

АКАДЕМИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2013 г., № 5(113)

Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 5 (113) Издается с марта 1997 года. Выходит каждые два месяца Учредитель – Академия профилактической медицины

Основатель журнала акалемик 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. Терехин (г. Караганда)

Адрес редакции:

050008, г. Алматы, ул. Клочкова, 66. Тел.: 8 (727) 375-80-57, 8 (727) 375-14-74. Факс: 8 (727) 375-05-29. E-mail: albina.buharbaeva@mail.ru

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

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

Уч.-изд. л. 11,7. Формат $70 \times 100^{1}/_{16}$. Тираж 500 экз.

Корректоры Г. Курбакова, С. Ибраева Компьютерная верстка Г. Есимбековой

СОДЕРЖАНИЕ

CTATBU

с.к. гахменшеев, м.м. саураноаева. Единая система здравоохранения как меха-
низм модернизации здравоохранения путем обеспечения конкурентной среды для улучшения
здоровья населения РК5
Ш.С. Тажибаев, А.А. Ергалиева, О.В. Долматова, А.П. Сарсембаева, О.К. Мукашева. Оценка информированности, пищевых привычек и поведенческих навыков населения Казах-
стана в области здорового питания
А.Е. Турысбекова, А.Б. Токтамысова, М.О. Кожахиева, Э.К. Асембаева. Изучение
качества и безопасности детского питания «Живой йогурт»
Д.Р. Сайфулина. Феохромоцитома и беременность (обзор литературы)
А.Т. Конуркульжинов. Уреаплазмоз, пути профилактики (обзор литературы)21
А.Т. Турсынова, Г.Ә. Өтепқали, А. Анашова, Ж. Алимжанова, Б. Жуматаев,
К. Утебаева. ӨСОА бар науқастардағы артериалды гипертензияны емдеу (әдеби шолу)25
Д.В. Эдильгириев. Возможности использования соевых продуктов в профилактике
атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний
А.Ж. Алтаева, Н.В. Селивохина, М.Д. Абуов, Б.М. Бегалиев. Патология сердца
при смертельном остром и хроническом отравлении наркотиками
А.Ж. Алтаева, Н.В. Селивохина, М.Д. Абуов, Б.М. Бегалиев. Патоморфология
миокарда при хронической опийной интоксикации
Г.Н. Исинова, Е. Жандосов, Г. Акжигитова, А. Акимова, М. Длимбетова, Б. Улан.
Ингибиторы протеаз в лечении пациентов с хроническим гепатитом С, вызванным вирусом
генотипа 1 (обзор литературы)
Г.И. Сыздыкова. Значение фитопрепаратов в лечении хронического пиелонефрита
К.С. Нурманова, С.Н. Исакова, М.Д. Садыханова, А.Ж. Ботабекова. Электрокардиогра-
фические показатели у больных при терминальной стадии хронической почечной недоста-
точности
А.М. Оспанова. Опыт применения препарата «Ремедиа» в лечении урогенитального хламидиоза
М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев. Применение
мультиспиральной компьютерной томографии при патологии верхних мочевых путей52
М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев. Мульти-
спиральная компьютерная томография при опухолях почек
М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев. Возможности
эластографии в дифференциальной диагностике заболеваний органов мошонки
Н.М. Кадырбеков, М.К. Алчинбаев, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев. Мультиспи-
ральная компьютерная томография в диагностике стриктуры уретры
А.К. Буйрашев, Н.М. Кадырбеков, М.К. Алчинбаев, А.А. Муравьев. Ультразвуко-
вая допплерографическая диагностика эректильной дисфункции
О.А. Секербаев. Результаты реконструктивных вмешательств в бедренно-подколенной
зоне
А.Ж. Токсанбаев. Опыт лечения пателлофеморального артроза по Макбет-Банди74 А.С. Сарсенов, А.А. Алдашев, В.В. Кильмаев, М.П. Ионина. Влияние различных тех-
нологических режимов обработки лекарственного растительного сырья на некоторые показа-
тели его химического состава 77
А.С. Сарсенов, А.А. Алдашев, В.В. Кильмаев, М.П. Ионина. Влияние различных
экстрактов из растительного сырья на рост кишечной микрофлоры
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ
Г.И. Сералиева. Эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в южном регионе Алматинской области84

Р.К. Муржанова, Б.Ж. Мухамбетжанова, Б.С. Муржанов. Батыс-Қазақстан облысь	Л,
Сырым ауданы тұрғындарының 2008–2012 жылдардағы туберкүлез ауруы бойынша ауру-	
шандық динамикасы	87
Б.А. Асылбеков. Алматы қаласы бойынша 2012 жылы өнеркәсіптік нысандарды қадаға-	
лау саласы бойынша атқарған жұмыстарына талдау	91
А.Т. Калыкова. Анализ деятельности эпидемиологического отдела управления	
госсанэпиднадзора города Алматы по Медеускому району за 2012 г.	94
Г.К. Килибаева. Об обращении с отходами медицинских организаций г. Алматы	97
Н.Ж. Доғалбаев, Д.М. Байтилесова, А.Д. Илиясова, К.А. Байкенжеева, Н.Н. Айтам-	
баева. Атмосфералық ауа күйін мемлекеттік санитарлық қадағалау шаралары бойынша ба-	
қылау	.100
Г.А. Кудайбергенова, Г.Б. Елгондина, Л.Н. Айтамбаева, А.Д. Құттыбаев. Алматы	
қаласы Түрксіб ауданы бойынша шаруашылық және ашық су көздерінің санитарлық жағ-	
дайы	.102
И.В. Тен, А.Д. Құттыбаев, Л.Н. Айтамбаева, Г.А. Кудайбергенова, Г.Б. Елгондина.	
Алматы қаласы Түрксіб ауданы бойынша медицина ұйымдарының санитарлық-эпидемиоло-	
гиялық жағдайы	105
Г.Б. Елгондина, А.Д. Құттыбаев, Г.А. Кудайбергенова, Л.Н. Айтамбаева.	
Алматы қаласы Түрксіб ауданы бойынша тұрмыстық және басқа да қалдықтарды шығару-	
ды ұйымдастыру	107
Д.М. Байтилесова, К.А. Байкенжеева, А.Д. Илиясова, М. Зиябеков, Н. Ездибаев,	
А. Кыдырбаева. Міндетті алдын-ала медициналық тексеріп-қарауды жүргізу тәртібі	.109
А.А. Садирова. Пути внедрения интегрированного ведения больных детского	
возраста в педиатрическую службу	.112
Б.Ж. Иманкулова. Профилактика и раннее выявление туберкулеза у детей и под-	
ростков	.115
Т.Ж. Бекназарова. Диарейный синдром в практике участкового врача педиатра	.118
Ф.К. Смаилова, А.М. Мырзахметова, Ж.А. Жабатаева, А.М. Калиева, А.С. Чим-	
кентбаева, А.М. Чыныкулова. Дәрігер тәжірибесіндегі жүйелі склеродермия диагнозы	
бойынша клиникалық жағдай	.121
Ф.К. Смаилова, Б.С. Калымбетова, А.Е. Жунусова, М.С. Замарханова, И.С. Кал-	
дарбекова, Р.И. Калекеева. Сауалнама жолымен артериалды гипертониямен наукас-	
тарды емделуге бейімділігін зерттеу	.124
Н.В. Абуова, Ф.А. Ачабаева, Г.Н. Алиакпарова, И.А. Гончарова, А.С. Мусаханова,	
А.А. Хасангали. Ведение больного после чрезкожного коронарного вмешательства	.126
М.Н. Зайнов. Вирусно-бактериальная пневмония. Клинический случай	.130
Б.К. Коданов, А.А. Кожанова, М.Б. Кусаинова, А.Н. Куралбаева, Т.Т. Баймолдаева.	
Мазь «Такролимус» в лечении атопического дерматита	.134
Р.К. Аширова. Мазь «Модерм» в наружной терапии атопического дерматита	.137
А.М. Оспанова, Р.К. Аширова, Г.А. Ташбаева. Опыт применения препарата 4-моде-	
нол при лечении аллергических дерматозов	.140
-	
РЕФЕРАТЫ	
 	
А.Ж. Токсанбаев. Санационная и оперативная артроскопия коленного сустава	.143

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 614.2-058(574)

С.К. РАХМЕНШЕЕВ, М.М. САУРАНБАЕВА

Департамент Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК по г. Алматы Центральноазиатский филиал некоммерческой корпорации PSI

ЕДИНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК МЕХАНИЗМ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНКУРЕНТНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аннотация. В статье обсуждается предложенная Министерством здравоохранения Республики Казахстан программа Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ): ее основные принципы и результаты внедрения в республике за последние годы.

Ключевые слова: Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Президентом страны Назарбаевым Н.А. перед Министерством здравоохранения РК поставлены конкретные задачи, направленные на достижение цели по укреплению здоровья нации, где основными являются обеспечение доступности гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, улучшение качества медицинской помощи, обеспечение экономической эффективности оказанных медицинских услуг.

На сегодня предложенная Министерством здравоохранения РК программа «Единая национальная система здравоохранения» (далее ЕНСЗ) является уникальным механизмом реализации указанных задач и модернизации здравоохранения.

Так, указанная программа внедряется в РК с 2010 года, и на сегодня мы можем четко сказать, что имеем уже положительные результаты. Благодаря адекватному финансированию, выделяемому на развитие здравоохранения, а также абсолютной политической поддержке руководства государства в стране проводится масштабная модернизация медицинской сферы.

Каковы же основные принципы ЕНСЗ?

С учетом реализации самого главного документа страны – Конституции в рамках ЕНСЗ предусмотрено выполнение основного принципа, а именно каждый гражданин Казахстана может самостоятельно с учетом своих знаний и возможностей сделать выбор в пользу того или иного врача или стационара.

Так, основными принципами ЕНСЗ являются:

- свободный выбор пациентом лечащего врача;
- свободный выбор пациентом стационара/амбулатории;
- формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг;
- обеспечение прозрачности процесса оказания медицинских услуг;
- финансирование медицинских организаций по конечному результату в зависимости от объема, качества и результата оказанных медицинских услуг (переход от сметного финансирования).

На сегодняшний день населению РК предлагается в полном объеме доступность для получения медицинских услуг в научно-исследовательских институтах и национальных центрах.

Государством постоянно поддерживается инициатива по расширению перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее ГОБМП) для создания максимально доступной системы здравоохранения. В этой связи необходимо отметить созданную на базах первичной медико-санитарной службы социально-психологическую службу. Необходимо отметить, что перечень ГОБМП пополняется также через расширение целевых групп Национальной скрининговой программы, которые включают в себя: раннее выявление врожденной и наследственной патологии слуха среди детей младшего возраста, целевых групп риска на гепатит В и С у детей, сахарного диабета, глаукомы, колоректального рака.

С учетом реализации основных принципов ЕНСЗ по г. Алматы отмечается следующее. При реализации принципов «свободный выбор стационара» и «деньги следуют за пациентом» отмечается увеличение количества пролеченных: 2010 г. — 12 717, 2011 г. — 14 333, 2012 г. — 24 638, а также увеличение финансирования: 2010 г. — 1076,6 млн тенге, 2011 г. — 1193,7 млн тенге, 2012 г. — 3252,2 млн тенге.

Министерством здравоохранения поддерживается приоритетное развитие стационарозамещающей и высокоспециализированной медпомощи. Удельный вес количества больных, получивших услуги ВСМП за последние годы по г. Алматы, увеличился: так в $2010 \, \Gamma$. -963, в $2011 \, \Gamma$. -3513, в $2012 \, \Gamma$. -4347.

Выполняя основные принципы ЕНСЗ, создаются равные права между государственным и частным секторами, что, безусловно, поддерживается обеспечением прозрачной, конкурентной среды, в связи с чем планомерно создаются благоприятные условия для развития ГЧП. Так, количество частных поставщиков увеличилось с 0 в 2009 г. до 16% (12) в 2012 г.

Наглядным примером развития ГЧП в рамках ЕНСЗ является развитие службы программного гемодиализа в стране. Сегодня одну третью часть поставщиков услуг по программному гемодиализу составляют представители частного сектора и оказывают 40% объема услуг в республике. По г. Алматы в рамках обеспечения программного гемодиализа населению в 2012 г. была оказана помощь 371 больному, тогда как в 2010 г. – лишь 198 больным. И на данный момент по городу достигнут международный стандарт – 12 сеансов в месяц, тогда как в 2009 г. эта цифра составляла всего 5.

Можно однозначно сказать, что $\Gamma \Psi \Pi$ — это эффективный механизм реализации социально значимых проектов, где одним из основных критериев является удовлетворенность населения качеством оказываемых медицинских услуг и ориентированность врача на конечный результат своей работы.

Внедряемая система здравоохранения ориентирована на конечный результат путем обеспечения автономности поставщиков и мотивации труда персонала через дифференцированную оплату.

Так, в 2010 г по г. Алматы число поставщиков ГП на ПХВ составило 7 (7,4%), а в 2012 г. количество ГП на ПХВ — уже 15 (30%). По итогам 2012 г. 36 организаций осуществили дифференцированную оплату. Средний размер ежемесячной дополнительной заработной платы составил: врачи — 35,4 тыс. тенге, CMP — 23,6 тыс. тенге.

Учитывая вышеуказанное, можно с уверенностью сказать, что вкупе проделанные мероприятия, достигнутые успехами казахстанской системы как вклад показате-

лей здоровья в Индекс глобальной конкурентоспособности, позволили стране за два года подняться на две позиции по показателям младенческой смертности и на пять позиций – по показателям продолжительности жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 IIIарманов T.III. Здоровье народа основа социально-экономического развития страны// Казахстанская правда. 2013. № 184–185 (27458–27459).
- 2 О ходе внедрения Единой национальной системы здравоохранения. Пресс-служба Министерства здравоохранения РК. 26.07.2012. Интернет ресурс, Nomad (кочевник) http://www.nomad.su/.
- 3 «Развитие здравоохранения в Казахстане характеризуется как количественным, так и качественным ростом» 26.02.2011. Интернет ресурс http://www.vidal.kz/novosti/.

Тұжырым

С.К. Рахменшеев, М.М. Сауранбаева

БІРЫҢҒАЙ ҰЛТТЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҚСАРТУ ҮШІН БӘСЕКЕЛЕСТІК ОРТАНЫ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ АРҚЫЛЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ЖАҢАРТУДЫҢ МЕХАНИЗМІ РЕТІНДЕ

Елбасы Н.Ә. Назарбаев ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің алдында ұлт денсаулығын нығайтуға бағытталған нақты міндеттер қойды. Осы міндеттердің ішінде негізгілері тегін медициналық көмек көрсетудің кепілді көлеміне қол жеткізу мүмкіндігін қамтамасыз ету, медициналық көмектің сапасын арттыру, көрсетілген медициналық көмектің экономикалық тиімділігін қамтамасыз ету болып табылады.

Бүгінгі күнге ҚР Денсаулық сақтау министрлігі ұсынып отырған Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі (әрі қарай – БҰДСЖ) бағдарламасы аталған міндеттерді жүзеге асырудың және денсаулық сақтау жүйесін жаңартудың бірегей механизмі болып табылады.

Summary

S.K. Rahmensheev, M.M. Sauranbaeva

THE UNIFIED HEALTH SYSTEM AS A MECHANISM FOR MODERNIZATION BY PROVIDING A COMPETITIVE ENVIRONMENT FOR BETTER HEALTH OF POPULATION REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The President of the country N. Nazarbaev in front of the Ministry of health of RK concrete tasks, aimed at achieving the goal of strengthening the health of the nation, where the main are: to ensure the availability of the guaranteed volume of free medical care, improvement in quality of care, ensuring the economic efficiency of the rendered medical services are the main goals of the health system.

Today proposed by the Ministry of health program of the unified national health. system (hereinafter HMIS) is a unique mechanism for implementing these tasks and modernization of health care.

Ш.С. ТАЖИБАЕВ, А.А. ЕРГАЛИЕВА, О.В. ДОЛМАТОВА, А.П. САРСЕМБАЕВА, О.К. МУКАШЕВА

Казахская академия питания, г. Алматы

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ, ПИЩЕВЫХ ПРИВЫЧЕК И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАВЫКОВ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Аннотация. Представлены материалы, связаные с формированием базы данных по оценке знаний и путей получения информации о здоровом питании, пищевых привычках и поведенческих навыках населения Казахстана.

Ключевые слова: здоровое питание, микронутриенты, информированность, профилактика неинфекционных заболеваний.

Известно, что такие основополагающие показатели развития страны, как распространенность неинфекционных заболеваний и пищевых токсикоинфекций, устойчивость к отрицательным факторам внешней среды и психоэмоциональным нагрузкам, уровень развития конкурентоспособных производительных сил, социально-экономический статус государства и национальная безопасность страны, определяются, главным образом, состоянием питания населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, более 60% всех причин смертности напрямую связаны с предотвратимыми нарушениями в питании, способствующими развитию неинфекционных заболеваний [1–4], в частности сердечно-сосудистой патологии [5], рака [6], ожирения [7], остеопороза [8], сахарного диабета II типа [9] и дефицита микронутриентов [10]. Внедрение в практику комплекса мероприятий по повышению информированности и знаний населения о здоровом питании играет важную роль в профилактике указанных заболеваний.

Цель и задачи исследования связаны с формированием базы данных по оценке знаний и путей получения информации о здоровом питании, пищевых привычках и поведенческих навыках населения Казахстана.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились лица в возрасте 15 лет и старше, проживающие в домохозяйствах, вошедших в национально-репрезентативную выборку. Выборка состоит из 70 выборочных кластеров и 2100 домохозяйств, по 30 домохозяйств в одном кластере. Кластер представляет собой контрольный участок переписи населения (КУПН), созданный для переписи населения в 2009 году, средний размер КУПН равен 1200 жителей.

Проведен анкетный опрос различных групп населения с целью выяснения их знаний и навыков по здоровому питанию и роли питания в профилактике наиболее распространенных неинфекционных заболеваний и дефицита микронутриентов. Анкеты включают также вопросы о предпочтительных формах, каналах и времени получения информации по здоровому питанию. Полевые исследования по сбору данных проводились в октябре — ноябре 2012 года. Обследованные лица интервьюированы с использованием анкеты-опросника на казахско-русском языках.

Результаты исследований

1. Информированность населения о здоровом питании и источники получаемой ими информации

В среднем 57% всех обследованных получили какую-либо информацию о здоровом питании за месяц, предшествовавший опросу. Источником информации служили

преимущественно медицинские работники (55%) и ТВ (54%). Мужчины чаще получали информацию из ТВ, а женщины – от медицинских работников. По остальным источникам информацию получали от 0,8 до 13% респондентов.

Получаемой информации о здоровом питании люди в наибольшем проценте случаев доверяли работникам здравоохранения (72%) и ТВ (36%). К остальным источникам информации доверительно относились от 1,2 до 6,6% респондентов.

Для каждого второго респондента лучшим для подачи информации о здоровом питании по ТВ является вечернее время – с 18.00 до 21.00 и 22% – с 21.00 и позже. Это время для подачи информации по радио предпочитал в среднем каждый третий респондент. В остальные времена суток информацию по ТВ предпочитали получать от 13 до 17, а по радио от 9 до 11% респондентов.

Для респондентов предпочтительным и имеющим влияние источником информации о здоровом питании являются медицинские работники (60% респондентов) и рекламные блоки на телевидении (для 31%). От 0,4 до 8,3% респондентов отметили другие источники в качестве предпочтительных и имеющих влияние.

Программы республиканских телеканалов, как и республиканские статьи в газетах и журналах, предпочитаются наибольшим числом респондентов, соответственно 49,3 и 38,5%.

Более 90% респондентов хотят получать дополнительную информацию о здоровом питании, более 95% считают нужным внедрять в практику программу здорового питания и постоянно информировать население о современных знаниях в области здорового питании, более 97% — программу здорового питания нужно внедрять и в школах.

2. Состояние питания населения, изученное на основе частоты потребления основных групп пищевых продуктов в течение недели, предшествовавшей опросу, характеризуется следующими показателями:

Молоко, кефир, йогурт, творог, сыр, брынзу потребляли несколько раз в день 59%, один раз в день -26%, реже - от 4,7 до 8,2% респондентов. Эти данные могут свидетельствовать о том, что в среднем каждый четвертый житель потребляет указанные продукты в недостаточном количестве, что может способствовать развитию у них дефицита кальция и остеопороза.

Сливки, сметану, сливочное масло, маргарин, сало потребляли несколько раз в день 41%, один раз в день – 39%, реже – от 2,2 до 12,3% респондентов. Следовательно, около половины населения потребляет указанные источники животных жиров в избыточном количестве, что может способствовать развитию избыточной массы тела, ожирения, атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Мясо, птицу, колбасы, сосиски, печень и другие субпродукты потребляли несколько раз в день 39%, один раз в день -15%, реже - от 3,5 до 15% респондентов. Исходя из этих данных, можно полагать, что около 40% населения потребляют в недостаточном количестве источники полноценных белков животного происхождения, цинка и гемового железа с хорошей биодоступностью, что может способствовать развитию у них дефицита цинка, железа и железодефицитной анемии.

Рыбу и рыбные продукты потребляли несколько раз в день 4,4%, один раз в день – 5.7%, 1-3 раза в неделю – 24%, реже – от 62% респондентов. Это может свидетельствовать о недостаточном потреблении указанных продуктов более чем половиной населения, что может способствовать развитию атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Яйца потребляли несколько раз в день 4,2%, один раз в день -16%, 1—3 раза в неделю -39%, реже - от 35% респондентов. По-видимому, около 20% населения

потребляет яйца в избыточном количестве, что может способствовать развитию атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Бобовые (бобы, фасоль, горох, соя, маш, чечевица) и орехи потребляли несколько раз в день 5%, один раз в день – 9%, 1–3 раза в неделю – 32%, реже – от 42%, не потребляли 12% респондентов. Следовательно, около половины населения потребляет указанные источники пищевых волокон и белков растительного происхождения с хорошим аминокислотным составом в недостаточном количестве, что может способствовать развитию у них атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Овощи, фрукты потребляли несколько раз в день 79%, один раз в день – 12%, реже – от 2 до 6% респондентов. Около 20% населения недостаточно часто потребляет указанные источники пищевых волокон, ряда витаминов (аскорбиновой и фолиевой кислот, бета-каротина), органических кислот и биологически активных соединений, что может способствовать развитию у них неинфекционных заболеваний.

Продукты из зерновых (хлеб, макароны, мучные изделия, рис, гречка, ячневая и другие крупы) потребляли несколько раз в день 41%, один раз в день – 39%, реже – от 2,2 до 12,3% респондентов. Эти данные могут свидетельствовать о достаточном потреблении указанных продуктов абсолютным большинством населения. Возможно также, что некоторая часть населения потребляет эти продукты в избыточном количестве, что может способствовать развитию избыточной массы тела и ожирения.

Картофель, свеклу и другие корнеплоды и клубни потребляли несколько раз в день 32%, один раз в день – 44%, реже – от 4 до 20% респондентов. Около 20% населения потребляет указанные продукты недостаточно часто, что может способствовать развитию у них дефицита некоторых витаминов (аскорбиновая кислота) и микроэлементов.

Сахар, конфеты, пирожные, торты, шоколад и другие сладости потребляли несколько раз в день 59%, один раз в день -18%, реже — от 8 до 11% респондентов. Следовательно, около 60% населения потребляет указанные источники простых сахаров слишком часто, что может способствовать развитию у них избыточной массы тела и ожирения, диабета и других неинфекционных заболеваний.

Чай, кофе потребляли несколько раз в день 91%, один раз в день -6%, реже -1-2% респондентов. Абсолютное большинство населения потребляли чай и кофе во время еды (49%) или сразу после еды (42%), что может способствовать развитию у них дефицита железа и железодефицитной анемии.

3. Потребление здоровых продуктов питания

Выявлено, что такие здоровые продукты питания, как обогащенные витаминами и микроэлементами, богатые или обогащенные пищевыми волокнами, низкокалорийные, с низким содержанием соли, сахара и животного жира пищевые продукты, не потреблялись в течение последних 24 часов, предшествовавших опросу, абсолютным большинством (от 82 до 93%) респондентов. Это может способствовать развитию дефицита микронутриентов, пищевых волокон, избыточной массы тела и ожирения, диабета, атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Три четверти населения не интересуется содержанием калорий, витаминов, микроэлементов, сахара, соли и пищевых волокон в составе покупаемых ими пищевых продуктов. Это свидетельствует о недостаточной информированности населения о здоровых продуктах питания и необходимости их потребления, а также о большой значимости реализации комплекса мероприятий по повышению информированности населения о здоровом питании.

Среди респондентов, интересующихся содержанием калорий, витаминов, микроэлементов, сахара, соли и пищевых волокон в составе покупаемых ими пищевых продуктов, 93% отдают предпочтение таким продуктам при покупке. Эти данные свидетельствуют о возможности достижения успеха в увеличении потребления продуктов здорового питания при повышении информированности населения о таких продуктах.

4. Информированность и знания населения о микронутриентах и профилактике их дефицита характеризуются следующими основными показателями

Принимали препараты микронутриентов (железа с фолиевой кислотой, витаминов А, С и Д, поливитаминов и витаминно-минеральных комплексов, йода) в течение последних 24 часов, предшествовавшего опросу, лишь от 4 до 10% респондентов. Это свидетельствует, с одной стороны, о недостаточности информированности населения о необходимости потребления препаратов микронутриентов. С другой стороны, низкий уровень потребления препаратов микронутриентов может способствовать развитию дефицита микронутриентов.

Среди респондентов, принимавших препараты микронутриентов, в 74% случаев это происходило по совету медицинских работников и 16% — по собственной инициативе, что нужно учитывать при реализации коммуникационных мероприятий по профилактике дефицита микронутриентов.

От 20% (о пользе цинка) до 86% (о пользе йода) респондентов слышали когдалибо о пользе разных микронутриентов (железо, цинк, йод, витамины A, Д, фолиевая кислота), что характеризует разную информированность населения в зависимости от вида микронутриента.

О пользе разных микронутриентов и о признаках их дефицита знания респондентов также сильно различались. Более высокая информированность выявлена в отношении пользы йода и железа, а также о признаках дефицита этих микронутриентов, а наиболее низкая информированность — в отношении пользы цинка и признаках его дефицита. Такие различия связаны с проведением более интенсивных коммуникативных работ в отношении профилактики дефицита йода и железа и практическим отсутствием таких работ по профилактике дефицита цинка.

Среди респондентов 37% сообщили о том, что у них была анемия, 20% – дефицит йода, 19% – дефицит цинка, 15% – дефицит витамина А, 18% – дефицит фолиевой кислоты, 12% – дефицит витамина Д. Эти данные свидетельствуют о высокой распространенности дефицита указанных микронутриентов и о необходимости реализации комплексных программ по их профилактике.

От 84 до 87% респондентов хотят получить дополнительную информацию о дефиците разных микронутриентов и их профилактике, что свидетельствует о необходимости реализации комплекса мероприятий по повышению информированности и знаний населения о роли микронутриентов, признаках и профилактике их дефицита.

5. Информированность и знания населения о фортификации пищевых продуктов микронутриентами

Общая информированность населения о йодировании соли (92%), проявляемый интерес к йодированию (75%) и предпочтение йодированной соли (99%) при покупке соли были высокими. Кроме того, 94% респондентов сообщили о том, что обычно употребляют в доме йодированную соль. Эти показатели характеризуют высокий уровень знаний населения о йодировании соли и пользе такого йодирования, доступности и потреблении йодированной соли.

Согласно информации на упаковке, соль в 97% домохозяйств была йодированной, в 89% случаев хранилась в закрытой емкости и в 91% случаев была произведена компанией «Аралтуз».

Указанные результаты являются следствием многолетней комплексной работы по йодированию соли с целью профилактики дефицита йода среди населения. В 2007 году

Республика Казахстан сертифицирована международными организациями в качестве страны, решившей проблему йодирования соли.

Общая информированность населения о фортификации (31%) пшеничной муки, а также проявляемый ими интерес к фортификации (57%) и предпочтение фортифицированной муки (52%) при покупке были низкими. Лишь 10% респондентов сообщили о том, что обычно употребляют в доме фортифицированную муку. Эти показатели характеризуют низкий уровень знаний населения о фортификации муки, доступности и потребления фортифицированной муки.

Согласно информации на упаковке, мука лишь в 10% домохозяйств была фортифицированной, в 36% случаев имела бумажную по 1-3 кг фасовку, в 62% случаев имела фасовку по 25-50 кг в мешках и в 34% случаев была произведена компанией «Цесна астык». Доля других производителей пшеничной муки, обследованной на уровне домохозяйств, составляла от 0.03 до 3.7%.

Указанные данные свидетельствуют о необходимости увеличения производства и обеспечения доступности фортифицированной пшеничной муки, а также в повышении информированности населения о фортифицированной муке.

Хотят получить дополнительную информацию о йодированной соли 84%, а о фортифицированной пшеничной муке – 81% респондентов.

6. Информированность и знание населения о роли питания в развитии и профилактике неинфекционных заболеваний

Среди респондентов 28% когда-либо имели сердечно-сосудистое заболевание, 8% – повышение содержания глюкозы в крови, 5% – остеопороз, 2,1% – онкологические заболевания. Возможно, что эти показатели являются заниженными в силу недостаточности своевременного диагностирования указанных заболеваний.

От 0,5 до 47% респондентов знали о том, потребление каких продуктов питания способствует развитию, и от 2 до 37% респондентов – о том, потребление каких продуктов питания способствует профилактике и лечению указанных неинфекционных заболеваний. Самыми низкими эти показатели были в отношении онкологических заболеваний и остеопороза. Эти данные свидетельствуют о низком уровне информированности и знаний населения о роли питания в развитии и профилактике неинфекционных заболеваний, а также о необходимости повышения этих знаний и информированности.

Хотели бы получить дополнительную информацию о роли питания в развитии, профилактике и лечении неинфекционных заболеваний от 80 до 86% респондентов.

Заключение

В процессе работы в масштабе республики выявлен уровень осведомленности и поведенческих навыков населения в области здорового питания, а также о роли питания в профилактике наиболее распространенных неинфекционных заболеваний и дефицита микронутриентов. Установлены наиболее предпочтительные, эффективные и имеющие влияние формы, каналы и время получения информации по здоровому питанию, что должно учитываться при реализации коммуникационных мероприятий для формирования навыков здорового питания населения.

Начальный анкетный опрос в первый год исследований проведен с целью сбора базовых данных на национальном уровне, то есть до начала реализации комплексного блока коммуникационных мероприятий на общенациональном уровне в области здорового питания в рамках государственной программы реформирования здравоохранения «Саламаты Казахстан». Полученные базовые данные будут использованы в последующие два года для проведения сравнительного анализа эффективности реализуемых комплексных коммуникативных мероприятий в области здорового питания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство программы СИНДИ по питанию. ВОЗ. 2000. 49 с.
- 2 Предотвращение хронических болезней: жизненно важное вложение средств. Обзор. $BO3.-2005.-32\ c.$
- 3 Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии. ВОЗ, Всемирный экономический форум. 2008. 47 с.
 - 4 Мировая статистика здравоохранения. ВОЗ. Женева, 2010. 177 с.
 - 5 Cardiovascular diseases fact sheet. WHO. 2007. 3 p.
- 6 Carcinogens and Anticarcinogens in the Human Diet: A Comparison of Naturally Occurring and Synthetic Substances Committee on Comparative Toxicity of Naturally Occurring Carcinogens, National Research Council ISBN: 0-309-55659-7, 1996, 436 p. The PDF is available from the National Academies Press at: http://www.nap.edu/catalog/5150.html.
- 7 Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ к стратегии ее решения. ВОЗ. Копенгаген. 2009.-408 с.
- 8 Prevention and Management of Osteoporosis. Report of a WHO Scientific Group WHO Technical Report Series. $-2003.-No\ 921.-201\ p.$
- 9 Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. -2004. Vol. 27, N 5. -2004. p. 1047–53.
- 10 Vitamin and mineral deficiency. A global progress report. UNICEF, Micronutrient Initiative. $-2007.-43~\mathrm{p}.$

Тұжырым

Ш.С. Тәжібаев, А.Ә. Ерғалиева, О.В. Долматова, А.П. Сарсембаева, О.К. Мукашева

ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ САЛАМАТТЫ ТАМАҚТАНУ САЛАСЫНДАҒЫ ХАБАРДАРЛЫҚТАРЫН, ТАМАҚТАНУ ӘДЕТТЕРІН ЖӘНЕ ӘДЕТ-ҒҰРЫПТЫҚ ТАНЫМДАРЫН БАҒАЛАУ

Қазақстан Республикасы масштабында тамақтану әдеттері мен әдет-ғұрыптық танымдары, тағамдық өнімдердің түрлі топтарын, оның ішінде салауатты тағамдарды да қабылдаулары, сонымен қатар, халықтың саламатты тамақтану туралы және кеңінен таралған зарарсыз аурулар мен микронутриенттер тапшылығының алдын алудағы тамақтанудың рөлі туралы хабардарлықтары сипатталады. Халықтың арасында саламатты тамақтану әдеттерін қалыптастыруға жүргізілетін коммуникациялық шараларды іске асыру үшін саламатты тамақтану жөніндегі ақпаратты жеткізу жолдарының ескерілуге тиісті аса қажетті, таңдаулы, тиімді және әсері бар түрлері, каналдары мен уақыты анықталынды.

Summary

Sh.S. Tazhibayev, A.A. Yergaliyeva, O.V. Dolmatova, A.P. Carcembayeva, O.K. Mukasheva

EVALUATION OF AWARENESS, FOOD HABITS AND BEHAVIORAL PATTERNS OF KAZAKHSTAN'S POPULATION ON HEALTHY NUTRITION

Food habits and behavioral patterns, consumption of various food groups, including healthy food, the levels of public awareness on healthy nutrition and the role of nutrition in prevention of the most common non-communicable diseases and micronutrient deficiencies in The Republic of Kazakhstan are characterized. The most advantageous, efficient and having influence forms, channels and time of information receipt on nutrition are revealed, which should be taken into account in implementation of communication activities for creation of healthy nutrition patterns of population.

А.Е. ТУРЫСБЕКОВА, А.Б. ТОКТАМЫСОВА, М.О. КОЖАХИЕВА. Э.К. АСЕМБАЕВА

Алматинский технологический университет, г. Алматы

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ «ЖИВОЙ ЙОГУРТ»

Аннотация: В работе представлены результаты изучения качества и безопасности детского питания детский «Живой йогурт».

Ключевые слова: биологическая ценность, витаминоподобные вещества, бифидобактерии.

В Казахстане значительное внимание уделяется производству полноценных в пищевом и биологическом отношении консервированных продуктов для детского и специального питания, мероприятиям по значительному увеличению выпуска консервированных продуктов, повышенной пищевой и биологической ценности.

Питание оказывает определяющее воздействие на рост, развитие и формирование детского организма. В первые годы жизни в детском организме формируется структура и совершенствуются функции нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других важных систем. Из-за отсутствия полноценного питания у детей часто наблюдаются заболевания анемией, рахитом, различными формами аллергии.

Эффективность процессов разжевывания, переваривания, усвоения питательных веществ в разные периоды роста ребенка зависит от степени готовности пищеварительной системы к выполнению этих функций, а также от специального сочетания продуктов и технологии их приготовления. Правильно организованное, сбалансированное по основным компонентам питание обеспечивает высокий уровень иммунологической способности детского организма.

Условия производства консервированных продуктов для детского и специального питания должны быть такими, чтобы максимально сохранялась пищевая и биологическая ценность исходного сырья, осуществлялся целесообразный подбор компонентов, сглаживались сезонные колебания в потреблении биологически активных веществ (в частности, витаминов и витаминоподобных веществ), применялись удобное фасование и красочная упаковка детских продуктов. При современных технологиях обеспечивается глубокая внутренняя стандартизация состава консервов по важнейшим компонентам, гарантируется микробиологическая чистота продукта.

Производство продуктов для детей различных возрастных групп представляет отдельную подотрасль и отличается от производства обычных продуктов общего назначения специфическими требованиями к сырью, технологии, оборудованию, санитарному режиму, экологическому и химико-технологическому контролю [1, 2].

Цель нашего исследования — изучение качества и безопасности детского питания «Живой йогурт».

Химические и физико-химические исследования детского питания «Живой йогурт» проводились в лаборатории Казахской академии питания.

Химический состав и свойства сырья, использованного для производства «Живого йогурта» (массовую долю жира, белка, углеводов, определение плотности, ак-

тивную и титруемую кислотность, содержание минеральных веществ) определяли по действующей нормативно-технической документации РК.

Завод Казахской академии питания «Амиран», построенный в живописном и экологически чистейшем пригороде Алматы — Талгарском урочище, выпускает продукты, полезные для здоровья матери и ребенка, нормализующие содержание в организме жизненно важных пищевых веществ и повышающие иммунитет. Продукты получены в результате многолетних исследований ученых академии, и практически доказана их эффективность в профилактике и лечении аллергии, анемии, дисбактериоза, диабета и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

«Живой йогурт», созданный на основе цельного коровьего молока с добавлением сыворотки и 10%-ных сливок, является хорошим продуктом не только для детей, но и для беременных и кормящих женщин. Химический состав грудного молока отличается от химического состава коровьего молока: к примеру, в коровьем молоке содержится до трех раз больше белков и минеральных веществ, а это сигнал к тому, что при употреблении подобных продуктов возникает угроза большой нагрузки на почки малыша.

Детский напиток «Живой йогурт» содержит большое количество полезных микроорганизмов: бифидобактерий не менее 107 в см³, лактобактерий 107 в см³, что повышает иммунитет и защитные силы организма ребенка, а добавление волокон корня цикория создает идеальную среду для равития полезной микрофлоры ЖКТ.

Таблица 1- Химические свойства детского «Живой йогурт»

Наименование показателей, единицы измерений	Допустимые нормы по НД	Фактически получено	Обозначение НД на методы испытаний 4		
Органолептические					
Консистенция и внешний вид	Однородная, в меру вязкая. При резервуарном – с нарушенным или ненарушенным сгустком, с наличием пузырьков и при термостатном способе производства с не нарушенным сгустком, с наличием пузырьков	Однородная, в меру вязкая	СТ ТОО 080740016719-02-2010, визуально		
Вкус и запах	Чистые, кисло-молочные, без посторонних привкуса и запаха. При выработке с сахаром в меру сладкий, с наполнителями – с соответствующим вкусом и ароматом внесенного наполнителя	Чистые, кисломолочные, без посторонних привкуса и запаха	Органолептические		
Цвет	Молочно-белый или обусловленным цветом, внесенного наполнителя, равномерный по всей массе	Молочно-белый, равномерный по всей массе	Визуально		

1	2	3	4			
	Физико-х	кимические	I			
Массовая доля жира, %	от 2,7 до 4,5	2,8	ГОСТ 5867-90			
Массовая доля белка, %, не менее	2,8	2,8	ГОСТ 23327-98			
Кислотность, Т ⁰ , не более	80–90	85	ГОСТ 3624-92			
Массовая доля сухих обезжиренных веществ молока, %, не менее	9,5	10,15	CT PK 1065-2002			
_		нты, мг/кг, не боле				
Свинец	0,05	0,035	СТ РК ГОСТ Р 51301-2005			
Кадмий	0,02	не обнаружено	СТ РК ГОСТ Р 51301-2005			
Мышьяк	0,05	не обнаружено	ГОС 26930-86			
Ртуть	0,005	не обнаружено	ГОС 26927-86			
	Пестициды,	мг/кг, не более				
ГХЦГ (а, β, γ – изомеры)	0,02	не обнаружено	ГОС 23452-79			
ДДТ и его мета- болиты	0,01	не обнаружено	ГОС 23452-79			
	Радионуклидь	і, Бг/кг, не более				
Цезий – 137	40	не обнаружено	МИ № KZ 07.00.00304-2009			
Стронций – 90	25	0,09	МИ № KZ 07.00.00303-2009			
	Микотоксины	, мг/кг, не более				
Афлотоксин М	0,00002	не обнаружено	ГОСТ 30711-2001			
Антибиотики, ед/г						
Левомицетин	не доп.	не обнаружено	МУК 10.05.036-99			
Пенициллин	не доп.	не обнаружено	МУК 10.05.036-99			
Стрептомицин	не доп.	не обнаружено	МУК 10.05.036-99			
Тетрациклиновая	не доп.	не обнаружено	МУК 10.05.036-99			
	Микробиологические					
БГКП (колиформы), в 3 г	не доп.	не обнаружено	ГОСТ 30518-97			
E.coli, в 10 г	не доп.	не обнаружено	ГОСТ 30726-2001			
St.aureus, в 10 г	не доп.	не обнаружено	ГОСТ 10444.2-94			
Патогенные	не доп.	не обнаружено	МУК 10.05.035.99			
м-мы, в.т.ч. саль- монеллы, в 50 г						
Дрожжи, КОЕ/г, не более	10	<1,0×10 ¹	ГОСТ 30706-2000			
Плесени, КОЕ/г, не более	10	<1,0×10 ¹	ГОСТ 30706-2000			
Молочно-кислые микроорганизмы	1×10 ⁷	1×10 ⁷	МУК 10.05.035.99			

Продукты разработаны согласно требованиям и нормам «СанПиНа», утвержденным государственной системой санитарно-эпидемиологического нормирования. Завод гарантирует соответствие качества молочной продукции определению «Живой йогурт» нормам и требованиям «СанПиНа» путем ежесуточного контроля качества лабораторией Казахской академии питания, рекомендующей данный продукт в лечебно-профилактических целях для детей и взрослых.

Согласно данным, приведенным в таблице 1, можно утверждать, что по физикохимическим показателям «Живой йогурт» по содержанию жира, белка и кислотности не превысил допустимые нормы НД, СОМО увеличил на 1%, а по показателям безопасности результаты были улучшены за счет использования культур микроорганизмов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Касьянов Г.И., Самсонова А.Н. Технология консервов для детского питания. М.: Колос, 1996.-160 с.
- $2 \, \mathcal{L}$ митриева Е.Т., Евстигнеев Г.М., Марх 3.A. и др./ Под ред. Самсоновой А.Н. Консервы и концентраты для детского питания. М.: Агропромиздат, 1985. 246 с.
- 3 *Медузов В.С., Бирюкова З.А., Иванова* $\overline{Л.H.}$ Производство детских молочных продуктов: Учебник. М.: Легкая и пищевая промышленность, 1982. 208 с.

Тұжырым

А.Е. Тұрысбекова, А.Б. Тоқтамысова, М.О. Қожахиева, Э.К. Асембаева

БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН «ЖИВОЙ» ЙОГУРТЫНЫҢ САПАСЫ МЕН ҚАУІПСІЗДІГІН ЗЕРТТЕУ

Мақалада балаларға арналған «Живой» йогуртының сапасы мен қауіпсіздігі зерттелінді. Өнімнің физико-химиялық көрсеткіштері стандартқа сай.

Summary

A.E. Turysbekova, A.B. Toktamysova, M.O. Kozhahieva, E.K. Asembaeva

THE STUDY OF THE QUALITY AND SAFETY ON BABY FOOD YOGURT NAMED "Живой"

This article presents the study of the quality and safety of baby food yogurt named "Живой". Physico-chemical characteristics of the product meet the standard.

Л.Р. САЙФУЛИНА

Городская поликлиника № 12, г. Алматы

ФЕОХРОМОЦИТОМА И БЕРЕМЕННОСТЬ (Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье представленны данные о заболевании феохромоцитома. О лечении во время беременности, о радикальном хирургическом лечении феохромоцитомы, эффективности излеченности, о восстановлении трудоспособности больных после хирургического лечения.

Ключевые слова: феохромоцитома, провокационные пробы, адреналэктомия

Феохромоцитома — опухоль мозгового вещества надпочечника, относится к гормонопродуцирующим опухолям. Избыточная выработка приводит к повышению кровяного давления, ускорению обмена веществ и повышению концентрации сахара в крови. Среди больных с артериальной гипертензией (АГ) частота выявления феохромоцитом колеблется от 0.1 до 0.7%, самая высокая частота феохромоцитомы отмечается у больных АГ в возрасте 30—50 лет (до 1% случаев). Возникающие осложнения отражаются на течение беременности, это: сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, почечная недостаточность, гипертоническая энцефалопатия, эклампсия, шок, смерть матери или плода [1].

Диагностика

Основной признак феохромоцитомы – постоянное или периодически появляющееся высокое кровяное давление с такими симптомами, как учащенное сердцебиение, частый пульс, головные боли, потливость, ощущение жара, одышка, боли в животе, тошнота и рвота; иногда появляется страх смерти. Обычны также постуральная гипотензия (низкое кровяное давление при вставании) и парадоксальная реакция на лекарства, принимаемые для снижения давления (вместо того чтобы уменьшаться, давление поднимается). Может повыситься концентрация сахара в крови, ускориться обмен веществ. В последнем случае больной худеет.

Симптомы могут появляться приступообразно, причем частота приступов сильно варьируется — от одного раза в 2 месяца до 25 раз в день. В одних случаях симптомы появляются внезапно, в других случаях — после физической нагрузки, курения, смеха, наркоза, мочеиспускания, изменения температуры окружающей среды или температуры тела. Кроме того, беременность может спровоцировать приступ феохромоцитомы

Основной критерий диагноза феохромоцитомы – повышенный уровень катехоламинов или продуктов их распада в моче или плазме.

Самая надежная и доступная проба — определение общей концентрации метанефринов (метанефрина и норметанефрина — биологически неактивных продуктов метилирования адреналина и норадреналина) в суточной моче. Более чем у 95% больных с феохромоцитомой уровень метанефринов в моче повышен [2].

Лабораторная диагностика феохромоцитомы включает:

 определение концентрации катехоламинов (адреналина, норадреналина) в моче, собранной за сутки или за 3 ч., прошедших после начала приступа; определение свободных катехоламинов в плазме;

- определение общей концентрации метанефринов (метанефрина и норметанефрина) в плазме и конъюгированных метанефринов в моче. Метод обладает высокой чувствительностью и специфичностью (достигают 98%);
- провокационные пробы (гистамин, глюкагон, метоклопрамид, физическая нагрузка) и подавляющие (клонидин, фентоламин) тесты. Эти пробы сопряжены с большим количеством осложнений, поэтому используются крайне редко.

Топическая диагностика Локализацию опухоли обычно определяют с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ). Чувствительность всех методов достаточно высока, составляет 90–96%.

Классификация: надпочечниковые и вненадпочечниковые.

По морфологии: доброкачественные и злокачественные феохромоцитомы.

По клиническому течению выделяют три формы феохромоцитомы:

- 1) бессимптомная: «немая» форма (гистологически подтвержденная феохромоцитома при норме артериального давления (АД) и катехоламинов);
 - 2) клинически выраженная форма: пароксизмальная; персистирующая: смешанная;
- 3) атипичная форма; гипотоническая форма; феохромоцитома в сочетании с гиперкортицизмом.

По тяжести течения выделяют: легкое течение (бессимптомная форма, с редкими кризами); средней тяжести (частые кризы, отсутствие осложнений); тяжелое течение (наличие осложнений со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной системы или почек, а также осложнений сахарного диабета.

Клиника. Главным симптомом феохромоцитомы служит повышение АД (пароксизмальное или постоянное). К дополнительным симптомам относятся: ортостатическая гипотония, потливость, постоянные головные боли, ощущение внутренней дрожи, беспокойство, общая слабость, снижение трудоспособности.

Осложнения: сердечная недостаточность; аритмия, тахикардия, АГ в рамках шока или остановка кровообращения во время введения в общую анестезию; катехоламиновый шок; нарушение мозгового кровообращения; гипертоническая энцефалопатия; ишемический колит; расслаивающая аневризма аорты; у беременных: лихорадка, эклампсия, шок, смерть матери или плода. Обнаружение феохромоцитомы в первой половине беременности является показанием для прерывания беременности. Наличие феохромоцитомы является абсолютным показанием к проведению кесарева сечения, так как этот способ родоразрешения сопровождается наименьшими перепадами АД и более низкой материнской смертностью [3, 4].

Спонтанные роды или искусственное родоразрешение вагинальным путем у неподготовленных больных обычно заканчивается катастрофой для матери и ребенка. На ранних стадиях беременности целесообразно, по-видимому, проводить подготовку феноксибензамином и удалять опухоль как можно скорее после подтверждения диагноза. Прерывать беременность необязательно, но операция может вызвать спонтанный аборт. В ІІІ триместре следует проводить лечение адреноблокаторами; когда плод достигнет достаточных размеров, можно осуществить кесарево сечение с последующим удалением опухоли. Хотя безвредность адреноблокаторов при беременности не доказана, введение этих веществ в ряде случаев не вызывало явных нежелательных эффектов.

В случаях метастазирования или местной инвазии опухоли, а также у больных с интеркуррентными заболеваниями, препятствующими оперативному вмешательству, требуется длительное медикаментозное лечение. Если проявления феохромоцитомы не удается в достаточной мере купировать хроническим введением адреноблокирую-

щих средств, может понадобиться одновременное введение метирозина (Metyrosine). Это вещество ингибирует тирозингидроксилазу, снижает продукцию катехоламинов опухолью и часто надолго облегчает состояние больных. В настоящее время практических способов разрушения опухоли облучением или химиопрепаратами нет [5, 6].

Лечение Самым эффективным и радикальным методом лечения является хирургический. Операция может быть отложена в случаях острого нарушения коронарного кровообращения, выраженной сердечно-сосудистой недостаточности до их исчезновения или смягчения течения. Необходимым объемом операции при одностороннем поражении является односторонняя адреналэктомия, при двустороннем - тотальная адреналэктомия. Органосохраняющие операции при одностороннем поражении не имеют смысла, при двустороннем поражении - с высокой вероятностью приводят к рецидиву заболевания. Применяются эндоскопические методы, однако малоинвазивные вмешательства при феохромоцитоме находятся в фазе освоения методики. После тотальной (двусторонней) адреналэктомии организм лишается источников эндогенных кортикостероидов, и через 5-10 ч после операции развивается надпочечниковая недостаточность. Такие больные нуждаются в пожизненной заместительной терапии кортикостероидными средствами. Лучевая терапия опухолей из хромаффинных клеток до последнего времени считалась неэффективной. Все более многочисленными становятся сообщения об успешном лечении метастаз феохромоцитомы с помощью мета-131І-бензилгуанидина [7, 8].

Терапия при беременности Основой лечебной стратегии при сочетании феохромоцитомы и беременности должна быть адекватная а-адренергическая блокада. На фоне правильно проводимого лечения вопрос о прерывании беременности или преждевременном родоразрешении обычно возникает при наличии акушерской или перинатальной патологии. Возможность одномоментного хирургического вмешательства у беременных зависит от стабильности гемодинамических показателей после выполнения кесарева сечения. При выполнении адекватной адренергической блокады пероральными ЛС пролонгированного действия (феноксибензамин, доксазозин), как правило, отмечают неосложненное, благополучное течение беременности. Необходимо учитывать, что терапия b-адреноблокаторами у беременных перед кесаревым сечением увеличивает риск гипотонического маточного кровотечения, в связи с чем широкое применение их непосредственно перед и во время операции не показано. По жизненным показаниям применяют ЛС ультракороткого действия (эсмолол).

Прогноз В течение 5 лет после операции выживают обычно более 95% больных, а частота рецидивов не достигает 10%. Примерно через 1 нед. после успешной операции экскреция катехоламинов возвращается к норме. Концентрацию последних нужно определять, чтобы убедиться в том, что опухоль удалена полностью. При злокачественной феохромоцитоме 5 лет после операции живут менее 50% больных [9, 10].

