



АКАДЕМИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2011 г., № 6 (101)

АЛМАТЫ

Научно-практический журнал «Здоровье и болезнь» № 6 (101)
Издается с марта 1997 года. Выходит каждые два месяца
Учредитель – Академия профилактической медицины

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

Редакционная коллегия:

главный редактор – И.Г. Цой

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

Редакционный совет:

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

Адрес редакции:

050008, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.
Тел.: 8 (727) 375-80-57, 8 (727) 375-14-74. Факс: 8 (727) 375-05-29.
E-mail: albina.sb@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. 17,5. Формат 70×100¹/₁₆. Тираж 500 экз.

Корректор Г. Курбакова
Компьютерная верстка Г.Н. Есимбековой

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

Е.Т. Кошербеков. Пищевая аллергия у детей (обзор литературы)	5
Р.М. Алимбаева. Роль инфекции в генезе замершей беременности (обзор литературы)	13
Д.К. Халелова. Современные направления антибактериальной терапии пневмонии у детей (обзор литературы)	16
Р.М. Алимбаева. Этиологические аспекты псориаза (обзор литературы)	19
Б.Т. Бегеубаева, М.В. Ланкина, Г.Т. Сейкетова, Е.Т. Аймурзаева, Т.А. Ким, А.К. Оспанова, А.Т. Карбузова, А.К. Жуллаева. Анализ высеваемости шигелл в г. Алматы за десятилетний период (2000–2009 г.г.)	22
К.М. Файзуллина, Г.К. Каусова. К вопросу совершенствования системы высшего медицинского образования	27
Г.К. Каусова, Р.А. Кочерова. К вопросу мотивирующих факторов у абитуриентов при поступлении в медицинские вузы	31
Г.Ж. Жатканбаева. Диагностическая значимость гистероскопии в гинекологии	35
Ш.М. Садуакасова. Особенности соматического здоровья девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом	37
Б.К. Табунова, Г.Ж. Жатканбаева, С.В. Куттыгожина. Медицинские аспекты современных технологий медикаментозного аборта	40
С.В. Куттыгожина, Г.Ж. Жатканбаева. Клинико-морфологические особенности неразвивающейся беременности инфекционного и гормонального генеза	43
Н.К. Рахимжанова. Оптимизация диагностики и лечения внебольничной пневмонии в сочетании с кардиальной патологией	46
М.К. Аденова. Современные корригирующие технологии восстановительного лечения у больных вегетососудистой дистонией	49
О.Ю. Чернышева. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных бронхиальной астмой	52
Р.А. Тулеулов. Основные причины частых госпитализаций больных бронхиальной астмой	56
О.Г. Акимова. Влияние высотной гипоксии на восстановительные процессы в спорте	60
Т.И. Аукебаева, Х.М. Илахунов. Пример расчета коэффициентов для количественного определения карбоксигемоглобина на спектрофотометре spсoсrd 205	65
А.Е. Кублицкая. Определение кофеина в судебно-медицинских химических анализах	67

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

М.А. Баймуратова, М.Ж. Орынбаева, З.С. Абдусаламова, М.З. Сарсенбаева, С.Т. Абишева, А.А. Конкасова. Необходимость регулярного микробиологического контроля качества зерна, крупяных и мукомольных продуктов, используемых для приготовления гарниров	70
В.Ю. Дудник, С.Д. Кисикова, А.Н. Чен, Г.Ж. Куватова, Т.А. Маркабаева, Л.А. Бекмамбетова. Разработка методики количественной и структурной оценки платных медицинских услуг	74
С.В. Куттыгожина. Внематочная беременность, пути решения проблем на современном этапе	77
Г.Т. Наурызбаева. Показатели системы гемостаза у беременных с железодефицитной анемией	79
Г.К. Анесова. Микробиоценоз мочевого и генитального трактов у беременных с бессимптомной инфекцией нижних мочевыводящих путей	82
Ю.К. Гребенщикова, Г.К. Анесова. Тактика лечения генитального герпеса озонотерапией, его влияние на течение и исход беременности	85

