц молодого возраста .....	76
<b>М.Т. Дюсупова.</b> Кардиогенный шок. Диагностика и лечение в условиях скорой медицинской помощи .....	79
<b>А.Г. Нурмухамбетова, А.И. Султанова, Б.А. Керимбаева, С.Е. Ахметжанова, И.В. Ким, Д.С. Сейдуманов, С.Д. Байтуов, Д.А. Капсултанова.</b> Клинический случай: болезнь Стилла у взрослых .....	82
<b>А.С. Аманжолова.</b> Сравнение клинической эффективности и безопасности парентерального и перорального применения метотрексата у больных ревматоидным артритом .....	85
<b>Г.Т. Сейкетова, Б.К. Иманбекова, С.И. Кудина, А.С. Тукулова.</b> О состоянии преаналитического этапа микробиологических исследований в медицинских организациях г. Алматы .....	87
<b>Г.Т. Сейкетова, Н.П. Чижова, Б.К. Иманбекова, С.И. Кудина.</b> Особенности проведения санитарно-бактериологического мониторинга в инфекционном стационаре для обеспечения биологической безопасности персонала и пациентов .....	89
<b>Н.П. Чижова.</b> Оценка антибиотикорезистентности стафилококков .....	92
<b>Н.А. Ташбаев, У.Г. Рахманкулов, Д.Д. Исалиев, Е.О. Омиров.</b> Туберкулез среднего уха .....	94
<b>В.В. Хван, А.А. Сарсенбаева.</b> Применение фруктового пилинга в лечении постакне .....	97
<b>Г.А. Ташбаева, В.В. Хван.</b> Опыт применения лосьона «Физиогель А.1.» в лечении псориаза .....	99

#### *РЕФЕРАТЫ*

<b>З.К. Джаксенова.</b> Применение цераксона в комплексе интенсивной терапии острых нарушений мозгового кровообращения .....	102
<b>И.С. Байшева.</b> Применение цитопротекторов в лечении хронической сердечной недостаточности .....	103
<b>Г.К. Сарханбаева.</b> Опыт применения препарата «Мелофлам» при подагрическом артрите .....	104
<b>И.С. Байшева.</b> Антигипертензивная терапия у больных с ожирением .....	105
<b>Р.Т. Алиханова.</b> Применение амизона у часто болеющих детей в условиях поликлиники .....	106
<b>Р.К. Джексекова.</b> Применение виферона у часто болеющих детей .....	107
<b>Г.К. Сарханбаева.</b> Эффективность левофлоксацина в лечении обострений ХОБЛ .....	108
<b>Д.Т. Сенкибаева, А.О. Кизатова, К.Е. Ердесова, Р.Ш. Нуралин.</b> Ультразвуковая диагностика диабетической полинейропатии нижних конечностей ....	109
<b>А.Ж. Сейкетов.</b> Крем «Кандидерм» в терапии глубокой трихофитии .....	110

#### *ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ*

Кенесариеву Усену Исмаиловичу – 60 лет .....	112
--	-----

УДК 614.7:552.5782(574.13)

Т.К. КАРИМОВ, А.Б. НАГМЕТОВА

*Западно-Казахстанский государственный  
медицинский университет им. М. Оспанова*

**САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ И ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
НЕФТЕ-ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА  
АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ АО «СНПС-АКТОБЕМУНАЙГАЗ»**

**Аннотация.** Представлены результаты санитарно-гигиенической и экологической экспертизы нефте-газоперерабатывающего производства Актюбинской области АО «СНПС-Актобемунайгаз»

**Ключевые слова:** экспертиза, СНПС-Актобемунайгаз, нефть, газ, атмосфера, загрязняющие вещества, нормативы, утилизация попутного газа.

Охрана окружающей среды и здоровья населения включает в себя комплекс вопросов: от общих принципов и единых механизмов загрязнения окружающей среды до конкретных природных и промышленных источников, технологий и поллютантов, от общих основ формирования здоровья до специфических этиопатологических связей в развитии того или иного заболевания [1].

В Актюбинской области основное влияние на атмосферный воздух наряду с автотранспортом и другими загрязняющими факторами оказывают выбросы предприятий нефтегазового сектора, химической, горнодобывающей промышленности, черной металлургии. Среди промышленных предприятий нефтегазового сектора в Актюбинской области АО «СНПС-Актобемунайгаз» является крупнейшей нефтедобывающей компанией. При этом АО осуществляет эксплуатацию нефтегазовых месторождений: Жанажол, Кенкияк подсолевой и Кенкияк надсолевой, Северная Трува [2, 3].

Основными видами деятельности предприятия являются: разработка и добыча углеводородного сырья; бурение поисковых разведочных, оценочных, структурных и эксплуатационных скважин; поиск, разведка и эксплуатация нефтяных и газовых месторождений, переработка нефти и газа; транспортировка и реализация нефти, газа и продуктов их переработки; получение электро- и теплоэнергии; строительство трубопроводов и трубопроводная транспортировка; разработка и добыча пробуренных минеральных ресурсов совместного происхождения, их реализация и другие виды деятельности в соответствии с уставом компании и имеющимися лицензиями.

В проекте рассчитаны нормативы выбросов загрязняющих веществ в атмосферу от промышленной деятельности АО «СНПС-Актобемунайгаз», Жанажольского нефтегазоперерабатывающего комплекса (далее ЖНГК). В составе ЖНГК рассматриваются параметры источников выбросов загрязняющих веществ нефтегазоперерабатывающих заводов № 1, 2, 3, 4 и станции нагнетания газа, входящих в состав ЖНГК.

Корректировка проекта нормативов ПДВ для ЖНГК АО «СНПС-Актобемунайгаз» проведена в связи с вводом в 2012 году в эксплуатацию ЗПН-4, станции нагнетания газа и увеличения мощности газовых компрессоров на ГПЗ-1, 2 и плане строительства 2-й очереди установки 7000.

**Краткая характеристика технологического процесса** (табл. 1, 2).

После сепарации поступающей нефти и нефтегазовой смеси с месторождений Жанажол и Кенкияк выделенная нефть последовательно направляется на установки сепарации нефти 2–3 ступени, глубокой дегазации нефти, демеркаптанизации и в резервуарный парк для дальнейшей отгрузки нефти потребителям.

Газ после установки сепарации разделяется на 2 потока:

Первый поток направляется на установки факельного сжигания или на комплексную станцию для обратной закачки в пласт.

Второй поток направляется на установки сероочистки, после которой часть газа направляется на установку получения серы, другая часть направляется на установки подготовки газа и далее на установки получения легких углеводородов. Часть обессеренного газа направляется на установки очистки газа от меркаптанов и после установок осушки газа направляется потребителям или используется на собственные нужды.

Выделенная после сепарации нефтегазовой смеси водная фракция направляется на установку подготовки пластовых вод и далее после установок очистки производственных сточных вод – на поддержание пластового давления на месторождении Жанажол.

**Таблица 1 – Баланс добычи и использования газа**

Наименование	2012 г., млн м <sup>3</sup>	2013 г., млн м <sup>3</sup>
Ресурсы газа	3434,5	3493,0
Утилизация	3283,0	3341,3
Сжигание на ФУ	150,0	150,0

**Таблица 2 – Распределение объемов сжигания газа на ФУ ЖНГК**

Подразделение	2012 г., млн м <sup>3</sup>	2013 г., млн м <sup>3</sup>
ЖНГК, всего	132,5	129,6
В том числе:		
ГПЗ-1, 2	95,5	73,7
ГПЗ-3	26,0	26,0
КС	10,0	10,0
ЗПН-4	1,0	1,0

Для реализации выделенной нефтегазовой смеси на заводе функционирует следующее технологическое оборудование: установка осушки газа, компрессорные станции для газлифтной добычи газа, установка получения серы, факельное хозяйство, установка получения легких углеводородов.

Выбросы в атмосферный воздух осуществляют 281 организованных и 110 неорганизованных источников. От источников предприятия в атмосферу выбрасываются загрязняющие вещества 49 наименований. Эффектом суммации обладает 8 групп веществ.

Объемы выбросов загрязняющих веществ в атмосферу на 2013 год от источников ЖНГК составят: всего – 59558,580343 т/год, из них твердые – 469,04080465 т/год, газообразные и жидкие – 59089,539539 т/год [4, 5].

В соответствии с санитарными правилами, утвержденными Постановлением Правительства РК от 17.01.2012 года № 93, а также согласованным проектом обоснования размера санитарно-защитной зоны (СЗЗ), принятый размер СЗЗ для объек-

та ЖНГК составляет не более 5700 метров. Согласно представленному проекту в установленную СЗЗ жилые зоны не входят.

Руководством АО «СНПС-Актөбемұнайгаз» для снижения воздействия производимых работ на атмосферный воздух на предприятии внедрен ряд технических и организационных мероприятий. В том числе:

– утилизация попутного газа путем его подготовки и использования для поддержки пластового давления при газлифтном способе добычи;

– конструкцией факельного стояка предусматривается использование горелок с постоянным воспламенением от электрической искры, что практически исключает возможность свободного выброса попутного газа в атмосферу;

– поэтапное снижение объемов сжигания попутного газа с полным прекращением;

– строительство новых объектов для более полного и рационального использования излишков попутного газа.

В проекте нормативов ПДВ определены и проанализированы характеристики источников выделений и выбросов загрязняющих веществ. Для нормирования и контроля качества атмосферного воздуха на границе СЗЗ в настоящем проекте разработаны и предложены: расчеты рассеивания выбросов загрязняющих веществ в атмосферу; мероприятия по регулированию выбросов при неблагоприятных метеорологических условиях (НМУ).

Изложенное позволяет заключить, что нормативы ПДВ загрязняющих веществ в атмосферу ЖНГК АО «СНПС-Актөбемұнайгаз» в 2013 году соответствуют требованиям государственной экспертизы природоохранных организаций области [6].

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Доклад начальника Актюбинского областного управления здравоохранения на заседании актива Актюбинского областного акимата по данным областного Управления здравоохранения//Статистические данные о заболеваемости населения за 2010–2011 гг. – Актюбинск, 2012.

2 Информационный экологический бюллетень Республики Казахстан за 2010 г. – Алматы, 2011. – № 4. – С. 24–27.

3 Национальный доклад о состоянии окружающей среды Республики Казахстан в 2011 г./Информационный экологический бюллетень республики Казахстан. – Алматы, 2011. – № 10. – С. 15–20.

4 Доклад начальника Департамента статистики Актюбинской области на совместном заседании с Департаментом экологии по Актюбинской области. О состоянии охраны атмосферного воздуха в 2011 г./Информационный экологический бюллетень Республики Казахстан. – Актюбинск, 2011. – С. 7.

5 Доклад об экологической обстановке Актюбинской области за 2011–2012 гг./Отчет начальника Департамента по Актюбинской области на коллегии Департамента. – Актюбинск, 2012.

6 Анализ данных Актюбинского областного Госсанэпиднадзора за 2012 г. по качеству воздушного бассейна населенных мест Актюбинской области/Отчет начальника Актюбинского областного Департамента санэпиднадзора на коллегии. – Актюбинск, 2012.

#### Тұжырым

*Т.К. Каримов, А.Б. Нагметова*

#### АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНДАҒЫ «СНПС-АҚТӨБЕ МҰНАЙҒАЗ» ӨНДІРІС КЕШЕНІН САНИТАРИЯЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ, ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРҒЫДАН САРАПТАУ

Ақтөбе облысындағы көп салалы мұнай-газ өндіретін «СНПС-Ақтөбемұнайгаз» ашық акционерлік өндіріс мекемесінің қоршаған ортаға бөліп шығаратын ластанушы факторлардың нормативін, технологиялық үдерістерін, мұнай газ ресурстарын, оларды қолдану,

деңгейлерін шектеу, алу жолдары сарапталған. Атмосфералық ауаға зиянды, химиялық бөліп шығаратын факторлардың деңгейін анықтауға арналған техникалық, ұйымдастыру іс-шаралары қарастырылған.

#### Summary

*T.K. Karimov, A.B. Nagmetova*

#### SANITARY AND ENVIRONMENTAL ASSESSMENT OF OIL-GAS PROCESSING PLANT AKTOBE REGION PA "CNPC-AKTOBEMUNAIGAS"

In the article the authors of the evaluation data is the production of the PA "CNPC-Aktobemunaigas" associated with the release of manufacturing conduction in the environment, chemical pollutants and their standard of performance. And also, analyze technological processes exploitation exploration, oil and gas reserves and their use in national economy. The article gives Dunn to reduce pollutant discharge environmental factors of production and ways to implement.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 618.3

*А. ЖУМАТАЕВА, А. ШИТАНОВА, Л. УСТЕМИРОВА,  
Л. АЙБЕКОВА, Ж. ТЕМИРЖАНОВА*

*С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ*

#### ФЕОХРОМОЦИТОМА КЕЗІНДЕ ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ ҚАУІПІ (Әдеби шолу)

**Аннотация.** Жүкті әйелдерде феохромоцитома ауруының болуы, жүктіліктің мерзіміне байланыссыз, жүктіліктің даму барысына, босану ағымына әсерін тигізеді. Феохромоцитоманың жүктілікпен шақырылатын гипертензивті жағдайлармен ұқсастығы одан сайын нақты диагноз қоюды қиындатады. Берілген мақалада феохромоцитоманың жүктілік кезінде негізгі ерекшеліктері мен жүктілік пен босандыруды жүргізу тәсілдері көрсетілген.

**Кілтті сөздер:** жүктілік, феохромоцитома, аналық өлім-жітімдік, перинаталдық өлім-жітімдік.

Феохромоцитома бүйрек үсті безінің ми тәрізді затынан және бүйрекүсті безінен тыс хромафинді тіннен дамиды катехоламин өндіруші қатерсіз ісік. Феохромоцитоманың клиникалық көрінісі полиморфизммен ерекшеленеді [1].

Осыдан 60 жыл бұрын Оберлинг пен Юнг ең бірінші жүкті әйелдегі феохромоцитоманы сипаттаған. Жүктілік кезінде пароксизмальді гипертензиясы болған 28 жасар әйел босанудан кейін генезі белгісіз шоктан қайтыс болған. Аутопсияда сол бүйрекүсті безінің феохромоцитомасы анықталды [9].

Жүктілік кезіндегі феохромоцитома ана мен бала үшін өте қауіпті жағдай. Де-генмен, оның жүкті әйелдерде кездесу жиілігі 0,002% [2]. Оның симптомдары өте вариабельді және жүктілік кезінде кездесетін гипертензивтік жағдайлардың басқа себептерімен феохромоцитоманы шатастыру диагнозды жіберіп алудың басты себебі.

Егер феохромоцитома анықталмаған болса, онда аналық өлім-жітімдік 11% және перинаталдық өлім-жітімдік 50%, ал жаңа туылған нәрестенің өлім-жітімдігі 75% құрайды.

Феохромоцитома кезінде жүктілік барысында кездесетін негізгі асқынулары бұл артериялды қысымның тұрақты жоғарылауы, пароксизмальді криздер мен гипертониялық криздердің жиі шок тәрізді жағдайлармен алмасуы, қалыпты орна-



ласқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы, ми тініне, бүйрек үсті безі тініне қан құйылу, өкпе ісінуі, жүрек-қан тамыр жүйесінің зақымдануы. Аталған асқынулар өлімге алып келуі мүмкін [3].

Жүкті әйелдерде катехоламинді криз дене қалпының өзгеруінен, босану кезіндегі толғақтардан, акушерлік зерттеулерден, тіпті нәрестенің қозғалуынан дамуы мүмкін. Ал перинаталдық өлім қандағы катехоламин деңгейінің жоғарылауынан жатыр плаценталық қанайналымның бұзылуы мен қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын сылынуынан дамиды. Негізінде ана өлімі босану кезінде немесе босанудан кейін 72 сағат ішінде босандыру әдісіне байланыссыз болуы мүмкін [7, 8].

Бірақ егер жүктілік кезінде феохромоцитоманы мезгілінде анықтап, тиімді емдеген кезде өлім-жітімдік 5–15%-ға төмендейді [2].

Феохромоцитома кезінде жүктілік ағымының ерекшелігіне тоқталсақ, De Coursy феохромоцитоманы «Ұлы эмитатор» деп атаған, себебі оның клиникалық көріністері полиморфизмділігімен көрінеді. Феохромоцитоманен ауыратын жүкті әйелде ауыр преэклампсияның клиникалық көріністері айқын көрінеді [6]. Жүкті әйелде артериалдық қан қысымының жоғарылауы систолалық >200 мм р. с. диастолалық >110 мм р. с. және одан да жоғары. Шағымдарынан бас ауруы, әсіресе шүйде аймағында, тері түсінің бозаруы, тершеңдік, жүрек айну, құсу, жүрек маңындағы ауру сезімі, эпигастрий аймағындағы ауруы. Преэклампсияның ауыр дәрежесіндегі көріністер айқын болғандықтан феохромоцитома ауруына күдік туғанда тек анамнез жинап, зертханалық көріністерден кейін феохромоцитомға ой салады. Жалпы зәр анализінде протеинурия мүлде болмайды, катехоламиндердің жоғарылағаны көрінеді.

Көп жағдайда жүктілік кезінде қателесіп тиреотоксикоз, невроз, эпилепсия, жедел акушерлік патология – жатыр жыртылуы, қалыпты орналасқан бала жолдасының мезгілінен бұрын сылынуы деген диагноз қойылады. Әсіресе феохромоцитоманы ауыр дәрежелі преэклампсиямен дифференциалды диагностика жасау қиынға түседі, бірақ есте сақтайтын жағдай, феохромоцитомға ісіну мен протеинурия тән емес. Сонымен қатар, ауыр дәрежелі преэклампсияға қарсы терапия жүргізген кезде патогенетикалық терапияның әсерінің болмауы.

Феохромоцитоманы басқа аурулардан ажырату үшін қолданатын негізгі диагностикалық тәсілдер: комплексті УДЗ, МРТ (ісіктің нақты локализациясын анықтау), зәр анализі, кризден кейін тәуліктік зәрде катехоламиндердің деңгейі.

Феохромоцитома кезінде жүктілікті және босануды жүргізу ерекшеліктеріне келсек, Савельева Г.М. және басқа авторлардың тұжырымы бойынша, феохромоцитоманың белсенді формасы жүкті әйелдің өміріне, денсаулығына жоғары қауіп төндіретіндіктен жүктілікті үзуге негізгі көрсеткіш болып табылады.

Әсіресе жүктілік кезіндегі экстрагениталды ауруларды зерттеген ғалым бұл көзқарасты ұстанады [1].

Феохромоцитома клиникалық көріністерінің полиморфизмі, жиі дұрыс диагноз қою мүмкінсіздігі себебінен жүктіліктің ерте мерзімінде анықталмаған болса, онда мерзіміне жеткен жүктілікте 3 тактикалық вариант ұсынылады: 1. Кесар тілігі, ісікті алып тастау операциясымен бірге. 2. Кесар тілігі, ісікті алып тастау операциясынан кейін. 3. Табиғи босандыру, ісікті алып тастау операциясынан кейін. Дегенмен, табиғи босандыру ана үшін өте қауіпті, себебі босану кезінде, босанудан кейін алғашқы сағаттарда жатыр жиырылуы ісікті компрессиялап, катехоламиндердің қанда деңгейін жоғарылауынан әрбір үшінші әйел қайтыс болады.

И.С. Сидорова [5] табиғи босандыру кезінде катехоламиндік криздің алдын алу үшін келесі дәрі-дәрмектерді ұсынады: феноксифензамин, фентоламин, нитропруссид натрий, кардиоселекті препараттар, кортикостероидтар.

Кузнецов В., Бельцевич Д., Лысенко Б. ұсынысы бойынша гипертензивті кризбен асқынатын науқастарда операция алды дайындық жүргізіледі. Ол үшін альфа-адренергиялық рецепторлардың пролонгирленген блокаторлары пероралды қол-

данылады: феноксибензамин (дибенилин), доксазозин (кардура). Интраоперационды жүрек ритмінің бұзылыстары (тахикардия, суправентрикулярлы экстрасистола) бета адреноблокаторлармен басылады. Қарыншалық экстрасистола кезінде лидокаин қолданылады.

Жүктілік кезінде феохромоцитоманы зерттеген украиналық ғалым Панык В.И. [4]. айтуына қарағанда бүйрекүсті безінің біржақты зақымдануында біржақты адреналэктомия, екіжақты зақымдануында тоталды адреналэктомия жасалады. Тоталды адреналэктомиядан кейін организм эндогенді кортикостероидтар өндіру көзінен айырылады, операциядан кейін 5–10 сағат ішінде бүйрекүсті безінің жетіспеушілігі дамиды. Бұндай науқастар өмір бойы кортикостероидты орынбасушы терапияны қажет етеді. Хромаффинді клеткалы ісіктерде сәулелі терапияның тиімділігі аз. Соңғы кездерде феохромоцитоманың метастаздарын емдеуде метастаз-1311-бензилгуанидин сәтті қолданылуда.

Феохромоцитоманың қатерсіз ағымында оперативті емнің тиімділігі 95% құрайды, ал қатерлі ағымында бұл көрсеткіш 43%-ға дейін төмендейді [3].

Жүктілік кезінде ауыр зардаптарды болдырмау үшін феохромоцитоманы дер кезінде анықтап, оған тиімді ем жүргізілуі тиіс. Ауыр дәрежелі гипертензиясы бар барлық жүкті әйелдер феохромоцитоманың баржоғына міндетті түрде тексерілуі тиіс. Бұл феохромоцитоманы кезінде дамитын ауыр зардаптарды алдын алудың тиімді жолы болып табылады. Феохромоцитоманы бар әйелдер жүктілікті жоспарламай тұрып, керекті шаралар, яғни емдік шараларды жүргізуі тиіс. Ал егер феохромоцитоманы жүктілік барысында анықталған жағдайда, жүктілікті ары қарай жүргізу индивидуалды түрде, көптеген факторларды есепке алып шешіледі.

#### ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – 2005. – 176 с.
- 2 Lenders J.W. European Journal of endocrinology. – 2012. – 34 p.
- 3 Симоненко В.Б. Нейроэндокринные опухоли//Медицина. – 2003. – С. 66.
- 4 Панык В.И. Влияние феохромоцитомы на беременность//Международный эндокринологический журнал. – 2011. – С. 15.
- 5 Сидорова И.С. Руководство по акушерству. – 2006. – 96 с.
- 6 Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. – 2005. – 208 с.
- 7 Серов В.Н. и др. Практическое акушерство: Руководство для врачей. – 2007. – 145 с.
- 8 Кулаков И. Акушерство: Национальное руководство. – 2006. – 76 с.
- 9 Беременность и роды: Кохрановское руководство. – 2010. – 45 с.

#### Резюме

*А. Жуматаева, А. Шитанова, Л. Устемирова, Л. Айбекова, Ж. Темиржанова*

#### РИСК ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ

Феохромоцитомы при беременности является серьезной угрозой как для матери, так и для плода. Материнская и перинатальная смертность при данном заболевании составляет 11 и 50% соответственно. После установления диагноза и надлежащего лечения эффективность лечения при доброкачественном течении составляет 95%.

#### Summary

*A. Zhumatayeva, A. Shitanova, L. Ustemirova, L. Aibekova, Zh. Temirzhanova*

#### RISK OF PREGNANCY AND DELIVERY BY PHEOCHROMOCYTOME

Pheochromocytome in pregnancy can be dangerous for mother and fetus. In this disease maternal and perinatal morbidity are 11% and 50% accordingly. After determination of diagnosis and due care efficacy of treatment in benign cases is 95%.

УДК 616.33/.34-002.44:[613.863+616-003.96]

*А.Н. БАТЫРОВА, В.К. ИСРАИЛОВА*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

**ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ  
ПРИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ (ОПЕРАЦИЯХ, ТРАВМАХ И ШОКЕ)  
И ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ  
(Обзор литературы)**

**Аннотация.** Изучены патогенетические механизмы и факторы, способствующие возникновению стрессовых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ и разработан эффективный метод профилактики этих осложнений.

**Ключевые слова:** «стрессовая язва», язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечное кровотечение, стресс

В настоящее время рядом авторов [1] предложен термин «синдром острого повреждения желудка», подразумевающий повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающее при нарушении механизмов его защиты у больных, находящихся в критических состояниях, и включающее в себя отек и нарушение целостности слизистой оболочки, а также нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка.

Ведущее значение в ульцерогенезе стрессовых язв придают ишемии СОЖ и ДПК, развивающейся в связи с расстройствами микроциркуляции при гиповолемии, плазмопотере и гипотонии, а также увеличению продукции АКТГ, кортикостероидов, катехоламинов, гистамина, оказывающих неблагоприятное действие на защитный барьер слизистой оболочки (СО) и усиливающих кислотно-пептическую агрессию, а также нарушениях гастродуоденальной моторики (парез желудка и кишечника, дуоденогастральный рефлюкс).

Более частое поражение проксимального отдела ЖКТ (желудок и ДПК) обусловлено, во-первых, тем, что на СО этого отдела действуют почти все агрессивные факторы, характерные для этой зоны: антиперистальтика и рефлюкс, микроорганизмы при ахлоргидрии, лизосомальные ферменты при усилении аутолитических процессов, ишемия СО и фильтрация через нее шлаков. Таким образом, число агрессивных агентов, повреждающих СО этих отделов при стрессовых ситуациях, возрастает еще больше. Во-вторых, существенным моментом является то, что в качественном и количественном отношении эти факторы агрессии значительно превосходят те, которые действуют в других участках пищеварительного канала.

Можно назвать несколько причин, приводящих к изменениям кровотока в желудке и в ДПК при дуоденальной язве. Во-первых, это воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка и ДПК, которые сопровождаются микроциркуляторным стазом, повышением сосудистой проницаемости и спазмом подслизистых венул. Во-вторых, — особенности микроархитектоники слизистой оболочки желудка. Известно, что в антральном отделе, где часто обнаруживаются язвенные поражения, в отличие от тела желудка располагается лишь один слой капилляров. Причем капилляры антрального отдела желудка тонкие и напоминают соты, в то время как в теле желудка капилляры широкие и петлистые и расположены в два слоя [2]. Кроме особенностей строения сосудистого русла, могут быть и другие наследственные проявления слабости кровоснабжения гастродуоденальной зоны.

При стрессе ограничивается микроциркуляция в органах и тканях, нарушается обмен веществ между паренхиматозными клетками и кровеносным руслом, из-

меняется обмен газов в организме, метаболические процессы характеризуются преобладанием катаболизма белков, активацией перекисного окисления липидов и гликолиза. Гипоксия и ацидоз являются предрасполагающими факторами нарушению защитных свойств СОЖ и ДПК, способствуя обсеменению НР-инфекции.

Оценивая роль кровотока в формировании язвенных дефектов в желудке и ДПК, В.Т. Ивашкин (1981) [3] отмечал, что гипоксический фактор оказывает значительное влияние на состояние защитного барьера слизистой желудка. Другими авторами установлено, что массивная кровопотеря и тяжелые нарушения гемодинамики способствуют резкому нарушению ионной проницаемости слизистой желудка, заметному нарастанию острой дыхательной недостаточности (ОДН) и развитию язвенно-эрозивных изменений в слизистой оболочке [4].

Еще в 1957 году N. Nечелс и M. Kirsten [5] в эксперименте показали, что кислотопродукция находится в прямой связи с уровнем гиперкапнии и выраженностью метаболического ацидоза, то есть является компенсаторным в отношении нарушений кислотно-щелочного равновесия механизмом.

Согласно доказательным исследованиям (уровня А и В) абсолютными показаниями для проведения профилактики развития стрессовых язв (эрозий) являются: искусственная вентиляция легких/острая дыхательная недостаточность (ИВЛ/ОДН); гипотензия, обусловленная септическим шоком; коагулопатия (ДВС-синдром) [6, 7, 8]. Установлено, что профилактика стресс-язв ЖКТ снижает риск развития желудочно-кишечных кровотечений и не увеличивает частоту развития нозокомиальной пневмонии [8].

В таблице 1 представлены данные [7], отражающие прогностическую значимость различных факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений у больных, находящихся в критическом состоянии.

**Таблица 1 – Прогностическая значимость различных факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений у больных, находящихся в критическом состоянии**

Фактор	Отношение риска (RR)
ОДН	15,6
Коагулопатия	4,3
Гипотензия	3,7
Сепсис	2,0
Печеночная недостаточность	1,6
Почечная недостаточность	1,6
Энтеральное питание	1,0
Лечение глюкокортикоидами	1,5

Как видно из таблицы 1, клиническая настороженность и выявление факторов риска развития синдрома острого повреждения желудка позволяют своевременно начать профилактические мероприятия в отношении этих нередко фатальных расстройств.

Этиологическая взаимосвязь и последовательность развития нарушений у пациентов, находящихся в критическом состоянии, объединяются в синдром острого повреждения желудка (СОПЖ), который последовательно развивается в направлении повреждения целостности слизистой оболочки (стресс-гастрит→стресс-язвы), нарушения моторики (парез желудка), отека слизистой оболочки [9].

У пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой гастродуоденальные кровотечения играют роль вторичных повреждающих факторов, приводящих к вторичной церебральной ишемии, снижению перфузии и оксигенации мозга (первич-

ная бывает вызвана травматическими повреждениями мозга и нарушением проходимости церебральных сосудов). При этом формируется синдром гиповолемии, часто относительной, за счет сосудистого спазма – результата выброса катехоламинов, реже абсолютной – за счет кровопотери, которая возникает при черепно-мозговой травме с повреждением мягких тканей головы. Гиповолемия вызывает ишемию кишечной стенки с последующим формированием ишемически-реперфузионного симптомокомплекса, характеризующегося нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, повреждением кишечной мембраны с бактериальной дислокацией, нарушением трофики стенки желудочно-кишечного тракта [10].

При стрессовых ситуациях (распространенные ожоги и травмы, обширные операции) эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются у 65–80% больных. Встречаемость стрессовых язв оценивается авторами неоднозначно и колеблется при распространенных ожогах (язвы Курлинга) от 11 до 78%, при нейрохирургических операциях и черепно-мозговых травмах (язвы Кушинга) – от 14 до 75%. Приведенные различия в оценках связаны, скорее всего, с нередко бессимптомным течением таких поражений, когда они впервые распознаются лишь на вскрытии.

Ю.М. Стойко, А.А. Курьгин, И.М. Мусинов (2001) [2] сообщают, что с помощью систематической фиброгастродуоденоскопии острые изъязвления были обнаружены у 64% оперированных больных, имевших повышенный риск язвообразования. Еще у 6% пациентов это осложнение либо явилось неожиданной находкой на вскрытии, либо было выявлено по клиническим признакам. Желудочно-кишечное кровотечение служило основным проявлением острых язв в послеоперационном периоде у 60% больных, из них у 33% оно было массивным, и при этом лишь 13% пациентов предъявляли жалобы на усиление боли в подложечной области, тошноту, резкую слабость, головокружение. В четырех случаях отмечено обморочное состояние. Больше половины всех острых язв (56%) образуется в первые трое суток и тем чаще, чем тяжелее предшествовавшее хирургическое вмешательство и сопутствующие заболевания. Острое изъязвление слизистой желудка в более поздние сроки связано обычно с осложнениями операции в виде сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной недостаточности, а также с гнойными процессами.

Следует иметь в виду, что морфология и патогенез острого эрозивно-язвенного повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки во многом отличаются от хронических гастродуоденальных эрозий и язв [11]. Эрозиями называют дефекты слизистой оболочки, не проникающие за пределы мышечной пластинки слизистой. Наиболее часто эрозии, возникающие под воздействием стрессорных факторов, локализуются в фундальном отделе желудка. Острые эрозии могут быть поверхностными и глубокими. Поверхностные эрозии характеризуются некрозом и отторжением эпителия, локализуются на вершинах желудочных валиков и обычно бывают множественными. Глубокие эрозии разрушают собственную пластинку слизистой оболочки, не захватывая мышечной пластинки. Микроскопическая картина острых эрозий не характерна для повреждения слизистой кислотно-пептическим фактором желудочного сока, а является следствием нарушений трофики. Установлено, что развитию эрозий предшествуют значительные нарушения микроциркуляции, что дает основание большинству морфологов рассматривать острые эрозии как ишемический инфаркт слизистой оболочки.

Острое кровотечение является наиболее грозным осложнением эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не привели к снижению летальности при этом осложнении. Общая летальность составляет 10–14%, послеоперационная – от 6 до 35%, при этом доля больных с рецидивом кровотечений среди всех умерших от этого осложнения варьирует от 60 до 80% (12).

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2003 год, в нашей стране послеоперационная летальность при гастродуоденальных кровотечениях составила 10,5%, а в случаях поступления больных позже 24 часов от начала заболевания – 16,9%.

Существует множество теорий, которые так или иначе объясняют механизм возникновения острых (стрессовых) гастродуоденальных язв: пептическая, сосудистая, гормональная, нейрогенная, инфекционно-воспалительная, иммунодефицита и другие, что в целом свидетельствует об отсутствии четкого представления о патогенезе этого заболевания.

Изложение основных теорий образования стрессовых гастродуоденальных изъязвлений показывает, что объяснить процесс ульцерогенеза какой-либо одной из них не представляется возможным. Многие этиопатогенетические факторы оказывают друг на друга взаимно отягощающее влияние, тем самым еще больше угнетая защитные механизмы слизистой желудка и ДПК (продукцию слизи, бикарбонатов, состояние желудочного кровотока, энергетический баланс клеток слизистой, обеспечивающих регенерацию, а также кислотопродуцирующую функцию желудка и продукцию гуморальных факторов защиты). Это ведет к усиленному воздействию факторов агрессии, способствуя таким образом образованию острых эрозий и язв, которые очень часто осложняются кровотечением. Наряду с этим в литературе имеются немногочисленные данные о значении в генезе эрозивно-язвенных изменений гастродуоденальной зоны и осложнений (ЖКК и их рецидивов), где может играть роль НР-инфекции.

Для выявления факторов, способствующих возникновению стрессовых эрозий и язв ЖКТ в послеоперационном периоде и при заболеваниях внутренних органов, под нашим наблюдением (2004–2010 гг.) находилось 120 больных с различными хирургическими и терапевтическими заболеваниями, в том числе 51 (42,5%) больная после операций, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии Центральной городской клинической больницы г. Алматы. У всех из них течение основного заболевания или послеоперационного периода осложнилось гастродуоденальным кровотечением различной интенсивности.

Рецидивирование кровотечения после консервативного лечения наблюдалось у 22 (43,1%), а общая летальность составила 8 (15,6%) из 51 хирургического больного.

Рецидивирование кровотечения после консервативного лечения наблюдалось у 28 (40,5%), а общая летальность составила 17,3% – 12 из 69 терапевтических больных.

Таким образом, прогностическая значимость различных факторов риска развития желудочно-кишечных кровотечений у больных, находящихся в критическом состоянии, позволяет своевременно начать профилактические мероприятия в отношении этих нередко фатальных расстройств.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гельфанд Б.Р., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. и др. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях//Consil. med. (интенсивная терапия). – 2005. – № 6. – С. 464–468.
- 2 Стойко Ю.М., Курыгин А.А., Мусинов И.М. Ваготомия в лечении острых изъязвлений желудка, осложненных тяжелым кровотечением//Вестник хирургии. – 2001. – № 3. – С. 25–29.
- 3 Ивашкин В.Т. Метаболическая организация функций желудка. – Л.: Наука, 1981. – 213 с.
- 4 Ritchie W. Acute gastric mucosal damage induced by bile salts, acid and ischemia//Gastroenterol. – 1975. – V. 68. – P. 669–670.
- 5 Костюченко А.Л., Гуревич К.Я., Лыткин М.И. Интенсивная терапия послеоперационных осложнений: Руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 575 с.
- 6 Raynard B., Nitenberg G. Schweiz med wochenschr. – 1999. – № 129 (43). – P. 605–12.

- 7 *Coor D.J., Fuller H.D., Guyatt G.H. et al. N. Engl/J. Med.* – 1994. – № 330. – P. 397–81.
- 8 *Geus W.P., Lamers C.B. Ned tijdschr//Geneesrd.* – 1999. – № 143 (50). – P. 2514–8.
- 9 *Lasry M.R., Meizler M.N., Phillips J.O.//J. trauma.* – 1998. – № 44 (3). – P. 527–33.
- 10 *Литвицкий П.Ф.//Патофизиология.* – М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. – № 1. – P. 752.
- 11 *Ярустовский М.Б., Шипова Е.А., Кокарева А.В., Хайдурова Т.К.* Эффективность применения антисекреторных препаратов в лечении острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта у больных с приобретенными заболеваниями сердца//*Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2004. – № 6. – С. 33–38.
- 12 *Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М., 1998. – С. 165–219.

### Тұжырым

*А.Н. Батырова, В.К. Исраилова*

#### ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ АЙМАҚТЫҢ СТРЕССТІ ЖАҒДАЙЛАР (ОТАЛАРЖАРАҚАТ ПЕН ШОК КЕЗІНДЕ) МЕН ІШКІ АҒЗАЛАРДЫҢ АУЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ЭРОЗИВТІ-ЖАРАЛЫ ЖАРАҚАТТАРЫ

Ауыр жағдайдағы науқастардың асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің дамуының әр түрлі қауіп факторларын уақытылы болжамдау өлімге әкелуі мүмкін бұзылыстарды болдырмауға бағытталған алдын-алу шараларын уақытылы бастауға мүмкіндік береді.

### Summary

*A.N. Batyrova, V.K. Israilova*

#### EROSIVE-ULCERAL AFFECTION OF GASTRO-DUODENAL AREA IN STRESS SITUATIONS (OPERATIONS, TRAUMA AND SHOCK) AND SEVERE DISEASES OF INNER ORGANS

Prognostic importance of different risk factors of gastro-intestinal hemorrhage in patients being at critic state enables to start in time the prophylactic measures relating to these fatal disorders.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК: 616.12-008.331.1

*К.А. БУТЕНКО, А.А. БОРОМБАЕВ, А.Г. ТАСКИНБАЕВ,  
Ж.М. КАРАШЕВ, А.Т. РАХЫМОВА, Д.А. КАПСУЛТАНОВА*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

#### ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (Обзор литературы)

**Аннотация.** Представлен обзор литературы по течению и клинической картине гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных кардиальным синдромом в сочетании с ишемической болезнью сердца.

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

Трудность диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) – одной из самых распространенных патологий верхнего отдела желудочно-кишеч-

ного тракта — объясняется богатым разнообразием клинических проявлений болезни, что взаимосвязано со значимыми экономическими затратами на проведение инструментальной диагностики [1].

По данным ряда авторов, распространенность ГЭРБ достигает среди взрослого населения 50% [2]. В связи с этим ГЭРБ гастроэнтерологи называют болезнью XXI века. С возрастом частота выявления ГЭРБ повышается. До настоящего времени остаются фатальными тяжелые осложнения ГЭРБ. Язвы пищевода с острыми и хроническими кровопотерями различной степени, стриктуры наблюдаются у 2–75% больных ГЭРБ и у 15% из них они осложняются перфорацией. Пищевод Баррета, обнаруживаемый при эндоскопии у 8–20% больных, относится к наиболее опасным осложнениям, так как при этом резко повышается риск развития аденокарциномы [3].

Большинству больных ГЭРБ, помимо основных симптомов, свойственны чувство дискомфорта и боль в прекардиальной области. По данным Gignoux С., Vost R. (1993); Cook I.J. с соавт. (1997), болевой синдром при ГЭРБ занимает второе место после изжоги, и часто боли по своему характеру напоминают стенокардию. Одной из важных проблем в изучении ГЭРБ является дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца (ИБС). При этом у 35% больных с ИБС выявляются признаки ГЭРБ различной степени выраженности, которые, с одной стороны, затрудняют дифференциальную диагностику сходных кардиалгий при ГЭРБ и ИБС, с другой — обе патологические ситуации могут являться взаимно усиливающими отягощающими факторами в дестабилизации висцерального кровотока [4].

Очевидно и то, что использование некоторых групп медикаментозных препаратов, являющихся базовыми для лечения ИБС (нитраты, блокаторы кальциевых каналов), приводит к расслабляющему воздействию на гладкую мускулатуру пищевода и способствует усилению продолжительности и степени выраженности патологического ГЭРБ.

Жалобы на чувство дискомфорта и боль в прекардиальной области — наиболее часто встречающиеся симптомы в клинической практике, тревожные и для больного, и для врача. По многочисленным психологическим причинам больной обычно бывает напуган возможным кардиальным генезом болевых ощущений, а перед врачом возникает трудная задача принятия диагностического решения, которое определяет соответствующую терапевтическую тактику.

Известно, что при селективном коронарографическом исследовании больных с загрудинной болью, похожей на стенокардию, почти в 30% случаев отсутствуют органические изменения сосудов и есть основание рассматривать именно пищевод в качестве лидирующего «виновника» болезненных ощущений [5]. Большое количество работ по изучению данного вопроса позволило выделить дифференциально-диагностические критерии стенокардии и загрудинных болей при ГЭРБ.