Самым эффективным и радикальным методом лечения опухолей является хирургический, эффективность данного лечения довольно высокая. При своевременном лечении феохромоцитома полностью излечивается.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Боднара П.Н. Эндокринология. Винница: Новая книга, 2007. 233 с.
- 2 Чихладзе H.M., Чазова И.Е. Феохромоцитома //Consilium medicum: Журнал доказательной медицины для врачей. 2008. Т. 10, № 9. С. 92–98.
- 3 *Pacak K.* et al: Pheochromocytoma: Recommendations for clinical practice from the First International Symposium // Nat Clin Pract Endocrinol Metab. -2007. -N 3(92) [PMID: 17237836].

- 4 *Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М.* Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. М.: Медицина, 2002. 200 с.
- 5 *Kazic M.R.* Perioperative risk factors, morbidity during phaeochromocytoma resection // Acta Chir. Belg. 2011. Vol. 111, № 4. P. 223–227.
- 6 Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Harrison's principles of internal medicine (18th ed.). New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2011. P. 240.
- 7 Erlic Z et al: Clinical predictors and algorithm for the genetic diagnosis of pheochromocytoma patients. //Clin Cancer Res. -2009. № 15. P. 63–78 [PMID: 19825962].
- 8 *Черенько С.М.* Артериальная гипертензия и опухоли надпочечников // 100 избранных лекций по эндокринологии. Харьков, 2009. С. 925–933.
- 9 *Manger W. M., Gifford R. W.* Pheochromocytoma Current diagnosis and management Clev Clm.// J Med. 1993. № 60. P. 365–378
- 10 Дедов И.И., Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Мельниченко Г.А. Феохромоцитома // Практическая медицина. М., 2005.

Тұжырым

Д.Р. Сайфулина

ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ ФЕОХРАМАЦИТОМА

(Әдеби шолу)

Катехоламин өндіруші ісіктердің ең эффективті емдеу әдісі хирургиялық ем, бұл емнің эффективтлігі айтарлықтай жоғары. Уақытылы радикалды хирургиялық емінде феохромоцитоманы толығымен емдеп шығуға болады.

Summary

D.R. Sifulina

PHEOCHROMOCYTOMA END GRAVIDITAS

(Review of literature)

The most effective and radical treatment of catheholaminproductive tumours is surgery; the effectiveness of this treatment is quite high. With timely radical surgical treatment the pheochromocytoma can be fully cured.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 616.61-084

А.Т. КОНУРКУЛЬЖИНОВ

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

УРЕАПЛАЗМОЗ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ (Обзор литературы)

Аннотация. В данной статье представленны обзорные данные о заболевании уреаплазмоз, о методах диагностики, лечения и профилактики уреплазмоза, который заключается в отказе от случайных связей, использовании средств защиты полового контакта, повышении иммунитета, а также в здоровом образе жизни.

Ключевые слова: уреаплазмоз, полимеразная цепная реакция, культуральный метод, профилактика.

Как известно, вагинальные инфекции занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. В последнее время патогенетическая структура ваги-

нальных инфекций обусловлена уреаплазмой, вызывающей заболевание уреплазмоз. Уреаплазмы высеваются у 39,4% больных хроническим сальпингоофоритом, у 30% — страдающих бесплодием и у 29,9% женщин, имевших самопроизвольные выкидыши. Отмечается частота обнаружения уреаплазм у беременных, страдающих эндоцервицитом и эрозией шейки матки (37,7%), кольпитом (50,8%).

Причиной появления уреаплазмоза могут быть различные факторы:

- ранее начало половой жизни, частая смена половых партнеров,
- незащищенные половые акты,
- перенесенные гинекологические заболевания и заболевания, передающиеся половым путем.

Уреаплазмоз проявляется не сразу, не беспокоя человека долгое время. Из-за этого носитель заболевания может даже и не знать о нем и продолжать заражать половых партнеров длительный период. Инкубационный период уреаплазмоза составляет 2—4 недели. Отсутствие симптомов заболевания в некоторых случаях может привести к переходу уреаплазмоза в хроническую стадию и довольно серьезным последствиям для здоровья человека. Рост условно-патогенной флоры, к которой относится и возбудитель уреаплазмоза, может быть спровоцирован приемом антибиотиков, препаратов гормональной терапии, постоянными стрессами и общим ухудшением качества жизни человека, радиоактивным облучением и другими факторами, которые значительно снижают иммунный статус человеческого организма [1, 2].

Диагностика

- 1. ПЦР (полимеразная цепная реакция молекулярно-биологический метод)
- Это самый точный и чувствительный метод, позволяющий обнаружить возбудителя по наличию его ДНК.
 - 2. Серологический метод (выявление антител)
 - 3. ИФА (иммуноферментный анализ) и ПИФ (прямая иммунофлюоресценция)
- 4. Бактериологический (культуральный метод). Классическим методом диагностики уреаплазмоза (золотой стандарт) является посев материала из мочеполовых путей на специальную среду с выделением возбудителя. Важным является подсчет микробов. Данные бактериологического исследования должны указывать на то, что содержание, так называемый титр уреаплазм, составляет 10 000 в 1 мл, и при этом титр других выявленных бактерий должен быть меньше хотя бы в 10 раз. При обнаружении уреаплазмы в большом количестве и при наличии клинических проявлени врач имеет право ставить диагноз «уреаплазмоз» [3, 4].

Проявления уреаплазмоза. Уреаплазмоз проявляется не сразу, не беспокоя человека долгое время. Из-за этого носитель заболевания может даже не знать о нем и продолжать заражать половых партнеров длительный период. Инкубационный период уреаплазмоза составляет 2—4 недели. Отсутствие симптомов заболевания в некоторых случаях может привести к переходу уреаплазмоза в хроническую стадию и довольно серьезным последствиям для здоровья человека. У женщин появляются выделения из влагалища, которые могут сопровождаться болью внизу живота, зуд и раздражение слизистой влагалища, реже наблюдается частое и болезненное мочеиспускание, цервицит. Отсутствие своевременного и адекватного лечения уреплазмоза у женщин приводит к воспалению и спайкам в маточных трубах, а в результате к бесплодию и увеличению риска внематочной беременности, к кольпиту, цервициту, сальпингоофориту, циститу. Уреаплазмоз подразделяется на формы – острую и хроническую. Для уреаплазмоза нет таких симптомов, которые бы были характерны только для него. Эти симптомы схожи с теми, что бывают и при других заболеваниях передающихся половым путем. Первые проявления можно заметить через 1—3 недели после заражения.

У женщин и мужчин они различны. У мужчин из мочеиспускательного канала могут быть прозрачные выделения, жжение при мочеиспускании или же симптомы простатита (если поражена предстательная железа). У женщин скудные, также прозрачные выделения из влагалища, жжение при мочеиспускании и несильная боль, боль внизу живота (если воспалена матка и придатки) [5, 6].

Инкубационный период уреаплазмоза (время от момента заражения до появления первых признаков заболевания) не имеет определенной продолжительности. Он может быть от нескольких дней до нескольких месяцев, что, очевидно, связано с временным носительством инфекции, которое затем может перейти в заболевание (например, при снижении иммунитета). Для уреаплазмоза характерно скрытое течение. Заболевание или вообще никак не проявляется, или имеет минимальное проявление, поэтому может протекать очень длительно без лечения. Минимальные воспалительные процессы в области мочеполовых органов вовсе не означают, что заболевание безобидное [7, 8].

Терапия уреаплазмы. Терапия уреаплазмы в свой состав включает комплексные меры, исходя из локализации воспаления. В общей форме используют антибактериальные препараты, направленные на устранение инфекции; иммуномодуляторы, активизирующие защитные возможности организма; лекарственные средства, снижающие риск возникновения побочных явлений по время приема антибиотиков. Когда развивается уреаплазмоз, симптомы у женщин могут быть разными. Чаще всего, предлагаются меры по элиминации таких микроорганизмов в случае наличия у людей инфекционного воспалительного процесса (простатите, уретрите, вагините, цервиците), а кроме того во время бесплодия, невынашивания беременности, воспалениях органов малого таза, лихорадочных послеродовых состояниях в случае существования уреаплазм в мочеполовой системе, хориоамнионите. Этиотропная терапия уреаплазменной инфекции базируется на назначении антибактериальных средств разных групп. При терапии уреаплазменной инфекции результативными могут быть те антибактериальные агенты, которые влияют на белковый синтез из ДНК, т. е. обладающие бактериостатическим действием. Это средства тетрациклинового ряда, фторхинолоны, макролиды, левометицин и пр. При хроническом уреаплазмозе (тем более осложненном) антибиотикотерапия более длительная, часто комбинированная (применяют несколько антибиотиков). Кроме того назначают дополнительное лечение (иммунотерапия, инстилляции уретры, физиотерапия и т. д.). Курс лечения необходимо проходить полностью и не прекращать лечения до тех пор, пока контрольные мазки не покажут полное выздоровление. Вагинальные инфекции тем и коварены, что могут затихать на время, а затем активизироваться с новой силой. Именно поэтому свидетельством излечения должны стать не субъективные ощущения, а результаты контрольных мазков [9, 10, 11].

Профилактика уреплазмоза заключается:

- отказе от случайных связей;
- постоянном половом партнере;
- использовании презервативов;
- повышении иммунной системы;
- соблюдении правил личной гигиены;
- здоровом образе жизни.

В последнее время структура вагинальных инфекциий обусловлена уреаплазмой, вызывающей заболевание «уреаплазмоз». У женщин уреаплазмоз приводит к воспалению и спайкам в маточных трубах, а в результате к бесплодию и увеличению риска внематочной беременности, к кольпиту, цервициту, сальпингоофориту. Профилактика уреаплазмоза заключается в соблюдении правил личной гигиены половой жизни, отказе от случайных связей или использование презерватива.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Борхсениус С.Н., Чернова О.А., Чернов В.М., Воинский М.С.* Микоплазмы. Молекулярная и клеточная биология, взаимодействие с иммунной системой млекопитающих, патогенность, диагностика. СПб.: Наука, 2002.
- 2 Кисина В.И., Загребина О.С., Забиров К.И., Мешков В.В. (ЦНИКВИ МЗ РФ). Современное состояние вопроса о значении Ureaplasma urealyticum в генезе урогенитальных заболеваний // Инфекции, передаваемые половым путем. -2002. -№1. -C. 8–15.
- 3 *Быковская О.В.* Методы лечения уреаплазменной инфекции в гинекологической практике // Гинекология. -2003. -№ 6. -C. 255–257.
- 4. Голубева Т.Н. Факторы патогенности микоплазм урогенитального тракта и чувствительность к антимикробным препаратам. С.-П., МАПО, 2005. 300 с.
- 5 *Кисина В.И., Ширшова Е.В.* Инфекции, передаваемые половым путем у женщин. CONSILIUM MEDICUM. 2005.Т. 07. № 7. 250 с.
- 6 *Теплов С.А., Назарова Л.С., Елисеева И.П.* Уретриты, циститы, кольпиты, вульвовагиниты. М.: KPOH-Пресс, $2000.-450~\rm c.$
- 7 *Мавров И.И.* Половые болезни: Руководство для врачей, интернов и студентов. X.: Факт, 2002. 200 с.
- 8 *Малова И.О.* Особенности уреаплазменной инфекции урогенитального тракта у девочек. //Вестн. дерматол.-венерол. -1999. -№ 6. C. 77-9.
- 9 *Анкирская А.С.* Неспецифические вагиниты // Клин. микробиол. и антимикроб. тер. 2000. № 2 (17). С. 12–4.
- 10 *Байцур М.В., Екимов А.Н.* Уреаплазменная инфекция // Кремлев. мед. клин. вестн. -2000. -№ 3. C. 54.
- 11 Kong F., Ma Z., Gilbert G.L. Journal of Clinical Microbiology, Species identification and subtyping of Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum using PCR-based assay. 2000. Mar. P. 1175–1179.

Тұжырым

А.Т. Конуркульжинов

УРЕАПЛАЗМОЗ, ПРОФИЛАКТИКА ЖОЛДАРЫ

(Әдеби шолу)

Соңғы кезде қынаптық инфекциялардың құрылымы уреплазмоз ауруын туғызатын уреаплазмамен негізделген. Әйелдерде уреплазмоз жатыр түтіктерінің қабынуына және жабыспаларға алып келеді, нәтижесінде бедеуліктің және жатырдан тыс жүктілік дамуының қаупін жоғарылатады, кольпит, цервицит, сальпингооофорит дамиды. Уреаплазмоз бен микоплазмозды алдын-алу шаралары жыныстық өмірдің гигиеналық ережелерін сақтауда, мүшеқаптарды қолдануда, кездейсоқ жыныстық қатынастардан бас тартуға негізделеді.

Summary

A.T. Konurkulginov

UREAPLASMOSIS, WAYS OF PREVENTION

(Review of literature)

In recent years the structure of vaginal infections is connected to ureaplasm that causes ureaplasm disease. Women ureaplasm disease leads to inflammation and adhesions in the fallopian tubes, and as a result to infertility and an increased risk of ectopic pregnancy, obesity, cervicitis and salpingo-oophoritis. Prevention of mycoplasm and ureaplasm diseases is in compliance with the rules of sexual health and in rejection of casual sex, in such cases the condom must be used.

А.Т. ТУРСЫНОВА, Г.Ә. ӨТЕПҚАЛИ, А. АНАШОВА, Ж. АЛИМЖАНОВА, Б. ЖУМАТАЕВ, К. УТЕБАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті, Алматы қ.

ӨСОА БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ АРТЕРИАЛЛЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ ЕМЛЕУ

(Әдеби шолу)

Аннотация. Мақалада артериальды гипертензия мен өкпенің созылмалы обструктивті ауруының өзара байланысын, бір-біріне әсерін және оны қалай емдеу керек жөніндегі әдебиеттерде жазылған ақпараттарды сараптау жаса.

Кілт сөздер: Артериалды гипертензия, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы.

Маңыздылығы. Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) және артериальды гипертензиямен (АГ) зардап шегетін науқастарды жүргізу ересектердің арасында бұл аурулардың кең таралуына байланысты маңызды мәселеге айналып отыр.Мәселенің түп тамыры артериалды қан қысымын түсіретін кейбір дәрі-дәрмектер демікпелік ұстамаларды шақыруға және де басқа қолайсыз жағдайлар туғызуға бейімділігінде болып тұр. Мысалы, бета-адреноблокаторлар ӨСОА, бронх демікпесі және физикалық жүктемемен шақырылған бронхоконстрикциямен зардап шегетін науқастарда аса сақтықпен қолданылуы тиіс. ААФ ингибиторлары мен бета-блокаторлар да қолайсыз әсер етуі мүмкін. Бета-блокаторлар тобындағы дәрілік заттар демікпесі бар науқастарда бронхообструкцияны күшейтіп, ауа өткізгіш жолдардың реактивтілігін жоғарылатып, ингаляциялық және пероральдық симпатомиметиктердің (альбутерол және тербуталин) емдік әсеріне кедергі жасайды. ААФ ингибиторларының белгілі жанама әсері – жөтел, 20% науқастарда кездеседі. Әдетте жөтел құрғақ, персистерленген, сирек қақырықпен, жоғарғы тыныс жолдарының тітіркенуімен қатар жүреді .

ӨСОА мен АГ бірлесуінде екі түрлі көзқарас бар:

- 1. Әртүрлі факторлардың әсерінен дамитын және бір-бірімен патогенезімен байланыспайтын аурулардың бірлесуі, яғни екі тәуелсіз аурудың бірлесуі.
- $2.\ \Theta COA$ мен AГ арасында патогенетикалық байланыс бар, ол AГ дамуына себепкер болады. Бұл осы санаттағы науқастарда АГ симптоматикалық, тіпті, оны пульмогенді деп қарастыруға болады [1,2].

ӨСОА мен артериалдық гипертензияны әрқайсысының ағымы мен үдемелілігінде маңызды рөл атқаратын әртүрлі факторлар жақындастырады. Осындай факторларға:

- темекі шегу;
- артык салмак;
- аз қозғалу;
- екіншілік эритроцитоз;
- екіншілік гиперальдостеронизм;
- ұйқыдағы обструктивті апноэ;
- өкпелік гипертензия;
- Θ COA еміндегі кейбір дәрілердің гипертензивті әсері (глюкокортикоидтар, b_2 агонистер).

ӨСОА науқастардағы АГ дамуындағы негізгі патогенетикалық механизм:

- артериалды гипоксемия;
- гиперкапния;

- кіші қан айналымдағы гемодинамика бұзылысы;
- ренин-ангиотензин жүйесінің белсенуінің жоғарылауы;
- альдостерон бөлінуінің жоғарлауы;
- бронхиальды обструкция нәтижесінде кеуде ішілік қысымның өзгеруі;
- микроциркуляторлы және гемореологиялық бұзылыстар (эритроцитоз).

 Θ СОА науқастарда АГ даму механизмін түсіну осы санаттағы науқастарда АГ емдеудің бағдарламасын құру кезінде маңызды [3, 4].

ӨСОА кезінде гипотензивті дәрілер келесі талаптарға сай болу керек:

- бронх өткізгіштігіне қолайсыз әсерінің болмауы;
- айқын гипокалиемиялық әсердің болмауы;
- қабыну шақыру әсерінің болмауы;
- жөтел шақырмауы;
- бронхолитикалық дәрілермен өзара әсерлеспеуі;
- өкпелік гипертензияны азайту;
- тромбоциттер агрегациясын төмендету;
- эндотелийге эсер ету.

Мұндай жағдайда гипотензивті дәрілерді таңдау кезінде негізгі мәселе – бұл бронх обструкциясы. Ол b-блокаторларды тағайындауға қарсы көрсеткіш болып табылады, дегенмен кардиоселективті b-блокаторлар пайда болғаннан бері ӨСОА кезінде АГ мен ЖИА емін коррекциялау кеңейе түсті. Кардиоселективті b-блокаторлар ішінде ӨСОА наукастарда АГ мен косымша стенокардияны емдеуге метопролол, бисопролол, бетаксолол қолданылады. Ең тиімді дәрі-дәрмек бисопролол, тіптен оның бронх өткізгіштігіне жақсы әсерететіні көрсетілген. Кардиоселективті b-блокаторларды ӨСОА науқастарда АГ-ны емдеуге аз мөлшерде ЭКГ, бронх өткізгіштігін және клиникалық мағлұматтарды ескере отырып тағайындау қажет. Аз бронхоконстрикторлық әсерді ішкі симпатомиметикалық белсенділігі бар дәрілер береді (ацебутолол, пиндолол), бірақ олардың гипотензивті әсері басқа b-блокаторларға қарағанда төмен. ӨСОА науқастарда АГ емдеуде қолданылатын келесі дәрілік заттар кальций каналының блокаторлары – дигидропиридин (нифедипин, фелодипин, амлодипин, лацидипин және т.б.) және дигидропиридин емес (верапамил, дилтиазем). Бронх өткізгіштігіне кері әсерінің болмауына байланысты кальций антогонистері ӨСОА кезіндегі АГ емдеуде таңдаулы дәрілік заттар. Сонымен бірге ӨСОА науқастарда өкпелік жүректің болуына байланысты жүрек ырғағының (брадиаритмия)және өткізгіштігінің (атриовентрикулярлық және синоатриальдық бөгемелер) дамуына байланысты кейбір кальций каналының блокаторларын шектеуге тура келтіреді (верапамил и дилтиазем). ӨСОА бар науқастарда гипотензивті дәрілік заттарға қойылатын талаптардың бірі клиникалық маңызды гипокалиемиялық әсердің болмауы, өйткені гипокалиемия тыныс жеткіліксіздігінің удеуіне әкелетін тыныс алу бұлшықеттерінің жұмысына кері әсерін тигізеді. Гипокалиемия даму қаупі тиазидтік, ілмектік диуретиктерді қолданғанда пайда болады, сондықтан гипотензивті дәрілік заттарды таңдаған кезде осыны ескеру керек, әсіресе тыныс жеткіліксіздігі кезінде. Диуретиктердің ішінде индол туындысы-индапамидті тағайындаған жөн.

Гипотензивті дәрілік заттардың, әсіресе ААФ ингибиторларының қолайсыз әсерінің бірі – жөтел. Ол шамамен 20% науқастарда кездеседі де, ӨСОА бар науқастардың өміріне кедергі жасап, көбінесе өкпелік аурудың өршуі ретінде қабылданады. Сонымен бірге ААФ ингибиторы тек гипотензивті әсеріне ғана емес, осы қатардағы науқастарда аталған дәрілік заттар өкпелік қысымды да төмендететініне байланысты тағайындалады [5].

Сондықтан гипотензивті дәрілік заттардың қолайсыз әсерлерімен қатар тыныс жеткіліксіздігі мен өкпелік гипертензияға әсер ететін қолайлы әсерлерін де айта кеткен жөн. Осындай гипотензивті емес әсерлерге:

- өкпе артериясындағы қысымды төмендету;
- эндотелий дисфункциясына эсер ету;
- бронхолитикалық әсер;
- антиоксидантты эсер;
- антиагрегантты әсер.

Өкпелік гипертензияның дамуы ӨСОА кезінде АГ емдеуге таңдау дәрілік заты кальций каналының блокаторлары, өйткені бұл дәрілік заттар гипотензивті әсермен бірге бронходилятациялық әсер етеді және кіші қан айналым тамырларының вазодилятациясын шақыртып, өкпе артериясында қысымды төмендетеді.

ААФ ингибиторларын гипотензивті әсерімен бірге өкпелік қысымды төмендететініне және бронх өткізгіштігі, өкпелік перфузия мен вентиляцияға кері әсерін тигізбеуіне байланысты тағайындалады. Егер ААФ ингибиторларын тағайындаған кезде жөтел пайда болатын болса, ангиотензин рецепторының антогонистерін тағайындауға болады.

ӨСОА кезінде кеңінен қолданылатын тиазидті, ілмектік диуретиктер, сонымен бірге индапамид декомпенсацияланған созылмалы өкпелік жүрек кезінде таңдау дәрілік заттары болып табылады. Мұндай кезде көбінесе ілмектік дәрілік заттарына (фуросемид) таңдау түседі. Бірақ олардың гипокалиемия шақыруына байланысты гипоксия жағдайында ритм бұзылысы даму қаупіне байланысты калий сақтаушы (спиринолактон) дәрілік заттарын тағайындаған жөн [6, 7].

Қорытынды. Сонымен гипотензивті дәрілік заттарын таңдаған кезде клиникалық жағдайды (созылмалы өкпелік жүректің болуы, қосымша ЖИА, ритм бұзылысы, жүрек жеткіліксіздігі, қант диабеті, СБЖ және т.б.) ескеру қажет. Бета-блокаторлардың ішінде ең кардиоселективті дәрілік зат бисопролол, сонымен бірге оның атенололға қарағанда бронх өткізгіштігіне жақсы әсері көрсетілген. Кардиоселективті дәрілік заттарды аз мөлшерде және ЭКГ мен бронх өткізгіштігін, клиникалық жағдайды бақылай отырып тағайындаған жөн. Бронх өткізгіштігіне кері әсерінің болмауына байланысты таңдау дәрілік заты болып кальций каналының антогонистері табылады. Жөтел шақыратынына қарамастан өкпе артериясында қысымды төмендететіне байланысты ААФ ингибиторлары тағайындауға болады. Ал декомпенсацияланған созылмалы өкпелік жүрек кезінде таңдау дәрілік затты ілмектік диуретиктер, бірақ олардың гипо-калиемия шақыруына байланысты ритм бұзылысы кезінде калий сактаушы дәрілік заттарын қолданған жөн. Міне, сондықтан гипотензивті дәрілік заттарды таңдаған кезде науқастың жалпы жағдайы, негізгі аурудың асқынуларын ескере отырып тағайындаған жөн.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Задионченко В. С., Погонченкова И. В., Адашева Т. В. Артериальная гипертония при хронической обструктивной болезни легких. М.: Анахарсис, 2005. 243 с.
- 2 Задионченко В. С., Адашева Т. В. Артериальная гипертония у больных хронической обструктивной болезнью легких. М.: Медиа Медика, 2005. С. 454–471.
- 3 Адашева Т.В., Федорова И.В., Задионченко В.С., Мациевич М.В., Павлов С.В., Ли В.В., Гринева З.О. Клинико-функциональные характеристики артериальной гипертонии у больных хронической обструктивной болезнью легких // Сердце. -2009. -№ 6. -C. 345–351.
- 4 *Задионченко В.С., Адашева Т.В., Мациевич М.В.* Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких // Набор слайдов с комментариями. M., 2009. M.

5 Aбидов A, \mathcal{A} . Артериальная гипертензия при хронических заболеваниях легких // Азерб. мед. журнал. − 1984. – № 8. – С. 57–59.

6 *Авдеев С.Н.* Лечение легочной гипертензии при хронической обструктивной болезни легких / С.Н. Авдеев, Н.А. Царева, А.Г. Чучалин // Сердечная недостаточность. – 2002. – № 3. – С. 144–148.

7 Дворецкий Л.И. Клинические рекомендации по ведению больных ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертонией и другой патологией // РМЖ. 2005. – М., № 13(10) – С. 67–72.

Резюме

А.Т. Турсынова, Г.А. Отепкали, А. Анашова, Ж. Алимжанова, Б. Жуматаев, К. Утебаева

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

(Обзор литературы)

Большая распространенность таких состояний, как артериальная гипертония ($A\Gamma$) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), диктует необходимость изучения этих тем. Поэтому мы посвятили свою статью анализу данных литературы, освещающих взаимосвязь между ХОБЛ и артериальной гипертензией, влияние их друг на друга и лечение артериальной гипертензии у больных с ХОБЛ.

Summary

A.T. Tursynova, G.A. Otepkali, A. Anashova, Zh. Alimzhanova, B. Zhumataev, K. Utebaeva

TREATMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH COPD.

(Review of literature)

High prevalence of conditions such as arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), requires the study of these topics. So we have devoted an article analysis of the literature covering the relationship between COPD and arterial hypertension, their influence on each other and the treatment of hypertension in patients with COPD.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 613.2

Д.В. ЭДИЛЬГИРИЕВ

ТОО «ОО Казахская академия питания»

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЕВЫХ ПРОДУКТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аннотация. В статье дается обоснование использования сои в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза. Предложен продукт функционального назначения на основе соевого молока. В статье представлены рекомендации по использованию нового соевого кисло-молочного продукта в профилактике атеросклероза.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз, рекомендация, профилактика.

Целью исследования явилась разработка кисло-молочного соевого продукта, обогащенного витаминно-минеральными добавками, а также обоснование необходи-

мости его включения в комплексную терапию больных стабильной стенокардией и атеросклерозом в качестве метода нутритивной поддержки.

Актуальность проблемы, прежде всего, определяется крайне высоким уровнем заболеваемости ишемической болезнью сердца населения Республики Казахстан, которая является одним из самых распространенных заболеваний в мире и имеет устойчивую тенденцию к росту. В проблеме ишемической болезни сердца одним из наиболее сложных вопросов является реабилитация больных с учетом целенаправленного воздействия на основные патогенетические звенья заболевания [1, 2].

По результатам оценки состояния фактического питания в рационах подавляющей части населения стран СНГ и Республики Казахстан имеет место значительный дефицит антиоксидантных витаминов (С, А, Е) и селена, что обусловлено низким уровнем потребления овощей, фруктов и морепродуктов. Кроме того, практически вся территория Казахстана является дефицитной по содержанию селена в почве, воде и, соответственно, в возделываемой сельскохозяйственной продукции. В настоящее время четко доказана связь недостаточного потребления селена с развитием около 40 заболеваний, включая сердечно-сосудистые и онкологические [3, 4].

Другим важнейшим микроэлементом, дефицит которого является одним из факторов риска развития кардиоваскулярной патологии, является магний, саплементации которым представляет собой эффективный способ профилактики и реабилитации больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда. Несмотря на выраженную разбалансированность питания по основным антиоксидантным факторам, а также повышенные потребности в них при ишемической болезни сердца, особенно при инфаркте миокарда, в практике еще не получило широкого применения использование в комплексе реабилитационных мероприятий соевых продуктов питания и природных антиоксидантов. В доступной литературе мы не встретили специальных исследований по нутриативной поддержке базисного лечения больных ишемической болезнью сердца с использованием соевых кисло-молочных продуктов, обогащенных солями магния и пектином, а также витаминно-минеральных антиоксидантных комплексов в форме биологически активной добавки к пище [5].

Экспериментальная часть

С учетом пищевой и биологической ценности сои, а также роли отдельных пищевых ингредиентов в снижении риска развития ИБС, атеросклероза и стенокардии нами была разработана рецептура и технология приготовления нового функционального продукта на основе соевого молока.

При создании продукта были использованы молочно-кислые бактерии (штаммы Lactobacilluscasei и Streptococcuslactis), взятые в соотношении 1:1.

Для увеличения содержания витаминов антиоксидантов (C, A, E) в продукте были использованы сиропы боярышника и черной смородины. Плоды боярышника снижают содержание холестерина, укрепляют сердечную мышцу и понижают её возбудимость, усиливают кровообращение в сосудах мозга и венечных сосудах сердца, снижают возбудимость центральной нервной системы, расширяют сосуды внутренних органов и периферические сосуды, снимают явления аритмии, незначительно понижают кровяное давление. Для повышения детоксицирующих свойств продукта в его состав был включен цитрусовый пектин, снижающий содержание холестерина в организме, улучшающий периферическое кровообращение, а также перистальтику кишечника.

Сироп черной смородины нами был использован, главным образом, в качестве богатого источника витамина С, а также биофлавоноидов, оказывающих, как известно,

противоатеросклеротическое действие на организм человека. Основное лечебное действие черной смородины обусловлено наличием у нее высокого содержания в плодах аскорбиновой кислоты, витамина B_1 , биофлавоноидов и антоциановых веществ, оказывающих P-витаминное действие. Химический состав, пищевая и биологическая ценность нового кисло-молочного продукта на соевой основе представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Пищевая и биологическая ценность кисло-молочного продукта

Показатель	Норма			
1	2			
Массовая доля белка, г	2,9			
Массовая доля жира, г	1,5			
Массовая доля углеводов, г	15,0			
Пектин	10,0			
Массовая доля минеральных веществ, мг				
Na	55,0			
K	134,0			
Ca	21,3			
P	50,0			
Fe	6,0			
Mg	600,0			
Массовая доля витаминов, мг				
A	0,5			
β (каротин)	1,0			
B_1	0,35			
B_2	0,32			
С	25,0			
PP	3,0			
Энергетическая ценность 100,0 г продукта (ккал)	83,0 – 86,0			

Продукт имеет достаточно высокую пищевую и биологическую ценность, его калорийность находится в пределах 83–86 ккал на 100,0 г.

Наряду с разработкой продукта нами были даны рекомендации по использованию нового соевого кисло-молочного продукта в профилактике атеросклероза и ишемической болезни сердца.

- 1. Специализированный продукт рекомендуется применять больным с вышеуказанными заболеваниями ежедневно по 1 литру за 30 минут до основного приема пищи три-четыре раза в день по 250–330 мл.
- 2. С профилактической целью для повышения защитных функций организма больным в острую фазу инфаркта миокарда и в процессе реабилитации рекомендуется принимать до 500 мл продукта в три приема по 150–160 мл.
- 3. Для профилактики атеросклероза рекомендуется ежедневно принимать по 0,75–1,0 л в течение 2–3 месяцев во время основного приема пищи три раза в день.

Таким образом, применение данного кисло-молочного продукта на основе сои уменьшает риск сердечно-сосудистых заболеваний и одновременно освобождает организм от токсинов, которые приводят к различным патологиям не только сердца, но и всего организма в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Снегур Р.Ю., Савченко Е.В. Атеросклероз // Сердечно-сосудистая патология. 2010. № 2 (52). С. 3 4.
- 2 Лутай М.И., Голикова И.П., Деяк С.И., Слободской В.А. Системное воспаление у пациентов с ишемической болезнью сердца: взаимосвязь с клиническим течением и наличием факторов риска // Кардиология. -2006. -№ 2 (52). С. 3-4.
- 3 Карпов Ю.А. Ренин-ангиотензиновая система сосудистой стенки как мишень для терапевтических вмешательств // «Кардиология». Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК) С. 97 2003; 5: 101. Guidelines Committee, Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии // European Society of Hypertension European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens 2003. № 9. P. 1011-1053.
- 4 Boza J.J., Moënnoz D., Vuichoud J., Jarret A.R., Gaudard-de-Weck D., Ballèvre O. // Protein hydrolysatevs free amino acid-based diets on the nutritional recovery of the starved rat. // Eur J Nutr. − 2000. − № 39(6). − P. 237–43.

Тұжырым

Д.В. Эдильгириев

АТЕРОСКЛЕРОЗ ЖӘНЕ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА СОЯ ӨНІМДЕРІН ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Мақалада жүрек-қан тамыр ауруларының, атеросклерозды қоса, алдын алуда сояны қолдану негізделінеді. Соя сүті негізінде жасалынған функционалдық өнім ұсынылады. Мақалада атеросклероздың алдын алу үшін соядан жасалынған ашытылған жаңа өнімді қолдану нұсқаулығы берілген.

Summary

D.V. Edilgiriev

USE OF SOY PRODUCTS IN THE PREVENTION OF ATHEROSCLEROSIS AND CARDIOVASCULAR DISEASES

The article gives a rationale for the use of soybean in the prevention of cardiovascular disease in particular atherosclerosis. Proposed product functionality based on soy milk. This article provides guidance on the use of new soybean fermented milk product in the prevention of atherosclerosis.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 340.6 615.015.6 615.099.091

А.Ж. АЛТАЕВА, Н.В. СЕЛИВОХИНА, М.Л. АБУОВ. Б.М.БЕГАЛИЕВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА ПРИ СМЕРТЕЛЬНОМ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ НАРКОТИКАМИ

Аннотация. В статье представлены результаты патоморфологических исследований миокарда и коронарных сосудов у лиц, умерших от острого отравления наркотиками на фоне хронической наркотической интоксикации.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, отравление наркотическими веществами, патоморфология миокарда и коронарных сосудов.

Морфологическая диагностика смертельных отравлений морфином для врачей-патологов является весьма актуальной медико-социальной проблемой, в связи с ежегодно прогрессирующим количеством летальных исходов от отравлений наркотическими веществами мужчин в молодом возрасте [1, 2, 3, 4]. В практической работе судебно-медицинских экспертов возникают ситуации, при которых предполагаемое на аутопсии отравление наркотическим веществом не подтверждается при последующем химико-токсикологическом исследовании. Поэтому важное значение имеют результаты судебно-гистологического (патоморфологического) исследования, выявляющие патологические изменения органов, свидетельствующие об интоксикации наркотическими веществами [5]. При хронической наркотической интоксикации поражаются все органы и системы, в том числе и сердечно-сосудистая система. Поэтому патоморфологические изменения в нём оказывают непосредственное влияние на вариант танатогенеза, а также позволяют установить непосредственную причину смерти и длительность употребления наркотиков. Вопрос экспертной оценки патоморфологических изменений миокарда при интоксикации морфином с учетом возраста потерпевших остается актуальным до настоящего времени [6, 7].

Целью нашего исследования являлось изучение кардиоваскулярной патологии при острых смертельных отравлениях наркотиками на фоне хронической наркотической интоксикации.

Материал и методы исследования: объектами исследования являлись сердце, кровь и моча, изъятые при аутопсии 120 мужчин, умерших от отравления наркотическими веществами, в возрасте от 15 до 30 лет с «наркотическим стажем» в среднем 4,7±0,3 лет. Химико-токсикологическое исследование крови и мочи методом тонкослойной хроматографии выявило наличие морфина во всех исследованных объектах; из них в 30% морфин обнаружен в комбинации с этиловым алкоголем. Для морфологического исследования миокарда и коронарных сосудов использовали гистологические методы окраски микропрепаратов: гематоксилином и эозином, по ван Гизону, по Вейгерту и Рего. Микроскопическое исследование гистологических препаратов проводили в проходящем и поляризованном свете.

Результаты патоморфологических исследований миокарда выявили морфологические признаки фибрилляции желудочков сердца в 86±0,4% случаев в виде очагов волнообразной деформации, контрактурной дегенерации, различной степени выраженности и фрагментации мышечных волокон. Дистрофические и очаговые атрофические изменения кардиомиоцитов были выявлены в 74±0,8% случаев. Диффузные и мелкоочаговые разрастания соединительной ткани в интерстиции и периваскуллярно отмечены в 39±0,2% случаев. Неравномерное утолщение интимы коронарных артерий среднего и мелкого калибра вследствие пролиферации эндотелиоцитов с мелкоочаговым липоматозом выявлено в 69±0,5% случаев. В 57±0,3% случаев в сосудах микроциркуляторного русла выявлены дистрофические изменения и десквамация эндотелиоцитов, повышение сосудистой проницаемости в виде множественных мелкоочаговых диапедезных кровоизлияний, а также дистонию стенок сосудов в виде неравномерного спазма и вазопареза.

Выводы: выявленные патоморфологические изменения миокарда и коронарных сосудов у наркоманов обусловлены длительным токсическим влиянием наркотических веществ и алкоголя, а также хронической гипоксией тканей вследствие ангиоспазма. Степень выраженности всех выявленных морфологических изменений зависела от длительности употребления наркотических веществ и возраста умерших. Следовательно, указанные структурные изменения в миокарде и коронарных сосудах являются морфологическими маркерами сердечной недостаточности токсического генеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Поданева В.И., Абдраимов М.А., Жунисов С.С., Райымбердиева Ж.Ш. Анализ смертельных отравлений в г. Алматы за 1996–1999 гг. // Судебная медицина в Казахстане. Алматы, 2003. № 7. С. 40–41.
- 2 Алтаева А.Ж., Селивохина Н.В., Даирбекова Ж.Д., Ким О.Б., Поданева В.И., Жолумбетов О.О. Ретроспективный анализ смертельных комбинированных отравлений наркотическими веществами и алкоголем // Морфология и доказательная медицина. Алматы, 2010. № 4. С. 15—17.
- 3 *Тойбаев Г.М.* Токсикологическая ситуация по г. Алматы в период времени с 1999 по 2010 год // Вестник КазНМУ. Алматы, 2012. С. 76–85.
- 4 Пиголкин Ю.И., Должанский О.В., Голубева А.В. Судебно-медицинская диагностика хронической наркотической интоксикации по морфологическим данным // Судебно-медицинская экспертиза. М., 2012. N = 1. C. 34-37.
- 5 Hantson P., Beauloye C. Myocardial metabolism in toxin-induced heart failure and therapeutic implications // Clin. Toxicol (Phila). 2012. № 50(3). –P. 166–171.
- 6 Kul'bitskiĭ B.N., Larev Z.V., Fedulova M.V., Denisova O.P., Bogomolov D.V. Pathology of the heart conducting system in the thanatogenesis of sudden death from alcoholic cardiomyopathy and coronary heart disease // Sud. med. ekspert. −2012. −№ 55(2). −P. 62–65.
- 7 Bogomolova I.N., Bogomolov D.V., Shpekht Dlu., Kul'bitskiĭ B.N. The characteristic morphological changes of the internal organs in certain forms of combined poisoning. Sud. med. ekspert. − 2012. − № 55 (2). − P. 18–21.

Тұжырым

А.Ж. Алтаева, Н.В. Селивохина, М.Д. Абуов, Б.М. Бегалиев

ЕСІРТКІМЕН ЖЕДЕЛ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ УЛАНУЫНДА ЖҮРЕКТІҢ ПАТОЛОГИЯСЫ

Мақалада созылмалы есірткілік улану кезіндегі есірткі заттармен жедел уланудан өлген адамдардың миокард және тәжартерияларының патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелері көрсетілген. Микроскопиялық зерттеу кезінде поляризациялық және өтуші шырақтық микроскопия әдістемелері қолданылды, соның барысында, нашақорлардың миокард және тәжартерияларында анықталған патоморфологиялық өзгерістер есірткі заттардың және арақтың созылмалы улы әсерінен пайда болған, яғни ангиоспазм нәтижесінде болатын созылмалы гипоксияға байланысты. Анықталған морфологиялық өзгерістердің дәрежесі өлген адамдардың есірткі заттармен қолдану мерзіміне және жасына байланысты болған.

Summary

A.Zh. Altayeva, N.V. Selivohina, M.D. Abuov, B.M. Begaliev

PATHOLOGY HEART UNDER MORTAL SHARP AND CHRONIC POISONING DRUG

Results of pathologic-morphological researches of a myocardium and coronary vessels of the persons who have died of acute poisoning with drugs against chronic narcotic intoxication are presented in the article. Microscopic research of tissues of heart was conducted with application of passable light and polarizing microscopy, thus, the revealed pathologic-morphological changes of a myocardium and coronary vessels at drug addicts were caused by long toxic influence of narcotic substances and alcohol, and also a chronic hypoxia of tissues, owing to spasm of blood vessels. Degree of expressiveness of all revealed morphological changes depended on duration of the use of narcotic substances and age of the dead.

А.Ж. АЛТАЕВА, Н.В. СЕЛИВОХИНА, М.Л. АБУОВ, Б.М. БЕГАЛИЕВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Аннотация: В статье представлены результаты морфологических изменений миокарда лиц, умерших от хронической наркотической интоксикации морфином.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, хроническая наркотическая интоксикация, патоморфология миокарда.

Проблемы заболеваемости и смертности от наркомании актуальны как для врачей наркологов (токсикологов), так и для судебно-медицинских экспертов, так как по данным токсикологического отделения ГБСНП города Алматы прогрессирует количество несмертельных отравлений наркотиками, а также летальных исходов от острого отравления наркотическими веществами [1]. В судебно-медицинской экспертизе количество случаев смертельных отравлений наркотическими веществами, особенно морфином, ежегодно увеличивается в структуре насильственной смерти [2, 3]. В практической работе судебно-медицинских экспертов возникают ситуации, при которых предполагаемое на аутопсии отравление наркотическим веществом не подтверждается при последующем химико-токсикологическом исследовании. Поэтому важное значение имеют результаты судебно-гистологического (патоморфологического) исследования, выявляющие патологические изменения органов, свидетельствующие об интоксикации наркотическими веществами [4]. При хронической наркотической интоксикации поражаются все органы и системы, в том числе и сердечно-сосудистая система. Поэтому патоморфологические изменения в нем оказывают непосредственное влияние на вариант танатогенеза, а также позволяют установить непосредственную причину смерти и длительность употребления наркотиков. Вопрос экспертной оценки патоморфологических изменений миокарда при интоксикации морфином с учетом возраста потерпевших остается актуальным до настоящего времени [5, 6, 7].

Целью нашей работы являлось изучение патоморфологических изменений миокарда у лиц молодого возраста, умерших от острого отравления морфином на фоне хронической наркотической интоксикации.

Материал и методы исследования. Объектами исследования были 142 сердца, изъятые при проведении судебно-медицинских экспертиз у умерших от отравления морфином в возрасте от 15 до 30 лет, при жизни страдавших наркотической зависимостью. На аутопсии из различных отделов сердца брали кусочки миокарда (правое и левое предсердие, межпредсердная перегородка, правый и левый желудочек, межжелудочковая перегородка, верхушка), маркировали и фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, фуксином на эластические волокна по Вейгерту, по Маллори. Окрашенные срезы исследовали в проходящем свете в мультиголовочном микроскопе Ахіо Zeiss A1 и в поляризованном свете микроскопа Leica DM 750P

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании в проходящем свете в кардиомиоцитах отмечались очаги неравномерной окраски гематоксилином и эозином, что, по-видимому, было обусловлено наличием субсегментарных контрактур кардиомиоцитов, представляющих собой чередование мелких участков пересокращения кардиомиоцитов и перерастяжения миокардиальных клеток. Были выявлены признаки острого расстройства кровообращения, представленные полнокровием сосудов капиллярного и венозного типов с диапедезными кровоизлияниями, спазмом сосудов артериального типа. Нарушения реологических свойств крови проявлялись в агрегации и адгезии форменных элементов, преимущественно в сосудах микроциркуляторного русла, в виде так называемых «монетных столбиков». Во многих наблюдениях расстройства кровообращения носили более выраженный характер: отмечалось сладжирование и агглютинация форменных элементов крови, иногда с появлением микротромбов, плазматическое пропитывание стенок артериальных сосудов. При поляризационной микроскопии были выявлены острые повреждения кардиомиоцитов, чаще в виде контрактур 2–3 степени и мелкоочаговый кардиомиоцитолизис. Строма миокарда была резко отечной, особенно вокруг сосудов среднего калибра, в прилежащих кардиомиоцитах отмечались очаги гомогенизации цитоплазмы. В средних артериях в части наблюдений выявлялся спазм с гофрированностью внутренних эластических мембран. В большинстве случаев были выявлены группы миокардиоцитов, находящихся в состоянии гипертрофии, и отдельные мышечные волокна в состоянии атрофии. В световом и поляризационном микроскопе выявлялись участки исчезновения поперечной исчерченности кардиомиоцитов. В ряде случаев отмечались обширные участки контрактур мышечных волокон. Практически во всех случаях выявлялись очаги кардиосклероза, которые имели периваскулярную или мелкоочаговую интрамуральную локализацию. Очаги склероза иногда носили сетчатый характер, отмечались участки кардиосклероза, в которых просматривались «замурованные» гипертрофированные кардиомиоциты; в ряде случаев отмечался диффузный кардиосклероз. В миокарде встречались очаги с наличием в цитоплазме кардиомиоцитов небольших групп жировых клеток. Кроме контрактурной дегенерации, выявлялись участки волнообразной деформации мышечных волокон, что является морфологическим признаком фибрилляции желудочков. При острой интоксикации наркотическим средством отмечалось нарушение тинкториальных свойств кардиомицитов, окраска по Маллори. В подавляющем большинстве исследованных случаев отсутствовали морфологические признаки атеросклеротического поражения коронарных сосудов.

Таким образом, проведенные морфологические исследования позволяют нам сделать следующее заключение: при судебно-гистологическом исследовании миокарда у лиц, умерших от отравления морфином, выявлены морфологические признаки, свидетельствующие о кардиотоксическом влиянии морфина. Установлены морфологические признаки острых повреждений миокарда при отравлении морфином, проявляющиеся расстройствами кровообращения и очагами альтерации кардиомицитов. Также выявлены морфологические признаки хронического действия морфина на миокард в виде некоронарогенного кардиосклероза очагового и диффузного характера с компенсаторно-приспособительными изменениями миокарда, в виде неравномерной гипертрофии и атрофии кардиомиоцитов. Вышеперечисленные морфологические изменения свидетельствуют о дистрофических и компенсаторно-приспособительных изменениях в миокарде, степень выраженности которых была прямо пропорциональна «наркотическому» стажу умерших. Хроническая интоксикация морфином, по данным наших судебно-медицинских экспертиз, проявляется микроструктурными нарушениями в мышечной оболочке сердца. Повреждение кардиомиоцитов характеризуется контрактурами, очагами миоцитолиза, перифокальной гипертрофией групп кардиомиоцитов. Характерным признаком структурных изменений миокарда явился некоронарогенный миокардиосклероз очагового и диффузного характера. Выявленные структурные изменения миокарда свидетельствуют о проявлениях острого отравления морфином на фоне хронической наркотической интоксикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 *Тойбаев Г.М.* Токсикологическая ситуация по г. Алматы в период времени с 1999 по $2010 \, \text{год} / / \, \text{Вестник Ka3HMV}$. Алматы, 2012, С. 76–85.
- 2 Поданева В.И., Абдраимов М.А., Жунисов С.С., Райымбердиева Ж.Ш. Анализ смертельных отравлений в г. Алматы за 1996–1999 гг. // Судебная медицина в Казахстане. Алматы, 2003. № 7, С. 40–41.
- 3 Алтаева А.Ж., Селивохина Н.В., Даирбекова Ж.Д., Ким О.Б., Поданева В.И., Жолумбетов О.О. Ретроспективный анализ смертельных комбинированных отравлений наркотическими веществами и алкоголем // Морфология и доказательная медицина. Алматы, 2010. № 4. С. 15—17.
- 4 *Пиголкин Ю.И., Должанский О.В., Голубева А.В.* Судебно-медицинская диагностика хронической наркотической интоксикации по морфологическим данным // Судебно-медицинская экспертиза. М., 2012. № 1. С. 34–37.
- 5 *Hantson P., Beauloye C.* Myocardial metabolism in toxin-induced heart failure and therapeutic implications // Clin. Toxicol (Phila). $-2012. N_{\odot} 50(3). P. 166-171.$
- 6 Kul'bitskiĭ B.N., Larev Z.V., Fedulova M.V., Denisova O.P., Bogomolov D.V. Pathology of the heart conducting system in the thanatogenesis of sudden death from alcoholic cardiomyopathy and coronary heart disease // Sud.med.ekspert. − 2012. − № 55(2). − P 62–65.
- 7 Bogomolova I.N. Bogomolov D.V. Shpekht Dlu., Kul'bitskiĭ B.N. The characteristic morphological changes of the internal organs in certain forms of combined poisoning. Sud.med. ekspert. 2012. № 55 (2). P 18–21.

Тұжырым

А.Ж. Алтаева, Н.В. Селивохина, М.Д. Абуов, Б.М. Бегалиев

ЕСІРТКІМЕН СОЗЫЛМАЛЫ УЛАНУ КЕЗІНДЕГІ МИОКАРДТАҒЫ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Мақалада морфинмен созылмалы улану нәтижесінде өлген адамдардың миокардындағы морфологиялық өзгерістерді зерттеу нәтижелері берілген. Аутопсиялық материалды сотмедициналық сараптау кезіндегі миокардта есірткі әсерінен дамитын морфологиялық өзгерістер көрсетілді. Нақтылап айтқанда, қан айналымының ерекше бұзылыстары, кардиомиоциттердің ошақты бұзылыстары, контрактуралық өзгерістері, ошақты миоцитолизі, гипертрофиялық немесе атрофиялық өзгерістері табылды. Коронарогендік емес кардиосклероздың дамуы осы жағдайларға тән белгі деп қарастыруға болады.

Summary

A.Zh. Altayeva, N.V. Selivohina, M.D. Abuov, B.M. Begaliev

MORPHOLOGICAL CHANGES OF MYOCARDIUM AT CHRONIC DRUG INTOXICATION

The article presents the results of morphological changes of myocardium of people who died because of the chronic narcotic intoxication. The autopsy researches of forensic medical evaluation revealed the morphological indications of toxic influence in myocardium. Clear blood circulation disorders, focal damage of myocardium cells with contractures and myocytolysis along with hypertrophy and atrophy of myocardium cells have been observed. Non-coronary sclerosis is shown as a characteristic feature.

Г.Н. ИСИНОВА, Е. ЖАНДОСОВ, Г. АКЖИГИТОВА, А. АКИМОВА, М. ДЛИМБЕТОВА, Б. УЛАН

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

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, ВЫЗВАННЫМ ВИРУСОМ ГЕНОТИПА 1

(Обзор литературы)

Аннотация. В статье приведены литературные данные по применению ингибиторов протеаз (телапревира и боцепревира) в комбинации с пегилированным интерфероном и рибавирином для лечения пациентов с генотипом 1 вирусного гепатита С.

Ключевые слова: хронический гепатит С, генотип 1, пегинтерферон, рибавирин, ингибиторы протеаз, телапревир, боцепревир.

Гепатит С представляет собой серьезную проблему для здравоохранения и служит ведущей причиной хронической патологии печени. Более чем 170 миллионов людей во всем мире имеют хронический гепатит С (HCV), кроме того, гепатит С занимает первое место в структуре смертности от заболеваний печени [1].