В.Е. Шатохина. Современные тенденции развития стационарзамещающей помощи беременным в условиях дневного стационара поликлиники	88
Г.Д. Турмагамбетова. Оценка эффективности лечения кандидозного вульвовагинита беременных	91
К.А. Мусанова. Профилактика вирусных инфекций у беременных	93
И.И. Гериева. Определение прогестерона, картизола и липидов у гинекологических больных при метаболическом синдроме	97
С.А. Абдыкеримов, Г.В. Белов. Нарушение мозгового кровотока при постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных новорожденных	98
С.А. Абдыкеримов., Г.В. Белов. Опыт хирургического лечения при дисфункции ликворошунтирующей системы у детей	102
Э.В. Лысенко. Современные подходы к лечению бронхитов у детей	105
Р.И. Джансултанова. Применение небилета в лечении сердечной недостаточности	108
А.М. Сахариев. Применение глиатилина и милдроната в интенсивной терапии ишемического инсульта	110
Л.Н. Казарина. Применение препарата «эксфорж» для лечения артериальной гипертензии у лиц старческого возраста	114
Н.К. Рахимжанова. К проблеме безболевого ишемии миокарда у лиц пожилого и старческого возраста	116
А.О. Сыдыкова, М.В. Ильина, З.А. Касенова. Применение препарата эксфорж у больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью	118
С.Г. Бажикова, Ж.М. Исниязова, Р.К. Калыбаева. Использование нагрузочных проб в диагностике ИБС у женщин	120
Ж.О. Адибай, А.Б. Оспанбекова. Атеросклеротическое поражение сосудов брюшной полости у больных хроническим колитом	122
Н.С. Лопанова. Оптимизация протоколов исследования брюшной полости методом МСКТ	124
А.К. Алдаров. Маркеры хронического латентного риносинусита – аденоидит и тонзиллита	126
К.И. Таирова, Н.А. Одарченко, Д.Т. Карибаева, Г.А. Нысанбаева, К.С. Асанова, Д.Б. Жексембиева. Применение пантовых ванн при невротических состояниях	128
В.В. Балковой, Е.А. Жармухамбетов, М.Н. Майлыбаев. Вертебропластика при гемангиомах тел позвонков	130
Н.Б. Пинчук. УЗИ в диагностике заболеваний щитовидной железы	132
Б.С. Сейдуалиева, З.О. Жаксылыкова, Д.А. Баймаханова. Значимость определения уровня специфичных онкомаркеров рака простаты (2 propa, phi)	135
А.А. Ахметова. Диабетические ретинопатии	137
З.О. Жаксылыкова., В.С. Сейдуалиева Д.А. Баймаханова. Определение индекса avidности антител Ig G основных ToRCH-инфекций	140
Н.А. Пыцкая. Динамика эпидемиологических показателей по туберкулезу в Энбекшиказахском районе Алматинской области	141
Х.М. Илахунов. Проблемы химико-токсикологических исследований токсических соединений	144
М.С. Малгаждаров. По вопросу о защите прав медицинских работников	146

РЕФЕРАТЫ

Н.Б. Турдалин, А.О. Алишева, Г.М. Хамраева, Ш.А. Тыналиева, М.К. Корнишина, А.И. Ким, Г. Настычук. Структура аритмий при инфаркте миокарда	148
---	-----

УДК 616.33-053.2

Е.Т. КОШЕРБЕКОВ

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ
(Обзор литературы)*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова*

ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ (ПА). Непереносимость коровьего молока, проявляющуюся тяжелыми желудочно-кишечными и кожными реакциями, впервые описал Гиппократ. Гален сообщал о гиперчувствительности детей к козьему молоку. В 17-м и 18-м столетиях описывалось много наблюдений тяжелых побочных реакций на пищу: развитие астматических приступов после употребления рыбы, кожных проявлений после употребления яиц или ракообразных (устрицы, крабы). Уже в 1656 г. Пьер Барел (Франция) впервые использовал кожные тесты с яичным белком. В 1902 г. Рише впервые описал пищевую анафилаксию, а в 1905 г. Шлосман и затем, несколько лет спустя, Финкельштейн сообщили о случаях анафилактического шока после употребления молока. Позже впервые предложена пероральная специфическая иммунотерапия. В 1919 г. Шарль Рише и его сотрудники опубликовали монографию под названием «Пищевая анафилаксия». Существенный вклад в понимание проблемы ПА в начале 30-х годов внес Рове Rowe, США [1, 2, 3].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ. Пищевая аллергия (пищевая гиперчувствительность) – аллергическая реакция, развивающаяся при воздействии пищевых продуктов, в основе которой лежат иммунологические механизмы [4].

КЛАССИФИКАЦИЯ. В МКБ 10-го пересмотра нет соматической нозологической единицы «пищевая аллергия» [5]. На конгрессе Европейской академии аллергии и клинической иммунологии (Стокгольм, июнь 1994) предложена рабочая классификация, в основу которой положены механизмы развития реакций:

Виды реакций на пищу:

- | | |
|---|---|
| 1. Пищевая аллергия
(иммунологическая опосредованная): | 2. Пищевая непереносимость
(неиммунологическая): |
| А. Истинная
пищевая
аллергия: | – недостаточность ферментов |
| Б. Псевдоаллергические
реакции на пищу | – психические заболевания |
| – Ig E – опосредованные
реакции | – токсические компоненты,
содержащиеся в пище |
| – не Ig E – опосредованные
реакции | – паразитарные инвазии |

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. Начало 21-го века ознаменовано стремительным ростом аллергических заболеваний. Данные многочисленных исследований, свидетельствуют о том, что эти заболевания регистрируются у 40% населения земного шара. Проблема ПА, роль которой в развитии аллергических, а также системных реакций крайне велика, освещается в данных российской и мировой литературы фрагментарно и порой противоречиво, поэтому точных статистических сведений о распространен-