В повседневной практике врачи часто сталкиваются не только с проблемой дифференциальной диагностики ГЭРБ и ИБС, но и с их сочетанием. Нет сомнения и в том, что два сопутствующих заболевания отягощают течение друг друга и требуют направленной патогенетической терапии. Появление технической возможности параллельного одновременного изучения этих двух патологий с помощью суточной рН-метрии и ХМЭКГ позволило убедиться в большой распространенности такой клинической ситуации, уточнить некоторые клинические и инструментальные особенности взаимного негативного влияния ИБС и ГЭРБ.

Но при всем этом до настоящего времени остаются спорными данные о распространенности различных форм ГЭРБ у больных ИБС; влиянии пола и возраста, артериальной гипертензии, сахарного диабета, курения, длительности гастроэнтерологического анамнеза на выраженность и типичность клинико-инструментальной картины этих заболеваний.

Влияния эрозивных форм ГЭРБ, количества и длительности патологических рефлюксов на снижение толерантности к физической нагрузке, уменьшение пока-



зателей глобальной сократимости ЛЖ и проаритмогенные эффекты отмечены в ряде работ [6].

Мало изученными аспектами сочетания и взаимовлияния ИБС и ГЭРБ являются: показатели диастолической функции ЛЖ; качественные и количественные характеристики преходящей ишемии миокарда в виде болевой и безболевой ее составляющей [7].

Практически неизученными у больных с сочетанной патологией остаются различные аспекты вегетативного дисбаланса, обусловленные влиянием симпатического и парасимпатического компонента ВНС на периферические и центральные звенья вегетативной регуляции, а также корреляционные параллели отдельных маркеров ИБС и ГЭРБ при наличии изолированных и сочетанных форм этих болезней.

Именно эти аспекты в комплексе и определили актуальность выбранной темы. Правильное дифференцирование генеза «сердечных жалоб» у больных ГЭРБ имеет важное значение для определения тактики лечения в практической деятельности врача.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 *Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М., Федосеева О.С.* Корреляция степени поражения коронарного русла, дисперсии интервала QT и продолжительности ишемии миокарда у больных ИБС с эпизодами безболевой ишемии миокарда//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 6 (5). – С. 396.

2 *Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М., Федосеева О.С.* Динамика дисперсии интервала QT, вариабельности сердечного ритма, циркадного индекса и продолжительности безболевой ишемии миокарда на фоне терапии триметазидом//Материалы XIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2006. – С. 631.

3 *Морозова Ю.Н., Федосеева О.С.* Особенности вариабельности сердечного ритма и дисперсии интервала QT у больных ишемической болезнью сердца, сочетающейся с гастроэзофагальной болезнью//Вестник российского государственного медицинского университета – 2010. – № 2. – С. 64.

4 *Хайретдинова Г.А., Федулаев Ю.Н., Федосеева О.С.* Динамика электрокардиографических показателей на фоне электромиостимуляции у пациентов с сохраненным коронарным и миокардиальным резервами//Функциональная диагностика. – 2010. – № 3. – С. 126.

5 *Федулаев Ю.Н., Федосеева О.С., Хайретдинова Г.А., Рейнер О.В.* Тахизависимая дисперсия интервала QT и нарушения внутрижелудочковой проводимости: клиничко-инструментальные параллели//Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 6. – С. 19–22.

6 *Федосеева О.С., Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М., Кузьменкова Л.В.* Сравнительная характеристика качественных и количественных показателей преходящей ишемии миокарда, данных суточной рН-метрии у больных ишемической болезнью сердца и гастроэзофагальной рефлюксной болезнью//Российский кардиологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 45–48.

7 *Улыбина О.В., Лиосов В.А., Волов Н.А., Федулаев Ю.Н., Федосеева О.С.* Особенности временных показателей вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью I–II стадии//Российский кардиологический журнал. – 2008. – № 2. – С. 14–17.

#### Тұжырым

*К.А. Бутенко, А.А. Боромбаев, А.Г. Таскинбаева, Ж.М. Карашева,  
А.Т. Рахымова, Д.А. Капсултанова*

#### ЖҮРЕКТИҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬДЫ РЕФЛЮКСТІ АУРУ

Гастроэзофагальді аурудың диагностикасының қиындығы, аурудың клиникалық көрінісінің әртүрлілігімен түсіндіріледі. Авторлардың мәліметтері бойынша, ГЭРА таралуы үлкендер арасында 50%-да кездеседі. ГЭРА-мен ауыратын науқастарға негізгі симптомдар

дан басқа прекардиальді аймақтағы жайсыздық және ауру сезімі тән. ГЭРА –мен ауыратын науқастарда «жүрек шағымдарын» дұрыс ажырату дәрігерге емдеу тактикасын анықтауда маңызды.

#### Summary

*K.A. Butenko, A.A. Borombayev, A.G. Taskinbayeva, J.M. Karasheva,  
A.T. Rachymova, D.A. Kapsultanova*

#### GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Difficulty in diagnosis of gastroesophageal reflux disease, explains the rich variety of clinical manifestations of the disease. According to several authors, the prevalence of GERD in adults up to 50%. Most patients with GERD, in addition to the main symptoms are characteristic of discomfort and pain in the precordium. Proper differentiation genesis “heart complaints” GERD patients is important to determine the treatment strategy in practice physician.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.831.31-009.24

*Г.К. КАУСОВА, Н.М. КОЖЕКЕНОВА*

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

#### К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (Обзор литературы)

**Аннотация.** Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний. По данным многочисленных научных публикаций, распространенность эпилепсии среди всех возрастных групп находится в интервале 2,0–12,6 на 1000 населения. В настоящее время достигнуты значительные успехи в медикаментозном лечении эпилепсии и не менее важное значение придается социальной адаптации больных эпилепсией. К социальным проблемам при эпилепсии отнесены: уровень образования, профессиональный уровень и занятость, семейное положение. Именно медико-социальные аспекты эпилепсии определяют выраженную стигматизацию пациентов со стороны общества.

**Ключевые слова:** эпилепсия, стигматизация, социальная адаптация.

Социальная значимость эпилепсии определяется высокой распространенностью среди людей всех возрастов. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованным в 2001 году, в мире 50 миллионов людей имеют диагноз эпилепсия. Проведенные эпидемиологические исследования выявили, что заболеваемость эпилепсией в развивающихся странах (61–124 на 100 000 населения) выше, чем в государствах с развитой социально-экономической структурой (41–50 на 100 000 населения). По данным многочисленных научных публикаций, распространенность эпилепсии среди всех возрастных групп находится в интервале 2,0–12,6 на 1000 населения. Исследователи подчеркивают, что заболеваемость эпилепсией имеет возрастные колебания [1,2], наиболее высокий показатель заболеваемости первым не спровоцированным эпилептическим приступом отмечен на первом году жизни – 150 случаев на 100 000 населения, после 9 лет жизни данный показатель снижается до 45–50 случаев на 100 000 населения. Показатель заболеваемости эпилепсией детей от 0 до 15 лет, по данным различных авторов, колеблется от 79 до 124 случаев на 100 000 населения. В течение взрослой жизни заболеваемость

составляет 24–48 случаев на 100 000 населения, рост заболеваемости вновь регистрируется после 65 лет до 62 случаев на 100 000 населения. По оценкам авторов, распространенность эпилепсии в детстве составляет 0,5–1%. Около 10,5 миллиона детей во всем мире в возрасте до 15 лет страдают эпилепсией, что составляет 25% от общего детского населения. Наибольшая распространенность эпилепсии наблюдается у детей в возрасте до 11 лет и составляет около 7–8 случаев на 1000 населения. Примерно 3,5 миллиона детей заболевают эпилепсией каждый год во всем мире, более 80% из них живут в развивающихся странах [2].

Основной симптом этого заболевания – различные пароксизмальные (приступообразные) состояния, которые являются следствием повышенной активности нервных клеток. При этом в них возникают разряды, подобно короткому замыканию в электросети. Именно эти нервные клетки формируют в головном мозге очаг повышенной активности, при возбуждении которого и возникают эпилептические приступы. Они могут проявляться развернутыми эпилептическими припадками, протекающими по определенным фазам и сопровождающимися резкой потерей сознания, мышечным спазмом и судорожными сокращениями мышц всего тела. Продолжительность такого приступа три-четыре минуты, причем при спазме мышц происходит остановка дыхания.

Есть и другие виды судорожных припадков, когда возникают судороги определенного характера (например тонические, атонические, миоклонические и т. д.) или они распространяются только на какую-то локализованную группу мышц. Следует также знать, что бывают пароксизмальные состояния, которые вообще не сопровождаются судорогами. Эти состояния нередко долго остаются без внимания и трудно диагностируются. Например, человек может внезапно замолчать на полуслове, устремив взгляд в одну точку и как бы на несколько секунд «отключиться», или пациент может стереотипно повторять какие-то движения, при этом не реагируя на обращенные к нему вопросы. Приступы могут протекать также в виде измененного сознания, когда больной внешне производит впечатление отстраненного от мира, слишком задумчивого человека, автоматически выполняющего какие-то привычные действия. Вариантов таких состояний много, и, что самое главное, они серьезно не воспринимаются ни родственниками, ни самими больными и потому остаются без лечения. Это может привести к осложнениям и к прогрессированию заболевания.

За последние годы достигнуты значительные успехи в медикаментозном лечении эпилепсии. Вместе с тем уделяется активное внимание вопросам улучшения качества жизни пациентов с эпилепсией. По данным различных авторов, у больных, страдающих эпилепсией, возникает множество проблем, связанных не только с клиническими проявлениями болезни, обусловленной мозговой патологией, но и с отношением общества к больным [3]. Ведь в своей повседневной жизни пациенты с эпилепсией регулярно испытывают сложности, связанные с заболеванием. В основном негативное влияние сказывается на все стороны жизни больного: получение образования и трудоустройство, уровень социального функционирования и создание семьи. Почти для каждого больного диагноз «эпилепсия» выглядит ярлыком, существенно ограничивая права человека. У пациента возникает целый спектр негативных переживаний: ощущение неполноценности, ущербности, боязнь, что друзья оставят, когда узнают о болезни, изменится отношение знакомых и родственников, страх развития приступа в присутствии посторонних, наследования болезни детьми и др. Это приводит к ограничению социальных контактов, «погружению» в свою болезнь, возникновению чувства безысходности и бессмысленности своего существования [4]. И все это несмотря на то, что человечество знает об эпилепсии много лет. Впервые в литературе были описаны эпилептические припадки 4000 лет назад. Все последующие годы пациенты с эпилепсией живут в мире игнорирования и гонений в связи со своим заболеванием. Еще в прошлом веке детям с эпилепсией врачи рекомендовали изоляцию,

запрещали браки. Так, например, в 17 штатах США до последнего времени больным эпилепсией запрещалось вступать в брак. Такая ситуация длилась вплоть до 1956 года, 17-й штат США отменил закон в 1980 году. А во времена нацистской Германии всем больным эпилепсией проводилась принудительная стерилизация. В Британии запрет на браки больным с эпилепсией действовал до 1970 года. В Индии и Китае такой запрет действует до сих пор.

Больные эпилепсией подвергаются выраженной социальной дискриминации в связи с плохой ориентацией в ней общества [5]. Отсутствие правдивой информации об эпилепсии приводит к созданию мифов и ложных представлений у людей об этом заболевании, формируя «стигму». Именно стигму (выделение индивида по факту какого-либо негативного свойства) многие исследователи считают основным препятствием для улучшения качества жизни больных эпилепсией. Стигматизация предполагает обобщение и перенос «негативного» качества (неумения, отсутствия) чего-либо с отдельных представителей какого-либо сообщества на всех членов сообщества. Выделяют внешнюю стигму (дискриминацию) и внутреннюю стигму (личностную, аутостигматизацию, самостигматизацию). При этом под внешней стигмой подразумевается несправедливое отношение социума к больному, под внутренней – чувство стыда и ожидание дискриминации [6].

Как правило, спонтанность и непредсказуемость появления эпилептических припадков, отсутствие самоконтроля во время приступа, спутанность сознания в послеприступном периоде явились причиной создания в общественном сознании негативных стереотипов об эпилепсии и о людях, страдающих этим заболеванием. Хотя в стереотипном представлении о больных эпилепсией содержится не только отрицательная информация: так, в общественном сознании существует ассоциация между эпилепсией и гениальностью, божественным даром, а, следовательно, больные эпилепсией считают «святыми», обладающими способностью предвидения будущего. Эта точка зрения поддерживалась тем, что эпилепсией были больны многие известные личности: Сократ, Платон, Юлий Цезарь, Петр I, Наполеон, Байрон, Федор Достоевский [4]. Однако говоря о стигме, в первую очередь мы имеем в виду отрицательные стороны этого явления.

В настоящее время в рамках глобальной кампании ВОЗ и Международной противоэпилептической лиги «Эпилепсия – из тени» проводятся исследования, одной из целей которого является максимальное снижение социальной стигматизации больных, страдающих эпилепсией. После региональных конференций здравоохранения и декларации по эпилепсии, включая Европейскую Декларацию в Европейском парламенте в 2001 году, ВОЗ принял статус этой кампании на самый высокий уровень. Документы Европейской декларации по эпилепсии обращены к политическим деятелям, законодателям, органам здравоохранения, медицинским и немедицинским организациям всех стран. Задачи кампании: повышение уровня знания и понимания эпилепсии в обществе; привлечение внимания органов здравоохранения к проблеме эпилепсии, ее изучению и профилактике, включая образование, обучение, обслуживание [2].

В странах Европы активные работы по проблеме стигматизации больных эпилепсией ведутся около 20 лет, в Российской Федерации они единичны [5]. Получены различные результаты, отражающие различия социально-экономических условий разных стран. В большинстве исследований результаты были получены в ходе социологических опросов. Данные исследований свидетельствуют о значительном дефиците знаний об эпилепсии в обществе, недостаточной информации об эпидемиологии эпилепсии, негативном отношении населения к возможной совместной деятельности собственных детей с больными эпилепсией детьми при обучении в школах, университетах, выборе профессии и возможного трудоустройства для больных [6].

В связи с этим, наряду с противоэпилептическим лечением, одной из важнейших задач должно стать преодоление стигмы больных эпилепсией. В целях уstra-

нения указанных негативных явлений необходимо проводить работу среди населения по расширению знаний о природе и проявлении эпилепсии, изменению стереотипов в обществе.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гусев Е.И., Гехт А.В., Хаузер В.И. Эпидемиология эпилепсии в Российской Федерации. Современная эпилептология//Материалы международной конференции. – СПб., 2011. – С. 77–92.
- 2 Семакина Н.В., Багаев В.И. Актуальные вопросы качества жизни в семьях больных эпилепсией детей и подростков (обзор литературы)//Вятский медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 66–72.
- 3 Вассерман Л.И., Михайлов В.А. Табулина С.Д. Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией: Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб., 2008. – 45 с.
- 4 Галако Т.И., Асанбаева Э.М. Что нужно знать об эпилепсии. Кыргызская психиатрическая ассоциация: Пособие для родственников. – Бишкек. – 2005. – 77 с.
- 5 Михайлов В.А. Эпилепсия: стигматизация, качество жизни, реабилитация больных эпилепсией. Неврологический вестник. – 2007. – Т. 39, № 3. – С. 135–136.
- 6 Мизинова М.А., Мильчакова Л.Е., Лебедева А.В. Стигматизация и социальная адаптация больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 5. Вып. 2. – С. 58–64.

#### Түжырым

*Г.К. Каусова, Н.М. Кожекенова*

#### ЭПИЛЕПСИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Эпилепсия кең таралған және әлеуметтік маңызды аурулардың бірі. Эпилепсиясы немесе ұстамасы бар науқастар қоғамдағы нашар бағыттылыққа байланысты айқын әлеуметтік кемсітушілікке тап болады. Қазіргі таңда, БДҰ жаһандық кампаниясы мен Халықаралық эпилепсияға қарсы лига аясында «эпилепсия-көлеңкеде» атты зерттеу жүргізілуде, бұл зерттеудің басты мақсаттарының бірі эпилепсиямен азап шегетін науқастардың әлеуметтік стигматизациясын максималды төмендету, қоғамдағы эпилепсия ұғымы мен білім деңгейін арттыру, эпилепсияның алдын алу және зерттеу, білім беру, оқыту, қызмет көрсетуден тұратын эпилепсия мәселесіне қатысты денсаулық сақтау органдарының назарын аударту болып табылады.

#### Summary

*G.K. Kausova, N.M. Kozhekenova*

#### ON THE QUESTION OF SOCIAL ADAPTATION OF PEOPLE WITH EPILEPSY

Epilepsy is one of the most widespread and socially significant diseases. Patients with epilepsy are severe social discrimination due to her bad attitude in society. Currently, as part of a global campaign by WHO and the International league against “epilepsy – out of the shadows”, studies, one objective of which is to maximize the reduction of social stigmatization of patients with epilepsy, increase awareness and understanding of epilepsy in society, drawing attention to the problem of public health epilepsy, its study and prevention, including education, training, maintenance.

*А.О. КЕРИМБЕКОВ*

*Областной физкультурный диспансер, г. Талдыкорган*

**ОМЕГА-3 ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ  
В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИИ  
(Обзор литературы)**

**Аннотация.** В данной статье отражены различные методы лечения депрессии, в том числе рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, которые полностью способствуют восстановлению нервных клеток. Кроме того, в последние годы зарубежными учеными доказано, что прекрасным альтернативным методом лечения депрессии является рыбий жир, содержащий Омега-3 жирные кислоты, которые играют важнейшую роль в развитии и функционировании головного мозга.

**Ключевые слова:** депрессия, рыбий жир, хронический стресс, антидепрессанты, Омега-3 жирные кислоты, ненасыщенные жирные кислоты.

Всемирная организация здравоохранения сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество. Если к 2020 году положение не изменится, то она выйдет на первое место и парализует экономическую жизнь стран.

По некоторым оценкам, количество страдающих депрессией в России увеличивается на 3–4% ежегодно. Но только 50% из них обращаются к врачу. Одна из причин — страх перед препаратами, которые действуют на психику.

Основной причиной депрессии больших городов является хронический стресс. Согласно статистике в таком состоянии пребывает более 70% россиян. То есть более половины населения России лишены спокойствия и внутренней гармонии. Хронический стресс — это когда человек постоянно испытывает дискомфорт, его одолевают проблемы, которым он не может найти решения. Этот вечный поиск изматывает его, подрывая не только физические, но и моральные силы. Причем история у каждого своя.

Один не получает удовлетворения от того дела, которым занимается. Другой не находит понимания в семье. Третий вроде бы доволен всем, а вот только денег все время не хватает. К сожалению, подобных примеров множество. В условиях мегаполиса к этим внутренним стрессовым ситуациям добавляются еще и внешние [1]. Порой просто бешеный ритм городской жизни, перенаселенность, пробки на дорогах, толчея в метро, толпы в магазинах и на центральных улицах. И плюс к этому постоянная информационная атака со всех сторон: Интернет, ТВ, пресса, рекламные буклеты и афиши. Все это вместе рано или поздно складывается в картинку хронического стресса. При этом прекрасные результаты в его лечении и профилактике дают лазерное облучение и УФО крови [2–7].

Противостоять стрессу можно: нужно лишь уметь активно отдыхать, обеспечивая своему организму достаточную физическую нагрузку [8]. К сожалению, большинство из нас предпочитают расслабляться так, как привыкли. Посидеть перед телевизором, полежать на диване или пообщаться с друзьями за бутылкой пива или фужером вина. Поэтому мы имеем то, что имеем. Почти 30% женщин и 15% мужчин сегодня не понаслышке знают, что такое депрессия.

При этом нельзя все сводить только к образу жизни, есть и наследственная предрасположенность к депрессии.

Конечно, индивидуальные особенности того или иного организма никто не ставит под сомнение. Есть люди, которые более других подвержены различным неврологическим заболеваниям, в том числе и депрессии [9, 10]. Кстати, женщин среди них больше.

Существует особая категория людей, у которых к депрессии приводят не внутренние конфликты, а врожденные особенности особых структур мозга.

Не стоит забывать и о типично «дамских» особенностях этого недуга. Например, только представительницы прекрасного пола сталкиваются с послеродовой или климактерической депрессией.

Депрессия умело расставляет свои сети, и угодим мы в них или нет, зависит во многом от нас. В большинстве случаев как раз активный образ жизни является нашей защитой от этого недуга. Ничего хитроумного: просто, как все гениальное.

Для многих основной признак депрессии — это плохое настроение. Но ведь оно бывает у всех.

Каждый из нас может «встать не с той ноги» или столкнуться с чередой неприятных событий, которые надолго выбивают из колеи. В первом случае, как правило, сегодняшнее плохое настроение завтра уже не беспокоит. Во втором оно может напоминать о себе гораздо дольше. А это уже показатель, который не стоит игнорировать. Пониженное настроение, которое длится стабильно более двух недель, — один из признаков депрессии. Также недуг можно заподозрить в том случае, если опускаются руки, не хочется ничего делать, не радует даже то, что раньше вызывало массу приятных эмоций: прежние увлечения, друзья, родные. Помимо сниженного настроения, появляется усталость, заторможенность в мыслях и действиях. В особо сложных случаях нарушается сон, возникают физические недомогания.

Часто у женщин депрессия проявляет себя особым образом — маскируется под другие болезни. Дамы начинают обивать кабинеты всяческих специалистов, пытаясь выяснить, почему все болит. Но, как правило, эти походы бесконечны: от терапевта к кардиологу, от него к гастроэнтерологу, потом гепатологу, а оттуда снова к терапевту. Замкнутый круг можно разорвать только одним — заняться лечением депрессии.

Многие уверены, что для того, чтобы справиться с ней, нужно обязательно лечиться в больнице.

Здесь нет общих рекомендаций, в каждом конкретном случае план действий свой. Одним действительно необходима терапия в стационаре под наблюдением специалистов. Другим достаточно и амбулаторного лечения, но опять же — желательно под контролем врача. Самостоятельная борьба с депрессией — дело не всегда благодарное. При легких формах болезни она нередко помогает. Но если речь идет о серьезных случаях, а особенно тех, которые требуют лекарственных методов, лучше не экспериментировать. Не только результата не добиться, но и вреда не миновать.

Сегодня для борьбы с депрессией применяется множество различных препаратов [10], среди них антидепрессанты [11, 12], транквилизаторы и средства, улучшающие кровообращение [1–3] и питание мозга [13]. Разобраться во всем этом множестве медикаментов неспециалисту просто невозможно. Особенности применения, побочные эффекты, дозировка, взаимодействие лекарств, длительность курса — от каждой из этих мелочей зависит успех лечения и дальнейший прогноз [12].

В лечении депрессии применяются методы психотерапии и гипноза.

Эффект зависит от характера и глубины заболевания. Легкие формы этого недуга хорошо поддаются лечению психотерапевтическими методиками. И часто не требуется даже лекарственной поддержки.

С тяжелыми формами сложнее. Здесь подобные нелекарственные методы чаще всего применяются совместно с медикаментозной терапией. Но в любом случае результат будет, так как психотерапевт помогает изменить свое отношение к травмирующим факторам. Или найти внутреннюю проблему, приведшую к появлению болезни, и решить ее. И если лекарства убирают проявления болезни, то психотерапия воздействует на ее причину. Это помогает человеку выработать защиту, своеобразный иммунитет против своего недуга.

Но есть одна хитрость. Психотерапевтические методики успешны, если есть мотивация к лечению. То есть человек не просто приходит — «вот он я, лечите меня», а заранее настроен на сотрудничество. Он хочет вылечиться, он верит в то, что это произойдет, и готов работать над этим. И чем больше его личная заинтересованность, тем лучше результат лечения.

Но среди больных есть люди, которые не поддаются гипнозу, поэтому и не верят в него.

Но, как известно, абсолютно все люди могут работать в гипнотическом состоянии. Другой вопрос, что от степени внушаемости человека зависит то, насколько кто-то может ввести его в гипнотическое состояние помимо собственной воли. Но так как лечение гипнозом производится исключительно с согласия пациента и по его просьбе, момент внушаемости или невнушаемости абсолютно никаким образом не отражается на процессе лечения.

Но многие больные воздерживаются от гипноза. Насмотревшись всяческих выступлений экстрасенсов, люди боятся, что в процессе лечения могут потерять над собой контроль. И с ними можно будет «сделать все, что угодно».

Все эти показательные выступления «целителей» и объявления «магов», которые обещают при помощи гипноза «вернуть или приворожить любимого, излечить от рака», принижают этот вполне научный метод.

Экстрасенсы действительно используют гипнотическое состояние человека, так как это просто одно из стандартных состояний сознания, как сон или бодрствование. Если же мы применяем гипнотерапию в медицинских целях, абсолютно не нужно глубокой степени погружения. Достаточно лишь легкой релаксации.

Кроме того, идя к врачу, человек обращается за помощью к сертифицированному специалисту, а не к неизвестному из газеты. А это тоже крайне важно.

Следует знать, что гипноз — это один из эффективных методов лечения многих заболеваний, в том числе и депрессии. Помимо расслабляющего эффекта, он дает четкую и выполнимую установку на выздоровление. А также активизирует собственные резервы, и организм начинает активно бороться за выздоровление и восстановление. Таким образом в большинстве случаев можно избавиться от депрессии.

Но при условии — если удастся подобрать оптимальную схему лечения, пройти весь курс до конца. А также изменить свое отношение к психотравмирующим факторам, если их нельзя устранить.

Как правило, борьба с депрессией — процесс не быстрый. Но если сразу удалось подобрать подходящее лечение, видимый эффект проявляется уже в течение 2–4 недель. Далее идет процесс долечивания и закрепления результата.

Но в любом случае торопиться не стоит. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения длительный прием антидепрессантов — до одного года — благотворно влияет на восстановление нервных клеток. А это значительно улучшает дальнейший прогноз.

Так что если подойти к лечению депрессии со всей ответственностью, то есть все шансы навсегда забыть об этом недуге.

Как было сказано выше, многие больные избегают антидепрессантов, испытывая страх перед этими препаратами, думая, что они отрицательно воздействуют на психику.

Поэтому одновременно с созданием новых лекарств ученые ищут альтернативные способы лечения депрессии. И, как ни странно, на помощь приходит старое доброе средство — рыбий жир.

Британские психиатры заметили, что жители приморских районов, где основой рациона являются макрель и лосось, реже страдают депрессией. В Японии обратили внимание на такой факт: у подростков, которые едят много жирной рыбы, на 27% снижается риск впасть в меланхолию. Все это натолкнуло ученых на мысль: возможно, Омега-3 жирные кислоты оказывают воздействие на работу мозга.



И гипотеза подтвердилась. Норвежские ученые провели исследование с участием 22 тысяч человек, которых наблюдали в течение двух лет. Выяснилось, что люди, которые принимали по одной ложке рыбьего жира ежедневно, страдали от симптомов депрессии на 30% реже.

Другое исследование было проведено в Канаде профессором Франсуа Лесперансом. Он выбрал 432 пациента с формами глубокой депрессии, которым не помогали обычные медикаментозные способы лечения. Для максимальной достоверности был использован двойной «слепой» метод: ни врачи, ни пациенты не знали, кто принимает капсулу с рыбьим жиром, а кто — «пустышку». В результате выяснилось, что рыбий жир смягчает клинические симптомы депрессии с таким же успехом, как и антидепрессанты.

Дело в том, что головной мозг содержит много ненасыщенных жирных кислот. Они играют важную роль в развитии и функционировании этого важного органа. Из-за нехватки в организме Омега-3 жирных кислот чаще всего и возникает депрессивное состояние.

Беда в том, что мы мало едим такой рыбы, как скумбрия, сардина, сельдь иваси, минога, осетровые, лосось, семга, угорь и палтус. Ушли из нашего рациона и другие источники Омега-3: льняное и конопляное масло. В результате организм по крохам собирает необходимые ему вещества.

Рыбий жир получают из печени трески. Контроль за качеством сейчас такой жесткий, что никакие токсичные вещества не попадают в продукт. Раньше некоторые люди отказывались от рыбьего жира из-за неприятного вкуса и запаха. Современная фармакология решила и эту проблему — теперь препарат выпускают в капсулах.

Сегодня рыбий жир — самая распространенная биологически активная добавка. Заменит ли он когда-нибудь популярный Прозак — неизвестно, но несколько капсул рыбьего жира не нанесут вам вреда. А если доказательства ученых верны, то больной почувствует, что депрессия уходит, настроение становится лучше.

Омега-3 содержатся также в льняном масле. Однако как источник этих кислот ценен именно рыбий жир. Дело в том, что в нем содержится ряд кислот из класса Омега-3, необходимых для оптимального функционирования сердца, сосудов, нервов, кожи и органов зрения.

Принимая капсулы рыбьего жира, мы можем быть уверены, что организм обеспечен необходимыми жирными кислотами.

Таким образом, рыбий жир радикально улучшает жизнь и работу мозга: содержащиеся в нем Омега-3 кислоты способны омолодить клетки мозга в среднем на 3 года и значительно улучшить память. Рыбий жир борется с депрессией: Омега-3 регулируют выработку серотонина, который известен своим влиянием на хорошее настроение. В связи с этим его прием особенно рекомендован тем, кто в рамках диеты по снижению веса ограничивает потребление жиров.

Рыбий жир защищает сосуды от тромбов, продлевая жизнь в том числе и головному мозгу.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Каменова С.У. Неврология большого города//Неврология и психиатрия. — 2012. — № 4 (8). — С. 6–9.

2 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.

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

4 Ковалева И.В. Лазер протиф агрессии//Женское здоровье. — 2003. — № 4. — С. 6.

- 5 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Ерсаханова Б.К. и др. Лазерная терапия и гемотерапия при бронхиальной астме с сопутствующими лор-заболеваниями//Оториноларингология – Хирургия головы и шеи. – 2012. – № 1-2. – С. 35–36.
- 6 Акжол А. Квантовое гемотерапия влечении и профилактике ОРВИ//Здоровье и болезнь. – 2012. – № 5 (107). – С. 30.
- 7 Акжол А. Фотогемотерапия в лечении и профилактике латентной аллергии//Здоровье и болезнь. – 2012. – № 5 (107). – С. 25.
- 8 Сетдикова М.Х. Стресс для иммунитета//Женское здоровье. – 2012.—№ 6. – С 24.
- 9 Туркпенов К.С. Депрессия и тревога у кардиологических больных//Фармация и медицина. – 2010. – № 3 (49). – С. 32–34.
- 10 Акарачкова Е.С. Нитрат магния в лечении проявлений хронического стресса: Клинический случай//Неврология и психиатрия. – 2011. – № 3 (3). – С. 130–134.
- 11 Вознесенская Т.Г. Тревожные расстройства. – М., 2008. – 28 с.
- 12 Шебаршина Л.Т. Таблетки от тревоги//Женское здоровье. – 2003. – № 6. – С. 6.
- 13 Лесперанс Ф. Рыбий жир против депрессии//Здоровье. – 2012. – № 4. – С. 29.

#### Тұжырым

*А.О. Керимбеков*

#### ОМЕГА-3 МАЙ ҚЫШҚЫЛДАРЫ КҮЙЗЕЛІСТІҢ ЕМІНДЕ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫНДА ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада жүйке жүйесін толық қалпына келтіретін, Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымымен ұсынылған әртүрлі әдістер ұсынылған. Сонымен қатар, соңғы жылдары шет елдік ғалымдармен дәлелденген мәлімет бойынша, күйзелісті тиімді емдеудің альтернативті жолы ретінде Омега-3 май қышқылы бар балық майын қолдану ұсынылады, өйткені ол бас миының дамуы мен жұмысында ең маңызды орындардың бірін алады.

#### Summary

*А.О. Kerimbekov*

#### FAT ACIDS ARE IN TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF DEPRESSION

This article describes the various treatments for depression including recommended by the World Health Organization, which fully contribute to the restoration of nerve cells. Moreover, in recent years, foreign scientists proved that perfect alternative treatment for depression is fish oil containing omega-3 fatty acids, which play a crucial role in the development and functioning of the brain.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.28

*Д.С. ЖЫНГЫЛБАЕВА*

*Городская поликлиника, г. Талдықорган*

#### ФОТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАЙМОРИТА (Обзор литературы)

**Аннотация.** В данной статье показана эффективность применения антибиотика «Левомак» (левофлоксацин) и муколитика «Муцитус» в комплексном лечении гайморита, а также безопасность внутриполостного применения луча лазера. Кроме того, отражены щадящие эндовидеоскопические методы диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** фторхинолон, левофлоксацин, риносинусит, гайморит, пункция, эндоскопия, лазер, аппарат Ямик.

Острые респираторные инфекции относятся к числу наиболее распространенных заболеваний. Дыхательные пути наиболее часто подвергаются воздействию болезнетворных микроорганизмов, т. к. они вступают в непосредственный контакт с окружающей средой и подвергаются воздействию микроорганизмов в воздухе.

Клинические исследования по лечению респираторных инфекций продолжают развиваться с признанием новых патогенов, возникновением эпидемий внебольничных и нозокомиальных заболеваний, новых антибактериальных препаратов.

В последние годы серьезной проблемой стала широко распространенная устойчивость пневмококков к пенициллинам и макролидам, что лимитирует эффективность этих антибиотиков при респираторных инфекциях. Поэтому стало необходимо использование альтернативных антибактериальных препаратов. В отличие от других фторхинолонов, левофлоксацин имеет низкий уровень устойчивости пневмококков, в том числе штаммов, устойчивых к пенициллину. Клинические испытания показали, что левофлоксацин не уступает по эффективности  $\beta$ -лактамам антибиотикам (цефалоспорины, пенициллины) при внебольничных респираторных инфекциях – пневмонии, обострении ХОБЛ, остром риносинусите.

Риносинусит – воспалительное заболевание околоносовых пазух. В воспалительный процесс может быть вовлечена любая из околоносовых пазух, однако чаще всего у взрослых и детей старше 7 лет поражается верхнечелюстная, затем решетчатая, лобная пазухи, несколько реже – клиновидная. Процесс может развиваться одновременно в двух и более пазухах одной либо обеих сторон: гайморит, этмоидит, гемисинусит, пансинусит или полисинусит.

Острое воспаление околоносовых пазух может развиваться на фоне различных инфекционных заболеваний, при хроническом рините, при нарушении нормального дренирования околоносовых пазух вследствие гипертрофии слизистой оболочки полости носа, полипоза или искривления перегородки носа, при заболеваниях зубов, после перенесенной травмы и интоксикации эндо- или экзотоксинами. При закрытии естественных соустьев в околоносовых пазухах развивается отрицательное давление, гиперсекреция и застой секрета слизистых, меняется pH, нарушается функция мерцательного эпителия. Угнетение или прекращение биения ресничек способствует размножению возбудителя на поверхности слизистой оболочки, последующему проникновению через мембраны слизистой оболочки и развитию колоний.

Основными возбудителями при остром риносинусите являются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*, которые высеваются более чем в 50% случаев заболевания. Реже встречаются *M. catarrhalis*, *Str. pyogenes*, *Staph. aureus*, анаэробы, вирусы.

Клиническая картина острого риносинусита определяется общими и местными признаками воспаления. Проявлениями общей реакции могут быть, в частности, головная боль, лихорадочное состояние, общее недомогание, слабость и типичные изменения в крови. Эти симптомы неспецифичны, поэтому в диагностике риносинусита первостепенное значение имеют местные проявления заболевания.

Наиболее частыми жалобами при остром риносинусите являются головная боль, затруднение носового дыхания, патологические выделения из носа и носоглотки (секрет стекает по задней стенке глотки), расстройство обоняния. Головная боль чаще локализуется в лобно-височных отделах, нередко усиливается при наклонах головы. При поражении клиновидной пазухи характерна стойкая «ночная» головная боль с локализацией в центре головы и затылочных отделах. Жалобы на головную боль иногда отсутствуют, особенно если имеется хороший отток экссудата через естественное соустье. Затруднение носового дыхания при риносинусите развивается в результате обструкции носовых ходов при отеке или гиперплазии слизистой оболочки, при наличии патологического секрета в носовых ходах. При поражении пазух одной стороны нарушение носового дыхания обычно соответствует стороне поражения. При риноскопии выявляются гиперемия и отечность

слизистой оболочки носа на пораженной стороне. Здесь же отмечается сужение просвета носовых ходов, затруднение носового дыхания, нарушение обоняния. В среднем или верхнем, а также в общем или нижнем носовых ходах обычно определяется гнойный секрет. При поражении задней группы околоносовых пазух (клиновидная пазуха, задние клетки решетчатого лабиринта) гнойный экссудат нередко стекает по задней стенке глотки. Следует учитывать, что отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает заболевания пазух. Отделяемого может не быть при блоке естественного соустья пораженной пазухи, при большой вязкости патологического секрета.

В диагностике острого риносинусита большое значение имеют специальные методы исследования: рентгенография (а при неясной картине – контрастная рентгенография или КТ) околоносовых пазух и их диагностическая пункция. Характерным рентгенологическим признаком острого риносинусита является снижение пневматизации околоносовых пазух, иногда на рентгенограмме можно видеть горизонтальный уровень жидкости в пазухе (если съемка производилась в положении сидя). Наиболее распространенным является исследование в прямых (носолобная, носоподбородочная) проекциях. КТ околоносовых пазух позволяет выявить ограниченный воспалительный процесс в одной из пазух, это исследование необходимо также при подозрении на развитие риносинусогенного орбитального или внутричерепного осложнения.

Диагностическая и лечебная пункция верхнечелюстной пазухи чаще всего производится через нижний носовой ход, возможен доступ в полость пазухи и через средний носовой ход. Трепанопункция лобной пазухи выполняется через переднюю либо глазничную ее стенки. Взятые при пункции патологическое отделяемое из пазухи и носа направляют на исследование микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Основу лечебных мероприятий при остром риносинусите составляет системная или местная антибактериальная терапия. Одновременно проводятся мероприятия с целью улучшения дренирования пазух и повышения резистентности организма.

Помимо антибактериальных средств, в комплексе системной терапии риносинусита обязательно назначаются препараты, обладающие муколитическим и мукорегулирующим действием, стимулирующие мукоцилиарный транспорт, а также противовоспалительные и антигистаминные средства.

В последние годы оториноларингологи в лечении гнойно-воспалительных болезней верхнечелюстной пазухи часто применяют щадящие методы диагностики и лечения. Появилась возможность лечения воспаления придаточных пазух носа под контролем зрения при помощи эндоскопической техники. При этом с ее помощью можно осмотреть все ЛОР-органы, заглянуть в пазухи носа.

Эндоскопия помогает поставить диагноз более точно, избежав лишних исследований [1].

Посредством современных эндоскопических аппаратов производят высокоточную микрохирургическую операцию: расширение соустья между полостью носа и пазухой [1]. Послеоперационный период протекает значительно легче.

Хорошие результаты при лечении острых гайморитов дает гелий-неоновый лазер, которым можно воздействовать на кожу в проекции пазухи и облучать слизистую оболочку посредством световода. Последнюю процедуру проводят после эндоназального вскрытия гайморовой пазухи (пункции) и ее промывания. Луч лазера обладает противовоспалительным, противоотечным действием, стимулирует местные защитные силы организма, улучшает микроциркуляцию и имеет многие другие позитивные свойства [2, 3].

Эндоназальное вскрытие гайморовой пазухи до настоящего времени стоит на первом по значимости месте среди всех методов лечения верхнечелюстной пазухи. Этот метод позволяет при минимальных усилиях удалить содержимое из пазухи и ввести в нее лекарственные препараты.

Хронический гайморит возникает чаще всего из-за незаконченного лечения предыдущего обострения, ослабленного иммунитета и нарушения нормального оттока содержимого пазухи, а не от пункции, что нередко бытует даже среди врачей. Поэтому пункция в большинстве случаев просто необходима.

В настоящее время есть возможность делать пункцию один раз, а затем установить катетер, через который ежедневно промывают пазуху антисептическими растворами. После пункции гайморовой пазухи наступает значительное улучшение. Таким образом, пункция – основной метод лечения, но есть и другие.

Простым видом лечения без пункции является метод перемещения. При этом в одну половину носа вливается антисептический раствор, а из другой половины эта жидкость отсасывается с помощью электроотсоса [3]. Положительной стороной этого метода является доступность и минимум неприятных ощущений, но он недостаточно эффективный.

Современным методом лечения гайморита без пункции являются вакуумные устройства аппарата Ямик, разработанным отоларингологами г. Ярославль [3]. В носовую полость вставляются специальные баллончики и резиновая трубка. С помощью насоса в трубке создается отрицательное давление. Содержимое пазухи быстро отсасывается, и в пазуху вводятся антисептические растворы. Процедура эффективна только в руках опытного специалиста.

Вообще, лечение должно быть комплексным. К ним относят прием антибиотиков широкого спектра действия внутрь. Хорошие результаты дает препарат «Левомакс» [4–8].

Из местных препаратов широко используются муколитики – препараты, разжижающие слизь в носовой полости и в придаточных пазухах носа. Из самых последних современных препаратов можно назвать «Муцитус» [9–14]. Наши данные показывают их эффективность в лечении гайморита. Но, конечно, используются и местные деконгестанты.