Стандарт лечения для пациентов с хроническим инфицированием вирусом гепатита С использует пегинтерферон и рибавирин. Эти препараты вводятся в течение 48 (НСV генотипов 1, 4, 5 и 6) или 24 недель (НСV генотипов 2 и 3), включая устойчивый вирусологический ответ (УВО) у 40–50% пациентов с инфицированием генотипом 1 и более 80% у пациентов с инфицированием генотипом 2 и 3 [2–4]. После достижения УВО ассоциируется с длительным клиренсом инфекции НСV, который рассматривается как вирусологическое «выздоровление», а также с улучшенными показателями заболеваемости и смертности [5–7].

В последнее время были достигнуты два крупных успеха в лечении хронического гепатита С, которые изменили оптимальные режимы лечения хронической инфекции HCV генотипа 1: разработка антивирусных препаратов прямого действия и идентификация нескольких одиночных нуклеотидных полиморфизмов, связанных со спонтанным и вызванным лечением клиренсом инфекции HCV[8–15].

Несмотря на то, что пегинтерферон и рибавирин остаются важными компонентами терапии, однако появление антивирусных препаратов прямого действия привело к значительному улучшению показаний УВО и разработке варианта сокращенной терапии многих пациентов с хроническим HCV генотипа 1.

В течение предстоящих 5–10 лет ожидается существенный прогресс в лечении хронического гепатита С, инфицированных генотипом 1, связанный с внедрением в клиническую практику нового класса препаратов, которые напрямую подавляют репликацию вируса и действуют на определенные его мишени [13]. Представителями данной группы структурно новых препаратов являются телапревир и боцепревир.

Сериновая протеаза NS3/4A необходима для репликации РНК и сборки вириона. Два ингибитора сериновой протеазы NS3/4A, боцепревир и телапревир, продемонстрировали мощное подавление репликации HCV генотипа 1 и значительное улучшение показателей частоты УВО у пациентов, не получавших и получавших лечение в прошлом [9, 10, 13, 14, 16]. Ограниченное исследование фазы 2 показало, что тела-

превир активно действует также против HCV генотипа 2, но не действует на генотип 3 [21]. Что касается боцепревира, то существуют ограниченные сведения, свидетельствующие, что он тоже активен против HCV генотипа 2, но действует также и на генотип 3 [22]. Однако в настоящее время ни один препарат не используется для лечения пациентов с HCV генотипов 2 или 3, а при введении в качестве монотерапии каждый ингибитор протеазы быстро выбирает варианты резистентности, что приводит к вирусологической неэффективности. Комбинирование ингибиторов протеазы с пегинтерфероном и рибавирином ограничивает выбор вариантов резистентности и улучшает антивирусный ответ [12].

В настоящее время закончены исследования III фазы по изучению эффективности и безопасности тройной терапии с включением ингибиторов протеазы телапревира и боцепревира. Телапревир в 2011 г. включен в международные стандарты лечения и рекомендован к применению в составе комбинированной терапии у больных с хроническим гепатитом С. Боцепревир был одобрен в мае 2011 года Комитетом по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA), в июле 2011 года — Европейским агентством медицины (ЕМА) для применения на территории Евросоюза. В 2012 г. препарат зарегистрирован и в Казахстане с показаниями к применению в комбинации с пегилированным интерфероном и рибавирином для лечения пациентов старше 18 лет с хроническим гепатитом С, вызванным вирусом 1 генотипа с компенсированным заболеванием печени.

Ингибиторы протеазы (телапревир и боцепревир) применяются только в комбинации с препаратами пегилированного интерферона и рибавирином и только у пациентов с генотипом 1 вирусного гепатита С как ранее не леченых, так и имевших неудачный опыт двойной терапии (пегилированным интерфероном и рибавирином).

Лечение проводится по принципу «терапия согласно вирусологическому ответу».

Последние нововведения рекомендаций по диагностике лечения пациентов с хроническим гепатитом С содержат инструкцию по использованию ингибиторов протеазы (телапревира и боцепревира) [17–20].

Эффективность тройной схемы выше в сравнении со стандартной двойной терапией.

При включении в схему лечения гепатита С телапревира УВО (устойчивый вирусологический ответ) составляет:

- для нелеченых пациентов 74–79%;
- для пациентов с предшествующим рецидивом 84–88%;
- для пациентов с предшествующим частичным ответом 56–61%;
- при отсутствии какого-либо ответа в процессе предшествующего лечения 29–33%.

При включении в схему лечения гепатита С боцепревира УВО (устойчивый вирусологический ответ) составляет:

- для нелеченых пациентов 63–66%;
- для пациентов с предшествующим рецидивом 69–75%;
- для пациентов с предшествующим частичным ответом 40–52%;
- при отсутствии какого-либо ответа в процессе предшествующего лечения 38%.

Пациентам, ранее не получавшим противовирусную терапию, с хроническим гепатитом С генотипа 1 телапревир назначается в дозе 750 мг три раза в день, каждые 7–9 часов вместе с едой. Пища должна содержать достаточное количество жиров (20 г). Телапревир назначается вместе с пегилированным интерфероном альфа 2 а или альфа

2 b и рибавирином в течение 12 недель. Далее в течение еще 12–36 недель пациентам назначается только пегилированный интерферон и рибавирин.

Доза пегилированного интерферона и рибавирина рассчитывается аналогично тому, как это делается в процессе лечения хронического гепатита с двойной терапией:

- доза пегилированного интерферона альфа 2 а 180 мкг 1 раз в неделю подкожно;
- доза пегилированного интерферона альфа 2 b 1,5 мкг/кг массы тела больного 1 раз в неделю подкожно;
 - доза рибавирина 15 мкг/кг массы тела больного ежедневно в два приема.

Длительность противовирусной терапии с включением телапревира может составлять 24 недели в тех случаях, когда у пациента нет цирроза печени, а уровень РНК вируса гепатита С не определяется на 4-й и 12-й неделях (то есть достигается продленный вирусологический ответ). Важно еще раз отметить, что оптимальная чувствительность тест-системы для определения РНК вируса гепатита С составляет 10МЕ/мл.

Для пациентов с циррозом печени длительность противовирусной терапии с включением телапревира составляет 48 недель: 12 недель пациент получает три препарата (телапревир, пегилированный интерферон и рибавирин), далее еще в течение 36 недель – только пегилированный интерферон и рибавирин.

Лечение прекращается, если в процессе лечения тройной терапией с включением телапревира уровень РНК вируса гепатита С составляет более 1000 МЕ/мл после 4 или 12 недель. Следует отметить, что в этом случае отменяются все противовирусные препараты.

Пациентам, которым назначен 48-недельный курс лечения, следует прекратить терапию пегилированным интерфероном и рибавирином в том случае, если на 24-й или 36-й неделях лечения у них была обнаружена РНК вируса гепатита С.

Продолжение терапии в этих условиях сопровождается крайне низкой вероятностью достижения устойчивого вирусологического ответа и способствует селекции резистентных штаммов вируса гепатита С.

При лечении пациентов с хроническим гепатитом C, генотип 1, имеющих опыт неудачи противовирусной терапии, назначается следующим образом.

Тройная схема с включением боцепревира или телапревира в дополнение к пегилированному интерферону и рибавирину может быть успешно использована для повторного лечения пациентов, не достигших УВО в результате двойной терапии (интерфероном и рибавирином). Однако эта тактика применима к тем пациентам, у которых на фоне ранее проведенной двойной терапии отмечался или рецидив гепатита С, или частичный вирусологический ответ.

Повторное лечение тройной схемой с включением телапревира в дополнение к пегилированному интерферону и рибавирину может быть успешно проведено у пациентов с полным отсутствием ответа на ранее проведенную двойную терапию.

Принцип «терапия согласно вирусологическому ответу» может быть применен при назначении тройной схемы с включением или телапревира (для пациентов с рецидивом), или боцепревира (для пациентов с рецидивом или частичным ответом на ранее назначавшуюся двойную терапию), но не для пациентов с полным отсутствием ответа.

Отмена всех препаратов в тройной схеме с боцепревиром для пациентов с опытом ранее проведенной противовирусной терапии без достижения УВО выполняется в том случае, если уровень РНК вируса гепатита С составляет более 100 МЕ/мл через 12 недель лечения или определяется через 24 недели лечения.

Отмена всех препаратов в тройной схеме с телапревиром для пациентов с опытом ранее проведенной противовирусной терапии без достижения УВО осуществляется в том случае, если уровень РНК вируса гепатита С составляет более 1000 МЕ/мл на 4-й или 12-й неделе лечения. Отмена сопряжена с селекцией резистентных штаммов вируса.

Лечение тройной схемой с другим ингибитором протеазы не проводится.

Совершенствование противовирусной терапии хронического гепатита С, вызванного вирусом генотипа 1 с использованием нового класса препаратов позволит повысить эффективность лечения, возможно, снизит его продолжительность, а в перспективе улучшит возможности лечения ряда больных, у которых применение интерферона альфа сопряжено с высоким риском развития осложнений (пациенты с декомпенсированным циррозом печени, после трансплантации печени и других органов, с аутоиммунными нарушениями). Главными вопросами, связанными с применением препаратов с прямым противовирусным действием, являются профиль их безопасности и переносимость, риск развития резистентных штаммов вируса и увеличение стоимости лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Bacon B.R., Gordon S.C., Lawitz E.* et al. HCV RESPOND-2 final results: high sustained virologic response among genotype 1 previous nonresponders and relapsers to peginterferon/ribavirin when retreated with boceprevir plus PegIntron (peginterferon alfa-2b) ribavirin // Hepatology. − 2010. − № 52(suppl) − P. 430A.
- 2 Manns M.P., McHutchison J.G., Gordon S.C. et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial // Lancet. − 2001. ¬№ 358. − P. 958–965.
- 3 Fried M.W., Shiffman M.L., Reddy K.R. et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. 2002. № 347. P. 975–982.
- 4 *Hadziyannis S.J.*, *Sette H.Jr.*, *Morgan T.R.* et al.; for PEGASYS International Study Group. Peginterferonalpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose // Ann. Intern. Med. − 2004. − № 140. − P. 346–355.
- 5 *Veldt B.J., Heathcote E.J., Wedemeyer H.* et al. Sustained virologic response and clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis // Ann. Intern. Med. 2007. № 147. P. 677–684.
- 6 Bruno S., Crosignani A., Facciotto C. et al. Sustained virologic response prevents the development of esophageal varices in Hepatology, Vol. 54, No. 4, 2011 GHANY ET AL. 1443 compensated, Child-Pugh class A hepatitis C virus-induced cirrhosis. A 12-year prospective follow-up study // Hepatology. -2010. No. 51. P. 2069–2076.
- 7 Morgan T.R., Ghany M.G., Kim H.Y. et al. Outcome of sustained virological responders with histologically advanced chronic hepatitis C. //Hepatology.- 2010. № 52. P. 833–844.
- 8 Kwo P.Y., Lawitz E.J., McCone J., Schiff E.R. et al. Efficacy of boceprevir, an NS3 protease inhibitor, in combination with peginterferon alfa-2b and ribavirin in treatment-naive patients with genotype 1 hepatitis C infection (SPRINT-1): an open-label, randomised, multicentre phase 2 trial // Lancet. -2010. -N 376. -P 705–716.
- 9 Poordad F., McCone J.Jr., Bacon B.R. et al., for SPRINT-, 2 Investigators. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection // N. Engl. J. Med. 2011. № 364. P. 1195–1206.
- 10 Bacon B.R., Gordon S.C., Lawitz E. et al., for HCV RESPOND-2 Investigators. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection // N. Engl. J. Med. 2011. № 364. P. 1207–1217.
- 11 *McHutchison J.G., Everson G.T., Gordon S.C.* et al., for PROVE,1 Study Team. Telaprevir with peginterferon and ribavirin for chronic HCV genotype 1 infection // N. Engl. J. Med. 2009. № 360. P. 1827–1838.

- 12 Hezode C., Forestier N., Dusheiko G. et al.; for PROVE, 2 Study Team. Telaprevir and peginterferon with or without ribavirin for chronic HCV infection // N. Engl. J. Med. 2009. № 360. P. 1839–1850.
- 13 *Jacobson I.M., McHutchison J.G., Dusheiko G.* et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. 2011. № 364. P. 2405–2416.
- 14 Zeuzem S., Andreone P., Pol S. et al. Telaprevir for retreatment of HCV infection // N. Engl. J. Med. 2011. № 364. P. 2417–2428.
- 15 Thomas D.L., Thio C.L., Martin M.P. et al. Genetic variation in IL28B and spontaneous clearance of hepatitis C virus // Nature. 2009. –№ 461. P. 798–801.
- 16 (SVR) among poor interferon (IFN) responders when boceprevir (BOC) is added to peginterferon alfa-2b/ribavirin (PR) // Hepatology. 2011. № 54 (Suppl.). P. 376A.
- 17 Treatment of Genotype 1 Chronic Hepatitis C Virus Infection: 2011 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases // Hepatology. − 2011. − Vol, № 54, No. 4. − P. 1433–1444
- 18 Sarrazin C., Hezode C., Zeuzem S. et al. Antiviral strategies in hepatitis C virus infection // Journal of Hepatology. 2012. P. 88–100.
- 19 Sherman K.E. et al. Response-guided telaprevir combination treatment for hepatitis C virus infection // N Engl J Med. 2011. № 365. P. 1014–24. Erratum in: N. Engl. J. Med. 2011. № 365. P. 1551.
- 20 Письмо заместителя министра здравоохранения Т. В. Яковлевой от 4 марта 2013 года № 24-2/10/2-1380.
- 21 Foster G.R., Hezode C., Bronowicki J.P. et al. Activity of telaprevir alone or in combination with peginterferon alfa-2a and ribavirin in treatment nave genotype 2 and 3 hepatitis C patients: interim results of study C209 // J Hepatol . − 2009. − № 50 (suppl 1). − S. 22.
- 22 *Silva M., Kasserra C., Gupta S.* et al. Antiviral activity of boceprevir monotherapy in treatmentnaive subjects with chronic hepatitis C genotype 2/3 // Hepatol Int. – 2011. – P. 5. – P. 3–558.

Тұжырым

Г.Н. Исинова, Е. Жандосов, Г. Акжигитова, А. Акимова, М. Длимбетова, Б. Улан

ГЕНОТИПТІ ВИРУСПЕН ШАҚЫРЫЛҒАН СОЗЫЛМАЛЫ С ГЕПАТИТІ БАР НАУҚАСТАРДЫ ПРОТЕАЗА ИНГИБИТОРЛАРЫМЕН ЕМДЕУ

Аталған әдеби шолу мақаласы 1 генотипті HCV созылмалы инфекциясын үш түрлі емдеу әдісіне арнаған, сонымен қатар, 1 генотипті вирусты С гепатиті бар науқастарды емдеуде пегилирленген интерферон мен рибавиринді протеаза ингибиторларымен (телапревир мен боцепревир) комбинациялап қолдану жағдайлары жайында әдеби мақалалар келтірілген.

Summary

G.N. Isinova, E.Zhandosov, G. Akhzhigitova, A. Akimova, M. Dlimbetova, B. Ulan

PROTEASE INHIBITORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C, CAUSED BY GENOTYPE 1 VIRUS

The review article is devoted to the triple therapy of chronic infection with genotype 1 HCV, are published data on the use of protease inhibitors (telaprevir and boceprevir) in combination with pegylated interferon and ribavirin for the treatment of patients with genotype 1.

К.А. САРТАЕВА, Б.А. КУТТЫКОЖАЕВ, Ж.М. РСАЛИЕВА, Х.М. МУМИНОВА, К.М. АЛШЫНБАЕВА, Г.И. СЫЗЛЫКОВА

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясауи, TOO «Зерде-Фито», г. Шымкент

ЗНАЧЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Аннотация. Дана оценка значения многокурсовых назначений фитопрепаратов (чаи, настои, отвары, компоты, морсы, соки составляющих растений, фармофитопрепараты и др.) в течение года и более в пролонгировании ремиссии и предупреждении рецидивов хронического пиелонефрита.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, флавоноидные гликозиды (гидрохинон), эфирные масла, смолы, противорецидивное лечение пиелонефрита, пролонгирование ремиссии пиелонефрита.

Хронический пиелонефрит – хронический неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек [1, 2, 3, 4].

Заболеваемость хроническим пиелонефритом составляет от 1 до 3–4 случаев на 1000 населения (от 10 до 30–40%). Смертность детей от этого заболевания составляет 5–6%. Только 20–30% пиелонефрита диагностируется при жизни, у женщин по сравнению с мужчинами пиелонефрит встречается до 6 раз чаще [1, 3, 4, 5]. По данным Е.М. Шилова (2007 г.), в детском возрасте его частота составляет 7,3–27,5 случаев на 1000, у взрослых 0,82–1,46 на 1000 [2]. Частые обострения хронического пиелонефрита приводит к вторичному сморщиванию почек, артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности, что делает актуальным вопрос пролонгирования ремиссии этого заболевания и предупреждения рецидивов [1, 3, 4, 5].

Цель исследования

Оценить значение многокурсовых назначений фитопрепаратов (чаи, настои, отвары, компоты, морсы, соки составляющих растений, фармофитопрепараты и др.) в течение года и более в пролонгировании ремиссии и предупреждении рецидивов хронического пиелонефрита.

Материалы и методы исследования

По единому протоколу были исследованы 43 пациента хроническим пиелонефритом в фазе обострения, без ХПН, принимавших лечение в нефрологическом отделении клиники МКТУ. Всем пациентам при выписке из клиники были назначены фитопрепараты по 5–7 дней каждые 20–25 дней в течение года, для контроля лечения им вручены памятки с указанием дней месяцев и видов фитопрепаратов с инструкцией приема, а также указаны даты повторных обследований у участковых врачей. Пациентам назначен единый план обследования: каждые 2–3 месяца ОАК, ОАМ; в конце лечения (11–12 месяцев) анализ мочи на бакпосев, определение креатинина крови, УЗИ почек. В первые месяцы 22 пациента нарушили регулярность приема, до конца первого года прекратили прием назначенных фитопрепаратов. Из них создана вторая (контрольная) группа для сравнения эффективности повторных курсовых назначений фитопрепаратов. Средний возраст пациентов первой группы — 34 года (от 19 до 52 лет); второй — 39 лет (от 18 до 59 лет). Пациенты первой группы по 5–7 дней принимали препараты толокнянки, брусничных листьев, хвоща полевого, березовых почек, бузины черноплодной, клюквы, плодов можжевельника, корня солодки, ромашки, марены красильной, шалфея, зверобоя, шиповника, липы и др. в первой половине суток. Для удобства лечения им назначены фитопрепараты ТОО «Зерде-Фито»: почечные фиточаи с составляющими вышеназванных растений в различных комбинациях, но не более двух составляющих в одном чае [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 15]. Пациенты второй группы прошли необходимые обследования, как состоявшие на диспансерном учете, в связи с чем появилась возможность сравнить результаты двух групп.

Лечебный план хронического пиелонефрита включает два этапа: лечение обострения (т. е. активной фазы заболевания) и противорецидивное лечение [1, 2, 3, 4]. Природные растительные фитопрепараты применяются в плане лечения хронического пиелонефрита: в активной фазе для изменения кислотности мочи (антибиотики лечебную эффективность проявляют или теряют в различной рН среде мочи), для повышения сопротивляемости (витаминосодержащие, иммунокоррегирующие), с уросептическими и мочегонными эффектами и др. [4, 5, 6, 7, 8].

В лечении хронического пиелонефрита применяют растения содержащие сапониновые и флаваноидные гликозиды, эфирные масла, смолы, дубильные вещества, витамины. А другие составляющие растений – слизь, органические кислоты, жирные масла, фитонциды, пигменты, ферменты, минеральные соли, микроэлементы – также обладают лечебными свойствами. Лечебный эффект гликозидов связан с их агликоновой частью, которая достигая канальцев распадается, выделяя гидрохинон, который обладает активным противовоспалительным, бактерицидным, мочегонным действием. В настоящее время известно более 2000 эфиромасличных растений. Фармакологическим свойствам эфирных масел наиболее характерны наличие противовоспалительной, антимикробной, противовирусной и противоглистной активности. Кроме того, некоторые эфирные масла оказывают выраженное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы и ЦНС; обладают стимулирующими, транквилизирующими и болеутоляющими свойствами, снижают АД, расширяют сосуды головного мозга и сердца. Смолы близки к эфирным маслам по химическому строению и часто содержатся в растениях одновременно с ними. Много смол содержатся в хвойных деревьях, в почках березы, в корнях ревеня и в других растениях. Смолы некоторых растений обладают лечебными свойствами, в основном оказывая выраженное бактерицидное и антигнилостное действие. Дубильные вещества представляют собой производные многоатомных фенолов, обладают противовоспалительной, бактерицидной, дубящей, вяжущей активностью. Витамины – сложные по структуре и по физиологической активности органические вещества, очень малые количества которых необходимы для нормального развития и жизнедеятельности организма человека и животных. Организм нуждается в поступлении извне около 20 витаминов, остальные синтезируются во внутренних органах. При дефиците витаминов нарушается обмен веществ и функциональная деятельность органов и систем, снижается работоспособность и защитные силы организма [6, 7, 9, 10, 11].

Больным хроническим пиелонефритом рекомендуют избегать переохлаждений, но если такое случилось, необходимо предупредить развитие катаральных воспалительных проявлений со стороны верхних дыхательных путей путем активного полоскания горла (шалфей, ромашка, календула и др) и применение ножных ванн (череда, цикорий, горчица и др) в связи с тем, что простудные заболевания являются факторами риска обострения хронического пиелонефрита [5, 8, 9, 12].

Если течение хронического пиелонефрита не осложнилось артериальной гипертензией, хронической почечной недостаточностью диета не отличается от общего

рациона. В суточный рацион включают фрукты, ягоды и другие составляющие растительного происхождения (яблоки, чернослив, абрикосы, лимон, виноград, вишня, шиповник, кишмиш, курага и др.), содержащие витамины С, Р, группы В и др [1, 3]. Рекомендовано два-три дня назначать диету, подкисляющую мочу (хлебопродукты, мясные, яйца, бобовые), а два-три дня подщелачивающие — овощи, квашеную капусту, молочные, кислые ягоды и фрукты. Изменение кислотности мочи тормозит размножение возбудителей [1, 2, 4].

Больным хроническим пиелонефритом при отсутствии противопоказаний рекомендовано прием до 2–3 литров жидкости в сутки, наряду с минеральными водами нужно принимать витаминные напитки, чаи, соки, морсы, компоты из свежих и сухих фруктов. Увеличение диуреза, таким образом, способствует очищению мочевыводящих путей [1, 2, 3, 4, 9, 10]. При назначении антибиотиков пенициллинового ряда (включая полусинтетические), тетрациклинов, новобиоцина необходимо подкислять мочу назначением плодов петрушки, листьев толокнянки, мяты перечной, корня стальника, шпината, щавеля, томатов; а при лечении макролидами, аминогликозидами необходимо подщелачивание мочи фитопрепаратами: капуста квашеная, тмин, плоды барбариса, корень марены красильной, лимон и др). Ристомицин, ванкомицин работают независимо от кислотности мочи [1, 4, 5, 8, 9, 10, 13]. В курс лечения включали также фитопрепараты, обладающие спазмолитическим действием: трава горца птичьего, кукурузные рыльца, тимъян ползучий, плоды аниса, плоды крыжовника [1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14].

Для повышения сопротивляемости организма применяли препараты иммуномодулирующего действия: шиповник, лимон, красный болгарский перец, укроп и петрушка, рябина обыкновенная и черноплодная, смородина черная, элеуторококк. При развитии дефицита железа в рацион и в курсы лечения включали: абрикос, айву, бобовые, вишню, грушу, инжир, морковь, овес, персики, смородину черную, чеснок, шиповник [7, 10, 12, 14].

Результаты и их обсуждение

После стационарного лечения активной фазы у части пациентов сохранялись некоторые симптомы дизурического синдрома и синдрома патологического мочевого осадка. В первой группе показатели остаточных проявлений дизурического синдрома (поллаки-, никтурия) после курсов фитотерапии по сравнению с данными сразу после лечения активной фазы достоверно снизились – до 2%; а показатели патологического мочевого осадка (бактери- и лейкоцитурия) – до 3% (табл. 1). Во второй группе показатели остаточных проявлений дизурического синдрома и патологического мочевого осадка в конце наблюдения по сравнению с данными сразу после стационарного лечения активной фазы достоверно выросли (табл. 2). У 12% пациентов в данной группе возникли обострения хронического пиелонефрита [15].

Полученные результаты доказывают необходимость проведения лечения для продления ремиссии и предупреждения рецидивов множественными курсами фитопрепаратов в течение не менее одного года, что соответствует литературным данным.

Lahmmal	— Показатели	паниентов	пепрои	CHVHHLI
1 uonunu 1	/ – Показатели	пациситов	псрвои	I D Y II II DI

Дизурический синдром после стацлече-	Дизурический синдром после	Синдром патологического мочевого осадка после стац-	Синдром патологического мочевого осадка
ния активной фазы	фитолечения	лечения активной фазы	после фитолечения
Поллаки-, н	иктурия	Бактери-, лейкоциту	рия (5–7 в п/зр)
25%, 23%	2%, 2%	20%, 22%	49%, 51%
Т критерий	P>0,01	Т критерий .	P>0,01

Таблица 2 – Показатели пациентов второй группы

Дизурический	Дизурический	Синдром патологического	Синдром
синдром после	синдром	мочевого осадка после	патологического
стацлечения	в конце	стацлечения активной	мочевого осадка
активной фазы	наблюдения	фазы	в конце наблюдения
Поллаки-,	никтурия	Бактериурия, лейкоци	турия (5–7 в п/зр)
18%,19%	37%, 40%	17%, 18%	35%, 37%
Т критерий <i>P</i> >0,05		T критерий <i>P</i> >0,05	

Выволы

- 1. У 1/5 (20%) больных хроническим пиелонефритом после стационарного лечения активной фазы болезни сохраняются некоторые проявления дизурического синдрома (никт-, поллакиурия) и мочевого синдрома (бактери-, лейкоцитурия 5–7 в п/зр.).
- 2. Для продления ремиссии необходимы ежемесячные повторные курсы фитопрепаратов уросептического, мочегонного, общеукрепляющего, иммуномодулирующего лействия не менее 11–12 месяцев:
- 3. Повторяющиеся курсы вышеназванных фитопрепаратов достоверно пролонгируют фазу ремиссии, предупреждают рецидивы;
- 4. При отсутствии фитотерапии у 10–12% пациентов имеет место обострение хронического пиелонефрита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Окороков А.Н.* Лечение болезней внутренних органов / Практическое руководство. Минск: -2008. T.2. C. 546-549.
- 2 Нефрология / Шилов Е.М. [и др]. Учебное пособие для медвузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 415.
- 3 *Тареева И.Е.* [и др]. Нефрология/Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. Т. 2. С. 109–141.
 - 4 Галкин В.А. [и др]. Поликлиническая терапия. М.: Медицина, 2000. С.152.
 - 5 *Лопатин Н.А.* Детская урология. М., 1998. С. 137–152.
- 6 Соколов С.Я. Справочник по лекарственным растениям. Фитотерапия. М., 1998. С. 116–136; 339–348; 448–451.
 - 7 Блинков И.Л. Лекарственные растения в клинике. М., 1999 72 с.
- 8 *Князева Л.И*. Фитотерапия при хроническом пиелонефрите / Учебно-методическое пособие по внутренним болезням / Под ред. Князевой Л.И., Горяйнова И.И. М., 2008. С. 44–51.
- 9 $\it Haysob A.HO$., $\it Haysoba A.B$. Фитотерапия воспалительных заболеваний мочеполовых органов. $\it M$., $\it 2009.$ $\it 74$ c.
- 10 *Гориловский Л*. Фитотерапия хронического пиелонефрита / Качество жизни. Профилактика. -2003-N 5. C. 27-31.
- 11 Задорожный А.М. [и др]. Справочник по лекарственным растениям. М.: Экология, 1992. С. 18–23; 30–33; 58–61; 67–72; 75–79; 143–145; 177–180; 194–199; 203–206; 208–214; 218–225; 240–242; 265–270; 276–278; 290–293; 306–316; 323–325; 346–359; 365–372; 391–401.
- 12 *Турова А.Д., Сапожникова Э.Н.* Лекарственные растения СССР. М.: Медицина, 1984. С. 212–268.
- 13 Останчук И.Ф. Фитотерапия заболеваний почек и мочевыводящих путей Киев: Украинская Советская энциклопедия им. М.П. Бажена. 1991. 33 с.
- 14 Қожабеков М., Қожабекова Г. Дәрілік өсімдіктер.— Алматы, 1982. С. 13–15; 25–27; 30–32; 39–46; 54–61; 88–95; 99; 107–117; 123–129; 131; 155; 170–171.
 - 15 Истории болезни больных нефрологического отделения клиники МКТУ.

Тұжырым

Қ.А. Сартаева, Б.А. Құттықожаев, Ж.М. Рсалиева, Х.М. Муминова, К.М. Алшынбаева, Г.И. Сыздықова

ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТ ЕМІНДЕГІ ОРНЫ

Жалпы популяцияда, әсіресе фертиль жасындағы әйелдерде созылмалы пиелонефритпен аурушаңдық өте жоғары – 20–30%. Созылмалы пиелонефриттің бірінші кезеңін емдегеннен соң да несеп бөлу жүйесі жолдарының толық санацияланбайтыны белгілі болды, бұл жағдай осы науқастарда уросептикалық қабынуға қарсы, иммунмодуляциялық қасиеттері бар фитодәрмектермен ұзақ уақыттық курстармен жүргізілетін емнің қажеттігін көрсетті.

Summary

K.A. Sartayeva, B.A. Kuttykozhaev, Zh.M. Rsalieva, H.M. Muminova, K.M. Alshynbaeva, G.I. Cyzdykova

IMPORTANCE OF PHYTOPREPARATIONS IN CHRONIC PYELONEPHRITIS TREATMENT

A high incidence of chronic pyelonephritis (20–30%) is registered among the population and particularly among the women of fertile age. Based on the examination results an incomplete urinary tracts sanation is observed after conducting the first stage of anti-inflammatory treatment that is manifested by asymptomatic bacteriuria and leukocyturia and preservation of residual effects of dysuric syndrome that makes it necessary to conduct a long-term anti-relapse treatment course taking phytopreparations.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.61-002

Ж.Ы. РЫСПАЕВ, С.А. КАБДУЛДАНОВ, А.М. КУРМАНТАЙ, А.Т. ДАРМЕНТАЕВА, К.С. НУРМАНОВА, С.Н. ИСАКОВА, М.Д. САДЫХАНОВА, А.Ж. БОТАБЕКОВА

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

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аннотация. Представлены результаты изучения изменений у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности до и после гемодиализа с использованием показателей электрокардиограммы.

Ключевые слова: Больные, терминальная стадия хронической почечной недостаточности, изменение на электрокардиограмме.

Цель исследования. Известно, что при терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) происходит изменения в электролитном балансе организма. Дефицит или избыток микроэлементов приводит к серьезным нарушениям в организме и, в частности, миокарде. По данным российских авторов, отмечены изменения в виде нарушения автоматизма проводимости. Мы не нашли работ по изучению влияний микроэлементов на проводящую систему больным с ТХПН по Алматинской области, и поэтому нашей целью было изучение изменений у больных в терминальной стадии ХПН до и после гемодиализа с использованием показателей ЭКГ.

Материалы и методы. Обследовано 10 больных (5 мужчин и 5 женщин) с ТХПН, находящихся на хроническом гемодиализе. Возраст больных составил от 30 до 60 лет (в среднем $48\pm9,1$). Длительность нахождения больных на гемодиализе составила от 1 года до 9 лет (в среднем $3,5\pm0,8$ года).

Этиология ХПН: хронический гломерулонефрит -5 больных, хронический пиелонефрит -3 больных, поликистоз почек -1 больной, периодическая болезнь с амилоидозом внутренних органов -1 больной. Все больные 3 раза в неделю проходили ацетатный диализ на аппаратах «Искусственная почка» фирмы «Фрезениус 200 8С» и фирмы «Бакстер» 550» с продолжительностью каждого сеанса 4 часа. Для процедуры гемодиализа использовались высокопроницаемые фильтры F6 фирмы «Фрезениус». В среднем объем ультрафильтрации составил 3.7 + 0.9 л.

Всем больным проведено ЭКГ-исследование. Определялись следующие показатели до и после диализа:

Таблица 1 – Результаты ЭКГ исследования до гемодиализа

PQ	QRS	QT	Положение ЭОС	ЧСС	Блокады	Гипертрофии	Другие
0,20	0,08	0,42	Горизонтальное	64		ГЛЖ	СПВ Э
0,18	0,08	0,38	Горизонтальное	74		ГЛП	
0,20	0,08	0,38	Горизонтальное	67		ГЛЖ+ГЛП	Ж Э777
0,20	0,10	0,36	Горизонтальное	80		ГЛЖ	патологич. Q
0,16	0,08	0,38	Нормальное	63	ньпнпг	ГЛЖ	
0,16	0,08	0,46	Горизонтальное	75		ГЛП	
0,18	0,06	0,36	Горизонтальное	76		ГЛП	
0,16	0,06	0,42	Нормальное	75			
0,20	0,08	0,44	Нормальное	73		ГЛП	
0,20	0,10	0,40	Горизонтальное	65		ГЛЖ	СПВ Э

Таблица 2 – Результаты ЭКГ исследования после гемодиализа

PQ	QRS	QT	Положение ЭОС	ЧСС	Блокады	Гипертрофии	Зубец Т
0,12	0,06	0,42	Нормальное	78		ГЛЖ	
0,16	0,08	0,44	Нормальное	68		ГЛП	
0,16	0,08	0,42	Нормальное	92		ГЛЖ	
0,16	0,04	0,44	Горизонтальное	90			Патол. Q
0,16	0,08	0,44	Нормальное	78		ГЛЖ	
0,20	0,08	0,46	Горизонтальное	62		ГЛП	
0,20	0,08	0,46	Горизонтальное	85		ГЛП	
0,20	0,06	0,40	Горизонтальное	70			
0,20	0,08	0,44	Нормальное	73		ГЛП	
0,18	0,06	0,42	Горизонтальное	82		ГЛЖ	

Таблица 3 – Средние величины результатов ЭКГ исследования до гемодиализа

PQ	0,184 сек
QRS	0,077 сек
QT	0,40 сек
Чсс	71 в 1 мин

Таблица 4 – Средние величины результатов ЭКГ исследования после гемодиализа

PQ	0,171 сек
QRS	0,071 сек
QT	0,46 сек
Чсс	78 в 1 мин

Всем больным проводилось динамическое исследование биохимического анализа крови с определением креатинина, мочевины, электролитов, а также мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ.

Таблица 5 – Средние значения лабораторных данных до и после гемодиализа

Данные (лабор.)	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л	Na, ммоль/л	К, ммоль/л	Са ммоль/л
1	745–320	28,1–9,5	135–134	5,0-4.5	2,2-2,1
2	720–290	27,6–9,2	139–135	6,3-5,8	1,9–1,9
3	743–321	30,1–10,2	141–139	6,5–6,0	2,3-2,2
4	694–294	28,2–9,3	136–135	5,9-5,6	1,9–1,9
5	746–364	27,3–9.4	136–136	6,2-5,6	2,1-2,0
6	753, 326	30,6–9,9	139–134	6,5-5,9	1,9–1,8
7	736–330	29,3–10,3	142–139	6,3-5,9	2,0-2,0
8	706–288	30,2–9,5	136–135	5,9-5,3	1,9-2,0
9	744–322	33,2–9,9	132–133	6,3-5,3	2,1-2,1
10	698–274	27,8–9,2	137–135	5,8-5,5	2,0-2,0

Результаты и их обсуждение. До гемодиализа гипертрофия левого желудочка — 60%, гипертрофия левого предсердия — 40%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса — 10%, горизонтальное положение — 70%. Средние значения лабораторных, а также данные ЭКГ-исследований до и после сеанса гемодиализа показаны в табл. 1—5. Как видно из табл. 5, после гемодиализа у больных намечается тенденция к нормализации многих биохимических показателей (креатинин, мочевина, электролиты), а также тенденция к нормализации АД и ЧСС.

До гемодиализа по ЭКГ необходимо отметить, что имеется удлинение PQ и уширение QRS по сравнению с ЭКГ после диализа, имеется укороченный QT по сравнению с ЭКГ после диализа, которое больще связано с гиперкалиемией, но отметить влияние кальция не удается т к современные аппараты держат их показатели в пределах нормы.

Кроме того, на ЭКГ-мониторинге у всех больных обнаружены единичные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы, выраженная гипертрофия ЛЖ, нарушения коронарного кровообращения, замедление внутрижелудочковой проводимости и перегрузка левых отделов сердца. По данным литературы, аритмии у больных с ХПН

могут возникать в результате дисэлектролитемии, гипоксемии, перепадов АД, нарушений коронарного кровообращения, что, в принципе, подтверждает наш анализ.

Выволы:

- 1. У пациентов в терминальной стадии XПН возникают в основном изменения, характерные при нарушении электролитного обмена.
- 2. Анализ ЭКГ дает предположение, что из-за нарушений электролитного баланса, в первую очередь калия, могут возникнуть такие осложнения, как внезапная остановка или ФЖ, что необходимо учесть при проведении хрониодиализа.
- 3. Необходимо дальнейшее изучение влияния на миокард, проводящую систему содержание катехоламинов, содержание гемоглобина в крови при данной патологии.

Тұжырым

Ж.Ы. Рыспаев, С.А. Кабдулданов, А.М. Курмантай, А.Т. Дарментаева, К.С. Нурманова, С.Н. Исакова, М.Д. Садыханова, А.Ж. Ботабекова

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ, ТЕРМИНАЛДЫ САТЫСЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің терминалды сатысындағы науқастардың гемодиализге дейінгі және гемодиализден кейінгі электрокардиографиялық көрсеткіштерін пайдалана отырып, өзгерістерін бағалап, қорытынды шығару.

Summary

G.I. Ryspaev, S.A. Kabduldanov, A.M. Kurmantay, A.T. Darmentayeva, K.S. Nurmanova, S.N. Isakova, M.D. Sadyhanova, A.J. Botabekova

ELECTROCARDIOGRAMS PATTERNS OF PATIENTS SUFFERING FROM THE CHRONICAL RENAL IMPAIRMENT IN A TERMINAL STAGE LIVING IN ALMATY REGION

The Presentations Results of Research Variations with patients occuring in a terminal stage before and after Haemodialysis using Electrocardiograms fluctuations.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 615.33.:616.64

А.М. ОСПАНОВА

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясауи Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РЕМЕДИА» В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Аннотация: В статье описано применение препарата «Ремедиа» при лечении различных форм урогенитального хламидиоза.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, фторхинолоны, инфекции урогенитального тракта.

Урогенитальный хламидиоз рассматривается как «заболевание нового поколения» не потому, что это вновь появившаяся инфекция, а в связи с тем, что значительно вырос уровень лабораторной диагностики. Появились современные методы исследо-

вания, позволяющие определить роль хламидий в патологии человека. Из всех заболеваний, передаваемых половым путем, лечение хламидийной инфекции вызывает наибольшие трудности [1].

Инфекционно-воспалительные заболевания, вызываемые С. Тrachomatis, в настоящее время являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем во всем мире вследствие их широкого распространения и влияния на репродуктивное здоровье населения. По данным ВОЗ, хламидиоз урогенитального тракта в настоящее время является одной из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем. Урогенитальный хламидиоз характеризуется рядом особенностей, определяющих клиническое течение заболевания: преобладание латентных, асимптомных форм течения, частая ассоциация с другими инфекциями, передающимися половым путем. Практически у каждой второй женщины с хроническим воспалением урогенитальной сферы удается выявить С. Тrachomatis. Высокими эти показатели остаются у женщин с бесплодием и невынышиванием беременности [2]. Хламидиоз характеризуется не только поражением мочеполовой системы женщин, но и наличием ряда серьезных перинатальных и экстрагенитальных заболеваний. Установлены внутриутробная передача инфекции, а также высокая частота инфицирования новорожденных.

Сложность терапии хламидиоза обусловлена особенностью морфологии и жизнедеятельности этого микроорганизма. Цикл развития хламидий включает две формы существования: инфекционную (элементарные тельца) и вегетативную (ретикулярные тельца). Элементарные тельца обладают высокой инвазивностью, контагиозностью и адаптированы к внеклеточной жизнедеятельности. Передача возбудителя от больного хламидиозом здоровому лицу осуществляется в виде элементарных телец. Хламидийные клетки находятся под защитой клетки хозяина и способны к длительной персистенции. Поскольку клиническая картина этой инфекции характеризуется нередко вялым или латентным течением, патологический процесс длительное время остается нераспознанным, а запоздалое лечебное вмешательство недостаточно эффективным. Поэтому, несмотря на увеличение количества антибактериальных препаратов, перетендующих на роль наиболее эффективного средства в терапии хламидиоза, проблема достаточно быстрого и гарантированного излечения данного заболевания остается актуальной и по сей день.

В последние годы предложено много способов лечения хламидийной инфекции урогенитального тракта. Но несмотря на высокую терапевтическую эффективность данных методов необходимость дальнейшего поиска адекватной антимикробной терапии не потеряла своей актуальности [3]. К числу высокоактивных лекарственных средств относятся фторхинолоны. Молекула фторхинолонов содержит атом фтора, что существенно усилило антибактериальное действие, значительно оптимизировало фармакокинетические свойства. Фторхинолоны нарушают синтез ДНК в микробной клетке и влияют на синтез белков и запуск системы репарации ДНК.

Одним из новых препаратов, который успешно применяется для лечения урогенитального хламидиоза является «Ремедиа» – представитель 4-го поколения фторхинолонов. В отношении С. Trachomatis – «Ремедиа» превосходит по активности доксициклин, эритромицин и т. д. «Ремедиа» практически полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта при приеме внутрь.

Материалы и методы исследования

Обследованы 27 пациентов (10 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 24 до 35 лет, страдавших различными клиническими проявлениями хламидийной инфекции. У всех 10 женщин отмечалось наличие хронического хламидийного эндоцервицита. У 17 мужчин диагностирован хронический хламидийный уретрит, у 1 – подострый. Диа-

гноз хламидийной инфекции подтверждали с помощью ИФА, ПЦР, РНИФ. «Ремедиа» назначали по 500 мг 1 раз в день в течение 10 дней.

Результаты

В результате проведенной терапии хронического урогенитального хламидиоза препаратом «Ремедиа» излечение было достигнуто у 25 (89,3%) больных. Во время лечения у 4 пациенток отмечались кратковременные тошнота, слабость, не требовавшие медикаментозной коррекции и разрешившиеся непосредственно по окончании приема препарата. Серьезных побочных реакций и нежелательных явлений не наблюдалось.

У 24 больных по окончании приема препарата и через 3 недели последующего наблюдения установлено клиническое излечение, сопровождавшееся негативацией обнаружения С. Trachomatis методом ПЦР.

Наблюдения показали, что «Ремедиа» является эффективным противохламидийным средством, позволяющим добиться успеха при лечении больных хроническим и резистентным к терапии урогенитального хламидиоза.

Выводы:

- 1. Представленные результаты свидетельствуют об обоснованности применения препарата «Ремедиа» при урогенитальном хламидиозе, высоком терапевтическом эффекте препарата, сопровождающемся хорошей переносимостью.
- 2. Наиболее частым и побочными эффектами при применении «Ремедиа» считаются диарея, тошнота, разрешающиеся после окончания терапии и не требующие дополнительной медикаментозной коррекции.
- 3. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение препарата «Ремедиа» в повседневной практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Ильин И.И.*, *Делекторский В.В.* Хламидийные и микоплазменные заболевания мочеполовых органов / Кожные и венерические болезни. Т. 4. / Под. ред. Ю.К. Скрипкина. М: Медицина. 1996. С. 219—262.
 - 2 Кубанова А.А. Вестник дерматологии и венерологии. 2002. № 1. С. 4–8.
- 3 Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Урогенитальная хламидийная инфекция / Под ред. Е.В. Соколовского. СПб., 1998. С. 111–148.

Тұжырым

А.М. Оспанова

УРОГЕНИТАЛДЫ ХЛАМИДИОЗ ЕМДЕУІНДЕ «РЕМЕДИА» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУЫ

Мақалада урогениталдық хламидиоздың емінде фторхинолонды пайдалану жолдары келтірілген. Зерттеулер нәтижесі бойынша «Ремедиа» препараты қарауда болған 27 науқасқа (17 еркек және 10 әйел) қолданылғанда өте жоғары дәрежеде тиімді екенін көрсетеді.

Summary

A.M. Ospanova

EXPERIENCE WITH THE DRUG "REMEDY" IN THE TREATMENT OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS

The paper shows the authors experience in treating 27 (17 males and 10 females) patients with chronic urogenital chlamydial infection by using "Remedy". The studies have demonstrated that remedia is an effective antichlamydial agent that is effective in treating patients with chronic and therapy -resistant urogenital chlamydial infection.

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

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

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Аннотация. Представлены результаты по исследованию совершенствования методов лучевой диагностики больных с аномалиями развития почек. Мультиспиральный метод компьютерной томографии обеспечивает создание трехмерных изображений высокого качества. Мультиспиральная компьютерная томография — высоко-информативный, малоинвазивный метод диагностики, занимающий ведущее место в алгоритме обследования больных с аномалиями развития почек.

Ключевые слова: аномалии развития верхних мочевых путей, мультиспиральная компьютерная томография, 3D-реконструкция.

Аномалии развития почек (АРП) встречаются у 3–3,5% больных урологических стационаров и составляют до 10% от всех пороков формирования мочеполовой системы [1]. Отклонения развития мочевыводящей системы наблюдаются у 0,9 % новорожденных и выявляются на эмбриональном уровне в 0,5% случаев при пренатальных обследованиях [2]. Среди аномалий почечных сосудов наиболее распространены аномалии количества и положения. При исследовании сосудистой архитектоники почек наиболее часто выявляют дополнительные артерии и аномалии количества почечных вен [3]. Множественные артерии чаще обнаруживают в левой почке, в правой преобладают множественные почечные вены [4]. Как правило, наблюдают добавочную почечную артерию, которая имеет меньший калибр чем основная, и у 7% пациентов направляется к верхнему, а у 14% — к нижнему полюсу почки.

В большинстве своем вазоренальные и вазоуретеральные конфликты при пороках взаиморасположения и количества сосудов вызывают развитие гидрокаликоза или гидронефроза, форникального кровотечения, артериальной гипертензии. Эти аномалии предрасполагают к возникновению стеноза ЛМС. В 20–40% случаев причиной прогрессивного расширения чашечно-лоханочной системы служат добавочные нижнесегментарные почечные артерии.

Диагностика большинства аномалий верхних мочевыводящих путей (ВМП) с детства затруднена, так как клинически они проявляются в более позднем возрасте в результате поражения почек вторичными патологическими процессами. Трудности систематизации аномалий почек, вызванные сложностью и многоэтапностью эмбриогенеза, обусловили существование множества классификаций АРП и их подгрупп [5]. Классификация Н.А. Лопаткнна (1998), учитывающая характерные особенности клинического течения каждой таксономической группы АРП, их диагностики и лечения в настоящее время считается наиболее полной. Своевременная диагностика и коррекция патологий ВМП – актуальная задача сохранения их как важного органа гомеостаза. В настоящее время для уточнения анатомии и состояния верхних мочевых путей широко применяются обзорная и экскреторная урография, ультразвуковое исследование, ангиография, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) [6]. Обзорная рентгенограмма является обязательным компонентом диагностического обследования, с которого начинают все рентгеноконтрастные исследования при заболеваниях ВМП.

Основное достоинство метода заключается в том, что по обзорному снимку можно судить не только об анатомическом строении почек, но и предположить характер патологического процесса в них. Сложный вариант развития ВМП, имеющий необычную рентгенологическую картину, может приниматься за проявление заболевания. Информативность обзорной урографии (ОУ) при диагностике предполагаемого гидронефроза невысока. Обзорная урография не позволяет выявлять аномалии сосудистого русла почек [7].

Использование этих методов в отдельности не позволяет максимально достоверно оценить степень патологических изменений и, соответственно, выбрать правильную тактику ведения больного. При спиральной компьютерной томографии (СКТ) меньше вероятность пропустить мелкие образования; изображения более четкие с меньшими артефактами от физиологических движений и кровотока. Сокращение времени сканирования облегчает обследование больных, которые не могут длительно задерживать дыхание, долго находиться в аппарате. Компьютерная станция обеспечивает проведение различных вариантов мультипланарных и объемных реконструкций ВМП [8].

Цель работы – совершенствование методов лучевой диагностики больных с аномалиями развития почек.

Задачи исследования:

- 1. Провести сравнительный анализ современных методов диагностики заболеваний при аномалиях ВМП и оценки архитектоники сосудистого русла почек.
- 2. Определить возможности МСКТ с болюсным усилением в диагностике пороков развития почек.
 - 3. Разработать алгоритм лучевой диагностики аномалий верхних мочевых путей.

Материалы исследования

На базе НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова за период с января 2013 г. по апрель 2013 г. проводилось обследование 33 пациентов с аномалиями развития верхних мочевых путей в возрасте от 20 до 55 лет. Из них женщин 10 (30,3%), мужчин 23 (69,7%).

Методы исследования

Всем пациентам помимо общеклинических исследований были проведены следующие методы обследования: ультразвуковое исследование почек, обзорная и экскреторная урография, МСКТ с болюсным усилением. Компьютерная томография проводилась на аппарате AQUILLION 16 фирмы TOSHIBA с программой для обработки изображений Vitrea. Мультиспиральный метод компьютерной томографии обеспечивает создание мультипланарных и трехмерных изображений ВМП высокого качества, получаемого в том числе за счет исключения альтерации подвижных органов в процессе сканирования и отсутствия артефактов от прилегающих костно-мышечных массивов, других органов и сосудов.

Всем пациентам исследование проводили без внутривенного введения контрастного препарата (нативное исследование) и с внутривенным контрастированием. В начале выполняли прямую томограмму, по которой выбирали зоны интереса и планировали исследование.

Протокол исследования включал несколько фаз.

Нативное исследование:

Артериальная (кортикомедуллярная) фаза. Контрастирование проводили через катетер, установленный в локтевой вене, автоматическим инъектором (Medrad) со скоростью 3 мл/с. Такая скорость введения контрастного вещества позволяет добиться оптимального контрастирования почечных сосудов.

Использовали неионные контрастные препараты с содержанием йода 300 - 370 мг/мл (омнипак, ультравист) в объеме 80–100 мл.

Паренхиматозная (нефрографическая) фаза. Исследование выполняли через 100—160 с от начала внутривенного болюсного усиления, т. е. после того, как контрастный препарат через клубочки поступил в петли Генле и собирающие протоки. Толщина среза 2 мм. Зона томографирования — от купола диафрагмы до дна мочевого пузыря, остальные параметры прежние. КТ картина характеризуется равномерным повышением плотности паренхимы почек, отсутствием кортикомедуллярной дифференцировки. Эта фаза наиболее информативна для выявления объемных образований почечной паренхимы и МВП, оценки состояния стенки лоханки, мочеточника, мочевого пузыря.