ности истинной ПА отсутствуют. В частности, считается, что частота ПА составляет 20–30% у детей раннего возраста, 10–15% у подростков и 2% у взрослых. У 30–50% детей с атопическим дерматитом и 20% взрослых обострения заболевания имеют связь с ПА. Среди обследованных больных бронхиальной астмой (в неселективной популяции) у 8% приступы удушья обусловлены ПА, а в популяции лиц с атопией связь обострения заболевания с пищевыми аллергенами достигает 17%. Возникновение и развитие ПА, как правило, приходится на первый год жизни. Особенно это касается детей с генетической предрасположенностью к атопии. Среди больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы распространенность аллергии к пищевым продуктам выше (5–50%), чем среди лиц без этой патологии. Часто ПА развивается у больных, страдающих атопическими заболеваниями, в частности поллинозом. По данным Л. Лусса, аллергические реакции на пищевые продукты отмечаются у больных с атопическим дерматитом (до 48%), поллинозом (до 45%), бронхиальной астмой (15%), аллергическим ринитом (15%) [6, 7]. Изучение распространенности ПА в различные периоды детского возраста показало, что после 7 лет отмечается рост сенсибилизации к пищевым продуктам [8]. Значителен удельный вес ПА в этиологической структуре аллергических болезней, мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины [9].

ЭТИОЛОГИЯ. Практически любой пищевой продукт может стать аллергеном и причиной развития ПА. Однако существуют продукты с выраженными алергизирующими свойствами. К наиболее распространенным пищевым аллергенам относят коровье и козье молоко, рыбу и морепродукты, яйца, мясо различных животных и птиц, пищевые злаки, бобовые, в том числе соя, орехи, овощи, фрукты. Известно, что при наличии истинной ПА к кофе и какао нередко развиваются перекрестные аллергические реакции на другие бобовые (фасоль, горох, чечевица и др.). Выраженными аллергенными свойствами обладают грибы и орехи. ПА на орехи, особенно фундук, нередко встречается у больных с поллинозом, обусловленным, сенсибилизацией к пыльце деревьев. Тяжелые аллергические реакции у больных с сенсибилизацией к орехам могут развиваться при употреблении любых продуктов, состав которых орехи входят даже в следовых количествах. У больных с поллинозом примерно в 15% случаев возможна ПА на фрукты, ягоды, овощи. Аллергенным продуктом является белок куриного яйца, а также яйца других видов птиц. Наиболее активным считается овомукоид, являющийся ингибитором трипсина и способный длительно сохранять антигенные свойства в кишечнике. Аллергенные свойства желтка выражены в меньшей степени, чем белка. Часто непереносимость белков куриного яйца сочетается с непереносимостью куриного мяса и бульона. Аллергены рыбы термостабильны, практически не разрушаются при кулинарной обработке. Имеют значение факторы внешней среды, в частности, перекрестные аллергические реакции между пыльцевыми аллергенами и пищевыми продуктами, известны подобные реакции на пыльцу березы и на яблоки [10].

У детей 1-го года жизни одним из первых аллергенов, вызывающих развитие пищевой аллергии, является белок коровьего молока, содержащий более 40 антигенов, из которых наиболее аллергенными являются в-лактаглобулин, казеин, а-лактальбумин, бычий сывороточный альбумин. Среди детей 1-го года жизни аллергия к белкам коровьего молока встречается у 0,5–1,5% при естественном вскармливании и у 2–7% – при искусственном. Среди детей 1-го года жизни, страдающих атопическим дерматитом, 85–90% страдают аллергией к белкам коровьего молока.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ПА. При нормальном функционировании ЖКТ и гепатобилиарной системы сенсибилизация к пищевым про-

дуктам, поступающим энтеральным путем, не развивается. Важную роль в формировании сенсибилизации к пищевым продуктам играет генетически детерминированная предрасположенность к аллергии. Примерно у половины больных, страдающих ПА, либо имеется какое-либо аллергическое заболевание (поллиноз, atopическая бронхиальная астма), либо этими заболеваниями болеют их ближайшие родственники (родители, братья, бабушки и др.).

Формированию ПА способствуют:

1. Нарушение питания матери во время беременности и кормления (злоупотребление продуктами, обладающей выраженной сенсибилизирующей активностью: рыба, яйца, орехи, коровье молоко).
2. Ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание (кормление новорожденного молочной смесью в роддоме).
3. Нарушение питания (несоответствие объема и соотношения пищевых ингредиентов массе и возрасту ребенка).
4. Сопутствующие заболевания ЖКТ, болезни печени и желчных путей.
5. Повышение проницаемости слизистой кишечника, которое отмечается при воспалительных заболеваниях ЖКТ.
6. Нарушение (снижение или ускорение) всасывания высокомолекулярных соединений, обусловленное нарушением этапов превращения пищевого субстрата в пищеварительном тракте при недостаточной функции поджелудочной железы, энзимопатии, дискинезии желчевыводящих путей и кишечника и др.
7. Беспорядочное питание, редкие или частые приемы пищи, что приводит к нарушению секреции желудка, развитию гастрита, гиперсекреции слизи и другим расстройствам, способствующим формированию ПА или псевдоаллергии.
8. Повышенная кислотность желудочного сока – при этом всасывание нерасщепленных белков уменьшается.
9. Недостаток в пище солей кальция способствует повышению всасывания нерасщепленных белков.

ИММУННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПА. В основе истинных аллергических реакций на пищевые продукты лежат сенсибилизация и иммунный ответ на повторное введение пищевого аллергена. ПА может протекать по механизмам гиперчувствительности немедленного и замедленного типа. Наиболее изучена ПА, развивающаяся по механизмам 1-го типа (Ig E-опосредованного). Для формирования ПА пищевой аллерген должен обладать способностью индуцировать функцию Т-хелперов и угнетать активность Т-супрессоров, что приводит к усилению продукции Ig E. Аллерген должен иметь не менее 2 идентичных детерминат, отстоящих друг от друга, связывающих рецепторы на клетках мишенях с последующим высвобождением медиаторов аллергии. Наряду с Ig E – антителами в механизме развития ПА занимают антитела класса Ig G 4, особенно при аллергии к молоку, яйцам, рыбе. По данным научно-консультативного отделения ГНЦ – института иммунологии ФУ «Медбиоэстрем» при Минздраве России, на непереносимость пищевых продуктов указывает 65% больных, страдающих аллергическими заболеваниями, причем истинные аллергические реакции на пищевые аллергены выявляются приблизительно у 35% этих пациентов, у остальных – псевдоаллергические. По данным обращаемости в научно-консультативное отделение клиники Института иммунологии, частота истинной ПА как основного аллергического заболевания в структуре всей аллергопатологии за последние 5 лет составила до 5,5%, частота реакций на примеси, находящиеся в составе пищевых продуктов – 0,9%. Деление ПА на истинную и ложную весьма условно – у одного и того

же пациента возможны реакции, развившиеся при участии специфических реакций иммунитета, и псевдоаллергические.

КЛИНИКА. Клинические проявления ПА разнообразны по форме, локализации, степени тяжести и прогнозу, но ни один из симптомов не является специфическим. Выделяют системные аллергические реакции на пищевой аллерген и локальные. Наиболее ранним и типичным проявлением истинной ПА является развитие орального аллергического синдрома, который характеризуется периоральным дерматитом, зудом в полости рта, онемением или распиранием языка, твердого или мягкого неба. Отечностью слизистой полости рта после употребления пищевого аллергена. Самым тяжелым проявлением истинной ПА является анафилактический шок, развивающийся после потребления таких пищевых продуктов, как рыба, яйцо, молоко, арахис и др. Анафилактический шок отличается скоростью развития от нескольких секунд до 4 ч., тяжестью течения, серьезным прогнозом (летальность колеблется от 20 до 40% и может достигать 70%). К наиболее частым интерстициальным клиническим проявлениям ПА относятся: рвота, колики, анорексия, запоры, диарея, аллергический энтероколит. Кожные проявления ПА или аллергодерматозы – самый распространенный симптом ПА как у взрослых, так и у детей. У детей до 1 года к числу первых признаков ПА относятся упорные опрелости при тщательном уходе за кожей, перианальный дерматит и перианальный зуд, возникающий после кормления. Локализация кожных изменений различна, но чаще они появляются сначала в области лица, периорально, а затем распространяются на весь кожный покров. Наиболее характерны для истинной пищевой аллергии крапивница, ангионевротический отек Квинке и атопический дерматит. Псевдоаллергические реакции на пищу отличаются полиморфизмом кожных высыпаний: от уртикарных (у 10–20% обследованных), папулезных (20–30%), эритематозных, макулезных (15–30%) до геморрагических и буллезных. Кожные проявления при любой форме пищевой аллергии сопровождаются, как правило, зудом разной интенсивности. Наряду с кожными проявлениями отмечаются снижение аппетита, плохой сон, астено-невротические реакции. К респираторным проявлениям ПА относятся аллергический ринит, пищевая бронхиальная астма. Реже встречаются такие клинические проявления ПА, как изменения системы крови (аллергическая гранулоцитопения, увеличение селезенки, аллергическая тромбоцитопения). Описаны клинические проявления ПА в виде мигрени, лихорадки, невритов, болезни Менъера, нарушения сердечного ритма, депрессии. Нередко под маской ПА протекают заболевания ЖКТ или приобретенные энзимопатии, глистные инвазии и др.

ДИАГНОСТИКА. Принципы диагностики ПА направлены на выявление специфических аллергических антител или продуктов специфического взаимодействия антител с антиглобулинами. При диагностике ПА особое внимание уделяют сбору анамнеза жизни и анамнеза заболевания, а также аллергологического, пищевого и фармакологического анамнеза, анализу пищевого дневника, результатам специфического аллергологического обследования и клинико-лабораторных данных. На первом этапе обследования детей с подозрением на ПА кожное тестирование с пищевыми аллергенами обычно предпочтительнее определения специфических IgE, т.к. кожное тестирование более чувствительно и экономично, а результаты оцениваются практически немедленно. Определение специфических IgE на первом этапе рекомендуется в тех случаях, если кожное тестирование невозможно или противопоказано. Тест проводит врач-аллерголог-иммунолог в условиях аллергологического кабинета, с наличием соответствующего оборудования и медикаментов на случай возможного развития побочных реакций. Противопоказания к кожному тестированию являются наличие в