Таким образом, лечение гайморита должно носить комплексный характер с использованием современных препаратов и инновационных технологий в медицине.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Байжуманова А.С., Тулебаев Р.К., Розенсон Р.И., Студеникина О.Л., Жидебаева К.К., Кутенко И.В. Эндоскопическая диагностика заболеваний полости носа и придаточных пазух//Оториноларингология Бас, мойын хирургиясы. – 2011. – № 1–2. – С. 14.
- 2 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др//Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний//Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 54.
- 3 Злотников К.Л. Лазер для гайморита//Женское здоровье. – 2004. – № 2. – С 14–15.
- 4 Кокрановский. Использование Левофлоксацина в лечении инфекции дыхательных путей//Журнал химиотерапии. – 2000, октябрь, 12. – Suppl 4:27-31.
- 5 Кокрановский. Новые достижения в области лечения Левофлоксацином//Химиотерапия. – 2004. – 50. – Дополнение 1:22-8.
- 6 Кокрановский. Применение Левофлоксацина 750 мг в лечении острых бронхитов и при обострений хронического бронхита//Eur Respir J. – 2005, июнь, 25. – 3. – (6): 1001-10.
- 7 Кокрановский. Фармакодинамика Левофлоксацина у больных с обострением хронического бронхита//Грудь. – 2005, октябрь. – 128 (4): 2093-8.
- 8 Кокрановский. Эффективность Левофлосацина в лечении обострений хронического бронхита у больных с факторами риска//Rev Pneumol Clin. – 2004, ноябрь. – 60 (5 Pt 1): 269-77. Zuck P, P Veysser, Brumpt I.
- 9 Зайцева О.В. Муколитические препараты в терапии болезней органов дыхания у детей: современный взгляд на проблему//РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 1.
- 10 Овчаренко С.И. Муколитические (мукорегуляторные) препараты в лечении хронической обструктивной болезни легких//РМЖ. – 2002. – Т. 10, № 4.

11 A combination of budesonide and the SH-metabolite I of erdosteine acts synergistically in reducing chemiluminescence during human neutrophil respiratory burst /Dal Sasso M., Culici M., Guffanti E.E. et al//Pharmacology. – 2005. – Vol. 74. – P. 127–134.

12 Attenuation of bleomycin-induced lung fibrosis by oral sulfhydryl containing antioxidants in rats: erdosteine and N-acetylcysteine /Yildirim Z., Kotuk M., Iraz M. et al//Pulm. Pharmacol. Ther. – 2005. – Vol. 18. – P. 367–373.

13 Barnes P.J. Chronic obstructive pulmonary disease /N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 343. – P. 269–280.

14 Самохіна Л.М., Єфімов В.В., Зубов П.М., Блажко В.І. Еластаза, катепсин G у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень//Укр. пульмон. журнал. – 2005. – № 4. – С. 37–39.

### Тұжырым

*Д.С. Жыңғылбаева*

#### ГАЙМОРИТТИ ЖАРЫҚПЕН КЕШЕНДІ ЕМДЕУ

Бұл мақалада Левомак антибиотигі (левофлоксацин) мен Муцитус муколитигін қолдана отырып гайморитті кешенді емдеудің тиімділігі, сондай-ақ лазер сәулесін мұрын қуысының ішінде қолданудың қауіпсіздігі көрсетілген. Сонымен қатар, аурудың диагностикасы мен емдеудің эндовидеоскопиялық әдістері жөнінде баяндалған.

### Summary

*D.S. Zhyngylbaeva*

#### PHOTOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF SINUSITIS

In this paper, the effectiveness of the antibiotic Levomak (Levofloxacin) and mucolytics Mutsitus in complex treatment of sinusitis, and the security of intracavitary applications of the laser beam. In addition, the reflected endovideoscopic sparing methods of diagnosis and treatment.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616-053.2

*И.И. ЧЕРНОУСОВА*

*Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы*

### РАХИТ (Обзор литературы)

**Аннотация.** Приведены литературные данные по определению понятия, этиологии, клинике, течению, лечению, профилактике, динамическому контролю за больными детьми, страдающими рахитом в амбулаторных условиях. Указаны основные задачи диспансерного наблюдения.

**Ключевые слова:** дети, рахит, этиология, клиника, классификация, диспансеризация, детские поликлиники.

Рахит – заболевание, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в фосфоре и кальции и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка [1].

Наиболее существенными причинами являются недостаточное образование холекальциферола в коже; нарушение фосфорно-кальциевого обмена в печени, почках, кишечнике; недостаточное поступление витамина Д с пищей. Факторы,

предрасполагающие рахит, можно разделить на две группы: со стороны матери и со стороны ребенка. Со стороны матери имеют значение: возраст матери – моложе 17 лет и старше 35 лет; токсикозы беременности; экстрагенитальные заболевания матери (обменные заболевания, патология ЖКТ, почек); дефекты питания во время беременности и лактации (дефицит белка, кальция, фосфора, витаминов Д, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>); несоблюдение режима дня (недостаточная инсоляция, гиподинамия); осложненные роды; неблагоприятные социально-экономические условия. Факторы со стороны ребенка включают в себя: сезон или время рождения (с июня по декабрь); недоношенность и морфофункциональная незрелость; большая масса при рождении (>4 кг); большая прибавка в весе в течение первых трех месяцев жизни; вскармливание грудным, но сцеженным молоком кормилицы; раннее и искусственное и смешанное вскармливание неадаптированными молочными смесями; недостаточное пребывание на свежем воздухе; недостаточный двигательный режим (тугое пеленание, отсутствие ЛФК и массажа); перинатальная энцефалопатия с поражением III желудочка; заболевания кожи, печени, почек, синдром мальабсорбции; частые ОРВИ и кишечные инфекции; прием противосудорожных препаратов (фенобарбитал, глюкокортикоиды) [2].

Различают три степени тяжести: легкая, среднетяжелая и тяжелая. По характеру течения заболевание делится на острое, подострое, рецидивирующее. По периодам делится на начальный, разгара, реконвалесценции, остаточных явлений [3].

В клинической картине рахита I степени имеются нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы (беспокойство, пугливость, раздражительность, вздрагивание, потливость, появление красного дермографизма); мышечной системы (гипотония мышц, появление запоров) и костей (небольшая податливость краев большого родничка) [4].

При рахите II степени тяжести имеются выраженные изменения со стороны костной системы (формирование бугров, четок на 5–8 ребрах, деформация грудной клетки, расширение нижней апертуры грудной клетки с втяжением ребер – Гаррисонова борозда); мышц (выраженная гипотония мышц, «лягушачий живот»).

При рахите III степени размягчаются кости основания черепа, появляется запавшее переносье, экзофтальм, «олимпийский лоб», грубая деформация грудной клетки («куриная грудь», «грудь сапожника»); деформация позвоночника («рахитический кифоз»); утолщение эпифизов костей предплечья («рахитические браслеты») и фаланг пальцев («нити жемчуга»); деформация трубчатых костей нижних конечностей (X- и O-образные). Нарушается время появления и порядок прорезывания зубов. Характерны выраженная мышечная гипотония, «лягушачий живот». Развиваются задержка статических, моторных функций (не могут стоять, вставать, ходить, садиться), нарушаются функции внутренних органов и систем (легочной, сердечно-сосудистой, гепатолиенальный синдром), развиваются анемии.

Острое течение чаще отмечается у детей первого полугодия жизни, родившихся с крупным весом, и у младенцев с большой месячной прибавкой. При этом преобладают процессы остеомаляции над процессами остеонидной гиперплазии, что характеризуется быстрым нарастанием симптомов.

Подострое течение развивается чаще всего у детей с внутриутробной и постнатальной гипотрофией; недоношенных детей; у детей, получивших недостаточную дозу витамина Д в первом полугодии. При этом течении рахит характеризуется более медленным развитием заболевания, преобладают процессы остеонидной гиперплазии над процессами остеомаляции.

Рецидивирующее течение характеризуется периодами клинического улучшения и ухудшения (на фоне различной соматической терапии, изменения условий ухода и вскармливания младенцев). При отсутствии терапии или недостаточном лечении возможно непрерывно-рецидивирующее течение рахита [5].

Лечение должно быть комплексным и длительным. Неспецифическое лечение рахита: естественное вскармливание; организация режима дня, соответствующая

шего возрасту ребенка; обеспечение длительного пребывания ребенка на свежем воздухе с достаточной инсоляцией; лечебная гимнастика и массаж; закаливание; лечение сопутствующих заболеваний. Специфическое лечение рахита: витамин Д, препараты кальция и фосфора. Многие врачи отдают предпочтение водорастворимому витамину Д, так как он лучше усваивается в кишечнике и действие его более продолжительно в сравнении с масляным раствором. В настоящее время имеются и более активные формы (метаболиты) витамина Д – оксидевит, альфакальцидиол, рокальтрол, кальцитриол. Однако их не рекомендуют применять для лечения рахита, так как они могут быстро привести к гипервитаминозу и гиперкальциемии. В настоящее время отказались от проведения искусственного УФО детям раннего возраста, учитывая возможный канцерогенный эффект от его воздействия в дальнейшем. Нужно помнить, что чувствительность к ультрафиолетовым лучам тем выше, чем меньше возраст ребенка. Поэтому летом прямые солнечные ванны детям до одного года также противопоказаны. Крайне осторожно они назначаются детям от одного года до трех лет. В осенне-зимний и весенний периоды прямые солнечные лучи не вызывают перегревания, открытая поверхность тела незначительна, поэтому попадание их на лицо ребенка не только допустимо, но и необходимо. Не решен до конца вопрос о дополнительном назначении препаратов кальция и фосфора. Считают, что если питание ребенка хорошо сбалансировано, то дополнительное введение кальция, особенно одновременно с витамином Д, может привести к развитию гиперкальциемии. Многие врачи назначают, особенно недоношенным детям, препараты фосфора. Нередко добавляют препараты магния, что способствует использованию естественных резервов витамина Д, фосфора и кальция [6].

По окончании лечебного курса назначают длительно профилактические дозы витамина Д, не более 400–500 МЕ в сутки. В настоящее время рекомендуют в основном неспецифические методы профилактики – как до, так и после рождения ребенка. Антенатальная профилактика рахита: полноценное питание беременной; длительные прогулки на свежем воздухе; занятия физкультурой; прием комплекса витаминов с микро- и макроэлементами для беременных («Прегнавит», «Матерна», «Витрум пренатал» и др.). Беременная женщина должна получать полноценное, разнообразное питание с достаточным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Будущая мать должна не только проводить как можно больше времени на воздухе, что большинство из них выполняет, но и обязательно заниматься физкультурой (комплекс упражнений для беременных). Беременным не назначают УФО и большие дозы витамина Д, что было распространено еще несколько лет назад, так как есть сведения о том, что у детей, матери которых получали во время беременности УФО, повреждения нервной системы развиваются чаще и протекают тяжелее. При больших дозах витамина Д легко повреждается плацента, у детей развивается задержка внутриутробного развития, то есть дети рождаются ослабленными, с различными заболеваниями внутренних органов. Будущая мать должна с ранних сроков беременности находиться под постоянным наблюдением в женской консультации, так как предупреждение различных осложнений во многом способствует рождению здорового ребенка. Постнатальная профилактика рахита: правильное вскармливание; режим дня, соответствующий возрасту ребенка; прогулки на свежем воздухе и в то же время отказ от воздушных ванн под прямыми солнечными лучами; закаливание; массаж и гимнастика; постоянный прием кормящей матерью поливитаминов или специальных смесей, обогащенных микронутриентами; по назначению врача – поливитамины для грудных детей [7].

Диспансерный учет больных рахитом детей длится в течение 3-х лет. Диспансерное наблюдение больных рахитом детей, получающих заместительное лечение проводится 1 раз в 2 недели. Ребенок осматривается педиатром на приеме в поликлинике. Помимо этого проводится проба Сулковича. В периоде реконвалесценции частота осмотра составляет 1 раз в месяц. Осмотр врачом в периоде остаточных явлений проводится ежеквартально [8].



Таким образом, подбор доз витамина Д проводится в соответствии с особенностями клинической картины рахита и динамики заболевания, а также зависит от индивидуальных особенностей организма.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 *Майданник В.Г.* Педиатрия: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации. 3-е изд. – Х.: Фолио, 2006. – С. 6–7.
- 2 Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
- 3 *Джумагазиев А.А.* Основы поликлинической педиатрии. – Р-н/Д., 2006. – 420 с.
- 4 Поликлиническая педиатрия/Под ред. А.С. Калмыковой. – М., 2008. – 624 с.
- 5 *Шабалов Н.П.* Детские болезни: учебник, 7-е изд. В 2 т. – СПб.: Питер, 2008. – Т. 1. – 832 с.
- 6 *Коровина Н.А., Захарова И.Н.* Современные подходы к профилактике и лечению рахита у детей. – М., 2003. – 28 с.
- 7 *Капранова Е.* Рахит. URL: [http://www.9months.ru/press/1\\_02/45/index.shtml](http://www.9months.ru/press/1_02/45/index.shtml)
- 8 *Рахимова К.В., Девятко В.Н.* Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях. – Алматы, 2005. – 154 с.

#### **Тўжырым**

*И.И. Черноусова*

#### **МЕШЕЛ АУРУУ**

Амбулаторлы жагдайда мешелмен ауырған балалардың ұғымның ұйғарымы, этиологиясы, емханалық суреті, сырқаттың өту барысы, емдеу мен шипасы, алдын-алу шарттары және динамикалық бақылау жөніндегі әдеби мәліметтер келтірілген. Диспансер қадағалаудың негізгі мақсаттары көрсетілген.

#### **Summary**

*I.I. Chernousova*

#### **RICKETS**

The literature data on the definition, etiology, clinical picture, course, treatment, prevention, dynamic control of the sick children suffering from rickets in the ambulatory conditions is provided. The basic tasks of clinical supervision are indicated.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.995.428

*А.Ж. СЕЙКЕТОВ*

*Алматинский областной кожно-венерологической диспансер*

#### **ЧЕСОТКА (Обзор литературы)**

**Аннотация.** В данной статье представлены причины развития, современные методы диагностики и лечения такого заболевания, распространенного в настоящее время, как чесотка. Указаны атипичные формы чесотки, связанные как с улучшением, так и с ухудшением условий быта, а также отмечены меры профилактики распространения данного заболевания.

**Ключевые слова:** чесотка, узелки (папулы), экскориации, атипичные формы, осложнения заболевания, зуд в ночное время, акарицидные средства.

Чесотка является одним из самых распространенных заразных кожных заболеваний. За последние годы отмечаются отдельные вспышки заболевания, вызываемые разными причинами, чаще социального характера (улучшением или ухудшением условий быта). Возбудителем заболевания являются чесоточные клещи. Передается болезнь при прямом контакте (бытовом, половом) от больного здоровому. Все чаще встречаются атипичные формы чесотки, такие как «чесотка чистоплотных людей». Больные чесоткой, часто принимающие душ, искажают классическую картину заболевания. Также часты случаи чесотки, осложненные вторичной инфекцией (пиодермией, экземой). В этой статье мы рассмотрим диагностику и лечение атипичных форм [1, 2, 3, 7, 10].

**Этиология и эпидемиология.** Чесотка (scabies) — заразное паразитарное заболевание, вызываемое чесоточным клещом (*Sarcoptes scabiei hominis*). Чесоточный клещ — это паразит, большую часть своей жизни проводящий в коже. Размер клеща 0,3–0,4 мм, причем размеры самки бывают зачастую крупнее. Вне кожи человека клещи быстро погибают. Днем самка находится в состоянии покоя, а вечером и ночью прогрызает чесоточные ходы, интенсивно питаясь и откладывая яйца, что и объясняет вечерний и ночной характер зуда при чесотке.

Заражение чесоткой происходит, как правило, при непосредственном тесном телесном контакте больного со здоровым, чаще всего в постели. Реже чесоткой заражаются через предметы, бывшие в употреблении больного (постельное белье, одежда). Выделяют семейные очаги и так называемые коллективные (общежития и пр.). Инкубационный период около 2 недель [2, 4, 7, 8].

**Клиническое течение.** Сыпь (узелки) при чесотке, как правило, симметричная, это попарно расположенные мелкомилиарные папулы. Высыпания на типичных местах. У детей младшего возраста, особенно грудных, проявления чесотки рассеяны по всему телу, могут быть даже на лице и волосистой части головы. Выделяют «чесотку чистоплотных людей»; чесотку, осложненную вторичной пиодермией; экзематизированную чесотку.

«Чесотка чистоплотных» регистрируется преимущественно у людей, часто практикующих многократное мытье, особенно по вечерам. Это приводит к тому, что значительная часть популяции клеща механически удаляется с кожи, что обеспечивает минимизацию клинических проявлений заболевания и, соответственно, длительное «необращение» к врачу. При этом сам больной продолжает оставаться источником заражения для людей, бывших с ним в контакте. Постоянные экскориации (расчесы) при типичной чесотке, повреждая кожу, способствуют внедрению в нее кокковой флоры, что нередко сопровождается появлением различных видов гнойничковой сыпи (импетиго, эктима, фурункулы). При затяжном течении вторичной пиодермии возможно развитие лимфангитов, лимфаденитов [1, 3, 8, 9].

**Диагностика.** Диагноз чесотки устанавливают на основании характерной клинической картины, а также обнаружения чесоточного клеща при лабораторном исследовании.

**Лечение.** Самопроизвольно чесотка не проходит, может вяло протекать многие месяцы и годы, и такой больной представляет постоянный очаг инфекции. Для того чтобы излечить больного чесоткой, достаточно уничтожить клеща и его яйца с помощью наружных акарицидных средств.

Серная мазь (20–33%) применяется редко из-за токсического действия.

**Способ лечения чесотки по Демьяновичу.** Два раствора: № 1 — 60%-ный раствор натрия тиосульфата и № 2 — 6%-ный раствор хлористоводородной кислоты. Применяется редко из-за сложности лечения и плохого запаха.

Одним из наиболее популярных современных средств лечения больных чесоткой является бензил-бензоат: 20%-ная эмульсия (или мазь) для взрослых и

10%-ная — для детей. Лечение проводят по следующей схеме: в 1-й день препарат втирают ватным тампоном последовательно во все очаги поражения дважды по 10 мин с 10-минутным перерывом. После этого больной надевает обеззараженную одежду и меняет постельное белье. На 2-й день втирание повторяют. Через 3 дня после этого больной моется в бане или под душем и меняет белье. Наиболее удобное и эффективное современное средство против чесотки — аэрозоль «Спрегаль», который можно применять как взрослым, так и детям. Препаратом опрыскивают все тело сверху вниз на расстоянии 20–30 см вечером после мытья, особо тщательно обрабатывая места излюбленной локализации клещей и избегая попадания на слизистые оболочки глаз и полости рта. При наличии осложнений чесотки в виде вторичной пиодермии или экзематизации лечение их проводят одновременно с основной акарицидной терапией и при необходимости продолжают после ее окончания. Средства для лечения осложнений подбирают индивидуально в зависимости от показаний. Это антибиотики системного и местного действия, антигистаминные средства, кортикостероидные препараты для наружного применения. При подозрении на «чесотку чистоплотных людей» следует провести профилактическое лечение.

Заметную роль играют врачебные ошибки в виде недооценки симптомов и в связи в этом неправильным выбором метода лечения.

**Профилактика.** Сразу же после окончания лечения все белье больного (как носильное, так и постельное) необходимо тщательно, с кипячением, выстирать. Верхнее платье и одежду, которые нельзя стирать, следует обработать путем проглаживания горячим утюгом, особенно с внутренней стороны, или проветрить на воздухе в течение 5–7 дней. Так же обрабатывают матрас, одеяло и другие вещи больного. Зимой, при минусовой температуре, все клещи погибают за несколько часов [4, 5, 10].

**Заключение:** Чесотка — заразное заболевание, создающее массу проблем, порой трудно диагностируемое. Врачам общей практики следует приобрести навыки диагностики и современного лечения этого заразного дерматоза. Проводить лекции среди населения.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

- 1 Белоусова Т.А., Кочергин Н.Г. Человек и лекарство (тез. докл.). — М., 1995. — С. 45.
- 2 Кочергин Н.Г., Толчина Л.В. Актуальные проблемы дерматологии: Материалы конференции. — М., 2003. — С. 59.
- 3 Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. — М.: Медицинская книга, 2004. — С. 9–18.
- 4 Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы. — М., 2003. — 230 с.
- 5 Кубанова А.А., Соколова Т.В. Чесотка: Методические рекомендации для врачей. — М., 2010. — С. 1–6.
- 6 Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф. Чесотка. — М.: Медицина, 1989. — С. 6–107.
- 7 Соколова Т.В. Чесотка//Рос. журн. кож. и венерич. бол. — 2001. — С. 27–39.
- 8 Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит. — М. — С. 12–18.
- 9 Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф М., Сюрмонд Д. Дерматология. Атлас-справочник. — М.: Практика, 1999. — С. 850–6.
- 10 Скрипкин Ю.К. Чесотка. — М., 2010. — С. 3–19.

#### Тұжырым

А.Ж. Сейкетов

#### КОТЫР

Бұл мақала қазіргі күні кең тараған қотыр ауруының даму себептерін, қазіргі диагноз қою әдістері мен емдеу мәселелерін қамтиды. Тұрмыс жағдайының жақсаруы мен нашарлауына байланысты қотырдың атипиялық түрлерін, сонымен қатар, аурудың тарауының алдын ала емдеу шараларын қамтыған.

## Summary

*A.J. Seiketov*

## SCABIES

The article contains causes of spread (development), modern methodologies of diagnosis and treatment, of common virus known as Scabies. Atypical forms of Scabies, related to the improvement, as well as decline of socioeconomic lifestyle, also measures of avoiding the spread of the disease are pointed out.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 614.2

*А.И. КАРАБАЕВА, Г.К. КАУСОВА, С.Г. АНОХИНА,  
М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Л.П. ШКУРЕНКОВА*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова;  
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК;  
ГККП «Поликлиника ВОВ», г. Алматы*

### **О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА, УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

**Аннотация.** Представлена структура заболеваемости пожилого населения Алмалинского района г. Алматы. Преобладает хроническая патология системы кровообращения, мочеполовой системы и органов пищеварения. Для повышения качества и увеличения продолжительности жизни пожилых пациентов необходимо использование самых современных медицинских и социальных методик, высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

**Ключевые слова:** *заболеваемость, пожилое население, качество жизни, продолжительность жизни.*

Постарение населения – одна из основных проблем, тревожащих в настоящее время почти все без исключения страны мира. Пожилые люди стали отдельной демографической, социальной и медико-биологической категорией, требующей специального подхода к решению своих проблем.

Проблема увеличения абсолютного и относительного числа пожилых людей в структуре населения стала актуальной для большинства стран мира [1].

«Состояние здоровья и качество жизни – одни из важнейших проблем пожилых людей», – было отмечено в Мажилисе Республики Казахстан (РК) 10 марта 2006 года при презентации Национального отчета о человеческом развитии.

В ежегодном Послании народу Казахстана Президент Нурсултан Назарбаев подчеркнул, что за первые 10 лет XXI века «ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65 до 68 лет», при этом прогнозируется еще большее увеличение среднего возраста казахстанцев до 72 лет. «Необходимо на 30% уменьшить общую смертность. За этими сухими цифрами стоят тысячи спасенных жизней наших граждан. Это важнейшая цель, и мы должны обязательно ее достичь».

В РК численность пожилого населения за последние 50 лет увеличилась с 10,6 до 10,9%. Для республики характерен высокий процент заболеваемости, инвалидности и смертности населения пожилого возраста. Данные среднестатистических исследований о причинах смерти престарелых граждан, взятые из отчета Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения (МЗ) РК,

свидетельствуют, что в 30% ими являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в 30% – злокачественные опухоли, в 40% – другие заболевания [2].

Одной из актуальных проблем здравоохранения республики является рост болезней системы кровообращения (БСК) среди лиц пожилого и старческого возраста. Показатель заболеваемости БСК в динамике с 2007 по 2009 годы на 100 тыс. взрослого населения возрос в 1,1 раза. Основными причинами смертности пожилых от БСК являются артериальная гипертензия (АГ), выросшая в 1,4 раза; ишемическая болезнь сердца (ИБС) (в 1,3 раза); цереброваскулярные болезни. Социально-значимые болезни наносят существенный экономический ущерб и снижают ожидаемую продолжительность жизни, средний показатель которой в 2008 году составил 67,11 г.

Постепенное старение населения увеличивает встречаемость ССЗ в повседневной врачебной практике. При этом болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) имеют тенденцию к утяжелению. Знание закономерностей развития старения дает возможность прогнозировать появление атеросклероза, АГ, ИБС, сахарного диабета (СД), рака. Эти заболевания развиваются и в старшем возрасте, и большинство ученых считают, что это связано с процессом старения [3].

Среди возрастных патологий наиболее часто встречаются инфаркт миокарда, инсульт мозга, тромбозы, заболевания почек, слепота, гангрена нижних конечностей, повреждения нервов, старческое слабоумие, иммунные нарушения, пародонтоз, остеохондроз и многие другие. Имеются серьезные основания обсуждать эти недуги с позиций перекисных концепций. Последние же естественно рассматривать в совокупности со свободнорадикальной теорией старения организма. Эта теория в момент своего возникновения казалась для многих невероятной, но постепенно стала классической и получила с развитием науки дальнейшее обоснование.

Согласно этой теории:

- а) старение – процесс необратимый, нерегулируемый и непрерывный;
- б) старение – процесс многоочаговый. Следствием многоочаговости является множественность проявления старения и нарушений функций на всех уровнях – клеточном, тканевом, органном и организменном;
- в) старение – процесс многопричинный, многофакторный. Проявляющиеся при нем негативные сдвиги в большинстве своем могут быть так или иначе представлены производными от состояния гипероксии и, следовательно, избыточной перекисногенации – первичного и главного фактора, ответственного за снижение с возрастом интенсивности и полноценности всех жизненно важных процессов;
- г) старение – процесс гетерохронный;
- д) старение – процесс гетеротропный, т. е. выраженный неодинаково в различных органах, структурах одного и того же органа;
- е) старение – процесс гетерокинетичный, ведущий к развитию возрастных изменений с различной скоростью;
- ж) старение – процесс гетерокатетный. Этот признак отражает разнонаправленность возрастных изменений, что связано с подавлением одних и активацией других процессов в стареющем организме;
- з) старение – нормальный комплексный биологический процесс.

Заболеваемость у лиц пожилого (60–74 года) в 2 раза и старческого (75–89 лет) возраста в 6 раз выше, чем у лиц молодых возрастных групп. Это вызывает большую потребность данной категории пациентов в медицинской помощи, с одной стороны, с другой – требует подготовленности общества к удовлетворению этой потребности. Неотделимы от нее проблемы продолжения трудовой деятельности, подготовки к переходу в пенсионный возраст, определение рационального образа жизни с обеспечением должного уровня качества жизни и увеличением ее продолжительности [4]. В связи с этим приобретает важное значение уровень качества оказываемой медицинской помощи геронтологическому населению, в том числе и на догоспитальном этапе.

Исследована структура общей заболеваемости геронтологического населения, снижающей качество и продолжительность жизни.

Произведен сплошной анализ статистических карт посещений населения Алмалинского района, прикрепленного к ГККП «Поликлиника ВОВ» за 2011 год. Всего зарегистрировано 30 062 больных, из них лидирует число пациентов с болезнями системы кровообращения – 15 424, что составило 51,3% от общего числа. Далее следуют заболевания мочеполовой системы – 2930 (9,7%) и органов пищеварения – 2474 (8,2%). Болезни глаза и его придаточного аппарата зарегистрированы у 2092 человек (6,9%), болезни органов дыхания – у 1911 (6,3%). На новообразования; болезни крови; эндокринную патологию; болезни нервной, костно-мышечной систем; травмы и отравления – 15,2% (4578 пациентов).

В сравнительном аспекте в общей структуре преобладают хронические заболевания системы кровообращения, мочеполовой системы и органов пищеварения. Экстренная патология у пожилых практически не встречается, что можно объяснить стертой клинической проявлений у лиц пожилого возраста.

Таким образом, исследование показало, что наибольшая подверженность инволютивным процессам сердца, сосудов, мочеполовой и пищеварительной систем обуславливает большую распространенность соответствующей патологии среди лиц пожилого и старческого возраста. Поражение данных систем способствует значительному снижению качества жизни и уменьшению продолжительности жизни в связи с наибольшим вкладом сердца, органов выделения и пищеварения в жизнедеятельность пожилого организма.

Основой улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов является профилактика. В настоящее время в систему первичной медицинской помощи (ПМСП) активно внедряются новые технологии медицинской профилактики неинфекционных заболеваний. К инновационным технологиям, обеспечивающим повышение качества и эффективности укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний, относятся скрининг состава пациентов и мониторинг их здоровья [5].

Таким образом, широкая распространенность, низкий уровень диагностики, трудность лечения хронической, часто полиморбидной, геронтологической патологии создает предпосылки для уменьшения продолжительности и качества жизни пожилых пациентов [6]. В целях достижения здорового долголетия и замедления процессов старения необходимо активное использование инновационных медицинских и социальных методик, высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Погодина А.Б., Газимов А.Х.* Основы геронтологии и гериатрии. – Р-н/Д.: Феникс, 2007. – С. 60–65.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009 г.
- 3 *Ратова Л.Г., Чазова И.Е., Беленков Ю.Н.* Пожилой человек: жизнь со знаком качества//CONSILIUM MEDICUM. – 2006. – Т. 01, № 1. – С. 120–122.
- 4 *Сагындыкова А.Ж.* Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения//CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94–95.
- 5 *Аманов Т.И., Ошакбаев К.П., Абдукаримов Б.У.* Профилактика – основа улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов//Терапевтический вестник. – 2010. – № 1. – С. 8–9.
- 6 Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2009 г.// Статистический сборник. – Алматы, 2009. – 310 с.

## Тұжырым

*Г.К. Қаусова, А.И.Карабаева, С.Г. Анохина, М.К. Альмұхамбетов,  
Э.Ф. Альмұхамбетова, Л.П. Шкurenкова*

### НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫН ЖОҒАРЫЛАТУ ЖӘНЕ САПАСЫН ЖАҚСARTY

Қарт науқастардағы өмір сүру ұзақтығын қысқартуға және сапасын нашарлатуға диагностиканың төменгі деңгейі; созылмалы, жиі полиморбидтілік, геронтологиялық патологияның емінің қиындықтары әсерін тигізеді – зерттеуде көрсетілген. Сонымен байланысты ең заманауи медициналық және әлеуметтік әдістер, жоғары технологиялық диагностикалық әдістер мен емін белсенді қолдану қажет болып табылады.

## Summary

*G.K. Kausova, A.I. Karabayeva, S.G. Anochina, M.K. Almuckambetov,  
E.F. Almuckambetova, L.P. Shkurenkova*

### ON THE STATUS AND PROSPECTS FOR IMPROVING THE QUALITY AND LENGTH OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS

The results of the investigation testify the low level of diagnostic and disagreement of treatment chronic, often polymorbid gerontology diseases to create the necessary prerequisites for increase the quality and length of life of the elderly patients. In this connection it is necessary active using the most advanced medical and social technologies of high-tech diagnostic and treatment methods.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 614.2

*Г.К. КАУСОВА, А.И. КАРАБАЕВА, З.И. МАКЕЕВА,  
Н.А. САРМАНОВА, С.Г. АНОХИНА, А.С. БАКИБАЕВА*

*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК;  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова;  
ГККП «Поликлиника ВОВ», г. Алматы*

## К ВОПРОСУ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ ВОВ

**Аннотация.** Представлены показатели медицинской деятельности амбулаторной лечебно-профилактической организации (ЛПО). Выявлено снижение основных показателей медицинской деятельности в виде возрастания посещаемости, заболеваемости, смертности на фоне увеличения объемов диспансеризации. Необходимо регулярное проведение профилактических осмотров взрослого населения, скрининговых исследований; осуществление бесперебойного бесплатного и льготного лекарственного обеспечения участников Великой Отечественной войны (УВОВ) и инвалидов Великой Отечественной войны (ИВОВ), а также лиц, приравненных к ним.

**Ключевые слова:** показатели, медицинская деятельность, здоровый образ жизни, лечебно-профилактические организации, бесплатное и льготное лекарственное обеспечение.

Президент Н.А. Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения [1]. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской

помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

В Послании 2010 года Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие, в том числе: «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – должно стать главным и в государственной политике в сфере здравоохранения, и в повседневной жизни населения» [2].

За период реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан (ГПРРЗ) на 2005–2010 годы были достигнуты определенные результаты:

- установлены минимальные стандарты по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;
- проведено реформирование службы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), действующей по принципу общей врачебной практики. Проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения (БСК), скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы;
- внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение.

В связи с этим приобретает большое значение оказание качественной, высокопрофессиональной помощи в каждом регионе Казахстана, в каждой ЛПО.

Объектом исследования явилось изучение деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ» за 2011–2012 гг.

В результате сплошного анализа статистических карт посещений отмечено, что на 2012 год, в соответствии с итогами конкурса по размещению государственного заказа на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) [3], к поликлинике прикреплено 36 391 человек.

**Таблица 1 – Показатели посещения по поликлинике**

	2011 год	2012 год
Число посещений всего	251 231	251 830
В том числе на приеме на дому	222 391 28 840	222 656 29 174
Количество посещений к участковым терапевтам	86 924	86 645
На дому к участковым терапевтам	25 848	26 568

Число посещений всего за 2012 г. – 251 830, за 2011 г. – 251 231. На дому было обслужено за 2012 год 29 174 человек, за 2011 год – 28 840. К участковым терапевтам всего за 2012 год обратилось 86 645 пациентов, в 2011 г. – 86 924.

**Таблица 2 – Показатели заболеваемости**

№	Виды	2011 год	2012 год
1	Общая	57 020–1566,9*	57 209–1572,06*
2	Первичная	12 216–335,7*	12 537–344,5*

*Примечание:* \* – на 1000 населения.

Общая заболеваемость зарегистрирована всего за 2012 г. – 57 209 (2011 год – 57 020 больных), первично зарегистрировано заболеваний – 12 537 (2011 год – 12 216 больных).



Таблица 3 – Показатели заболеваемости по нозологиям

Количество заболеваний	Виды заболеваемости	2011 год	2012 год
эндокринной системы	общая первичная	1856–51,0 129–3,5	2004–55,1 211–5,8
нервной системы	общая первичная	2535–69,7 798–21,9	2690–73,92 919–25,3
системы кровообращения	общая первичная	20487–563,0 1041–28,6	20569–565,2 1132–31,1
дыхательной системы	общая первичная	6382–175,4 3302–90,7	6498–178,6 3342–91,8
пищеварительной системы	общая первичная	6904–189,7 870–23,9	7015–192,8 1034–28,4
мочеполовой системы	общая первичная	6825–187,5 2405–66,1	7160–196,7 2598–71,4

В структуре общей заболеваемости в 2012 году, так же как в 2011 г., преобладают БСК. Что касается первичной заболеваемости, в структуре преобладают заболевания органов дыхания: 3342 – 91,8 на 1000 населения и заболевания органов мочеполовой системы: 2598 – 71,4.

В 2011 г. на диспансерном учете состояло 15 198 больных, в 2012 г. – 15 918; в том числе у участковых терапевтов 6902 – в 2011 г., в 2012 г. – 8287 больных.

Первичный выход на инвалидность в 2012 г. – 62 человека, в 2011 г. – 39. Из них по терапевтическим заболеваниям в 2012 г. – 11, в 2011 г. – 9 пациентов.

За 2012 год смертность на 99 человек больше, чем в 2011 г. На дому на 30 случаев больше по сравнению с 2011 годом. Число умерших старше 60 лет также возросло (в 2011 г. – 278 на 1000 населения; в 2012 г. – 342).

В структуре причин смертности лидируют БСК – 179 случаев в 2012 г. (в 2011 г. – 184). На втором месте онкозаболевания: 85 случаев в 2012 г., в 2011 году – 79. На основании анализа смертности в поликлинике принимаются оперативные профилактические меры по современному оздоровлению населения работоспособного возраста, улучшению качества диспансерного осмотра с более широким использованием таких стационарозамещающих технологий, как дневной стационар и стационары на дому.

В целом отмечается снижение основных показателей медицинской деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ». Так, наблюдается тенденция к возрастанию посещаемости, заболеваемости, смертности, что связано с увеличением количества прикрепленного населения и терапевтических участков (на 5 в 2012 г. по сравнению с 2011 г.). Необходимо отметить увеличение объемов диспансеризации, которое при сохранении данных темпов будет способствовать стабилизации основных показателей медицинской деятельности ГККП «Поликлиника ВОВ» в дальнейшем.

Таким образом, исследование показало, что первоочередной задачей ГККП «Поликлиника ВОВ» является плановая реализация приоритетных стратегических направлений согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. Необходимы регулярное проведение профилактических осмотров взрослого населения на раннее выявление болезней системы кровообращения, скрининговых исследований на предмет раннего выявления онкопатологии, осуществление бесперебойного бес-

платного и льготного лекарственного обеспечения, особенно для УВОВ и ИВОВ, а также лиц, приравненных к ним.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» № 1113 от 29.11.2009.
- 2 Сагындыкова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения//CONSILIUM MEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. – С. 94–95.
- 3 Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2009 г.// Статистический сборник. – Алматы, 2009.

#### Тұжырым

*Г.К. Қаусова, А.И.Қарабаева, З.И. Макеева,  
Н.А. Сарманова, С.Г. Анохина, А.С. Бакибаева*

#### «ҮОС» ЕМХАНАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ СҰРАҚ БОЙЫНША

«ҮОС» емханасы жұмыс көрсеткіштердің сапасын жоғарылату үшін ересек адамдардағы қан айналым аурулардың ерте анықтауға профилактикалық қарауылдарды, онкопатология ерте анықтауға скрининг тексерулер жүргізу және дәрі-дәрмектермен ұлы Отан соғысы ардагерлерің және соларға теңестірілген тұлғаларды үздіксіз және тегін қамтамасыздандыру маңызды қызметті атқарады.

#### Summary

*G.K.Kausova, A.I. Karabayeva, Z.I. Makeeva, N.A. Sarmanova,  
S.G. Anochina, A.S. Bakibayeva*

#### THE QUESTION OF MEDICAL PRACTICE “VETERANS CLINIC”

For the improving the Veterans clinic’s medical practice indicators need regular preventive examinations of the adult population, screening curves studies, the implementation of free and uninterrupted drug supply by UVOV, and persons equated to them.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.36-002

*А.С. МУТАЛИЕВА, М.К. САПАРБЕКОВ*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК*

#### ЛАБОРАТОРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

**Аннотация.** В сообщении рассматриваются вопросы внедрения в систему эпидемиологического надзора за HCV-инфекцией лабораторно-эпидемиологического контроля в качестве дополнительного компонента. Такой методологический подход позволит повысить интерпретацию результатов обследования населения, качество, информативность, эффективность проводимых профилактических мероприятий при вирусном гепатите С.

**Ключевые слова:** вирусный гепатит С, эпидемический процесс, тестирование на HCV-инфекцию, профилактика.

Вирусные гепатиты (ВГ) представляют серьезную проблему для общественного здравоохранения во всем мире, в том числе и для Казахстана. В настоящее

время в республике предприняты решительные шаги по профилактике этих инфекции путем повсеместного внедрения вакцинации. В результате показатели заболеваемости острыми гепатитами А и В среди населения в ряде регионов резко снизились [1–4]. Так, интенсивный показатель заболеваемости населения Казахстана острым гепатитом А в 2009 году снизился по сравнению с 1989 годом почти в 13,8 раз, а гепатита В – в 9,6 раз. Однако на фоне снижения заболеваемости острыми гепатитами А и В сегодня в Казахстане на первый план выдвигается проблема вирусного гепатита С (ВГС).

В настоящее время, в мировом масштабе проблема ВГС, наиболее опасного своими осложнениями, приобрела черты «молчаливой эпидемии» [3]. Это своеобразное выражение подчеркивает тот факт, что вирус медленно и скрытно приводит к деструкции гепатоцитов печени или их злокачественной трансформации. Во многих случаях гепатит С протекает бессимптомно, вплоть до развития цирроза печени и рака. Сегодня в мире инфицировано уже более 200 млн человек, что составляет более 3% населения Земли. По образному выражению проф. И.Х. Шуратова (2011), по сути «мы являемся, свидетелями пандемии HCV-инфекции», которая по масштабу превосходит инфицированность ВИЧ в мире [2].

По прогнозной оценке экспертов CDC, в мире в ближайшие 10 лет ожидается увеличение количества инфицированных HVC до 400–450 млн, больных циррозом печени – почти в 5 раз, гепатоцеллюлярной карциномы – в 3 раза, смертности от заболевания печени – в 2,5 раз. Отметим, что подобный прогноз касается и нашей республики. Положение с гепатитом С усугубляется тем, что в Казахстане, как и во всем мире, отсутствуют вакцины для специфической профилактики. Лечение этой инфекции продолжительное по времени, препараты дорогостоящие, эффективность лечения, по данным различных авторов, не превышает 40–60% [3].