Выделительная (экскреторная) фаза. Сканирование начинали через 250–400 с от начала внутривенного усиления. Параметры и зона томографирования идентичны нативному исследованию. КТ картина: собирательная система почек интенсивно контрастирована. Кортикальный и медуллярный слои не дифференцируются. Плотность паренхимы ниже, чем в нефрографической фазе. Усиление неоднородности паренхимы за счёт артефактов от сконцентрированного контраста в собирательной системе и несинхронной сегментарной экскреции. В зависимости от характера патологических изменений проводили полипозиционные (в положении пациента на животе) и отсроченные исследования (отсроченная экскреторная фаза – через 15 мин. и позже) при нарушении выделительной функции почки. Полипозиционное томографирование применяли для определения подвижности патологического образования или улучшения визуализации мочеточников. С помощью КТ урографии получали наиболее полное представление о состоянии мочевыводящих путей.

Каждую фазу сканирования осуществляли на вдохе при одной задержке дыхания. Во многосрезовых аппаратах улучшается пространственная разрешающая способность в аксиальном направлении и значительно сокращается продолжительность объемного сканирования. В целом время обследования пациента по сравнению со СКТ уменьшается в 5–8 раз и более. Это сокращение примерно кратно числу детекторных рядов.

Пространственное МСКТ – изображение высокоинформативное, способное фиксировать мелкие структуры исследуемой области. КТ исследования эффективно выявляет аневризмы артерий, в том числе связанные с аномалиями расположения и формы почек; обеспечивает высокую точность визуализации артериовенозных аномалий.

Таблица – Результаты исследования	Ta $\delta nuua$ -	- Резупьтаты	исспелования
-----------------------------------	----------------------	--------------	--------------

A way o www maany my	Количество		
Аномалии развития	Абс	%	
Совершенствование методов лучевой			
диагностики больных с аномалиями	_		
развития почек.	7	21,2	
Подковообразная почка			
L-образная почка	2	6,1	
S-образная почка	1	3	
Добавочная почка	1	3	
Аплазия почки	3	9,1	
Гипоплазия почки	5	15,1	
Удвоение верхних мочевых путей	3	9,1	
Дистопия почки	2	6,1	
Поликистоз почек	9	27,3	
Всего	33	100	

Мультиспиральная компьютерная томография проведена 33 больным с аномалиями развития верхних мочевых путей. По данным МСКТ, была выявлена у 7 пациентов подковообразная почка, что составило (21,2%), L-образная почка – у 2 пациентов (6,1%), S-образная почка у1 пациента (3%), добавочная почка – у 1 пациента (3%), аплазия почки – у 3 пациентов (9,1%), гипоплазии почек – у 5 пациентов (15,1%), удвоение верхних мочевых путей – у 3 пациентов (9,1%), дистопия почки – у 2 пациентов (6,1%), поликистоз почек – у 9 пациентов (27,3%).

У всех больных установлены особенности пространственной анатомии и кровоснабжения ВМП. Томография дополнительно выявила нарушения формирования ренальной ангиоархитектоники у 11 пациентов.

Мультидетекторный метод при обнаружении АРП обеспечил получение информации с большей разрешающей способностью и создание практически изотропной конфигурации объемных изображений ВМП.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что правильный диагноз АРП и ассоциированных с ними заболеваний удается установить с помощью комплексного обследования, включающего наряду с общеклиническими исследованиями последовательное применение инструментальных методов: УЗИ, ОУ, МСКТ. Диагностика патологий развития ВМП и ассоциированных с ними заболеваний сопряжена с рядом трудностей, обусловленных их анатомией и локализацией патологических процессов. В связи с достаточно высокой информативностью УЗИ в В-режиме при выявлении несосудистых АРП, широкой распространенностью и простотой целесообразно использовать этот метод для скрининга пороков развития ВМП и сопряженных с ними заболеваний. Более высокая эффективность МСКТ в диагностике всех групп аномалий почек и таких заболеваний, как гидронефроз, нефролитиаз, пиелонефрит, меньшая инвазивность по сравнению с ангиографией (АГ) делают метод привлекательным. Применение традиционной АГ целесообразно прежде всего при эндоваскулярной хирургии. МСКТ обеспечивает оптимальную визуализацию пространственной анатомии, ангиоархитектоники мочевыводящих путей, более полную диагностику реноваскулярных патологий, представляет объемную информацию, необходимую для определения тактики лечения, выбора метода хирургической коррекции и определения возможности применения в каждом конкретном случае малоинвазивных оперативных вмешательств. МСКТ в сочетании со скрининговым УЗИ сокращает время дифференциальной диагностики и установления клинического диагноза при пороках формирования почек. Это указывает на целесообразность применения следующего алгоритма обследования больных с аномалиями развития ВМП.

Исходя из вышеизложенного, нами сделаны следующие выводы:

Мультиспиральная компьютерная томография – высокоинформативный, малоинвазивный метод диагностики, занимающий ведущее место в алгоритме обследования больных с аномалиями развития ВМП.

При подозрении на аномалии развития верхних мочевых путей МСКТ существенно сокращает время комплексного обследования больных, ускоряет процесс выявления особенностей сосудистой архитектоники почек, их взаиморасположения с мочевыводящими путями и обнаружения конкрементов.

Мультиспиральная компьютерная томография позволяет за одно исследование оценить сосудистое русло почек, состояние чашечно-лоханочной системы, и на основе трехмерной реконструкции обеспечивает выбор адекватного метода и объема хирургического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Аляев Ю.Г. Магниторезонансная урография: возможности и перспективы / Ю.Г Аляев, С.К. Терновой, В.Е. Синицын [и др.] // Урология. -2001. № 4. C. 7-11.
- 2. *Андреев Д.В.* Кисты почек / Д.В. Андреев, И.В. Баженов, А.В. Зырянов [и др.] // Вестн. 1-й обл. клинич. больницы г. Екатеринбурга. 2002. № 1. С. 19–21.
- 3. *Антонов А.В.* Наш опыт первых 200 эндовидеохирургических операций на верхних мочевых путях // Нефрология. -2004. № 1. С. 80–83.
- 4. *Карпенко В.С.* Причины гидронефроза н выбор метода оперативного лечения // Урология. -2002, N 6. C. 43–46.
- 5. *Тсодарович О.В.* Возможности мультиспиральной компьютерной томографии при диагностике и выборе эндоскопического метода лечения заболеваний почек / Науч. тр. сотрудников ЦКБ № 1 ОАО «Российские железные дороги»: Матер. 2-го Международного симпозиума «Современные технологии в диагностике и лечении урологических заболеваний». М., 2003. Т. 2.- С. 73-77, 57.
- 6. Фоминых Е.В. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике заболеваний мочевых путей: Дис... канд. мед. наук. М., 2004. 142 с.
- 7. *Юдин А.Л.* Компьютерная томография метод медицинской визуализации // Медицинская радиология и радиационная безопасность. -2004. Т. 49. № 3. С. 63–69.
- 8. *Coll D.M.* 3-dimensional volume rendered computerized tomography tor preop¬erative evaluation and intraoperative treatment of patients undergoing nephron-sparing surgery! D.M. Coll, R.Gl. Uzzot B.R., Hertz et al. // J. UroL − 1999, Vol. 161, № 4. − P. 1097–1102.

Тұжырым

М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев

ЖОҒАРЫ НЕСЕП ЖОЛДАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫНДА МУЛЬТИСПИРАЛДЫ КОМПЬЮТЕРЛІК ТОМОГРАФИЯ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Бүйрек даму ақаулары урологиялық стационар жағдайларында 3–3,5% дейін, ал жалпы несеп жолдарының даму ақауларының арасында 10% дейін жетеді. Б.О. Жарбосынов атындағы Урология Ғылыми Орталығының негізінде 20 мен 55 жас аралығындағы жоғарғы несеп жолдарының даму ақаулары бар 33 науқас зерттелді. Мультиспиралды компьютерлік томография жоғары сапалы үш кеңістікті суреттерді жасауға мүмкіншлік береді. Мультиспиралды компьютерлік томография – бүйректердің даму ақаулары бар науқастардың зерттеу алгоритмінде жоғары орын алатын жоғары ақпаратты, аз инвазивті анықтау әдісі болып табылады.

Summary

M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Murayyov

APPLICATION OF MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY PATHOLOGY UPPER URINARY TRACT

Anomalies of the kidney occur in 3–3,5% of patients with urological clinics and up to 10% of all the vices of the formation of the genitourinary system. On the basis of SC Urology named after BU Dzharbussynov surveyed 33 patients with abnormalities of the upper urinary tract in age from 20 to 55 years. Multislice computed tomography method provides a three-dimensional images of high quality. Multidetector computed tomography – a highly informative, minimally invasive method of diagnosis, which occupies a leading position in the algorithm of investigation of patients with abnormal kidney development.

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

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

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧЕК

Аннотация. Статья о разработке и внедрении в клиническую практику малоинвазивного высокоточного метода исследования при опухолях почки — мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным усилением.

Ключевые слова: рак почек, мультиспиральная компьютерная томография, перкутанная ретроперитонеальная эндоскопическая диссекция.

В настоящее время среди всех злокачественных новообразований рак почек по частоте в индустриально развитых странах занимает 6-е место у мужчин и 12-е у женщин, и своевременная диагностика и его лечение остаются одной из важнейших проблем онкоурологии [1]. С одной стороны, это связано с ростом заболеваемости почечно-клеточным раком, а с другой – низкой выживаемостью больных после традиционного хирургического лечения, в связи с несвоевременной диагностикой, а также со значительной резистентентностью к лучевой и химиотерапии.

Так, по данным российских исследователей, прирост абсолютного числа заболевших почечно-клеточным раком в России с 1993 по 2003 г. составил 55%, а частота возникновения рака увеличивается после 40 лет [2]. Такая же тенденция наблюдается и в нашей стране.

Развитие новых и совершенствование технологий получения диагностических изображений поставило в повестку дня вопрос об их широком использований в клинической практике. В связи с уменьшающимся количеством традиционных методов урографии и более широким распространением цифровых телеуправляемых рентгеновских аппаратов в республике назрела необходимость их использования, в частности, для ранней диагностики опухолей почек. В этом отношении представляется перспективным использование современной мультидетекторной компьютерной томографии с болюсным усилением, метода, который, вероятно, будет ближайшим будущим в урорадиологии большинства стран. К его преимуществам относятся возможность одновременного получения высокоинформативных данных о паренхиме почек, почечных сосудах, окружающих органах и тканей [3]. Однако до настоящего времени данный метод обследования практически не используется в медицинских клиниках нашей страны.

На протяжении многих лет основным методом лечения опухолей почек была открытая операция в различных ее модификациях. Вместе с тем, в последние годы традиционные методы лечения рака почки претерпели ряд качественных изменений. В арсенал уролога прочно вошли такие подходы к лечению заболевания, как минимально-инвазивное и органосохраняющее лечение, адъювантные и неоадъювантные формы терапии [4]. В зарубежных клиниках вместо открытых операций выполняются мало-инвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим контролем и осуществляемые посредством хирургического лапароскопа. Лапароскопическая радикальная нефрэктомия и парциальная нефрэктомия, а также криодеструкция опухоли почки в ведущих западным клиниках в настоящее время является повседневной, рутинной операцией, по своей продолжительности сравнимая с открытой операцией, но имеющая

значительно меньше осложнений и приводящая к быстрой послеоперационной реабилитации больного.

Наилучшие результаты от указанных методов лечения можно ожидать только в группах тщательно отобранных больных на ранних стадиях заболевания. Данный вид хирургического вмешательства наиболее эффективен на ранних стадиях опухолей почек, когда остается возможность выполнения органосохраняющей операции, и ограничится лишь удалением опухоли.

Проведенные исследования клинико-морфологических параметров рака почки в различных по размеру опухоли группах показал, что параллельно увеличению размеров опухоли с различной степенью корреляции наблюдается увеличение и усиление тех признаков, выраженность которых непосредственно определяет исход заболевания и, в конечном итоге, продолжительность жизни пациента [5]. Таким образом, ранняя диагностика опухолей почек может оказать существенное влияние на точность прогнозирования клинического течения и исхода заболевания, на выработку показаний к малоинвазивным методам лечения, что в конечном итоге определит как качество жизни больного в послеоперационном периоде, так и саму продолжительность жизни этой группы пациентов.

Целью нашей работы явилась разработка и внедрение в клиническую практику малоинвазивного высокоточного метода исследования при опухолях почки – мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным усилением.

Материалы исследования

На базе НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова за период с 2012-го по 2013 г. проводилось обследование и лечение 6 пациентов с опухолями почек.

Из оперированных нами пациентов по поводу новообразований почек мужчин было 4, женщин 2. Средний возраст составил 54,2 года.

Методы исследования

Всем пациентам помимо общеклинических исследований были проведены следующие методы обследования: ультразвуковое исследование почек, обзорная и экскреторная урография, МСКТ с болюсным усилением. Компьютерная томография проводилась на аппарате AQUILLION 16 фирмы TOSHIBA с программой для обработки изображений Vitrea.

Всем пациентам исследование проводили без внутривенного введения контрастного препарата (нативное исследование) и с внутривенным контрастированием. В начале выполняли прямую томограмму, по которой выбирали зоны интереса и планировали исследование.

Протокол исследования включал несколько фаз.

Нативное исследование:

Артериальная (кортикомедуллярная) фаза. Контрастирование проводили через катетер, установленный в локтевой вене, автоматическим инъектором (Medrad) со скоростью 3 мл/с. Такая скорость введения контрастного вещества позволяет добиться оптимального контрастирования почечных сосудов.

Использовали неионные контрастные препараты с содержанием йода 300–370 мг/мл (омнипак, ультравист) в объеме 80–100 мл.

Паренхиматозная (нефрографическая) фаза. Исследование выполняли через 100–160 с от начала внутривенного болюсного усиления, т. е. после того, как контрастный препарат через клубочки поступил в петли Генле и собирающие протоки. Толщина среза 2 мм. Зона томографирования – от купола диафрагмы до дна мочевого пузыря, остальные параметры прежние. КТ картина характеризуется равномерным

повышением плотности паренхимы почек, отсутствием кортикомедуллярной дифференцировки. Эта фаза наиболее информативна для выявления объемных образований почечной паренхимы и МВП, оценки состояния стенки лоханки, мочеточника, мочевого пузыря.

Выделительная (экскреторная) фаза. Сканирование начинали через 250—400 с от начала внутривенного усиления. Параметры и зона томографирования идентичны нативному исследованию. КТ картина: собирательная система почек интенсивно контрастирована. Кортикальный и медуллярный слои не дифференцируются. Плотность паренхимы ниже, чем в нефрографической фазе. Усиление неоднородности паренхимы за счет артефактов от сконцентрированного контраста в собирательной системе и несинхронной сегментарной экскреции. В зависимости от характера патологических изменений проводили полипозиционные (в положении пациента на животе) и отсроченные исследования (отсроченная экскреторная фаза — через 15 мин. и позже) при нарушении выделительной функции почки. Полипозиционное томографирование применяли для определения подвижности патологического образования или улучшения визуализации мочеточников. С помощью КТ урографии получали наиболее полное представление о состоянии мочевыводящих путей.

Каждую фазу сканирования осуществляли на вдохе при одной задержке дыхания.

Во многосрезовых аппаратах улучшается пространственная разрешающая способность в аксиальном направлении и значительно сокращается продолжительность объемного сканирования. В целом время обследования пациента по сравнению со СКТ уменьшается в 5–8 раз и более. Это сокращение примерно кратно числу детекторных рядов.

В качестве иллюстрации эффективности метода ретроперитонеального эндоскопического хирургического метода лечения небольших по размерам опухолей почек приводим собственное клиническое наблюдение

Больной П.А. 48 лет поступил в НЦ урологии 27.02.2012 года (и/б № 796/146) с жалобами на боли в левой пояснице, слабость с направительным диагнозом новообразование левой почки.

По данным проведено УЗИ почек – в левой почке нижнемедиальном сегменте определяется опухолевидное образование диаметром 33,6×22,3 мм (рисунок 1).

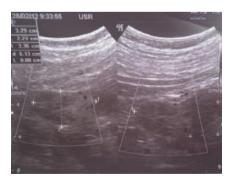


Рисунок 1. Ультрасонограмма левой почки

По данным мультиспиральной компьютерной томографии почек с болюсным усилением, в области нижнего сегмента левой почки определяется образование размерами 2.8×2.3 см накапливающее контрастное вещество (рисунок 2 и 3).







Рисунок 3. МСКТ почек

По данным экскреторной урографии функция обеих почек своевременная удовлетворительная. На нефрограмме в области нижнего сегмнета левой почки определяется дефект паренхимы почки (рисунки 4 и 5).



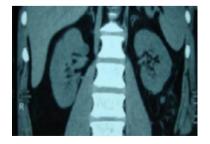


Рисунок 4. Экскреторная урограмма Рисунок 5. Экскреторная урограмма

Больному 01.03.2012 г. в плановом порядке произведено вмешательство в объеме перкутанной ретроперитонеальной эндоскопической диссекции почки, биопсии, электрорезекции образования нижнемедиального сегмента левой почки.

Послеоперационый период протекал гладко. Швы сняты на 6-е сутки. По данным контрольной компьютерной томографии почек, признаков наличия опухоли в левой почке нет (рисунки 6 и 7).





Рисунки 6 и 7. Контрольная КТ почек б-ного П. на 7-е сутки после операции.

Результат биопсии № 871/875: почечно-клеточный рак (светло-клеточный вариант). Больной был выписан на амбулаторное наблюдение онкоуролога с рекомендацией явиться в НЦ урологии через 3 месяца на контрольное обследование.

Пространственное МСКТ – высокоинформативное изображение, способное фиксировать мелкие структуры исследуемой области.

Мультиспиральный метод при обнаружении опухолей почек обеспечил получение информации с большей разрешающей способностью и создание практически изотропной конфигурации объемных изображений верхних мочевых путей.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что правильный диагноз удается установить с помощью комплексного обследования, включающего наряду с общеклиническими исследованиями последовательное применение инструментальных методов: УЗИ, R-исследование, МСКТ.

Мультиспиральная компьютерная томография — высокоинформативный, малоинвазивный метод диагностики, занимающий ведущее место в алгоритме обследования больных с образованиями почек. Данный метод позволяет за одно исследование оценить сосудистое русло почек, состояние чашечно-лоханочной системы, и на основе трехмерной реконструкции обеспечивает выбор адекватного метода и объема хирургического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. *Юрин А.Г.* Клинико-анатомические подходы к макро- и микроскопическому исследованию рака почек // Урология, -2009. -№ 4. C. 61–67.
- 2. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.К. и др. Состояние урологической заболеваемостью в Российской Федерации по данным официальном статистики // Урология. -2008. -№ 3. C. 3-9.
- 3. *Буйлов В.М.* Экскреторная урография в современном алгоритме лучевой диагностики в урологии // Урология. -2009. -№ 4. C. 67–74.
- 4. *Patard J.-J.* With increasing minimally invasive options for small renal timorous, it is time to develop patient specific treatment strategies // Eur. Urol. 2007. № 51. P. 876–878.
- 5. *Серегин А.В., Лоран О.Б., Ашугян В.Р.* Размеры рака почки. Клинико-морфологические корреляции // Урология. -2009. -№ 3. -C.42-48.

Тұжырым

М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев

БҮЙРЕК ІСІКТЕРІНДЕГІ МУЛЬТИСПИРАЛДЫ КОМПЬЮТЕРЛІК ТОМОГРАФИЯ ОРНЫ

Бүйрек обыры барлық қатерлі ісіктердің ерлер арасында 6-шы орынға ие, ал әйелдердің арасында 12-ші орын алып отыр, сондықтан оның диагностикасы мен емі онкоурологияның аса маңызды мәселесі ретінде қаралуда. Б.О. Жарбосынов атындағы Урология Ғылыми орталығының негізінде 2012—2013 жылдар аралығында бүйрек ісігі бар 6 науқас зерттелді және емделді. Барлық науқастарға болюсты күштемемен мультиспиралды компьютерлік томография жасалды.

Summary

M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov

MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN RENAL TUMORS

Among all cancer kidney cancer in frequency is the 6th place in men and 12th in women, and timely diagnosis and treatment remain a major problem oncology. On the basis of SC Urology named after BU Dzharbussynov for the period from 2012 to 2013, was conducted the survey and treatment of 6 patients with renal tumors. All patients underwent multislice computed tomography of kidneys with bolus boost.

М.К. АЛЧИНБАЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

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

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ

Аннотация. Исследована эффективность применения эластографии в дифференциальной диагностике заболеваний органов мошонки.

Ключевые слова: эластография, эпидидимит, эпидидимоорхит, опухоли яичка.

Одной из частых урологических патологий у мужчин являются различные заболевания органов мошонки. К таким заболеваниям относятся острое воспаление придатка яичка, острый эпидидимит (ОЭ), встречающийся как изолированно, так и в сочетании с острым воспалением яичка, как эпидидимоорхит (ОЭО) и различные опухолевые (доброкачественные и злокачественные) процессы яичек. Заболеванию подвержены мужчины преимущественно молодого и среднего возраста, относящиеся к наиболее социально активной группе населения (Юнда И.Ф., 2009; Резников Л.Л., 1999; Тиктинский О.Л., 2007; Бешлиев Д.А., 2008). До 85% наблюдений приходится на возраст от 10 до 45 лет (Федорченко П.М. и соавт., 1985; Кусымжанов С.М., 1988; Жила В.В. и соавт., 1989; Писаренко И.А., 2001; Камалов А.А., 2009). В структуре экстренных урологических заболеваний пациенты с данной патологией составляют 4,6–10,2% (Кусымжанов С.М., 1988; Писаренко И.А., 2001; Камалов А.А., 2004; Сафаров Ш.А., 2007), а по данным Федорченко П.М. и соавт. (1985), более 25% мужчин на протяжении всей жизни переносят различные формы эпидидимоорхита.

На протяжении последнего десятилетия отмечается заметный рост злокачественных опухолей яичка среди белых мужчин северных стран Европы и Америки (В.Г. Джонс, 2002).

В России заболеваемость раком яичка выросла с 1,0 в 2001 году до 1,4 на 100 000 населения в 2006.

В Казахстане также отмечается прогрессивный рост выявляемости и заболеваемости данной патологией – с 0.9 в 1998 году на 100 000 населения до 1.2 в 2008 году.

Опухоли яичка встречаются сравнительно редко и составляют 0,5–3% всех новообразований у мужчин, однако в возрастной группе 25–39 лет рак яичка занимает первое место среди причин смерти от злокачественных новообразований у мужчин (Патерс, 2009).

В современных условиях наиболее значимым методом визуализации органов мошонки является комплексное ультразвуковое исследование, позволяющее быстро, эффективно и безопасно получить информацию о характере патологических изменений.

Вместе с тем, в литературе встречаются противоречивые мнения относительно эффективности ультразвукового исследования в диагностике и дифференциальной диагностике образований мошонки. Не выработана единая методика исследования. Неоднозначно определяется роль допплеровских методик в дифференциальной диагностике опухолей и воспалительных заболеваний органов мошонки (Митькова М.Д., 2001).

Для дифференциальной диагностики различных патологических образований в мошонке используется ультразвуковое исследование (УЗИ) — неинвазивный неионизирующий сравнительно недорогой метод.

Эластография – новое слово в технологии ультразвуковой визуализации. Это неинвазивная методика используемая при диагностике опухолей, при которой оценивается жесткость (эластичность) мягких тканей. Опухолевая ткань имеет коэффициент жесткости до 28 раз превосходящий аналогичный показатель здоровой ткани. В момент механической компрессии, опухоль деформируется меньше, чем окружающие ткани.

В основе методики лежит классическая методика пальпации объемных образований. В данной методике пальпация осуществляется посредством ультразвуковой волны и механической компрессии. Программное обеспечение ультразвукового аппарата обрабатывает принятый отраженный сигнал и отражает на экране в формате цветного картирования изображение. позволяющее дифференцировать ткани по эластичности.

Целью исследования является оценка эффективности применения эластографии в дифференциальной диагностике заболеваний органов мошонки.

Материал и методы

Основу нашей работы составили результаты обследования 108 больных с различными заболеваниями органов мошонки. Все пациенты проходили обследование в условиях Научного центра урологии имени Б.У.Джарбусынова с января по апрель 2013 года. Средний возраст пациентов составил 33,2±7,8 лет.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее применение общеклинических и современных ультразвуковых методов исследования.

Ультразвуковые методы исследования проводились на аппарате Logiq р6 General Electric с функцией эластографии, использовался линейный датчик с частотой 10–13 Мгц. Исследование пациентов проводилось в положении лежа на спине. При надавливании датчиком на обследуемую ткань органа, ткань сжимается, данные о эластичности тканей просчитываются компьютером. В данной методике исследование осуществляется посредством ультразвуковой волны и механической компрессии. Программное обеспечение ультразвукового аппарата обрабатывает принятый отраженный сигнал и отображает на экране в формате цветного картирования изображение, позволяющее дифференцировать ткани по эластичности. Более плотные структуры тканей отображается оттенками синего цвета, легко сжимаемые эластичные участки маркируются красной цветовой шкалой. Наряду с этим посредством датчика аппарата УЗИ обследователь может видеть изображение тканей. В итоге получается снимок УЗИ с наложенным отображением эластичности обследуемых тканей либо отображается параллельно снимку УЗИ.

Результаты исследования

На основании проведенных исследований пациенты были распределены на группы в зависимости от диагноза.

Пускую	Количество		
Диагноз	Абс.	%	
Эпидидимит	34	32	
Эпидидимоорхит	41	38	
Опухолевые процессы мошонки	33	30	
Всего	108	100	

Таблица 1 – Распределение пациентов в зависимости от диагнозов

Из 108 пациентов с различными заболеваниями органов мошонки 78 больных (73%) подверглись оперативному вмешательству.

Всем 78 больным проведено гистологическое исследование, на основании которого был установлен окончательный диагноз.

Учитывая, что пациентам с опухолевыми процессами в 100% случаев проведены оперативные вмешательства, а также необходимая дифференциальная диагностика, нами была выбрана именно данная группа исследуемых.

Для определения наиболее чувствительного и точного метода исследования на этапе скрининга нами проведено сравнение 3-х методов исследования: УЗИ, КТ и эластографии.

Сравнение вышеуказанных методов исследования проводилось с данными гистологического исследования.

Таблица 2 – Распределение пациентов в зависимости от метода исследования

M	Количество пациентов		
Методы исследования	Абс.	%	
УЗИ	24	73	
КТ	30	97	
Эластография	31	98	
Всего	33	100	

Из данных таблицы видно, что при проведении эластографии у 31 пациента было подозрение на опухолевый процесс, тогда как при проведении КТ это подозрение возникло у 30 пациентов.

Наименьший процент подозрения на образование было при проведении УЗИ.

Сравнение диагностического исследования (маркера) с референтным диагнозом Для выявленных маркеров рассчитывали показатели точности, чувствительности, специфичности и прогностической ценности положительного диагноза (PPV). Расчет производился по формулам, представленным в таблице 3.

Таблица 3 — Формулы расчета показателей точности, специфичности, чувствительности и PPV изучаемого маркера

		Референтный диагноз		
		Есть образование	Нет образования	
	здоровы	a	ь	
Изучаемый метод	выявлено заболевание	с (количество человек)	d	
Чувствительность = $a/(a + c)(1)$				
Специфичность = $d/(b+d)(2)$				
Точность = $(a + d)/(a + b + c + d)$ (3)				
Прогностическая ценность положительного диагноза $(PPV) = a/(a+b)(4)$				

 $\it Taблица~4$ — Сравнительная характеристика различных диагностических методов по критериям

Методы исследования	Точность, %	Чувствитель- ность, %	Специфич- ность, %	Прогностическая ценность, %	p
УЗИ	75	66	71	79	0,005
КТ	91*	84	88*	83	0,003
Эластография	94**	92**	91**	90**	0,002

^{*} достоверные различия между УЗИ и КТ при p<0,005; ** достоверные различия между УЗИ и эластографией при p<0,002.

Результаты проведенного исследования доказывают, что использование эластографии позволяет с достаточно высокой точностью проводить диагностику опухолевых процессов органов мошонки в популяции. Необходимо отметить, что точность диагностического алгоритма, основанного на использовании УЗИ, не превышала 75%, а чувствительность 66%.

Таким образом, показано, что наиболее перспективной является внедрение метода диагностики опухолевых процессов, основанной на проведении эластографии.

Тұжырым

М.К. Алчинбаев, Н.М. Кадырбеков, А.К. Буйрашев, А.А. Муравьев

УМА АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ АНЫҚТАУЫНДА ЭЛАСТОГРАФИЯ ӘДІСІНІҢ МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Ер адамдардың урологиялық ауруларының жиі кездесетін сырқаттарының бірі ума ағзаларының аурулары. Эластография – ультрадыбыстық визуализацияның бірден-бір жаңа әдісі. Бұл жұмыстың негізінде әртүрлі ума ағзаларының аурулары бар 108 науқас зерттелді. Эластографияны қолдану ума ағзаларының ісіктер анықтауында аса жоғары нақтылық көрсететін әдіс болып табылалы.

Summary

M.K. Alchinbaev, N.M. Kadyrbekov, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov

OPPORTUNITIES ELASTOGRAPHY DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SCROTAL ORGANS

One of the most common urological abnormalities in men are the various diseases of the scrotum. Elastography – a new word in the technology of ultrasound imaging. The basis of our work were the results of a survey of 108 patients with various diseases of the scrotum. The use of elastography with high accuracy to diagnose cancer processes of the scrotum.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.643-002-073.756.8

Н.М. КАДЫРБЕКОВ, М.К. АЛЧИНБАЕВ, А.К. БУЙРАШЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Аннотация: представлены результаты применени нового метода диагностики, каким является виртуальная уретроскопия, позволяющая уточнить особенности течения целого ряда заболеваний мочеиспускательного канала, углубляя и расширяя наши представления о болезни, способствуя тем самым ее успешному лечению.

Ключевые слова: стриктура уретры, виртуальная уретроскопия, мультиспиральная компьютерная томография.

Актуальность

В последние годы для исследования уретры широко используются ультразвуковая микционная цистоуретроскопия, эхоуродинамические исследования, эходопплерография и трехмерная ультразвуковая визуализация уретры [1–2]. Однако зональная

ограниченность получаемой информации (простатический и мембранозный отделы уретры), одномерность одних методов и недостаточная разрешающая способность других сдерживают их более широкое применение. Внедрение спиральной компьютерной томографии (СКТ) позволило преодолеть ряд недостатков и ограничений вышеизложенных методов, а возможность реконструкции изображений с перекрывающимися срезами и получение трехмерных построений высокого качества без элементов инвазии и нарушения функции органа способствовало расширению сферы применения СКТ [3]. Кроме того, при СКТ появляется возможность исследовать не только орган в целом и его сегмент, но и окружающие ткани. Анализ результатов применения СКТ в нашей стране и за рубежом показал, что использование данного метода в урологии ограничивается, как правило, изучением почек, мочевого пузыря и простаты [4–6]. В доступной нам литературе мы не нашли работ, посвященных применению СКТ в диагностике заболеваний мочеиспускательного канала. Это связано с тем, что получение изображения уретры без ее наполнения при СКТ невозможно.

В 2009 г. на базе НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова разработана новая диагностическая методика визуализации мочеиспускательного канала — виртуальная уретроскопия. Виртуальная уретроскопия выполнена 15 пациентам со стриктурой мочеиспускательного канала. Исследования проводились на аппарате фирмы Toshiba. Возраст пациентов колебался от 18 до 61 года.

После введения в уретру воздуха шприцом 20,0 мл на головку полового члена накладывается фиксирующая повязка, затем больного укладывают на стол компьютерного томографа. Программа сканирования задавалась таким образом, чтобы исследуемая область соответствовала промежутку от поясничных позвонков до наружного отверстия уретры. После исследования проводился анализ данных в пошаговом режиме, т. е. анализ компьютерных срезов на программе Vitrea. Далее осуществляется 3D-реконструкция уретры (создание трехмерного изображения) в разных проекциях. При необходимости проводится виртуальная уретроскопия, которая, на наш взгляд, является весьма ценным методом и может в определенных ситуациях существенно дополнить или заменить эндоскопическое исследование.

Исследование было информативным у всех 15 больных. Все исследования завершены 3D-реконструкцией изображения, во всех наблюдениях выполнена виртуальная уретроскопия. Анализ полученных результатов (пошаговых срезов, трехмерных изображений и виртуальной эндоскопии) позволил у всех больных уточнить диагноз, локализовать патологический процесс, оценить протяженность сужения и характер деформации уретры, а также состояние окружающих ее тканей (таблица 1).

Таблица	1_	Характеристика папиентов	

Vanarmanuamura	Количество больных		
Характеристика	Абс	0/0	
	Протяженность		
Короткие 0,5-1,0 см	2	13	
Средние 1,0-1,5 см	2	13	
Длинные 2,0 см и более	11	74	
	Локализация стриктуры		
Простатический отдел	4	27	
Мембранозный отдел	6	40	
Бульбозный отдел	4	27	
Множественные	1	6	

1	2	3	
Частота рецидивов			
Первичные	8	53	
Рецидив	7	47	
Всего	15	100	

Информативность исследования иллюстрирует тот факт, что из 15 пациентов со стриктурой уретры у 4 при традиционной уретрографии и уретроскопии не удалось установить характер деформации в области стриктуры из-за выраженного рубцового процесса. Использование трехмерной реконструкции мочеиспускательного канала и анализ изображений в разных проекциях позволили у всех больных уточнить особенности патологического процесса в области сужения. У 6 пациентов с посттравматическим сужением уретры при виртуальной уретроскопии был обнаружен просвет в области стеноза, который при эндоскопическом исследовании из-за отека слизистой и гиперемии увидеть не удавалось. У 3 больных при проведении виртуальной уретроскопии отмечались ложные ходы уретры, вследствие предыдущих оперативных вмешательств, которые не были выявлены при уретрографии.

Таким образом, на сегодняшний день виртуальная уретроскопия является ценным неинвазивным диагностическим методом, с помощью которого можно получить исчерпывающую информацию о мочеиспускательном канале.

Наш опыт позволяет отметить следующие преимущества виртуальной уретроскопии:

- 1) возможно получение объемного изображения уретры, что значительно улучшает пространственное восприятие органа;
 - 2) получаемые данные отличаются высокой точностью и объективностью;
- 3) осуществляется оценка окружающих уретру тканей, степень их вовлеченности в патологический процесс:
 - 4) метод относится к неинвазивным;
- 5) появляется возможность ретроспективной реконструкции срезов с варьирующим шагом;
 - 6) уменьшается лучевая нагрузка и риск инфицирования мочевых путей;
- 7) низкая трудоемкость исследования и сокращение времени пребывания больного в стационаре;
 - 8) возможность проведения исследования в амбулаторных условиях.

Применение нового метода диагностики, каким является виртуальная уретроскопия, позволяет уточнить особенности течения целого ряда заболеваний мочеиспускательного канала, углубляя и расширяя наши представления о болезни, способствуя тем самым ее успешному лечению.

Безусловно, виртуальная уретроскопия не является альтернативой другим методам исследования уретры, применяемым сегодня. Однако использование некоторых из них не всегда возможно или полученная с их помощью информация недостаточна. В таких ситуациях предлагаемая нами методика позволяет получить ответы на многие вопросы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Аляев Ю.Г., Терновой С.К., Григорян В.А. и др. Микционная спиральная томография в диагностике заболеваний мочеиспускательного канала // Урология. 2001. № 5. С. 23–26.
- 3. Коган М.И., Лебедев С.А., Реслан М.А. и др. Диагностика и лечение стриктур уретры // Андрология и генитальная хирургия. 2001. № 1. С. 98–104.

- 4. *Терновой С.К.*, *Синицын В.Е.* Развитие компьютерной и магнитно-резонансной томографии в России // Компьютерные технологии в медицине. -1997. -№ 3. -C. 16-19.
- 5. Meduri S., De Petri T., Modesto A., Moretti C.A., Multislice C.T. Technical principles and clinical applications // Radiol. Med. 2002. V. 103, № 3. P. 143–157.
- 6. Zantl N., Beer A., van Randenborgh H., Hartung R. Virtual endoscopy of the urinary tract // Urologe. A., 2002. V. 41, № 6. P. 552–558.

Тұжырым

Н.М. Қадырбеков, М.К. Алшынбаев, Ә.Қ. Бұйрашев, А.А. Муравьев

ҮРПІ ТАРЫЛЫСЫН АНЫҚТАУЫНДА МУЛЬТИСПИРАЛЬДІ КОМПЬЮТЕРЛІК ТОМОГРАФИЯ

Соңғы жылдарда үрпіні зерттеу үшін ультрадыбыстық микциондық цистоуретроскопия, эхоуродинамикалық зерттеулер, эходопплерография мен үрпінің ультрадыбыстық үшөлшемді көрінісі сияқты әдістер кең қолданылады. 2009 жылы Б.О. Жарбосынов атындағы Урология FО негізінде үрпі көрінісінің жаңа әдісі виртуалды уретроскопия әдісі шығарылды, ол үрпі тарылысы бар 15 науқасқа жүргізілді. Алынған нәтижелерге сүйене отырып, барлық науқастардың аңғарымын растауға, патологиялық үрдісті нақтылауға, үрпі тарылысының ұзындығын және деформация сипатын, онымен қоса айналадағы тіндердің сипатын анықтауға мүмкіншілік берді.

Виртуалды уретроскопия әдісі үрпінің бірнеше ауруларының ерекшеліктерін анықтауға, оны толықтыруға және кеңейтуге мүмкіншілік береді, ал ол ен сапасының жоғарылауына әкеледі.

Summary

N.M. Kadyrbekov, M.K. Alchinbaev, A.K. Buirashev, A.A. Muravyov

THE POSSIBILITIES OF MCT IN THE DIAGNOSIS OF URETHRAL STRICTURE

In recent years, to study the urethra widely used ultrasound voiding cystic cystourethroscope, echourodynamic study, Doppler ultrasonography and three-dimensional ultrasound visualization of the urethra. In 2009, on the basis of SC Urology them. B.U. Dzharbussynova developed a new diagnostic method for imaging the urethra – a virtual ureteroscopy. Virtual ureteroscopy performed in 15 patients with urethral stricture. Analysis of the results allowed all patients to clarify the diagnosis, localize the disease process, to assess the extent of contraction and the deformation of the urethra, and the condition of the surrounding tissue. Application of a new method of diagnosis, which is a virtual ureteroscopy, clarifies the peculiarities of a number of diseases of urethra, deepening and broadening our understanding of the disease, thereby contributing to its successful treatment.

А.К. БУЙРАШЕВ, Н.М. КАДЫРБЕКОВ, М.К. АЛЧИНБАЕВ, А.А. МУРАВЬЕВ

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

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Аннотация: при исследовании больных в состоянии релаксации полового члена визуализация вен препростатического сплетения наилучшим образом была достигнута при продольном сканировании. Данный метод диагностики венокорпоральной эректильной дисфункции основан на особенностях анатомии пенильной венозной системы. Фармакоэходопплерография препростатического венозного сплетения является новым, эффективным и малоинвазивным методом диагностики венокорпоральной эректильной дисфункции.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, ультразвуковая допплерография.

Актуальность

Эректильная дисфункция определена как постоянная неспособность к достижению или поддержанию эрекции, достаточной для осуществления полового акта [1]. Согласно данным одного из масштабных исследований, до 52% мужчин в возрасте от 40 до 70 лет отмечают те или иные эрекционные расстройства [2]. По современным сведениям приблизительно в 50–70% наблюдений эректильная дисфункция обусловлена сосудистыми факторами, при этом до половины всех васкулогенных нарушений эрекции связано с венозной недостаточностью полового члена [3, 4, 5, 6].

Основной задачей системы пенильных вен является создание механизма веноокклюзии, который реализуется в фазу эрекции. Суть этого явления заключается в постепенной редукции венозного оттока от полового члена вследствие компрессии увеличивающимися кавернозными телами огибающих и эмиссарных вен, впадающих в глубокую дорзальную вену [7, 8]. Последняя, как известно, дренирует большую часть (проксимальные 2/3) пещеристых тел и всегда впадает в сеть препростатических венозных сосудов, являющихся частью санториниевого сплетения [9].

Наиболее информативными диагностическими тестами при венозной недостаточности полового члена являются динамическая кавернозография в сочетании с перфузионной искусственной эрекцией и кавернозотонометрией. Высокая инвазивность, обуславливающая большое количество осложнений данных методов исследования, привела к их ограниченному применению только перед предстоящим оперативным лечением веногенной эректильной дисфункции [10, 11].

В связи с приведенными обстоятельствами в последние годы активно изучалась роль пенильной фармакоэходопплерографии в оценке состояния веноокклюзивного механизма эрекции. Однако было установлено, что указанный метод позволяет лишь косвенно оценивать состоятельность венозной гемодинамики полового члена посредством измерения параметров его артериального снабжения [12].

Таким образом, на сегодняшний день не существует оптимального способа малоинвазивной диагностики венокорпоральной эректильной дисфункции. Это и послужило причиной для проведения нашего собственного исследования по данной проблеме.

Материалы и методы

В НЦ урологии имени Б.У. Джарбусынова было обследовано 55 пациентов в возрасте от 48 до 72 лет, у которых, по данным жалоб и анамнеза, была заподозрена недостаточность веноокклюзивного механизма эрекции. Исследование кровообращения проводили на ультразвуковом сканере Siemes G60 с использованием многоплоскостного ректального датчика частотой 7,5 МГц. Осуществляли трансректальное ультразвуковое сканирование препростатического сплетения с последовательным применением режимов цветного допплеровского картирования и «спектрального допплера». Измеряли наибольшие диаметры сосудов и линейные скорости кровотока в указанном венозном коллекторе в спокойном состоянии, а также в фазу максимальной эрекции и при нагрузочной пробе. Последнюю осуществляли периодически сдавливая эрегированный половой член. Для фармакологического моделирования эрекции выполняли интракавернозную инъекцию 10—40 мкг простагландина Е1. Все данные фиксировали на видеопленку для последующего ретроспективного анализа. В целях определения степени различий между полученными дескриптивными данными был применен статистический метод парного Т-теста.

Результаты

При исследовании больных в состоянии релаксации полового члена визуализация вен препростатического сплетения наилучшим образом была достигнута при продольном сканировании. Указанный венозный коллектор располагается на передней поверхности апикальной зоны предстательной железы. Усредненные исходные значения диаметра и максимальной скорости кровотока в сосудах препростатического сплетения составили 1,3±0,27 и 4,7±0,9 см/сек соответственно.

Через 30–60 секунд после интракавернозной инъекции вазоактивного средства было отмечено достоверное увеличение указанных параметров до $3,2\pm1,24$ мм и $28,4\pm7,3$ см/сек (p<0,01). Описанные допплерографические изменения выявлялись в фазу максимально достигнутой эрекции, которая имела малую (до 10 минут) продолжительность.

При проведении нагрузочной пробы регистрировали дополнительное увеличение диаметра сосудов и наибольшей скорости кровотока в препростатическом сплетении – до $3,9\pm0,81$ мм и $42,5\pm10,3$ см/сек соответственно (p<0,01). Осложнений при исследовании отмечено не было.

В последствии 51 пациенту удалось подобрать действенное консервативное лечение, позволившее достичь удовлетворительного уровня эрекции. При этом 6 больным были назначена пероральная терапия ингибиторами фосфодиэстеразы – 5, а у 11 пациентов выполняли интракавернозные инъекции препаратами простагландина E1.

Ввиду неэффективности медикаментозных способов коррекции 4 пациента были подвергнуты операции: перевязке и резекции глубокой дорзальной вены полового члена.

Через 1 месяц после проведенной операции больному повторно выполнили фармакоэходопплерографию препростатического венозного сплетения. При фармако-логической эрекции и нагрузочной пробе было отмечено значительное снижение венозного сброса по сравнению с дооперационным уровнем. Пациенты вернулись к полноценной половой жизни.

Обсуждение

Данный метод диагностики венокорпоральной эректильной дисфункции основан на особенностях анатомии пенильной венозной системы. Как уже отмечалось, глубокая дорзальная вена, которая является основным сосудом, дренирующим половой член, в подавляющем большинстве наблюдений впадает в препростатическое сплетение. При дефекте веноокклюзивного механизма во время эрекции неизбежно будет отмечаться повышенный сброс крови в описанный венозный коллектор. Допплерография позволяет специфично и непосредственно регистрировать этот процесс, оценивая его как в количественном, так и в качественном отношениях. Существенным преимуществом способа является его малоинвазивность, обуславливающая безопасность исследования состоятельности веноокклюзивного механизма эрекции.

Вывод

Фармакоэходопплерография препростатического венозного сплетения является новым, эффективным и малоинвазивным методом диагностики венокорпоральной эректильной дисфункции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence // JAMA. 1993; Vol. 270. P. 83–90.
- 2 Melman A., Gingell J.S. The epidemiology and pathophysiology of erectile disfuction // J. Urol. 1999. Vol. 161. P. 5-11.
 - 3 Вагнер Г., Грин Р. Импотенция. M.,1985. 246 c.
- 4 Ковалев В.А. Комбинированные хирургические вмешательства при сочетанных формах васкулогенной эректильной дисфункции. Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 1993. 155 с.
 - 5 *Лопаткин Н.А.* Руководство по урологии. М.: Медицина, 1998. С. 602–622.
- 6 *Meuleman E., Broderick G., Meng Tan H., Montorsi F., Sharlip I., Vardi Y.* Clinical evalution and the doctor-patient dialogue. In: Jardin A. Wagner G eds. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. Plymbridge Distributors Ltd. UK. 2000. P. 117–138.
- 7 Andersson K.E., Wagner G. Physiology of penile erection // Physiol Rev. 1995. Vol. 75. P. 191–236.
- 8 Saenz de Tejada I., Gonzalez Cadavid N., Heaton J., Hedlund H., Nehra A., Pickard R.S., Simonsen U., Steers W. Anatomy, physiology and pathophysiology of erectile function. In: Jardin A. Wagner G eds. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction // Plymbridge Distributors Ltd. UK. 2000. P. 67–102.
- 9 *Lue T.F.*, *Tanagho E.A.* Physiology of erection and pharmacological management of impotence // J. Urol. 1987. Vol. 137. P. 829.
- 10 *Paushter D.M., Robertson S., Hale J.* et al. Venographic impotence: evaluation with color flow Doppler // Radiology. 1990. Vol. 177. P. 177.
- 11 Petrou S., Lewis R.W. Management of corporal venoocclusive dysfunction // Urol Int. 1992. Vol. 49. P. 48.
- 12 Chiou R.K., Pomeroy B.D., Chen W.S., Anderson J.C., Wobig R.K., Taylor R.J. Hemodynamic patterns of pharmacologically induced erection: evaluation by color Doppler sonography // J Urol. 1998. Jan. 159(1). P. 109–12.

Тұжырым

Ә.Қ. Бұйрашев, Н.М. Қадырбеков, М.К. Алшынбаев, А.А. Муравьев

ЭРЕКТИЛЬДІ ҚЫЗМЕТ БҰЗЫЛЫСЫН АНЫҚТАУЫНДА УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ДОППЛЕРОГРАФИЯСЫ

Аталық жыныс мүшесі босаңсыған жағдайында зерттелген науқастарда препростатикалық өрім көктамырларының ең жақсы көрінісі көлденең сканирлеу арқылы алынды. Біз ұсынған эректильді қызмет бұзылысының венокорпоралды түрін анықтау әдісі пенильді көктамыр жүйе анатомиясының ерекшеліктеріне негізделген. Препростатикалық көктамыр өрімінің фармако-эходопплерографиясы венокорпоралды эректильді қызмет бұзылыстарын анықтауында жаңа, тиімді және аз инвазивті әдіс болып табылады.

Summary

A.K. Buirashev, N.M. Kadyrbekov, M.K. Alchinbaev, A.A. Muravyov

DOPPLER ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF ERECTILE DYSFUNCTION

In the study of patients in a state of relaxation of the penis vein visualization preprostatical plexus was well achieved with a longitudinal scan. Our proposed method for diagnosis of erectile dysfunction venocorporal based on the features of the anatomy of penile venous system. Echodopplerography with pharmaceutical heavy preprostatical venous plexus is a new, effective and minimally invasive method of diagnosis venocorporal erectile dysfunction.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

616-089

О.А. СЕКЕРБАЕВ

Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЙ ЗОНЕ

Аннотация. Представлены результаты изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения, выполненного 370 больным при окклюзионных заболеваниях бедренно-подколенной зоны.

Ключевые слова: больные, анализ, бедренно-подколенная зона, реконструкция сосудов.

Реконструктивные операции в бедренно-подколенной зоне связаны с большим риском развития ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, что связано с небольшим диаметром реконструируемых сосудов, плохими путями оттока – дистальным руслом.

Хронические окклюзии бедренных и подколенных артерий относятся к одним из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. Хирургические коррекции этой патологии до настоящего времени остаются проблемой далеко не разрешенной и полной противоречиваых мнений [1]. В настоящее время многие хирурги придерживаются активной тактики у данной категории больных, у 65–97% больных они позволяют полностью восстановить или значительно улучшить магистральный кровоток в нижних конечностях [2].

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, выполненного 370 больным при окклюзионных заболеваниях бедренноподколенной зоны.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты 340 реконструктивных операций в бедренно-подколенной области. Средний возраст больных составил 53,93 лет. Лиц женского пола — 12 (3,2%), мужского — 358 (96,7%). До операции ишемию нижних конечностей ІІ—Б стадии (по Фонтену) имели 240 (64,8%), ІІІ — 75 (20,2%), ІV стадию — 55 (14,8%). У 310 (83,7%) больных был атеросклероз, у 60 (16,2%) — артериит. Больным проводили удьтразвуковую допплерографию со спектральным анализом и сегментарным исследованием систолического артериального давления, рентгеноконтрастную ангиографию, электромагнитную флоуметрию. В качестве шунта в 329 случаях применена реверсированная аутовена, у 7 больных — аутовена in situ без

выделения ее из ложа. В 8 случаях использован ксенопротез, в 27 — лавсановый протез, алловена в 5 случаях. В зависимости от протяженности и локализации окклюзии бедренной артерии длина использованных при реконструкции шунтов варьировала от 15 до 45 см в первые три месяца после операций.

Результаты исследования. К ранним осложнениям мы, как и большинство авторов [3, 4], относим тромбозы реконструируемых артерий, трансплантатов, развившиеся в первые три месяца после операций. Мы наблюдали 23 случая тромбоза шунтов в раннем послеоперационном периоде. Среди других осложнений имели: кровотечение в раннем послеоперационном периоде у 6 (2,0%), инфекция протеза в двух случаях развившихся в результате нагноения парапротезных гематом. Развитие аневризм отмечено у 5 пациентов (3 — после аутовенозных и 2 — после алловенозных трансплантатов).

Выводы. Основными путями в улучшении результатов реконструктивных операций являются более тщательное и правильное определение показаний к ним, интраоперационное использование флоуметрии и ангиографии для определения дееспособности артериального дистального русла для применения в качестве шунта аутовены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Белов Ю.В., Гавриленко А.В., Косенков А.Н., Сагындыков И.Н.* Сравнительная оценка бедренно-бедренного и бедренно-подколенного шунтирования в свете отдаленных результатов // Ангиология и сосудистая хирургия. 1996. № 3–4. С. 7–10.
- 2~3ырянов Б.Н. Реконструктивная хирургия окклюзионных поражений бедренных и подколенных артерий. 1993. С. 14–18.
- 3 *Неугодов Ю.В.* Пути оптимизации результатов реконструктивных операций на терминальном отделе аорты и артерий нижних конечностей // Дисс. д. м. н., М., 1990. С. 42–45.
- 4 Menger M.D., Stainer D., Messmer K. // Amer. J. Physiol. 1992. Vol. 263, № 6 (Pt2). P. 1982–1900

Тұжырым

О.А. Секербаев

САНДЫҚ-ТАҚЫМДЫҚ АЙМАҚТА РЕКОНСТРУКТИВТІК ҚАБАТТАСУШЫЛЫҚТЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Сандық және тақымдық артерияның созылмалы окклюзиялары қантамыры ауруларының ең көп тараған түріне жатады. Осы паталогияның хирургиялық коррекциялары қазіргі уақытқа шейін шешілмеген мәселе және қарама-қайшы пікірлер қалыптастырды. (1) Қазіргі уақытта хирургтердің көбісі аталған аурудың белсенді тактикасын ұстанады, науқастың 65–97% олар толықтай қалпына келтіреді немесе магистралды қан тасымалдауды бірталай жақсартады.