анамнезе анафилактических реакций. Прием β -блокаторов, выраженное обострение аллергического заболевания, отсутствие контакта с больным. Ряд препаратов может подавлять реактивность кожи. Так необходимо прекращение использования H1 блокаторов не менее чем за 2–3 сут. до тестирования. Блокаторы H2 рецепторов следует отменить не менее чем за 24 ч. до обследования мембраностабилизирующие препараты (кетотифен) за 2 недели, антидепрессанты – не менее чем за 7 дней [11]. Кожное тестирование, используемое для определения немедленной гиперчувствительности проводится прик-тестом или скарификационно. Внутрикожное введение пищевых аллергенов не рекомендуется, т. к. обладает повышенной чувствительностью и предиктивной значимостью и является опасной процедурой [12]. Считается, что кожные аллерготесты имеют положительную предиктивную точность более 50%. У детей моложе 1,5 лет отрицательная прогностическая ценность кожных проб составляет 80–85%. В рутинной практике критерием положительного прик-теста является возникновение папулы размером более 3 мм. Особый интерес для педиатрической практики представляют данные D. Hill и соавторы [13], которые установили, что 100%-ной положительной диагностической значимостью обладает диаметр отека при прик-тесте для аллергена коровьего молока не менее 8 мм, для куриного яйца 7 мм и более и для арахиса 6 и более мм. К наиболее информативным тестам, позволяющим выявлять пищевую аллергию, относятся радиоаллергосорбентный тест, иммуноферментный тест, а также исследования с использованием CAP-system, MAST-CLA-system. Определенное клиническое значение имеет выявление в периферической крови больных, страдающих ПА, эозинофилии, характерно также наличие эозинофилов в копрограмме. Дифференциальная диагностика ПА проводится с заболеваниями ЖКТ, психическими нарушениями, метаболическими нарушениями, интоксикациями, инфекционными заболеваниями, аномалиями развития ЖКТ, недостаточностью эндокринной функции поджелудочной железы, целиакией, передозировкой лекарственных средств, дисахаридозной недостаточностью, эндокринной патологией, СРК.

ЛЕЧЕНИЕ. Лечение ПА направлено как на устранение симптомов аллергии, так и на профилактику обострений. Важнейшее значение при ПА имеет назначение адекватного рационального питания, соответствующего по объему и соотношению ингредиентов возрасту больного, его весу, энергетическим затратам, сопутствующим соматическим заболеваниям и другим факторам. При истинной ПА применяются специфические и неспецифические методы лечения. Неспецифические методы или фармакотерапия направлены на устранение симптомов развившегося заболевания и на профилактику обострений. Ввиду важнейшей роли гистамина в развитии как истинной, так и ложной ПА. Особая роль в лечении заболевания отводится антигистаминным препаратам. При острых тяжелых системных реакциях при ПА парентерально вводят глюкокортикостероиды (в частности, дексаметазон и др.), антигистаминные препараты 1-го поколения (тавегил, супрастин). При реакциях легкой и средней степени тяжести чаще применяют антигистаминные препараты новой генерации: эбастин, цетиризин, фексофенадин, лоратадин, дезлоратадин. Принципы назначения, схемы и способы введения антигистаминных препаратов при ПА те же, что и при других формах аллергопатологии. К специфическим методам лечения ПА относятся элиминация пищевого аллергена и проведение аллергенспецифической иммунотерапии. Элиминация требует не только исключения конкретного пищевого продукта, вызывающего развитие сенсибилизации, но и любых других, в состав которых он входит, даже в следовых количествах. При назначении элиминационной диеты необходимо строго следить за тем, чтобы больной получал питание соответствующее по объему и соотношению пищевых ингредиентов

тов его возрасту и весу. Аллергенспецифическая иммунотерапия при ПА проводится только при atopических реакциях, когда пищевой продукт является жизненно необходимым (например, аллергия к молоку у детей). Диетотерапия является основой комплексного лечения больных, страдающих ПА. В период клинических проявлений заболевания диета должна быть максимально строгой и предусматривать, с одной стороны, элиминацию продуктов, обладающих высокой сенсибилизирующей активностью, исключение или ограничение причинно-значимых и перекрестно реагирующих аллергенов, с другой – обязательную адекватную замену элиминированных продуктов натуральными или специализированными продуктами или смесями. В стадии ремиссии рацион постепенно расширяют за счет ранее исключенных продуктов и блюд. Вместе с тем, независимо от периода болезни диета должна обеспечивать физические потребности детей в основных пищевых веществах, энергии, витаминах, минеральных веществах, микроэлементах и, несмотря на строгий характер кулинарной обработки, сохранять высокую пищевую и биологическую ценность, иметь приятные органолептические свойства. Основу для составления индивидуального элиминационного рациона составляет неспецифическая гипоаллергенная диета. Целевое назначение диеты: уменьшить антигенное воздействие пищи на организм и создать условия для функционального состояния органов пищеварения. Содержание основных пищевых веществ и энергетическая ценность диеты соответствуют физиологическим потребностям. Диета предусматривает щадящую кулинарную обработку, блюда готовятся на пару, отвариваются, запекаются, температура блюд 20-60° С. Пациентам с ПА для сохранения устойчивой ремиссии и профилактики обострений заболевания рекомендуют соблюдать гипоаллергенную диету, как правило, до 3 мес. с ее последующим постепенным расширением. Необоснованно длительное применение гипоаллергенной диеты может приводить к белково-энергетической и микронутриентной недостаточности. Поэтому жестко ограничительная диета должна рассматриваться как стартовая. Далее в зависимости от результатов обследования, выявленного спектра причинно-значимых продуктов формируют индивидуальную гипоаллергенную диету. В период полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии диета должна постепенно расширяться путем индивидуальной оценки толерантности к тем или иным пищевым продуктам с обязательной регистрацией возникающих аллергических реакций в пищевом дневнике. При сохранении непереносимости некоторых пищевых продуктов, относящихся к облигатным аллергенам, а также тяжелых IgE-зависимых реакциях на такие продукты как (шоколад, кофе, какао, рыба, орехи, грибы, мед) их не вводят в рацион.