В этой связи на фоне неблагоприятного прогноза по вирусному гепатиту С особую важность для страны приобретает осуществление информативного, качественного, эффективного эпидемиологического надзора.

В данном сообщении представлены методологические подходы к попытке совершенствования эпидемиологического надзора за вирусным гепатитом С.

Данные литературы [4–6] указывают, что в целом система эпидемиологического надзора при многих инфекциях достаточно полно разработана как зарубежными, так и отечественными авторами. В настоящее время во многих странах, в том числе и в Казахстане преобладают современные подходы к организации и проведению эпидемиологического надзора. Активное участие в разработке концепции эпидемиологического надзора приняли эксперты CDC (США). По определению CDC, эпидемиологический надзор – «это проведение систематического сбора, анализа, интерпретации и распространения данных о здоровье» [7]. Данное определение согласуется с современными принципами эпидемиологии, рассматривающими эпидемиологию как диагностический инструмент, позволяющий выявлять и решать проблемы улучшения здоровья нации. Под эпидемиологическим надзором за вирусным гепатитом С мы понимаем непрерывный сбор, системный анализ и оценку информации, имеющей отношение к гепатиту С. Целью эпидемиологического надзора за ВГС является оценка возможного территориального распространения инфекции для проведения адекватных и целенаправленных противоэпидемических и профилактических мероприятий, анализ, оценка их эффективности, прогнозирование эпидситуации на конкретный период времени, обоснование и разработка управленческих решений, системы мер для предотвращения дальнейшего распространения гепатита С.

В качестве основы мониторинга в системе эпидемиологического надзора за HCV исследователи используют различные методологические подходы. В ряде зарубежных стран широко используется понятие «биологический надзор» [8]. И.Х. Шуратов с соавт. (2011) предлагает термин «этиолого-эпидемиологический контроль» (надзор) за HCV [9]. По мнению авторов, эффективность эпидемиологического

ческого надзора за HCV-инфекцией повышается путем максимально полного и достоверного выявления инфицированных HCV лиц с использованием маркеров инфекции среди больных гепатитами и другими заболеваниями, а также «здоровых» лиц различных возрастных групп. В наших исследованиях предлагается дополнительный компонент эпиднадзора – лабораторно-эпидемиологический контроль, который понимается и правильно интерпретируется практическими врачами и который по сути и по своим характеристикам соответствует информационно-диагностическому направлению системы эпидемиологического надзора. Заметим, что в условиях отсутствия специфической профилактики вирусного гепатита С одним из единственно реальных путей оперативного слежения (мониторинга) за HCV-инфекцией является устойчивая система лабораторно-эпидемиологического контроля.

Рекомендуется следующая схема лабораторно-эпидемиологического контроля за HCV-инфекцией, которая предусматривает в своей структуре 2 основных взаимосвязанных направления:

- 1) информационно-диагностическое;
- 2) эпидемиологический анализ, оценка ситуации, прогноз, рекомендации, разработка профилактической программы.

Информационно-диагностическое направление предусматривает информационный блок и собственно лабораторно-эпидемиологический контроль.

Для Казахстана с относительно низким уровнем инфицированности населения вирусным гепатитом С важной для эпидемиологического анализа является информация о распространенности инфекции. Информационный компонент определяется как сбор и анализ достаточно точной и полной информации, касающейся распространения HCV-инфекции в мире, на конкретной территории. Например, источниками информации могут быть: эпидемиологический еженедельник ВОЗ (Weekly Epidemiological Record WHO), научно-практические, реферативные журналы СНГ, Казахстана медико-профилактического профиля, информационные бюллетени, отчеты Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК и т. д. Для успешного поиска необходимой информации по проблеме вирусного гепатита С целесообразно использовать специальные методы работы с информацией, такие как систематический обзор и мета-анализ. Источниками информации могут быть также материалы официальной статистической отчетности ДКГСЭН о регистрации случаев острого гепатита С, сумм хронических вирусных гепатитов.

Под лабораторно-эпидемиологическим контролем при HCV-инфекции мы понимаем систему мероприятий, включающих тестирование на ВГС, характеристику эпидемиологических параметров гепатита С (динамика развития, потенциал эпидемического процесса), эпидемиологический анализ (ретроспективный, оперативный).

Основой системы лабораторно-эпидемиологического контроля за HCV-инфекцией является лабораторная диагностика.

Из литературы известно, что более 30 нозологических наименований соматических заболеваний различных органов и систем организма связывают с хронической HCV-инфекцией [9]. Считается, что такие пациенты госпитализируются в профильные стационары и не обследуются на вирусный гепатит С. Это, безусловно, негативно отражается на достоверности и качестве эпидемиологического слежения за HCV. Кроме того, у больного вирусным гепатитом С зачастую наблюдаются случаи сочетания вариантов этиологических разных типов вирусных гепатитов в виде микст-инфекции. В связи с вышеизложенным, учитывая имеющиеся данные литературы и накопленный опыт казахстанских исследователей [9], в предлагаемой системе лабораторно-эпидемиологического контроля за HCV-инфекцией при лабораторном тестировании включен важный компонент – маркерное тестирование. Такой подход, по мнению И.Х. Шуратова с соавт. (2011), позволяет в полной

мере выявлять больных острыми, хроническими формами вирусных гепатитов, включая бессимптомное «носительство» возбудителя [9]. Для изучения этиологической структуры острых вирусных гепатитов рекомендуется определять наличие следующих диагностических маркеров вирусных гепатитов А, В, С, Д: анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HBc IgM, анти-HCV IgM и РНК-HCV, анти-HDV IgM. Для хронических вирусных гепатитов следует определять следующие маркеры: HBsAg, анти-HBeIgG, анти-HBe, анти-HCV total, РНК-HCV, анти-HDV IgG. При обследовании населения и его отдельных категорий и бессимптомного носительства HCV целесообразно выявлять в сыворотке наличие анти-HCV и РНК-HCV. Выявление анти-HCV проводят с помощью широко распространенного твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на основе сорбирования структурных и неструктурных вирусных белков. Считается, что с использованием ИФА тест-систем III поколения первые антитела к HCV удается обнаружить через 20–150 дней (в среднем через 50 дней) после инфицирования. В наиболее ранние сроки после заражения удается диагностировать путем выявления РНК-HCV методом ПЦР. Однако ПЦР широко не применяется в повседневной практике. При диагностике принципиально важен сбор эпиданамнеза для установления возможного момента инфицирования [10]. Однако, как отмечают большинство исследователей [11–12], получение необходимой информации часто затрудняется, поскольку заражение могло произойти и 20–30 лет назад. Основные группы повышенного риска заражения – это больные, получавшие повторные переливания крови и ее продуктов, в том числе задолго до введения обязательного тестирования доноров на анти-ВГС, и потребители инъекционных наркотиков (ПИН). При изучении инфицированности населения вирусным гепатитом С объектами исследования могут быть больные острыми, хроническими и субклиническими формами парентеральных вирусных гепатитов, беременные женщины, роженицы, новорожденные дети и дети в возрасте до 1 года, родившиеся от инфицированных HCV-матерей, контактные лица в очагах HCV-инфекции, практически здоровое население, а также лица из «групп риска». Следует отметить, что среди детей до 14 лет почти не регистрируются случаи острого и хронического вирусного гепатита. В то же время имеются данные [13], что при заражении HCV в раннем детском возрасте не наблюдается развитие клинически выраженного заболевания, вместо этого диагностируется хронический вирусный гепатит С с латентным течением, низкой активностью, зачастую протекающий бессимптомно. Это положение подтверждают исследования Э.С. Утегеновой (1999), которые показали, что в г. Алматы интенсивность заражения HCV новорожденных составляет 10,3% [14], и это инфицирование протекает бессимптомно. По мнению автора, возможно, распространенность бессимптомного хронического гепатита С среди детей связана с их заражением от инфицированных матерей через плаценту, при родах и постнатально в течение первого года жизни.

В системе лабораторно-эпидемиологического контроля за HCV-инфекцией блок эпидемиологического анализа предусматривает оценку эпидемиологической ситуации, прогноз, который строится в следующих направлениях: как будет развиваться эпидемический процесс при вирусном гепатите С; как будет измеряться эпидемиологическая ситуация, если будут реализованы рекомендации, выработанные в ходе проведения лабораторно-эпидемиологического контроля. С рекомендациями тесно связана система организации противоэпидемических и профилактических мероприятий при вирусном гепатите С на конкретной территории.

В заключении необходимо отметить, что предлагаемый подход к совершенствованию эпидемиологического надзора за HCV-инфекцией, заключающийся в методологии лабораторно-эпидемиологического контроля, существенно повысит на практике качество, информативность и эффективность проводимых профилактических мероприятий.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шуратов И.Х., Фаворов М.О., Сурдина Т.Ю. и др. Стратегия вакцинопрофилактики вирусного гепатита В в РК/Метод. рекомендации. – Алматы, 2005. – 16 с.
- 2 Шуратов И.Х., Сапарбеков М.К. Проблемы вирусных гепатитов и СПИД на пороге XXI века и пути их решения//Мед. журнал Казахстана. – 2001. – № 3. – С. 23–30.
- 3 Андерсон Р., Мэй Р. Инфекционные болезни человека. Динамика и контроль. – М., 2004. – 783 с.
- 4 Вирусные гепатиты: этиология, эпидемиология, клинический диагноз, лечение и ведение больных//CDC. – 2001. – 253 с.
- 5 Онищенко Г.Г. Контроль и ликвидация инфекционных заболеваний – стратегическое направление здравоохранения//Журнал микробиологии. – 2001. – № 4. – С. 3–16.
- 6 Айкимбаев А.М. Современное состояние эпиднадзора за туляремией в Казахстане//Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. – Алматы, 2002. – С. 7–14.
- 7 Сапарбеков М.К. Лекции по общей эпидемиологии. Избранные лекции. – Алматы, 2012. – 78 с.
- 8 Давидянц В.А., Гюрджян К.Т. Современный эпидемиологический надзор: Учебное пособие. – Ереван, 2007. – 153 с.
- 9 Шуратов И.Х., Омарова М.Н., Джумагалиева А.Б. и др. Повышение качества и эффективности этиолого-эпидемиологического контроля (надзора) за HCV-инфекцией: Методические рекомендации. – Алматы, 2011. – 20 с.
- 10 Ястребова О.Н. Гепатит С. – Кольцово, Новосибирская область., 2005. – 36 с.
- 11 Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб., 1998. – 316 с.
- 12 Шуратов И.Х., Джумагалиева А.Б. Моно-микст-инфицированность населения HCV, HGV и TT//Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – 2012. – № 3. – С. 34–37.
- 13 Апросина З.Г., Серов В.В., Игнатова Т.М. Внепеченочные проявления хронической HCV-инфекции//Хронический вирусный гепатит. – М., 2004. – С. 244–285.
- 14 Утегенова Э.С. Пути передачи HCV в условиях семейных очагов гепатита С//Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – 2009. – № 1. – С. 117–119.

### Тұжырым

*А.С. Мүтәлиева, М.К. Сапарбеков*

### ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ С КЕЗІНДЕГІ ЗЕРТХАНАЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Хабарламада HCV-жұқпасын эпидемиологиялық қадағалау жүйесіне, қосымша компонент ретінде – зертханалық-эпидемиологиялық бақылауды енгізу сұрақтары қарастырылады. Осы әдіс вирусты гепатит С кезіндегі жүргізілетін профилактикалық шаралардың тиімділігін, дәрежелігін, сапасын, халықты тексеру нәтижелерін жүйелі талдауды жоғарылатуға мүмкіндік береді.

### Summary

*A.S. Mutaliev, M.K. Saparbekov*

### LABORATORY-EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE FOR HEPATITIS C

The report deals with the implementation of the system of epidemiological surveillance of HCV-infection as an additional component of laboratory and epidemiological surveillance. This methodological approach will enhance the interpretation of the results of the survey population, quality, information, effectiveness of preventive measures in viral hepatitis C.

*А.С. МУТАЛИЕВА, М.К. САПАРБЕКОВ,  
Э.С. УТЕГЕНОВА, Г.Е. НУСУПБАЕВА*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК*

### **УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (НА МОДЕЛИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С)**

**Аннотация.** В сообщении описаны условия проведения преаналитического, аналитического, постаналитического этапов лабораторных исследований на вирусный гепатит С, соблюдение которых поможет практикующим работникам лабораторного звена предупредить лабораторные ошибки и обеспечить достоверность полученных результатов.

**Ключевые слова:** контроль качества лабораторных исследований, управление качеством, преаналитический, аналитический, постаналитический этапы, вирусный гепатит С.

Одной из причин недостаточной эффективности внедренных в Казахстане современных методик обеспечения качества медицинской помощи является недостаток научно обоснованных и адаптированных к условиям республики подходов к управлению качеством лабораторных исследований [1–3].

Известно, что технологический процесс лабораторных исследований при диагностике инфекционных болезней состоит из различных процессов, отличающихся друг от друга и организацией, и применяемой техникой, и квалификацией персонала.

Эти разнохарактерные процессы, по мнению D.E. Deming (1986), имеют необходимые взаимные связи и зависимости, но подчинены одной главной цели – получение качественных результатов исследования [4].

Проблема вирусного гепатита С в Казахстане обусловлена ее широкой распространенностью, огромным ущербом, наносимым здоровью населения, сокращением продолжительностью жизни людей [6, 7]. В этой связи особую актуальность приобретает ее качественная лабораторная диагностика, особенно на ранних стадиях инфицирования и при отсутствии клинических проявлений.

В данном сообщении в рамках проводимого магистрского исследования, на основании данных литературы излагаются основные принципы, условия обеспечения качества лабораторных исследований при вирусном гепатите С.

Известно, что весь лабораторный процесс при диагностике вирусного гепатита С состоит из 3 самостоятельных технологических процессов: преаналитический, аналитический, постаналитический этапы. Под управлением качеством исследований на всех этапах лабораторного процесса нами понимается создание таких технологий, которые позволяют осуществлять функционирование взаимосвязанных процессов с целью получения качественных результатов в рамках существующих лабораторий, функционирующих независимо от форм собственности. В основе такого методологического подхода лежит классическая «триада» A. Donebedian (1994), который с использованием аналитических эпидемиологических методов установил и доказал, что для управления качеством диагностики необходимо работать в 3 направлениях: 1) совершенствование структуры; 2) совершенствование процесса; 3) совершенствование результата [7]. В СНГ первые шаги по решению проблемы управления качеством лабораторных исследований были предприняты в Российской Федерации, где была организована Национальная федеральная система внешней оценки качества, деятельность которой была направлена на оценку качества анализов клинической биохимии, гепатологии, цитологии [8]. К сожалению, экономические трудности переходного периода не дали возможности и не способствовали скорейшему решению проблемы обеспечения качества лабораторных ис-

следований в Казахстане. Так, до настоящего времени в республике отсутствует официальное учреждение, контролирующее управление качеством результатов лабораторных исследований, хотя разработаны и утверждены методические рекомендации, инструктивные документы по этому вопросу, например при вирусном гепатите С [9, 10].

В процессе изучения инфицированности населения Казахстана вирусом гепатита С на базе Национальной референс-лаборатории по контролю за вирусными инфекциями Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга нами была конкретизирована последовательность всех технологических операций при лабораторной диагностике данной нозологической формы, проанализированы причины, приводящие к ошибкам, определены мероприятия по их устранению.

*На преаналитическом этапе.*

На данном этапе особое внимание уделялось анализу погрешностей, связанных с канцелярскими ошибками, недостатками, обусловленными нарушениями условий получения, хранения и транспортировки биоматериала. Были отработаны следующие основные условия и критерии данного этапа:

- 1) подготовка условий взятия образца крови у пациента;
- 2) подготовка материала для взятия крови;
- 3) подготовка условий для обеспечения безопасности крови;
- 4) подготовка емкостей для взятия крови;
- 5) подготовка форм идентификации исследуемых биологических образцов.

Следует отметить, что допущение погрешностей на преаналитическом этапе исследований, как отмечают ряд авторов [8, 11], являются причиной около 50% всех лабораторных ошибок. Поэтому в наших исследованиях придавалось важное значение подготовительной стадии, предшествующей началу исследования (взаимодействие клинико-эпидемиологических служб с диагностической лабораторией, стадия взятия, сохранения и транспортировки биологического материала).

*На аналитическом этапе.*

Обеспечение и контроль качества данного этапа в наших исследованиях обеспечивались обязательной ежегодной поверкой измерительного диагностического оборудования, а также соблюдением следующих стандартных условий:

- наличие необходимого набора помещений лабораторий;
- подготовка рабочих мест, ИФА-анализатора, дозаторов;
- работа на чувствительных и специфичных гепатитных тест-системах (наличие внутрилабораторного входного контроля каждой серии тест-систем с использованием лицензионных референс-панелей);
- постоянный мониторинг при каждой постановке анализа с применением контрольных карт;
- профессионализм врачей, лаборантов.

*На постаналитическом этапе*, как правило, проводится оценка результатов исследования, анализ допущенных ошибок и корректирующий план действий по их устранению. Заметим, что в литературе выполнению данного этапа уделяется мало внимания [12]. При обеспечении качества исследований на постаналитическом этапе необходимо опираться на имеющиеся международные стандарты (NCCLS, ISO). Как и преаналитический этап, его можно разделить на 2 компонента: внутрилабораторная и внелабораторная части. Основной элемент внутрилабораторной части – проверка результата анализа на предмет его аналитической достоверности, биологической вероятности или правдоподобия. Внелабораторная часть – это интерпретация полученной лабораторной информации, грамотное использование ее службами здравоохранения для принятия адекватных лечебных, противоэпидемических, профилактических мероприятий. Основная форма контроля качества проведения постаналитического этапа – это периодические внешние и внутренние инспекционные проверки (аудит).



Таким образом, обеспечение качества на всех этапах лабораторного исследования при вирусном гепатите С – важная составляющая работы любой диагностической лаборатории. Соблюдение стандартов позволяет, во-первых, обеспечивать на достаточно высоком уровне качество и эффективность лабораторно-эпидемиологического контроля за данной нозологической формой, во-вторых, надежно гарантировать управление качеством лабораторных исследований, что, по нашему мнению, существенно повысит уровень обеспечения качества диагностики вирусного гепатита С в условиях лабораторной службы.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Музыка Н.К., Сапарбеков М.К. Новые подходы к обеспечению безопасности донорской крови на ВИЧ, вирусные гепатиты В, С в Алматинской области//Медицина. – 2000. – № 5. – С. 55–57.
- 2 Земан В.В. Особенности иммунологической диагностики гепатита С в группах риска в регионах Казахстана с высоким уровнем ВИЧ-инфекции: автореф. канд. дисс. – Алматы, 2003. – 27 с.
- 3 Ковтуненко Н.Г. Результаты внедрения программы внешней оценки качества в системе лабораторной службы СПИД РК//Гигиена, эпидемиология и иммунология. – 2004. – № 1–2. – С. 140–141.
- 4 Deming W.E. Out of crisis. Cambridge:MassachusettsInst.of Technology Center for Advanced Engineering//Study. – 1986. – 384 p.
- 5 Сулейменова З.И. Эпидемиология и клиническая характеристика HCV-инфекции (по материалам городской клинической инфекционной больницы им. И.С. Жекеновой г. Алматы)//Вестник АГИУВ. – 2011. – № 4 (16). – С. 66–68.
- 6 Шуратов И.Х., Сапарбеков М.К. Проблема вирусных гепатитов и СПИД на пороге XXI века и пути их решения//Мед. журнал Казахстана. – 2001. – № 3. – С. 23–30.
- 7 Donabedian A. The Epidemiology of quality//Inguire. – 1994. – Vol. 22. – P. 292.
- 8 Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Управление качеством лабораторных исследований. – М., 2001. – 258 с.
- 9 Утегенова Э.С., Аббасова Д.К., Нусупбаева Г.Е. и др. Иммуноферментный анализ вирусных инфекций: Методические рекомендации. – Астана, 2008. – 16 с.
- 10 Утегенова Э.С., Байжуманова Ж.А., Земан В.В. и др. Обеспечение качества иммуноферментного анализа вирусных гепатитов: Методические рекомендации. – Астана, 2007. – 55 с.
- 11 Кучук Т.Э., Калашикова Т.В., Головченко Н.И. и др. Обеспечение и внутрилабораторный контроль качества в иммуноферментном анализе. – Бишкек, 2005. – 56 с.
- 12 Мошкин А.В., Долгов В.В. Обеспечение качества в клинической лабораторной диагностике. – М., 2004. – 191 с.

#### Тұжырым

*А.С. Мутәлиева, М.К. Сапарбеков, Э.С. Утегенова, Г.Е. Нұсұпбаева*

#### ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ (ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ С ҮЛГІСІНДЕ)

Бұл мақалада қатаң ұстанғанда, зертхананың тәжірибелік жұмысшыларына зертханалық қателердің алдын алуды және алынған нәтижелердің сенімділігін қамтамасыз ететін, вирусты гепатит С-ға зертханалық зерттеулердің преаналитикалық, аналитикалық, постаналитикалық сатыларын жүргізу шарттары сипатталған.

#### Summary

*A.S. Mutaliev, M.K. Saparbekov, E.S. Utegenova, G.E. Nusupbaeva*

#### QUALITY CONTROL LABORATORY (ON THE MODEL OF HEPATITIS C)

The report describes the conditions of the preanalytical, analytical, postanalytical stages of testing for hepatitis C, compliance with which will help practitioners to notify managers of laboratory errors and ensure the accuracy of the results.

УДК 616-093-147.22-007.64

*М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, К.Н. КАБДОЛДИН,  
А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ, А.У. ЕРАЛИЕВА*

*АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова», г. Алматы*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕН ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВАРИКОЦЕЛЕ**

**Аннотация.** Целью исследования явилось улучшение диагностики варикоцеле у детей посредством совершенствования методов ультразвуковой диагностики. В основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений за 104 больными с левосторонним варикоцеле.

**Ключевые слова:** ультразвуковое исследование, ультразвуковая доплерография, варикоцеле, венозный рефлюкс.

**Введение.** Ультразвуковые методы исследования получают все большее признание у специалистов благодаря появлению современных доплеровских методик, позволяющих получить информацию о состоянии сосудистого русла мошонки и почек.

Ультразвуковое исследование в В-режиме в проекции мошоночного отдела семенного канатика позволяет выявить множественные расширенные трубчатые структуры, извитой или узловой формы, соответствующие венозным сосудам, диаметр которых превышает 2–3 мм [1–4]. При использовании нагрузочных проб (проба Вальсальвы, исследование в ортостазе) авторы определяют расширение варикозных вен [5–7].

Возможность определения кровотока в венозных сосудах при цветовом доплеровском картировании и энергетическом доплеровском исследовании как в состоянии покоя, так и при использовании нагрузочных проб показана в ряде исследовательских работ последних лет [8]. При применении импульсной доплерографии также имеется возможность определения венозного рефлюкса при нагрузочных пробах.

Вышеуказанные работы позволяют сделать заключение о несомненной ценности ультразвуковой доплерографии как способа выявления субклинических форм варикоцеле. Ввиду неинвазивности и безопасности метода ультразвуковой доплерографии некоторые авторы рекомендуют его как скрининговый в выявлении субклинического варикоцеле. Lund L. et al. считают постоянный рефлюкс при пробе Вальсальвы продолжительностью более 2 сек критерием диагностики непальпируемого варикоцеле.

Е.Б. Мазо и соавт. [7] придают важную роль ультразвуковой доплерографии яичковой вены в диагностике субклинической стадии варикоцеле. Обследовав 60 больных с левосторонним варикоцеле с применением доплеровского сканирования, авторы выявили признаки гемодинамических рефлюксов варикоцеле:

- 1) отсутствие рефлюкса – реносперматический рефлюкс;
- 2) наличие венозного рефлюкса со скоростью, равной исходной – илеосперматический рефлюкс;
- 3) наличие венозного рефлюкса со скоростью значительно ниже исходной – смешанный рефлюкс (сочетание реносперматического и илеосперматического рефлюксов).

Указанное подразделение гемодинамических типов варикоцеле было основано на измерении диаметров вен на фоне пальцевой компрессии в ортостазе с ис-

пользованием пробы Вальсальвы. Полученные при доплерографическом исследовании данные рассматриваются авторами как определяющие в выборе последующего оперативного лечения.

Таким образом, ультразвуковое исследование является новым и достаточно эффективным методом диагностики варикоцеле. Учитывая тот факт, что в доступной литературе нами не найдено публикаций по применению ультразвуковой доплерографии при рецидивах заболевания, исследования в данном направлении могут оказаться весьма перспективными как в научном, так и в практическом плане.

**Цель исследования** – улучшение диагностики варикоцеле у детей посредством совершенствования методов ультразвуковой диагностики.

**Материалы и методы.** В основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений за 104 больными с левосторонним варикоцеле. Все больные находились на стационарном обследовании и лечении в клинике Научного центра урологии имени академика Б.У. Джарбусынова в период 2005–2012 годов. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

*Таблица 1 – Распределение больных по возрасту*

Возраст, лет	Абс. число	%
13	30	28,8
14	43	41,4
15	31	29,8
Всего	104	100,0

Как видно из таблицы 1, наибольшее число больных были в возрасте 14 лет.

Диагностика варикозного расширения вен семенного канатика проводилась на основании изучения жалоб, результатов объективных данных, включая ультразвуковые методы обследования. При поступлении 36 (34,6%) больных жалоб не предъявляли, остальные 68 (65,4%) отмечали умеренную болезненность и тяжесть в левой половине мошонки, усиливающиеся после физической нагрузки и в вечернее время.

Специальные инструментальные диагностические исследования заключались в проведении всем больным ультразвуковой доплерографии. Для определения нормальных показателей диаметра стволов и кровотока в яичковых венах нами дополнительно проведено исследование методом ультразвуковой доплерографии 20 здоровых мальчиков в возрасте 13–15 лет.

Согласно клинической классификации степени варикоцеле (Лопаткин Н.А., 1998 [5]), распределение больных по степени варикоцеле представлено в таблице 2.

*Таблица 2 – Распределение больных по степени варикоцеле*

Степень варикоцеле	Всего	
	абс. число	%
I	24	23,1
II	48	46,2
III	32	30,7
Всего	104	100,0

Как видно из таблицы 2, большая часть больных поступили для устранения варикоцеле с выраженным расширением вен семенного канатика (II и III степе-

ни). Учитывая, что классификация по стадиям развития не соответствует современной концепции развития заболевания, мы в своей практической деятельности придерживались положения, согласно которому все больные подлежат устранению варикоцеле по мере его выявления.

Всем больным проведен комплекс клинико-лабораторных и специальных инструментальных исследований.

Лабораторное исследование включало общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму по общепринятым методикам. Их проводили при поступлении и после лечения.

Кроме лабораторных методов исследования, с целью исключения патологии со стороны сердечно-сосудистой системы в общеклиническое обследование включали электрокардиограмму.

#### **Ультразвуковые исследования**

Всем больным проводилось ультразвуковое сканирование органов мошонки. Использовалась следующая ультразвуковая аппаратура: «Sonoline G60» фирмы «Siemens» и «Logiq 5 Expert» фирмы General Electric, работающих в реальном времени и позволяющих осуществить триплексный режим: В-сканирование, цветовое доплеровское картирование, энергетическая и импульсная доплерография с применением 5 МГц конвексного датчика и 7,5–12 МГц линейного датчика.

Ультразвуковая доплерография проведена у 104 больных с варикоцеле до лечебного вмешательства, а также у 20 здоровых молодых мужчин.

Ультразвуковое обследование проводили в положении на спине без специальной подготовки. В В-режиме в поперечной, продольной и косых плоскостях определяли оптимальные ультразвуковые изображения яичка, придатка яичка и мошоночного отдела семенного канатика и венозных сосудов.

При цветовом доплеровском картировании определяли кровотоки в сосудах яичка, придатка яичка и семенном канатике, измеряли максимальный диаметр вен лозовидного сплетения.

Исследование выполнялось в состоянии покоя и с использованием пробы Вальсальвы, при которой осуществлялась доплерография. С помощью импульсной доплерографии оценивали показатели скорости кровотока в яичковых венах и степень венозного рефлюкса при пробе Вальсальвы.

Перечисленные абсолютные количественные значения сравнивали с данными обеих сторон мошонки. Повторную ультразвуковую доплерографию проводили после проведенного эндоваскулярного вмешательства в разные сроки.

#### **Результаты ультразвуковой доплерографии при рецидивах варикоцеле**

Нами проведена ультразвуковая доплерография венозных сосудов мошонки у 104 больных с варикоцеле и у 20 здоровых молодых мужчин. Данное исследование выполнено с целью выведения нормальных абсолютных показателей, на основании чего можно было бы осуществить сравнительный анализ клинического материала.

Исследование вен мошонки осуществлялось в горизонтальном положении больных в положении покоя при пробе Вальсальвы и с применением пальцевой компрессии на уровне дистальной части наружного пахового канала.

В процессе набора клинического материала с применением цветового доплеровского картирования и импульсной доплерографии у больных с варикоцеле был установлен факт маятниковобразного кровотока в яичковых венах. В покое, как правило, определялся антеградный кровоток, однако выраженность его варьировала в широких пределах. При пробе Вальсальвы выявлялся ретроградный кровоток, при этом при цветовом доплерографическом исследовании происходило изменение цвета. Доплеровский спектр переходил на противоположную сторону изолинии.

Диаметр яичковых вен в сравнении у здоровых и больных лиц в покое и при пробе Вальсальвы представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Диаметр яичковых вен на уровне наружного пахового кольца, мм

M±m	Справа	Слева
Здоровые лица: – в покое ( $n_1=20$ ) – при пробе Вальсальвы ( $n_2=20$ )	2,13±0,21 2,25±0,25	2,24±0,23 2,28±2,02
Больные варикоцеле: – в покое ( $n_3=104$ ) – при пробе Вальсальвы ( $n_4=104$ )	2,22±0,19 2,28±0,20	2,85±0,15* 3,28±0,21**

Примечание:  $n$  – количество наблюдений;

\* – достоверность различий между  $n_1$  и  $n_3$  ( $p<0,05$ )

\*\* – достоверность различий между  $n_3$  и  $n_4$  ( $p<0,05$ )

Согласно данным таблицы диаметр яичковых вен у здоровых лиц не превышает 2,3 мм. При пробе Вальсальвы наблюдается незначительное (недостоверное) увеличение диаметра. При варикоцеле на стороне поражения диаметр вен составил 2,85±0,15 мм, при пробе Вальсальвы определялось достоверное увеличение диаметра до 3,28±0,21 мм. Полученные данные подтверждают сведения других авторов, считающих, что вены гроздевидного сплетения в покое при варикоцеле должны быть не менее 2,8 мм. Увеличение диаметра вен при пробе Вальсальвы свидетельствует о наличии ретроградного венозного рефлюкса, характерного для заболевания.

Исследование скорости кровотока по яичковым венам методом импульсной доплерографии выявило достоверную разницу в показателях между нормальными и варикозно-расширенными сосудами. Полученные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Скорость кровотока в яичковых венах на уровне наружного пахового канала, м/с

M±m	Справа	Слева
Здоровые лица: – в покое ( $n_1=20$ ) – при пробе Вальсальвы ( $n_2=20$ )	0,08±0,008 0,12±0,075	0,09±0,012 0,14±0,036
Больные варикоцеле: – в покое ( $n_3=104$ ) – при пробе Вальсальвы ( $n_4=104$ )	0,13±0,023 0,18±0,095	0,20±0,089* 0,26±0,058**

Примечание:  $n$  – количество наблюдений;

\* – достоверность различий между  $n_1$  и  $n_3$  ( $p<0,05$ )

\*\* – достоверность различий между  $n_3$  и  $n_4$  ( $p<0,05$ )

Для сравнительного анализа использовали количественные показатели скорости кровотока. Как видно из таблицы 4, скорость кровотока в венах гроздевидного сплетения в покое у здоровых лиц не превышала 0,09±0,012 м/с, в то время как у больных варикоцеле она составила 0,20±0,089 м/с ( $p<0,05$ ). При нагрузочной пробе скорость кровотока увеличилась до 0,26±0,058 м/с ( $p<0,05$ ). В показателях правых яичковых вен как у здоровых, так и у больных варикоцеле достоверной разницы не отмечено.

Таким образом, полученные данные позволяют считать ультразвуковую доплерографию объективным способом количественного определения расширения яичковых вен и выявления степени венозного рефлюкса в сосуды мошонки. Однако проведение доплерографических показателей возможно лишь на уровне мошонки и пахового канала, так как более проксимальные отделы яичковых вен не доступны для точной их визуализации. Кроме этого, при варикоцеле важным моментом является уточнение вовлечения в патологический процесс наружной яичковой вены.

Для решения вопроса дифференциации участия в патологическом венозном рефлюксе внутреннего или наружного венозных коллекторов нами использовалась методика ультразвуковой доплерографии с пережатием яичковых вен на уровне дистальной части пахового канала, непосредственно выше области ультразвукового исследования. Кроме того, наряду с измерением диаметра вен, нами определялась скорость венозного кровотока.

Предложенная нами методика определения гемодинамического типа варикоцеле заключалась в следующем:

1) в положении больного на спине проводили ультразвуковое сканирование вен гроздевидного сплетения с использованием линейного датчика частотой 10 МГц, определяли диаметр наиболее широкой из визуализируемых вен;

2) на высоте пробы Вальсальвы проводили пальцевую компрессию на уровне пахового канала, измеряли вновь диаметр вен и сравнивали полученные при повторном исследовании размеры с исходными;

3) регистрировали исходные показатели скорости венозного кровотока на высоте пробы Вальсальвы;

4) проводили пальцевую компрессию на уровне пахового канала и на высоте пробы Вальсальвы вновь регистрировали показатели исходного кровотока.

По вышеуказанной методике обследовано 104 больных с варикоцеле. На основании анализа полученных результатов всех больных можно разделить на три группы, по типу гемодинамических нарушений, обусловивших заболевание: 1) 1 тип – отсутствие венозного рефлюкса при компрессии, что свидетельствует о причастности внутренней яичковой вены (внутренний венозный коллектор); 2) 2 тип – наличие неизмененного венозного рефлюкса, что свидетельствует о причастности наружной (кремастерной) яичковой вены (наружный венозный коллектор); 3) 3 тип – венозный рефлюкс определяется, значение его ниже исходного, что свидетельствует о смешанном вовлечении в патологический ток крови внутреннего и наружного коллекторов (смешанный тип).

Таким образом нарушение кровотока по внутреннему венозному коллектору выявлено у 84 больных, по наружному – у 11 больных и у 9 больных определено поражение обоих венозных коллекторов. Более объективные данные гемодинамики получены при исследовании скорости кровотока. Отсутствие венозного рефлюкса после пальцевой компрессии у 84 больных указывало на наличие ретроградного тока крови по внутренней яичковой вене из почечной. Неизмененный венозный рефлюкс после пальцевой компрессии у 11 больных являлся признаком ретроградного тока крови по наружной яичковой вене из системы подвздошных вен. Уменьшение венозного рефлюкса у 9 больных свидетельствовало об одновременном ретроградном токе по обоим венозным коллекторам.

#### **Выводы:**

1. Ультразвуковая доплерография является новым объективным способом оценки патологического венозного рефлюкса при варикоцеле.

2. Применение ультразвуковой доплерографии позволяет диагностировать тип гемодинамического нарушения: а) по внутреннему венозному коллектору; б) по наружному венозному коллектору; в) по обоим венозным коллекторам.

3. При изучении данных ультразвуковой доплерографии нарушение кровотока по внутреннему венозному коллектору выявлено у 84 больных, по наружному – у 11 больных и у 9 больных определено поражение обоих венозных коллекторов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Зубарев А.Р., Митькова М.Д., Корякин М.В., Митьков В.В.* Ультразвуковая диагностика заболеваний наружных половых органов у мужчин. – М. 1999. – С. 96.
- 2 *Пугачев А.Г., Демин А.И., Захариков С.В.* К вопросу о диагностике варикоцеле у детей, подростков. – М., 2001. – С. 9.
- 3 *Lund L., Ernst E., Sorensen H.T., Oxlund H.* Biomechanical properties of the internal spermatic vein in the normal population and patients with left-sided varicocele testis //Eur. Urol. – 1998. – V. 33, N 2. – P. 233–237.
- 4 *Евдокимов В.В., Пугачев А.Г., Захариков С.В.* Варикоцеле у детей и подростков// Урология. – 2002. – № 4. – С. 43–46.
- 5 Руководство по урологии/Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998. – С. 207–219.
- 6 *Любаева М.Ю.* Ультразвуковые критерии оценки эффективности хирургического лечения варикоцеле у детей и подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 12 с.
- 7 *Тирси К.А.* Типы венозной гемодинамики при левостороннем варикоцеле в развитии секреторного бесплодия: биологические аспекты, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 16 с.
- 8 *Flati J., Flati D., La Pinta M., Porowska B., Talarico C., Carboni M.* A simple ultrasonographic test for preoperative hemodynamic evaluation of varicocele//Int. journal of urology and nephrology. – 1998. – № 30(1). – P. 57–69.

#### Тұжырым

*М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, К.Н. Кабдолдин, А.К. Буйрашев,  
А.А. Муравьев, А.У. Ералиева*

#### ВАРИКОЦЕЛЕ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ЖҮЗІМ ТӘРІЗДІ ӨРІМНІҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУІ

Зерттеудің мақсаты ультрадыбыстық анықтау әдісін жетілдіру жолымен балалардағы варикоцелені анықтауын жақсарту болып табылады. Бұл жұмыс негізіне сол жақты варикоцелесі бар 104 науқастың клиникалық бақылауының талдауы жатыр.

#### Summary

*M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, K.N. Kabdoldin, A.K. Buirashev,  
A.A. Muravyov, A.U. Eralieva*

#### ULTRASOUND EXAMINATION OF VEINS OF PAMPINIFORM PLEXUS IN CHILDRENS VARICOCELE

The aim of the study was to improve the diagnosis of varicocele of children by improving ultrasound. The basis of this work the analysis of clinical observations in 104 patients with left-sided varicocele.

*М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ,  
А.А. МУРАВЬЕВ, А.У. ЕРАЛИЕВА*

*Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г. Алматы*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Аннотация.** Нами изучалась возможность применения интраоперационного трансректального ультразвукового исследования при трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии простаты. Данные об объеме, размерах и структуре предстательной железы методом трансректального ультразвукового исследования позволяют выбрать оптимальный метод консервативного либо оперативного лечения, а также прогнозировать его исход.

**Ключевые слова:** ультразвуковое исследование, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, трансуретральная резекция.

Болезни предстательной железы в общей урологической заболеваемости являются самыми распространенными, особенно у лиц пожилого возраста, что связано с развитием доброкачественной гиперплазии простаты (ДГПЖ) [1, 2].

По данным морфологических исследований, это заболевание подтверждено у 50% мужского населения в возрасте 60 лет, причем, к 70-летнему возрасту процент заболеваемости увеличивается до 70, а к 90 годам – до 90 [3, 4].

Проблема гиперплазии предстательной железы встает еще более остро в связи с увеличением числа мужчин пожилого и старческого возраста в структуре населения планеты. Это связано с увеличением продолжительности жизни людей, в частности мужчин.

На сегодняшний день урологи имеют в арсенале множество различных способов лечения ДГПЖ. Удельный вес консервативного лечения ДГПЖ составляет 30%, основная часть пациентов – 70% подвергается оперативному лечению [5].

Используемые сегодня различные виды хирургического вмешательства обеспечивают большую вероятность уменьшения симптоматики и уродинамических нарушений, связанных с гиперплазией простаты. При этом для трансуретральной резекции простаты характерна высокая эффективность, при меньшем, по сравнению с открытыми вмешательствами, количестве и тяжести осложнений.

По данным международных конгрессов по лечению гиперплазии простаты Американской и Европейской урологических ассоциаций, состоявшихся в 2005–2007 гг., трансуретральная резекция простаты считается «золотым стандартом» лечения гиперплазии предстательной железы и выполняется в 63,7–98,3% среди всех инвазивных методов лечения гиперплазии простаты. Однако многолетний опыт этих операций показал, что возникающие как интраоперационные, так и послеоперационные осложнения, в том числе и отдаленные неудовлетворительные результаты, чаще всего обусловлены недостаточной ориентацией хирурга относительно хирургической капсулы предстательной железы [6, 7].

По исследованиям многих авторов, данные об объеме, размерах и структуре предстательной железы методом трансректального ультразвукового исследования позволяют выбрать оптимальный метод консервативного либо оперативного лечения, а также прогнозировать его исход.



**Целью исследования** явилось изучение возможностей применения интраоперационного трансректального ультразвукового исследования при трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии простаты.

**Материалы и методы.** Все пациенты, участвовавшие в нашем исследовании, были разделены на 2 группы: исследуемая и контрольная.