Summary

O.A. Sekerbayev

RESULTS RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN THE FEMOROPOPLITEAL ZONE

Chronic occlusions of the femoral and popliteal arteries are one of the most common cardiovascular diseases. Surgical correction of this disease still remains the problem is not resolved and a full contradictory opinions (1). At present, many surgeons adhere to the active tactics in this category of patients, 65–97% of patients they can fully recover or significantly improve arterial blood flow in the lower limbs (2).

А.Ж. ТОКСАНБАЕВ

Центральная районная больница управления здравоохранения Восточно-Казахстанского областного акимата, Зыряновский район

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО АРТРОЗА ПО МАКБЕТ-БАНДИ

Аннотация: В статье представлены результаты лечения пателлофеморального артроза по Макбет-Банди.

Ключевые слова: пателлофеморальный артроз, хондромаляция, медиальный отдел.

В патогенезе пателлофеморального артроза, независимо от его первопричины ведущую роль отводят механическим факторам. В случаях латеропозиции, подвывиха надколенника, дисплазии его или мыщелков бедра результирующая сила нагрузки занимает эксцентричное положение, контакт сочленяющихся поверхностей осуществляется на ограниченном протяжении, на этом участке возникает ответная биологическая реакция в виде дегенеративных изменений [1].

Дегенеративные изменения суставного хряща надколенника называются хондромаляцией надколенника. Хондромаляция надколенника характеризуется размягчением (I стадия), разволокнением и трещинами хряща (II стадия), эрозиями его до субхондрального слоя кости (III стадия). Эти изменения четко видны при артроскопии пателлофеморального сочленения. Хондромаляция надколенника встречается чаще, чем повреждение менисков. Клиника хондромаляции систематизирована Фукат под названием «пателлярный синдром».

- 1) Спонтанная боль позади надколенника обычно с медиального его края, иногда над медиальном отделом щели коленного сустава.
- 2) Провоцируемая боль, выявляемая при пальпации суставной поверхности надколенника, ударе по надколеннику при согнутом коленном суставе (признак Фронда), длительном сидении (киносимптом) и ходьбе вверх и вниз по лестнице, вставании с низкого стула с выпрямленным корпусом, при попытке больного поднять выпрямленную в коленном суставе ногу с надколенником, плотно прижатым к поверхности мыщелков бедра (признак Золена) [3].
- 3) Симптомы, связанные с ухудшением скользящих свойств поверхности надколенника, крепитация позади надколенника при движениях сустава, кратковременно возникающая неустойчивость во время ходьбы, особенно при подъемах.

Различают 3—4 варианта формы надколенника. Вариантами нормы считаются типы 1 и 2. Типы 3—4 диспластические формы, связанные с проявлениями хондромаляции надколенника.

Рентгенологическое исследование направлено на выявление анатомо-функциональных дефектов на уровне пателлофеморального сочленения. Определяется положение надколенника, тенденция последней к латеропозиции — вывихи, подвывихи надколенника, вальгизация коленного сустава, высокое стояние надколенника, дисплазия мыщелков бедра, варианты анатомический формы.

Наиболее ценным методом исследовании является артроскопия пателлофеморального сочленения. С помощью этого метода диагноз «хондромаляция» ставится уже

в начальных ее проявлениях, когда еще нет четкой клинической картины. Незаменима артроскопия при диагностике острого повреждения суставного хряща. Она позволяет определить стадию заболевания и, следовательно, показания к консервативному или оперативному методу лечения, внесуставному или внутрисуставному вмешательству, ограничить объем операции. При обнаружении в полости сустава свободных хрящевых тел их можно удалить через артроскоп. Артроскопия помогает выявить роль синовиальной медиальной пателлярной складки и возникновении упорных артралгий и хондромаляции надколенника.

Лечение хондропатии надколенника возможно как консервативное и оперативное. Консервативное лечение включает в себя применение медикаментозных средств, физиотерапию, механотерапию.

Из медикаментов применяют аналгетики, нестероидные противовоспалительные препараты – фенилбутазон, индометацин, ликвидирующие воспалительный компонент. 3-я группа – препараты хондропротекторы: ферматрон, остенил алфлутоп и т. д., хотя есть сообщения о том, что при данной патологии они малоэффективны.

Существующие методы оперативного лечения ХН можно объединить в группы.

- 1. Операции на хряще в чистом виде не применяются, они выполняются в сочетании с тангенциальными просверливаниями костной части надколенника для улучшения кровообращения, что способствует образованию соединительной ткани и превращению ее в хрящ.
- 2. Пластика надколенника, оборачивание надколенника с помощью тела Гоффа, синовильной оболочкой, широкой фацией бедра, твердой мозговой оболочкой с целью закрытия дефекта хряща не дает удовлетворительных отдаленных результатов.
- 3. Операции направленные на уменьшение гиперпрессии надколенника, могут выполняться как на мягких тканях, так и на костях. Следует учесть, что вмешательство на бугристости большеберцовой кости не допустимы у лиц с незаконченным ростом в связи с возможностью развития geny recurvatum.

При хондропатии надколенника и деформирующего пателлофеморального артроза биомеханически обоснованы операции, направленные на уменьшение внутрисуставного давления. При выдвижении сухожилия собственной связки на 1,5–2 см давление в пателлофеморальном сочленении при сгибании сустава на 80° уменьшается по сравнению с нормой на 50% (Банди, 1978 г.).

Техника операции:

- 1. Артроскопия ревизия коленного сустава. При наличии удаление свободных тел, шейвирование надколенника. Лаваж коленного сустава.
- 2. Разрез кожи подкожной клетчатки. Находим верхний край бугристости большеберцовой кости, 5 см ниже его краниального конца делается отверстие 5 мм. С помощью сверла во фронтальной плоскости 3–4 мм дорсальнее края гребня большеберцовой кости.
- 3. Делается остеотомия большеберцовой кости с помощью долота и осторожно отворачивают бугристость вентрально.
- 4. В образовавшуюся щель вводится аутотрансплантат, взятый из большеберцовой кости. Максимальная толщина его 10 мм.
- 5. Широкое рассечение retinaculum patellae lateralis/ Послойные швы на рану. Дополнительную фиксацию бугристости винтом производили при производстве медиализации бугристости.

В послеоперационном периоде иммобилизация не требуется, так как волокна собственной связки надколенника прижимают бугристость большеберцовой кости к трансплантату.

Конечность укладывают на шину Беллера. С первого дня больной занимаются изометрической гимнасткой, с 4 дня начинают движения в коленном суставе под наблюдением инструктора ЛФК, затем без него. Швы снимают на 10–12-й день. Нагрузка на ногу разрешается после 4 недель. В нашем отделении прооперировано 26 человек.

Отдаленные результаты прослежены у 24 человек в сроки от 1 года до 10 лет. У 23 больных объем движения в коленном суставе полный, болей и ограничения в нагрузке на сустав нет. Средний срок нетрудоспособности составил 34,5 дня. У одной больной боли сохранились, артроз 3—4-й ст.

Наш опыт оперативного лечения хондропатии надколенника с применением артроскопической техники не велик. Но собственные результаты и данные литературных источников позволяют рекомендовать шире применять операцию вентрализации бугристости большеберцовой кости при XH по Маквет-Банди.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ушакова О.А. Принципы патогенетического лечения артроза пателлофеморального отдела коленного сустава // Вестник ЦИТО. М., 1983. С. 53–57.
- 2 *Цеппель X.* Диагностика и оперативное лечение хондропатии надколенника // ТиО − 1984. № 9. C. 25–36.
- 3 *Крачук А.Л.* и др. Основы диагностической артроскопии коленного сустава. СПб., $2000.-350~\mathrm{c}.$

Тұжырым

А.Ж. Токсанбаев

ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛДЫ АРТРОЗДЫҢ МАКБЕТ-БАНДИ ӘДІСІ БОЙЫНША ЕМДЕУ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Жұмыс жасау барысында 1 жылдан 10 жыл аралығында қаралған, емделген 24 науқастың 23-і толығымен тізе буынының жұмыс істеу функциясы жөнделген. Жазылудың орташа уақыты – 34,5 күнді құрайды.

Summary

A.Zh. Toksanbaiev

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATELLOFEMORAL OSTEOARTHRITIS ON MACBETH BUNDY

Long-term results were evaluated in 24 people in a period of 1 year to 10 years. In 23 patients with knee joint range of motion is full, pain limiting the load on the joint is not. Medium term disability was 34,5 days.

А.С. САРСЕНОВ, А.А. АЛДАШЕВ, В.В. КИЛЬМАЕВ, М.П. ИОНИНА

Казахская академия питания

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ РЕЖИМОВ ОБРАБОТКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЕГО ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА

Аннотация. Статья посвящена изучению влияния различного температурного режима, особенностей роторного испарения и центрифугирования на качество экстрагирования из лекарственного растительного сырья водорастворимого белка, водорастворимого сухого остатка, биофлавоноидов и полисахаридов.

Ключевые слова: температура, цетрифугирование, роторное испарение, водорастворимый белок, водорастворимый сухой остаток, биофлавоноиды, полисахариды.

Известно, что нормальная микрофлора кишечника обеспечивает колонизационную резистентность, стимуляцию кишечного ангиогенеза и иммунного статуса, регуляцию липидного обмена, поддержание оптимального уровня метаболических и ферментативных процессов, антитоксическое, антимутагенное и антиканцерогенное действие [1-4]. При этом в проявлении антагонистического эффекта нормальной микрофлоры дополнительно к антимикробному действию различных органических кислот, включая короткоцепочечные жирные кислоты, важное значение имеют перекись водорода, микробный лизоцим и низкомолекулярные субстанции - лантибиотики и микроцины, обладающие широким спектром антагонистической активности и составляющие группу «естественных» антибиотиков [5]. За последнее время значительно вырос интерес к натуральным средствам микробного и растительного происхождения, применяемым в комплексном лечении ЖКТ, осложненных дисбиозом [6-8], так как они не только нормализуют аппетит, улучшают пищеварение, но и восстанавливают микрофлору кишечника [9]. Ни для кого не является секретом, что успех в лечении того или иного заболевания во многом определяется качеством применяемого лекарства, которое, в свою очередь, во многом зависит от количества содержащихся в нем биологически активных веществ.

Материалы и методы

На первом этапе исследований нами проделана работа по отбору растительного сырья (их названия зашифрованы цифрами до получения окончательных результатов и оформления патентно-лицензионных документов). Затем приготовлялся экстракт из 1 г измельченного растительного сырья путем смешивания его в дистиллированной воде при температуре 70° С. После этого определялось содержание в них водорастворимого белка (вб), водорастворимого сухого остатка (всо), полисахаридов (крахмала) и биофлавоноидов (табл. 1).

Качество экстрагирования проверялось по содержанию в нем водорастворимого белка, водорастворимого сухого остатка, биофлавоноидов и полисахаридов при следующих режимах технологической обработки (табл. 2–4):

- 1) Температурный (экстракция нагреванием при 80, 90, 100° С).
- 2) Ротационное испарение (при 50, 60, 80° C).
- 3) Центрифугирование (при 1000, 1500, 2000 об./мин.).

Таблица 1 – Содержание в растительном сырье некоторых компонентов

TC	Номера образцов							
Компоненты	1	2	3					
биофлавоноиды (г%)	0,251±0,07	0,188±0,08	0,205± ,08					
полисахариды (г%)	49±1,1	44±2,1	41±1,3					
всо(мг/г)	31±1,2	33±1,1	37±1,3					
вб(мг/г)	3,7±0,09	3,1±0,1	3,5±0,15					

Результаты исследований.

 $\it Tаблица~2$ – Технологические особенности обработки растительного сырья №1

Режимы	остаток		флавоноиды	полисахариды		
Нагревание при:	мгв 1 г	мгв 1 г	г %	г %		
80° C	31	3,7	0,251	49		
90° C	32	3,8	0,252	50		
100° C	30	3,6	0,250	48		
Ротационное испарение при:	мгв 1 г	мгв1г	г %	г %		
50° C	31	3,7	0,251	49		
60° C	32	3,8	0,252	50		
80° C	33	3,9	0,253	51		
Центрифугиро- вание при:	мгв 1 г	мгв1г	г %	г %		
1000 об./мин.	31	3,7	0,251	49		
1500 об./мин.	32	3,8	0,252	50		
2000 об./мин. 33		3,9	0,253	51		

 $\it Tаблица~3$ – Технологические особенности обработки растительного сырья № 2

Режимы	остаток		флавоноиды	полисахариды		
Нагревание при:	мгв 1 г	мгв 1 г	г %	г %		
80° C	33	3,1	0,188	44		
90° C	34	3,2	0,189	45		
100° C	32	3,0	0,187	43		
Ротационное	мгв 1 г	мгв 1 г	Γ %	г %		
испарение при:						
50° C	33	3,1	0,188	44		
60° C	34	3,2	0,189	45		
80° C	35	3,3	0,190	46		
Центрифугиро- вание при:	мгв1г	мгв1г	г %	Г %		
1000 об./мин.	33	3,1	0,188	44		
1500 об./мин.	34	3,2	0,189	45		
2000 об./мин. 35		3,3	0,190	46		

Таблица 4 – Технологические особенности обработки растительного сырья № 3

Режимы	остаток		флавоноиды	полисахариды
Нагревание при:	мгв 1 г	мгв 1 г	г %	г %
80° C	37	3,5	0,205	41
90° C	38 3,6		0,206	42
100° C	36	0,204	40	
Ротационное	мгв 1 г	мгв 1 г	Γ %	Γ %
испарение при:				
50° C	37	3,5	0,205	41
60° C	38	3,6	0,206	41
80° C	39	3,7	0,207	43
Центрифугиро- вание при:	мгв 1 г	мгв1г	г %	г %
1000 об./мин.	37	3,5	0,205	41
1500 об./мин.	38	3,6	0,206	42
2000 об./мин.	39	3,7	0,207	43

Результаты исследований показали, что содержание в исследованном растительном сырье водорастворимого сухого остатка, водорастворимого белка, полисахаридов и биофлавоноидов увеличивалось по мере повышения показателей технических условий экстракции. Исключение составляла только температура, где при 100°С наблюлась обратная картина.

Таким образом, наиболее оптимальными для качественной экстракции биологически активных веществ из растительного сырья технологические режимы были следующими: температура -90° C, ротационное испарение – давление 1 атм. и температура 80° C, центрифугирование – 2000 об./мин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Бондаренко В.М., Воробьев А.А.* Дисбиозы и препараты с пробиотической функцией // Журнал микробиол. -2004. № 1. С. 84–92.
- 2 *Бондаренко В.М., Грачева Н.М.* Дисбиотические состояния и лечебные мероприятия при них // Вестник РАМН. 2005. № 12. С. 23–29.
- 3 *Бондаренко В.М., Грачева Н.М., Мацулевич Т.В.* Дисбактериозы кишечника у взрослых. М.: КМК Scientific Press, 2003. 215 с.
- 4 *Kelly D., Conway S., Aminov R.* Commensal gut bacteria: mechanism of immune modulation // Trends Immunol. − 2005. − № 26. − C. 326–333.
- 5 Wolvers D., Antoine J.M., Myllyluma E., Schrezenmeir J., Szajewska H., Rijkers G.T. Guidance for substantiating the evidence for beneficial effects of probiotics: prevention and management of infections by probiotics // J Nutr. -2010. N 140 (3). P. 698–712.
- 6 Пилат Т.Л., Шарманов Т.Ш., Султанов С.Е. и др. Казахстанский реестр биологически активных добавок к пище. Алматы: Леовит, 2000, 232 с.
- 7 *Шарманов Т.Ш., Пилат Т.Л.* Биологически активные добавки: здоровье в настоящем и будущем // Фармацевтический бюллетень. 2000. № 8. С. 20–22.
- 8 *Смаилова Г.А.,Муминов Т.А., Цой И.Г.* и др. Опыт использования «Билакта» при комплексной краткосрочной контролируемой химиотерапии больных туберкулезом легких // Здоровье и болезнь. -2001. № 4. C.102—107.
- 9 *Коршунов В.М., Ефимов Б.А., Пикина А.П.* Характеристика биологических препаратов и пищевых добавок для функционального питания и коррекции микрофлоры кишечника // ЖМЭИ. -2000. -№ 3. C. 86–91.

Тұжырым

Ә.С. Сәрсенов, А.А. Алдашев, В.В. Кильмаев, М.П. Ионина

ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫН ӨҢДЕУДІҢ ӘРТҮРЛІ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ РЕЖІМДЕРІНІҢ ОНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРАМЫНА ӘСЕРІ

Зерттелген осімдік шикізатың құрамындағы суда ерігіш құрғақ қалдық, суда еритін протеин, полисахаридтер мен биофлавоноидтар сияқты корсеткіштер молшерлері сығындылар алудың техникалық жағдайына байланысты өзгеретіндігі корсетілген.

Summary

A.S. Sarsenov, A.A. Aldashev, V.V. Kilmaev, M.P. Ionina

INFLUENCE OF VARIOUS TECHNOLOGICAL MODES OF PROCESSING OF MEDICINAL VEGETATIVE RAW MATERIALS ON SOME INDICATORS OF ITS CHEMICAL COMPOUND

It is shown the change in structure of vegetative raw materials of such indicators, as the water-soluble dry rest, water-soluble fiber, polisugars and bioflavonoids, depending on specifications on reception of extracts.

Здоровье и болезнь 2013, № **5** (113)

УДК 581.19:663.1

А.С. САРСЕНОВ, А.А. АЛДАШЕВ, В.В. КИЛЬМАЕВ, М.П. ИОНИНА

Казахская академия питания

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭКСТРАКТОВ ИЗ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ НА РОСТ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

Аннотация. Статья посвящена изучению влияния различных концентраций экстрактов некоторых видов лекарственного растительного сырья на рост бифидо- и лактобактерий, а также их симбионта с целью создания новой БАД пробиотической напрвленности.

Ключевые слова: дисбактериоз кишечника, бифидо- и лактобактерии, симбионт бифидо- и лактобактерий, экстракты растительного сырья.

Микроэкологические нарушения желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз кишечника) рассматривается как клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, которые характеризуется изменением качественного и/или количественного состава нормофлоры определенного биотопа, а также транслокацией различных ее представителей в несвойственные биотопы, метаболическими и иммунными нарушениями, сопровождающимися у части пациентов клиническими симптомами [1, 2]. Изучение иммуномодулирующих свойств индигенных штаммов кишечной палочки, энтерококков, лактобацилл, бифидобактерий и бактероидов выявило их способность воздействовать на различные звенья иммунной системы, регулируя неспецифический и специфический клеточный и гуморальный иммунитет, включая активацию синтеза провоспалительных и противовоспалительных цитокинов [3]. Пробиотики – это живые микроорганизмы и вещества микробного происхождения, оказывающие при естественном способе введения позитивные эффекты на физиологические, биохимические и иммунные реакции организма хозяина через стабилизацию и оптимизацию функции его нормальной микрофлоры. При при-

еме внутрь живые микроорганизмы колонизируют слизистую соответствующих отделов кишечника, метаболиты которых изменяют рН среды, а антибиотикоподобные вещества (бактериоцины) подавляют рост и развитие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов [4, 5]. Целью данной работы являлась разработка технологии получения новых биологически активных добавок к пище направленного действия на основе местного сырья из пищевых и лекарственных растений и ассоциированных штаммов кишечной микрофлоры человека (бифило-и лактобактерии).

Материалы и методы

На первом этапе исследований нами проделана работа по отбору растительного сырья (их названия зашифрованы цифрами до получения окончательных результатов и оформления патентно-лицензионных документов). Затем приготовлялся экстракт из 1 г измельченного растительного сырья путем смешивания его в дистиллированной воде. На втором этапе работы материалом для исследований являлись бифидо- и лактобактерии, а также их симбионт. Микробиологическим методом изучалось влияние экстрактов растений в различных разведениях на рост вышеуказанной микрофлоры (табл. 1–3). В частности, ацидофильные палочки определяли на твердой среде «лактобакагар», бифидобактерии – на полужидкой среде «бифидобак». Растительные экстракты вносили в соответствующие питательные среды в различных объемах (соотношение компонентов и среды 15:100). Перед посевом из исходной взвеси суточной культуры ацидофильных палочек готовили ряд десятикратных разведений от 10^{-1} до 10^{-10} в стерильном растворе фосфатного буфера. Из полученных разведений от 10^{-1} до 10^{-10} высевали по 0,1 мл микробной суспензии на 2 чашки Петри.

После 44±4 часов инкубации при температуре 37±1° С производили подсчет выросших колоний и вычисляли содержание живых бактерий в 1 см³. При этом учитывали чашки, на которых выросло не мене 15 колоний.

Для определения бифидобактерий готовили аналогично вышеуказанным способом десятикратные разведения, из которых делали посевы по 1 см³ в два параллельных ряда пробирок с питательной средой и тщательно перемешивали так, чтобы исключить попадание пузырьков воздуха. Затем посевы выдерживали в течение 72±1 часов при температуре 38+1° С. Из изолированных колоний, выросших в последнем разведении и характерных для бифидобактерий, делали препараты, окрашивали их по Граму и микроскопировали.

За окончательный результат принимали среднюю арифметическую величину, полученную в двух параллельных посевах.

Результаты исследований

Таблица 1 – Влияние экстрактов растений №1 и №2 на рост бифидобактерий

N_0N_0	Питательная среда + экстракт	По	казатели К	OE	Среднее зна-	
п/п		1-я проба	2-я проба	3-я проба	чение КОЕ	
1.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №1	106	106	106	10^{6}	
2.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №1	107	107	107	10^{7}	
3.	Стандарт. среда + 1 мл проба №1	107	107	107	10^{7}	
4.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №2	108	108	108	10^{8}	
5.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №2	108	108	108	10^{8}	
6.	Стандарт. среда + 1 мл проба №2	107	107	107	10^{7}	
7.	Стандарт. среда + 0,1 мл смеси №1, 2 (1:1)	106	106	106	10^{6}	
8.	Стандарт. среда + 0,5 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	107	107	
9.	Стандарт. среда + 1 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	107	107	

Таблица 2 – Влияние экстрактов растений № 1 и № 2 на рост лактобактерий

N_0N_0	Питательная среда + экстракт	По	казатели К	OE	Среднее зна-	
п/п	Timurossium epegu v saerpuar	1-я проба	2-я проба	3-я проба	чение КОЕ	
1.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №1	107	107	107	10^{7}	
2.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №1	108	108	108	108	
3.	Стандарт. среда + 1 мл проба №1	109	109	109	109	
4.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №2	109	109	109	109	
5.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №2	108	108	108	108	
6.	Стандарт. среда + 1 мл проба №2	107	107	107	107	
7.	Стандарт. среда + 0,1 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	107	107	
8.	Стандарт. среда + 0,5 мл смеси №1, 2 (1:1)	108	108	108	108	
9.	Стандарт. среда + 1 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	107	107	

Таблица 3 – Влияние экстрактов растений №1 и №2 на рост симбионта лакто- и бифидобактерий

NoNo	Питательная среда + экстракт	По	казатели К	OE	Среднее зна-	
п/п	Timulation of the contract	1-я проба	2-я проба	3-я проба	чение КОЕ	
1.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №1	107	107	10^{7}	107	
2.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №1	108	108	10^{8}	108	
3.	Стандарт. среда + 1 мл проба №1	108	108	10^{8}	108	
4.	Стандарт. среда + 0,1 мл проба №2	109	109	109	109	
5.	Стандарт. среда + 0,5 мл проба №2	108	108	10^{8}	108	
6.	Стандарт. среда + 1 мл проба №2	107	107	10^{7}	107	
7.	Стандарт. среда + 0,1 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	10^{7}	107	
8.	Стандарт. среда + 0,5 мл смеси №1, 2 (1:1)	108	108	10^{8}	108	
9.	Стандарт. среда + 1 мл смеси №1, 2 (1:1)	107	107	10^{7}	107	

Из таблиц видно, что наибольшее влияние на рост бифидобактерий оказывал экстракт растения №2 в разведении 0,1 и 0,5 мл; лактобактерий — экстракт растения № 1 в разведении 1 мл, экстракт растения №2 в разведении 0,1 мл; симбионта бифидо- и лактобактерий — экстракт растения №2 в разведении 0,1 мл.

Таким образом, результаты исследований показали, что из двух растений наиболее перспективным, с точки зрения создания новой БАД пробиотической направленности, является растение под $\mathbb{N}2$.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». ОСТ 91500.11.0004-2003, Приказ МЗ РФ № 231 от 09.06.2003.
- $2 \, \Pi ap \phi$ енов А.И. Синдром раздраженного кишечника // Избранные главы клинической гастроэнтерологии / Под общ. ред. Л.Б. Лазебника. М.: Анахарсис, 2005. С. 272–276.
- 3 *Николаева Т.Н., Зорина В.В., Бондаренко В.М.* Иммуностимулирующая и антиканцерогенная активность нормальной лактофлоры кишечника // Эксперим. клин. гастроэнтерол. -2004. -№ 4. -C. 39-43.
- 4 *Казарина А. В., Назарбекова Р. С., Яковенко Э. П.* Роль пробиотической терапии в лечении рецидива и поддержании ремиссии язвенного колита // Кремлевская медицина. Клинический вестник. -2009. -№ 2. С. 54–57.

5. Суханов Б.К., Керимова М.Г. Биологически активные добавки к пище. Сообщение 1 // Вопросы питания. – 2004. – № 3. – С. 31–34.

Тұжырым

Ә.С. Сәрсенов, А.А. Алдашев, В.В. Кильмаев, М.П. Ионина

ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНАН АЛЫНҒАН ӘРТҮРЛІ СЫҒЫНДЫЛАРДЫҢ ІШЕК МИКРОФЛОРАСЫНЫҢ ӨСУІНЕ ӘСЕРІ

Дәрілік өсімдіктер әртүрлі сығындыларының бифидо- және лактобактериялар мен олар ассоциясының өсіп-өнуіне тигізер әсері зерттелген.

Summary

A.S. Sarsenov, A.A. Aldashev, V.V. Kilmaev, M.P. Ionina

INFLUENCE OF VARIOUS EXTRACTS FROM VEGETATIVE RAW MATERIALS ON GROWTH OF INTESTINAL MICROFLORA

Influence of extracts from vegetative raw materials on growth and development bifido – and lactobacterium and their associations is investigated.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

154 | 32,0% | 154 | 15,9% |

УДК 616-002.5-08(574.51)

Г.И. СЕРАЛИЕВА

Алматинский региональный туберкулезный диспансер, г. Талгар

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация. В данной статье представлены результаты лечения туберкулеза с множественной устойчивостью в южном регионе Алматинскрй области.

Ключевые слова: туберкулез, эффективность химиотерапии, лекарственная устойчивость.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) является серьезной проблемой для Республики Казахстан, в том числе и в Алматинской области.

По Алматинской области южного региона до 2010 г. имелась тенденция увеличения лекарственной устойчивости, в том числе и среди впервые выявленных больных туберкулезом, в 2011 г. ситуация несколько стабилизировалась и количество пациентов с впервые выявленной устойчивостью уменьшилось. По итогом 2012 г., уровень первичный лекарственной резистентности МБТ к ПТП составил по южному региону Алматинской области 15,9%, в то время как в 2010 г. он составлял 22,5%, а также уровень первичный МЛУ ТБ снижается среди новых случаев зарегистрированных за отчетный период (1, 3-й кат.) с 45,3 до 32,0% (таблица 1).

Таблица	Габлица 1 — Регистрация больных за отчетный период (2010–2012 гг.)												
Годы	Абс. количество случаев ТБ, зарегистрированных за отчетный период	Абс. количество случаев, ТБ зарегистрированных IV категории		МЛУ зареги ных з	ержденные ⁷ ТБ среди астрирован- а отчетный аериод	МЛ сред	вичный ІУ ТБ и МЛУ ТБ	Первичный МЛУ ТБ среди н/с (1, 3-й кат.)					
2010	1350	526	38,9%	481	35,6%	218	45,3%	218	22,5%				
2011	1359	483	35,5%	457	33,6%	178	38,9%	178	18,3%				

511

Эффективность лечения больных туберкулезом зависит от многих факторов: сроков выявления, распространенности процесса, дисциплинированности самих больных, наличия в схеме лечения большего числа эффективных препаратов и их переносимости.

481

36,0%

38,3%

Цель исследования – проведение когортного анализа эффективности лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в южном регионе Алматинской области.

Результаты и обсуждение: В регионе в целях реализации приказа МЗРК от 25.04.2011 г, № 218 «Инструкция по выявлению, регистрации, лечению и диспансерному наблюдению туберкулеза в организациях ПМСП и ПТО», а также снижения нозокомиального распространения устойчивых форм туберкулеза, раздельной госпитализации по

2012

1334

моноинфекционному статусу организована реструктуризация коечного фонда АРТД с выделением отдельного здания в г. Талгаре для лечение больных с МЛУ ТБ на 180 коек. Отработан противоэпидемиологический режим отделения. Решение о необходимости назначения препаратов второго ряда больному принимается на ВКК районного диспансера с последующим подтверждением специалистами ЦВКК регионального диспансера. В дальнейшем перевод на поддерживающую фазу и определение исхода лечения решается также через ЦВКК по представлению медицинской документации.

Регистрация, учет и ввод в базу данных Национального регистра проводится в оргметодкабинете диспансера.

За период с 2010-го по 2012 г. зарегистрировано 1520 больных с МЛУ ТБ, охват лечением препаратами второго ряда составлял 71,4%, в том числе по годам (таблица 2).

годы	Абс. число больных МЛУ ТБ	% взятых на лечение ПВР	
2010	526	270	51,3
2011	483	345	71,4%
2012	511	471	92,1%
Всего:	1520	1086	71,4%

Таблица 2 – Охват лечением больных МЛУ ТБ препаратами второго ряда (2010–2012 гг.)

В вышеприведенной таблице видна динамика охвата лечением больных препаратами второго ряда в сторону увеличения, что связано с расширением показаний к назначению ПВР (таблица 2).

Всем больным назначается лечение по стандартной схеме: капреомицин, левофлоксацин (офлоксацин), протионамид (этионамид), циклосерин, ПАСК, пиразинамид, в случае сохранения чувствительности к этамбутолу в схему лечения включается этамбутол. Интенсивная фаза проводилась в условиях стационара и по продолжительности составляла от сроков конверсии мазка и результатов посева мокроты. На фоне этиотропной терапии противотуберкулезными препаратами все больные получали патогенетическое лечение.

По исходом лечения больных туберкулезом IV категории результаты лечения имеются у больных, получивших лечение в 2008, 2009 гг.

иолици 5 – пелоды лечения облывых туберкулском ту категории за 2000 г.												
Типы боль- ных по IV категории	Зарегистрировано за данный период в ТБ 07 IV категория	вылечен		лечение завершено		неудача лечения			умер	Пока- затель успешного лечения		
Новый случай	42	37	88,0%	2	4,7%	3	7,1%			92,8%		
Рецидив	25	20	80%			4	16%	1	4%	80%		
ЛПП	1							1	100%	0		
н/л после 1 курса	10	10	100%							100%		
н/л после 2 курса	26	24	92,3%	1	3,8%			1	3,8%	96,1%		
н/с ВЛ	1			1	100%					100%		
Другие	38	30	78,9%	7	18,4%			1	2,6%	97,3%		
Всего	143	121	84,6%	11	7,6%	7	4,8%	4	2,7%	92,3%		

Таблица 3 – Исходы лечения больных туберкулезом IV категории за 2008 г.

За 2008 г. при анализе исхода лечения из 143 зарегистрированных туберкулезных больных, взятых на лечение ПВР, исход: «вылечен» – 84,6%, «лечение завершено» – 7,6%, «неудача лечения» – 4,8%, «умер» – 2,7%, терапевтический успех составляет 92,3% (таблица 3).

Таблица 4 – Исходы лечения больных туберкулезом IV категории за 2009 г.

Типы больных по IV ка- тегории	Зарегистрировано за данный период в ТБ 07 IV категория	вы.	лечен		чение ершено		удача чения		умер		ереве- ден	Пока- затель успеш- ного лече- ния
Новый случай	74	60	81,0%	5	6,7%	4	5,4%	4	5,4%	1	1,3%	87,8%
Рецидив	64	49	76,5%			6	9,3%	9	14%			76,5%
ЛПП	1	1	100%									100%
н/л после 1 курса	27	23	85,1%	1	3,7%	3	11,1%					88,8%
н/л после 2 курса	36	26	72,2%			2	5,5%	8	22,2%			72,2%
н/с ВЛ	1			1	100%							100%
Другие	45	35	77,7%	6	13,3%	3	6,6%	1	2,2%			91,1%
Всего	248	194	78,2%	13	5,2%	18	7,2%	22	8,8%	1	0,4%	83,4%

За 2009 г. при анализе исхода лечения из 248 зарегистрированных туберкулезных больных, взятых на лечение ПВР, исход: «вылечен» -78,2%, «лечение завершено»-5,2%, «неудача лечения» -7,2%, «умер» -8,8%, «переведен» -0,4%, терапевтический успех составляет 83,4% (таблица 4).

При анализе исходов случаев смерти от туберкулеза необходимо выделить, что летальность была обусловлена осложненным течением хронических форм туберкулеза и сопутствующей патологией. По результатам анализа факторами, определяющими неблагоприятный исход, явились преимущественно исходная распространенность процесса, побочное действие ПТП, осложнившееся развитием токсического гепатита.

Таблица 5 – Клинические формы туберкулеза

Годы		оильтра- ный ТБ	ФКТЛ		Диссемини- рованный ТБ		Казеозная пневмония		Туберку- лез костей		Милиарный туберкулез	
Годы	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2008	115	80,4%	20	13,9%	2	1,3%	3	2,0%	3			2,0%
2009	184	74,1%	54	21,7%	3	1,2%	_	_	4	1,6%	1	0,4%

В структуре среди клинических форм туберкулеза в 2008 году, как и в 2009-м преобладали инфильтративные формы туберкулеза легких -80,4 и 74,1%, на втором месте фиброзно-кавернозный туберкулез -13,9 и 21,7% соответственно (таблица 5).

Критерием эффективности лечения была конверсия мазка мокроты. Нами также учитывалась клиническая динамика (исчезновение симптомов интоксикации, нормализация температуры, нормализация гемограммы) и закрытие полости деструкции.

Таким образом, среди больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, взятых на лечение препаратами резервного ряда по отбору б отмечались высокие показатели эффективного лечения — 92,3 и 83,4% соответственно в 2008-м и 2009 г.

Выволы:

- 1. С 2010 г. ситуация несколько стабилизировалась и количество пациентов с впервые выявленной устойчивостью уменьшилось с 45,3 до 32,0%.
- 2. Динамика охвата лечением больных препаратами второго ряда сместилась в сторону увеличения, что связано с расширением показаний к назначению ПВР.
- 3. В структуре среди клинических форм туберкулеза в 2008 году, как и в 2009 году преобладали инфильтративные формы туберкулеза легких 80,4 и 74,1%, на втором месте фиброзно-кавернозный туберкулез 13,9 и 21,7% соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ M3 PK № 218 от 25.04.2011 «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом». Приказ Государственное учреждение «Управление Здравоохранения Алматинской области» от 29.10.2012 г № 471 «О реорганизации коечного фонда АРТД г. Талгар».

Тұжырым

Г.И. Сералиева

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ОҢТҮСТІК ӨҢІРІНДЕГІ ТУБЕРКУЛЕЗ ДӘРІЛЕРІНІҢ КӨПТЕГЕН ТҮРІНЕ ТӨЗІМДІ ТҮРІМЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Бұл мақалада туберкулез дәрілерінің көптеген түріне төзімді түрімен ауырған науқастарды емдеудің тиімділігі көрсетілген.

Summary

G.I. Seralieva

THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF MULTIDRUG RESISTANCE IN THE SOUTHERN REGION OF ALMATY OBLAST

This article provides the results of treatment with multidrug-resistant tuberculosis in the Southern region of the Almaty oblast.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 614.4

Р.К. МУРЖАНОВА, Б.Ж. МУХАМБЕТЖАНОВА, Б.С. МУРЖАНОВ

БҚО Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы РМҚК-ның Сырым ауданы бойынша филиалы, Жымпиты

БАТЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ, СЫРЫМ АУДАНЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ 2008–2012 ЖЫЛДАРДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ БОЙЫНША АУРУШАҢДЫҚ ДИНАМИКАСЫ

Аннотация. Аталған мақалада 2008–2012 жылдар аралығында Сырым ауданындағы тұрғындардың туберкулезбен аурушаңдығын зерттеу нәтижелері келтірілген. Кілтті сөздер: туберкулез, аурушаңдылық, өлім көрсеткіштері. Тақырыптың өзектілігі. Туберкулез ауруы бұрыннан белгілі, таралымы жағынан ең ауқымды коғамдық, әлеуметтік кауіпті дерт. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының статистикалық зерттеуі бойынша 2 млрд. астам адам туберкулез ауруын жұқтырған, жыл сайын 2 млн адам осы аурудан көз жұмады. Қазақстанда жыл сайын 22–23 мың адам туберкулез ауруымен тіркеледі. Туберкулез ауруына шалдыққан адам күніне айналасындағы 10 адамға туберкулез таяқшасын жұқтыруы мүмкін. Туберкулез таяқшасы микобактерий тобына жатады. Бұл аурудың қауіпті екенін толық түсіндіру үшін, көбіне «алапес» деген атпен мәлім болған лепра қоздырғышы да, дәл осы топқа жататынын айтсақ та жеткілікті. Бұл екі ауруды емдеуге бір дәрі-дәрмек қолданылады.

Туберкулез ауруы ағзаның иммунитетін тұншықтыру қабілеті жөнінде СПИДтен кейін екінші орында тұр. Туберкулезге қарсы препараттарды қолданған кезде оларды уақытылы немесе белгілі бір мөлшерін дұрыс қабылдамаған жағдайда — туберкулез микобактериясы оларға қарсы күресе алатын күшке ие боп кетеді. Көбінесе қарама-қайшы тұрақтылық байқалады, яғни бір препаратқа бейімделіп алған соң басқа препаратқа олар қолданылмаса да бейімделу пайда болуы мүмкін. Осы айтылған факторлардың бәрі де бұл аурумен күрестің қиындығын көрсетеді.

Қазақстан Республикасы 2010 жылғы 29 қараша айында № 1113 Жарлығымен бекітілген 2011–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында туберкулезбен күрес жүргізу саласында келесі нысаналы индикаторларға қол жеткізу жоспарланды: туберкулезбен сырқаттанушылық 100 мың халыққа шаққанда 2013 жылға қарай 98,1-ге дейін, ал 2015 жылға қарай 94,7-ге дейін төмендету.

Зерттеу мақсаты: Батыс Қазақстан облысы, Сырым ауданындағы тұрғындардың 2008–2012 жылдар арасындағы туберкулез аурушаңдықтың динамикасын анықтау.

Материалдар мен зерттеу әдістері: Ғылыми зерттеуді ҚР ДСМ БҚО Сырым ауданы бойынша МСЭҚ-ның туберкулез ауруы бойынша 2008–2012 жыл аралығындағы статистикалық есептерден мәліметтер алынды. Аурушаңдық және өлім көрсеткіштері есептелді.

Зерттеу нәтижелері:

2008–2012 жылдар туберкулезбен аурушаңдық деңгейін талдау барысында анықталғаны:

	туберкулезбен аурушаңдығы

Жылдар / көрсеткіштер	2008 ж.	2009 ж.	2010 ж.	2011 ж.	2012 ж.
Алғашқы тіркелген аурулар саны	33	26	23	20	18
100 мың халыққа шаққандағы аудандық көрсеткіш	144,1	104,2	108,2	95,0	85,0
100 мың халыққа шаққанда облыстық көрсеткіш	143,4	105,6	95,7	86,1	76,8
100 мың халыққа шаққандағы республикалық көрсеткіш	125,5	105,5	95,3	86,6	81,7

 $Kecme\ 2$ — 2008—2012 жылдардағы Сырым ауданы бойынша туберкулез ауруынан өлімжітімге ұшырауы

Жылдар / көрсеткіштер	2008 ж.	2009 ж.	2010 ж.	2011 ж.	2012 ж.
Тіркелген өлім-жітім саны	2	3	1	1	0
100 мың халыққа шаққандағы аудандық көрсеткіш	7,7	11,9	4,7	4,8	0

Kecme 3 – 2008–2012 жылдардағы Сырым ауданы бойынша жас мөлшеріне қарай туберкулезбен аурушандығы

Жыл/Жас	0-1 ж	1-6 ж	7–14 ж	15–17 ж	18–24 ж	25–44 ж	45–54 ж	55-64 ж	63>
2008 ж.	0	1	1	2	6	10	10	2	1
2009 ж.	0	0	0	1	8	10	5	0	2
2010 ж.	0	0	0	1	4	13	1	1	3
2011 ж.	0	0	2	1	4	6	5	2	0
2012 ж.	0	0	1	1	2	5	5	4	0
Барлығы	0	1	4	6	24	44	26	9	6

Kecme 4 – 2008–2012 жылдардағы Сырым ауданы бойынша туберкулезбен аурушаңдығынын кәсіби маманлығы бойынша

Жыл / Жас	Малшылар	Ком-к шаруа- шылык	Жұмыссыздар	Тұрақты мекен-жайсыз	Басқалар	Балабақша	Студент	Окушылар	Мұғалімдер	Тағам жұмыс- шылары
2008 ж.	1	2	10	4	6	0	2	2	3	1
2009 ж.	2	4	13	0	5	0	0	0	0	0
2010 ж.	0	0	11	0	6	0	0	0	0	0
2011 ж.	2	0	9	0	3	1	0	3	2	0
2012 ж.	2	1	9	0	2	0	0	2	2	0
Барлығы	7	7	55	4	22	1	2	7	7	1

Жалпы 5 жыл аралығында туберкулезбен аурушандық деңгейі 144,1 ден 85,0 ге дейін төмендеді, яғни 1,7 есеге, пайыз құрамына есептесек 41% азайғаны анықталды. Атап айтқанда, 2008–2010 жылдары туберкулезбен аурушандық көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда жоғары бір деңгейде болса, ал 2011–2012 жылдары бұл көрсеткіш төмендегені анықталды. Дегенмен Сырым ауданында туберкулезбен шалдығу көрсеткіші облыстық және республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда 5 жыл бойы жоғары болғаны анықталды.

Туберкулез ауруы бойынша өлім-жітім көрсеткіші 2008–2009 жылдар аралығында 11,9-дан 2011 жылы 4,8-ге дейін төмендеді. Ал, 2012 жылы туберкулез ауруынан өлім-жітім ауданда тіркелген жоқ.

Жас ерекшеліктеріне орай туберкулезбен аурушаңдық еңбекке жарамды тұрғындардың көпшілігін қамтыған. Көрсетілген кесте бойынша 18–24 жас, 25–44 жас және 45–54 жастардағы тұрғындардың арасында туберкулез ауру көп тіркеліп, жалпы ауырған адамдардың санының 77,6 % құраған. Ауданда туберкулез ауруына 17 жасқа дейінгі балалар, соның ішінде көбінесе жасөспірімдер шалдығатыны анықталды. Бұл жағдай жасөспірімдердің жыныстық жетілу кезінде ағзаның қорғаныштық қызметі әлсіз болғандықтан. Сонымен қатар, айта кетерлігі – туберкулездің алғашқы белгілері пайда болған жасөспірім дәрігерге өздігінен дер кезінде қаралмайды.

Әлеуметтік топтар арасында жалпы туберкулез ауруы көрсеткішінің 43,3 пайызы жұмыссыздар, әлеуметтік тұрмысы төмен адамдар тіркелген.

Флюорографиялық әдіспен тіркелген ауру саны 5 жылда 77,5%, ал бактериоскопиялық әдіспен анықталған ауру саны 22%-ды құрады. Қорытынды: Зерттеу қорытындысы бойынша Сырым ауданында соңғы 5 жылдықта туберкулезбен аурушандық 1,7 есеге, яғни 41%-ға төмендеген. Бұл Үкімет пен денсаулық сақтау органдарының бірге атқарған жұмыстарының және медициналық қызметкерлердің алдын алу шаралар бойынша салауатты өмір салтын насихаттап және халық арасында санитарлық ағарту жұмыстарын сапалы ұйымдастырғанының нәтижесі.

Дегенмен әлеуметтік топтар арасында көп ауыратын жұмыссыздар, әлеуметтік тұрмысы төмен адамдар. Сонымен қатар. ауруды жұқтырып алуға жасөспірімдер әлдеқайда бейім болып отыр.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Сырым аудандық санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасының туберкулез ауруы бойынша 2008–2012 жылдар аралығындағы статистикалық есебі.
- 2 ҚР Үкіметінің 2012 жылғы 12 қаңтардағы «Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитарлық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге койылатын талаптар» санитарлық кағидаларын бекіту туралы № 33 Қаулысы.
- 3 ҚР ДСМ-нің 2010 жылғы 08 тамыздағы «Туберкулез ошақтарында санитарлық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды өткізуге қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық Ережесін бекіту туралы №649 бұйрығы.
- 4 ҚР Үкіметінің 2007 жылғы 21 желтоқсандағы «Қазақстан Республикасында халықты туберкулезден қорғау шаралары туралы» №1263 Қаулысы.
- 5 ҚР-ның «Саламатты Қазақстан» 2011–2015 жылдарға арналған Мемлекеттік бағдарламасы.

Резюме

Р.К. Муржанова, Б.Ж. Мухамбетжанова, Б.С. Муржанов

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СЫРЫМСКОГО РАЙОНА ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008–2012 гг.

По результатам исследования в Сырымском районе, за последние 5 лет заболеваемость туберкулезом снизилась в 1,7 раза, или на 41%. Это результаты совместной работы правительства и органов здравоохранения, усиление пропаганды здорового образа жизни и качественное проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Вместе с тем отмечается высокая заболеваемость среди неработающих и среди лиц с низким уровнем дохода. Настораживает склонность к заражению туберкулезом среди подростков.

Summary

R.K. Murzhanova, B.Zh. Mukhambetzhanova, B.S. Murzhanov

MORBIDITY OF TUBERCULOSIS AMONG EAST KAZAKHSTAN OBLAST SYRYM AREA POPULATION FOR 2008–2012

By the results of research in the Syrym area over the last 5 years morbidity of tuberculosis decreased by 1,7 times or by 41%. These are the results of collaboration of the government and health service organizations strengthening of promotion of a healthy lifestyle and high-quality carrying out sanitary and educational work among the population.

At the same time, high morbidity among the unemployed and among persons with low level of the income is noted. Guards tendency to infection with tuberculosis smong tecuagers.

Б.А. АСЫЛБЕКОВ

Жетісу аудандық мемлекеттік-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША 2012 ЖЫЛЫ ӨНЕРКӘСІПТІК НЫСАНДАРДЫ ҚАДАҒАЛАУ САЛАСЫ БОЙЫНША АТҚАРҒАН ЖҰМЫСТАРЫНА ТАЛДАУ

Аннотация. Төменде берілген мақалада Алматы қаласының Жетісу ауданының 2012 жылы атқарылған жұмыстарына талдау көрсетілген.

Кілттік сөздер: ағымдағы, зиянды өндірістік факторлар, нысан, жоспарлау түрлері.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің мемлекеттік санитарлық қадағалау комитеті Алматы қаласы бойынша департаментінің аудандық басқармаларында 2012 жылдың басында № 001-үлгіге сәйкес бақылауда 1686 есепте тұрса, соның 1660-ы — жеке кәсіпкерлік нысандары, 24-і — мемлекеттік иеліктегі нысандар. Жыл бойы жүргізілген түзетулерден кейінгі бақылаудағы нысан саны — 1450, ал нақтылы жұмыс істейтін нысан саны — 1431.

Есепті жылда 1638 нысанда тексеру жұмыстары жоспарланып, Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының сайтына берілді.

Жұмысшылар саны 50 адамға дейінгі жеке кәсіпкерлік субьектілерінің үлес салмағы 87,3%, 50-ден 250 адамға дейінгісі -8,3%, ал 250 ден жоғарысы -3,4% құрайды.

Кесте 1 – Есепті жылда 1638 нысанда тексеру жұмыстары жоспарланды

Тексеру жүргізілмеуінің себептері	Алатау	Алмалы	Әуезов	Бостандық	Жетісу	Медеу	Түрксіб	Қала бойынша
ҚР БП-ың сайтына сәйкес 2012 ж. тексеру жоспарланған нысан саны	271	166	262	209	335	125	270	1638
Орындалғаны	149	57	129	128	165	58	133	819
Тексеру жүргізілмеген нысан саны	122	109	133	81	170	67	137	819
Нысан жабылған	46	3	26	11	16	6	18	126
Нысан басқа жаққа көшкен	1	3	3	1	23	2	3	36
Уақытша жұмыс істемейді	8	5	18	2	15	5	32	85
Нысанның қызмет түрі өзгерген	0	5	0	0	1	0	0	6
Нысанның иесі ауысқан	7	12	21	19	14	8	20	101
Нормативтік құжаттардың болмауына байланысты	55	35	59	44	90	14	56	353
Басқа себептермен	0	41	2	2	0	32	0	77

Өнеркәсіптік нысандардың санитарлық-гигиеналық жағдайы өткен жылы қанағаттанарлық болды. Атап айтқанда, лабораториялық зерттеулер мен аспапты өлшеу жұмыстары жүргізілген нысандардың 2-де ғана жұмыс аймағының ауасы РЕШШ

жоғары болды. Осының ішінде қауіптілігі 1–2 кл, жататын бу мен газ сынамаларының гигиеналық нормативтерге сәйкестігінің 0% болса, бұл көрсеткіш 1–2 кл. Шаң мен аэрозоль бойынша 0,15% құрады. Діріл мен микроклимат факторлары бойынша гигиеналық нормативтерге сәйкес келмеу оқиғасы тіркелмеді.

Дегенмен шу факторы бойынша сәйкессіздік жұмыс орнының үлес салмағы 1,7%, электромагниттік өріс бойынша -2,7% болды. Жарықтандыру факторы бойынша гигиеналық нормативтерге сәйкес келмейтін жұмыс орны 4,2% болды.

Қала бойынша бақылауда тұратын жұмысшы саны 250-ден жоғары ірі 24 өнеркәсіптік нысанның жыл ішінде 20-сы, немесе 74%-ы тексерумен қамтылды.

Жылдың басында аудандарда жаңадан құрылыс немесе жаңғырту жұмыстары жүргізіліп жатқан 24 нысан бақылауда тұрса, жыл ішінде 3 нысан есепке алынып, нәтижесінде бақылаудағы нысан саны 27 болды.

Консервациядағы нысан саны – 14. Жыл ішінде 11 нысан тексеріліп, былтырғы жылмен салыстырғанда нысандарды тексерумен қамту көрсеткіші 34,5%-дан 41%-ға өсті.