ПРОФИЛАКТИКА ПА. Первичная профилактика ПА направлена на предупреждение аллергических заболеваний у детей с отягощенным аллергоанамнезом. Она заключается в назначении гипоаллергенной диеты беременным и кормящим матерям, страдающим тяжелыми аллергическими заболеваниями, а также в длительном сохранении естественного вскармливания ребенка. Как во время беременности, так и после нее родители не должны курить. В семьях с аллергической предрасположенностью рекомендовано исключительно грудное вскармливание до 6 мес. При недостатке или отсутствии материнского молока должны использоваться гидролизаты молочного белка профилактического и лечебного действия. Установлено, что смеси на основе изолята соевого белка не являются гипоаллергенными и не могут использоваться для профилактики ПА. Следует отдавать предпочтение продуктам с низким алергизирующим потенциалом: светлым сортам ягод, фруктов и овощей, гипоаллергенным кашам, индейке, мясу кролика. Прикорм детям необходимо вводить не ранее 5-6 мес. Запрещается назначать детям цельное молоко и творог до

1 года, яйца, в том числе перепелиные, – до 2 лет, рыбу речную и морскую – до 3 лет. Таким образом, ПА как никакое другое заболевание требует строгого индивидуального подхода к составлению рациона. В первую очередь это касается выбора основного гипоаллергенного продукта питания, во вторую – тщательно взвешенного и обоснованного применения продуктов и блюд прикорма. При назначении прикорма детям, страдающим ПА, необходимо учитывать три основных момента – выбор оптимальных сроков его введения, индивидуальный подбор продуктов и обеспечение возрастных физиологических потребностей в макро- микронутриентах. Введение прикорма детям с пищевой аллергией обусловлено необходимостью обеспечения интенсивно протекающих процессов роста ребенка, а также стимуляции созревания пищеварительной и иммунной систем за счет дополнительного поступления энергии и пищевых веществ. При назначении прикорма больным с ПА необходимо учитывать остроту и тяжесть патологического процесса, возраст ребенка, его нутритивный статус, выявленные причинно-значимые пищевые аллергены, сопутствующие заболевания. Назначение детям с ПА соков и фруктовых пюре в рацион ребенка с атопией целесообразно не ранее 5–6 мес. возраста, после введения каш и овощных пюре. При назначении прикорма больным ПА необходимо руководствоваться следующими требованиями:

1. Соблюдать сложившиеся национальные традиции в питании. Известно, что во многих странах Европы и США в качестве первого овощного прикорма широко используется морковь и зеленый горошек, а в качестве мясного пюре – курица, первым вводимым соком является апельсиновый сок. В России и странах СНГ указанные продукты достаточно часто вызывают у детей аллергические реакции. В качестве первого дополнительного фактора питания в России и странах СНГ традиционно применяется яблочный сок. Соки не должны содержать добавок сахара, в первом полугодии жизни рекомендуются монокомпонентные (осветленные) соки, а во втором – неосветленные.

2. Выбирать продукты с относительно низким аллергизирующим потенциалом: зеленые сорта яблок и груш, белую и желтую черешню, зеленые и желтые сорта слив, гречу, кукурузу, перловую крупу, цветную, белокочанную, брюссельскую капусту, брокколи, кабачки, патиссоны, мясо кролика, индейку, конину.

3. Кисломолочные продукты должны вводиться в рацион с осторожностью, не ранее 8–9 месячного возраста, вне обострения основного заболевания, при отсутствии или слабо выраженной сенсибилизации к белкам коровьего молока. Они используются как «переходное» питание от лечебных смесей (гидролизатов или соевых смесей) к обычным молочным продуктам.

4. Не использовать цельное коровье молоко ранее 1 года жизни, яйца ранее 2-х лет, орехи ранее 3-х лет, поэтому мясное пюре вводится на 1 мес. раньше установленных сроков с целью коррекции белков.

5. Следует отдавать предпочтение специализированным детским продуктам промышленного производства, которые имеют значительные преимущества перед блюдами домашнего приготовления. Они изготовлены из экологически чистого сырья, имеют гарантированный состав и сохранность витаминов, независимо от сезона, высокобиологическую и пищевую ценность, удобную для использования, представленные в широком ассортименте, позволяющие разнообразить рацион больного ребенка.

6. Постепенно и длительно наращивать количество вводимого продукта. Любой новый продукт включается в рацион ребенка в количестве не более 5 мл, предпочтительнее в утреннее кормление чтобы иметь возможность в течение дня оценить его переносимость (появление кожных высыпаний, изменение стула и т. п.). В случае от-

сутствия аллергической реакции объем нового продукта увеличивают на 10–30 г. до достижения возрастного объема блюда в течение 7–10 дней. При использовании продуктов для детского питания промышленного производства выбирают консервы, не содержащие экстрактивных веществ, бульонов, пряностей, соли.