I группа – 24 пациента с гиперплазией предстательной железы II стадии, средний объем предстательной железы  $64 \pm 3,2$  см<sup>3</sup>.

II группа – 23 пациента с гиперплазией предстательной железы II стадии, средний объем предстательной железы  $63 \pm 2,8$  см<sup>3</sup>.

Средний возраст пациентов составил  $64 \pm 8,2$  лет.

Для трансректального исследования предстательной железы использовали конвексный ректальный датчик частотой 7,5 МГц ультразвукового сканера «Hawk» 2120.

Исследование выполнялось в 2 этапа и в двух проекциях – поперечной и сагитальной.

Первый этап проводился непосредственно перед оперативным лечением после введения ректоскопа в уретру до уровня семенного бугорка. На данном этапе измерялся объем предстательной железы, размеры узлов гиперплазии, абсцессов, кальцинатов, а также расстояние от ректоскопа до капсулы предстательной железы.

С помощью цветового доплеровского картирования определялось наличие и локализация крупных кровеносных сосудов.

Второй этап проводился после удаления средней доли предстательной железы, перед началом резекции боковых долей и продолжался до установления уретрального катетера.

**Результаты исследования.** В нашем исследовании мы сравнивали 2 группы по следующему критерию – объем предстательной железы и объем остаточной мочи.

Средние объемы предстательной железы до проведения оперативного вмешательства в обеих группах были близкими по значению и составляли 64 и 63 см<sup>3</sup> соответственно (табл. 1).

*Таблица 1 – Критерии эффективности показателей в различных группах*

Показатели	I группа		II группа	
	До операции	После операции (на 10 сут)	До операции	После операции (на 10 сут)
Объем предстательной железы, см <sup>3</sup>	$64 \pm 3,2$	$25 \pm 2,1^{**}$	$63 \pm 2,8$	$31 \pm 2,7^*$
Объем остаточной мочи, мл	$80 \pm 8,6$	$17 \pm 3,5^*$	$75 \pm 7,4$	$20 \pm 2,9^*$

*Примечание:*

\*  $p \leq 0,05$  по сравнению с показателями до операции;

\*\*  $p \leq 0,06$  по сравнению с показателями во второй группе.

После проведения оперативного вмешательства наблюдалось достоверно значимое уменьшение объема простаты в обеих группах в сравнении с таковыми данными до операции. Также при проведении сравнительного анализа данных среднего объема простаты было выявлено, что в I группе этот показатель был достоверно меньше, чем в контрольной группе.

Показатели объема остаточной мочи в обеих группах до проведения оперативного лечения были достоверно больше, чем после хирургического вмешательства.

Для оценки уродинамических показателей нами были взяты следующие критерии – максимальная и средняя скорость мочеиспускания (табл. 2).

**Таблица 2 – Критерии эффективности уродинамических показателей в различных группах**

Показатели	I группа		II группа	
	До операции	После операции (на 10 сут)	До операции	После операции (на 10 сут)
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с	8,5±2,5	30,6±3,1**	8,3±1,8	23,1±3,3*
Средняя скорость мочеиспускания, мл/с	6,3±2,4	24,7±2,6**	6,1±3,2	19,3±3,5*

*Примечания:*

\*  $p \leq 0,05$  по сравнению с показателями до операции;

\*\*  $p \leq 0,04$  по сравнению с показателями во второй группе.

При анализе данных было выявлено, что оба этих показателя у пациентов I группы достоверно увеличились после проведения оперативного вмешательства в сравнении с данными до лечения. Также высокой достоверностью отличались уродинамические показатели в сравнении с полученными данными пациентов II группы.

При изучении частоты кровотечений в раннем послеоперационном периоде нами были получены следующие результаты: у пациентов первой группы значительно реже наблюдалось возникновение кровотечений, что составило 8,3%; во второй группе этот показатель был равен 21,7%.

Таким образом, резюмируя полученные данные, мы пришли к следующим выводам:

Проведение интраоперационного трансректального ультразвукового исследования предстательной железы имеет следующие преимущества:

1) помогает хирургу лучше ориентироваться в ходе операции и свести к минимуму опасность перфорации капсулы простаты в сравнении с группой пациентов, которым не проводилось данное исследование;

2) позволяет избежать ложных рецидивов и увеличивает радикальность трансуретральной резекции гиперплазии простаты, что значительно улучшает отдаленные результаты оперативного лечения;

3) значительно снижает риск послеоперационных кровотечений в связи с минимальной травматизацией кровеносных сосудов предстательной железы во время проведения оперативного вмешательства.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Козлов С.А. Всероссийское научное общество урологов: Материалы пленума. – Курск, 1993. – С. 112–113.

2 Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1997. – С. 5.

3 *Лопаткин Н.А.* Осложнения ТУР предстательной железы и аденомэктомии. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1997. – С. 163–167.

4 *Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.* Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. – М.: Триада X, 1997. – С. 95–103.

5 *Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лукьянов А.Э., Темкин Д.Б.* Факторы, влияющие на развитие гнойно-воспалительных осложнений после ТУР у больных ДГПЖ. Международный медицинский конгресс «Медицина высоких технологий в XXI веке». – Челябинск, 1999. – С. 179–180.

6 *Boyle P., Napalkov P.* Epidemiology of Benign Prostatic Hyperplasia: Current Perspectives// European Urology. – 1996. – № 29. – P. 7–11.

7 *Boyle P., Maissonneuve P., Napalkov P.* Prostate diseases beyond the year 2000: present and future burden of prostate diseases//In Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia. – Oxford, 1996. – P. 543–544.

### Тұжырым

*М.К. Алшынбаев, Н.М. Қадырбеков, А.К. Бұйрашев, А.А. Муравьев, А.У. Ералиева*

#### ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗДІҢ ҚАТЕРСІЗ ГИПЕРПАЗИЯСЫНЫҢ ТРАНСРЕКТАЛДЫ РЕЗЕКЦИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ТРАНСРЕКТАЛДЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ ОТА КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Біздің зерттеуде қуық асты бездің қатерсіз гиперплазиясын трансректалды резекция отасы кезінде трансректалды ультрадыбыстық зерттеу әдісін қолдану мүмкіншіліктері зерттелді. Қуық асты бездің трансректалды ультрадыбыстық зерттеу әдісімен оның көлемін, өлшемдерін және құрылымын ескере отырып, ең қолайлы консервативті немесе оперативті ем әдісін таңдауға және нәтижесін жоспарлауға мүмкіншілік берді.

### Summary

*M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov, A.U. Eralieva*

#### EXPERIENCE IN THE USE OF INTRAOPERATIVE TRANSRECTAL ULTRASOUND WITH TRANSURETHRAL RESECTION OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

We have studied the possibility of intraoperative transrectal ultrasound with transurethral resection of benign prostatic hyperplasia. Data on the volume, size and structure of the prostate by transrectal ultrasonography allow you to select the optimal method of conservative or operative treatment, and predict its outcome.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 616.643- 002-089.84

*М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ,  
А.А. МУРАВЬЕВ, А.У. ЕРАЛИЕВА*

*Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г. Алматы*

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОУРЕТРОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ХАРАКТЕРА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Аннотация.** В нашей работе изучалась возможность эхоуретрографии с применением современных ультразвуковых технологий при оценке характера стриктуры уретры. Традиционная рентгенологическая диагностика, направленная на уточнение локализации, протяженности, «проходимости» стриктур уретры, в настоящее время не является достаточной для определения лечебной тактики.

**Ключевые слова:** стриктура уретры, микционная эхоуретрография, ультразвуковая доплерография сосудов уретры.

В последние годы, благодаря совершенствованию эндоскопической и лазерной техники, возможности трансуретральной хирургии в лечении стриктур уретры существенно расширились [1]. Дооперационная оценка изменений уретры и периретральных тканей является одним из основных факторов, определяющих выбор метода лечения и прогноза исхода заболевания [2,3]. Использование традиционных рентгенологических методов исследования, направленных на уточнение локализации, протяженности и «проходимости» стриктур, сегодня считается недостаточным для определения оперативной тактики [4–6]. Ультразвуковые технологии открывают новые перспективы в диагностике стриктур уретры.

**Цель исследования** – определение возможностей ультразвукового метода исследования при стриктурах уретры в плане выбора метода их хирургического лечения.

**Материалы и методы.** 52 больным с рецидивными и осложненными стриктурами передней (11) и задней (41) уретры разной этиологии в составе комплексного урологического обследования выполняли клинико-лабораторные, микробиологические исследования, урофлоуметрию, ретроградную и микционную уретрографию. У 5 больных с облитерацией уретры использовали встречную уретрографию. Всем больным проведено эхографическое исследование с использованием высокочастотных датчиков различной частоты на современных сканерах «Logiq» (GE) и «Sonoline G60» («Siemens»). Завершающим этапом диагностики являлась уретроскопия. В ходе уретроскопии визуально оценивали степень сужения и характер васкуляризации слизистой уретры. Кроме того, у 4 больных в ходе уретроскопии исследовали направление и глубину «ложных ходов». Материалы интраоперационной биопсии подвергали гистоморфологическому исследованию. Урофлоуметрия являлась первым этапом диагностики инфравезикальной обструкции у больных с сохраненным мочеиспусканием. Рутинную ретроградную уретроцистографию выполняли всем больным. Для диагностики изменений задней уретры рентгенологическое исследование дополняли микционной цистоуретрографией.

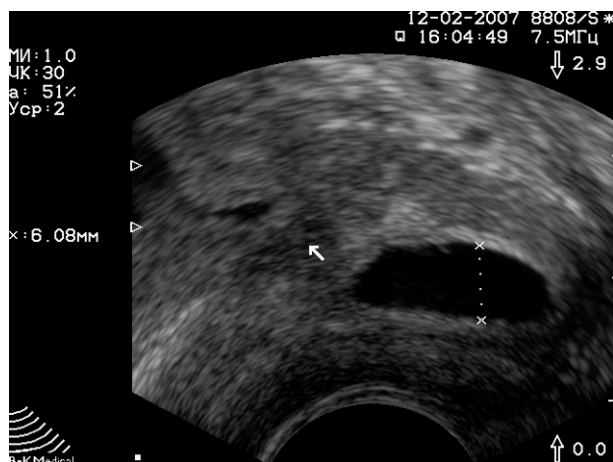
Следующим этапом лучевого обследования больных являлась микционная динамическая эхоуретрография в В-режиме. В зависимости от результатов рентгенологического исследования и локализации сужения в заднем или переднем отделах уретры, использовали трансректальный или поверхностный датчики соответственно. Для исследования характеристик потока мочи по уретре применяли методы цветовой кодировки скорости и направления движения мочи в режимах цветного доплеровского (ЦДК) и энергетического картирования (ЭК). При невозможности выполнения микционного исследования использовали методику ретроградной динамической эхоуретрографии в В-режиме и ЭК.

**Результаты.** Данные лучевых методов исследования были сопоставлены со сведениями, полученными при уретроскопии, материалами операций и результатами гистоморфологических исследований. При ретроградной уретрографии во всех 11 случаях стриктур передней уретры удалось получить точную информацию о локализации, протяженности и степени выраженности патологического сужения (рис. 1).

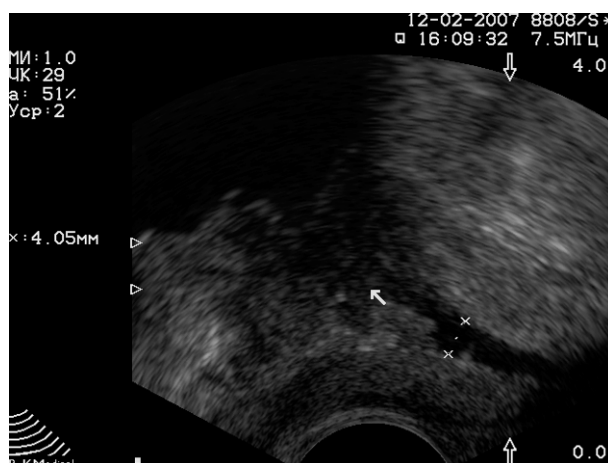
Однако при локализации стриктуры проксимальнее мембранозного отдела уретры данные, полученные при ретроградной уретрографии в большинстве случаев, не отражали истинных изменений задней уретры. При стриктурах интрауретрального, простатического и мембранозного отделов уретры и сохраненной способности к мочеиспусканию у больных наибольшую диагностическую ценность имела микционная цистоуретрография (рис. 2).

Во всех 52 случаях удалось получить точную информацию о локализации, протяженности и степени выраженности сужения уретры.

В зависимости от локализации в мочеиспускательном канале стриктуры уретры распределились следующим образом: в простатическом отделе уретры они обнаруживались у 8 больных (15,4%), в мембранозном – у 28 (53,8%), в бульбозном – у 12 (23,0%), в висячем – у 4 (7,7%) больных.



**Рисунок 1 – Ретроградная эхоуретрография. Стриктура переднего отдела уретры**



**Рисунок 2 – Микционная эхоцистоуретрография. Стриктура простатического отдела уретры**

Протяженность стриктуры уретры составила 0,5–1,0 см у 26 (50%) больных, 1,0–1,5 см – у 18 (34,6%), а у 8 (15,4%) больных протяженность стриктуры составила от 2 см и более.

По степени выраженности: у 9 (17,3%) пациентов отмечалась полная облитерация уретры, у 25 (48,1%) диаметр суженного участка составил 2–3 мм, у 18 (34,6%) больных – 4–5 мм.

Также больным проводилась УЗ-ангиография спонгиозного тела уретры, при которой были выяснены истинная протяженность склеротических изменений периуретральных тканей, была получена более полная информация о степени васкуляризации спонгиозного тела, протяженности и степени тяжести спонгиофиброза. Применение различных методик эхоуретрографии во всех случаях позволило получить достоверные данные о локализации, протяженности и степени выраженности (диаметре) сужения. Кроме того, при анализе изображений удалось получить достоверные сведения о глубине и выраженности периуретрального фиб-

роза, подтвержденные результатами гистоморфологического исследования. При эхоуретрографии у 4 больных были выявлены ранее не диагностированные по данным рентгенологической уретрографии «ложные ходы», точно определена их протяженность, что впоследствии подтверждено при уретроскопии. Применение методики ЭК позволило выявить наличие крупных сосудов в области предполагаемой операции.

**Выводы.** Общепризнанный диагностический алгоритм у больного со стриктурой уретры, как правило, включает в себя урофлоуметрию, рутинное трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование, ретроградную уретроцистографию, а также, в ряде случаев, диагностическую уретроскопию. Ретроградную уретроцистографию принято считать «золотым стандартом» среди лучевых методов диагностики стриктуры уретры. Она является универсальным методом исследования, позволяющим точно диагностировать нарушения проходимости, преимущественно передней уретры. Это связано с тем обстоятельством, что при проведении исследования контрастное вещество встречает сопротивление в мембранозном отделе со стороны поперечно-полосатого сфинктера и в большинстве случаев об изменениях в задней уретре приходится судить по косвенным признакам (деформация просвета, «симптом фонтанчика» и др.). Между тем благодаря точности, наглядности, доступности и возможности повторения бесспорным лидером среди малоинвазивных методов медицинской визуализации является ультразвуковое исследование. Необходимое для исследования заполнение просвета уретры жидкой средой в случае эхоуретрографии происходит при произвольном мочеиспускании либо обеспечивается ретроградной инстилляцией. Наиболее доступным, неинвазивным и одновременно простым методом оценки состояния уретры на любом уровне является микционная динамическая эхоуретрография. Показаниями к ее использованию могут являться любые заболевания, сопровождающиеся так называемыми симптомами нижних мочевых путей. Трансректальная микционная эхоуретрография позволяет определить не только величину просвета задней уретры и изменения периуретральных тканей, но и в динамике оценить мобильность шейки мочевого пузыря при произвольном мочеиспускании, что наиболее важно у определенной группы больных с нейрогенными расстройствами. В диагностике стриктур губчатой части уретры наиболее важным является определение протяженности спонгиозифброза.

Таким образом, в настоящее время выбор рациональной тактики лечения больных со стриктурами уретры зависит от качества и полноты предоперационной диагностики. Современные способы медицинской визуализации уретры и окружающих тканей обладают качественно новыми возможностями, что требует совершенствования существующего алгоритма обследования пациентов. Использование ультразвуковых методов исследования в комплексной диагностике больных не является абсолютной альтернативой рентгенологическому обследованию, однако позволяет получать дополнительную высокоточную информацию о структурно-функциональных изменениях уретры и мочеполовых органов в сложных диагностических случаях.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 *Митьков В.В.* Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика. 2-е изд. – М., 2011. – 580 с.

2 *Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А., Мамбеталин Е.С., Макажанов О.Х.* Малоинвазивные методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. – Алматы: Казахстан, 1998. – 105 с.

3 *Эдвард И. Блут, Кэрл Б. Бенсон, Филип У. Раллс, Мэрлин Дж. Сигел.* Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем. УЗИ мужских половых органов. УЗИ в гинекологии//Медицинская литература.– 2010. – Т. 2. – 360 с.

4 *Зубарев А.В., Ченуров А.К., Зайцев Н.В.* Возможности лучевой диагностики в выборе тактики лечения сложных стриктур уретры//Медицинская визуализация. – 2002. – № 2. – С. 61–62.

5 *Газимиев М.А.* Неинвазивная диагностика обструктивных заболеваний мочевых путей. Дис. докт. мед. наук. – М., 2004. – 260 с.

6 *Crow P., Stone N., Kendall C.A. et al.* Optical diagnostics in urology: current applications and future prospects//BJU Int. – 2003; 92 (4). – P. 400–407.

#### Тұжырым

*М.К. Алшынбаев, Н.М. Қадырбеков А.К. Бұйрашев, А.А. Муравьев, А.У. Ералиева*

#### ОРНАЛАСУЫ ӘРТҮРЛІ ҮРПІ ТАРЫЛУЫНЫҢ СИПАТЫН АНЫҚТАУЫНДА УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЭХОУРЕТРОГРАФИЯНЫҢ ОРНЫ

Ультрадыбыстық уретрография үрпі стриктураларының диагностикасында жоғары мамандырылған, жаңа әдістерінің бірі болып табылады. Әдістің бағалылығы стриктураның орналасуы, өлшемі, ұзындығы және тарылу деңгейінің анықтауынан тұрады.

#### Summary

*M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov, A.U. Eralieva*

#### ULTRASOUND ECHOURETHROGRAPHY IN DETERMINING THE NATURE OF URETHRAL STRICTURE DIFFERENT LOCATION

We studied the possibilities of echo urethrography with the usage of modern ultrasonic technologies while estimating the character of the urethral stricture. Traditional X-ray diagnosing, aimed to precise localization, spread and urethral stricture patency is, currently, not enough for clinical practice determination.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 613.6:616-099

*Ж.Ж. КУЛБАЛИЕВА*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ БЕЛКОВ КРОВИ ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ВВЕДЕНИЯ КСЕНОБИОТИКА

**Аннотация.** В статье представлены результаты изучения параметров окислительного метаболизма белков крови при воздействии свинца в зависимости от длительности его введения.

**Ключевые слова:** свинцовая интоксикация, белки крови, окислительные метаболиты белков.

В настоящее время считают, что продукты окисления белков, как и липидов, являются ранним и надежным маркером состояния окислительного стресса при многих патологических процессах [1]. Влияние свободных радикалов на белки разного типа приводит к сложным модификациям в структуре белковой молекулы и, соответственно, к изменению ее физико-химических и биологических свойств. При этом степень окисления белков может быть различной: от единичных повреждений аминокислотных остатков до агрегации и фрагментации белковых молекул [2].

Ранее полученные нами результаты показали, что при свинцовой интоксикации происходит нарушение окислительного метаболизма липидов в крови экспериментальных животных, причем тяжесть состояния зависит от длительности введения свинца [3].

Учитывая все вышеизложенное, а также тот факт, что соединения свинца интенсивно поступают в воздушный бассейн городов с выбросами промышленных предприятий и автотранспорта [4], изучение динамики образования продуктов окислительного метаболизма белков при воздействии свинца на разных сроках его введения является обоснованным и целесообразным.

**Цель исследования** – изучение параметров окислительного метаболизма белков крови при воздействии свинца в зависимости от длительности его введения.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования явились 45 белых беспородных крыс-самцов массой 150–160 г. Модель свинцовой интоксикации воспроизводили по методике Н.Н. Тихонова [5] – путем введения в течение 10, 20 и 50 дней интрагастрально 5%-ного раствора ацетата свинца в дозе 50 мг/кг массы тела животных. Экспериментальные крысы были разделены на 2 группы: I – контрольная, II – со свинцовой интоксикацией. Группа, получавшая ацетат свинца, в свою очередь была разделена на 3 подгруппы: 1-я – получавшая ацетат свинца в течение 10 дней, 2-я – получавшая ацетат свинца в течение 20 дней и 3-я – получавшая ацетат свинца в течение 50 дней. Регистрация анализируемых показателей производилась на 11, 21 и 51-е сутки наблюдения.

Интенсивность окислительных превращений белков крови при свинцовой интоксикации в зависимости от сроков введения токсиканта определяли по методу Е.Е. Дубининой и соавт. [6].

**Результаты исследования.** Полученные данные представлены в таблице.

Как видно из таблицы 1, образование окислительных метаболитов белков (ОМБ) при свинцовой интоксикации превышало показатели интактных групп.

**Таблица 1 – Содержание белковых метаболитов крови при свинцовой интоксикации в зависимости от сроков введения свинца**

Показатели окислительного метаболизма белков	Контроль	ХСИ		
		11-е сутки	21-е сутки	51-е сутки
ОМБ <sub>356</sub> (ЕОП/мл)	4,67±0,42	6,5±0,37 p<0,05	8,8±0,23 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01	10,9±0,67 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05
ОМБ <sub>370</sub> (ЕОП/мл)	5,44±0,38	7,5±0,41 p<0,05	9,6±0,34 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,05	11,2±0,63 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05
ОМБ <sub>430</sub> (ЕОП/мл)	3,61±0,28	5,0±0,38 p<0,05	6,72±0,22 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01	10,4±0,61 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05
ОМБ <sub>330</sub> (ЕОП/мл)	0,51±0,03	0,71±0,05 p<0,01	0,96±0,04 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,05	1,17±0,07 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05
И-ОМБ(усл.ед.)	1,0±0,06	1,39±0,09 p<0,05	1,84±0,06 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,05	2,39±0,12 p<0,05 p <sub>1</sub> <0,01 p <sub>2</sub> <0,05

*Примечание:* 1) *p* – достоверность по отношению к контрольной группе; 2) *p*<sub>1</sub> – достоверность по отношению к группе с ХСИ на 11-е сутки исследования; 3) *p*<sub>2</sub> – достоверность по отношению к группе с ХСИ на 21-е сутки исследования.



После 10-дневного введения ацетата свинца образование метаболита ОМБ<sub>356</sub> повысилось на 39,2%, а концентрации ОМБ<sub>370</sub>, ОМБ<sub>430</sub> и ОМБ<sub>530</sub> превысили контрольные данные на 37,9, 38,5 и 39,2% соответственно.

Концентрация метаболита ОМБ<sub>356</sub> после 20-дневного введения повысилась на 88,4%, а концентрации ОМБ<sub>370</sub>, ОМБ<sub>430</sub> и ОМБ<sub>530</sub> превысили контрольные данные на 76,5, 86,1 и 88,2% соответственно.

Содержание метаболита ОМБ<sub>356</sub> после 50-дневного введения повысилось на 133,4%, а концентрации ОМБ<sub>370</sub>, ОМБ<sub>430</sub> и ОМБ<sub>530</sub> превысили контрольные данные на 105,9, 188,1 и 129,4% соответственно.

Индекс окислительного метаболизма белков (И-ОМБ) в плазме крови при свинцовой интоксикации в зависимости от сроков введения свинца повышается, в частности, при 10-дневном введении этот индекс выше на 39%, при 20-дневном введении – на 84%, а при 50-дневном введении – на 139% по сравнению с интактными животными.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при воздействии свинца белки крови подвергаются окислительной модификации, и степень этой модификации зависит от длительности введения свинца, а именно, чем длительнее его введение, тем выраженнее окислительная модификация белков крови.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Боев В.М., Красиков С.И., Свистунова Н.В., Неплохов А.А., Боев М.В., Шаранова Н.В., Тимошина С.В. Свободнорадикальное окисление в оценке риска здоровью//Гигиена и санитария. – 2006. – № 5. – С. 19–20.

2 Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток (жизнь и смерть, созидание и разрушение). Физиологические и клинико-биохимические аспекты. – СПб.: Медицинская пресса, 2006. – С. 276–282.

3 Кулбалиева Ж.Ж., Маженова Ж.А. Состояние прооксидантной системы крови при свинцовой интоксикации в зависимости от длительности введения ксенобиотика//Материалы международной научно-практической конференции «Медицинская экология: современное состояние, проблемы и перспективы». – Туркестан, 2011. – С. 323–326.

4 Привалова Л.И. и др. Актуальность и некоторые особенности оценки риска для здоровья населения от загрязнения среды обитания неорганическими соединениями свинца//Сб.: Проблемы оценки риска здоровью населения от воздействия факторов окружающей среды. – М., 2004. – С. 169–172.

5 Тихонов Н.И., Атчабаров Б.А., Ежкова Т.С., Шеремет Г.С. Состояние процессов перекисного окисления липидов при экспериментальном свинцовом отравлении//Вопросы гигиены труда, профпатологии и токсикологии в цветной металлургии. – Алматы, 1991. – С. 83–92.

6 Дубинина Е.Е., Бурмистров С.О., Ходов Д.А., Порогов И.Г. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека. Метод ее определения//Вопросы медицинской химии. – 1995. – № 1. – С. 24–26.

#### Тұжырым

Ж.Ж. Құлбалиева

#### ҚОРҒАСЫНМЕН УЫТТАНУ КЕЗІНДЕГІ КСЕНОБИОТИК ЕНГІЗУ МЕРЗІМІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚАННЫҢ НӘРУЫЗДАРЫНЫҢ ТОТЫҒАТЫН МЕТАБОЛИЗМІ

Қорғасынмен уыттану кезінде қанның нәруыздар тотығатын түрленуге ұшырайды, ал түрленуінің дәрежесі қорғасынның енгізуіне байланысты, атап айтқанда, оның енгізу мерзімі ұзақ болған сайын қанның нәруыздарының тотығатын түрленуі айқын.

### **Summary**

*Zh.Zh. Kulbalieva*

#### **OXIDIZING METABOLISM OF PROTEINS OF BLOOD DURING LEADEN INTOXICATION IN DEPENDENCE FROM DURATION OF INTRODUCTION OF XENOBIOTICS**

At influence of lead a proteins of blood are exposed to oxidizing modification, and extent of this modification depends on duration of lead introduction, namely, the longer its introduction is, the more will be expressed oxidizing modification of blood proteins.

УДК 618.1-08

З.К. ДЖАКСЕНОВА

Коксуская ЦРБ, Алматинская область

### ПРИМЕНЕНИЕ НАРОПИНА ПРИ ПЛАНОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты применения Наропина для эпидуральной анестезии при операциях на органах малого таза (по данным районной больницы).

**Ключевые слова:** эпидуральная анестезия, анестетик наропин, гинекологические операции.

Эпидуральная анестезия (ЭА) вследствие анатомических особенностей эффективна при операциях на органах малого таза. При проведении эпидуральной анестезии не происходит выброса стрессовых гормонов, снижается кровопотеря вследствие относительного обескровливания зоны операции. С появлением новых анестетиков длительного действия (наропин, бупивокаин) отпала необходимость в катетеризации эпидурального пространства при длительных операциях, анестетик вводят одномоментно.

Блокада симпатической иннервации в зоне действия анестетика вызывает расширение сосудов, увеличение емкости сосудистого русла и снижение АД.

**Цель исследования** – эффективность обезболивания, состояние гемодинамики при применении наропина.

**Материалы и методы.** Плановые больные гинекологического профиля, оперированные в ЦРБ Коксуского района в 2011–2012 гг. Наропин применялся при длительных (2–4 ч) и, соответственно, травматичных оперативных вмешательствах. Соматическая патология (СД, АД), имевшаяся у части больных, была предварительно пролечена и компенсирована. Возраст – 34–83 г. Вес – 48–90 кг.

**Результаты исследования.** Обезболивание при операциях без лапаротомии было очень хорошим (табл. 1).

Таблица 1 – Применение наропина при эпидуральной анестезии

Операция	Количество больных	Продолжительность операции	Доза наропина	Доза кетамина
Узловая миома матки. Экстирпация матки	9	2–4 ч	150 мг	–
Миома матки. Ампутация. Экстирпация матки	7	2–3,5 ч	150	50–200 мг
Миома матки больших размеров. Экстирпация матки	12	3–4 ч	150 мг	200–500 мг. Брюзепам 10–20 мг

При расширенных лапаротомных операциях требовалось иногда дополнение внутривенных анестетиков (брюзепам, кетамин) в незначительных дозах с целью, чтобы больной не «присутствовал» на своей операции. АД снижалось на 30–40 мм рт. ст., однако критической гипотонии не отмечено. АД не ниже 100 мм рт. ст., поэтому в применении вазопрессоров не было необходимости. Инфузионная терапия проводилась в объеме 1600.0–2000.0 мл.

**Выводы.** Наропин обеспечивает очень хорошее обезболивание при операциях на органах малого таза. При травматичных оперативных вмешательствах требуется дополнение внутривенными анестетиками, особенно в момент тракции матки, но их доза незначительна. В этом случае можно переходить на эндотрахеальный (комбинированный) метод обезболивания. Гипотония умеренная, для стабилизации АД достаточно инфузионной терапии, возможно применение вазопрессоров для контроля АД.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Полушин Ю.С.* Анестезиология и реаниматология ЭЛБИ. – СПб., 2004. – С. 324–334, 402–403.
- 2 *Хайбуллин Т.Н.* Рациональная терапия и профилактика мозгового инсульта. – Семей, 2011. – С. 62–76.
- 3 *Калви Т.Н., Уильямс Н.Е.* Фармакология для анестезиологов. – М., 2007. – С. 131–133.

#### Тұжырым

*З.К. Джаксенова*

#### ЖОСПАРЛЫ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ОТАЛАУ КЕЗІНДЕ НАРОПИНДІ ҚОЛДАНУ

Аудандық аурухана мәліметтері бойынша эпидуралды анестезия үшін жоспарлы гинекологиялық оталау кезінде Наропинді қолдану тәжірибесі сипатталған.

#### Summary

*Z.K. Djaksenova*

#### APPLICATION OF NAROPIN AT SCHEDULED GYNECOLOGICAL SURGERY

In this article summarizes experience with Naropin for epidural anesthesia in operations on the pelvic organs according to the data of the district hospital.

УДК 518.3-08

**Здоровье и болезнь**  
**2013, № 4 (112)**

*З.К. ДЖАКСЕНОВА*

*Коксуская ЦРБ, Алматинская область*

#### **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ 3-й СТЕПЕНИ**

**Аннотация.** В данной статье обобщен опыт применения кетамина для обезболивания операции по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком в условиях районной больницы.

**Ключевые слова:** анестетик кетамин, больные, внематочная беременность, осложненная геморрагическим шоком 3-й степени.

Обезболивание операций по поводу внематочной беременности составляет значительную часть анестезиологической работы в стационарах, где развернуто ургентное гинекологическое отделение. Эта патология нередко осложняется внутренним кровотечением, геморрагическим шоком. Обезболивание у пациентов с шоком 1–2-й ст. (10–20% ОЦК) не вызывает затруднений, шок 4-й ст. (более 40% ОЦК) в условиях районного стационара встречается достаточно редко. Наиболее интересны для исследования пациенты с шоком 3-й ст. (30–40% ОЦК), так как они встречаются достаточно часто и требуют подбора наиболее подходящего анестетика, объема и качества инфузионной терапии, тактики ведения. Такие больные чувствительны к гипоксии, хирургической агрессии, кровопотере, у них имеется гипоксия циркуляторного, дыхательного или смешанного характера, при выборе метода обезболивания предпочтение отдается ИВЛ. Операции непродолжительные и нетравматичные, для подготовки больного к наркозу уделяется немного времени, обычно 15–20 мин.

При выборе анестетика необходимо учитывать его влияние на гемодинамику, воздержаться от кардиодепрессорных (фторотан, барбитураты), вазодилатирующих (пропофол, дроперидол) препаратов.

Кетамин активизирует сердечные  $\beta$ -адренорецепторы, увеличивает ЧСС, сердечный выброс, концентрацию норадреналина в крови, повышает АД на 20–30 мм рт. ст. Недостаток препарата – невысокая анальгезия, однако учитывая небольшую продолжительность и травматичность операций, повышенную чувствительность больных в состоянии шока к анестетикам, кетамин обычно достаточно для обезболивания, кроме того, при необходимости можно усилить анальгезию, например фентанилом.

Учитывая гемодинамический эффект, кетамин в целом соответствует необходимым требованиям [1–3].

**Цель исследования** – изучить применение кетамин при обезболивании операции по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3-й ст.; состояние гемодинамики и показатели красной крови в зависимости от объема и качества инфузии, в том числе на догоспитальном этапе; тактику ведения.

**Материалы и методы.** Больные, оперированные по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3-й ст., в Коксуском ЦРБ в 2011–2012 гг. – 9 пациентов.

Все поступили в экстренном порядке через 10–12 часов после начала заболевания. Возраст от 22–38 лет, вес в пределах от 60–75 кг, без значительной экстрагенитальной патологии. Проводился мониторинг АД, ЧСС, объем кровопотери, инфузии, стадий наркоза в стандартном порядке.

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных на догоспитальном этапе бригадой скорой помощи (СП) отмечена гипотония в пределах АД – 60/40, ЧСС – 120. Проводилась инфузионная терапия в объеме 200.0–1000.0 мл.

Больные, получившие максимальный объем инфузии на догоспитальном этапе, имели удовлетворительные показатели гемодинамики при поступлении и стационар: в пределах АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 110 уд. в мин. Эффект, вероятно, временный, связан также с применением гормонов, вазопрессоров; минимальная гипотония, тахикардия сохранялись на исходном уровне. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, умеренное тахипноэ, сознание заторможено. После проведения диагностических манипуляций больные поднимались в операционную, инфузионная подготовка проводилась по ходу подготовки к операции в объеме 500.0–600.0 мл из кристаллоидов. В 2 случаях – в две вены. Премедикация с включением атропина, димедрола в обычных дозах выполнялась в операционной. Проводился эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов – листенон 100–200 мг. Для интубации трахеи – ардуан (1–2 мг для прекураризации, 2–3 мг для релаксации).

Кетамин применялся для индукции 2–2,5 мг/кг – 150 мг), дважды при удовлетворительной гемодинамике в комбинации с диазепамом (5–10 мг), на операцию

100–150 мг. Дробно по 50 мг, этого было достаточно для достижения 1-го уровня хирургической стадии наркоза. Снижения АД от исходного уровня не отмечалось. Гемоперитонеум 2–2,5 л (30–35 мл/кг). Объем инфузии в операционной составлял 1,5–2,5 л. С включением 400.0–500.0 мл коллоидов. Продолжительность операции составила в пределах 45 мин – 1 ч 10 мин. После окончания операции пациенты переводились в ОАРИТ, где продолжалась ИВЛ (40–60 мин), инфузионная терапия, переливалась эритроцитарная масса (300.0–500.0 мл), СЗП (300.0–500.0 мл) для восстановления транспортно-газовой функции крови. Общий объем инфузии: 3 мл жидкости на каждый 1 мл предполагаемой кровопотери, гемодинамика стабилизировалась, повышалось АД, уменьшалась тахикардия, к моменту перевода из ОАРИТ, где больные находились 8–16 ч, достигала удовлетворительных показателей (АД 120/60 мм, ЧСС 100 уд. в мин.). Исходный уровень Нв-80–84 г/л. При Нт-25% повышался до Нв-90–94 г/л, Нт-30–33%. Пробуждение после наркоза кетаминном происходит гладко, без осложнений.

В дальнейшем все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

#### **Выводы:**

1. Кетамин – достаточно эффективный и безопасный препарат для обезболивания операции по поводу внематочной беременности, осложненной геморрагическим шоком 3-й ст.

2. Значительный объем инфузии (1000.0 мл) на догоспитальном этапе способен улучшить показатели гемодинамики до удовлетворительного уровня, однако гемодинамику следует считать нестабильной, так как этого объема недостаточно для выведения больного из шока.

3. Для выведения вышеуказанных пациентов из геморрагического шока 3-й ст. достаточно объем кровопотери превысить в 2 раза. Инфузия 4–5,5 л (30–40% – кровь, 30% – коллоиды, 30% – кристаллоиды) достаточна для достижения приемлемых показателей гемодинамики и красной крови.

4. В ближайшем послеоперационном периоде такие пациенты нуждаются в нахождении в ОАРИТ и продленном ИВЛ.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Полушин Ю.С.* Анестезиология и реаниматология. – 2004. – С. 380–382, 460–463.
- 2 *Виленский Б.С.* Инсульт. – М., 1995. – 287 с.
- 3 *Кальви Т.Н., Уильямс Н.Е.* Фармакология для анестезиологов. – М.: БИНОМ, 2007. – С. 86–87.

#### **Тұжырым**

*З.К. Джаксенова*

#### **3-ШІ ДЕҢГЕЙЛІ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ШОКПЕН АСҚЫҢҒАН, ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ЖҮРГІЗІЛЕТІН ОТАНЫ ЖАНСЫЗДАНДЫРУМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ**

Бұл мақалада аудандық аурухана жағдайында геморрагиялық шокпен асқынған, жатырдан тыс жүктілік кезінде жүргізілетін отаны жансыздандыру мақсатымен Кетаминді қолдану тәжірибесі сипатталған.

#### **Summary**

*Z.K. Djaksenova*

#### **ANESTHETIC MANAGEMENT OF SURGERY FOR AN ECTOPIC PREGNANCY COMPLICATED WITH HEMORRHAGIC SHOCK OF THIRD DEGREE**

This article summarizes the experience of use of ketamine for pain surgery for an ectopic pregnancy complicated with hemorrhagic shock in a district hospital.

*И.И. ЧЕРНОУСОВА*

*Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы*

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ

**Аннотация.** В статье указаны основные направления профилактической работы в условиях детских поликлиник, включая ante- и постнатальную профилактику, специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний, вторичную и третичную профилактику хронических заболеваний.

**Ключевые слова:** профилактическая педиатрия, дети, детские поликлиники.

Основной задачей педиатрии является сохранение или возвращение при болезни состояния здоровья ребенку, позволяющее ему максимально полно реализовать свой врожденный потенциал жизни. Профилактическая педиатрия — система мероприятий, способствующих предупреждению заболеваний и инвалидизации. В нашей стране медицина всегда имела профилактическую направленность. Корифеи медицины в работе руководствовались тезисом: «Болезнь легче предупредить, чем лечить». Известно, что здоровье и благополучие детей являются главной заботой семьи, государства и общества в целом. Дети составляют наше будущее и именно они будут определять его благополучие, уровень экономического и духовного развития, состояние культуры и науки. В стране существует служба охраны здоровья матери и ребенка. Детская поликлиника и женская консультация являются основными звеньями этой цепи. Соответствующими приказами четко регламентированы основные разделы работы. Для детской поликлиники они следующие: профилактическая работа с беременными женщинами, профилактическая работа с детьми раннего и дошкольного, школьного возрастов. Каждое звено в этой цепи имеет четко регламентированные задачи обеспечения профилактической работы [1].

Профилактическая педиатрия рассматривает заболевания в длительной хронологической про- и ретроспективе. Сюда относятся конституциональные и средовые факторы модификации долгосрочной эволюции последствий перенесенных заболеваний, их влияние на качество развития, физическую и интеллектуальную дееспособность, длительность жизни в целом. Диагностический процесс в первичной профилактике ориентирован на распознавание самых ранних условий или проявлений болезней либо отклонений в процессе оптимального развития, т. е. факторов и ситуаций риска или минимальной симптоматики (дебюта). Естественным приоритетом профилактической педиатрии является учение о детском дебюте наиболее социально значимых заболеваний взрослого периода жизни [2].

Диспансеры, детские городские поликлиники, дневные стационары, детские стоматологические поликлиники и др. организации оказывают первичную медико-санитарную помощь детям. Структура детской поликлиники строится в соответствии с поставленными перед ней задачами. Она включает: фильтр с отдельным входом и изолятор с боксами, регистратуру, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания, педиатрические отделения (кабинеты врачей-педиатров), отделение «узких» специалистов, профилактическое отделение (кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет, массажа и гимнастики), отделение восстановительного лечения (дневной стационар, кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры), лабораторно-диагностическое отделение (лаборатория, рентген-кабинет, ЭКГ, УЗИ, ЭХО, ЭЭГ и др.) и административно-хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках). Становится понятным, что основной функ-

цией фильтра с боксами является недопущение заноса инфекции в лечебно-профилактическое учреждение. В городских поликлиниках выделяют 2 дня в неделю для приема здоровых детей: для детей 1-го года жизни и для диспансерных больных всех возрастов. Для упорядочения работы матерям вручают памятку о том, какими специалистами должен быть осмотрен ребенок в различные возрастные периоды его жизни. В вестибюле вывешивается хорошо оформленная справка аналогичного содержания. Частота профилактических осмотров врачами-специалистами предусмотрена так, чтобы своевременно выявить отклонения в состоянии здоровья детей и организовать необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия. В настоящее время профилактические осмотры детей, посещающих образовательные учреждения, проводятся в виде обязательных углубленных обследований в соответствии с «декретированными возрастными группами» [3].