Барлығы 7 нысанның құрылысы аяқталып, олар 100% қажетті лабораториялық зерттеулер жүргізілген соң пайдалануға қабылдайды. Әкімшілік құқық бұзу фактісі бойынша 72810 теңгеге 3 айыппұл салынды. Берілген талап-хаттардың орындалу көрсеткіші — 100%. Осының нәтижесінде жекеленген аудандық басқармалар жаңадан құрылыс жұмыстары жүргізіліп, бірақ бақылауда болмаған, және бірде-бір тексеруден өтпеген нысанды санитариялық заңнама талаптарын өрескел бұза отырып пайдалануға қабылдау оқиғаларына жол берген. Бірақ Қазақстан Республикасының Үкіметінің 17.01.12 ж. № 93-і қаулысымен бекітілген «Өндірістік объектілердің санитарлық-қорғаныш аймағын белгілеу бойынша санитарлық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық қағидаларына сәйкес бұл нысандарға санитарлық-корғаныш бойынша Алматы қаласының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қорытындысы талап етілмеген. Жаңадан салынып немесе жаңғырту жұмыстары жүргізіліп жатқан нысандар белсенді түрде анықтап, есепке алу жұмыстары ешқандай сын көтермейді. Осының салдарынан бақылаудағы құрылысы жүргізіліп жатқан нысандардың саны жылдан-жылға азаюда [1].

Кесте 2 – 2007–2012 жыл аралығында бақылаудағы нысандар

Жылдар		Бақылаудағы нысан саны						
	Алатау	Алмалы	Әуезов	Бостандық	Жетісу	Медеу	Түрксіб	Қала бойынша
2007		25	16	8	40	24	19	132
2008		11	14	9	23	22	12	91
2009	8	6	6	5	19	3	10	57
2010	3	6	8	11	12	2	11	53
2011	2	1	4	8	10	0	4	29
2012	2	2	5	4	9	0	5	27
Азаю көрсеткіші	4 ece	12,5 ece	3,2 ece	2 ece	4,4 ece	24 ece	3,8 ece	4,8 ece

Кестеде көрсетілгендей, соңғы 6 жылдың ішінде бақылаудағы нысанның үлес салмағы 4,8 есеге азайып кеткен. Бұның басты себебі – мамандардың заңнамаларымен анықталған өз құқықтарын толық көлемде пайдаланбауы және лауазымдық нұсқаулықпен бекітілген міндеттерін өз деңгейінде орындамауы [2].

Жыл ішінде барлығы 1163 нысанда тексеру жүргізілді, осының ішінде жоспарлы тексерудің үлес салмағы 72,4%, жоспардан тыс – 27,5%.

Кесте 3 – Аудандар бойынша жоспардан тыс тексерулердің үлес салмағы төмендегідей:

Алатау	Алмалы	Әуезов	Бостандық	Жетісу	Медеу	Түрксіб	Қала бойынша
28,6%	17,3%	15%	30%	18%	32%	42,4%	27,5%

Кестеде көрсетілгендей, жоспардан тыс тексеру жұмыстары Түрксіб, Медеу және Бостандық аудандарында көп жүргізілген. Жергілікті атқару органдары мен ведомстволарға аудандық МСЭҚБ мамандарының бастамасымен өзекті мәселелер бойынша барлығы 112 ақпарат беріліп, соның 9-ы қаралып, тиісті шешім қабылданды.

Міндетті медициналық тексеріп-қараулар өткізілетін зиянды өндірістік факторлардың, кәсіптердің тізбесін, сондай-ақ осындай тексеріп-қарауларды өткізу ережесін және кезеңділігін бекіту туралы ҚР 25.01.2012 ж. №166 қаулысымен бекітілген. Өткен жылмен салыстырғанда 2012 жылда жасалған және жүзеге асырылып келе жатқан жұмыстардың қорытындысы нақтылануда.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. Алматы: Юрист, 2009. 109 б.
- 2 Хуснутдинова Э. С. Асылбеков Б. А., Рысбаева М. С., Темирова Ж. М., Куттыбаев А. Д. Қолайсыз және зиянды өндірістік мекемеде жұмыс атқаратын жұмысшыларды медициналық тексеруден өткізу // Вестник КазНМУ. 2013. № 1, С. 178–190.

Резюме

Б.А. Асылбеков

КОНТРОЛЬ ЗА ПРОМЫШЛЕННЫМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ПО ЖЕТЫСУЙСКОМУ РАЙОНУ г. АЛМАТЫ

В данной статье представлены материалы о проделанной работе по контролю за промышленными предприятиями санитарно-эпидемиологического надзора за 2012 год по Жетысуйскому району. За 2012 год все ситуации по городу были положительные.

Summary

B.A. Asylbekov

THE VOLUME OF WORK PERFORMED FOR THE CONTROL OF INDUSTRIAL ENTERPRISES OF THE STATE SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL SUPERVISION OF ZHETYSU DISTRICT OF ALMATY

This article presents the results of the work done in 2012 Zhetysu district. During 2012 all the situation in the city was positive.

А.Т. КАЛЫКОВА

Управление госсанэпиднадзора г. Алматы по Медеускому району

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛА УПРАВЛЕНИЯ ГОССАНЭПИДНАДЗОРА ГОРОДА АЛМАТЫ ПО МЕДЕУСКОМУ РАЙОНУ ЗА 2012 г.

Аннотация: В работе приводится анализ деятельности эпидемиологического отдела управления госсанэпиднадзора города Алматы по Медеускому району за 2012 год. По выявленным нарушениям составлено 14 протоколов об административном правонарушении, вынесено 14 постановлений на штраф, оформлены и выданы предписания о проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также предписания об устранении нарушений требования законодательства РК о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Ключевый слова: надзор, эпидситуация, иммунопрофилактика

Деятельность эпидемиологического отдела Медеуского районного управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора направлена на реализацию основных приоритетных направлений и мероприятий годового плана.

Достигнутые цели в 2012 цели:

- не зарегистрировано случаев массовых пищевых отравлений;
- снизилась пораженность школ вирусным гепатитом A по сравнению с прошлым учебным годом с 30 до 16,1%.

За 12 месяцев 2012 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по инфекционной и паразитарной заболеваемости. Так не регистрировались групповые случаи заболеваемости внутрибольничными инфекциями, особоопасными инфекциями, брюшным тифом, паратифами, листериозом, пищевыми токсикоинфекциями, бруцеллезом, вирусным гепатитом С, коклюшем, дифтерией, эпидемическим паротитом, столбняком, лептоспирозом, малярией.

Снизилась заболеваемость дизентерией в 2,0 раза, иерсинеозами в 1,1 раза, корью в 3,2 раза, краснухой в 1,2раза, туберкулезом органов дыхания в 1,1 раза. Вместе с тем отмечен рост заболеваемости сальмонеллезом на 1 случай, острыми кишечными инфекциями в 1,7 раза, менингококковой инфекцией в 1,1 раза, вирусными гепатитами в том числе А и В в 1,1 раза, чесоткой, педикулезом в 1,1 раз.

По сравнению с городскими показателями отмечается превышение по следующим инфекциям: эхинококкозом и педикулезом.

Иммунопрофилактика является основным приоритетным направлением в профилактике вакциноуправляемых инфекций. Контроль работы по данному разделу проводился согласно Указу Президента РК №3956 «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан РК».

В Медеуском районе так же, как и по г. Алматы, обеспечивается поддержание необходимого охвата населения профилактическими прививками согласно Национального календаря, а также соблюдение условий «холодовой» цепи на всех этапах движения вакцин. Обеспеченность оборудованием для хранения вакцин составила 100%.

Проводится вакцинация организованных детей и школьников начальных классов по эпидпоказаниям [1].

Специалистами санэпидслужбы проводится ежемесячный мониторинг охвата проф. прививками, состояния организации работы по иммунопрофилактике. В целом за отчетный период показатели охвата декретированных групп населения профилактическими прививками высокие.

Острые кишечные инфекции, сальмонеллез

За 2012 г. зарегистрировано 74 случая ОКИ, что составляет — 43,1%, при общей численности населения 171442, в сравнении с прошлым годом отмечается рост заболеваемости на 1,5%. Следует отметить, что в основную заболеваемость включены случаи заболевания ротовирусной инфекцией (34 сл.). Основной процент заболеваемости приходится на детское население, а именно на детей в возрасте до 2-х лет — 69 случаев, что составляет 93,2%. Из проведенного анализа зарегистрированных случаев заболевания следует, что все дети находились на грудном вскармливании, поступали в инфекционный стационар с диагнозами ОРВИ, и на 3—4-е сутки выставлялся диагноз ОКИ (44,9%), лабораторное подтверждение диагноза получено во всех случаях.

Факторами передачи послужили

Вспышечной и групповой заболеваемости в детских организованных коллективах не регистрировалось.

При исследовании пищевых продуктов положительные результаты получены в 6.0%.

Сальмонеллез – за 12 месяцев 2012 года по Медеускому району отмечается благополучная ситуация по заболеваемости сальмонеллезом.

Так, за 12 месяцев 2012 года по первичной регистрации — 440 случаев, зарегистрировано с окончательным диагнозом 30 случаев заболеваемости сальмонеллезом, показатель на 100 тысяч населения составил 17.4%

При анализе микробного пейзажа заболевших отмечается, что у больных в основном выделяют антибиотико-устойчивые штаммы сальмонелл, которые очень устойчивые во внешней среде и хорошо сохраняются в продуктах животного происхождения.

В распределении заболеваемости по профессиональному социальному контингенту заболеваемость регистрировалась среди студентов, школьников, рабочих и служащих.

Основными факторами передачи инфекции явились мясо и птицепродукция.

В целях снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями и сальмонеллезом разработан и утвержден оперативный план мероприятий по стабилизации уровня заболеваемости. Согласно плану, при регистрации случаев сальмонеллеза проводились комплексные обследования объектов торговли и общественного питания и торговли совместно с отделением гигиены питания.

Вирусные гепатиты

За указанный период текущего года по Медеускому району сложилась неустойчивая ситуация по заболеваемости вирусными гепатитами. Заболеваемость регистрировалась в 21 случае, показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 12,2%. На долю вирусного гепатита А приходилось 19 случаев (91,0%), на долю вирусного гепатита В 2 случая (9%).

Показатель заболеваемости ВГА составил 4,26, в том числе среди детей до 14 лет – 13,36. Удельный вес заболевших детей составил 85,7% от общего числа больных. Основным контингентом заболевших явились школьники – 57,1% и взрослое населе-

ние. С начала учебного года пораженность школ составила 16,1%. При регистрации случаев ВГА были организованы комплексные внеплановые обследования по эпид. показаниям совместно с отделом ГДиП. В ходе санитарно-эпидемиологического обследования были выявлены нарушения соблюдения комплексного плана по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий против вирусного гепатита А. Составлен и утвержден комплексный план мероприятий по профилактике вирусного гепатита А в школах и ДДУ.

Зарегистрировано 2 случая вирусного гепатита В среди неработающего населения. Причиной заболеваемости послужили беспорядочные половые контакты. Регистрация вирусного гепатита С, Д, Е не отмечалась.

Диагноз в 100% случаев подтвержден маркерной диагностикой.

Летальных исходов среди больных вирусными гепатитами не зарегистрировано.

По выявленным нарушениям составлено 14 протоколов об административном правонарушении, вынесено 14 постановлений на штраф, оформлены и выданы предписания о проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также предписания об устранении нарушений требования законодательства РК о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения. [1]

Туберкулез

За 2012 год в районе вновь выявлен 91 случай туберкулеза, показатель заболевании на 100 тыс населения составил — 52,4. В сравнении с аналогичным периодом прошлого года отмечается снижения на 10 случаев. В структуре заболеваемости преобладает туберкулез органов дыхания и составляет 85,7% от общего количества вновь выявленных больных туберкулезом, в том числе больных с бактериовыделением — 38 (41,7%). Туберкулез других органов зарегистрирован — 13 случаев (14,2%). Среди детей до 14 лет зарегистрировано 2 случая туберкулеза, среди подростков — 5 случаев.

В Медеуском районе профилактические и противоэпидемические мероприятия по профилактике туберкулеза проводилась согласно комплексному плану. Мероприятия в очагах туберкулеза проводятся своевременно.

Показатель госпитализации больных с бактериовыделениям составил 100%. В основном заболеваемость туберкулезом охватывает неработающее населения, что составляет 63,6% и студенты -0,5%, прочие -13,6%. Мероприятия во вновь выявленных очагах туберкулеза открытой формы проводится в полном объеме.

В основном заболеваемость туберкулезом определяет неработающее население, что составляет 42 случая, или 46,1%, и пенсионеры – 8 случаев, или 8,9%, студенты высших учебных заведений – 9 случаев, прочий контингент – 15 случаев, или 16,4%.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 109 б.

Тұжырым

А.Т. Калыкова

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ МЕДЕУ АУДАНЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫСЫНА ЖЫЛДЫҚ ТАЛДАУ

Мақалада Алматы қаласының Медеу ауданы бойынша 2012 жылы атқарылған жұмыстар реті жазылған. Жалпы аудан бойынша эпиджағдай қанағаттанарлық болып саналады. Ауданымызда эпиджағдайды жақсартуға бағытталған жұмыстар жүргізілуде.

Summary

A.T. Kalvkova

ANALYSIS OF THE MANAGEMENT OF STATE SANITARY EPIDEMIOLOGICAL DEPARTMENT OF ALMATY BY MEDEU DISTRICT FOR 2012.

This article provides information about the work by Medeu district for the 2012 year. Results of analysis on the epidemiological situation is stable.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Г.К. КИЛИБАЕВА

Департамент комитета Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан по г. Алматы

ОБ ОБРАЩЕНИИ С ОТХОДАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ г. АЛМАТЫ

Аннотация: В статье представлены данные о проводимых работах по обращению с отходами медицинских организаций по г. Алматы.

Ключевый слова: медицинские отходы, эпидемиология, класс.

Медицинские организации в результате своей деятельности образуют различные по составу и степени эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности отходы, которые разделяются на следующие классы: класс A – неопасные отходы, класс B – эпидемиологически опасные, класс B – эпидемиологически чрезвычайно опасные отходы, класс Γ – отходы, по составу близкие к промышленным отходам и класс Π – радиоактивные отходы.

Класс A – нетоксичные бытовые, пищевые и другие, не имеющие контакта с биологическими жидкостями пациентов и инфицированными больными отходы;

Класс Б – опасные и чрезвычайно опасные – потенциально инфицированные отходы, материалы и инструменты, загрязненные выделениями и биологическими жидкостями больных, патологоанатомические отходы, органические операционные отходы, использованный медицинский инструментарий и мягкие материалы и т. д.;

Класс В – отходы, по составу близкие к промышленным (лекарственные средства с истекшим сроком годности, ртутьсодержащие предметы и приборы, оборудование и другие);

Класс Γ – отходы радиоактивные.

В зависимости от класса процесс обращения с отходами состоит из: сбора отходов внутри организации, дезинфекции, перегрузки их в контейнеры, временного хранения на территории организации, транспортирования, обезвреживания, захоронения на полигонах.

В каждой организации должна быть разработана схема обращения с медицинскими отходами. На основании анализа количественного и качественного состава отходов рассчитывается потребность в одноразовых упаковках, контейнерах, емкостях для сбора отходов, потребность в дезинфицирующих средствах и емкостях для дезинфицирующих растворов.

В каждом структурном подразделении организации должно быть ответственное лицо за сбор отходов, их временное хранение и последующую транспортировку до контейнера на территории медицинской организации.

Персонал организации должен обеспечиваться защитной одеждой в соответствии с классом опасности отходов, проходить предварительный при поступлении на работу и периодический медицинский осмотр в порядке, установленном уполномоченным органом в области санитарно-эпидемиологического благополучия.

Во всех крупных медицинских организациях по требованию со стороны санитарно-эпидемиологической службы выделены отдельные помещения для временного хранения и сортировки отходов, оснащенные холодильными установками, оборудованные раковинами для мытья рук, подключенные к централизованным сетям горячего и холодного водоснабжения, канализации. При этом обращается внимание на отдельное хранение отходов класса Б и В и отходов, приближенных к промышленным и безопасным твердым бытовым.

К отходам в зависимости от их класса опасности предъявляются различные требования по сбору, временному хранению и транспортированию. Смешение отходов различных классов на всех стадиях их сбора, хранения и транспортирования запрещается.

Предварительной дезинфекции перед сбором подвергаются все отходы класса Б, за исключением отходов, поступающих на специальные установки по их обезвреживанию, а также органических операционных отходов (органы, ткани) от неинфекционных больных, которые подлежат захоронению.

Медицинский инструментарий одноразового пользования (шприцы, иглы, перья, системы и другой инструментарий) собирается без разбора в одноразовую твердую упаковку и без предварительной дезинфекции подвергается сжиганию или обезвреживанию на специальных установках с разрушением целостности инструментария.

Вывоз всех видов отходов из медицинских организаций производится методом «на себя» организациями, занимающимися утилизацией. Нетоксичные отхода класса А вывозятся на городской полигон по договору с AO «Тартып». Часть отходов класса Б и В (органические операционные отходы, паталого-анатомические отходы) временно хранятся в специально выделенных холодильниках в емкостях с формалином и по мере накопления захорониваются на городских кладбищах по договорам со специализированным комбинатом ритуальных услуг. А другая часть (медицинский инструментарий и перевязочный материал и др.) утилизируется централизованно методом безотходного сжигания на специальных установках-инсинераторах действующих предприятий ТОО «Интермед», ТОО «Олжас», ТОО «Барт-Медиа», ТОО «Эгида». Утилизация отходов класса Г производится на средства самих владельцев. Утилизация готовых лекарственных средств с истекшим сроком годности, принадлежащих частным фарм. фирмам, производится под контролем управления экологии на городском полигоне либо сжигается в печах котельных крупных производственных предприятий. Утилизацию ртутьсодержащих приборов и сбор металлической ртути осуществляет частная организация «Сынап +»,

Все медицинские организации города полностью обеспечены емкостями для сбора медицинских отходов (контейнеры, коробки, мешки, КБУ), которые выдают организации, занимающиеся вывозом и утилизацией отходов, включая стоимость емкостей в общую стоимость утилизации. Городскому управлению здравоохранения ежегодно из средств местного бюджета акиматом города выделяются финансовые средства для оплаты расходов, связанных со сбором, транспортировкой и утилизацией отходов, а также на приобретение КБУ. В 2009 году было выделено и освоено 79 221 000 тенге.

Со стороны частных предпринимателей средства на указанные цели выделяются по мере возникновения надобности.

Приобретение КБУ и других емкостей для сбора и транспортировки отходов производится на средства медицинских организаций, выделяемых им дополнительно, Так, за 2011 год выделено всего 14 181 165 тенге, на которые приобретено более 263 120 КБУ, двухслойных мешков, картонных коробок и других емкостей (в 2012 г. 113 788 378 тг. и 268 174 шт. соотв.).

У частных медицинских организаций на указанные цели предусмотрены собственные средства, выделяемые по мере необходимости.

Периодичность вывоза отходов в зависимости от класса опасности определяется техническими условиями тендерной документации: класса A — не реже раз в два дня, класса B — двух раз в неделю, класса Γ — одного раза в 6 месяцев [1].

По всем медицинских учреждениям города на приобретение КБУ и оплату услуг по утилизации отходов в 2011 году выделено $14\ 181\ 165$ тенге, в $2012\ r.-113\ 788\ 378$ тг.

Общий объем отходов, образовавшихся в медицинских организациях города, по итогам 2011 года составил в кг: всего -1 693 812,4, в том числе класса A-1 396 293,4, класса B-270 032,0, класса B-25 346,0, класса $\Gamma-2$ 141,0, класса $\Pi-1$ нет.

По итогам 2012 года составил в кг: всего -1 235 894 кг, в том числе класса A-868 896, класса B-263 117, класса B-96 654,3, класса B-263 117, класса B-263

Обеспечение безопасной и безотходной утилизации отходов от всех ЛПО города в настоящее время является невозможной из-за дороговизны услуг данных организаций (150 тенге за сжигание 1 килограмма отходов), а также отсутствия заинтересованности со стороны указанных коммерческих предприятий. В связи с чем со стороны департамента санитарно-эпидемиологического надзора поставлен перед городским акиматом и департаментом коммунального хозяйства и энергетики вопрос о строительстве централизованного пункта по утилизация отходов от медицинских учреждений путем их термической обработки на территории полигона АО «Тартып».

По итогам 2011 года на контроле ДГСЭН медицинских организаций всего 1470, включая аптечные организации. Городских медицинских организаций, имеющих стационары (городские больницы, родильные дома, диспансеры), — 29, организаций, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую и консультативно-диагностическую помощь (поликлиник, врачебных амбулаторий, станций и подстанций скорой медицинской помощи), — 51, частных медицинских центров, в том числе и имеющих круглосуточные стационары, — 325, стоматологических организаций — 286, аптек, занимающихся производством стерильных растворов, — 16, лечебно-косметологических лечебниц — 3, организаций по заготовке крови — 2, прочих — 758. В числе прочих стационары республиканских научно-исследовательских и научно-практических учреждений — 14, отдельные врачебные и медицинские кабинеты, фармацевтические организации, занимающиеся оптовой и розничной реализацией готовых лекарственных средств [2].

Таким образом, количество медицинских организаций государственного сектора, оказывающих медико-санитарную лечебную помощь, составляет 98 (включая две стоматологические клиники и республиканский и городской центры крови), негосударственных медицинских центров, стоматологических клиник и кабинетов — 609. Количество противотуберкулезных медицинских организаций составляет всего 6, а именно: Научный центр проблем туберкулеза, межрайонная противотуберкулезная больница, Турксибская районная противотуберкулезная больница с диспансером, Жетысуский районный противотуберкулезный стационар, противотуберкулезный санаторий «Каменское плато» и Медеуский, Ауэзовский райтубдиспансеры.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 СанПиН «Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению отходов медицинских организаций». Алматы: ЮРИСТ, 2004. С. 105.
- 2 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. Алматы: ЮРИСТ, 2009. 109 б.

Тұжырым

Г.К. Килибаева

КАЛДЫҚТАРМЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ ЖҰМЫС ІСТЕУ ТӘРТІБІ

Медициналық қалдықтарды класстарға байланысты бөліп жұмыс істеу өте тиімді. Қалдықтарды жинау және жою барысында жоғарыдағы көрсетілген санитарлық нормалар мен ережелерді ұстанған дұрыс.

Summary

G.K. Kilibaeva

ON WASTE MANAGEMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS

To waste, depending on their risk class, have different requirements for the collection, temporary storage and transportation. The mixing of different classes of waste at all stages of gathering, storing and transporting are prohibited.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 614.7:574:546.3 – 053.2

Н.Ж. ДОҒАЛБАЕВ, Д.М. БАЙТИЛЕСОВА, А.Д. ИЛИЯСОВА, К.А. БАЙКЕНЖЕЕВА, Н.Н. АЙТАМБАЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

АТМОСФЕРАЛЫҚ АУА КҮЙІН МЕМЛЕКЕТТІК САНИТАРЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ ШАРАЛАРЫ БОЙЫНША БАҚЫЛАУ

Аннотация: Төмендегі мақалада атмосфералық ауа күйін мемлекеттік санитарлық қадағалау шаралары бойынша бақылау түрлері жазылған.

Кілттік сөздер: мемлекеттік қадағалау, қоршаған орта, сынама.

Алматы қаласы бойынша МСЭҚБ коммуналдық нысандарға санитарлық-гигиеналық қадағалау бөлімінің кезекті есебі бойынша қадағаланатын нысандар ішінде коршаған орта жағдайына мемлекеттік санитарлық-гигиеналық қадағалау жұмыстары жүргізілді. Бұл ретте қолданыстағы ұлттық және аймақтық, мемлекеттік бағдарламаның орындалуы айрықша көңіл аудартады: «Саламатты Қазақстан», «Алматы қаласына 2009–2018 жылдарға арналған қоршаған ортаның ластануын төмендетудің кешенді бағдарламасы» және «Алматы қаласының өзендері және су айдындары», 2011–2020 жылдарға «Ақ Бұлақ» бағдарламасы.

Алматы қаласының қоршаған ортасының жалпы жағдайы қанағаттанарлық бағаланады. Атмосфералық ауаны қорғау, жерасты және жерүсті суларының ластануын қорғау, тастандыны утилизациялау іс-шаралары жүргізілді. Су қоймасы нысандарын жоспарлы лабораториялық тексеру, ашық су айдындары, селитебті аумақтарда шығарындылардың әсері, атмосфералық ауаның ұйымдастырылған шығарындылары және күрделі автомагистральдардың тексеру нүктелері.

Атмосфералық ауаны қорғау сұрақтарын Мемлекеттік санитарлық қадағалау басқармасында № 52 26.05.2000 ж. мемлекеттік санитарлық бас дәрігердің бұйрығы бойынша «МСҚ атмосфералық ауа күйінің зораюы», «Алматы қаласына 2009–2018 жылдарға арналған қоршаған ортаның ластануын төмендетудің кешенді бағдарламасы» бекітеді.

Жылдық жоспар бойынша қаладағы магистралды көшелердің әуе бассейніне кварталына бір рет және селитебті аймақтардағы өндірістің әсеріне жылына бір рет лабороторлы мониторинг жүргізілді.

2011-2012 жылдарда Бостандық, Алмалы және Медеу аудандарындағы автомагистралдарда үш бақылау нүктесі бойынша 768 сынама жүргізілді, келісімсіз аудандарда 251-32,68 % (2011 ж. 247-32,16%) тексерілді. ШРЕК-тің жоғарылауы келесі заттарда көрінді: азот диоксидінің 1,04-4 р. (2011 ж. 1,09-5,9 р), қорғасынның 1,3-1,43 р. (2011 ж. 1,16-1,66 р), күкірт ангидридінің 1,1-2,5 р, көміртек оксидінің 1,01-2,0 р (2011 ж. 1,01-2,06 р), сонымен қатар 2011 жылы шаң 1,08-1,42 р. Әркелкі сынаманың пайызы 32,68%, бұл 2011 жылдың көрсеткіштері (32,68%-дан 32,16%-ға).

2012 жылы атмосфералық ауаның күйіне селитебті зонада қаланың индустриялық кәсіпорындарында мониторинг жүргізілді. Қаладағы жалпы нысан саны, оның ішінде ұйымдастырылған шығарындылар – 52 (2011жылда 50). 2012 жылда Әуезов ауданында 2 мекеме бақылауға алынды: ТОО «Вита Ботлерс Казахстан», «Деново импекс» ЖШС блистерный цехы. 52 нысан ішінде санитарлық қорғау зонасында бекітілмейтін қалыпты өлшемдер – 3 («Ақсай нан» нан комбинаты, ОАО «Гидромаш-орион», ТЭЦ-1). Өткен жылмен салыстырғанда, атмосфералық ауаға қауіпті қалдықтар шығарындылардың мөлшері артпаға. ШРЕК бойынша қолайсыз метеожағдайдағы кезеңді жоспарлы шаралар қарастырылды.

Қаланың селитебті аудандарында өндірістік кәсіпорындарында атмосфералық ауа күйіне лабораториялық тексеріс жүргізді. Лабораториялық жоспарға сәйкес 8 кәсіпорынға тексеру жүрізілді, нақты тексерілгені 8. Жалпы 932 атмосфералық ауа сынамасы алынған, олардың 48-і ШРЕК-тен жоғары, бұл 5,15% (2011 жылы – 780 сынама 23–2,94%) келеді. 2011 жылмен салыстырғанда сынаманың пайыздық көтерілуі 2,21% (5,15%-тен 2012 ж 2,94% 2011 дейін). Ауа 18 ингредиент бойынша алынды, соның ішінде 6 ингредиент 1-ші және 2-ші қауіптілік класына: азот диоксиді, формальдегид, марганец диоксиді, хлорсутек, қорғасын, күкірт қышқылы.

Қауіпті заттар мөлшері Жетісу ауданы «Асфальтобетон» акционерлік қоғамында азот диоксиді 2,32–4,68 рет, көмірсутек 1,14–1,65 реттің, көміртек оксиді 1,23–1,53 рет ШРЕК-тен жоғары екені анықталған.

Әкімшілік жауапкершілік алып айыппұл 2012 жылды жобаның болмағандығының бөлігінде ша СЗЗ қағидасының, атмосфералық ауаның салтақтануының табиғаттың зертте – емес жасамаппын заңды тұлға «Деново-импэкс» деген ТОО на сома 16180 теңге тарт-, ал олай ғой жеке тұлға үшін боқтықтың күйдір – на сома 3236 теңге (ара 2011 г – 1 айып пұл), 1 ресми өкім (ара 2011–0) айтылмыш.

Қоршаған ортаға әсері бойынша 219 жоба, оның ішінде 47-сі жойылған, бұл 21,5% құрады. Жобаның жойылу себептері негізделген: санитарлық қорғау аймағы шыдамайды, онда тұрғын-үй құрылысы кіреді, фондық көрсеткіштер бойынша зарарлы зат себу ескерілмеген.

Медеу ауданында «Автокөлік шығарындыларының Алматы қаласының тұрғындар денсаулығы мен қоршаған ортаға әсері» атты жобасы бойынша Кулжин тракті автокөлік құрылысы және әуежайға бағытталған айналма жолы мақсатқа қойылған.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 *Амосов Н.М.* Алгоритм здоровья. М., 2003. 190 с.
- 2 Досмухаметов А.Т. Гигиеническая оценка автомобильного транспорта как фактора экологического риска современного города: Дисс. канд. мед. наук. Алматы, 2008. 221 с.
- 3 Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Р. 1. 10.1920.04. М., 2004. 170 с.

Резюме

Н.Ж. Догалбаев, Д.М. Байтилесова, А.Д. Илиясова, К.А. Байкенжеева, Н.Н. Айтамбаева

ПРОВЕДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО НАДЗОРА ЗА СОСТОЯНИЕМ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

В статье представлены данные о результатах проведения государственного санитарного надзора за состоянием атмосферного воздуха. Согласно годовому плану в течение года по городу на главных магистральных улицах города один раз квартал проводится лабораторный мониторинг воздушного бассейна, а на селитебных территориях вблизи промышленных предприятий – раз в квартал.

Summary

N.Zh. Dogalbaev, D.M. Baitilesova, A.D. Iliyasova, K.A. Baykenzheeva, N.N. Aytambaeva

CONDUCTING HEALTH SURVEILLANCE OF AIR QUALITY

According to the annual plan for the year in the city on the main streets of the main city every quarter is conducted laboratory monitoring of the air basin, and residential areas in the vicinity of industrial plants once a quarter.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 614.7:616-053.2

Г.А. КУДАЙБЕРГЕНОВА, Г.Б. ЕЛГОНДИНА, Л.Н. АЙТАМБАЕВА, А.Л. КҰТТЫБАЕВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Түрксіб аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы, Алматы к.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҮРКСІБ АУДАНЫ БОЙЫНША ШАРУАШЫЛЫҚ ЖӘНЕ АШЫҚ СУ КӨЗДЕРІНІҢ САНИТАРЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Аннотация: Төмендегі мақалада Алматы қаласы Түрксіб ауданы бойынша ашық су көздері және ауыз су жүйелері туралы жазылған.

Кілттік сөздер: скважина, су жүйесі, мониторинг, құдық.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексіне сәйкес су көздеріне бірқатар талаптарды (ластанудан қорғауға, ауыз сумен жабдықтау көздерін санитариялық қорғау аймақтарының шекараларын дұрыс айқындауға, ауыз судың сапасына) белгілейді.

Ауыз су эпидемиялық және радиациялық тұрғыдан қауіпсіз, химиялық құрамы бойынша зиянсыз және жағымды органолептикалық қасиеттерге ие болуы тиіс. Осы

мақсатта Алматы қаласы Түрксіб ауданы бойынша су көздеріне жүргізілген жылдық қорытынды бақылау мынадай нәтижелер көрсетті.

Ауыз су жүйесіне бақылау жүргізу жоспарға сәйкес жүргізіледі. Су нысандарын мемлекеттік ағымды бақылау құжаттандыруға байланысты қадағаланады. Коммуналдық гигиена бөлімінің қарамағында екі су нысаны бақылауда:

- АЭБ Аудандық эксплуатациялық бөлімінің су жүйесі МҚК мемлекеттік қазыналық кәсіпорны «Су желісі» және (МҚК «Алматы су Холдингі»), 5 су жинау нүктесінен қоректенеді. № 31–32, 34, 41, «13 в/гор», «РВ-90» және Талғар аудандық су желісінің бір тармағы, қоректену нүктелері бір жүйеде. МҚК «Су желісі» су құбыры желісінің магистралы Турксіб ауданы бойынша 450 км құрайды, ал бүгінгі танда осы су құбырының 40%-ы жөндеу жұмыстарын қажет етеді.
- ЖШС (жауапкершілігі шектеулі серіктестік) «АЖДШ», 10 қоректендіруші құдықтан қамтамасыз етіледі, 6 құдық резервте тұр. Қамтамасыз ету қуаттылығы 7800 п.м. құрайды және жалпы саны 2840 адамды сумен қамтамасыз етеді.

Жалпы құдық саны ауданда -26, соның ішінде 6 бақылау нүктесі бойынша мониторинг жүргізіледі. Су қауіпсіздігі үшін 14 бақылау нүктесінде мониторинг жүргізіледі, оның ішінде су таратушы құдықтар 3, нысандар 11. Су таратушы құдықтар санының аздығына қарамастан, ауданда (2009×-81 , 2010×-79 , 2011×-60), нысандардағы бақылау нүктелерінің есебінен су тарату жүйелеріндегі бақылау нүктелері 11 ден 14 ке дейін артты. Судан сынама алу жұмыстары 2009-2011жж. ай сайын жүргізілді, ал 2012 ж. бері квартал сайын. Ауыз су сапасын зертханалық нәтижесін тіркеу есебі және су тарату жүйелерінің қауіпсіздігі ретке келтірілген.

Кесте 1 – Үш жылдағы стационарлық бақылау нүктелеріндегі ауыз су сапасының нәтижесі:

Жылдары	Барлық сынамалар	Оң нәтижелі сынамалар	Сәйкес келмейтін пайызы
2009	330	1	0,3
2010	343	8	2,3
2011	292	1	0,3

Тұтастай алғанда Түрксіб ауданындағы санитарлық-гигиеналық жағдай қанағаттанарлық деп бағаланады. Бірақ сонымен қатар кезек күттірмейтін жайт, ауданда 30–40 жылдық су өткізгіш және канализация тораптарын эксплуатациялау, қайта жаңғырту жүргізілмейді немесе сирек жүргізіледі және ескірген жүйелер 40% құрайды. Сумен қамтамасыз ету мамандарының мәліметтеріне сүйене отырып, жыл сайын аудандық әкімдікте мәселелі сұрақтардың шешімін табу үшін мәжіліс өтіп тұрады. Су тарату жүйелеріндегі жиі кездесетін төтенше жағдай, су өткізгіш тораптардың ескіргендігін көрсетеді. [1]

Кесте 2 – Су таратушы тораптардағы төтенше жағдайлар

Жылдары	Төтенше жағдайлар
2009	17
2010	17
2011	18

Санитарлық құқық бұзушылықты жою үшін нұсқаулар берілді: 2009 ж. -3, 2010 ж. -4, 2011 ж. -4.

Жазғы уақытта қадағалау мен мониторинг жасау, профилактикалық шаралар жүргізуге бактериологиялық (сальмонеллезге және ф/30) және санитарлық-химиялық

зерттеулер алынып, өзен аумағында лабораторлық жоспар жасалынды. Жоспарға сәйкес су сынамасын Султан-Карасу, Мойка-Карасу, кіші Алматы, БАК, Пархач, Алматы сияқты өзендік торабтардан алады. Ашық су қорларынан сынама алу санитарлық-микробиологиялық көрсеткіштер бойынша мамыр айынан қыркүйек айына дейін жүргізіледі, айта кетер жайт барлық көрсеткіштер бойынша үлкен пайызы сәйкессіз.

Кесте 3 – Ашық су қорларынан алынған сынамалар нәтижесі

Жылдары	Барлық сынама	Сәйкес емес пайызы
2009	82/44	53,6
2010	91/91	100
2011	94/89	94,6

Нәтижелердің оң болуы жеке тұрғын үйлерден шығатын сұйық қалдықтар, ірі кара мал тезегі, сондай-ақ қаланың жоғарғы бөлігіндегі өзен жүйелерінің ластануын қадағалаумен байланысты [2]. Тырысқақ вибрионы НОН01 кездесетін Алматы өзенінде жыл сайын су сынамасын ф/30 алады. Лабораторлық зерттеу нәтижелерін дайындап, алынған мәліметтер Әкімдікке, ТЖ, АПБ-на жіберіледі. 2011 жылдан бастап ауданның су қоймаларында шомылуға және Алматы өзенінің бойында құрылыс нысандарын жүргізуге тыйым салу шешімін қабылдау туралы аудандық әкімдікте мәжіліс өтті. Қазіргі таңда су аңғарларын тазарту мен өзенге жақын маңдағы (2012 ж 1/3 өзен суы жіберілді, шомылу мүмкін емес) демалыс аймағының құрылысына Алматы өзенінен су жіберу сұрағы шешілуде.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1 *Неменко Б. А.* «Коммуналдық гигиена бойынша практикалық сабаққа арналған басшылық». Алматы, 2010. 75 б.
- 2 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексі Алматы: ЮРИСТ, 2009. 109 б.

Резюме

Г.А. Кудайбергенова, Г.Б. Елгондина, Л.Н. Айтамбаева, А.Д. Куттыбаев

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОИСТОЧНИКА И МЕСТ КУЛЬТУРНО-БЫТОВОГО ВОДОПОЛЬЗОВАНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ ПО ТУРКСИБСКОМУ РАЙОНУ

В данной статье представлена организация контроля за питьевым водоснабжением и открытыми водоемами Турксибского района.

Summary

G.A. Kudaibergenova, G.B. Elgondina, L.N. Aitambaeva, A.D. Kuttybaev

SANITARY CONDITION OF ECONOMIC-DRINKING WATER SOURSE AND PLACES OF CULTURAL AND COMMUNITY WATER USE IN TURKSIB AREA OF ALMATY CITY

In the article presented the organization of the control over drinking water supply and the open reservoirs of Turksib area in Almaty city.

И.В. ТЕН, А.Д. ҚҰТТЫБАЕВ, Л.Н. АЙТАМБАЕВА, Г.А. КУДАЙБЕРГЕНОВА, Г.Б. ЕЛГОНДИНА

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Түрксіб аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы, Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ, ТҮРКСІБ АУДАНЫ БОЙЫНША МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ САНИТАРЛЫҚ- ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Аннотация. Төмендегі мақалада Алматы қаласы, Түрксіб ауданы бойынша медицина ұйымдарының санитарлық-эпидемиологиялық жағдайы көрсетілген.

Кілттік сөздер: медициналық мекеме, эпиджағдай, физфактор.

Медицина ұйымдарына бақылау жүргізетін коммуналды гигиена бөлімінің жұмыстары айтарлықтай оң бетбұрыс алды. Бөлімде есеп жүргізіліп, бақылау, анализ жасалады. Жұмыста эпидемиология бөлімі, паразитология бөлімі, тағам гигиенасы бөлімі, сонымен қатар, қалалық дезинфекция орталығы арасындағы өзара байланыс пен тұтастықты ерекше атап көрсетуге болады. Медициналық мекемелерге лабораторлық бақылау жасалады. Жабық ғимараттар ауасынан анализге сынама алу физикалық факторлармен жүргізіледі. Жабық ғимараттар ауасына жасалған лабораторлық бақылау нәтижесінде тіркелген шектен асқан зиянды заттар протокол түрінде жіберіледі де, оған шаралар қабылданып, нұсқаулық беріледі. Оған қайта бақылау шаралары жасалады. Ал, жалпы айтқанда ауданның барлық медициналық мекемелерінің санитарлық-гигиеналық жағдайы қанағаттанарлық [1].

2009 жылдан 2011 жылға дейін ауданда эксплуатацияға келесі медициналық мекемелердің жоспары жасалып, бекітілді: ауданаралық туберкулезге қарсы диспансер 260 орындық Остроумова көшесі, 45; көпсалалы аурухана 300 орындық Папанин көшесі, 220; 200 келушіні бір уақытта қабылдай алатын қалалық емхана № 20. Аудандағы медициналық мекемелердің барлығы дерлік күрделі жөндеуге алынған, ол — тубдиспансер Р. Зорг көшесі, 2-де орналасқан, туберкулезге қарсы диспансер (стационар) «Алтай» ықшам ауданында, № 4 балалар емханасының негізгі ғимараты мен филиалы, № 9 қалалық емханасы, № 4 босандыру үйі, № 19 қалалық емханасы.

Дәл қазіргі уақытта аудандаЗемнухова көшесі мен Шацкий көшесі қиылысында 500 келушіге арналған емхана құрылысы жүргізілуде, Остроумова көшесінде 360 орындық психоневрологиялық үй-интернаты, ЕДА елдімекендік дәрігерлік амбулатория «Алтай-1» ықшам ауданында. Сонымен бірге аудандағы Капальский көшесінде, обаға қарсы институттың аумағында орталық референс-лабораториясы құрылысы басталды. Бөлім мамандарымен медициналық мекемелердің эксплуатациясы, құрылысы мен шешімі, сондай-ақ медициналық мекемелердің күрделі жөндеу жұмысына жоспарлы және жоспарсыз бақылау жүргізіліп, медициналық мекемелердің басшылығына және құрылыс ұйымына нұсқау хаттар жіберіліп, құрылыс барысында заңсыздық анықталған жағдайда әкімшілік шаралар қолданылды.

Kecme 1 — Медицина мекемелерін санитарлық-гигиеналық қадағалау барысында санитарлық нормалар мен ережелердің бұзылуына байланысты келесі шаралар қолданылды

Жылдары	Айыппұл салу	Санитарлық нұсқау	Жұмыстан босату
2009	38	38	8 адам
2010	32	12	19 адам
2011	46	30	5 адам

Әлеуметтік-тұрмыстық инфракұрылым нысандарын бақылау мақсатында арнайы жұмыстар жасалып, әртүрлі сұрақтар бойынша ұйым жетекшілерімен семинарлар өткізіледі. Жаңа санитарлық ереже қызметкерлер мен қоқыс жинаушы ұйымдардың санитарлық тазалық тұрғысындағы сұрақтары бойынша семинар – басқосулар өткізуде әдістемелік жұмыстардың жақсарғанын да ерекше атап көрсетуге болады [2].

Ағымдағы жылы жаңа денсаулық сақтау ұйымдарының нысандарына санитарлық бөлім мамандарымен, коммуналдық тағайындаулар мен парфюмерлік-косметикалық өнім өндіру және жеке бас гигиенасын сақтау туралы семинар кездесулер өткізілді. Кедендік шекара арқылы жеткізілетін бақыланған тауарларды кеденнен өткеннен кейін, Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау комитетінің 28 мамыр 2010 жылдан бастап № 299 қаулы 33 бұйрық бойынша кедендік одақ кеңесінің нақтыланған келісімімен косметикалық заттарға, тұрмыстық химиялық заттарға сынама алынбайды. Дератизациялық, дезинсекциялық, дезинфекциялық заттарға лабораторлық тексеру жүргізу үшін барлық санитарлық-эпидемиологиялық және гигиеналық талапқа сай мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексті басшылыққа ала отырып жүргізіледі. Санитарлық-эпидемиологиялық бітімде автотранспорт құрылымы туралы маманданған немесе жалпылама мәлімет көрсетілмейді.

Кесте 2 – Тұтас бөлім бойынша келесі көрсеткіштердің орындаушылық белсенділігі

Жылдары	2009	2010	2011
Айыппұлдар	217	255	196
Сан-нұсқаулар	269	79	118
Объектіні тоқтату үшін сотқа жіберілген мәліметтер	3	6	2
Жұмыстан босату	49/18	76/54	22/18
Лабораторлы-инструменталдық зерттеулер саны	142	129	120
Шешім қабылдауға тыңдалған сұрақтар	9	6	5
Өтілген басқосулар мен семинарлар	25	20	32
Дайындалған мәліметтер мен қызметтік жазбалар	97	94	75

Бөлім бойынша санитарлық қадағалау ескертулері берілген бөлім бойынша жылдық жоспар мен мамандардың жұмысқа шығуының айлық кестесімен сәйкес келеді. Сақтық санитарлық қадағалау бойынша жұмыс кестесі құрылып, құрылыстың жүру барысын қадағалау жорналы жасалған. 2009 жылы 13 нысанға, 2010 ж. – 9 нысанға, 2011ж. – 6 нысанға, 2012 ж. – 6 нысанға есеп жасалынды.

Кесте 3 – Құрастырылған-кірістірілген нысандарға қорытынды беру саны азайған. Қарастырылған жобалар саны да сол деңгейде.

Жылдары	2009	2010	2011
Жобалар	4	5	4
Құрастырылған, кірістірілген	9	38	14

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1 *Неменко Б. А.* «Коммуналдық гигиена бойынша практикалық сабаққа арналған басшылық», Алматы, 2010. 75 б.
- 2 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексі Алматы: ЮРИСТ, 2009. 109 б.

Резюме

И.В. Тен, А.Д. Куттыбаев, Л.Н. Айтамбаева, Г.А. Кудайбергенова, Г.Б. Елгондина

САНИТАРНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА АЛМАТЫ ПО ТУРКСИБСКОМУ РАЙОНУ

В данной статье представлены сведения о положительной динамике в деятельности отделения коммунальной гигиены по контролю за медицинскими организациями.

Summary

I.V. Ten, A.D. Kuttybaev, L.N. Aitambaeva, G.A. Kudaibergenova, G.B. Elgondina

SANITARY EPIDEMIOLOGICAL CONDITION OF THE MEDICAL ORGANIZATIONS IN TURKSIB AREA OF ALMATY CITY

In this article presented data on positive dynamics in activity of municipal hygiene department under the control over the medical organizations.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 614.7:616-053.2

Г.Б. ЕЛГОНДИНА, А.Д. ҚҰТТЫБАЕВ, Г.А. КУДАЙБЕРГЕНОВА, Л.Н. АЙТАМБАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Түрксіб аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы, Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҮРКСІБ АУДАНЫ БОЙЫНША ТҰРМЫСТЫҚ ЖӘНЕ БАСҚА ДА ҚАЛДЫҚТАРДЫ ШЫҒАРУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Аннотация. Төмендегі мақалада Алматы қаласы, Түрксіб ауданы бойынша тұрмыстық және басқа да қалдықтарды шығарудың ұйымдастырылуы туралы мәліметтер берілген.

Кілттік сөздер: тұрмыстық қалдық, контейнер.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2004 жыл 24 наурыз № 137 бұйрығымен бекітілген санитарлық-эпидемиологиялық ережелер мен нормалар, елді-мекендердің аумағында тұрмыстық қалдықтарды жинаумен, уақытша

сақтаумен, тасып шығарумен, залалсыздандырумен, тұрмыстық қалдықтарды қайта өңдеумен және елді-мекеннің аумағын тазалаумен шұғылданатын жеке және заңды тұлғаларға арналған. Елді-мекендердің аумағын санитарлық тазалаудан өткізу жүйесі қалдықтарды жинаудан, жоюдан, залалсыздандырудан тұрады және тұрмыстық, өндірістік қалдықтарды жоюды қарастырады. Елді-мекендердің аумағын санитарлық тазалау жұмыстарын мамандандырылған ұйымдар жүргізеді. Құрылысы жаңадан жүргізілген учаскелердің тазалау жұмысы ғимараттарды пайдалануға берген мезгілден бастап жүргізіледі. Кезекті жоспарлы тазалау жұмыстары қалдықтар жоятын ұйымдардың, азаматтардың, жеке және занды тұлғалардың арасында жасалған келісім кестелеріне сай жүргізіледі. Қалдықтарды полигонға апарғанда, полигонның әкімшілігі автокөліктің әрбір кезекті сапарын қағазына тіркеу керек. Қатты және сұйық тұрмыстық қалдықтарды жою қолданылып жүрген нормативтерге сай арнайы ғимараттарда жүргізіледі [2].

Елді мекендердің аумағынан тұрмыстық қалдықтарды жою күрделі экологиялық өзекті мәселе болып табылады. Елді-мекендерді тазартудың негізгі максаты тұрғын аудандар, көшелер мен алаңшаларды жоғары санитарлықгигиеналық жағдайға жеткізу болып табылады. Санитарлық тазалаудың міндеттері тұрмыстық қалдықтарды жинау, аулақтату, залалсыздандыру және қайтадан өңдеу, аумақты тазарту, жұмысты механикаландыру кешенімен қамтамасыз ету болып табылады. Аурухана ұйымдарында пайда болатын қалдықтарды жинау, сақтау, сыртқа шығару нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеуден өткізетін реестерде 2004 жылы 26 қаңтарда № 2674 тіркелген Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 13 қаңтарындағы №19 «Медициналық ұйымдардан шығатын қалдықтарды жинауға, сақтауға, пайдалануға, залалсыздандыруға және көмүге қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар» туралы санитарлықэпидемиологиялык ережелер мен нормаларды бекіту туралы бұйрығына сәйкес жургізілуі керек. Қойылатын қоқыс жинағыштардың (контейнерлердің) санын, осы қоқыс жинағыштарды пайдаланатын халықтың санына, қалдықтардың жиналу нормасына, қалдықтардың сақталу мерзіміне қарай есептейді. Қалдықтардың жиналу нормасы қолданыстағы құрылыс нормалары мен ережелеріне сай жүргізілуі керек. Осыған сәйкес Алматы қаласы Түрксіб ауданы территориясының санитарлық жағдайы, Түрксіб аудандық мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасының МСЭҚБ жіті назарында.

Аудан территориясының санитарлық жағдайын жақсарту мақсатындағы жұмыстар жыл сайын өткізіледі. Қалалық әкімдіктің қаулысына сәйкес «О проведении сезонных мероприятий по санитарной очистке и благоустройству г. Алматы» жайластырылған аумақтарда санитарлық тазалық мақсатында айлықтар, сенбіліктер өткізіліп тұрады.

Бақылауда 11 қоқыс шығаратын ұйымдар, оның ішінде жоспар бойынша тазалық жүргізетін 2 қатты қалдықтарды шығаратын ұйым (АҚ «Тартып», ЖШС «Алмез») және 9 қатты қалдықтарды шығаратын ұйымбестарлық әдіс бойынша. Қабылданған әкімшілік шаралар бойынша жыл сайын қатты қалдықтарды шығаратын ұйым шығару кестесін қадағалау мақсатында жоспарлы тексерістер жүргізіледі. Санитарлық тазалық сақтау тұрғысындағы сұрақтар бойынша апта сайын бөлім қызметкерлері әкімдікпен, АПБ–н бірлесіп аудан аймағын қадағалап отырады. 2010 жылы қанағаттанарлықсыз тазалықтың салдарынан МСЭҚБ тарапынан жалпы сомасы 340 200 теңге болатын 93 айып салынды, ал 2011 жылы 598 752 теңге көлеміндегі 56 айып салынды [2].