7. Последовательно вводить продукты. Первым прикормом могут быть монокомпонентные (из одного вида овощей) овощное пюре или безмолочная каша. Детям с гастроинтестинальной формой ПА, склонностью к диарее, недостаточным питанием назначают кашу, в качестве первого прикорма, а детям с паратрофией и запорами – овощное пюре. В качестве 3-го прикорма с 8–9 мес жизни используют второе овощное пюре или общекрупяное блюдо (кабачки с кукурузной крупой, цветную капусту с гречкой, вместо кисломолочных продуктов).

8. Использовать специальную кулинарную обработку продуктов и блюд. При дополнительном приготовлении блюд с целью снижения аллергических свойств рекомендуется запекание (отваривание) фруктов, вымачивание овощей 2–3 ч, картофеля и круп (6–12 ч), двойное выпаривание мяса.

9. Соль добавлять (1–2 г) в день в минимальных количествах. Сахар для подслащения блюд рекомендуется заменить фруктозой. Не используется мед как продукт с очень высоким аллергическим потенциалом.

10. При приготовлении блюд использовать специальную детскую воду, выпускаемую зарубежными фирмами. Детская вода является бактериально безопасной, не содержит вредных химических и радиоактивных веществ, обладает хорошими органолептическими свойствами, не требует кипячения, имеют низкую минерализацию.

Таким образом, организация питания детей с ПА и определенные возможности введения им прикорма – процесс сложный, требующий осторожности и тщательного наблюдения [14].

Вторичная профилактика ПА предусматривает предупреждение обострений и прогрессирования аллергического процесса. С этой целью назначают различные антигистаминные препараты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лусс Л. Пищевая аллергия: Проблемы диагностики и терапии. / Врач. 2003. № 11. С. 16–20.
2. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология. – М.: МЕДпресс, 2002. 623 с.
3. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. Руководство для врачей. М., 2006. 688 с.
4. Дрынов Г.И. Диетотерапия при пищевой аллергии. // Мед. помощь – 2007. № 6. С. 3–7.
5. Пампура А.Н., Хавкин А.И. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии. // Рус. мед. журнал. 2003. Т. 11, № 20. С. 1126–1129.
6. Лусс Л.В., Сидорович О.И. Пищевая аллергия и непереносимость: принципы диагностики и терапии. // Леч. Врач. 2007. № 4. С. 16–20.
7. Нетребенко О.К. Современные подходы к профилактике пищевой аллергии. // Педиатрия и детская хирургия. 2003. № 4. С. 70–72.
8. Баранов А.А., Субботина О.А., Борисова И.В. Факторы риска и этиологическая структура перекрестных аллергических реакций на пищевые продукты у детей. // Вопросы питания. 2004. № 3. С. 15–19.
9. Федорович С.В. Пищевая аллергия. Минск, «Харвест». 2007. 352 с.
10. Денисова С.Н., Юхтина Н.В. Новый подход к диетотерапии детей с пищевой аллергией. // Вопросы питания. 2004. № 6. С. 32–35.
11. Пампура А.Н. Диагностика пищевой аллергии у детей: Проблемы и пути решения. // Рос. Вестн. перинат. и педиатр. 2009. № 4. С. 69–77.

12. *Lockey R.F.* Adverse reactions associated with skin testing and immunotherapy. // *Allergy Proc.* 1995. Vol. 16. P. 293–296.
13. *Hill D.I., Heine R.G.* The diagnostic value of skin prick testing in children with food allergy. // *Pediatric Allergy Immunol.* 2004. Vol. 15. P. 435–441.
14. *Боровик Т.Э., Ладодо К.С.* Современные взгляды на организацию прикорма детей с пищевой аллергией. // *Педиатрия и детская хирургия.* 2006. № 4. С. 62–66.

Резюме

Е.Т. Кошербеков

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ (Обзор литературы)

В статье изложены современные сведения о пищевой аллергии (ПА) детей (классификация, эпидемиология, этиология, факторы, способствующие формированию ПА, иммунные механизмы развития ПА, клиника, диагностика, лечение и профилактика).

Тұжырым

Е.Т. Кошербеков

БАЛАЛАРДАҒЫ ТАҒАМДЫҚ АЛЛЕРГИЯ (Әдеби шолу)

Тағамдық аллергия дамуында иммундық механизмдер негізгі болып, бейімділік ықпал етіп, аллергиялық ауру болып табылады. Емдеу жолдарында негізгі антигистаминды препараттар, ал алдын алуында диетотерапия ең маңызды орын алады.

Summary

Ye.T. Kosherbekov

FOOD ALLERGY OF CHILDREN (Review of literature)

Food allergy immunology allergy nosology and genetic predisposed. Allergy therapy (antigystamin preparates) and prophylaxis questions.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 618.333:616.98]-092-036.1

Р.М. АЛИМБАЕВА

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (Обзор литературы)

Медобъединение № 2 Кокпектинского района, ВКО

Чрезвычайная подверженность беременных инфекциям, склонность к ее генерализации, трудности в лечении, связанные с увеличением числа возбудителей, обладающих множественной устойчивостью к антимикробным препаратам, делают особенно актуальным определение иммунологического статуса пациенток с невынашиванием [1].