Профилактика инфекций проводится 3 путями: изоляция, обезвреживание или ликвидация источников инфекции; разрыв механизмов передачи и путей распространения; создание невосприимчивости населения путем профилактических прививок. Вакцинопрофилактика является узаконенной государственной политикой борьбы с инфекционными заболеваниями, личное мнение медицинского работника не может распространяться среди пациентов. Используют компьютерные системы управления иммунизацией, позволяющие повысить полноту и своевременность сбора, анализа, хранения и передачи информации. В условиях изменившейся ситуации необходимость совершенствования прививочной работы предъявляет новые требования к детским поликлиникам, в том числе к кабинетам иммунопрофилактики. Кабинеты иммунопрофилактики поликлинического, городского и областного уровня являются основными консультативными, организационно-методическими и учебными центрами. С целью организации и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий при возникновении ряда инфекционных заболеваний в сельских населенных пунктах, труднодоступных районах, где отсутствуют медицинские учреждения, организованных коллективах детей, подростков и взрослых лечебно-профилактические учреждения создают прививочные бригады. Целью работы кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад является достижение контрольных уровней привитости (не менее 95% в декретированных возрастах); снижение заболеваемости и смертности от управляемых инфекций путем специфической профилактики, внедрения современных методов организации профилактических прививок, обучения медицинских работников, информационно-разъяснительной работы с населением, а также мониторинга поствакцинальных осложнений и предупреждения их развития. Задачей кабинета иммунопрофилактики является организация и реализация мероприятий по вакцинопрофилактике в лечебно-профилактическом учреждении [4]. Это организация и проведение первого этапа иммунологического скрининга, оценка его результатов, выделение групп риска развития иммунной недостаточности; выделение лиц, которым необходимо лабораторное обследование и консультация в областном иммунологическом центре; подбор программ и проведение профилактической иммунокоррекции в организованных коллективах и у индивидуумов. Врач кабинета консультирует пациентов с хроническими заболеваниями и нарушениями календаря профилактических прививок; определяет необходимость и объем лабораторного обследования, консультаций специалистов для уточнения стадии болезни у пациентов с хроническими заболеваниями (компенсация, субкомпенсация); формирует тактику вакцинации таких пациентов; проводит диспансерный учет пациентов, направленных в кабинет иммунопрофилактики; информирует пациентов или родителей, опекунов о сделанной прививке, возможных реакциях на прививку, необходимости обращения за медицинской помощью при сильных и необычных реакциях, предупреждает о необходимости пребывания около прививочного кабинета в течение 30 мин и наблюдает в это время за привитым.



Таким образом, вся деятельность детских поликлиник, начиная со структуры их организации, проведения патронажей, профилактических осмотров в декретированные сроки, выделения дней здоровых детей и диспансерных больных и заканчивая вакцинацией, работой в очагах инфекций, санитарно-просветительной работой, направлена на предупреждение развития хронических заболеваний и инвалидизации.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 *Майданик В.Г.* Педиатрия: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации. 3-е изд. – Х.: Фолио, 2006. – 576 с.
- 2 Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
- 3 *Джумагазиев А.А.* Основы поликлинической педиатрии. – Р-н/Д., 2006. – 420 с.
- 4 Поликлиническая педиатрия/Под ред. А.С. Калмыковой. – М., 2008. – 624 с.

#### Тұжырым

*И.И. Черноусова*

#### ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ПЕДИАТРИЯНЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

Мақалада балалар емханалары жағдайындағы алдын-алу жұмыстарының негізгі бағыттарымен қатар, инфекциялық аурулардың арнайы және арнайы емес, жүктілікке дейін және кейін алдын-алу жұмыстары, екіншілік және үшіншілік алдын-алу жұмыстары келтірілген.

#### Summary

*I.I. Chernousova*

#### BASIC PREVENTIVE PEDIATRICS

This article identifies the main areas of prevention in conditions of children's clinics, including ante- and postnatal prevention, specific and non-specific prevention of infectious diseases, secondary and tertiary prevention of chronic diseases.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616-053.2

*Г.К. БАЙБОСЫНОВА*

*Детская поликлиника № 7, г. Алматы*

#### ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

**Аннотация.** В статье указаны основные методы оценки физического развития, основные законы роста, типы телосложения и факторы, влияющие на рост ребенка в условиях детских поликлиник.

**Ключевые слова:** физическое развитие, рост, вес, дети, типы телосложения, соматотипы, ИВБДВ.

Физическое развитие ребенка – это комплекс морфофункциональных признаков, характеризующих уровень биологического развития, запас физических сил. Термин «физическое развитие» понимается как динамический процесс роста, обусловленный изменениями размеров тела, типа телосложения, внешнего облика, мышечной силы, работоспособности детского организма [1].

Основные законы роста заключаются в том, что он отражает системный процесс развития; отмечается замедление скорости роста с возрастом; рост ребенка носит ступенчатый процесс; периоды ускорения сменяются периодами замедления; рост подчинен аллометрическому правилу – непропорциональность роста отдельных частей тела; половая специфичность темпов роста; краниокаудальный градиент роста – дистальные сегменты тела растут с большей скоростью, чем проксимальные [2].

Различают следующие типы телосложения: грудного ребенка, маленького ребенка – период первого округления 1–4 года, ребенок 1-го ростового сдвига в 4–8 лет, ребенок 2-го округления в 8–10 лет, 2-го ростового сдвига в 10–15 лет [3].

Факторы, влияющие на рост ребенка, делятся на средовые, генетические и трудноклассифицируемые. К средовым относятся: питание, двигательная активность, достаточность сна, климатогеографические условия, социально-экономические условия, эмоциональное состояние, острые и хронические заболевания [4].

Наиболее важными и простыми антропометрическими показателями являются: рост (длина тела), масса тела, окружности головы и грудной клетки. Способы сравнения физического развития со стандартами проводят по центильным таблицам, сигмальным таблицам, ориентировочным эмпирическим формулам, расчетам процентного соотношения фактического показателя от средней величины, найденной по таблицам стандартов или по формулам.

Уровень физического развития оценивают как среднее, выше среднего, ниже среднего. За основу берется оценка роста. Определяют соматотипы: микросоматотип – 3–10 баллов (номеров), мезосоматический – 11–15, макросоматический – 16–21. Помимо этого, определяют гармоничность: при разнице коридоров  $\geq 1$  – гармоничное физическое развитие, при разнице 2 коридора – дисгармоничное физическое развитие, при разнице 3 и более коридоров – резко дисгармоничное физическое развитие [5].

Оценка физического развития детей до 5 лет по программе Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ) проводится по графикам: длина тела к возрасту, масса к возрасту, масса к длине тела, индекс массы тела к возрасту. При этом оценивают физическое развитие в 4 возрастных категориях: от рождения до 6 месяцев, до 1 года, до 2 лет, до 5 лет [6]. В графике длины тела к возрасту на оси ординат отмечается длина тела в см, а на оси абсцисс – возраст в полных неделях и месяцах, если у исследуемого ребенка рост совпадает с графиком +1, 0, -1 – это норма. В графике массы к возрасту на оси ординат отмечается масса тела в кг, а на оси абсцисс – возраст в полных неделях и месяцах. Если в этих графиках у исследуемого ребенка рост совпадает с графиком +1, 0, -1 – это считается нормой; если совпадает с графиком -2 и ниже – недостаток в весе; совпадает с графиком -3 и ниже – серьезный недостаток в весе, могут быть симптомы квашиоркора (детской пеллагры). В графике массы к длине на оси ординат отмечается масса тела в кг, а на оси абсцисс – длина тела в см. Индекс массы тела выражается в кг/м<sup>2</sup>. Расчет необходимо произвести, как указано в нижеследующем примере.

Пример, девочка Н. Возраст 10 месяцев, масса тела 9700 г, длина тела – 70 см.

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела в кг}}{(\text{рост, или длина тела, в м})^2} = \frac{9,7 \text{ кг}}{(0,7)^2} = 19,1.$$

В графике индекса массы тела к возрасту на оси ординат отмечается индекс массы тела в кг/м<sup>2</sup>, а на оси абсцисс – возраст в неделях и месяцах. Если в этих графиках у исследуемого ребенка рост совпадает с графиком +3 и выше, это следует оценивать как ожирение, совпадает с графиком +2 и выше – избыточный вес, совпадает с графиком +1 – риск избыточного веса. Надо отметить, что последние 2 графика полезны для отслеживания избыточного веса. Показатели оценки физического развития указаны в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка физического развития

Z-значение	Показатели роста ребенка			
	Длина тела/ возраст	Вес/возраст	Вес/рост	ИМТ/возраст
Выше 3	См. примеч. 1	См. примеч. 2	Ожирение	Ожирение
Выше 2			Избыт. вес	Избыт. вес
Выше 1			Риск избыт. веса (см. примеч. 3)	Риск избыт. веса (см. примеч. 3)
0 – медиана				
Ниже -1				
Ниже -2	Низкий рост (см. примеч. 4)	Недостаточный вес	Истощение	Истощение
Ниже -3	Очень низкий рост (см. примеч. 4)	Очень низкая масса тела	Выраженное истощение	Выраженное истощение

*Примечания:* 1 – обладатель высокого роста – консультация эндокринолога, особенно если родители с нормальным ростом; 2 – проблема с развитием, но нужно судить по весу к длине тела или ИМТ к возрасту; 3 – если нанесенная точка выше уровня 1, это сигнализирует о возможном риске, ближе к линии 2 z-значений – определенный риск; 4 – ребенок с низким или очень низким ростом может иметь избыточный вес.

Надо отметить, что оценка физического развития по программе ИВБДВ проводится лишь у детей в возрасте до 5 лет, у детей старше 5 лет проводится по центильным таблицам, сигмальным таблицам, ориентировочным эмпирическим формулам.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Майданник В.Г.* Педиатрия: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации. 3-е изд. – Х.: Фолио, 2006. – С. 6–7.
- 2 Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
- 3 *Джумагазиев А.А.* Основы поликлинической педиатрии. – Р-н/Д., 2006. – 420 с.
- 4 Поликлиническая педиатрия/Под ред. А.С. Калмыковой. – М., 2008. – 624 с.
- 5 *Шабалов Н.П.* Детские болезни: учебник. 7-е изд. В 2 т. Т. 1 – СПб.: Питер., 2008. – 832 с.
- 6 Программа интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ): Большой ребенок в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. – 1996. – 79 с.

#### Тұжырым

*Г.К. Байбосынова*

#### БАЛАЛАРДЫҢ НЕРВТІ-ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ФИЗИКАЛЫҚ ДАМУЫ

Аталған мақалада балалар емханасы жағдайында баланың физикалық дамуының, негізгі өсу заңдылықтарының, дене бітімінің типтері мен факторларының баланың дамуына әсер етуі көрсетілген.

#### Summary

*G.K. Baibosynova*

#### PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN

The article shows the main methods of assessment of physical development, the basic laws of growth, body types, and factors affecting the growth of the child in a children's clinics.

*С.Л. КАСЕНОВА, Н.К. СЕМГАЛИЕВ, Н.К. АХМЕТОВА,  
Р.К. НАДИРБАЕВА, М.О. МУСТАФИНА, Н. ЗАЙТОВА*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиарова, г. Алматы*

### **ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования влияния табакокурения на функцию внешнего дыхания у лиц молодого возраста, которые свидетельствуют о том, что в исследуемых группах отсутствуют какие-либо выраженные патологические процессы, уровень офисного артериального давления в пределах нормы, показатели функции внешнего дыхания сопоставимы в обеих группах.

**Ключевые слова:** курение, спирография, пульсоксиметрия.

Актуальность повышения качества жизни и здоровья обусловлена признанием роли здоровья населения как фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества [1].

Общая заболеваемость молодежи в Российской Федерации в 2009 году по сравнению с 2008 годом выросла на 2,6 процента. При этом в структуре общей заболеваемости ведущее место занимает онкопатология (16,3%), на втором – болезни органов дыхания (12,4%). Риск для здоровья, сопряженный с табакокурением, обусловлен прямым употреблением табака, а также воздействием табачного дыма, образующегося при курении других лиц (Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva, World Health Organization, 2010). Нет строго установленного безопасного уровня употребления табака. Ежегодно от употребления табака в мире умирают почти 6 млн человек: 6% случаев смерти от числа всех женщин и 12% случаев смерти от числа всех мужчин [2]. Из этих случаев смерти 600 тыс. приходится на экспозицию некурящих людей к табачному дыму, образующемуся в результате курения других лиц [3]. Табакокурение, по оценкам, является причиной примерно 71% случаев смерти от рака легких, 42% случаев смерти от хронического респираторного заболевания и почти 10% случаев смерти от ишемической болезни сердца [4].

Изучение модифицируемых факторов риска развития хронических заболеваний человека, к которым относится табакокурение, представляет актуальную проблему физиологии и патологии, является перспективным направлением для реального продления жизни человека [5].

В последнее десятилетие в структуре заболеваемости и смертности населения области прогрессируют социально зависимые и профессионально обусловленные дефекты здоровья. Статистические данные, характеризующие состояние здоровья молодежи в целом, по-прежнему отсутствуют.

**Цель работы** – разработка и внедрение научно-обоснованной технологии ранней диагностики и профилактики заболеваний органов дыхания с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста.

**Материалы и методы.** Исследование выполнялось в рамках НТП «Ранняя диагностика и профилактика заболеваний, обусловленных поведенческими факторами риска у лиц молодого возраста».

В исследование были включены добровольцы мужского и женского пола в возрасте 18–25 лет.

Все обследуемые были разделены на 2 группы: в первую группу вошли курящие лица молодого возраста. Во вторую группу – лица не курящие. Всем пациентам проводились полное физикальное обследование. Проведение спирометрии на

аппарате «Спиро Спектр» (Россия). Проанализированы объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и процентное отношение объема форсированного выдоха за первую секунду выдоха к форсированной жизненной емкости легких. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) оценивается как разница между объемами воздуха в легких при полном вдохе и полном выдохе. 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.

**Исходная характеристика обследованных лиц.** В исследование были включены пациенты мужского и женского пола в возрасте от 18 до 25 лет. Средний возраст больных в группах составил  $21,1 \pm 1,2$  года, среди пациентов 1-й группы количество мужчин составило – 19 человек (90,4%), женщин – 2 человека (9,6%). Во второй группе 21 (16,2%) мужчин и 108 (83,8%) женщин соответственно (табл. 1).

*Таблица 1 – Характеристика обследованных групп*

Показатель	1-я группа (n=21)		2-я группа (n=129)	
	абс.	%	абс.	%
Средний возраст	21,0±1,0		21,2±1,2	
Рост, см	174,±6,06		164,9±7,30	
Вес, кг	65,52±6,56		56,5±9,56	
Половой состав:				
мужчины	19	90,4	21	16,2
женщины	2	9,6	108	83,8

При оценке распространенности курения у обследуемого контингента выявлено, что 14% обследуемых – курящие (что соответствует данным мировой литературы) и 9,3% из них – лица женского пола.

Как видно из таблицы 2, индекс массы тела в среднем в первой группе был равен  $21,2 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup> а во второй группе средний ИМТ составил  $20,7 \pm 2,9$  кг/м<sup>2</sup>, употребление алкоголя в первой группе – 61,9%, во второй группе – 15,5%. По ИМТ не выявлено достоверного отличия между группами. В группе курящих на 46% выше показатель употребляющих алкоголь, тем самым увеличивая риск развития основных патологий организма.

*Таблица 2 – Основные факторы риска*

Параметр	Первая группа (n=21)	Вторая группа (n=129)
Алкоголь, %	61,9	15,5
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	$21,2 \pm 1,9$	$20,7 \pm 2,9$

Уровень артериального давления является важнейшим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов первой группы при измерении офисного АД среднее значение САД находилась на уровне  $110,8 \pm 2,3$  мм рт. ст., ДАД –  $77,1 \pm 1,6$  мм рт. ст., ЧСС –  $82,5 \pm 2,7$  уд. в мин. Во второй группе офисное САД составило  $109,1 \pm 2,8$  мм рт. ст. и ДАД  $79,1 \pm 1,9$  мм рт. ст., ЧСС –  $78,6 \pm 1,5$  уд. в мин. Статистически значимых различий уровня артериального давления между первой и второй группами сравнения не наблюдалось.

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).

Таблица 3 – Показатели функции внешнего дыхания

Показатель	Первая группа	Вторая группа
ЖЕЛ	89,7±10,5	84,4±13,5
ФЖЕЛ	80,7±12,0	73,4±19,1
ОФВ1	94,2±11,5*	81,7±21,1
ОФВ1/ФЖЕЛ	108,4±18,9	99,8±26,4

Примечание. \*  $p < 0,05$  достоверно по сравнению с первой группой.

Как видно из вышеприведенных данных (табл. 3), показатели имели следующие изменения: в первой группе ЖЕЛ составляет 89,7±10,5%, ОФВ1 – 94,2±11,5% ( $p < 0,05$ ), во второй группе ЖЕЛ составляет 84,4±13,5%, ОФВ1 – 81,7±21,1% был достоверно выше по сравнению с второй группой (некурящих). В группе обследованных курящих отмечается повышение по сравнению с группой некурящих показателя ФЖЕЛ в первой группе – 80,7±12,0%, в сравнении со второй группой ФЖЕЛ – 73,4±19,1%, показатель индекса Тиффно в первой группе – 108,4±18,9%, во второй группе – 99,8±26,4.

У курящих лиц молодого возраста наблюдается повышение показателей функции внешнего дыхания более чем на 10% при сравнении с группой некурящих молодых людей. Повышение показателей функции внешнего дыхания у курящих лиц может быть обусловлено включением компенсаторных механизмов функции дыхания.

Представлялось интересным оценить в исследуемых группах значения пульсоксиметрии (SpO<sub>2</sub>), отражающих процессы оксигинации крови кислородом. Оценка в исследуемых группах значения пульсоксиметрии, что значения SpO<sub>2</sub> были сопоставимы с нормой 97,8 и 97,3% в первой и второй группах соответственно.

Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в исследуемых группах отсутствуют какие-либо выраженные патологические процессы, уровень офисного артериального давления в пределах нормы, показатели функции внешнего дыхания сопоставимы в обеих группах. Такая картина свидетельствует об отсутствии процессов органического поражения, что является закономерным явлением в данной возрастной группе.

#### Выводы:

1. Распространенность курения среди лиц молодого возраста составила 14%, также выявлено преобладание приверженности к курению у мужчин – 85,7%, у женщин – 9,3%.

2. Показатели функции внешнего дыхания, такие как ЖЕЛ, ОФВ1, ФЖЕЛ, индекса Тиффно были выше в группе курящих в сравнении с некурящими. В группе курящих характеризуется ранним включением компенсаторно-приспособительных реакций системы внешнего дыхания.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Glantz S.A., Parmley W.W. Passive smoking and heart disease epidemiology, physiology and biochemistry//Circulation. – 2006. – Vol. 83. – P. 2308–2343.

2 Macpherson L., Myers M.G., Johnson M.A. Adolescent definitions of change in smoking behavior: An investigation//Nicotine Tob Res. – 2006. – P. 682.

3 Oberg M. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries//The Lancet. – 2011. – V. 377. – P. 139–146.

4 Gnoevykh V., Valzev V. Functional effectiveness of respiratory system adaptation to smoking among medical students with COPD hazard//Eur. Respir. J., Sept. – 2005. – V. 26 (Suppl. 49). – 60 s.

5 Шишкин Г.С., Гладырь С.Н., Устюжанинова Н.В. Влияние курения табака на систему внешнего дыхания у подростков и юношей//Гиг. и санит. – 2008. – № 3. – С. 61–64.

#### Тұжырым

*С.Л. Қасенова, Н.К. Семғалиев, Н.Қ. Ахметова, Р.К. Надирбаева,  
М.О. Мустафина, Н. Зайтова*

#### ЖАС АДАМДАРДЫҢ СЫРТҚЫ ТЫНЫС ҚЫЗМЕТІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ТЕМЕКІ ТАРТУ КЕЗІНДЕ ӘСЕР ЕТУ

Жыл сайын дүние жүзінде шылым шегуден орта есеппен 6 млн адам көз жұмады, барлық әйелдер санынан 6% және барлық ерлер санынан 12%. Темекі тарту өкпе ісігінен шамамен 71% өлім жағдайының және созылмалы респираторлы аурулардан 42% өлім жағдайының себебі болып табылады. Темекі тартудың таралуын бағалағанда 14% шылым шегуші жас адамдар анықталған. Оларды темекі шекпейтін жастар тобымен салыстырғанда сыртқы тыныс функциясының көрсеткіштерінің 10% астам жоғарылағаны байқалған, ол жас адамдардағы сыртқы тыныс жүйесінің компенсаторлы-бейімдеуші реакцияларының ерте қосылуын сипаттайды.

#### Summary

*S.L. Kasenova, N.K. Semgaliev, N.K. Akhmetova,  
R.K. Nadirbaeva, M.O. Mustafina, N. Zaitova*

#### EFFECT OF SMOKING ON RESPIRATORY FUNCTION IN YOUNG ADULTS

Each year from tobacco use in the world die of almost 6 million people, 6% of deaths among all women and 12% of deaths among all men. Smoking is estimated to cause about 71% of deaths from lung cancer, 42% of deaths from chronic respiratory disease. In assessing the prevalence of smoking, identified 14% of those young-smokers. In young smokers experienced higher lung function by more than 10% when compared with a group of young people smoking and is characterized by early inclusion of compensatory-adaptive reactions of external breathing.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.127-005.4-0552-0361.

*М.Т. ДЮСУПОВА*

*Станция скорой неотложной медицинской помощи, г. Усть-Каменогорск*

#### КАРДИОГЕННЫЙ ШОК. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Аннотация.** На основе анализа карт вызовов к больным с кардиогенным шоком изучена клиника, частота симптомов шока, эффективность лечебных мероприятий на этапе скорой медицинской помощи

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, кардиогенный шок, догоспитальный этап.

Кардиогенный шок – клинический синдром, для которого характерны нарушения центральной гемодинамики и микроциркуляции, патология водно-электролитного и кислотно-щелочного составов, изменения нервно-рефлекторных и ней-

рогуморальных механизмов регуляции и клеточного метаболизма, возникающие вследствие острой недостаточности сократительной функции сердца. Кардиогенный шок наиболее часто развивается в течение первых часов после проявления клинических признаков инфаркта миокарда и значительно реже – в более поздний период. На фоне снижения летальности от инфаркта миокарда в стационарах, догоспитальная летальность остается высокой и значительный вклад в ее структуру вносит кардиогенный шок [1–5].

**Материалы и методы.** При изучении карт вызовов 286 больных острым инфарктом миокарда у 24 (8,4%) развился кардиогенный шок. Среди больных мужчин было 15 (62,5%), женщин – 9 (37,5%). Возраст больных колебался в пределах от 39 до 76 лет. Крупноочаговые (с зубцом Q) инфаркты миокарда явились причиной развития кардиогенного шока у 17, а ИМ без зубца Q – у 6 больных. Развитие кардиогенного шока обычно происходит в первые часы после появления признаков инфаркта миокарда. У большинства больных шок развивается на фоне уже перенесенного инфаркта миокарда (14 – 58,3%), но нередко бывает и при первичном инфаркте (10 – 41,7%).

**Результаты и их обсуждение.** Кардиогенный шок развивается в раннем периоде инфаркта миокарда. В основе его развития при остром инфаркте миокарда лежит снижение минутного объема и тканевой перфузии вследствие ухудшения насосной функции левого желудочка при выключении 40% его мышечной массы. В результате нарушения коронарного кровообращения возникают акинезия в области инфаркта миокарда и гипокинезия перинфарктной зоны, увеличивается объем полости левого желудочка, повышается напряжение его стенки и возрастает потребность миокарда в кислороде. Снижение ударного и минутного объема вызывает у больных инфарктом миокарда распространенную вазоконстрикцию, сопровождающуюся повышением общего периферического сопротивления. При этом возникают нарушения периферического кровообращения на уровне микроциркуляторного русла. Системный спазм артериол и прекапиллярных сфинктеров ведет к нарушению перфузии тканей, явлениям гипоксии и ацидоза. В итоге в капиллярах скапливается кровь, часть которой выключается из кровообращения, гидростатическое давление в них растет, что стимулирует транссудацию жидкости в окружающие ткани. Параллельно с описанными изменениями наступают нарушения реологических свойств крови. Они обусловлены прежде всего резким усилением внутрисосудистой агрегации эритроцитов, связанной с замедлением скорости кровотока, увеличением концентрации высокомолекулярных белков, повышением адгезивной способности самих эритроцитов, снижением рН крови.

Выделяют три формы кардиогенного шока: рефлекторный, истинный кардиогенный и аритмический. Рефлекторный шок (7 больных) является наиболее легкой формой и, как правило, обусловлен не тяжелым повреждением миокарда, а снижением артериального давления в ответ на выраженный болевой синдром, возникающий при инфаркте. При своевременном купировании боли протекает доброкачественно, артериальное давление быстро повышается, однако при отсутствии адекватного лечения возможен переход рефлекторного шока в истинный кардиогенный.

Истинный кардиогенный (11 больных) шок возникает, как правило, при обширных инфарктах миокарда. Он обусловлен резким снижением насосной функции левого желудочка. Если масса некротизированного миокарда составляет 40–50% и более, то развивается ареактивный кардиогенный шок, при котором введение симпатомиметических аминов не дает эффекта. Летальность в этой группе больных приближается к 100%.

Аритмический шок (6 больных) развивается вследствие пароксизма тахикардии (чаще желудочковой) или остро возникшей брадиаритмии на фоне полной атриовентрикулярной блокады. Нарушения гемодинамики при этой форме шока обусловлены изменением частоты сокращения желудочков. После нормализации



ритма сердца насосная функция левого желудочка обычно быстро восстанавливается, и явления шока исчезают.

Диагноз кардиогенного шока ставится на основе общепринятых критериев. Имеются симптомы, типичные для ИМ, но значительно более выраженные. Кожные покровы бледные, наблюдается цианоз слизистых оболочек, холодный липкий пот. Также наблюдается одышка. Сознание, как правило, спутанное и больной не способен адекватно оценивать тяжесть своего состояния. Выраженное снижение артериального давления. Систолическое давление при шоке не превышает 90 мм рт. ст, а диастолическое – 25 мм рт. ст. Поверхностные вены спадаются, пульс на лучевых артериях нитевидный, ногтевые ложа бледные.

Лечение кардиогенного шока на догоспитальном этапе представляет сложную задачу и включает комплекс мероприятий, направленных на защиту ишемизированного миокарда и восстановление его функций, устранение микроциркуляторных нарушений, компенсацию нарушенных функций паренхиматозных органов. Эффективность лечебных мероприятий при этом во многом зависит от времени их начала. Раннее начало лечения кардиогенного шока является залогом успеха. Главная задача, которую необходимо решить как можно скорее, – это стабилизация артериального давления на уровне, обеспечивающем перфузию жизненно важных органов (90–100 мм рт. ст.).

Всем больным проводились лечебные мероприятия, обязательные при инфаркте миокарда: обеспечивался доступ к вене с инфузией 250,0–500,0 мл физиологического раствора, внутрь давался аспирин в дозе 325 мг, клопидогрель 300 мг, ингаляция кислорода, обезболивание дробным введением морфина. Усиление инотронной функции миокарда. Если после устранения болевого синдрома и нормализации частоты сокращения желудочков артериальное давление не стабилизируется, то это свидетельствует о развитии истинного кардиогенного шока. В этой ситуации нужно повысить сократительную активность левого желудочка, стимулируя оставшийся жизнеспособным миокард. Для этого используют симпатомиметические амины, например дофамин. Дофамин вводится внутривенно капельно. Для этого 200 мг (1 ампулу) препарата разводим в 250–500 мл 5% раствора глюкозы. Дозу в каждом конкретном случае подбираем индивидуально опытным путем в зависимости от динамики артериального давления. Обычно начинаем с 2–5 мкг/кг в 1 мин (5–10 капель в 1 мин), постепенно увеличивая скорость введения до стабилизации систолического артериального давления на уровне 100–110 мм рт. ст.

В последнее время подчеркивается важность и необходимость проведения противотромботической терапии при остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком. Эта терапия способствует прекращению процесса внутрисосудистого свертывания в микроциркуляторном русле, обеспечивает более стойкий эффект других противошоковых мероприятий; она должна начинаться уже на догоспитальном этапе. Тромболитическая терапия при кардиогенном шоке проведена 4 больным препаратом «Актилизе» в дозе 1 мг/кг массы тела по схеме болюс + инфузия.

**Выводы.** Кардиогенный шок развивается в первые часы заболевания, чаще при повторных инфарктах миокарда. У мужчин шок развивается в 2 раза чаще, чем у женщин. Эффективность лечения кардиогенного шока зависит от времени обращения больного за медицинской помощью.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г., Хубутия М.Ш.//Руководство по скорой медицинской помощи + CD. – М., 2008. – 816 с.
- 2 Сумин С.А. Неотложные состояния. 4-е изд. – М.: МИА, 2010. – 656 с.
- 3 Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний/Под ред. Е.И. Чазова и Ю.Н. Беленкова: Руководство для практикующих врачей. – М., 2005.

4 *Джоет Перк*. Рекомендации ЕОК по лечению острого инфаркта миокарда у пациентов с повышением сегмента ST. – 2012. – 53 с.

5 *Абсеитова С.Р.* Алгоритм диагностики и лечения острого коронарного синдрома// Методические рекомендации. – Астана, 2012. – 43 с.

#### Тұжырым

*М.Т. Дюсупова*

#### КАРДИОГЕНДІ ШОК. ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ЖАҒДАЙЫНДА ЕМ МЕН ДИАГНОСТИКА.

Кардиогенді шокпен науқастардың шақырту карталарына сараптама жүргізу арқылы, оның клиникасы, симптомдарының жиілігі, ауруханаға дейінгі кезеңде ем шараларының нәтижелігі зерттелді.

#### Summary

*М.Т. Dyusupova*

#### CARDIOGENIC SHOCK. DIAGNOSIS AND TREATMENT IN AN EMERGENCY MEDICAL CARE

Based on the analysis of call cards to patients with cardiogenic shock studied the frequency of symptoms of shock, the effectiveness of remedial measures at the stage of emergency medical care.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 615.015:615.262.1:616.72-002-085.262.1

*А.Г. НУРМУХАМБЕТОВА, А.И. СУЛТАНОВА, Б.А. КЕРИМБАЕВА,  
С.Е. АХМЕТЖАНОВА, И.В. КИМ, Д.С. СЕЙДУМАНОВ,  
С.Д. БАЙТУОВ, Д.А. КАПСУЛТАНОВА*

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы;  
Городская больница – Диагностический центр, г. Талдықорган*

#### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ

**Аннотация.** Статья посвящена интересному клиническому случаю болезни Стилла у взрослых. В ней описываются особенности диагностики и лечения этого заболевания.  
**Ключевые слова:** болезнь Стилла, взрослые, диагностика, бруцеллез, преднизолон.

Синдром Стилла у взрослых (болезнь Стилла у взрослых, Adult onset Still's disease) является относительно редким и во многом загадочным заболеванием, которое может развиваться внезапно и в ряде случаев также внезапно исчезать. Данное заболевание вызывает трудности для диагностики и проведения дифференциального диагноза во всех случаях «лихорадки неясного генеза» [1]. Считается, что 0,5–9% пациентов с диагнозом «лихорадка неясного генеза» страдают синдромом Стилла [2, 3]. Болеют преимущественно молодые люди 18–35 лет, хотя описаны случаи заболевания в возрасте старше 70 лет. Мужчины и женщины поражаются примерно с одинаковой частотой [2, 4, 5, 6].

Сложность постановки диагноза болезни Стилла у взрослого человека представляет следующий клинический случай. Больной А., 25 лет, поступил в Талды-

корганскую городскую больницу 01.02.13 г. с жалобами на боли летучего характера в крупных суставах, преимущественно коленных, в суставах кистей рук, боли в икроножных мышцах, лихорадку с повышением температуры тела до 39,2°C, сопровождающуюся слабостью. Из анамнеза жизни: В настоящее время работает финансистом. Вредных привычек и профессиональных вредностей не имеет. Из анамнеза заболевания известно, что до 2012 г. больной чувствовал себя здоровым. В октябре 2012 г. без видимых причин отметил ухудшение самочувствия, сопровождающееся повышением температуры тела до 39–40°C, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и болью в суставах (преимущественно в левом коленном суставе – больной не мог самостоятельно передвигаться), ощущением жара, ознобом, головокружением, болями в горле. На фоне лихорадки трижды отмечалась диарея. Больной обратился к врачу и был госпитализирован в городскую инфекционную клиническую больницу г. Алматы. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 96. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Размеры по Курлову 14 см/11см/10 см, селезенка безболезненна при пальпации. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Костно-суставная система: левый коленный сустав гиперемирован, болезнен при пальпации. Боль усиливается при движении. В анализе крови выявлены лейкоцитоз  $28 \times 10^9/\text{л}$ , ускорение СОЭ до 50 мм/ч и С-реактивный белок (СРБ) (++)). По результатам посевов крови, мочи, кала – роста патогенной микрофлоры не получено. Реакция прямой гемагглютинации (РПГА) с тифо-паратифозным, иерсиниозным, псевдотуберкулезным антигенами отрицательная. Иммуноферментный анализ крови на ВИЧ, сифилис, маркеры вирусных гепатитов А, В и С отрицательный. LE-клетки (волчаночные клетки) не обнаружены. Ревматоидный фактор негативный. Анализ спинномозговой жидкости патологических изменений не выявил. При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия (контуры печени ровные, увеличены, эхоплотность средняя. Селезенка увеличена, площадь 44 кв. см). Был выставлен предварительный диагноз: Бруцеллез неуточненный (А 23.9 по МКБ). Проводилось лечение цефтриаксоном 2,0 г/сут, ципрофлоксацином 400 мг/сут, метрогилом 200 мл/сут. На фоне терапии состояние больного оставалось без существенной динамики. Сохранялось повышение температуры тела до 38,5°C с проливным потом, преимущественно в вечернее время, что заставило врачей провести эхокардиографию (ЭхоКГ) с целью исключения инфекционного эндокардита. По данным ЭхоКГ, патологических изменений не было выявлено. Учитывая неэффективность антибиотикотерапии, к лечению было добавлено внутривенное введение преднизолона 150 мг/сут в течение 6 дней, на фоне чего самочувствие улучшилось. Температура тела нормализовалась, сон и аппетит восстановились. Размеры печени и селезенки уменьшились (размеры печени – 11/10/9 см, селезенка не пальпируется). Диагноз инфекционного заболевания был исключен. Высказывалось предположение о наличии ревматического заболевания, природу которого требовалось в дальнейшем уточнить. В начале ноября 2012 г. пациент был выписан по личной просьбе.

В декабре 2012 г. больной вновь отметил ухудшение самочувствия. Появились боли в горле, в левом коленном, тазобедренном, плечевом суставах. Боли носили летучий характер. Стали беспокоить ноющие боли в области сердца. Вновь отметил повышение температуры тела до 39°C, проливной пот, слабость и снижение работоспособности. С данными жалобами больной был госпитализирован в Ревматологический центр г. Алматы. При обследовании выявлены выраженный лейкоцитоз (лейкоциты  $14,33 \times 10^9/\text{л}$ ) и ускорение СОЭ (45 мм/час), СРБ +++++, увеличение фибриногена до 7 г/л; отсутствие антител к ANA, LE-клеткам, нормальные значения АТкКЛ IgM 2,89 МЕ/мл, АТкКЛ IgG 2,85 МЕ/мл, IgE 152,97 мг/дл, IgM –

197 мг/дл, IgG – 1400 мг/дл. На основании результатов проведенного обследования был поставлен следующий диагноз: Смешанное заболевание соединительной ткани (миалгии, артралгии), активность 3. Больному проводилась терапия пенициллином 1 мл в/м 3 раза/сут 7 дней, ванкомицином 1 г в/м 2 раза/сутки, гентамицином 80 мг в/м 2 раза/сут, микомаксом 100 мг в/м 2 раза/неделю. В связи с неэффективностью проводимого лечения был назначен преднизолон 15 мг/сут в таблетках. На фоне приема преднизолона все симптомы регрессировали. Больной был выписан с рекомендациями дальнейшего приема преднизолона в дозе 10 мг/сут со снижением дозы на 1/4 таблетки в неделю, вплоть до полной отмены.

1 месяц после выписки больной чувствовал себя удовлетворительно. Однако 28 января 2013 г. после переохлаждения отметил температуру тела 38,3°C, нарастающую слабость, болезненность в левом коленном суставе, потливость. Самостоятельно начал прием диклофенака, на фоне которого температура снизилась до 37,3°C. Для обследования и лечения больной был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы г. Талдыкорган. При поступлении в стационар состояние относительно удовлетворительное. При объективном осмотре: по органам и системам патологии не выявлено

В крови – нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты  $14,33 \times 10^9$ /л нейтрофилов 83,1%), ускорение СОЭ 54 мм/ч, увеличение СРБ ++++. Ревматоидный фактор не определялся, иммуноглобулины (Ig): IgA – 550 мг/дл (норма 50–300 мг/дл), IgE – 152,97 мг/дл (норма 0–100 мг/дл). В связи с подозрением на системное заболевание ех *juvantibus* назначены метотрексат 7,5 мг внутримышечно и метипред 16 мг в сутки с дальнейшим уменьшением дозы (по 1/4 таблетки 1 раз в 2 нед) до полной отмены препарата. На фоне проводимой терапии общее состояние больного улучшилось, лабораторные показатели снизились (лейкоциты –  $10,1 \times 10^9$ /л, ускоренное СОЭ 30 мм/ч, СРБ ++), в связи с чем рекомендовано продолжить дальнейшее лечение данными препаратами. На основании вышеперечисленных жалоб (синдром лихорадки «неясного генеза», синдром артралгии, миалгии), объективных данных, анамнеза, лабораторно-инструментальных данных (лейкоцитоз  $14,33 \times 10^9$ /л, ускоренное СОЭ 54 мм/ч, СРБ ++++), положительного эффекта от проводимой терапии выставлен клинический диагноз: Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых M06.1 (по МКБ) [5, 6].

**Вывод:** Болезнь Стилла у взрослых является сравнительно редким, но серьезным и потенциально инвалидизирующим заболеванием. Об этом заболевании следует помнить во всех случаях стойкого лихорадочного синдрома. Характерные клинические симптомы в дебюте болезни могут отсутствовать и часто требуются месяцы динамического наблюдения за пациентами для выявления больших и малых критериев болезни Стилла у взрослых, что наглядно продемонстрировано на примере нашего пациента.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Титова И.П.* Синдром Стилла у взрослых: клиника, диагностика, лечение. URL: [http://www.bsnu.by/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3538:2010-05-21-08-04-49&catid=167:22002&Itemid=52](http://www.bsnu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3538:2010-05-21-08-04-49&catid=167:22002&Itemid=52)
- 2 *Edward D., Harris Ir., Mark C. Genovese.* Primary care rheumatology/[edited by]. – 2000. – P. 182–183; 397–399.
- 3 *John J. Cush,* et al. Rheumatology: diagnosis and therapeutics. – 1999. – P. 152–153.
- 4 *Вест С. Дж.* Секреты ревматологии/Пер. с англ. – М.; СПб: Изд-во «БИНОМ»–Невский Диалект, 2002. – С. 234–238.
- 5 *Насонов Е.Л.* Ревматология//Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 737 с.
- 6 *Kadar J, Petrovicz E.* [Adult-onset Still-disease: survey of 18 cases]//Orv Hetil. – 2003. – № 144 (4). – P. 173–8. Hungarian. PubMed PMID: 12621815.

## Тұжырым

*А.Г. Нурмухамбетова, А.И. Султанова, Б.А. Керимбаева, С.Е. Ахметжанова,  
И.В. Ким, Д.С. Сейдуманов, С.Д. Байтуов, Д.А. Капсултанова*

### КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ: ЕРЕСЕКТЕРДЕГІ СТИЛЛ АУРУЫ

Бұл мақалада ересектер арасындағы ұзақ қызбалық синдромымен жүретін Стилла ауруының сирек кездесуіне байланысты және өткізіп алу қаупі болмағандықтан диагноздық ою кезінде кездесетін қиындықтарға байланысты клиникалық мысалдар келтіріліп отыр.