Кесте 1 – Қаулы бойынша бекітілген айыппұлдар

Жылдар	Қаулы бойынша	Санитарлық	AIIБ жіберіл-	Сотқа жіберіл-	
	бекітілген айыппұлдар	нұсқаулар	гендер	гендер	
2009	23	26	_	4	
2010	10	8	_	2	
2011	17	15	_	_	

Қатты қалдықтарды шығаратын ұйым қызметкерлері жүргізген анализі мен тексеру нәтижелері бойынша 2011 жылы аудандық әкімдікте мәжіліс өтіп бірқатар шешімдер қабылданды. Санитарлық тазалау мен жайластырылған аймақты белгілеу жұмыстарында әкімшілік шаралардың төмендеуі 2008 жылдан жеке меншік пәтер иелері кооперативінің жоспарлы тексерулерінің тоқтауынан болып отыр.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- 1 *Неменко Б.А.* «Коммуналдық гигиена бойынша практикалық сабаққа арналған басшылық». Алматы, 2010. 75 б.
- 2 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексі Алматы: ЮРИСТ, 2009.-109 б.

Резюме

Г.Б. Елгондина, А.Д. Куттыбаев, Г.А. Кудайбергенова, Л.Н. Айтамбаева

САНИТАРНАЯ ОЧИСТКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫВОЗА ТВЕРДЫХ БЫТОВЫХ ОТХОДОВ ПО ТУРКСИБСКОМУ РАЙОНУ ГОРОДА АЛМАТЫ

В данной статье представлены сведения об улучшении санитарной очистки и организации вывоза твердых бытовых отходов по Турксибскому району города Алматы.

Summary

G.B. Elgondina, A.D. Kuttybaev, G.A. Kudaibergenova, L.N. Aitambaeva

SANITARY CLEARING AND THE ORGANIZATION OF HOUSEHOLD WASTE EVACUATION IN TURKSIB AREA OF ALMATY CITY

In the article presented data on improvement of sanitary clearing and the organization of household waste evacuation in Turksib area of Almaty city.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Д.М. БАЙТИЛЕСОВА, К.А. БАЙКЕНЖЕЕВА, А.Д. ИЛИЯСОВА, М. ЗИЯБЕКОВ, Н. ЕЗДИБАЕВ, А. КЫДЫРБАЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

МІНДЕТТІ АЛДЫН-АЛА МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУДЫ ЖҮРГІЗУ ТӘРТІБІ

Аннотация. Төменде берілген мақалада Алматы қаласының Түрксіб ауданында жұмыс істейтін жұмысшылардың кезекті медициналық тексеруден өту туралы көрсетілген.

Кілттік сөздер: медициналық тексеру, зиянды өндірістік факторлар, медициналық кітапша.

Міндетті медициналық тексеріп-қараулар өткізілетін зиянды өндірістік факторлардың, кәсіптердің тізбесін, сондай-ақ тексеріп-қарауларды өткізу ережесін кезеңділігін бекіту туралы ҚР үкіметінің 25.01.2012 ж. № 166 қаулысымен бекітілген «Міндетті медициналық тексеріп-қарайды өткізу қағидаларына» сәйкес 2012 жылы кезенді медициналық тексеруден өтулері жоспарланған 26238 адамның жыл ішінде 20 емдеусауықтыру ұйымдары мен мемлекеттік емес медициналық орталықтарда 26232-сі (99,9%) тексерілді (2011 ж. – 99,3%).

Міндетті медициналық тексеріп-қарауды өткізуге қатысатын медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері жұмыскерді тексеруді жүзеге асырады және зерттелетін адамды зертханалық зерттеулерге жібереді.

Міндетті алдын-ала медициналық тексеріп-қараулар деректері жұмыскердің орындалатын жұмысқа (өндірістік практикаға) денсаулық жағдайының сәйкестігі немесе сәйкессіздігі туралы қорытындыны ресімдей отырып, денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен нысан бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасына енгізіледі.

Міндетті алдын-ала медициналық тексеріп-қараулар нәтижелері эпидемиологиялық маңызды объектілерге жұмысқа тұратын адамдар үшін жеке медициналық кітапшаға ресімделеді. Міндетті алдын-ала медициналық тексеріп-қараудан өткен және зиянды өндірістік факторлары бар жұмысқа жарамды деп танылған адамдарға денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен нысан бойынша медициналық анықтама беріледі.

Медициналық ұйым басшысының бұйрығымен тағайындалған жауапты медицина қызметкері денсаулық жағдайларының жұмысты орындауға қажетті талаптарға, оның ішінде окушылардың оқу орындарында оқуы кезеңінде өндірістік практикада көзделген талаптарға сәйкестігі туралы қорытындыны қабылдайды [1].

Жеке медициналық кітапшаға денсаулық жағдайы туралы қорытындыны медициналық ұйымның жауапты медицина қызметкері жеке медициналық кітапшада міндетті алдын ала медициналық тексеріп-қараудан өткені туралы мөрлер мен міндетті медициналық тексеріп-қарауға қатысатын барлық медицина қызметкерлерінің барлық қолдары болған жағдайда қояды.



Сурет 1 – Емдеу-сауықтыру ұйымдары мен мемлекеттік емес медициналық орталықтардың 2012 жылы жұмысшыларды медициналық тексерумен қамту көрсеткіші.

Жұмысшы-әйелдердің медициналық тексерумен қамтылу үлес салмағы 100% құрады. Тексеруден өткен 923 жұмысшыда, немесе 3,5%-да соматикалық сырқат анықталса (2011 ж. -10,2%), соның 213-і (23%) — әйелдер (2011 ж. -9,9%).

Kecme 1 – Қала бойынша анықталған соматикалық сырқат оқиғасының көрсеткіші

Көрсеткіш		Алатау	Алмалы	Әуезов	Бостандық	Жетісу	Медеу	Түрксіб	Қала бойынша
Анықталған сома-	2011 ж	4,1%	3,0%	24,0%	6,7%	21,8%	6,4%	10,5%	10,2%
тикалық сырқат оқиғасының үлесі	2012 ж	4,1%	2,6%	3,1%	6,8%	4,8%	1,7%	3,5%	3,5%

Зиянды еңбек ететін жұмысшылар саны 18, немесе жалпы жұмысшы санының 0,06%, соның ішінде әйелдер -0. Ағымдағы қадағалау барысында 92 кәсіпорында медициналық тексеруден өтпестен жұмыс істеп жатқан 852 адам анықталып, жұмыстан шеттелді (2011 ж. - 61-573 адам) [2].

Комиссияның қорытынды актісімен 223 жұмыскер денсаулықтарына байланысты зияны жоқ жұмысқа ауыстырылды. Есепті мерзім ішінде жұмысшылар арасында кәсіби аурулар улану оқиғалары тіркелген жоқ. Қадағалаудың осы саласы бойынша 2 678 114 теңгеге 163 айыппұл салынып (2011 ж. – 153 – 2 608 836 теңгеге), 147 талапхат берілді. Тақырыптық 47 (2011 ж. – 8) семинар өткізілді.

Аурушылық деңгейінің келесі нозологиялық түрлері бойынша өсуі байқалды:

- Психикалық аурулар;
- Басқа респираторлық инфекциялық өткір түрі;
- Пневмония;
- Асқазан жарасы;
- Құлақ аурулары;
- Сүйек-ет жүйесі және жалғағыш талшықтар аурулары;
- Басқа аурулар.

Жалпы соматикалық деңгейінің өсуі 100 адамға шаққанда өнеркәсіптің энергетика, электроэнергетика, қара металлургия, машина жасау, көлік құрылыс материалдарын өндіру және полиграфия саласында орын алды.

Осы жоғарыда көрсетілген аурулардың барлығын алдын-алу үшін, адамдарды мүгедектіктен сақтау үшін міндетті кезекті медициналық тексеріп-қараудан уақытында өтіп отырған жөн.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. Алматы: ЮРИСТ, 2009.-109 б.
- 2 Правила проведения обязательных медицинских осмотров. Утверждены постановлением Правительства РК № исх: 166 от: 25.01.2012.

Резюме

Д.М. Байтилесова, К.А. Байкенжеева, А.Д. Илиясова, М. Зиябеков, Н. Ездибаев, А. Кыдырбаева

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ И ПЕРИОДИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РАБОТНИКОВ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

В статье представлены данные о предварительных и периодических медицинских осмотрах работников во вредных условаия труда.

Summary

D.M. Baitilesova, K.A. Baikengeeva, A.D. Iliasova M. Ziyabekov, N. Ezdibaev, A. Kydyrbaeva

PRELIMINARY AND PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS OF WORKERS IN HAZARDOUS CONDITIONS

For employees working in hazardous occupations and work in harmful and hazardous production factors for five or more years of regular medical examinations every five years, conducted in centers Occupational and other health care organizations that have licenses for proficiency examination and an examination of the disease due to the profession.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК: 616 - 053.2:378.147/.150

А.А. САДИРОВА

Государственное коммунальное казенное предприятие городская детская поликлиника № 8, г. Алматы

ПУТИ ВНЕДРЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ

Аннотация. В статье приводятся пути внедрения интегрированного ведения больных детского возраста в педиатрической службе, в частности, в городской поликлинике № 8 г. Алматы с обучающей целью медицинских работников. Применение обучающих программ в ежедневной работе приближают сотрудников к реальной профессиональной деятельности, что объективно отражается на активности медицинского персонала в работе, повышении уровня их квалификации.

Ключевые слова: обучающие программы, интегрированное ведение больных детского возраста.

Внедрение принципов интегрированного ведения больных детского возраста в педиатрической службе предполагает организацию образования с учетом динамики приоритетов здравоохранения, национальных менталитетов работающих, возрастных особенностей детей и др.

Стратегия ИБВДВ разработана Всемирной организацией здравоохранения, департаментом здоровья и развития ребенка и подростка совместно с 11 другими программами ВОЗ и детского фонда ООН по лини ЮНИСЕФ в 1995 году.

Основные задачи стратегии ИВБДВ: снижение смертности, а также частоты и тяжесть заболевания и инвалидности, способствовать улучшению физического и психического развития ребенка. Целью стратегии ИВБДВ является снижение детской смертности и заболеваемости путем принятия широкого и всестороннего подхода, состящего из следующих трех компонентов: улучшение навыков ведения заболеваний медицинскими работниками путем предоставления клинических руководств по интегрированному ведению болезней детского возраста, адаптированных к местной ситуации, а также обучение, которое будет способствовать их использованию; улучшение системы здравоохранения путем обеспечения наличия основных препаратов и других материалов; улучшение организации работы на уровне медицинских учреждений; усиление мониторинга и наблюдения; улучшение практик, принятых в семьях и

обществе путем обучения матерей, отцов, других лиц, осуществляющих уход за ребенком, и других членов общества с акцентом на обращение за медицинской помощью, выполнение назначений медицинского работника, уход за ребенком на дому и поощрение здорового образа жизни в общем. Каждый компонент содержит ряд конкретных вмешательств с акцентом на их практическое внедрение. При разработке основных вмешательств в рамках стратегии ИВБДВ учитывались данные, полученные из анализа частоты детской заболеваемости в мире, а также из исследований в области здоровья детей [1].

Основным вмешательством в рамках стратегии ИВБДВ является интегрированное ведение заболеваний, являющихся самыми значительными причинами детской смертности и заболеваемости, а именно: острых респираторных инфекций, диареи, кори, малярии, нарушения питания, неонатальных инфекций и некоторых других. С этими названными патологиями чаще всего встречаются участковые врачи-педиатры, поэтому применение элементов стратегии ИВБДВ при обучение медицинского персонала очень актуально [2].

В 2011 году мы начали работу над формированием знаний по интегрированному ведению больных детского возраста. Для этого сотрудники нашей детской поликлини-ки – заведующие лечебно-профилактических отделений обучались на семинарах, проводимых сотрудниками отдела ИВБДВ Научного центра педиатрии и детской хирургии РК. На сегодняшний день поликлиника, обучив своих сотрудников (заведующих ЛПО), одновременно приступила к обучению участковых педиатров и медсестер.

Специфика же работы в поликлинике определяется профилактическим направлением педиатрии на современном этапе, а в стационаре — демонстрацией высокоспециализированных лечебно-диагностических технологий. Все это предполагает необходимость оптимального преломления обучения у врачей когнитивного и операционального звеньев компетентно-ориентированного обучения. Внедрение этой программы ВОЗ способствует развитию у медицинского персонала коммуникативных навыков (беседа с родителем и ребенком), практических навыков (осмотр детей, выявление симптомов и синдромов, суммировать клинические признаки, оценить, классифицировать, определить лечение), правовых компетенций (решение иммунизации), саморазвития (обучение матери принципу КВО — когда вновь обратиться). Стратегия ИВБДВ хорошо применима при ведении заболеваний ОКИ и ОРИ.

Практическая реализация внедрения ИВБДВ в поликлинике осуществляется:

- углубленной подачей врачам и медсестрам знаний о проявлениях общих признаков опасности заболеваний, что должно облегчить работу на врачебных приемах и при обслуживании вызовов;
- учетом менталитета и образа мышления населения из неблагополучных семей. В этом направлении для оптимизации усвоения большого объема информации о заболеваниях применяются буклеты, брашюры, стенды;
- обучением умения и навыкам ведения детей на амбулаторно-поликлиническом этапе с учетом профилактической направленности современной педиатрии (организация наблюдения, активов, вакцинации, ухода, питания, диспансеризации и т. д.).

Наш небольшой опыт внедрения методик ИВБДВ по педиатрии для врачей и медсестер показывает важность воспитания у них умения по назначению и контролю за питанием, вакцинацией, диспансеризацией и выполнением связанных с ними процедур и мануальных навыков. В этом направлении немало позитивного вносят программы ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ). Стратегия ИВБДВ объединяет в себе улучшенное ведение болезней детского возрас-

та с вопросами питания, иммунизации и другими важными факторами, влияющими на здоровье ребенка, например, здоровье матери. Целью внедрения стратегии ИВБДВ является целенаправленное снижение детской смертности и заболеваемости. В этих программах импонирует пошаговая оценка состояния больного ребенка с ОКИ и ОРИ, возможность обучения некоторых матерей (молодых, неопытных) способам кормления, обработки кожи, среднего уха, горла, ротовой полости, технике дачи лекарств, нанесения мазей и т. д. В заключение – совет матери: когда обратиться вновь к медицинскому работнику.

Вместе с тем, в программах ВОЗ, на наш взгляд, есть моменты, нуждающиеся в коррекции или дополнении: например, при инфекции дыхательных путей, особенно при нарастании кашля, одышки, лихорадки, необходимо проводить непредусмотренное в программах ИВБДВ рентгенологическое исследование органов грудной клетки, которое даст четкую информацию о наличии пневмонии и др. состояний.

Следует отметить, что обучение работников детских поликлиник и СВА дает много возможностей нам освоить необходимые манипуляции и навыки. Одновременно активное посещение больных детей из группы риска на дому обеспечивает благоприятные возможности воспитания и развития коммуникативных навыков.

Безусловно, еще предстоит немало работы по совершенствованию внедрения ИВБДВ на этапе поликлиники. Недостаточное время на приеме для наложения контакта с родителями ребенка и применения спобосов этой программы. Предстоит отработка методик общения с ребенком в возрасте от 0 до 15 лет; воспитание искусства войти в доверие ребенка и его родителей.

Таким образом, далеко не полностью отработана система и методика внедрения ИВБДВ, где находится целый пласт специфики повышения уровня развития врачей и медсестер, методологии воспитания качества и умения непрерывного саморазвития, воспитания потребности и мотивации в необходимости совершенствования как в личностном, так и профессиональном направлении. Эта компетенция сочетается с весьма сложной работой воспитания врача, гражданина, личности, формирования мировоззрения, включая воспитание качеств самостоятельности, ответственности и востребованности в обществе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Уход за детьми раннего возраста в семье // Методическое пособие ВОЗ, Европейское региональное бюро, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в РК. – 2012. – 41 с.

2 Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня, адаптированное к условиям РК. – 2005. – 365 с.

Тұжырым

А.А. Садирова

ПЕДИАТРИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕ БАЛА ЖАСЫНДАҒЫ НАУҚАСТАРДЫ ИНТЕГРАТИВТІ ЖҮРГІЗУДІ ЕНГІЗУ ЖОЛДАРЫ

Мақалада педиатриялық қызметте, соның ішінде № 8 қалалық балалар емханасында медициналық қызметкерлерді оқыту мақсатында бала жасындағы науқастарды интегративті жүргізуді енгізу жолдары көрсетілген. Күнделікті жұмыста оқыту бағдарламаларын пайдалану қызметкерлерді шынайы профессионалдық қызметке жақындатады, ол өз тарапынан медициналық персоналдың жұмыстағы белсенділігіне объективті әсер етеді, олардың біліктілігін жоғарылатуға көмектеседі.

Summary

A.A. Sadirova

WAYS OF INTRODUCTION OF THE INTEGRATED MAINTAINING PATIENTS OF CHILDREN'S AGE IN THE PEDIATRIC SERVICE

This article describes ways to implement the integrated management of pediatric patients in the pediatric service, in particular the city polyclinic № 8 Almaty, with the training to health workers. The use of training programs in the daily work of employees closer to the real professional work which is objectively reflected in the activity of the medical staff at work, increase their level of qualification.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 616.24.002.5-07-053(075.8)

Б.Ж. ИМАНКУЛОВА

Панфиловский РТД Алматинской области

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Аннотация. Статья о профилактике и раннем выявлении туберкулеза у детей и подростков в Алматинской области (Панфиловский район). В группе детей 5 – 9 лет основным направлением является массовая туберкулинодиагностика и совершенствование методики выявления первичного инфицирования у детей.

Ключевые слова: туберкулез, дети и подростки, профилактика.

Туберкулез остается важной национальной и международной проблемой. За последние 70 лет иммунизация против туберкулеза проведена сотням миллионов людей в большинстве стран мира. За это время накоплен огромный фактический материал, позволяющий объективно определить меру влияния данного профилактического мероприятия на туберкулезную инфекцию. Главным критерием при определении тактики массовой иммунизации является ее биологическая целесообразность в конкретных эпидемиологических условиях. Общепризнано, что, с биологической точки зрения, детский возраст является наиболее уязвимым для туберкулезной инфекции [1]. Поэтому в настоящее время не вызывает сомнений целесообразность вакцинации БЦЖ детей раннего возраста в странах с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу.

Приоритетными направлениями фтизиопедиатрии всегда являлись раннее выявление туберкулезной инфекции и специфическая профилактика. Несмотря на ухудшение общей экономической ситуации в стране, структура работы фтизиопедиатрической службы в Казахстане была сохранена в прежнем объеме [2, 3]. Согласно рекомендациям ВОЗ, иммунизацию вакциной БЦЖ считают одной из наиболее важных мер по предупреждению туберкулеза. В настоящее время она является обязательной в 64 странах и официально рекомендована в 118 странах и территориях. В отечественном здравоохранении на протяжении ряда десятилетий противотуберкулезная иммунизация остается одним из самых массовых мероприятий. Профилактические прививки против туберкулеза осуществляются общей педиатрической сетью. Иммунная система ребенка готова к вакцинации уже с момента рождения, а туберкулез является одной из наиболее опасных инфекций. Причем, чем раньше она будет проведена, тем раньше

иммунная система организма «познакомится» с возбудителем туберкулеза, тем эффектнее будет ее ответ в случае контакта с инфекционным агентом [4, 5]. Вакцинация проводится всем новорожденным при отсутствии медицинских противопоказаний на 1–4 сутки жизни в родильных домах.

Поскольку раннее введение вакцины БЦЖ обеспечивает защиту от самых опасных клинических форм туберкулеза (в частности, от милиарного туберкулеза и туберкулезного менингита), усилия должны быть направлены прежде всего на высокий охват прививками детей в раннем возрасте. Глобальная консультативная группа Расширенной программы иммунизации ВОЗ считает, что иммунизацию вакциной БЦЖ необходимо проводить также во всех группах населения с повышенным риском туберкулезной инфекции. При этом лучше выдерживать интервал не менее одного месяца между иммунизацией вакциной БЦЖ и введением противокоревой и других аналогичных вакцин, которые могут временно угнетать клеточный иммунитет.

Правильно введенная здоровому ребенку вакцина БЦЖ не вызывает осложнений, иммунитет начинает вырабатываться с 2-недельного возраста. Полноценный противотуберкулезный иммунитет формируется до 1 года. Критерием успешной вакцинации является появление постпрививочного рубчика на месте введения вакцины [6].

В Панфиловском районе Алматинской области за 12 месяцев 2012 года родилось 2688 детей, из них вакцинировано БЦЖ – 2659 (99%) новорожденных детей, осложнений после вакцинации в родильном доме не было.

По Панфиловскому району на 2012 год было запланировано проведение пробы Манту 19044 детям и подросткам, сделано 19 459 – 102%. Ревакцинировано 1136 (87,9%) детей. По району за 12 месяцев «БЦЖитов» после ревакцинации не отмечено.

По району сформирована группа риска среди детей, которая составила 15511 детей, 46% от детского населения. За 2011 год этот показатель составил 50% (16 597 детей), т. е. отмечается тенденция к снижению. Всем детям из группы риска проведена проба Манту, в у 1087 детей выявлен вираж туберкулиновой пробы, в 51 случае выявлена гиперергическая рекция. За аналогичный период 2011 года эти показатели составили 1262 и 83 соответственно.

После комплексного обследования у 5 детей (в с. Уч-Арал, г. Жаркент, с. Алтуй, с. Ават) выявлен первичный туберкулез, таким образом, заболеваемость туберкулезом среди детей по Панфиловскому району составила 14,8 на 100 тыс. населения. Из 5 заболевших детей в 4 (80%) случаях выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и в 1 (20%) случае – первичный туберкулезный комплекс.

Количество впервые выявленных за 2012 год контактных детей с БК(+) - 97 (в 2011 г. - 101), с БК (-) - 29 (в 2011 г. - 48). Всего на диспансерном учете по контакту БК (+) состоит 189 детей (191 в 2011 г.) и БК (-) - 42 детей (60 в 2011 г). Всем контактным детям после исключения активного процесса проведена химиопрофилактика.

По Панфиловскому району отмечается снижение заболеваемости туберкулезом среди подростков – в 2012 году до 67,6 по сравнению с 2011 годом (78,1 на 100 тысяч).

На 2012 год было запланировано проведение профилактических осмотров 4971 подросткам, процент выполнения осмотров составил — 95,4%. У 25 подростков выявлены изменения в легких, в том числе у 5 подростков (с. Учарал, с. Лесновка, с. Чолакай, с. М. Чиган, с. Н-Пиджим) при профилактическом флюорографическим методе выявлен специфический процесс в легких, во всех случаях инфильтративный туберкулез легких без распада легочной ткани.

На диспансерном учете состоят как контактные с БК (+) 21 и БК (–) 6 подростков. Всем подросткам проведена контролируемая химиопрофилактика. Случаев заболевания активным туберкулезом среди контактных детей и подростков не отмечено.

В Панфиловском районе для оздоровления контактных детей действует специализированный детский сад «Болашак» на 45 коек. В детский сад «Болашак» направлено – 52 ребенка (2011 г. – 69). За 12 месяцев оздоровлено 77 детей (2011 г. – 54 детей). 44 ребенка продолжают посещать детский сад.

В санаторий «Шымбулак» направлено на оздоровление 159 (2011 г. – 101) ребенка.

В санаторий «Куншуак» направлено на оздоровление 123 (2011 г. – 194 ребенка), санаторий «Боровое» 11 (4 – 2011 г.) детей.

По результатам анализа на примере Панфиловского района отмечается снижение заболеваемости по туберкулезу, в результате 100%-ного охвата детей вакцинацией и ревакцинацией, оздоровлением детей из очагов туберкулезной инфекции и виражных детей, 100%-ным охватом профилактическим осмотром подростков.

Показатели заболеваемости по возрастным группам наиболее высоки у детей 8—14 лет жизни. Очевидно, это обусловлено началом контакта с большим числом людей и снижением защитного действия вакцинации БЦЖ к этому возрасту. Повышенная заболеваемость туберкулезом детей в данной возрастной группе требует не только особого внимания с целью предупреждения возникновения у них туберкулеза, но и разработки специальных программ. Таким образом, проведенный анализ по структуре заболеваемости детей и подростков показал, что качественно проведенная иммунизация вакциной БЦЖ при рождении ребенка способствует длительному сохранению противотуберкулезного иммунитета [7, 8].

Заключение: при проведении противотуберкулезных мероприятий среди детей необходимо учитывать возрастную группу. В младшей возрастной группе особое внимание следует обращать на детей с клиническими проявлениями, характерными для первичной туберкулезной инфекции. В группе детей 5–9 лет основным направлением является массовая туберкулинодиагностика и совершенствование методики выявления первичного инфицирования у детей. В старшей возрастной группе детей наряду с массовой туберкулинодиагностикой большое значение приобретает работа с группами риска по внелегочному туберкулезу. У подростков основным методом выявления туберкулеза является лучевая диагностика, которую на территориях с высокой заболеваемостью в данной возрастной группе целесообразно проводить дифференцированно: учащимся школ – в 15 и 17 лет, остальным социальным группам подростков – в 15, 16 и 17 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Аксенова В.А.* Специфическая профилактика туберкулеза у детей и подростков и методы ее усовершенствования: Диссерт. докт. мед. наук. М., 1993.
- 2 Закирова Н.Р. Осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ у детей на территории России (частота, причины возникновения и клинические проявления): Диссерт. канд. мед. наук. М.,1998.
 - 3 Митинская Л.А. Противотуберкулезная ревакцинация БЦЖ. М., 1975.
- 4 Expanded Programme on Immunization. // Global Advisory Group (1990). Part II. Wkly Epidemiol. Rec., 1991. V. 66. P. 9–12.
 - 5 *Iidirin I., Sapan N., Cavucsoglu B.* Arch. Dis. Child. 1992. V. 67. P. 80–82.
 - 6 Milstien J., Gibson J. Bull. Wid Hith Org. 1989. V. 68. P. 93-108.
 - 7 Sirivanin S. et al. Pediatr. Infect.//Dis. J. 1991. V. 10. P. 359–365.
 - 8 Smith D., Harding G. Document TRI/SCG/79.6.1. Geneva: WHO, 1979.

Тұжырым

Б.Ж. Иманкулова

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ МЕН ЕРТЕ АНЫҚТАУ

Бұл мақала Алматы облысы Панфилов ауданының балалары мен жасөспірімдерінде туберкулездің алдын-алу мен ерте анықтау шаралары жайында. 5–9 жас аралығындағы балаларда топтық туберкулодиагностика және балалар арасында алғаш инфицирленгендерді анықтау әлісі колланылды.

Summary

B.Zh. Imankulova

PREVENTION AND EARLY DETECTION OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

This article is about the prevention and early detection of tuberculosis in children and adolescents Almaty region, Panfilov district. In the group of 5–9 years, the main focuses are the massive diagnosis of tuberculosis and improve the methods of detection of primary infection in children.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616-053.2

Т.Ж. БЕКНАЗАРОВА

Центр первичной медикосанитарной помощи «Кулагер», г. Алматы

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Аннотация. В статье представлены краткие сведения о клинике диареи, результатах лечения этого заболевания и важнейшие рекомендации по питанию больного ребенка.

Ключевые слова: диарея, больные дети, лечение, питание.

Острые инфекционные диареи – одна из наиболее распространенных групп заболеваний, которые встречаются в практике педиатра и семейного врача. Характеризуются преимущественно фекально-оральным путем передачи и клиническими проявлениями расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

По статистике дети болеют диареей 1,3 раза в год, а в некоторых регионах до 9 раз. Летальный исход больных острой инфекционной диареи может наступить при необратимых состояниях — при обезвоживании (гиповолемический шок), острой почечной недостаточности (ОПН), инфекционно-токсического шока.

Диарея (понос) — это частые (5 и более раз) дефекации, при которых стул имеет жидкую консистенцию. Сам по себе понос, как симптом диареи, не опасен. Опасны последствия в виде обезвоживания и потери микроэлементов.

Источником кишечных инфекций является человек и/или животные. Для детей раннего возраста ведущим путем передачи является контактно-бытовой, у детей старшего возраста и взрослых инфекция чаще распространяется пищевым и водным путями.

Заражение острыми кишечными инфекциями происходит через пищеварительный тракт. Особенности течения инфекционного процесса зависят от большого количества факторов: дозы и свойств (способность к инвазии, продукция экзо- и эндотоксинов, их тропизм действия) возбудителя, возраста больного, состояния организма и прочее.

Причины поноса

Понос обычно вызван вирусной или бактериальной инфекцией и пищевым отравлением.

Выделяют инвазивные (бактериальные), секреторные (водянистые и осмотические) и смешанные типы диарей.

Клинически острые кишечные инфекции характеризуются симптомами интоксикации (вялость, снижение аппетита, повышение температуры тела и др.), развитием диарейного синдрома (понос, рвота). Особенности симптомокомплекса зависят, прежде всего, от этиологического фактора болезни. Бактериальные инфекции характеризуются отчетливыми симптомами интоксикации, лихорадкой, повторной рвотой, схваткообразными болями в животе. Испражнения имеют примеси слизи, гноя, крови. При секреторных диареях фекалии жидкие водянистые, обильные.

При вирусных диареях проявления токсикоза незначительны. Характеризуются повышением температуры, мышечными и головными болями, у половины пациентов – катаральными явлениями. Испражнения жидкие, обводненные, понос с выделением пены, газов [1].

При ведении ребенка с диареей подробная история кормления важна. Также необходимо выяснить следующие аспекты анамнеза:

- характер диареи:
- частота стула;
- число дней, в течение которых продолжается диарея;
- кровь в стуле;
- сообщения о местных вспышках холеры;
- недавно проведенное лечение антибиотиками или другими препаратами;
- приступы плача с развитием бледности.

Необходимо выяснить, нет ли признаков умеренного или тяжелого обезвоживания:

- беспокойство или повышенная раздражимость;
- заторможенность/пониженный уровень сознания;
- запавшие глаза;
- кожная складка расправляется медленно или крайне медленно;
- ребенок пьет с жадностью или, напротив, пьет плохо, или не может пить.
- кровь в стуле;
- признаки тяжелого обезвоживания;
- пальпируемые уплотнения в брюшной полости;
- вздутие живота.

Основанием для постановки диагноза тяжелого обезвоживания служит наличие у ребенка с диареей любых двух из следующих признаков:

заторможенность или отсутствие сознания; запавшие глаза; кожная складка расправляется очень медленно (2 секунды или более); не может пить или пьет плохо.

Лечение

Детям с тяжелым обезвоживанием необходимо быстро провести в/в регидратацию, а затем – оральную регидратационную терапию.

Начинайте вводить в/в жидкости немедленно. Пока производится установка капельницы, дайте раствор ОРС, если ребенок может пить.

Проводить у всех детей с диареей бактериологические посевы проб стула нет необходимости.

Три важных элемента в ведении всех детей с диареей – регидратационная терапия, применение пероральных препаратов цинка и продолжение кормления.

При диарее повышается потеря воды и электролитов (натрий, калий и бикарбонаты) с жидким стулом. Если эти потери не восполняются адекватно и создается дефицит воды и электролитов, развивается состояние обезвоживания. Степень обезвоживания классифицируется в соответствии с симптомами и признаками, отражающими количество потерянной жидкости, режим регидратации выбирается в соответствии со степенью обезвоживания [2].

Цинк является важным микроэлементом для общего здоровья и развития ребенка. При диарее он теряется в больших количествах. Восполнение потерь цинка важно для поддержания и восстановления здоровья ребенка в последующие месяцы. Практика показала, что добавки цинка в период диареи уменьшают продолжительность заболевания и его тяжесть, а также снижают вероятность новых случаев диареи в последующие 2—3 мес. Поэтому всем детям с диареей необходимо назначать препараты цинка как можно быстрее после начала заболевания. Уменьшение потребления пищи и всасывания питательных веществ при диарее, а также увеличение потребностей в микроэлементах часто сочетаются и обусловливают потерю веса и остановку роста. В свою очередь, на фоне недостаточности питания диарея может протекать тяжелее, более длительное время и возникать чаще, чем у детей с нормальным статусом питания.

Этот порочный круг можно разорвать, давая детям богатую микроэлементами пищу, во время диареи и когда ребенок здоров.

Антибиотики не следует использовать рутинно. Они достоверно полезны только в случаях диареи с кровью (возможно, шигеллез), при подозрении на холеру с тяжелым обезвоживанием, а также при других серьезных некишечных инфекциях, например при пневмонии. Маленьким детям с острой и затяжной диареей или дизентерией не следует давать противодиарейные и противорвотные средства: они не предотвращают обезвоживание и не улучшают статус питания, а некоторые из них имеют опасные, иногда смертельные побочные действия [1].

Рекомендации по питанию ребенка

Очень важно обеспечить адекватное питание, поскольку диарея оказывает очевидный отрицательный эффект на статус питания. Однако кормление часто сопряжено с трудностями из-за отсутствия аппетита. Появление аппетита является важным признаком улучшения. На протяжении всего периода болезни следует продолжать грудное кормление, по возможности через более частные интервалы, чем обычно, поскольку ребенок за одно кормление съедает меньше, чем когда он здоров. Дети в возрасте 6 мес. и старше должны получать обычную пищу. Старайтесь, чтобы ребенок ел, давайте ему возможность выбрать то, что он больше любит [1].

Таким образом, профилактика и своевременное лечение обезвоживания предотвращает опасные последствия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Белоусова Е.А., Златкина А.Р.* Синдром диареи в практике гастроэнтеролога: патофизиология и дифференцированный подход к лечению // Фарматека. -2003. -№ 10. -C. 65–71.
- 2 Приказ МЗ РК № 656 от 19 декабря 2008 года «О внедрении метода интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста в Республике Казахстан».

Тұжырым

Т.Ж. Бекназарова

УЧАСКЕЛІК ПЕДИАТР ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСІНДЕ ДИАРЕЯНЫҢ ОРНЫ

Аталған мақалада диареяның қысқаша клиникалық көрінісі, емдеудің нәтижесі мен науқас баланың тамақтануына қажетті аса маңызды ұсыныстар келтірілген.

Summary

T.Zh. Beknazarova

DIARRHEA IN THE PRACTICE OF THE DISTRICT PEDIATRICIAN

This article presents a summary of the clinical diarrhea, results of treatment of this disease and the most important dietary recommendations for sick child.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.5-004.1

Ф.К. СМАИЛОВА, А.М. МЫРЗАХМЕТОВА, Ж.А. ЖАБАТАЕВА, А.М. КАЛИЕВА, А.С. ЧИМКЕНТБАЕВА, А.М. ЧЫНЫКУЛОВА

Батыс Қазақстан облыстық клиникалық ауруханасы, Орал қ., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ЖҮЙЕЛІ СКЛЕРОДЕРМИЯ ДИАГНОЗЫ БОЙЫНША КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Аннотация. Мақалада жүйелі склеродермия ауруы туралы қысқаша мәлімет пен аурудың клиникалық жағдайдағы сипаттамасы көрсетілген.

Кілттік сөздер: ауру, жүйелі склеродермия, клиникалық жағдай.

Жүйелі склеродермия (ЖС) – терінің, тамырлардың, тірек-қимыл жүйесінің және ішкі ағзалардың зақымдануымен жүретін аутоиммундық ауру. Бұл дерттің негізінде майда тамырлардағы қан айналым бұзылысы, қабыну және жайылмалы фиброз жатыр.

Таралу жиілігі ЖС 1 млн адамның ішінде шамамен алғанда 50 мен 300 жағдайда кездеседі. Бұл аурудың бір тұқымдас туыстар, қара нәсілділер және ерлерге қарағанда әйелдер арасында жиі таралуы басым. Көбінде 30–50 жас аралығындағы кісілер ауыруы мүмкін [1].

Алып келетін себебі: ЖС этиологиясы толық зерттелмеген аурудың бірі болып табылады, бірақ әртүрлі генезді факторлардың себебінен дамуы тіркелген. Оларға сыртқы және ішкі жағымсыз әсерлер, соның ішінде: инфекциялық агенттер (вирустар), химиялық токсикалық заттар зияндылығы (органикалық заттар, винилхлорид, тағамдық қосындылар) және эндокринді бұзылыстар жатады [1].

Соңғы жылдарда кейбір дәрілік заттардан, пестицидтерден дамитын ЖС кездесуі байқалуда [2].

Ауру көрінісі ЖС клиникасы әртүрлі болып келеді, сол себептен науқастарға бастапқыда басқа диагноздар қойылып жатады. Аурудың алғашқы белгілері жиі Рейно синдромымен, терінің және ас қорыту жүйесінің зақымдануымен көрініс береді. Кейіннен бірнеше ай немесе жылдар өткенде ішкі ағзалар жағынан да өзгерістер қосылады.

Тері зақымдалуы Ең алғашқы диагностикалық белгінің бірі. Теріде бастапқыда ісіну пайда болады, кейіннен оның тығыздалып жылтырауы орын алады. Көп жағдайда бұл үдерістер бет және кеуде терісінде өтеді. Нәтижесінде әжімдердің жазылуынан науқастың бет терісі «маска» тәрізденеді. Сонымен қоса зақымдалу терідегі гиперпигментация мен депигментация ошақтарының дамуымен көрінеді.

Рейно синдром аурудың жиі кездесетін белгісі. Бұл дегеніміз қолдың І және IV саусақтарының аймағында темекі тартқанда, суыққа шыққанда, қолын суық суға малғанда ауру, ұю, қыздыру сезімдерінің пайда болуымен және саусақтардың қызарып ісінуімен көрініс беретін синдром. Кейде бұл қол емес, аяқ саусақтарында, бетте, ерінде де болуы мүмкін.

Ас қорыту жүйесі 50–80%-ға дейін өңеш пен ішектер зақымдалады [2]. Өңештегі өзгерістер дисфагия, гастроэзофагиальды рефлюкс, оның бұлшық етінің атрофиясымен сипатталады, оны — склеродермиялық эзофагит деп атайды. Гастроэзофагиальды рефлюкс нәтижесінде — эрозиялар, жаралар, соңында тіпті Баррет өңеші дамиды. Асқазандағы өзгерістер оның гипотониясы мен кеңеюі, ал ішектерде сіңірілу бұзылысы синдромы және диареямен өтеді.

Тыныс алу және жүрек-қантамыр жүйесі

Тыныс алу жүйесіндегі бұзылыстар науқастардың 70%-дан астамында кездеседі [3]. Олардың зақымдалуы фиброздаушы алвеолит, диффузды пневмосклероз, өкпе гипертензиясы түрінде жүреді. Осы өзгерістер тыныс жетіспеушілігіне алып келетін өлім себебі болып табылады.

ЖС-да жүрек-қантамыр жүйесінің қосылуы перикардит (жиі жасырын түрде өтеді, тек ЭхоКг да анықталады), жүрек өткізгіштігі бұзылысы және клапандар зақымдалып, жүрек ақауларының дамуымен көрініс береді. Осының барлығы үдемелеп, жүрек шамасыздығына соқтырады.

Тірек-қимыл жүйесі зақымдалуы алғашқы және жиірек кездесетін белгісіне полиартралгиялар (бірнеше буындардағы ауру сезімі), сирек полиартриттер жатады.

Сүйектердің дистальды фалангтарының остеолизі есебінен, саусақтардың қысқаруы, деформациясы болады. Сонымен бірге қаңқа бұлшық еттерінің миалгиясы мен атрофиясы дамиды.

Басқа ағзалар ішінен сирек жағдайда зәр шығару, нерв және эндокриндік жүйе жағынан өзгерістер кездеседі.

Жалпы белгілер: Ауру өршуі және жүйелі зақымдану дамып жатқан кездерде науқастың дене салмағын жоғалту, дене қызуының субфебрильді деңгейге көтерілу белгілері болады.

Клиникалық жағдай

Науқас А., жұмыссыз, 32 жаста, ауыл тұрғыны. Науқас төмендегі шағымдар бойынша облыстық клиникалық ауруханаға аллерголог-дерматолог кеңесіне келген: бет терісінің ісінуі мен тығыздалуы, бетінің тырысу сезімі, қол саусақтарының суыққа шыққанда ісініп қызаруы және қызуы, ауру сезімі, тағам қабылдағанда жұтынудың қиындауы, жиі кекіру, қыжыл. Сонымен қатар жалпы әлсіздік, мазасыздық, тез шаршағыштық, ашуланшақтық, тәбетінің бұзылуы мазалайды.

Жоғарыдағы шағымдар науқасты бір жыл көлемінде мазалап келуде. Алғашқыда бет және мойын аймағында тырысу сезімі пайда болып, ал соңғы 3 ай ішінде ол сезімдер күшейе түсуіне байланысты науқас тұрғылықты тіркелген жерінде терапевт дәрігерге қаралып, емделді. Емнің нәтижесіздігіне байланысты дерматолог кеңесінде болып, он күндік емдеу курсын қабылдаған. Жергілікті емнің әсерінен науқастың бет терісі ісініп, бет және мойын аймағында күйікке ұқсас жаралар пайда болды. Сонымен

қоса шаштарының түсуі күшейген. Жоғарыдағы шағымдардың күшеюіне байланысты науқас облыстық клиникалық ауруханаға диагнозды нақтылау үшін жолданды.

Қарап тексеру нәтижесінде: мимикасы жоғалған, эмоционалды тұрақсыз. Бетінде және мойын аймағында орташа көлемді жаралар, тығыздалу ошақтары анықталды. Жаралар арасы мен көз маңы терісі қызарып ісінген. Мойын терісінде гиперпигментация және депигментация ошақтары кезектесіп орналасқан. Лимфа түйіндері ұлғаймаған. Қол саусақтарының бұлшық еттерінің атрофиясы, терісінің тырысуы, буындарының бұгу қызметінінің шектелуі және аздаған ауру сезімі анықталады. Басқа ағзаларда өзгерістер анықталмады.

Зерттеу нәтижесінде науқас ревматолог кеңесіне жолданып, науқасқа «Жүйелі склеродермия» диагнозы қойылды.

Қорытынды. Сонғы жылдардағы зерттеу нәтижесіне байланысты науқасқа адекватты терапия жүргізілгеннен кейін, ЖС бойынша өлім көрсеткіші төмендеуде [3].

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Armando Gabrielli, M.D., Enrico V. Avvedimento, M.D., and Thomas Krieg MECHANISMS OF DISEASE //The New England Journal of Medicine, M.D. N. Engl J. Med. 2009. № 360. P. 1989–2003.
- 2 *Насонова Е.Л., Насоновой В..А.* (ред.). Клиническая ревматология / Национальное руководство. М., ГОЭТАР МЕДИА , 2008. С. 15–20.
- 3 *Гусева Н.Г.* Системная склеродермия. Клиника. Диагностика. Лечение. PAMH, 2012. www.rheumatolog.ru

Резюме

Ф.К. Смаилова, А.М. Мырзахметова, Ж.А. Жабатаева, А.М. Калиева, А.С. Чимкентбаева, А.М. Чыныкулова

КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПО ДИАГНОЗУ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

В статье представлены краткие сведения о системной склеродермии и приведено описание клинического случая данного заболевания. По последним сведениям после адекватной терапии показатель смертности от склеродермии понизился.

Summary

F.K. Smailova, A.M. Myrzakhmetova, Zh.A. Zhabataeva, A.M. Kalieva, A.S. Chimkentbayeva, A.M. Chynykulova

CLINICAL CONDITION AT DIAGNOSIS OF SYSTEMIC SCLEROSIS IN THE PRACTICE

This article presents a summary of systemic sclerosis and describes a clinical case of the disease. According to recent reports, after adequate therapy the mortality rate dropped from scleroderma.

Ф.К. СМАИЛОВА, Б.С. КАЛЫМБЕТОВА, А.Е. ЖУНУСОВА, М.С. ЗАМАРХАНОВА, И.С. КАЛДАРБЕКОВА, Р.И. КАЛЕКЕЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

САУАЛНАМА ЖОЛЫМЕН АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯМЕН НАУКАСТАРДЫ ЕМДЕЛУГЕ БЕЙІМДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Аннотация. Халықтың артериялдық гипертония, оның асқынулары мен емделуге бейімділігі жайында ақпараттануына баға берілді. Жұмыс барысында 25 сұрақтан тұратын сауалнама құрастырылды.

Кілтті сөздер: артериялдық гипертония, сауалнама жүргізу, асқынулар, ауруды емдеу.

Мәселенің өзектілігі: Артериалды гипертензия (АГ) жүрек- қантамыр жүйесі, миқантамырларының, бүйрек ауруларының даму қауіптілігін тудыратын негізгі фактор. Қазақстан Республикасында АГ таралуы ересектер арасында орташа 24,3% құрап, қан айналым жүйесі аурулары ішінде ЖИА (39%) кейін екінші орынды (37%) алады. ҚР қан айналым жүйесі ауруларының өлім көрсеткіші 1975–2007 жж. 2 есе көбейді, Европа мемлекеттерінің летальділік көрсеткіштерінен 2 есе жоғары болды (867,9 қарсы 448,0–100 мың халықтың) [1].

2010 ж. РМОАГ/ВНОК-тың АГ бойынша ұсынылымдарына сәйкес артериалық қан қысымы деңгейі 140/90 мм. с. б. жоғары болмауы керек, ал гипертензияның асқынған ағымды түрінде бақылау қатаң түрде жүру керек. Мысалы: кант диабеті кезінде АҚҚ деңгейі 130/85 мм. с. б. ал бүйрек жетіспеушілігінде 125/75 мм. с. б. сай [1,2].

АГ түсіру және АҚҚ көзделген деңгейге жетудің неғұрлым тиімді шарттары науқастардың дәрігер ұсынылымдарын уақытылы, тұрақты түрде бақылауы және емдеуге құлшынысының жоғары болуы. Тәжірибелік дәрігерлердің анықтауы бойынша тиімді АГ төмендеуі тек 5–10% науқастарда байқалады, себебі АГ-мен науқастардың емдеуге бейімділік 50–60% құрайды. Бұл науқас тағайындалған антигипертензивтік дәрілердің жартысын ғана қабылдайтынын білдіреді. Ал аурулардың бір бөлігі (16–60%), әсіресе алғашқы анықталған гипертониясы бар науқастар, антигипертензиялық препараттарды 1 жыл ішінде қабылдауды мүлде тоқтатады. Жүргізілген емге, ұсынылымдардың орындалмауына қарамастан және гипотензивті әсерінің жетіспеушілігі, нысана мүшелерге, АГП әсерін төмендеуіне, ЖҚЖ асқынуларының жоғары қауіптілігін жоғары деңгейде сақталуына әкеледі [3].

Зерттеу мақсаты: Халықтың АГ-мен оның асқынуларымен, емделуге бейімділігі жайында хабардар болуын бағалау.

Зерттеу әдістері: 25 сұрағы бар сауалнамалық құрастырылды. Сауалнамалықта жасы, жынысы, мекен-жайы, бойы, салмағы, білімі, кәсібі, қауіп факторларының болуы, АГ-нің бар-жоғы, АГ асқынуларын білу, емдеу бойынша сұрақтар еңгізілген. Сауалнама жабық түрде қалалық емханаға келушілермен екі тілде жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері: Сауалнамаға 20–70 жас аралығындағы 128 адам қатысты. Олардың 60 – ер адам, 46,8% құрайды. Сұралғандар ішінде АҚ деңгейін бақылайтындар 82,9% екені анықталды. Сауалнама жүргізгендер арасында 42,2% АҚҚ зардап шегеді. АҚҚ зардап шегетіндердің жас мөлшері 30–70 жас аралығында тербеледі (орташа 54

жас), ер адам -28 (51,8%), әйелдер -26 (48,2%). А Γ ауыратын науқастардың арасында жоғары білімі барлар 35,3%, орта мамндандырылған 41,2%, орташа 23,5% науқас болды. Сұрастыру кезінде жұмысшылар -41% науқас, зейнеткерлер -11,7%, қалғандары емханаға қаралатындар -35,3%.

АҚ бар науқастарды қауіп-қатер факторына сараптама жасағанда 35% жүрек-қантамыр ауруларымен және қант диабетіне тұқымқуалаушылыққа бейімділік, 18,5% – темекі шегетіндер анықталды. Сұралғандар арасында артық дене салмақ бар, анықталғандар – 47%, емдәм сақтайтындар тек – 35,5%, белсенді өмір салтын ұстанатындар – 47%. Сұралғандардың ішінде өзінің холестерин деңгейін білетіндер – 65%, АҚ ауыратын науқастардың ішінде тек – 40% біледі. Гипотензивті терапияны 47% науқас қабылдайды, үнемі алатыны – 29,4%. Қалған 53% науқас жағдайы нашарлағанда және криз кезінде ғана дәрілерді қабылдайды.

32,8% наукас гипотензивті мақсатта қолданылатын дәрілерден АПФИ көрсетті-капотен, энам, анаприлин, престариум, 14,2% — конкор. Сұралғандардың бірде — бірі комбинирленген препараттарды көрсетпеді. Өздігінен АҚ бақылауды — 67% наукас жургізеді, 47% АҚ өлшеу жиілігі айына 2–8 ретке дейін, 20% айына — 1 рет. АГ асқынулары жайлы — 58,8% науқастар ақпараттандырылған. Көпшілік бөлігі АГ асқынуларының ішінен миокард инфарктын, стенокардияны, ырғақ бұзылысын, ми қанайналымының бұзылысын атап шықты. Сұралғандардың ішінде ешкім АГ нәтижесінде бүйрек жетіспеушілігінің түзілуін көрсетпеді.

Қорытынды және ұсыныстар: Көп жағдайда науқастар емді дұрыс қабылдамаған. Сұралғандар салауатты өмір салтының міндеттерімен ақпараттандырылған, бірақ оны дұрыс сақтамайды. Көп науқастар антигипертензивті емді дәрігердің ұсынысындағы 2–3 аймен шектеледі деп ойлайды. Ол емнің нәтижесінің төмендеуіне, үлкендердің мүгедектілігінің және өлім-жітімділігінің өсуіне, халықтың еңбекке жарамдылығы, мемлекеттің биік экономикалық жоғалуына алып келеді. Мұндай жағдай дәрігерден АҚ даму механизмінің белсенді қалыпта жоспарлы түрде түсіндірілуін, науқастарда салауатты өмір салты және емдеуге құлшыныс міндеттерін түзуін қажет етеді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Кардиологтардың I Евразиялық конгресс және Казақстан кардиологтардың //III Ұлттық конгрессінің тезистері. Астана, 2009. С. 15–20.
- 2 Клинические рекомендации, разработанные рабочей группой Европейского общества кардиологов и Европейского совета по реанимации // Международный журнал медицинской практики. -2000. -№ 7.
- 3 *Ощепкова Е.В., Исаева Л.Г.* Низкая приверженность больных артериальной гипертонией к лечению: подходы к ее улучшению. Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ $P\Phi$. М., http://medicina-online.ru.

Резюме

Ф.К. Смаилова, Б.С. Калымбетова, А.Е. Жунусова, М.С. Замарханова, И.С. Калдарбекова, Р.И. Калекеева

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В статье дана оценка осведомленности населения об артериальной гипертонии, ее осложнениях, приверженности к лечению. Разработана рабочая анкета, содержащая 25 вопросов.

Summary

F.K. Smailova, B.S. Kalymbetova, A.E. Zhunusova, M.S. Zamarhanova, I.S. Kaldarbekova, R.I. Kalekeeva

USING QUESTIONNAIRES TO ASSESS THE ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS' ADHERENCE TO TREATMENT

Given the estimation of public awareness of hypertension and its complications, treatment adherence. For this aim developed a working questionnaire containing 25 questions.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.1

Н.В. АБУОВА, Ф.А. АЧАБАЕВА, Г.Н. АЛИАКПАРОВА, И.А. ГОНЧАРОВА, А.С. МУСАХАНОВА, А.А. ХАСАНГАЛИ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Аннотация. В данной обзорной статье показан современный комплексный подход к ведению больного после ЧКВ. Отражен положительный эффект как медикаментозного ведения, так и немедикаментозных мероприятий, которые повышают качество жизни, закрепляют полученный положительный эффект.