## Summary

*A.G. Nurmuchambetova, A.I. Sultanova, B.A. Kerimbaeva, S.E. Achmetjanova, I.V. Kim,  
D.S. Seydumanov, S.D. Baytuov, D.A. Kapsultanova*

### CASE REPORT: STILL'S DISEASE IN ADULTS

There is the clinical example how to the difficult to diagnoses the Still's disease of patient with prolonged febrile syndrome.

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

УДК 616.72-002

*А.С. АМАНЖОЛОВА*

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

## СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО И ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Аннотация.** В статье представлены результаты исследования по сравнению клинической эффективности и безопасности парентерального и перорального применения метотрексата у больных ревматоидным артритом.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, инъекционная форма метотрексата, Das 28.

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание, при котором в первую очередь поражаются мелкие синовиальные суставы с последующей их деструкцией, что приводит не только к потере временной трудоспособности, но и к инвалидизации, наносит огромный ущерб как самому пациенту, так и обществу в целом. Поэтому выбор препаратов патогенетического действия важен, особенно на ранних стадиях болезни [1]. В общеклинической практике метотрексат (МТ) по-прежнему остается препаратом первого ряда – «золотым стандартом» для лечения РА [2]. Имеются данные о том, что и в низких дозах МТ оказывает антипролиферативный эффект, так как повышает экстрацеллюлярный уровень аденозина путем ингибции АИКАР, что способствует аккумуляции аденозина в клетках и внеклеточном окружении, который затем связывается с аденозин-А2-рецепторами, снижает секрецию фактора некроза опухоли-а (ФНО-а), интерферона, интерлейкина 6 (ИЛ-6), что определяет болезньюмодифицирующий эффект МТ [3–4]. В высоких концентрациях аденозин связывается с А2-рецепторами активированных нейтрофилов, что приводит к подавлению воспаления.

**Цель исследования** – сравнение эффективности и безопасности МТ при парентеральном и пероральном применении у пациентов РА.

**Материалы и методы.** В наблюдение включались 18 (15 женщин – 83,4%, 3 мужчин – 16,6%) больных с высокой активностью болезни, серопозитивных по ревматоидному фактору (РФ), в возрасте от 28 до 65 лет (средний возраст 47,2

года). Длительность течения РА у обследованных составляла от 1 года до 13 лет. Пациенты были разделены на две группы. Пациенты первой группы (9 человек) перорально принимали таблетки метотрексата – 10 мг/нед, второй группы (9 человек) – парентерально в той же дозе. Эффективность лечения оценивали по динамике суставного синдрома (количество болезненных и припухших суставов, интенсивность боли и общее состояние здоровья по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)) и лабораторных (СОЭ и СРБ) показателей. Анализ указанных показателей в сравниваемых группах проводили через 2 и 4 месяца от начала терапии.

**Результаты.** При проведении сравнительной оценки эффективности лечения в первой и во второй группах через 2 месяца от начала лечения значительно большее количество пациентов, получавших парентеральное введение МТ, по сравнению с пациентами, принимавшими препарат перорально, достигли ответа быстрее. Улучшилось самочувствие, уменьшились утренняя скованность, болевой синдром, увеличился объем движения в суставах, улучшились лабораторные показатели СОЭ мм/ч ( $39,1 \pm 9,9$ ;  $25,2 \pm 8,0$ ) СРБ мг/л  $41,1 (\pm 10,2)$   $10,3 (\pm 5,1)$  DAS 28 к 2-му мес –  $4,10 \pm 0,72$ , к 4-му мес –  $3,07 \pm 0,54$ , что соответствует низкой активности воспаления.

**Выводы.** Результаты данного наблюдения показали, что МТ значительно более эффективен при парентеральном введении, чем при приеме перорально в той же дозе. С парентеральным путем введения связывали лучшую переносимость и меньшее количество побочных эффектов. Пациентов, у которых наблюдались нежелательные эффекты или не было существенного клинического улучшения на фоне приема метотрексата внутрь, переводили на внутримышечный или подкожный метотрексат. Ответ после подкожного введения был таким же, как и при внутримышечном введении. Один пациент перенес подкожное введение лучше, чем внутримышечное.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Балабанова Р.М. Значение метотрексата для лечения ревматоидного артрита в эру биологических препаратов//Consilium Medicum. – 2010. – № 2. – С. 123–126.
- 2 Furst D.E., Breedveld F.C., Kalden J. et al. Update consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases//Ann Rheum Dis. – 2006. – № 65 (Suppl. 3). – P. 2–15.
- 3 Niedel J., Sova L., Schroers B. Effect of methotrexate on normal articular cartilage in vitro and in vivo//Ann Rheum Dis. – 1998. – № 57. – P. 414–21.
- 4 Johnston C.A., Russell A.S., Kovithavongs T. et al. Measures of immunologic and inflammatory responses in vitro in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate//J Rheum. – 1986. – № 13. – P. 294–6.

#### Тұжырым

*А.С. Аманжолова*

#### РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТПЕН НАУҚАСТАРҒА МЕТОТРЕКСАТТЫҢ ІШКЕ ҚАБЫЛДАУ ЖӘНЕ ПАРЕНТЕРАЛЬДЫ ТҮРЛЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТИІМДІЛІГІ ЖӘНЕ АРТЫҚШЫЛЫҒЫ

Аталған мақалада метотрексаттың тиімділігі, әсер ету механизмі және клиникалық практикада қолданылуы туралы берілген. Метотрексаттың инъекционды түрінің артықшылығы көрсетілген.

#### Summary

*A.S. Amanjolova*

#### COMPARISON OF CLINICAL EFFICIENCY AND SAFETY OF PARENTERAL AND PERORAL APPLICATION OF A METHOTREXATE AT PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

In this article presented the data on the efficacy, safety, tolerability, the main mechanism of methotrexate. Shown the advantages of injectible forms of methotrexate, that are more effective.

УДК 614.2:57.083.12/.13(574.51)

*Г.Т. СЕЙКЕТОВА, Б.К. ИМАНБЕКОВА, С.И. КУДИНА, А.С. ТУКУЛОВА*

*Городская централизованная бактериологическая лаборатория, г. Алматы*

### **О СОСТОЯНИИ ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ г. АЛМАТЫ**

**Аннотация.** В статье приведены материалы о состоянии проведения в МО преаналитического этапа лабораторного исследования, и проанализированы основные типы ошибок, допускаемые персоналом при его проведении.

**Ключевые слова:** преаналитический этап, биоматериал, проба, идентификация.

Микробиологические исследования, как и любой другой вид лабораторного исследования, состоят из двух этапов: предлабораторного и лабораторного.

Предлабораторный этап осуществляет персонал медицинских организаций (МО). Он включает целый ряд манипуляций и процедур, начиная с выбора врачом-клиницистом вида и сроков исследования с учетом патогенетических особенностей инфекционного процесса, предварительной подготовки пациента к исследованию, взятия биоматериала и формирование первичной пробы, а при необходимости ее временного хранения и, наконец, ее транспортировки в микробиологическую лабораторию.

Качество, достоверность и точность лабораторных исследований напрямую зависит от того, насколько правильно проведен забор и доставка биоматериала от пациентов и его транспортировка в микробиологическую лабораторию, т. е. от предлабораторного этапа исследований.

Особенно актуально это для микробиологических исследований, т. к. от данного этапа зависит посевная доза микробов при взятии биоматериала и сохранность живых микробов в пробе биоматериала при его транспортировке в лабораторию.

Проведенный нами анализ основных типовых ошибок, допускаемых персоналом МО на преаналитическом этапе, позволил выделить три основные группы ошибок.

**I. Организационные ошибки.** Неправильное определение цели исследования и, соответственно, неправильное назначение вида исследования является одной из наиболее часто встречающихся ошибок преаналитического этапа лабораторной диагностики. Причинами их возникновения является отсутствие системного подхода к планированию и организации указанной работы в лечебных учреждениях. В ходе исследования выявлена недостаточная компетентность врачей-клиницистов в вопросах микробиологической диагностики инфекционных и неинфекционных болезней. Врачи-клиницисты, направляющие биоматериал на микробиологическое исследование, недостаточно четко представляют возможности и особенности различных видов исследования, критерии выбора вида исследования применительно к каждому конкретному случаю заболевания.

Особенно часто это наблюдается при исследовании крови. Примером таких назначений является направление крови для исследования на бруцеллез в лабораторию, которая не имеет разрешения на работу с этим патогеном. Исследования на бруцеллез проводятся только в лабораториях, имеющих разрешение на работу с патогенами I–II групп патогенности. Подобные ошибки затягивают сроки доставки пробы биоматериала в компетентную лабораторию, что, естественно, негативно отражается на результатах бактериологического исследования.

Достаточно часто наблюдается путаница в посевах крови на желчный бульон и на «двойную среду». Между тем указанные среды предназначены для проведения принципиально различных исследований: первая – для выделения возбудителей брюшного тифа и паратифов, вторая – возбудителей септических процессов.

Подобные ошибки наблюдаются при назначении на бактериологическое исследование и других биосубстратов.

**II. Технические ошибки.** К этой группе наиболее часто встречающихся ошибок относятся те, которые возникают при взятии биоматериала у пациентов и последующей транспортировке в бактериологическую лабораторию. Они касаются как количества взятого биоматериала, не обеспечивающее достаточную посевную дозу микробов, так и его качества – доставка проб биоматериала, не содержащего вовсе искомым микроорганизмов (высыхание тампонов с биоматериалом и др., доставка гемолизировавшейся крови и т. д.).

Нарушение условий и сроков доставки биоматериала в лабораторию также является частой причиной этих ошибок. При этом в пробе биоматериала в результате гибели одних микроорганизмов и размножения других микробов-ассоциантов происходит нарушение истинного распределения видов микробов, т. е. получается искажение результатов анализа.

Зачастую первичные пробы (крови, ликвора) доставляются в лабораторию в охлажденном виде; пробы биосубстратов на условно-патогенную флору (УПФ) доставляются в сроки, превышающие 2–3 часа, в результате количественное определение возбудителей УПФ становится невозможным.

Не обеспечивается биобезопасность клинического и лабораторного персонала при взятии и транспортировке биоматериала, не соблюдается необходимый режим влажности и температуры. Особенно часто это наблюдается при доставке биоматериала на исследование на менингококковую инфекцию (менингококки чрезвычайно требовательны к режиму влажности и температуры, минимальное снижение последней или высыхание пробы биоматериала резко снижает количество жизнеспособных микробов в пробе биоматериала).

**III. Патогенетические ошибки.** В МО не соблюдаются патогенетические обусловленные сроки взятия того или иного биоматериала, соответствующие периодам болезни, когда присутствие в нем возбудителя наиболее вероятно.

К этой группе ошибок можно также отнести взятие биоматериала у больного после назначения этиотропного лечения. При взятии образца пробы берутся вне очага поражения, в частности, при взятии биоматериала из ран пробу берут не в очаге воспаления, а в гнойном детрите. Забор материала осуществляется не на высоте клинических проявлений и т. д.

Нельзя не упомянуть также о качестве оформления направлений на исследование. Утвержденные формы направлений имеют цель стандартизировать объем информации, необходимой для проведения исследования и направлены как на идентификацию пациента (пол, возраст, предварительный диагноз), так и на идентификацию медработников и лечебного учреждения, направивших данную пробу биоматериала (фамилия врача, среднего медработника, штамп медучреждения и т. д.). Нарушение указанных требований приводит к путанице анализов, порой требующих проведения повторных анализов и даже способных привести к ошибке в выставлении клинического диагноза с соответствующими негативными последствиями.

Большое количество ошибок отмечено в предварительной подготовке пациентов к обследованию и т. д.

Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о недостаточном уровне проведения преаналитического этапа бактериологических исследований, осуществляемого персоналом МО.

Для устранения недостатков необходимо главным образом уделять внимание подготовке среднего медицинского персонала, поскольку именно от него зависит качество преаналитического этапа бактериологических исследований.



### **Выводы:**

1. Преаналитический этап играет существенную роль при проведении лабораторного микробиологического исследования.
2. Проведенный анализ выявил три основные группы допускаемых ошибок.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Шагинян И.А., Данилина Г.А., Чернуха М.Ю. Формирование биопленок клиническими штаммами бактерий//ЖМЭИ. – 2007. – № 1. – С. 3–9.
- 2 Онищенко Г.Г. О состоянии инфекционной заболеваемости в РФ и применяемых мерах по ее стабилизации//ЖМЭИ. – 2001. – № 5. – С. 3–7.
- 3 Онищенко Г.Г. Основные обязательства «группы восьми» в области укрепления систем здравоохранения//ЖМЭИ. – 2007. – № 6. – С. 37–40.
- 4 Рачина С.А., Фокин А.А., Ишмухаметов А.А. и др. Анализ амбулаторного потребления antimicrobных препаратов для системного применения в различных регионах РФ// Клиническая микробиология и antimicrobная химиотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 59–70.
- 5 Сагалова О.И., Пищулова О.А., Нечет В.А. Характеристика этиологической структуры острых кишечных инфекций у взрослых по данным инфекционного стационара//ЖМЭИ. – 2007. – № 5. – С. 7–7.
- 6 Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования: Приказ № 535 от 22.04.1985 г. – М., 1989 – С. 125.

### **Тұжырым**

*Г.Т. Сейкетова, Б.К. Иманбекова, С.И. Кудина, А.С. Тукулова*

### **АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАР ТУРАЛЫ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ – АПТАЛДАҒЫШ КЕЗЕҢІНІҢ КҮЙІ**

Жиынтық қатенің анализін жүргізу, МО персоналының аналитикалық кезең алдында жіберетін техникалық және патогенетикалық мінездің негізгі топтарын айқындайды.

### **Summary**

*G.T. Seiketova, B.K. Imanbekova, S.I. Kudina, A.S. Tukulova*

### **ABOUT THE STATE OF THE PREANALYTICAL STAGE OF MICROBIOLOGICAL RESEARCHES IN MEDICAL ORGANIZATIONS ALMATY**

The analysis of typical mistakes made by MO staff on preanalytical stage was conducted; pointed out specific groups of those mistakes organized-technical, as well as pathogenetic characteristics.

616.9:615.859;57.083.12/.13

**Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)**

*Г.Т. СЕЙКЕТОВА, Н.П. ЧИЖОВА, Б.К. ИМАНБЕКОВА, С.И. КУДИНА*

*Централизованная бактериологическая лаборатория  
Городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой, г. Алматы*

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ**

**Аннотация.** Многолетний мониторинг за внешней средой инфекционного стационара г. Алматы показал его острую необходимость для обеспечения пртивоэпидемического режима и снижения уровня заболеваемости ВБИ.

**Ключевые слова:** мониторинг, противозидемический режим, инфекция, стерильность, контаминация.

Нарушения противоэпидемического режима в инфекционном стационаре могут зачастую приводить к возникновению как единичных случаев, так и групповых внутрибольничных вспышек заболевания. Так, по данным литературы, в гепатитных отделениях описаны вспышки иерсиниоза, напоминающие по клинике гепатит А, реальна опасность перекрестных заражений пациентов вирусными гепатитами С, В, G, различными возбудителями кишечных и воздушно-капельных инфекций.

Вместе с тем традиционно сложилось, что нормативные и методические документы по проведению бактериологического мониторинга разработаны только для лечебно-профилактических учреждений хирургического и акушерского профиля. В то же время для инфекционных больниц регламентирующих документов по нормированию больничной среды не имеется в связи с особым режимом, сводящим до минимума возможность внутрибольничного заражения.

Установлено, что проведение системного бактериологического мониторинга больничной среды инфекционного стационара крайне необходимо и должно сыграть позитивную роль в обеспечении противоэпидемического режима и снижения уровня внутрибольничной заболеваемости ВБИ как инфекционными, так и неинфекционными заболеваниями. В основу практики проведения бактериологического контроля больничной среды инфекционных больниц взяты принципы и методология, применяемые в акушерских и хирургических стационарах, а также собственные многолетние наблюдения при осуществлении данной работы в инфекционном стационаре г. Алматы.

Основной задачей мониторинга в инфекционном стационаре является контроль больничной среды стационара (предметы окружающей среды), воздуха, а также контроль стерильности ряда лекарственных веществ, инструментов и др. асептических объектов.

При определении перечня объектов, подлежащих контролю в инфекционном стационаре, основным критерием являлось устранение всех возможных резервуаров инфекции и путей их передачи. Поэтому конкретный перечень объектов определялся коллегиально госпитальным эпидемиологом и врачом-бактериологом.

В этом плане исследование предметов больничной среды является одним из важнейших элементов мониторинга и проводится «методом смывов». Смывы исследуются на выявление санитарно-показательных микроорганизмов (СПМ), каковыми являются БГКП, *Staph. aureus*, *Ps. aeruginosa*, УПФ, которые являются косвенным подтверждением фекального и других видов загрязнений патогенной микрофлорой.

Другим важным элементом бактериологического мониторинга является бактериологическое исследование воздушной среды. Оно проводится в клинических отделениях, где сосредоточены пациенты с инфекционными болезнями с воздушно-капельным механизмом передачи инфекции, а также в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Исследование воздуха предусматривает определение санитарно-показательных микроорганизмов – ОМЧ (МАФМ), *Staph. aureus*; в ряде случаев по показаниям – энтеробактерий и НГОБ (неферментирующих грамотрицательных микроорганизмов).

Бактериологическое изучение стерильности является третьим важным элементом бактериологического мониторинга, определяемым, как правило, в целях контроля параметров и эффективности стерилизационного оборудования, а также контроля предметов медицинского назначения и лекарственных форм, требующих строгой асептики.

Специфической особенностью бактериологического мониторинга в инфекционном стационаре является периодический контроль контаминации больничной среды патогенной микрофлорой. Характер видового пейзажа микробов, в отношении которых проводится бактериологический контроль, определяется контингентом больных с той или иной инфекционной патологией, находящихся в клинике.

При проведении мероприятий по бактериологическому мониторингу следует учитывать особый характер инфекционного стационара как места сосредоточения многочисленных патогенов и их носителей, многократно повышающий степень биологической опасности стационара, специфику контингента больных. Исходя из этого, показаниями к проведению смывов на патогенную микрофлору являются: плохие показатели по контролю текущей дезинфекции; массовые выделения одноклонной микрофлоры (протей, синегнойная палочка, стафилококки); большая нагрузка инфекционного стационара в эпидсезон.

В целом проведение целенаправленного системного бактериологического мониторинга в инфекционном стационаре является необходимым компонентом обеспечения биологической защиты персонала и пациентов, направленным на обеспечение противоэпидемического режима, предотвращения случаев внутрибольничной заболеваемости.

#### **Выводы:**

Проведение системного бактериологического контроля является необходимым для обеспечения противоэпидемического режима и снижения уровня заболеваемости ВБИ в инфекционных стационарах.

В основу практики проведения бактериологического контроля больничной среды инфекционных стационаров взяты принципы и методологии, применяемые в акушерских и хирургических больницах, а также собственные многолетние наблюдения при осуществлении данной работы в инфекционном стационаре г. Алматы.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Садикова Н.В., Шулак Ю.А., Зверева И.К., Ершова О.Н. и др. Распространение маркеров вирусного гепатита В и С среди пациентов специализированных медицинских учреждений//ЖМЭИ. – 2006. – № 7. – С. 28–33.
- 2 Трунилина Р.А., Шахлин В.В. Сальмонеллезная инфекция в хирургических отделениях городской больницы ЭИМЭИ. – 1998. – № 4. – С. 111–113.
- 3 Червинец В.М., Бондаренко В.М., Червинец Ю.В. Скрининг непатогенных антагонистических активных штамов *Enterococcus faecium*//ЖМЭИ. – 2007. – С. 57–66.
- 4 Сергиев В.П., Дрынов И.Д. Система профилактики массового распространения единого комплекса ОРВИ//ЖМЭИ. – 2007. – № 1. – С. 17–2.
- 5 Чеснакова М.В., Климов В.Т. Генотипирование *I. Pseudotuberculosis*, выделенных в Сибири и на Дальнем Востоке//ЖМЭИ – 2006. – № 6. – С. 30–35.

#### **Тұжырым**

*Г.Т. Сейкетова, Н.П. Чижова, Б.К. Иманбекова, С.И. Кудина*

#### **ЖҰМЫСКЕРЛЕР МЕН АУРУЛАРДЫҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ҚОРҒАНЫСЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖҰҚПАЛЫ АУРУХАНАДА САНИТАРЛЫҚ БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГ ЕРЕКШЕ ӨТКІЗІЛЕДІ**

Жұқпалы аурухананың аурулық ортасын бактериологиялық тексерісіне акушерлік және хирургиялық стационарларда қолданылатын ұстаным және методологиясы көп жылдық қадағалау Алматы қаласында жұқпалы ауруханада жүргізіледі.

#### **Summary**

*G.T. Seiketova, N.P. Chizhova, B.K. Imanbekova, S.I. Kudina*

#### **FEATURES OF REALIZATION OF THE SANITARY-BACTERIOLOGICAL MONITORING IN INFECTIOUS PERMANENT ESTABLISHMENT FOR PROVIDING OF BIOLOGICAL SAFETY OF PERSONNEL AND PATIENTS**

Bacteriological control practices of clinical environment fundamentals were referenced to the principals and methodologies used in obstetric and surgical clinics also based on personal experience of many years working in infectious hospitals in Almaty city.

*Н.П. ЧИЖОВА*

*Централизованная бактериологическая лаборатория  
Городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой, г. Алматы*

## ОЦЕНКА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СТАФИЛОКОККОВ

**Аннотация.** В статье приведены данные о антибиотикорезистентности культур стафилококков, выделенных из клинического материала. Установлена различная чувствительность к 6 группам лекарственных препаратов и определена тактика для изучения метициллинрезистентных штаммов.

**Ключевые слова:** антибиотики, резистентность, бета-лактамаза, антибиотикограмма.

Как известно, препаратами выбора при лечении стафилококковых инфекций являются бета-лактамы. Они подразделяются на препараты, чувствительные к микробным ферментам бета-лактамазам и резистентные к последним. Устойчивость стафилококков к бета-лактамам связана либо с продукцией бета-лактамаз, либо с наличием пенициллинсвязывающего белка — ПсБ2а. Выявить и дифференцировать эти механизмы резистентности возможно с использованием дисков бензилпенициллина и оксациллина, применяемых для определения антибиотикограммы дискодиффузионным методом.

Бензилпенициллин является показательным препаратом для установления наличия у микроорганизма бета-лактамаз. Оксациллин используют для детекции наличия ПсБ2а. Выявление резистентности к нему означает резистентность ко всем бета-лактамам — метициллинрезистентность и, соответственно, необходимость формирования набора из других лекарственных препаратов для ее изучения.

**Цель исследования** — изучение антибиотикорезистентности культур стафилококков для формирования оптимального набора, позволяющего четко определить антибиотикограмму выделенного возбудителя.

Было изучено 137 культур стафилококка, выделенных из различного биоматериала: крови, желчи, промывных вод желудка, мочи. Большинство культур обладали факторами патогенности, т. е. были коагулазоположительными и гемолитически активными.

Для тестирования стафилококков применялись бензилпенициллин, оксациллин, эритромицин, тетрациклин; в качестве дополнительных препаратов — гентамицин, клиндамицин, гликопептиды, линкозамиды, ко-тримаксазол. Основной и дополнительный наборы были рекомендованы Советом экспертов по биологической стандартизации ВОЗ для рутинного исследования чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Было установлено, что большинство исследованных культур являлись чувствительными к цефалоспорином 1–3-го поколения и к комбинированным бета-лактамам препаратам.

При испытании дисков с рекомендованными препаратами 70% культур были чувствительны к бензилпенициллину, 83% — к оксациллину; к другим группам лекарственных препаратов — эритромицину, тетрациклину, клиндамицину, гентамицину — чувствительность была более низкой и составляла 54%, 56%, 57%, 60% соответственно.

В целом при применении основного и дополнительного наборов удалось тестировать 97% исследованных культур.

Следует однако отметить, что культуры, идентифицированные с помощью диска с оксациллином как метициллинрезистентные (17%), проявляли устойчивость почти ко всем беталактамным препаратам. Около 7% из них обладали чувствительностью к гликопептидным антибиотикам – ванкомицину и ристомицину, 3% – к линкомицину, 4% – к гентамицину и ципрофлоксацину, 3% – к эритромицину, ципрофлоксацину и клиндамицину.

**Выводы:**

1. С помощью рекомендованного набора антимикробных препаратов удалось тестировать 97% культур стафилококков, выделенных из различных биоматериалов.

2. После установления метициллинрезистентности культур целесообразно исследование устойчивости к другим группам лекарственных препаратов.

3. Для изучения метициллинрезистентных культур целесообразно включать гликопептидные (ванкомицин, ристомицин) препараты, а также макролиды, линкозамиды, тетрациклины, хинолоны.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Руднов В.А., Пимионов С.К. Клинические рекомендации по ведению больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком//Клинич. микробиол. антимикроб. химиотерап. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 192–200.

2 Решедько Г.К. Аминогликозиды: перспективы применения в клинической практике//Клинич. микробиол. антимикроб. химиотерап. – 2008. – Т. 10, № 3. – С. 260–267.

3 Дехнич А.В., Никулин А.А., Рябкова Е.Л. и др. Эпидемиология резистентных штаммов *S. aureus*, выделенных от пациентов в ОРИТ российских стационаров: результаты многоцентрового исследования//Клинич. микробиол. антимикроб. химиотерап. – 2008. – Т. 10, № 4. – С. 333–344.

4 Orriff F.A. The emergence of mupirocin resistance among clinical isolates of methicillin-resistant *S. aureus* in Frinidad: a first report//Jpn J Infect Dis. – 2008. – № 61. – P. 107–110.

**Тұжырым**

*Н.П. Чижова*

**СТАФИЛЛОКОКТАРДЫҢ АНТИБИОТИКТЕРГЕ  
ТҰРАҚТЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ**

Стафилококк культураларының антибиотиктерге тұрақтылығының зерттеуі жүргізілді, клиникалық материалдан бөлінген оптималды терімді қалыптастыру үшін, бөлінген қоздырғыштың антибиотикограммын нақты анықтауын рұқсат ететін.

**Summary**

*N.P. Chizhova*

**EVALUATION ANTIBIOTIC RESISTANT  
STAPHYLOCOCCI**

The study of antimicrobial resistance of cultures of staphylococci isolated from clinical material for creating the optimal choice which clearly define the anti biogram abjection.

УДК.616.28-002.5

Н.А. ТАШБАЕВ, У.Г. РАХМАНКУЛОВ, Д.Д. ИСАЛИЕВ, Е.О. ОМИРОВ

Областная детская клиническая больница;  
Клиника Дау-Мед, г. Шымкент

### ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДНЕГО УХА

**Аннотация.** Нами обследованы 3238 больных туберкулезом, находившихся на стационарном и санаторном лечении Туркестанского, Кентауского городских и Южно-Казахстанского областного противотуберкулезного диспансера.

**Ключевые слова:** отит, туберкулез, антибиотики, инфекция, лечение.

Туберкулез среднего уха встречается как вторичное поражение очень редко. Возбудитель попадает в среднее ухо тубарным и гематогенным путями. В развитии туберкулеза среднего уха большое значение имеет иммунитет больного [1].

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от формы туберкулеза легких

Заболевания ЛОР органов	Число-больных	Из них выявлено				Всего
		Заболевание носа и околоносовых пазух	Заболевание уха	Заболевание глотки	Заболевание гортани	
Клиническая форма туберкулеза	Количество, %					
Туб. интоксикация и первичный комплекс	83/2,5%	13/15,6%	8/9,6%	7/8,4%	6/7,2%	34/40,9%
Внутригрудных лимфатических узлов	167/5,1%	23/13,7%	19/11,3%	17/10,1%	22/13,1%	81/48,5%
Диссеминированная	304/9,3%	43/14,1%	43/14,1%	59/19,4%	38/12,5%	183/60,1%
Очаговая	271/8,3%	39/14,3%	40/14,7%	37/13,6%	33/12,1%	149/54,9%
Инфильтративная	1635/50,4%	211/12,9%	190/11,6%	204/12,4%	156/9,5%	761/46,5%
Кавернозная	196/6,0%	31/15,8%	34/17,3%	29/14,7%	12/6,1%	106/54,0%
Фиброзно-кавернозная	312/9,6%	48/15,3%	39/12,5%	41/13,1%	26/8,3%	154/49,3%
Плеврит (эмпиема)	159/4,9%	22/13,8%	25/15,7%	38/23,8%	8/5,0%	93/58,4%
Туберкулез верхних дыхательных путей	79/2,4%	6/7,5%	4/5,0%	7/8,8%	4/5,0%	21/26,5%
Туберкулома	21/0,6%	4/19,0%	3/14,2%	5/23,8%	0/0%	12/57,1%
Цирротическая	11/0,3%	1/9,0%	0/0%	2/18,1%	0/0%	3/27,2%
Итого	3238/100%	441/13,6%	405/12,5%	446/13,7%	305/9,4%	1597/49,3%

По данным И.Ф. Махмутова, частота хронического гнойного среднего отита среди больных, страдающих различными формами туберкулеза легких, остается до

настоящего времени высокой (7,72±0,34%) [2, 3]. Авторы наблюдали 5954 больных, страдающих туберкулезом органов дыхания, из них у 460 пациентов специфический легочной процесс сочетался с гнойным средним отитом, у 41 – с туберкулезом среднего уха.

Возраст пациентов варьировал в пределах от 16 до 72 лет. Наибольший удельный вес в структуре пришелся на долю лиц в возрастной группе от 31 до 50 лет, где чаще выявлены неспецифические хронические гнойные отиты. Специфические хронические гнойные отиты чаще встречались в возрасте от 16 до 30 лет. Как в целом, так и во всех возрастных группах преобладал удельный вес мужчин ( $p < 0,05$ ).

Соотношения больных по степени тяжести туберкулеза органов дыхания в каждой группе было почти одинаково (рис. 1). При неспецифической группе 53% больных имели среднетяжелое течение, 28% больных – легкое и 19% – тяжелое течение.

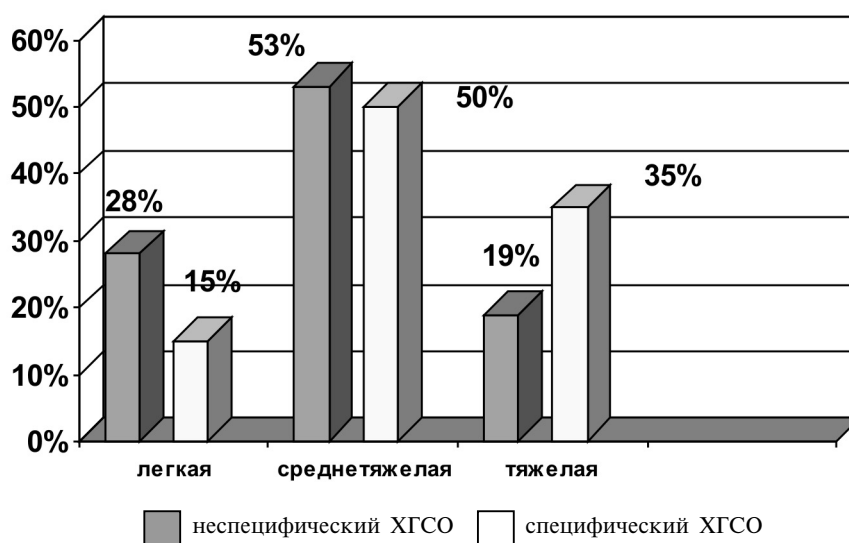


Рисунок 1 – Соотношение больных по степени тяжести туберкулеза легких

При специфической группе среднетяжелое течение наблюдалось у 50%, тяжелое – у 35%, легкое – у 15% больных туберкулезом легких. Обращает на себя внимание, что наиболее тяжелая степень часто встречалась среди больных, страдающих специфическим туберкулезом уха.

При изучении анамнеза заболевания пациентов данной группы было выявлено, что у 43 человек вначале появились симптомы отита, а уже позже – от 1 года до 3 лет – выявили туберкулез органов дыхания. У остальных пациентов выставлен диагноз туберкулез легких, а потом – туберкулез уха.

В целях изучения особенностей клинического течения и адекватности методов в условиях противотуберкулезного диспансера проведено наблюдение за 405 больными туберкулезом легких с сопутствующим гнойным отитом. Из них у 21 (5,2%) больного установлен диагноз туберкулез среднего уха. У 4 больных из 21 были выявлены хронические бронхиты. Всем больным исследовали мокроту и гнойное отделяемое из уха. Из 21 больного: у 12 – инфильтративная форма, у 3 – очаговый, у 2 – диссеминированный и у 4 – фиброзно-кавернозный туберкулез. В момент выявления туберкулеза 4 работали, 5 имели стойкую утрату трудоспособности. В общем анализе крови у 9 больных выявлены повышение СОЭ, лейкоцитоз

и палочко-ядерные сдвиги нейтрофилов влево. При отоскопии у всех гнойное отделяемое, у 8 – центральная перфорация барабанной перепонки.

Эффективного лечения отитов у больных туберкулезом можно добиться, лишь учитывая этиологию и характер воспалительного очага в ухе [4]. Успехи лабораторного дела за последние годы позволили определить важную роль анаэробных бактерий в этиологии и развитии гнойных процессов.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании содержимого среднего уха у 72,5% высеялась аэробная флора, а в 27,5% – анаэробная флора. Результаты исследования показали, что наиболее популярные антибиотики – группа ампициллина, оксациллина – обладают весьма малой активностью против анаэробных и аэробных возбудителей. Среди эффективных препаратов можно отметить рифампицин и цефалоспорины второго и третьего поколения [5]. Арсенал препаратов с антианаэробным действием оказался весьма невелик, в него вошли линкомицин и клиндомицин, цефалоспорины второго и третьего поколения (цефотаксим, цефазолин, цефтазидим), а также более слабые рифампицин, ристомидин. Особо следует отметить антибактериальный химиопрепарат метронидазол, который является активным в отношении грамотригативных высокопатогенных анаэробов.

Ведущим методом консервативного лечения аэробной и анаэробной инфекции среднего уха является антибактериальная химиотерапия и терапия с использованием препаратов широкого противанаэробного действия. Через полгода комплексной терапии 11 больных отмечали улучшение туберкулезного процесса и прекращение гнойного выделения из уха. Противотуберкулезная специфическая комплексная терапия позволила достичь у 63% больных хорошие результаты.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хоменко А.Г. Диагностика туберкулеза органов дыхания//Мед. газета. – 1995. – № 58. – С. 7–8.
- 2 Махмутов И.Ф. Туберкулез среднего уха у больных туберкулезом легких и плевры//Вестник оториноларинголога. – 2003. – № 2. – С. 34–35.
- 3 Махмутов И.Ф., Галиуллин А.Н. Туберкулез легких и среднего уха//Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 12. – С. 10–1.
- 4 Лучихин Л.А., Кононова Н.А. Клиническая эффективность антибактериального препарата рулицин при гнойно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей//Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 3. – С. 41–44.
- 5 Крюков А.И., Товамасян А.С., Антонова Н.А., Дробкина И.В., Лясникова О.Е., Куделина М.А., Туровский А.Б., Жуховский В.Г. Роль бактериологического исследования в диагностике хронического тонзиллита//Вестник оториноларингологии. – 2008. – № 3. – С. 35–39.

#### Тўжырым

*Н.А. Ташбаев, У.Г. Рахманкулов, Д.Д. Исалиев, Е.О. Омиров*

#### ОРТАҢҒЫ ҚҰЛАҚТЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗЫ

Туберкулезге қарсы диспансерде жатқан науқастарды зерттегенде, 405 науқаста отит және 21 науқаста орта құлақтың спецификалық зақымдануы тіркелген.

#### Summary

*N.A. Tashbaev, U.G. Rakhmankulov, D.D. Isaliev, E.O. Omirov*

#### TUBERCULOSIS OF MEDIA AURICULA

The patients with tuberculosis of the lungs were investigated in antituberculosis dispensary. At 405 were discovered otitis and at 21 specific defeat of media auricula.



*В.В. ХВАН, А.А. САРСЕНБАЕВА*

*Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент*

## ПРИМЕНЕНИЕ ФРУКТОВОГО ПИЛИНГА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАКНЕ

**Аннотация.** В статье приводятся результаты использования фруктового пилинга в комплексном лечении постакне. В исследовании принимали участие 25 больных, находившихся на амбулаторном лечении в ОДВД г. Шымкента.

**Ключевые слова:** акне, фруктовый пилинг, кожа, лечение.

Несмотря на наличие современных эффективных средств для лечения угревой болезни, назвать ситуацию с этим дерматозом благополучной сложно. В связи с длительным рецидивирующим течением заболевания, несвоевременным обращением за помощью, нерациональным лечением у многих пациентов формируются постэруптивные дефекты кожи; по-прежнему встречаются тяжелые формы заболевания, ведущие к образованию обезображивающих рубцов. Поэтому поиск и совершенствование дополнительных методов воздействия, позволяющих предотвратить и корректировать последствия постакне, представляет значительный интерес для дерматологов [1, 3].

В связи с тем, что при акне наблюдается выраженный гиперкератоз, неровная текстура и цвет кожи, нередко рубцы, применение различных методов, в том числе химических пилингов, которые в настоящее время широко применяются для решения многих эстетических проблем, является патогенетически обоснованным. Во избежание осложнений в виде обострения заболевания, усугубления нарушений пигментации и образования рубцов пилинги рекомендуется применять при отсутствии воспалительных проявлений [2]. После процедуры пилинга происходит незаметное шелушение отмерших клеток рогового слоя эпидермиса, что выравнивает поверхность кожи, усиливается деление клеток базального слоя эпидермиса, за счет чего увеличивается слой живых клеток эпидермиса, что улучшает текстуру кожи. Для выполнения химического пилинга наиболее часто используются альфа-гидрокислоты – природные органические кислоты с гидроксильной группой углерода в альфа-положении. АНА встречается во многих фруктах, поэтому их часто называют фруктовыми кислотами. Даже в низкой концентрации АНА вызывают набухание межклеточного вещества и клеток, что стимулирует фибробласты к усилению синтеза эластина и коллагена. Это позволяет производить эксфолиацию разной степени выраженности. Все это открывает новые перспективы для разработки рецептур, применяемых при акне [4].

**Цель исследования** – изучить эффективность использования фитопилинга EASY PHYTIC PEEL в комплексном лечении акне.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 25 больных, находившихся на амбулаторном лечении в Областном дерматовенерологическом диспансере. Возраст больных варьировал от 14 до 35 лет; женщин было 15, мужчин – 10. Предварительно всем больным был проведен курс терапии акне до полного исчезновения воспалительных явлений. Клиническая картина в стадии постакне характеризовалась наличием у пациентов локальных очагов акнетической гиперпигментации, камедонов, особенно у пациентов с жирной кожей. У пациентов старше 33 лет отмечались первые признаки фото- и хроноиндуцированного старения кожи. Пилинг EASY PHYTIC PEEL проводился каждые 10 дней, на курс 4 процедуры, согласно протоколу процедуры. Основным компонентом пилинга является фитико-

вая кислота, обеспечивающая защиту от свободных радикалов. Первой и глубже всех в кожу проникает гликолевая кислота. В небольших концентрациях она ослабляет сцепление корнеоцитов, что приводит к отшелушиванию. Кроме отшелушивающего действия гликолевая кислота также стимулирует синтез коллагеновых волокон и межклеточного вещества. В результате действия гликолевой кислоты роговой слой становится тоньше, а дерма утолщается. Лечебный эффект от применения фруктового пилинга заключался в уменьшении размеров комедонов и их экстракции, уменьшении гиперкератоза, осветлении пигментных пятен, выравнивании текстуры и цвета кожи. Переносимость пилинга у всех больных была хорошей, местных побочных реакций не наблюдалось.

**Выводы:**

1. Фруктовые пилинги являются безопасными, подходят для любого типа кожи.
2. Переносимость фитопилинга у всех больных была хорошей, местных побочных реакций не наблюдалось.
3. Использование фитопилинга EASY PHYTIC PEEL можно рекомендовать для коррекции эпидермальных дефектов в стадии постакне.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Полонская Н.А. Постакне. Косметика и медицина. – 2000. – № 10. – С. 94–98.
- 2 Эрнандес Е.И. Косметический пилинг: теоретические и практические аспекты: Сб. статей. ООО «Фирма Клавель». – М., 2003. – № 11. – С. 71–106.
- 3 Полонская Н.А. К вопросу о целесообразности применения пилингов при акне// Косметика и медицина, – 2001. – № 12. – С. 55–57.
- 4 Зимица Е.В. Химические пилинги в современной косметологии//Cosmomed. – 2012. – № 4. – С. 32.

**Тұжырым**

*В.В. Хван, А.А. Сарсенбаева*

**ЖЕМІСТІК ПИЛИНГТІ ПОСТАКНЕНЕҢ ҚОЛДАНУ**

Постакнені емдеу әдістерінің бірі химиялық пилинг болып табылады. Бұл мақалада постакнені емдеуде жемістік пилингті қолданудың комплексті емінің нәтижелері көрсетілген. Шымкент қаласының облыстық тері-венерология диспансерінде амбулаторлық ем қабылдап жатқан 25 науқас зерттеуге алынды.

**Summary**

*V.V. Khvan, A.A. Sarsenbaeva*

**APPLICATION FRUIT PILLING IN THE PITTED AKNE SCAR TREATMENT**

Chemical pilling is the one of the effective method in the pitted akne scar treatment. In this article given the results of application of the fruit pilling in the multimodality therapy of pitted akne scar. 25 patients of out-patient treatment in the region dermatovenerological clinic in Shymkent participated in this research.

Г.А. ТАШБАЕВА, В.В. ХВАН

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент;  
Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссауи

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОСЬОНА «ФИЗИОГЕЛЬ А.1.» В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

**Аннотация.** В статье описан опыт применения лосьона «Физиогель А.1.» при лечении больных псориазом. Под наблюдением находилось 18 больных, находившихся на лечении в Областном дерматовенерологическом диспансере г. Шымкента.

**Ключевые слова:** псориаз, папулы, чешуйки, кожа.

В настоящее время псориаз является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, регистрируется приблизительно с той же частотой, как и сахарный диабет. В Северной Европе он встречается у 1,5–3% населения, в США – 1%, Германии – 1,3%, Дании – 2,3%, Китае – у 0,3%. В дерматологических клиниках пациенты, страдающие псориазом, составляют в среднем 6–8%. Мужчины и женщины страдают псориазом с одинаковой частотой. Псориаз является социальной проблемой, так как приводит к значительной потере трудоспособности у лиц молодого возраста, чаще у мужчин, а также ухудшает качество жизни пациентов.

Псориаз – хроническое воспалительное заболевание кожи, в патогенезе которого отчетливую роль играют наследственность и различные провоцирующие факторы. Важнейшими пусковыми механизмами при псориазе являются: нервно-психическая травма, стрессовые состояния, длительное напряжение [1]. Псориаз характеризуется нарушениями размножения и созревания основных клеток кожи – кератиноцитов, а также многообразными биохимическими, иммунологическими и сосудистыми изменениями в коже и определенной связью с функциональным состоянием нервной системы. В последнее время большое значение в патогенезе псориаза придается нарушениям иммунной системы [3]. Псориаз имеет отчетливо выраженную генетическую предрасположенность. Немецкими исследователями установлено, что если один из родителей имеет псориаз, степень риска развития болезни у ребенка составляет 14–25%, если оба родителя – возрастает до 41–60%. Степень риска при отсутствии псориаза у родителей составляет 12%.

В патогенезе псориаза ведущую роль играет изменение кинетики пролиферации кератиноцитов. Клеточный цикл уменьшается с 311 до 36 часов. В результате кератиноцитов образуется в 28 раз больше, чем в норме. Причина этих нарушений пока не выяснена. Возможно, она кроется в изменении свойств самих кератиноцитов базального слоя эпидермиса; возможно также, что пусковым фактором служит воспалительная реакция дермы.

При псориазе отмечаются симметрично расположенные розово-красные папулы, покрытые легко соскабливающимися чешуйками. В результате периферического роста элементы могут сливаться в бляшки различных размеров и очертаний, иногда занимают обширную поверхность кожи [2].

Псориазические высыпания могут локализоваться на любом участке кожного покрова, как правило, симметрично, но чаще они возникают на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, в особенности на локтях и коленях, в области крестца и на волосистой части головы. Иногда псориазические папулы высыпают на ограниченных участках: только на коже волосистой части головы, в области ладоней и подошв или изолированно поражаются крупные складки — па-

хово-бедренные, подмышечные. При локализации псориаза на волосистой части головы волосы не выпадают и не обламываются.

Псориаз относится к тяжелым дерматозам, требующим больших усилий при лечении. В связи с этим остается актуальным поиск медикаментозных и немедикаментозных средств для терапии псориаза [4, 5]. Мы поставили целью изучение терапевтической эффективности, переносимости, частоты возникновения побочных эффектов, обострений при лечении псориаза лосьоном «Физиогель А.І.» британской компании «ГлаксоСмитКляйнЭкспорт ЛТД». Показателем для наружного применения лосьоном «Физиогель А.І.» являются: кожа с зудом и раздражением; восстановление кожи после инсоляции, косметических процедур. Поэтому мы сочли уместным применение лосьона «Физиогель» в качестве сопутствующей наружной терапии для профилактики рецидивов псориаза у больных с ограниченными или умеренно распространенными формами псориаза в стационарной стадии.

Под наблюдением были 18 больных с ограниченной формой псориаза (10 мужчин и 8 женщин), находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в Областном дерматовенерологическом диспансере г. Шымкента. Возраст больных колебался от 17 до 45 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 10 лет. 3 больных отметили наличие заболевания у ближайших родственников (отца, матери, бабушки). Практически у всех больных имели место проявления хронического гастрита, хронического холецистита, колита, у 1 больного – гипертонической болезни. Условием для участия в исследовании была отмена приема кортикостероидных мазей как минимум за месяц до начала применения лосьона. Высыпания локализовались на туловище, нижних и верхних конечностях. Клинические проявления характеризовались наличием папулезных высыпаний красного цвета, бляшек различных размеров, до 5–7 см в диаметре. Бляшки имели ровные или фестончатые очертания, умеренно инфильтрированные, покрытые чешуйками. Периферическая часть бляшек была свободна от чешуек. Практически у всех 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, предыдущая и сопутствующая терапия. Клиническая эффективность лечения оценивали по степени увлажнения кожи и снижения зуда. Лосьон наносили ежедневно на все тело. Терапевтический эффект развивался уже на 7–10-е сутки от начала применения. Первым признаком после начала использования лосьона было достаточное увлажнение кожи, а также исчезновение чешуек, уменьшение гиперемии кожи и воспалительных явлений. Побочных явлений при использовании лосьона «Физиогель А.І.» не наблюдалось. «Физиогель» не вызывает ухудшения процесса, хорошо переносится больными, имеет легкую консистенцию, эстетический вид, быстро впитывается, удобен в применении.

#### **Выводы:**

1. Лосьон «Физиогель А.І.» успокаивает, увлажняет раздраженную кожу, способствуя ее восстановлению.
2. Обладает антиоксидантным действием, безопасен, не вызывает ухудшения кожного процесса.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. – М., 1995. – С. 86–101.
- 2 Современная наружная терапия дерматозов/Под ред. Н.Г. Короткого. – Тверь: Губернская медицина, 2001. – С. 73–74.

3 *Козин В.М.* Наружная фармакотерапия дерматозов. – Минск: Высшая школа, 1997. – С. 80.

4 *Каламкрян А.А.* и соавт. Редкие атипичные дерматозы//ВИН: «Клиническая дерматология». – Ереван: Айастан, 1989. – С. 174–175.

5 *Машкиллейсон Л.Н.* Частная дерматология. – М.: Медицина, 1965. – С. 174–178.

### **Тұжырым**

*Г.А. Ташбаева, В.В. Хван*

#### **«ФИЗИОГЕЛЬ А.І.» ЛОСЬЕНЫН ПСОРИАЗДЫҢ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ**

Бұл мақалада псориазбен ауыратын науқастарды емдеу барысында «Физиогель А.І.» лосьенын қолданудағы тәжірибе жайында жазылған. Облыстық тері-венерология диспансерінде емделіп жатқан 18 науқас бақылауға алынды.

### **Summary**

*G.A. Tashbaeva, V.V. Khvan*

#### **APPLICATION OF «PHYSIOGEL A.I.» LOTION IN THE PSORIASIS TREATMENT**

Application of «Physiogel AI» lotion in the psoriasis treatment is described in this article there were 18 patients under the care of the region dermatovenerological clinic in Shymkent.

УДК 616.1

З.К. ДЖАКСЕНОВА

*Коксуская ЦРБ, Алматинская область*

### ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРАКСОНА В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают ведущее место в структуре цереброваскулярных заболеваний и являются одной из основных причин летальности и инвалидизации больных неврологического профиля. Выбор оптимальных препаратов и их дозировок при лечении до настоящего времени остается весьма актуальной проблемой.

**Цель исследования** – оценка эффективности применения препарата «Цераксон» у больных с ишемическим ОНМК в критических состояниях.

**Материалы и методы.** Исследования проведены у 27 больных с ишемическим ОНМК в реанимационном отделении ЦРБ Коксуского района. Из них 15 мужчин и 12 женщин в возрасте от 47 до 78 лет. Диагноз устанавливался на основании клинического неврологического исследований, люмбальной пункции, лабораторных исследований, исследования глазного дна, компьютерной томографии головного мозга. Уровень сознания пациентов варьировал в пределах 5–10 баллов по шкале Глазко. Контрольную группу составили пациенты без применения цераксона.

Цераксон применялся внутривенно-капельно по 1000 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Все больные при применении цераксона получали базисную терапию, включающую цереброваскулярные и нейрометаболические препараты, антикоагулянты, дезагреганты, программированную инфузионно-корректирующую терапию для восполнения водно-электролитных потерь как при пребывании в палатах интенсивной терапии, так и последующем, при переводе в неврологическое отделение. Аллергических реакции при терапии цераксоном не отмечалось. Препарат хорошо переносился и не имел побочных действий.

Клиническая оценка состояния больных проводилась непосредственно перед началом лечения и в последующие дни нахождения в отделении интенсивной терапии. Оценивали неврологический статус, уровень сознания по шкале Глазко, кислотно-основное состояние крови, электролитный и газовый состав крови, уровень осмолярности плазмы и результаты компьютерной томографии головного мозга.

**Результаты исследования.** Анализ динамики клинических проявлений больных с ишемическим инсультом при лечении цераксоном в острейшем периоде заболевания показал положительное влияние как на общемозговые, так и на очаговые неврологические симптомы. Уже после 5–6 дней лечения у больных улучшалось общемозговая симптоматика, отмечалась положительная динамика в восстановлении нарушенных функций, особенно речевых нарушений в виде афазий. К концу острого периода эффективность восстановления нарушенных функций по приросту суммарного ишемического была достоверно выше у больных, получавших в лечении цераксон в больших дозах по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, включение цераксона в комплексную интенсивную терапию больных с ишемическим ОНМК характеризуется как безопасный и высокоэффективный метод лечения. Обладая свойствами метаболической защиты мозга, церак-

сон способен лучше, чем другие лекарственные вещества, сокращать период и снижать степень выраженности тяжелого расстройства сознания за счет активизации корковых и стволовых структур головного мозга, сокращать длительность течения инсульта, снижать степень инвалидизации пациентов за счет возможности более ранней активизации больных.

УДК 616.1-08

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

*И.С. БАИШЕВА*

*Городская поликлиника № 1, г. Костанай*

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Проблема повышения эффективности лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) имеет большое медико-социальное значение, так как 5-летняя выживаемость больных ХСН не превышает 50% [Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г., 2007]. Неблагоприятный прогноз ХСН диктует необходимость разработки новых подходов к его лечению. Современным направлением в терапии ХСН является воздействие на патологически измененный метаболизм клеток ишемизированного миокарда (цитопротекция миокарда) [Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., 2006]. Новый класс цитопротекторов – препарат метаболического действия вазонат, способствующий восстановлению энергетического баланса кардиомиоцитов. Вазонат увеличивает сократимость миокарда, толерантность к физической нагрузке и тем самым оказывает антиангинальное, антигипоксическое действие.

**Цель исследования** – сравнение клинической эффективности применения вазоната в комплексной терапии ХСН и стандартного лечения у пациентов с ХСН.

**Материалы и методы.** В исследование включено 24 больных (10 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 47 до 65 лет после перенесенного ИМ, осложнившегося развитием ХСН. Для определения функционального класса (ФК) была использована классификация ХСН по NYHA. 16 пациентов с ХСН (66,7%) имели ФК II, 8 (33,3%) – отнесены к ФК III. Всем включенным в исследование пациентам были назначены бета-блокаторы, ИАПФ, аспирин, по показаниям диуретики, пролонгированные нитраты, сердечные гликозиды, статины. После проведения первичного обследования были сформированы 2 группы больных. Группа 1 – основная ( $n=16$ ), где дополнительно к стандартной терапии назначали вазонат по 0,5–1,0 г (5–10 мл 10%-ного раствора в/в) 1 раз в день в течение 10 дней, затем внутрь по 500 мг (2 капсулы по 250 мг) 1 раз в первой половине дня, в течение 14 дней. Группа 2 – контрольная ( $n=8$ ), в которой применяли базисную терапию ХСН. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и применяемой стандартной терапии. Для решения поставленных целей исследования в начале и через 4 недели проводилось клиническое обследование пациентов. Всем пациентам в эти же сроки наблюдения проводили эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

За время наблюдения среди больных 1-й и 2-й групп не было летальных исходов и повторных госпитализаций. Более выраженное улучшение клинического состояния было обнаружено у больных, получавших вазонат. Об этом говорит снижение ФК тяжести ХСН в 1-й и во 2-й группах на 75% и 37,5% соответственно. В 1-й группе обнаружено в конце 4-й недели наблюдения увеличение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на 15,4%. Положительные изменения в физическом статусе и кардиогемодинамике пациентов позитивно отразились на пока-

зателях качества жизни (КЖ). Сравнительная оценка показателей КЖ в двух группах свидетельствует о благоприятном влиянии добавления вазоната к стандартной терапии у больных ХСН. Согласно Миннесотскому опроснику КЖ больных с ХСН в 1-й группе отмечалось более выраженное улучшение КЖ – на 17,2% больше, чем во 2-й.

**Выводы.** Добавление к стандартной терапии ХСН цитопротектора вазоната улучшает клинико-функциональное состояние больных ХСН: уменьшается ФК, повышается толерантность к физической нагрузке и увеличивается ФВ ЛЖ. Включение вазоната в традиционную схему терапии приводило к повышению качества жизни пациентов с ХСН.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 616.72-002.78

*Г.К. САРХАНБАЕВА*

*Страховая компания «Интертич», г. Алматы*

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «МЕЛОФЛАМ» ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ**

Рост заболеваемости подагрой происходит одновременно с такими болезнями, как ожирение, артериальная гипертензия, метаболический синдром, алкоголизм. Для терапевтов и врачей других специальностей, сталкивающихся в своей работе с пациентами с артритом, в частности с подагрическим, первоочередными задачами являются диагноз и адекватное купирование острой атаки артрита [1]. Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) занимает первое место в лечении как острого приступа, так и хронического подагрического артрита [2].

**Цель исследования** – оценка эффективности мелофлама при остром и хроническом подагрическом артрите.

**Материалы и методы.** Для диагностики подагрического артрита использовались классификационные критерии диагностики подагры (S.Wallace с соавт., 1972), в частности наличие 6 из 12 клинических, лабораторных и рентгенологических признаков. В исследование были включены 26 больных в возрасте от 35 до 79 лет. Особенностью подбора пациентов для исследования явилось включение в него больных с хроническим артритом (14 больных), полиартритом (12 больных), предварительно безуспешно лечившихся другими НПВП (9 пациентов), т. е. речь идет о том контингенте больных, который обычно исключается из исследований по изучению эффективности НПВП при подагре. Это и понятно, так как возможное отсутствие эффекта или его недостаточная выраженность могут в большей степени относиться к тяжести самой болезни, чем к действенности препарата. Мелофлам назначался внутрь по 7,5 мг/сут, при необходимости дозу повышали до 15 мг/сут, длительность терапии мелофламом зависела от динамики клинических проявлений.

**Результаты исследования.** Больным рекомендовался прием препарата до полного стихания симптомов артрита и далее еще в течение нескольких дней, в нашем исследовании суммарный курс составлял не меньше 14 дней. Тем не менее 4 человека самостоятельно прекратили прием препарата на 3–4-й день вследствие полного купирования артрита. Для профилактики быстро наступающего в дальнейшем обострения у больных с затяжными рецидивами или хроническим течением артрита нами был рекомендован 2-недельный прием препарата. При сохранении воспалительных явлений лечение продлевалось еще на 1 неделю.



**Выводы.** После окончания исследования мы выявили те факторы, которые повлияли на длительность терапии. Ими оказались: длительно сохраняющийся артрит (более 1 мес), большее количество пораженных суставов (более 3), длительное течение болезни (более 10 лет) и высокая частота приступов за год (более 3–4). Таким образом, эти признаки могут использоваться для прогнозирования длительности курса у конкретного больного. Динамическое наблюдение показало быстрое наступление эффекта. Так, на 5-й день терапии отмечалось уменьшение воспалительных и болевых явлений не менее чем в 2 раза. У всех больных с острым артритом к 14-му дню и, что еще важнее, у всех больных с хроническим артритом к 21-му дню было достигнуто полное купирование симптомов заболевания.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 613.24-08

*И.С. БАИШЕВА*

*Городская поликлиника № 1, г. Костанай*

#### **АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ**

Одной из основных причин развития артериальной гипертензии (АГ) является ожирение [Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г., 2007]. Особенности патогенеза АГ при ожирении позволяют рассматривать тиазидные диуретики как наиболее предпочтительный класс антигипертензивных препаратов в этом случае [Шулутко Б.И., 2001]. Вместе с тем тиазиды вызывают нежелательные влияния на углеводный, липидный и пуриновый обмены, которые отсутствуют у тиазидоподобных диуретиков, в частности у индапамида.

**Цель исследования** – сравнение терапевтической эффективности гидрохлортиазида и индапамида у пациентов с АГ на фоне ожирения.

**Материалы и методы.** В открытое клиническое исследование было включено 28 пациентов (12 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 38 до 60 лет, имеющие индекс массы тела (ИМТ) > 27 кг/м<sup>2</sup>. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа принимала индапамид в суточной дозе 2,5 мг, 2-я – гидрохлортиазид в 25 мг/сут на протяжении 12 недель, а затем переводилась на терапию индапамидом – 2,5 мг/сут. Препараты для снижения веса ни в одной из групп не использовались. По исходным характеристикам сравниваемые группы пациентов не различались между собой. Всем пациентам исходно и после курсовой терапии проводилось лабораторное обследование, измерение АД, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Через 12 недель при лечении индапамидом наблюдалось снижение среднесуточного САД и ДАД соответственно на 14,5 и 17,2% ( $p < 0,05$ ), а при терапии гидрохлортиазидом – на 6,4 и 9,6% ( $p < 0,05$ ). Целевой уровень АД был достигнут у 64% пациентов, принимавших индапамид, и 43%, принимавших гидрохлортиазид. Снижение АД наблюдалось на фоне уменьшения ИМТ пациентов в группе индапамида на 1,6 кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ) и в группе на гидрохлортиазиде на 1,2 кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). На фоне терапии индапамидом было отмечено достоверное снижение триглицеридов на 21,3% ( $p < 0,05$ ) и уровня глюкозы в крови натощак на 14,2%. В группе пациентов, получавших гидрохлортиазид, наоборот, наблюдалось повышение уровня глюкозы в крови натощак и после нагрузочного теста на 5,2% ( $p > 0,05$ ) и 11,6% ( $p < 0,05$ ) соответственно.

Монотерапия индапамидом позволяет добиться целевого уровня АД у значительно большего числа пациентов с ожирением и АГ, чем лечение гидрохлортиазидом в дозе 25 мг в сутки. Индапамид благоприятно влиял на показатели липидного и углеводного обмена, в то время как гидрохлортиазид усугублял выраженность

гипергликемии. Оба сравниваемых препарата практически одинаково снижали величину ИМТ. Исходя из полученных результатов, можно рассматривать индапамид как препарат выбора среди диуретиков для лечения АГ при ожирении, учитывая не только его антигипертензивную активность, но и спектр положительного влияния на метаболические показатели.

**Выводы.** Терапия индапамидом у больных с АГ и ожирением позволяет достичь целевого АД на 21% чаще, чем лечение гидрохлортиазидом в суточной дозе 25 мг. Индапамид положительно влияет на уровень триглицеридов и глюкозы крови. Терапия индапамидом ассоциируется с улучшением качества жизни и не вызывает нежелательных метаболических эффектов.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 616-053.2

*Р.Т. АЛИХАНОВА*

*Детская поликлиника № 7, г. Алматы*

### **ПРИМЕНЕНИЕ АМИЗОНА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

Инфекционные заболевания, толерантные к проводимой антибактериальной терапии, имеют прямые показания к применению индукторов интерферона. Использование индукторов интерферона (ИФН) и цитокинсодержащих препаратов является наиболее перспективным направлением современной иммунокорригирующей терапии, т. к. продукция ИФН во многом определяет характер течения инфекции. Оздоровление детей, часто и длительно болеющих респираторными инфекциями (ЧБД), имеет огромное медицинское и социально-экономическое значение. Так, например, суммарный экономический ущерб от заболеваемости гриппом и ОРВИ в России составляет не менее 30–40 миллиардов рублей ежегодно [Ершов Ф.И. с соавт., 2008].

**Цель исследования** – изучение эффективности противовирусного препарата «Амизон» у часто болеющих детей в амбулаторных условиях.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 21 часто болеющих острыми респираторными инфекциями детей в возрасте от 1 до 15 лет (средний возраст  $10,5 \pm 0,41$  года). Дети получали амизон по 0,125 г (младшие школьники) и 0,25 г (средние школьники) 3 раза в сутки после еды в течение недели. Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных историй развития ребенка (форма 112/у). Эффективность препарата оценивали через 1 год по улучшению клинико-лабораторных показателей, снижению кратности острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), уменьшению длительности обострений.

**Результаты и их обсуждение.** Катамнестическое наблюдение в течение 1 года показало, что после приема амизона ни разу не заболели ОРВИ 6 детей (28,6%,  $p < 0,001$ ); болели ОРВИ 1–2 раза – 7 детей (33,3%) и 3–4 раза – 8 детей (38,1%). Количество детей с сопутствующей анемией снизилось с 3 детей до 1 ребенка, т.е. в 3 раза ( $p < 0,05$ ). 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 3 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 амизона 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.К. ДЖЕКСЕКОВА*

*Городская детская поликлиника № 7, г. Алматы*

### ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Виферон – комплексный препарат, в состав которого входят интерферон человеческого рекомбинантный альфа-2b, мембраностабилизирующие компоненты токоферола ацетат, аскорбиновая кислота и основа (масло какао). Производитель: ООО «Ферон», Россия, г. Москва. Противопоказания: повышенная чувствительность к маслу какао.

**Цель исследования** – изучение эффективности противовирусного препарата «Виферон-1» у часто болеющих детей в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** У 21 часто болеющих острыми респираторными инфекциями детей в возрасте от 1 до 3 лет (средний возраст  $1,5 \pm 0,14$  года) изучен иммунокорректирующий эффект синтетического аналога цитокина (интерферона) виферона-1, содержащего 150 000 МЕ ИФН в одном суппозитории. 10 детей референтной группы дошкольного возраста получали плацебо. Терапия вифероном проводилась в течение 2,5 месяцев следующим образом: ежедневно по 2 суппозитории в сутки с 12-часовым интервалом в течение 10 дней, далее 3 раза в неделю по 2 суппозитории в сутки в течение 2 недель, далее 2 раза в неделю по 2 суппозитории в сутки в течение 2 недель, далее 2 раза в неделю по 1 суппозиторию на ночь в течение 2 недель, далее 1 раз в неделю по 1 суппозиторию в течение 2 недель. Исследования проводились на основе собственных наблюдений и данных историй развития ребенка (форма 112/у). Эффективность препарата оценивали через 1 год по улучшению клинико-лабораторных показателей, снижению кратности острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), уменьшению длительности обострений.

**Результаты и их обсуждение.** Катамнестическое наблюдение в течение 1 года показало, что после приема виферона-1 ни разу не заболели ОРВИ 3 детей (14,3%,  $p < 0,001$ ); болели ОРВИ 1–2 раза – 10 детей (47,6%) и 3–4 раза – 8 детей (38,1%). На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: а) разработан новый эффективный метод лечения часто болеющих детей; б) включенный в схему традиционной терапии препарат «Виферон-1» способствует сокращению сроков лечения больных в 2 и более раза по сравнению с традиционной терапией.

Таким образом, на основании результатов клинико-лабораторных исследований, катамнестических данных мы пришли к выводу, что применение виферона-1 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.

*Г.К. САРХАНБАЕВА*

*Страховая компания «Интертич», г. Алматы*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ**

ХОБЛ является одной из актуальных проблем современной пульмонологии, она занимает четвертое место в числе причин смерти в США и шестое место среди ведущих причин смерти в мире. ХОБЛ представляет собой неуклонно прогрессирующие заболевания, для которых характерно хроническое рецидивирующее течение с периодическими обострениями [1]. Наиболее часто причиной обострения инфекционного происхождения являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* и вирусы [2]. Нередко выделяются штаммы, резистентные к  $\beta$ -лактамным антибиотикам, поэтому в международных протоколах по лечению обострений рекомендуется использовать ингибиторзащищенные пенициллины (ИЗП), макролиды, цефалоспорины III–IV поколений и респираторные хинолоны. К числу последних принадлежит препарат «Левифлоксацин», выпускаемый в форме таблеток и раствора для инфузий.

**Цель исследования** – оценка эффективности левифлоксацина в лечении обострений ХОБЛ.

**Материалы и методы.** В исследование включили 15 амбулаторных больных, 10 мужчин и 5 женщин в возрасте от 60 до 75 лет, с продолжительностью заболевания от 10 до 20 лет. Во всех случаях левифлоксацин назначался в качестве единственного антибиотика по следующей схеме: первые 3 дня больные получали инфузии препарата по 500 мг внутривенно один раз в сутки, а затем еще в течение 7 дней – таблетки в той же дозе, один раз в сутки. Результаты лечения оценивались по срокам нормализации температуры, уменьшению симптомов интоксикации, снижению продукции мокроты, улучшению показателей гемограммы и увеличению пиковой скорости выдоха (ПСВ), по данным пикфлоуметрии. В качестве группы сравнения обследованы 10 больных такого же возраста с обострением ХОБЛ, получавших лечение ингибиторзащищенными пенициллинами и макролидами внутривенно и перорально. По результатам клинического исследования и показателю  $ОФV_1$ , у всех больных обеих групп диагностирована III стадия ХОБЛ. Наряду с антибактериальной терапией, больным проводилась базисная терапия пролонгированными бронходилататорами в ингаляциях и таблетках и ситуационная терапия  $\beta$ -2-агонистами короткого действия. В качестве мукорегуляторного средства всем больным назначался ацетилцистеин.

**Результаты исследования.** В группе больных, получавших левифлоксацин, стойкая нормализация температуры, уменьшение симптомов интоксикации, снижение продукции мокроты и уменьшение ее гнойного характера наблюдались в среднем на 3 дня раньше, чем в группе больных, получавших ингибиторзащищенные пенициллины и макролиды. Прирост показателей пиковой скорости выдоха в группе больных, получавших левифлоксацин, к концу 10 дня терапии был в среднем на 12% выше, чем в контрольной.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности левифлоксацина в лечении обострений ХОБЛ и позволяют рекомендовать данный препарат в качестве средства выбора у таких больных. Необходимым условием назначения левифлоксацина является отсутствие у больных рентгенологических изменений в

легких, подозрительных в отношении туберкулеза, а также остаточных посттуберкулезных изменений, нуждающихся в определении активности. Ни в одном из наблюдаемых нами случаев каких-либо проявлений непереносимости и побочных эффектов препарата не отмечено.

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 616.379-008.64

*Д.Т. СЕНКИБАЕВА, А.О. КИЗАТОВА, К.Е. ЕРДЕСОВА, Р.Ш. НУРАЛИН*

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

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сахарный диабет (СД) является одной из первых проблем, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением практически всех стран мира. СД – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов [ВОЗ, 1999].

Метод ультразвуковой доплерографии артерий нижних конечностей является высокоинформативным и целесообразным в использовании для ранней диагностики больных сахарным диабетом и его осложнений (диабетическая язва стопы, гангрена и ампутация).

**Цель исследования** – усовершенствование диагностики диабетической дистальной симметричной полинейропатии нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучено 138 историй болезни и протоколов УЗДГ нижних конечностей больных СД 1 и 2-го типа первого терапевтического отделения НИИ К и ВБ, пролеченных за период с 1 января по 31 декабря 2012 года. Из них УЗДГ проводилась 129 (93%) больным, 9 (7%) больным УЗДГ не проводилась. Хронические осложнения сахарного диабета составили 4 группы: 1-я группа ( $n=25$ ) – больные с диабетической ангиопатией (ДА); 2-я группа ( $n=38$ ) – с диабетической нейропатией (ДН); 3-я группа ( $n=48$ ) – с диабетической полинейропатией (ДП); 4-я группа ( $n=10$ ) – с синдромом диабетической стопы (СДС). ДН и ДП – наиболее часто встречающиеся хронические осложнения сахарного диабета. Исследование проводилось на задней большеберцовой артерии (ЗБА) и тыльной артерии стопы (ТАС). Для исследования использовался портативный ультразвуковой доплеровский аппарат «Vivid 3», USA «General Electric». При обследовании сосудистого русла нижних конечностей определялись: индекс Гослинга (ИГ); индекс Пурсело (ИП); показатель отношения систолической скорости кровотока к диастолической (S/D).

**Результаты.**

**Таблица 1 – Полуколичественные показатели доплерометрии нижних конечностей у больных сахарным диабетом ( $n=129$ )**

Исследуемые	ИГ ( $M\pm\sigma$ )	ИП ( $M\pm\sigma$ )	S/D ( $M\pm\sigma$ )
ДА ( $n=25$ )	3,2±0,23*	0,78±0,04**	6,4±0,84*
ДП ( $n=48$ )	3,87±0,38*	0,9±0,01	13,6±3,78*

В результате анализа полуколичественных показателей доплерометрии исследуемых выявлено достоверное снижение средних показателей ИГ при ДА на 68% по сравнению с нормой. Показатели ИП отличались стабильностью и составляли в среднем  $0,9 \pm 0,01$ . Отмечается достоверное увеличение S/D в 1,5 раза на ДП и уменьшение S/D на ДА в 2 раза (табл. 1).

**Выводы.** По оценке полученных параметров, в результате исследования признаками диабетической полинейропатии являются снижение индекса Гослинга и повышение S/D – показателя отношения систолической скорости кровотока к диастолической. Для диабетической ангиопатии – снижение индекса Гослинга и S/D.

**Научные руководители:**

*К.Е. Ердесова*, д. м. н., профессор.  
Каф. № 1 Терапии и интернатуры;  
*Р.Ш. Нуралин*, научный сотрудник  
отдела эндокринологии

Здоровье и болезнь  
2013, № 4 (112)

УДК 616.5

*А.Ж. СЕЙКЕТОВ*

*Алматинский областной кожно-венерологический диспансер*

**КРЕМ «КАНДИДЕРМ»  
В ТЕРАПИИ ГЛУБОКОЙ ТРИХОФИТИИ**

**Трихофития** (стригуций лишай) заразное грибковое заболевание человека и животных. Чаще поражается волосистая часть головы, усы и борода (сикоз), волос лобка, реже – гладкая кожа и ногти. Различают поверхностную и глубокую (инфильтративно-нагноительную). В отличие от поверхностной трихофитии глубокая протекает бурно, болезненно, с нагноением, высокой температурой тела. Заживление глубокой трихофитии происходит с рубцеванием. Заражение происходит при непосредственном контакте с больным человеком (*антропофильная трихофития*). Жители сельской местности заражаются от животных (*зоофильная трихофития*). Причиной тяжелого течения глубокой трихофитии является осложнение пиококковой инфекцией (абсцедированием). Глубокая трихофития начинается с фолликулитов и перифолликулитов, которые быстро трансформируются в болезненный, плотный, ограниченный инфильтрат полушаровидной формы. При легком надавливании из расширенных и переполненных гноем фолликул, напоминающих медовые соты, каплями выделяется густой гной. Инфильтрат может достигать размеров до 6–8 см, а число очагов может достигнуть 5–6. Волос в очаге становится хрупким, обламывается над уровнем кожи, напоминая «пеньки», которые легко удаляются. Иногда инфекция поражает ногти. Острое гнойное воспаление, возникающее в очагах глубокой трихофитии, сопровождается изменениями аллергической реактивности организма.

**Диагноз** ставится на основании клиники и лабораторного исследования. Микроскопически – обнаруживаются нити мицелия. Культуральное исследование – при необходимости.

**Лечение.** Пораженный волос сбривается. Антисептическая обработка кожи вокруг очага. Чистый ихтиол удаляет гной. На вскрывшийся очаг влажно-высыха-

ющие повязки с гипертоническим раствором, анилиновые красители. УФО. Когда гной уменьшится, проводится наружная терапия кремом «Кандидерм». Комбинированный крем «Кандидерм» (гентамицин, клотримазол, беклометазон) обладает антибактериальным, антимикотическим и противовоспалительным действием. Этот уникальный крем эффективен при микозах, осложненных вторичной инфекцией и аллергизацией. Наружная терапия кремом «Кандидерм» в среднем занимает от 2 до 4 недель. Одновременно внутрь даются препараты, обладающие фунгистатическими свойствами. Одежда (белье) дезинфицируется. Обследуются все, кто был в тесном бытовом контакте. Больные животные лечатся ветеринарными службами. В 2012–2013 годах нами было пролечено 16 больных с глубокой трихофитией. Возраст от 24 до 48 лет. Женщин – 3, мужчин – 13. Лечение кремом «Кандидерм» ускорило излечение в среднем на 7–10 дней. Присутствующий в составе беклометазон предупредил аллергические осложнения. Гентамицин ускорил заживление ран.

**Заключение.** Крем «Кандидерм» при лечении глубокой трихофитии обладает тремя важными критериями: эффективен, безопасен, доступен в цене.



## **КЕНЕСАРИЕВУ УСЕНУ ИСМАИЛОВИЧУ – 60 ЛЕТ**

Кенесариев Усен Исмаилович родился 29 марта 1953 года в Южно-Казахстанской области. В 1975 году окончил санитарно-гигиенический факультет Карагандинского государственного медицинского института и начал свою трудовую деятельность в качестве младшего научного сотрудника Казахского НИИ гигиены труда и проф. заболеваний (г. Караганда). С 1976 по 1979 год был прикомандирован в Москву, где работал в Институте общей и коммунальной гигиены. После возвращения в 1979 году в Караганду, работал в КазНИИ гигиены труда и проф. заболеваний.

Свою работу профессор Кенесариев У.И. совмещал с научной деятельностью и в 1981 году защитил кандидатскую диссертацию по теме «Токсико-гигиеническая оценка опасности таллия в проблеме санитарной охраны водоемов Казахстана», после чего, в 1982 году, был приглашен в Алма-Атинский государственный медицинский институт ассистентом кафедры общей гигиены, а затем назначен главным специалистом Алма-Атинского облздравотдела.

С 1984 по 1989 год У.И. Кенесариев занимал пост начальника отдела науки, а затем начальника научно-технического управления Министерства здравоохранения Казахской ССР. Параллельно являлся председателем профкома Минздрава КазССР.

В 1989 году был назначен на должность заместителя генерального директора по научной работе Республиканского центра охраны здоровья, в дальнейшем работал заместителем директора по научной работе НИИ краевой патологии.

Продолжая успешную научную деятельность, профессор У.И. Кенесариев в 1993 году защитил докторскую диссертацию по теме «Гигиенические основы прогнозирования и разработки оценочных показателей в системе «Окружающая среда – здоровье населения» в зоне Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения».



С 1995 года профессор У.И. Кенесариев работает в Казахском национальном медицинском университете, где им была организована научно-исследовательская лаборатория медицинской экологии. В том же году он назначен заведующим им же организованным учебно-методическим и научно-производственным объединением «Центр профилактической медицины», в состав которого вошли кроме лаборатории медицинской экологии кафедры общей гигиены (с самостоятельными курсами радиационной, военной гигиены) и медицинской экологии, а также на договорных началах – Алматинское областное управление санитарно-эпидемиологического надзора.

У.И. Кенесариев внес большой вклад в организацию медицинской науки, в дело повышения качества планирования и эффективности научных исследований и ускорения внедрения достижений медицинской науки в практику здравоохранения. Он имеет большой опыт в области реализации проектов по оценке здоровья населения и качества окружающей среды в экологически неблагоприятных регионах РК, таких как ракетно-ядерные полигоны «Капустин Яр» и «Азгыр», регион Арала и нефтегазовые регионы республики. Под его руководством защищены 7 докторских и 29 кандидатских диссертаций на государственном и русском языках.

Им опубликовано свыше 300 научных работ, включая 5 монографий, 7 учебников и 16 нормативно-правовых актов (санитарные правила и нормы, санитарно-защитные зоны, методические указания и рекомендации, ПДК таллия, бария, ртути в питьевой воде). Данные труды являются основополагающим материалом в процессе преподавания гигиенических дисциплин студентам медицинских вузов и колледжей, а также в работе санитарных врачей и специалистов Госстроя, Министерства охраны окружающей среды и др.

Современные научные исследования У.И. Кенесариева отличаются своей актуальностью и посвящены важной экологической проблеме – повышению надежности и гигиенической эффективности мероприятий по охране окружающей среды, здоровья и профилактике заболеваний в экологически неблагоприятных регионах РК. В 1995 году за выдающиеся достижения в области медицинской науки на сессии Академии медицинских наук Казахстана он был избран член-корреспондентом данной Академии. В 1997 году высшей аттестационной комиссией РК У.И. Кенесариеву было присвоено ученое звание профессора.

У.И. Кенесариев является высококвалифицированным и методически грамотным педагогом, владеющим современными научными методами анализа. Он постоянно повышает свой профессиональный уровень и педагогическое мастерство. Его лекции несут в себе глубокие теоретические знания, отличаются ясностью, доступностью для осмысления и логичностью изложения.

Профессор Кенесариев У.И. принимает активное участие в работе различных семинаров, съездов и конференций, проводимых на международном, национальном и региональном уровнях по актуальным вопросам охраны окружающей среды. Например: Лондон (Англия) – 2000 г.; Хьюстон (США) – 2001 г.; Тель-Авив (Израиль) – 2009 г.; Римини (Италия) – 2010 г.; Малага (Испания) – 2011 г., Будапешт (Венгрия) – 2012 г., Бостон (США) – 2013 г. и др.

В марте 2011 г. на кафедре под руководством профессора У.И. Кенесариева была организована специализированная лаборатория по оценке рисков здоровью населения. Созданная лаборатория является единственной, оказывающей услуги по оценке риска здоровью населения Республики Казахстан в разработке рекомендаций для принятия управленческих решений по профилактике и предотвращению загрязнения окружающей среды.

Кроме того, впервые в Казахстане в 2012 году учебники «Общая гигиена» и «Жалпы гигиена» под редакцией профессора У.И. Кенесариева утверждены Министерством образования и науки Республики Казахстан и рекомендованы к изданию РККП «Республиканский научно-практический центр «Учебник» Министер-

ства образования и науки Республики Казахстан» в качестве основной учебной литературы для студентов вузов. В учебниках изложены основные вопросы, решаемые гигиенической наукой и практикой в современный период для сохранения и укрепления здоровья человека и профилактики заболеваний.

В настоящее время У.И. Кенесариев плодотворно работает заведующим кафедрой общей гигиены и экологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Пользуется заслуженным уважением как среди коллег, так и среди студентов.

Безупречный труд профессора У.И. Кенесариева высоко оценен нашим государством. Указом Президента РК от 07.12.10 г. за № 5336 он награжден медалью «Ерен еңбегі үшін». Министерство образования и науки РК в 2003 году наградило У.И. Кенесариева нагрудным знаком «Почетный работник образования РК», а в 2006 году – нагрудным знаком «За заслуги в развитии науки РК». В 2001 году за особые заслуги в деле охраны здоровья населения Республики Казахстан Минздравом РК он был награжден нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігіне».

Профессор У.И. Кенесариев встречает юбилей в расцвете жизненных сил, полный энергии, с многочисленными планами на будущее.

Дорогой Усен Исмаилович! Ваши коллеги и ученики в день Вашего славного юбилея желают Вам крепкого здоровья, счастья, благополучия, долгих лет жизни, и новых творческих успехов!

Мы знаем Вас как известного ученого, педагога, авторитетного организатора науки. Вы принадлежите к числу ведущих ученых республики, стоявших у истоков становления и развития гигиенической науки, изучения окружающей среды и здоровья населения Казахстана. Являясь известным ученым-гигиенистом, Вы вносите неоценимый вклад в отечественную науку. Опубликованные Вами научные труды – монографии, статьи, научные обзоры, книги являются общепризнанным образцом высокой науки, служат весомым вкладом в развитие гигиены, улучшение окружающей среды и здоровья населения.

Признательность и благодарность Ваших коллег является лучшим доказательством того, что Ваш многолетний труд приносит замечательные плоды.

Вас отличают такие качества, как компетентность, высочайшая ответственность, принципиальность, эрудиция. Вы снискали глубокое уважение своими организаторскими способностями, вниманием и доброжелательным отношением к окружающим Вас людям.

**Коллектив кафедры  
общей гигиены и экологии  
Казахского национального медицинского  
университета им. С.Д. Асфендиярова,  
коллеги, ученики**