Ключевые слова: Инвазивные методы, чрескожное коронарное вмешательство, ИБС, атеросклероз, профилактика.

В нашей стране ведущей причиной смертности, особенно в трудоспособном возрасте, является ишемическая болезнь сердца (ИБС). При этом заболевании, связанном с атеросклерозом коронарных артерий, могут применяться как медикаментозные, так и инвазивные методы лечения, причем последние обязательно должны сочетаться с полномасштабной лекарственной терапией. Инвазивные методы — чрезкожные коронарные вмешательства (ЧКВ), в том числе стентирование и коронарное шунтирование (КШ) играют значительную роль в решении двух основных задач при лечении ИБС. Первая — улучшить прогноз, предотвратить возникновение инфаркта миокарда (ИМ) и внезапную смерть и, соответственно, увеличить продолжительность жизни. Вторая — уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии и тем самым улучшить качество жизни пациента [1].

Успешно выполненное ЧКВ приводит у большинства больных к устранению или уменьшению приступов стенокардии (ишемии миокарда), а в некоторых случаях предотвращает развитие острого коронарного синдрома (ОКС), улучшает отдаленный прогноз. Однако ЧКВ не устраняет причину ИБС — атеросклероз, а лишь нивелирует патофизиологическое влияние гемодинамически значимой атеросклеротической бляшки. Атеросклеротический процесс может прогрессировать как в стентированном или баллонированном, так и в других сегментах коронарного русла. Кроме того, имплантация инородного тела — стента может породить ятрогенную болезнь — тромбоз стента, который может развиться и в отдаленном периоде. В этой ситуации необходимо неукоснительно соблюдать все меры вторичной профилактики ИБС, для которых доказано снижение риска развития коронарных и церебральных осложнений, сердечно—сосудистой смертности у больных после ЧКВ [1, 2].

Немедикаментозные мероприятия: Прекращение курения является одной из самых важных мер по изменению образа жизни больных ИБС, поэтому всем пациентам необходимо настоятельно рекомендовать бросить курить. Разумно подчеркивать вредное влияние курения именно на сердечно-сосудистую систему, в том числе обратить внимание на высокую вероятность повторного вмешательства в будущем при его продолжении. При невозможности прекращения курения сразу рекомендуется разработка плана постепенного сокращения числа выкуренных сигарет. В период отмены для уменьшения абстинентных симптомов возможно использование никотиновых пластырей, а также применение других способов фармакопрофилактики. Больной должен не только отказаться от активного курения, но и избегать нахождения в помещениях, где курят другие люди (пассивное курение). Всем больным после ЧКВ при выписке необходимо рекомендовать увеличение физической активности. Уровень физической активности должен быть индивидуализирован с учетом полноты реваскуляризации, наличия перенесенного ИМ, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и т.д. Если больной без ИМ, ХСН в анамнезе после полной реваскуляризации, сразу после заживления места пункции практически не имеет ограничений в плане физической нагрузки, то больной с ХСН или недавним перенесенным ИМ требует специальной реабилитации с постепенным увеличением и расширением уровня нагрузки. В целом пациентам после вмешательства, как и другим больным ИБС, рекомендовано не менее 30-60 мин, умеренной аэробной активности несколько дней в неделю (в идеале - ежедневно). Классическим примером умеренной аэробной активности является быстрая ходьба, однако возможны и занятия домашними делами, работа на даче и др.

Во время нахождения в стационаре пациентам обязательно рассчитывают индекс массы тела (ИМТ), а также измеряют окружность талии. Если ИМТ выше 24,9 кг/м2, необходим комплекс мер, направленных на снижение веса. Они обязательно включают уменьшение калорийности потребляемой пищи, увеличение физической активности. Важно подчеркнуть, что снижение веса должно носить постепенный характер. Первой целью является снижение массы тела на 10% и закрепление полученного результата. В дальнейшем возможно снижение веса для достижения ИМТ менее 24,9 кг/м². Кроме того, при окружности талии у женщин 89 см и более, а у мужчин 102 см и более требуются дополнительные меры, связанные с лечением метаболического синдрома.

У пациентов с сахарным диабетом (СД) необходимо проводить комплекс мер, включающих диетические мероприятия, прием гипогликемических препаратов с целью снижения уровня гликированного гемоглобина менее 6,5%. При этом особое значение имеют нормализация веса, увеличение физической активности, достижение целевого уровня АД и нормализация липидного профиля. Все эти меры должны координироваться эндокринологом.

Больным с уровнем АД 140/90 мм рт. ст. и выше необходимо рекомендовать комплекс мер, направленных на снижение уровня АД. Эти меры включают в себя снижение веса, увеличение физической активности, ограничение употребления алкоголя, снижение употребления поваренной соли, увеличение потребления свежих овощей и фруктов, а также молочных продуктов с низким содержанием жира. В случае назначения гипотензивной терапии следует начинать с b—блокаторов, ингибиторов АПФ, а при необходимости добавить другие препараты [3,4].

Медикаментозное лечение: Важнейшее значение среди мероприятий вторичной профилактики придается коррекции уровня липидов крови. Обязательно назначение гиполипидемической диеты, включающей снижение уровня потребления насыщенных жиров — менее 7% от общего калоража пищи; ограничение употребления продуктов

с высоким содержанием холестерина (в идеале — со снижением потребления общего холестерина до уровня менее 200 мг в сутки). Рекомендуется увеличить потребление пищевых волокон до уровня более 10 г в сутки, растительных стеролов, станолов — до 2 г и более в сутки, что также дополнительно снижает уровень ХС ЛПНП. Липидоснижающая терапия. Важнейшим направлением медикаментозного лечения больных ИБС является применение лекарственных средств, понижающих содержание липидов в крови. Основными средствами, снижающими уровни холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) в плазме крови, являются ингибиторы синтеза холестерина — статины. Наиболее важной целью коррекции липидного профиля является снижение уровня ХС ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, а у пациентов высокого риска — менее 1,8 ммоль/л. Одним из наиболее широко применяемых статинов в клинической практике является аторвастатин.

Аторвастатин (Атомакс) назначают в среднем 10 мг 1 раз/сут. Доза варьирует от 10 до 80 мг. Препарат можно принимать в любое время дня независимо от приема пищи. Дозу подбирают с учетом исходных уровней холестерина/ЛПНП. В ретроспективном исследовании Walter с участием 525 больных было показано, что применение статинов после стентирования привело к меньшей частоте ангиографически определяемого рестеноза с 38% в группе плацебо по сравнению с 25,4% в группе лечения статинами. Это может быть связано с тем, что в механизме рестеноза после стентирования основную роль играет пролиферация интимы.

В исследовании ARMYDA изучалась гипотеза о профилактическом действии краткосрочного приема статинов при проведении инвазивного лечения. В исследование было включено 153 пациента со стабильным течением ИБС (не получавших ранее статинов), которым предстояло проведение ЧКВ. Больные были рандомизированы в две группы: в одной группе (n=76) в течение 7 дней до проведения вмешательства были назначены статины, вторая группа (n=77) получала плацебо. Через 6 и 24 ч. после проведения ЧКВ у больных измерялись уровни маркеров некроза миокарда — КФК — МБ, тропонина I, миоглобина.

По данным этого исследования, прием статинов в течение 7 дней до проведения процедуры привел к выраженному защитному эффекту. Число больных, у которых отмечалось повышение уровня маркеров повреждения миокарда (выше верхней границы нормы), было равно: по КФК МБ – 12% в группе со статинами против 35% в группе плацебо, по тропонину I-20% в группе со статинами против 48% в группе плацебо, по миоглобину – 22% против 51% соответственно.

Таким образом, статины снижают не только уровень атерогенных липидов, но и риск развития осложнений ЧКВ и оказывают благоприятный эффект на течение заболевания.

Антиагрегантная терапия. Помимо указанных выше мер, выполнение которых требуется для всех пациентов с ИБС, терапия антиагрегантами после ЧКВ имеет ряд особенностей. Это касается двойной антиагрегантной терапии как ацетилсалициловой кислотой (АСК), так и тиенопиридинами. Хотя оптимальная поддерживающая доза АСК у больных после ЧКВ окончательно не установлена, наиболее часто в клинической практике используется поддерживающая доза АСК 75–100 мг/сут., которая обеспечивает практически максимальное действие. Вместе с тем известно, что побочные эффекты действия АСК (в частности, кровотечение и непереносимость со стороны желудочно-кишечного тракта) являются дозозависимыми.

Ситуация усложнилась с появлением стентов с лекарственным покрытием (СЛП) и проблемой поздних ТС. В двух первых главных исследованиях с СЛП TAXUS IV и SIRIUS ACK использовалась в дозе 325 мг/сут. В дальнейшем в других исследовани-

ях применялись различные дозы АСК (от 75 до 325 мг/сут.). Убедительных данных о снижении частоты подострых и поздних ТС при использовании высоких доз АСК (160–325 мг/сут.) по сравнению с низкими дозами (75–100 мг/сут.) нет. С другой стороны, с увеличением дозы АСК растет число геморрагических осложнений, особенно в случае комбинированной терапии с тиенопиридинами. Согласно последним рекомендациям АСС/АНА/SCAI 2007 г., доза и продолжительность приема АСК зависят как от типа стента, так и от риска кровотечения у данного больного. В ранний срок после стентирования (после имплантации ГМС – 1 мес., СПС – 3 мес., СПП – 6 мес.) пациенты должны принимать АСК в повышенной дозе – 162–325 мг/сут. В последующем ее прием должен быть продолжен на постоянной основе в дозе 75–162 мг/сут вне зависимости от типа стента. В случае повышенного риска кровотечений разрешается использовать АСК в дозе 75–162 мг/сут. и сразу после стентирования.

Прием тиенопиридинов является важнейшей профилактической мерой развития тромбоза стента, в том числе и позднего. Согласно современным рекомендациям после имплантации СЛП в случае отсутствия высокого риска кровотечения пациенты должны принимать клопидогрел в дозе 75 мг/сут. в течение, по крайней мере, 12 мес. Часть экспертов рекомендуют после имплантации СЛП в случае низкого риска кровотечений и хорошей переносимости продолжить терапию клопидогрелом пожизненно. С учетом важности приема двойной антиагрегантной терапии в плане профилактики поздних тромбозов СЛП рекомендуется отложить элективные операции (например, плановую холецистэктомию) до окончания курса приема клопидогрела. После имплантации голометаллического стента (ГМС) пациенты должны принимать клопидогрел в дозе 75 мг/сут. в течение, как минимум, 1 мес., а в идеале – до 12 мес. В случае высокого риска кровотечений срок приема клопидогрела должен составлять минимум 2 нед.

Все больше пациентов с ИБС в настоящее время принимают пероральные антикоагулянты вследствие сопутствующих заболеваний (наиболее часто это профилактика тромбоэмболических осложнений при наличии мерцательной аритмии или тромбоза глубоких вен нижних конечностей). Прием варфарина на фоне двойной антиагрегантной терапии, которую принимают пациенты после ЧКВ, достоверно повышает риск кровотечений. Для его снижения рекомендуется уменьшить целевое значение МНО у этих больных до 2,0–2,5, а также использовать наименьшую из эффективных доз АСК – 75 мг/сут. У этих больных необходимо максимально тщательно контролировать МНО (чаще, чем 1 раз в месяц).

Необходимо отметить, что все указанные меры должны быть начаты еще в учреждении, в котором проводится ЧКВ, так как в противном случае у пациента часто складывается неправильное представление о том, что меры вторичной профилактики ему не требуются и он уже здоров. После выписки пациент, как правило, направляется под наблюдение участкового терапевта, поэтому основная задача по поддержанию и расширению мер вторичной профилактики ложится на врачей поликлиник [5, 6].

Заключение: Успешно проведенное ЧКВ не устраняет причину ИБС – атеросклероз коронарных артерий, а лишь нивелирует влияние гемодинамически значимой атеросклеротической бляшки. Все меры вторичной профилактики ИБС действительны и для больных после ЧКВ. Основными мерами вторичной профилактики являются: отказ от курения, снижение веса, увеличение физической активности, гиполипидемическая диета. Важными моментами являются достижение целевого уровня АД, снижение уровня липидов крови, а у больных СД – достижение компенсации углеводного обмена. Особенностью вторичной профилактики после ЧКВ является назначение двойной антиагрегантной терапии в адекватных дозах и необходимой продолжительности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Карпов Ю.А., Самко А.Н.,Буза В.В.* Отдаленные результаты коронарного стентирования: роль антиагрегантной терапии // РМЖ. -2011. Т. 16, № 21. С. 1419 1423.
- 2 Smith Jr., John W., Hirshfeld Jr., Alice K., Jacobs. Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee, ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Practice Guidelines, 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Percutaneous Coronary Intervention // J. Am. Coll. Cardiol. − 2008. − № 51. − P. 172–209.
- 3 Mauri L., Normand SL. Studies of drug–eluting stents: to each his own Circulation. $-2008. N_{\rm 2} 117. P. 16-50.$
- 4 Boden W.E., O'Rourke R.A., Teo K.K., et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. //N. Engl J Med. 2007. № 356. P. 15–16.
- 5 Wong EML, Wu E.B., Chan C.M., et al. A review of the management of patients after percutaneous coronary intervention. Int //J. Clin Pract. 2006. № 60 P. 582–589.
- 6 Fox K.M. EURopean Trial on Reduction of Cardiac Events with Perindopril in Stable Coronary Artery Disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). $-2003. N_0 6. P. 362-368$.

Тұжырым

Н.В. Абуова, Ф.А. Ачабаева, Г.Н. Алиакпарова, И.А. Гончарова, А.С. Мусаханова, А.А. Хасангали

ТЕРІ АРҚЫЛЫ КОРОНАРЛЫҚ КІРІСПЕДЕН КЕЙІНГІ НАУҚАСТЫ ЖҮРГІЗУ

Бұл жалпы тану мақаласында, науқасқа жүрек қан тамыры арқылы әсер етудің қазіргі заманауи жеке дара талғамды түрі көрсетілген. Емдік-дәрілік және дәрілік емес іс-шаралардың жақсы нәтиже берілгені көрсетілген. Олар өмір сүру деңгейін көтереді және алынған жақсы нәтижені бекітелі.

Summary

N.V. Abuova, F.A. Achabaeva, G.N. Aliakparova, I.A. Goncharova, A.S. Musahanova, A.A. Hasangali

Management of patients after percutaneous coronary intervention

This article shows modern complex patients monitoring after coronarangiografy. Reflects positive effect of medical treatment and domestic methods which provide wellness and upraises positive effect.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.24-002

М.Н. ЗАЙНОВ

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

ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Аннотация. Описан клинический случай вирусно-бактериальной пневмонии. Предлогается вакцинация препаратом Пневмо-23 для предотвращения осложнений при заболевании и уменьшения смертности.

Ключевые слова: грипп, вирусно-бактериальная пневмония, осложнения, Пневмо-23.

Острые респираторные вирусные инфекции (OPBИ) – самая частая патология человека. На их долю приходится до 90% всей инфекционной заболеваемости, 70% – на детско-юношеский возраст. Наиболее тяжелой среди ОРВИ по клиническим проявлениям и неблагоприятным исходам болезни является грипп. В эпидемичеякий период им заболевают 70–80% населения, летальность гриппа состовляет 6% [1].

Антигенная изменчивость вируса гриппа, особенно типа A, приводит к появлению новых вариантов, к которым население может не иметь иммунитета. Это является причиной быстрого распространения инфекции и возникновения тяжелых форм заболевания с высокой летальностью.

Наибольшее количество смертных случаев от гриппа связано не непосредственно с этим заболеванием, а с осложнениями после гриппозной инфекции. В их клиническом многообразии ведущее положение (80–90%) занимают пневмонии, которые выявляются у 10% заболевших.

В 2009 г. появился новый штамм вируса гриппа A – A/H1N1/Калифорния 04/09/, возбудитель пандемии, объявленной ВОЗ 11 июня 2009 г. Вирус характеризуется высокой контагиозностью: за полгода он распространился на все континенты, к концу 2009 г. в мире зарегистрировано 440 тыс. случаев заболевания гриппом А/H1N1, более 5,7 тыс. из которых привели к летальным исходам. Основной причиной смертности во всем мире является быстрое прогрессирование заболевания в тяжелую пневмонию. Новый вирус чаще поражает людей в возрасте от 5 до 40 лет. По наблюдениям специалистов, заболевание протекает наиболее тяжело, с развитием осложнений, у беременных, лиц с хроническими заболеваниями органов сердечно-сосудистой и дыхательной систем, почек, у больных диабетом и у детей младше 5 лет. Эта характерная особенность значительно отличает пандемию от эпидемий сезонного гриппа, при котором наибольшие заболеваемость и смертность наблюдаются среди пожилых людей. Уже описаны клинические проявления пандемического гриппа: от легкого поражения верхних дыхательных путей с нормальной температурой тела до тяжелых и даже летальных форм. Большинство случаев смерти были обусловлены вирусной пневмонией, сопровождавшейся явлениями респираторного дистресс-синдрома и развитием полиорганной недостаточности. Тяжелые формы инфекции наблюдали у пациентов в возрасте 20-45 лет.

Интенсивность развития пандемии в странах и континентах различна. Наибольшее количество случаев заболевания пандемическим гриппом в Европе зарегистрировано в Великобритании (13,7 тыс.), Германии (19,7 тыс.), Греции (2,1 тыс.), Италии (2,4 тыс.), Испании (1,5 тыс.), Нидерландах (1,4 тыс.), Норвегии (1,3 тыс.), Португалии (2,9 тыс.), Швейцарии (1,1 тыс.), Швеции (1,3 тыс.), Франции (1,1 тыс.).

Наибольшее количество смертей от пандемического гриппа зафиксировано в Бразилии – 899, США – 666, Аргентине – 514, Индии – 264, Мексике – 222, Австралии – 178, Таиланде – 160, Перу – 133. В настоящее время в США и Великобритании регистрируется вторая волна заболеваемости гриппом A/H1N1/09 [2].

Наиболее частым осложнением гриппа является пневмония, причем, как правило, это вторичная бактериальная инфекция (вызванная Streptococcus pneumoniae, Наеторhilus influenzae или Staphylococcus aureus). Более редко встречается комбинированная инфекция (вирусная и бактериальная пневмония). Первичная вирусная пневмония— это редкое осложнение, характеризующееся высокой смертностью. Она возникает в случае, если грипп вызван вирусом высочайшей вирулентности. При этом развиваются «молниеносные» смертельные геморрагические пневмонии, продолжающиеся не более 3—4 дней. Истинная первичная гриппозная пневмония может наблюдаться, прежде всего, у больных, страдающих хроническими заболеваниями сердца и легких, сопровожда-

ющимися застойными явлениями в легких. Другие вторичные бактериальные инфекции, часто возникающие после грипп, – ринит, синусит, бронхит, отит. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы чаще встречается у лиц пожилого возраста. Может развиться миокардит и перикардит (воспалительное заболевание мышц сердца, которое может привести к сердечной недостаточности). Иногда отмечается острый поперечный миелит, менингит и энцефалит. После гриппа часто наблюдаются обострения хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма и хронический бронхит, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ, заболевания почек и др. [3].

Клинический случай

Больной С., 1992 г. р. Жалобы при поступлении на кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, выраженные боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при вдохе, кашле, одышка при незначительной физической нагрузке, головную боль, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза: со слов заболел неделю назад (25.01.13 г.), когда появились кашель с мокротой. За помощью не обращался. Ухудшение самочувствия 31.01.13 г., обратился в лазарет части, АД 60/40 мм рт. ст., ЧСС 104 ударов в минуту, температура тела 38,8 0С, госпитализирован в ОРИТ.

Объективные данные: общее состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации, гипотонии, в сознании, на вопросы отвечает с опозданием. Астенического телосложения, удовлетворительного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Кожные покровы лица гиперемированы, умеренно выраженный акроцианоз. Гиперемия зева. Грудная клетка обычной формы. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно над легкими – легочный звук, притупление перкуторного тона в нижних отделах справа. Аускультативно везикулярное дыхание, справа в нижних отделах резко ослабленное. ЧДД 28 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС 120 ударов в мин. АД 60/40 мм рт. ст. язык сухой, обложен грязно-желтым налетом. Живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень не увеличена. Область почек не изменена. Покалачивание по поясничной области болезненное справа. Периферических отеков нет.

Результаты общего анализа крови показали анемию первой степени, лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. Выявлены также незначительная гипербилирубинемия, повышение уровня АЛТ и АСТ, что является признаком нарушения функции печени. Повышение уровня мочевины. В общем анализе мочи микроальбуминурия, лейкоцитурия и почечный эпителий 5–8 в п/з. ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 120 в 1 минуту. ЭОС типа SI-SII-SIII. Неполная блокада ПНПГ. Диффузные изменения в миокарде. По данным рентгенографии органов грудной клетки, в нижних отделах правого легкого пристеночно обширная инфильтративная тень без четких контуров. Костно-диафрагмальный синус не визуализируется. УЗИ плевральной полости на 19-й день: в правой плевральной полости свободная жидкость — 90 мл.

Клинический диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелое течение, ДН II. Инфекционно-токсический шок II ст. Реактивный гепатит. Токсическая нефропатия.

Пациенту С. было назначено этиотропно: Амоксициллин 1,0 г 2 раза у день в/в, Спирамицин 6 млн МЕ в сутки в/в; для коррекции микроциркуляции – Гепарин 20 тыс. ЕД в сутки; для коррекции диспротеинемии – Альбумин 100 мл в сутки и, конечно же, дезинтоксикационная терапия.

Для определения места лечения пациента с НП следует использовать специально разработанные шкалы риска неблагоприятного исхода заболевания – CURB-65, который основан на 4–5 показателях: нарушение сознания (С – consciousness), повышение уровня

азота мочевины >7 ммоль/л (U — urea), ЧД 30 в мин. и более (R — respiration), систолическое АД <90 мм рт. ст. и диастолическое АД <60 мм рт. ст. (B — blood pressure), возраст старше 65 лет. Каждому из этих показателей соответствует 1 балл. Если пациент набирает 2 балла и более — он нуждается в госпитализации в связи с высоким риском смерти. Шкалы PORT, CURB \Box 65 имеют сопоставимую информативность при прогнозировании исхода заболевания у больных НП. К сожалению, в нашей стране, несмотря на существование государственного инструктивного документа, где применение шкал для оценки тяжести НП утверждено как одна из директивных рекомендаций, эти шкалы используются крайне редко, что негативно сказывается на оказании медицинской помощи.

Для предотвращения тяжелых случаев и осложнения пневмонии, в том числе уменьшить заболеваемость пневмонией, надо использовать вакцины от пневмонии. Вакцин от пневмонии, изпользуемых в странах СНГ, очень много и не очень дорогостоящие для государства. Например, Пневмо 23 — полисахаридная 23-валентная вакцина включает в себя основные серотипы пневмококков, вызывающих заболевания с тяжелым клиническим течением. Вакцина Пневмо 23 представляет собой смесь очищенных капсульных полисахаридов 23 наиболее часто встречающихся серотипов пневмококка (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C,19F,19A, 20, 22F, 23F, 33F). К этим серотипам относятся 90% штаммов, выделяемых из крови больных инвазивной пневмококковой инфекцией. По своему серотиповому составу вакцина Пневмо 23 соответствует большинству штаммов пневмококков, обнаруживаемых в России. Вакцина Пневмо 23 содержит около 80% серотипов пневмококка, полученных у здоровых носителей и больных ОРЗ, и 92% серотипов, полученных у больных острыми бронхитами и пневмониями.

Вакцина вызывает формирование иммунитета к капсульным полисахаридам 23 распространенных серотипов пневмококков. Увеличение уровня антител в крови происходит в течение 2 недель и достигает максимальных величин к 8-й неделе после прививки от пневмококковой инфекции. Продолжительность защитного действия вакцины точно не установлена; антитела в крови после вакцинации сохраняются 5–8 лет. При ревакцинации рекомендуется производить однократную инъекцию (0,5 мл) с интервалом не чаще 3 года.

Переносимость, безвредность (реактогенность) вакцины Пневмо 23 была испытана в декабре 1997 г. при иммунизации военнослужащих 18–20 лет в Северо-Западном регионе РФ в условиях повышенной влажности воздуха и сильных ветров при ежегодной регистрации высокого уровня заболеваемости ОРВИ, острыми бронхитами и пневмонией. Было вакцинировано однократно внутримышечно (в ягодичную мышцу) дозой 0,5 мл 100 молодых людей; контрольную группу, получившую плацебо (0,5 мл 0,95% раствора хлорида натрия), составили 145 чел., находившихся в аналогичных условиях. Наблюдением было установлено, что местные реакции на введение вакцины развились у 5 чел. (болезненность) и продолжались 2–3 дня. Общих реакций не было. Изучение антигенной активности показало, что через месяц после вакцинации среднегеометрическая концентрация антител у привитых возросла с 4,8 до 6,1 lg/мл (показатели в контроле – с 4,9 до 5,3 lg/мл). Через 5 мес. у привитых среднегеометрический титр антител снизился до 5,9 lg/мл (в контроле 5,1 lg/мл) [4].

На протяжении месяца после вакцинации уровень заболеваемости ОРВИ у привитых Пневмо 23 был снижен в сравнении с непривитыми в 1,51 раза, заболеваемости острым бронхитом – в 2,05 раза, острой пневмонией – в 1,37 раза. На протяжении 2–5 месяцев после вакцинации заболеваний ОРВИ у привитых было в 2,24 раза меньше, чем у непривитых (22 и 72 случая соответственно), заболеваний острым бронхитом в 12,97 раза меньше (1 и 19 случаев соответственно), заболеваний острой пневмонией в 6,14 раза меньше (2 и 18

соответственно). Таким образом, эффективность вакцины в отношении ОРВИ оказалась равной 55,36%, острых бронхитов — 92,29% и пневмонии — 83,71%. Полностью избежать пневмоний не удалось. В основном они регистрировались на протяжении первого месяца после вакцинации, когда иммунитет еще не был полностью сформирован.

Пневмонии у привитых протекали значительно легче: доля легких клинических форм была в 2,1 раза больше, чем в контрольной группе. Среди привитых отсутствовали тяжелые формы пневмонии и не было осложнений, а средняя продолжительность болезни была на 6,2 дня короче.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Богомолова И.К.*, *Чаванина С.А.* Клиническое течение и иммунологические показатели при пневмонии у детей в период эпидемии гриппа A/H1N1/09 // Сибирский медицинский журнал. -2011. -T. 26. -C. 21–24.
- 2 *Чучалин А.Г.* и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / Пособие для врачей. -2010.-25 с.
- 3 *Александрова М.А., Яковлева С.В.* Пневмония как осложнение гриппа // Русский медицинский журнал. -2006. Т. 14, № 2. С. 90-94.
- 4 *Огарков П.И., Жоголев С.Д.* Этиологическая характеристика внебольничных пневмоний и их специфическая иммунопрофилактика // Вакцинация. $-2003. \mathbb{N} \cdot 5. \mathrm{C}.$ 4–5.

Тұжырым

М.Н. Зайнов

ВИРУСТЫ-БАКТЕРИАЛДЫ ПНЕВМОНИЯ. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Бұл мақалада вирусты-бактериалды пневмонияның клиникалық жағдайы келтірілген. Аурудың асқынулары мен өлімшілдікті азайту мақсатымен Пневмо 23 атты вакцинацияны қолдану ұсынылады.

Summary

MN Zainov

VIRAL AND BACTERIAL PNEUMONIA. CLINICAL CASE

In this article describes a clinical case of viral and bacterial pneumonia. Propose Pneumo 23 vaccine formulation for the prevention of complications of the disease and reduce mortality.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616.5-001/-002-08

Б.К. КОДАНОВ, А.А. КОЖАНОВА, М.Б. КУСАИНОВА, А.Н. КУРАЛБАЕВА, Т.Т. БАЙМОЛДАЕВА

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

МАЗЬ ТАКРОЛИМУС В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Аннотация. В статье представлены результаты исследования мази Такролимус (Протопик) при лечении заболевания атопическим дерматитом, который показал положительный эффект.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, взрослые, мазь Такролимус.

Атопический дерматит (МКБ-10, L20) – это хроническое воспалительное заболевание кожи, имеющее аллергический характер.

Главные симптомы – сильный кожный зуд, сухость кожи, высыпания на коже, повышенная чувствительность к аллергенам и неспецифическим раздражителям. За последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости атопическим дерматитом (в развитых странах составляет 10–20% среди детей), усложняется течение и отягощается исход. Риску заболевания подвержены лица с генетической предрасположенностью. В большинстве случаев заболевание начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте.



Рисунок 1 - Основы этиопатогенеза АД

Причина развития АД – врожденная сенсибилизация и способность к образованию реагиновых (IgE) антител. У больных атопическим дерматитом резко повышено содержание общего IgE и специфических IgE-антител. Склонность к гиперреактивности кожи определяет клинику заболевания [1–4].

Ведущим иммунопатологическим механизмом развития АД является дисбаланс Th1/Th2-лимфоцитов, нарушение фагоцитоза, других неспецифических факторов иммунитета, барьерных свойств кожи. Это объясняет подверженность больных АД различным инфекциям вирусного, бактериального и грибкового генеза (Рис.1—4).

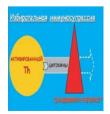
Важную роль в поддержании хронического воспаления кожи при АД играет как собственно грибковая и кокковая инфекция кожи, так и аллергические реакции на компоненты бактериальных и грибковых клеток.





Рисунок 2 – Ведущие критерии Rajka Рисунок 3 – Вспомогательные критерии Rajka

Полному излечению атопический дерматит, как и большинство хронических заболеваний не поддается. Главная цель лечения на сегодняшний день – предотвращение или снижение тяжести обострений и устранение проявлений воспаления кожи [5–7].



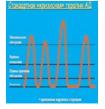


Рисунок 4 – Воздействие CH на иммунную систему Рисунок 3 – «Кризисная» терапия АД

В стандартную терапию атопического дерматита входят:

Увлажняющие и смягчающие средства, обладающие ГК-сберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля над симптомами заболевания.

Местные глюкокортикоиды — препараты первой линии для лечения атопического дерматита. Однако, обладая высокой эффективностью в устранении симптомов аллергического воспаления, эти препараты имеют целый ряд побочных эффектов, как местных, так и системных.

Антибиотикотерапия (у пациентов с подтвержденной бактериальной инфекцией кожи). Антигистаминные препараты с седативным действием можно рекомендовать пациентам при значительном нарушении сна, вызванном зудом, сопутствующих аллергической крапивнице или риноконъюнктивите.

Топические ингибиторы кальциневрина – реальная альтернатива гормональным препаратам. Такролимус (Протопик) уже более 10 лет успешно применяется во всем мире для лечения атопического дерматита. Это самый современный и изученный препарат для лечения атопического дерматита.

Такролимус (Протопик) — это нестероидный препарат, клеточноселективный ингибитор воспалительных цитокинов. Подавляет высвобождение медиаторов воспаления тучными клетками, что приводит к предотвращению зуда, покраснения и отека. Обеспечивает длительный контроль над заболеванием при применении в начале периода обострения (Рис. 4–6).

Результаты исследования, при котором наблюдались свыше 26 000 пациентов, из них более 7000 — дети, доказывают факт того, что мазь Протопик — безопасное, высокоэффективное средство при лечении атопического дерматита, не уступающее сильным глюкокортикостероидам, эффективно уменьшающее тяжесть симптомов атопического дерматита у детей с легким и среднетяжелым течением заболевания.

Протопик может применяться с 2 лет на всех участках тела, даже самых чувствительных (включая шею, лицо, веки), без ограничения по площади применения, так как он не вызывает атрофию кожи.

Профилактическое использование мази Протопик по схеме 2 раза в неделю значительно снижает риск повторных обострений атопического дерматита, удлиняя ремиссию в 9 раз у взрослых и в 6 раз у детей.

Возможность предотвратить повторные обострения с помощью мази Протопик позволяет пациентам вернуться к полноценной жизни, надолго забыв о своем заболевании. Протопик — это большой шаг в борьбе с атопическим дерматитом, позволяющим значительно улучшить жизнь больных.



Рисунок 6 – Побочные эффекты наружных стероидов



Рисунок 7 – Современный подход к терапии АД

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 *Кочергин Н.Г.* Основные аспекты патогенеза, клиники и современной терапии атопического дерматита: Автореф. дисс. докт. наук. – M_{\odot} , – 2008.

- 2 Bornhovd E. // J.Amer. Acad. Dermatol. 2011.
- 3 Bos J.D., Sillevis Smitt J.H. Atopic dermatitis // J European Acad. Dermatol. Veneriol, 2001.
- 4 Cooper K.D. New therapeutic approaches in atopic dermatitis // Clin Rev Allergy. 2010
- 5 Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. Дерматология, 2010.
- 6 Данилов С.И. Аллергические и инфекционные заболевания кожи, 2009.
- 7 Кубанова А.А., Кисина В.И. Рациональная фармакотерапия болезней кожи, 2012.

Тұжырым

Б.К. Қоданов, А.А. Қожанова, М.Б. Құсаинова, А.Н. Құралбаева, Т.Т. Баймолдаева

Аталған жұмыста атопиялық дерматитті емдеу барысында оң нәтиже көрсеткен Такролимус (Протопик) майы жайында қысқаша мәліметтер (негізгі белгілері мен нәтижесі) көрсетілген.

Summary

B.K. Kodanov, A.A. Kozhanova, M.B. Kusainova, A.N. Kuralbayeva, T.T. Baimoldayeva

OINTMENT "TACROLIMUS" IN THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

This article summarizes (the main symptoms and results) studies of ointment Tacrolimus (Protopic) in the treatment of atopic dermatitis, which showed a positive effect.

Здоровье и болезнь 2013, № 5 (113)

УДК 616-085:615

Р.К. АШИРОВА

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент

МАЗЬ «МОДЕРМ» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Аннотация. Атопический дерматит — одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний кожи. Большое значение в лечении атопического дерматита придается топической терапии. В статье описан опыт применения мази «Модерм» при лечении атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, мометазона фуроат, местная терапия.

Как известно, атопический дерматит является составной частью атопической болезни, объединяющей различные формы хронически протекающего заболевания со специфическими аллергическими реакциями.

Атопический дерматит (АД) приобретает все большее значение в современной медицине, так как отмечается рост заболеваемости среди населения в последнее десятилетие. Это заболевание характеризуется длительным течением и частыми обострениями. Существующие методы лечения и профилактики АД на сегодня являются недостаточно эффективными. В связи с чем это заболевание относится к ряду наиболее актуальных проблем медицины.

Актуальной остается поиск новых методов лечения атопического дерматита, который является «аллергическим маршем». Атопический дерматит преимущественно наблюдается у младенцев и молодых людей. Как правило, заболевание связано с лич-

ной и семейной историей атопии (ринит, астма, экзема). Отмечено, что приблизительно в 2 из 3 случаев атопический дерматит начинается в младшем детском возрасте до 5 лет [1, 2].

В последнее время рост заболеваемости атопическим дерматитом, особенно в индустриализованных странах, очевиден. Среди детей этот показатель там достигает 10–20%. Вероятной причиной роста заболеваемости может быть неблагоприятная экологическая обстановка помещений и загрязнение окружающей среды. Провоцирующими факторами являются влияние домашней пыли, действие некоторых компонентов еды, сокращение длительности грудного вскармливания, вакцинация и повышение внимания к этому заболеванию со стороны родителей и врачей [3, 5].

За последние годы предложено немало новых средств и методик лечения АД. Ведущее место в комплексном лечении АД занимает наружная терапия. Повышение эффективности наружной терапии требует дифференцированного подхода и рационального использования наружных лекарственных средств. Исчезновение или уменьшение под влиянием наружной терапии проявлений АД благоприятно сказывается на общем и психоэмоциональном состоянии ребенка. Наружное лечение в большинстве случаев начинают с использования различных индифферентных паст, мазей, болтушек, которые содержат в своем составе противовоспалительные, кератолитические и кератопластические средства. В случаях, когда данное наружное лечение неэффективно, а также при тяжелых обострениях, торпидно протекающих формах АД возникает необходимость применения препаратов с противоаллергической, противозудной активностью [4, 6].

Анализируя структуру заболеваемости АД по Южно-Казахстанской области, установлено, что в 2012 году количество обратившихся составило 350, в 2011 году этот показатель составил 200, уровень госпитализированной заболеваемости составил соответственно 100 в 2011 году и 220 в 2012 году.

Кортикостероиды нового поколения, такие как негалогенизированные эфиры, например метилпреднизолона ацепонат, мометазона фумарат обладают высокой противовоспалительной активностью с более низким риском системной токсичности.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинической эффективности мази «Модерм» при лечении атопического дерматита.

«Модерм» (мометазона фуроат) является синтетическим кортикостероидом, обладает высокой эффективностью, высокой безопасностью и хорошей переносимостью. Особенностью мази «Модерм» является специальный механизм биоактивации.

Под наблюдением находились 45 больных, получивших стационарное и амбулаторное лечение по поводу АД в ОДВД. Детей 5–10 лет – 10, от 10 лет и выше – 20 детей, взрослые – 15. У 40% больных АД протекало на фоне железодефицитной анемии и экзематизации, у 25% отмечалась отягощенная наследственность (различные аллергические заболевания у родителей), у 45% детей АД развился в связи с нерациональным питанием, у 30% заболевание протекало в сочетании с глистной инвазией.

Наиболее эффективным препаратом наружного применения в лечении АД является мазь «Модерм», обладающая выраженным противовоспалительным, антиаллергическим и антиэкссудативным, сосудосуживающим действием.

После применения мази «Модерм» терапевтический эффект выражался в виде уменьшения гиперемии, шелушения, зуда. На фоне лечения наиболее выраженное снижение интенсивности клинических симптомов наблюдалось на 3–5-й день терапии. На 8-й день прекращались зуд и шелушение, эпителизировались трещины, уменьшалась лихенификация.

Вывод: клинические наблюдения показали, что мазь «Модерм» является эффективным средством лечения атопического дерматита у детей и взрослых, хорошо переносится больными, в процессе лечения побочных явлений и осложнений не отмечалось. Отсутствие нежелательных явлений на фоне высокой эффективности «Модерма» подтверждает безопасность данного топического ГКС и его соответствие современным требованием, предъявляемым к наружным противовоспалительным препаратам.

Ранние превентивные меры в виде охранительного режима, а также грамотный гигиенический подход позволяет в большинстве случаев добиться долгосрочной стабилизации, вплоть до исчезновения симптомов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скрипкин Ю.К. Атопический дерматит у детей: Учебно-методическое пособие. М., $2002.-200~\mathrm{c}.$
- 2 *Машкиллейсон А.Л., Гомберг М.А., Борисенко К.К.* Опыт применения Адвантана у больных дерматозами // Вестник дерматологии. -1997. -№ 6. -206 с.
 - 3 Короткий Н.Г., Тихомиров А.А. Атопический дерматит у детей. Тверь: Триада, 2003. С. 238.
- 4 *Иванов О.Л., Самгин М.А.* Атопический дерматит у детей // Российский журнал кож. вен. бол. -2002. -№ 3. C. 28–30.
- 5 *Короткий Н.Г., Таганов А.В.* Применение стероида элакома при лечении аллергодерматозов у детей // Вестник дерматологии и венерологии. 2000. № 3. С. 61–63.
- 6 *Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б.* Безопасности и переносимости различных форм адвантана при лечении больных контактным дерматитом // Клиническая дерматология и венерология. Меди Сфера, 2009. № 4. С. 72–76.

Тұжырым

Р.К. Аширова

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЕГІ «МОДЕРМ» МАЙЫНЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ТЕРАПИЯДАҒЫ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада «модерм» майының атопиялық дерматиттің жергілікті еміндегі тиімділігі көрсетілген. Атопиялық дерматит көпфакторлы, тұқым қуалайтын аллергиялық тері ауру. Атопиялық дерматитті емдеуде сыртқы емнің маңызы үлкен.

Summary

R.K. Ashirova

OINTMENT "MODERM" IN THE TYPICAL TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

The article describes the modern aspects of external treatment of atopic dermatitis, and describes the technology of treatment of dermatosis with "moderm" cream.

А.М. ОСПАНОВА. Р.К. АШИРОВА. Г.А. ТАШБАЕВА

МКТУ им. Х.А. Яссауи, учебно-клиническая база Областной кожно-венерологический диспансер, г. Шымкент

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА 4-МОДЕНОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Аннотация: В статье представлены результаты клинического исследования применения препарата 4-моденол в лечении аллергических дерматозов.

Ключевые слова: аллергия, дерматит, воспаление, зуд.

Распространение аллергических атопических заболеваний отмечается во многих странах мира и в Казахстане. Более 800 тысяч жителей Казахстана болеют аллергией различной локализации. Заболевание обычно развивается в наиболее молодом и активном возрасте (16–40), нередко может заканчиваться при неадекватной терапии осложнением.

Аллергические заболевания проявляются различными вариантами: ринит, синусит, астма, крапивница, дерматит. Все эти заболевания отрицательно влияют на качество жизни пациентов, а тяжелые формы аллергических заболеваний могут негативно повлиять на многие аспекты повседневной жизни.

В комплексном подходе к их терапии следует учитывать ряд принципов, среди которых устранение или уменьшение контакта с причинно значимыми аллергенами, использование фармакологии, аллергоспецифической иммунологии. Персистирующее течение аллергических заболеваний с длительными периодами обострения значительно снижает качество жизни пациентов. Несмотря на широкий ассортимент лекарственных препаратов как системного, так и топического действия, предлагаемых фармацевтическим рынком, далеко не во всех случаях лечения удается добиться желаемого эффекта [1, 2].

Одним из главных медиатров воспаления при аллергических реакциях является гистамин, в связи с чем средствами выбора в лечении этих заболеваний стали блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов. Именно эти препараты — первые научно обоснованные противоаллергические средства, успешно применяющиеся в медицине уже более 60 лет. Однако нежелательные побочные действия ограничивают их применение, в частности в детской практике.

Научные изыскания последних лет привели к созданию 2-го поколения антагонистов H1P, плохо проникающих через гематоэнцефалический барьер и дающих меньший седативный и антихолинергический эффект. Антигистаминные препараты 2-го поколения не оказывают седативного действия, хорошо всасываются из желудочнокишечного тракта, суммарная концентрация исходных соединений и их метаболитов достаточна для практически полной блокады H1P [3,4].

Идеальный антигистаминный препарат должен быстро проявлять эффект, длительно действовать и быть безопасным для больных. Таким требованием отвечает препарат 4-МОДЕНОЛ (рупатадин) компании Burly.

Целью нашего исследования была оценка эффективности и безопасности применения лекарственного препарата 4-МОДЕНОЛ в терапии аллергического дерматита, атопического дерматита.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 50 пациентов: 20 больных с аллергическим дерматитом, 30 — атопическим дерматитом. Клинический мониторинг осуществляли путем определения и описания исходного дерматологического статуса, степени выраженности субъективных симптомов, динамики процесса на 1, 3-й и 7-й день лечения. Выраженность симптомов определялась в баллах. Данной группе больных назначали 4-МОДЕНОЛ по 1 т (10 мг) 1 раз в сутки в течение 10 дней. Кроме 4-МОДЕНОЛ, применялись стандартная базисная терапия, включающая десенсибилизирующие препараты, адсорбенты и наружное лечение. Клинически у пациентов с аллергическим дерматитом (*n*=20) наблюдалась классическая картина заболевания в виде распространенных очагов эритемы, покрытых серозными и геморрагическими корками, везикулами, папулами. Все больные жаловались на зуд.

Группе больных АД (n=30) характеризовалась наследственной отягощенностью, началом развития заболевания с младенческого возраста. Интенсивность зуда у всех пациентов была значительной, у 13 из них из-за выраженности зуда наблюдалось нарушение сна. Процесс у больных данной группы оценивался от 55 до 105 баллов по шкале Scorad.

Результаты

У больных экземой при приеме 4-МОДЕНОЛ в дозе 10 мг интенсивность зуда снижалась ко 2–3-м суткам, исчезновение зуда отмечалось на 7-10-е сутки. Эффект исчезновения зуда зафиксирован у всех 20 (100%) больных.

У 18 из 30 больных АД при приеме 4-МОДЕНОЛ интенсивность зуда снизилась к 5-м суткам, у $9 - \kappa$ 7- 8-м. у 3 больных она оставалась прежней. По окончании приема препарата, т. е. через 10 дней, зуд исчез 60% больных АД, его интенсивность уменьшилась у 25%, зуд сохранялся у 10%.

Анализируя общие результаты применения 4-МОДЕНОЛ в дозе 10 мг ежедневно в течение 10 дней у больных аллергическими заболеваниями, мы установили, что исчезновение зуда произошло у 37 (74%) пациентов, уменьшение — у 10 (20%), зуд сохранился у 3 (6%). Ни у одного из наблюдаемых пациентов побочных эффектов от препарата не отмечено.

Обсуждение

Антигистаминные препараты занимают особо важное место в фармакотерапии аллергических заболеваний, влияя на гистамин – медиатор всех без исключения симптомов аллергии.

Использованный нами антигистаминный препарат второго поколения 4-МОДЕ-НОЛ в комплексном лечении 50 больных аллергическими дерматозами показал высокую эффективность и хорошую переносимость. Так, после 10-дневного приема препарата по 5 мг в день у 100% больных экземой (n=20) зуд регрессировал. Из 30 больных АД хороший эффект констатирован у 60%, уменьшение зуда — у 25%, зуд сохранялся у 15%. Недостаточная эффективность 4-МОДЕНОЛА, с нашей точки зрения, может быть объяснена рядом факторов. Во-первых, АД патогенетически сложное заболевание, при котором по показаниям могут быть использованы даже глюкокортикостероидные гормоны, во-вторых, при его тяжелых формах доза 4-МОДЕНОЛА должна быть 20 мг в день, использовать препарат целесообразнее в течение 15–20 дней.

Выводы:

- 1. Антигистаминный препарат второго поколения 4-МОДЕНОЛ эффективен при лечении аллергических дерматозов (экзема, АД).
- 2. Использование 4-МОДЕНОЛ при аллергических дерматозах возможно как в стационарных, так и амбулаторных условиях.
 - 3. У больных наблюдаемой группы от 4-МОДЕНОЛ побочных эффектов не было.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гущин И.С. Аллергические воспаления и его фармакологический контроль. 1998. 146 с.
- 2 Гущин И.С. Антигистаминные препараты. М., 2000. 118 с.
- 3 Зарудий Ф.С. Гистамин и противогистаминные средства Уфа, 1995. 254 с.
- 4 Коротков Н.Г. Атопический дерматит: Руководство для врачей. Тверь, 2003. 98 с.

Тұжырым

А.М. Оспанова, Р.К. Аширова, Г.А.Ташбаева

4-МОДЕНОЛ ПРЕПАРАТЫНЫҢ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТОЗДАР ЕМДЕУІНДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Мақалада 4-моденол препаратының 50 науқас аллергиялық дерматоздар арасында жүргізілген комплексті емнің нәтижелері көрсетілген. Препарат дерматология практикасында кең ауқымда қолдануға мүмкіндік береді.

Summary

A.M. Ospanova, R.K. Ashirova, G.A. Tashbaeva

THE CLINICAL RESULTS OF THE DRUG 4-MODENOL USED IN THE COMBINED TREATMENT OF ALLERGIC DERMATOSES

The clinical results of the drug 4-modenol used in the combined treatment of 50 patients with allergic dermatoses were assessed. Twenty patients with eczema and 20 patients with atopic dermatitis were followed up. The authors experience has indicated the efficacy and good tolerance of this drug, which permits its use in dermatological practice in the out inpatient settings.

Здоровье и болезнь **2013**, № 5 (113)

УДК 617.5-08

А.Ж. ТОКСАНБАЕВ

Центральная районная больница Зыряновского района управления здравоохранения Восточно-Казахстанского областного акимата

САНАЦИОННАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

В настоящее время артроскопия становится основой современной диагностики и лечения фактически всех форм внутрисуставной патологии, особенно коленного сустава. В травматологическом отделении г. Зыряновска метод применяется с 1993 года, произведено более 300 операций, причем за последние 15 лет — 600. Известно, что операции, проведенные с помощью артроскопа, малотравматичны, проходят практически без кровопотери, с быстрой последующей реабилитацией.

Все операции проводились в жидкостной среде (физ. раствор) аппаратом фирмы «Карл Шторц» с 30 гр оптикой. Из 600 больных в плановом порядке оперировано 493, в экстренном – 107. При разрывах менисков производилось их иссечение, как правило, парциальное, поскольку при тотальной менискэктомии отмечается быстрое развитие артроза, ухудшается амортизационная способность сустава. Внутренних менисков иссечено – 258, наружных – 65, причем в большинстве случаев разрыв мениска был в области заднего рога. В 270 случаях при гонартрозах II-III ст. применяли санационную артроскопию, которая заключалась в обильном промывании сустава жидкостью (4-5 л физ. раствора), хондропластики с помощью шейвера, обработки менисков, связок, удалении свободных тел, частичной синовэктомии, иссечении склерозированных участков тела Гоффа, туннелизации мыщелков бедра и большеберцовой кости с помощью тонкого сверла или спицы. В двух случаях для замещения дефекта хряща в нагружаемой зоне внутреннего мыщелка бедра применяли мозаичную костнохрящевую аутопластику, при этом производилась артротомия. В послеоперационном периоде применяли хондропротекторы: остенил, ферматрон, ноолтрекс, цель - Т., алфлутоп., в некоторых случаях в сустав вводили контрикал, синвиск, амбулаторно в течение нескольких месяцев больным проводилось физиолечение, массаж. С помощью артроскопа произведено иссечение остатков передней крестообразной связки – в 26, остеосинтез надколенника – в 7 случаях, вентрализация надколенника по Банди-Маквету – в 24, частичное иссечение тела Гоффа – в 11, медиопательярной скадки – в 26, остеосинтез межмыщелкого возвышения большеберцовой кости – в 2 случаях. После диагностической артроскопии при повреждениях связок коленного сустава применяли миниартротомию, т. к. в нашей клинике отсутствует специальный инструментарий для закрытой пластики. Пластика передней крестообразной связки по Аугустину производилась в 4 случаях, по Кеннет-Джонсу – в 8, рефиксация связки по Каплану – в 12.

После операции, кроме пластики связок и хондропластики, через 2–3 дня все больные начинали ходьбу с нагрузкой на оперированную ногу. После пластики связок на 2–3 недели накладывалась гипсовая лонгета, нагрузку рекомендовали через 4–5 недель. На амбулаторное лечение больные выписывались в среднем через 5–7 недель, после санационной артроскопии – через 2–3 недели, после пластики связок и вентра-

лизации надколенника — через 10–12 недель, выхода на инвалидность не было. Осложнения отмечены у 11 (1,7%) больных — это реактивный артрит у 8 пациентов, и в 3 случаях отмечался флебит голени вследствии секвестрации жидкости при промывании сустава. Все осложнения купированы консервативно в сроки от 1 до 2 недель. После удаления менисков повторных операций не было, больные после пластики связок, хондропластики и с гонартрозами взяты на диспансерный учет в поликлинике. Период относительного (безболевого) благополучия у диспансерной группы длился, как правило, 2–3 года, затем боли возникали в той или иной степени. Несмотря на проводимое консервативное лечение, 3 больным с гонартрозом санационную артроскопию проводили дважды.

Сдерживающим фактором в артроскопической хирургии, несмотря на все ее достоинства, является дороговизна аппаратуры и инструментария, необходимость соответствующего навыка работы микроинструментами.