Любой инфекционный процесс невозможно рассматривать отдельно от иммунных реакций. Нарушения в иммунной системе организма при инфицировании гени-

талий нередко приводят к формированию вторичного иммунодефицита, что служит причиной хронического рецидивирующего течения инфекций [2].

В последние годы наблюдается повышение инфекционной заболеваемости населения детородного возраста, поражающей репродуктивную систему, что может приводить к нарушению наступления беременности и препятствовать рождению здорового потомства.

В английской медицинской литературе эта группа заболеваний сокращенно обозначается TORCH-комплекс (сокращение образовано из первых букв названий болезней, составляющих этот комплекс). В TORCH-комплекс входят следующие заболевания: токсоплазмоз (*Toxoplasma*), группа так называемых других заболеваний – Other (инфекции, к которым относятся хламидиоз, сифилис, гепатиты А и В, гонококковая инфекция, листериоз); краснуха (*Rubella*), цитомегаловирусная (*Cytomegalovirus*) и герпесвирусная инфекция (*Herpes*) [3].

Заражение на ранней стадии эмбриогенеза в период предимплантационного развития (стадия зиготы и бластоцисты), как правило, приводит к самопроизвольному прерыванию беременности. Инфицирование эмбриона на ранней стадии развития вызывает развитие малых аномалий и нарушение функции паренхиматозных органов [3, с. 68; 4]. Практически все инфекции TORCH-комплекса в подостром и остром состоянии часто приводят к прерыванию беременности в ранние сроки.

Внутриутробной инфекции принадлежит одно из первых мест среди факторов, которые являются причиной антенатальной патологии: инфекционных заболеваний плода, самопроизвольного выкидыша, внутриутробной задержки роста плода, аномалии развития и преждевременных родов [5, 6]. Вопрос об этиологической роли инфекции широко дискутируется в литературе. По данным Н.М. Подзолковой, Т.Г. Бархиной и соавт. (2003), у 52,5% пациенток с НБ, по данным ПЦР, выявлена смешанная вирусно-бактериальная флора, в 20% случаев – моноинфекция, а в остальных случаях микст-инфекции. При анэмбрионии обнаружено сочетание вируса с мико-, уреоплазмами (42,8%), гонококками (33,3%), хламидиями (23,8%). Отмечается преобладание герпесвирусной инфекции (28%) над цитомегаловирусной (10,5%); обнаружены мико-, уреоплазма – 36,6%, хламидии – 33,3%, у 17,5% – гонококки, у 7% – трихомонады [7].

По данным многих исследований хламидийная инфекция найдена у 51,6–57,1% пациенток с невынашиванием беременности [8, 9–12].

Таким образом, очевидна роль инфекции как одной из причин в развитии и реализации иммунопатологических процессов при неразвивающейся беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш., Дзоз Л.С. и др. Применение индуктора интерферона бактериального жидкого в комплексной терапии невынашивания беременности инфекционного генеза. // Акушерство, гинекология, перинатология. 2002. № 3. С. 61–62.
2. Мамедалиева Н.М., Исенова С.Ш., Дзоз Л.С. Оценка эффективности препаратов виусид и эпиген в комплексной терапии микоплазменной инфекции у беременных. // Медицина. 2008. № 6. С. 58–61.
3. Понкратова Т.С. Принципы ИФА диагностики внутриутробного поражения новорожденных инфекциями TORCH-комплекса. Иммуноферментный анализ в системе лабораторной диагностики. // «Рош-Москва»: сб. материалов семинара. Звенигород, 1994. С. 68–73.
4. Понкратова Т.С. Актуальность проблемы внутриутробной инфекции и ИФА-диагностика. Новое в ИФА-диагностике. // «ДИАплюс»: сб. материалов III конф. Суздаль, 1992. С. 17–24.
5. Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кулаков В.И. Иммуитет и генитальный герпес. М.: НГМА, 1997. С. 42–52.

6. Кошелева Н.Г., Плужникова Т.А. Санкт-Петербургский центр профилактики и лечения невынашивания беременности. Итоги научной и практической деятельности. // Журн. акушерства и женских болезней. 2002. № 2. С. 84–87.

7. Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Казачков А.Р. и др. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии и патогенезе неразвивающейся беременности. // Материалы V Рос. форума «Мать и дитя». М., 2003. С. 171.

8. Меццеракова А.В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности первого триместра: дис. канд. мед. наук: 14.00.01. – М., 2000. 24 с.

9. Легкая Э.И., Глебова Н.Н., Латыпов А.С. Комплексное лечение женщин с хламидийной инфекцией. //Новое в урологии, андрологии, дерматовенерологии: наука и практика: тез. докл. симп., 28–29 марта, 1996. – М.; Саратов: Изд-во СГМУ, 1996. С. 101–104.

10. Парусов В.Н., Башмакова М.А., Савичева А.М. и др. Инфекционные процессы репродуктивных органов, плаценты, плода и новорожденного. // Гомеостаз и инфекционный процесс: тез. докл. междунар. конф. Саратов, 1996. С. 328.

11. Dechelotte P.J., Mulliez N.M., Bouvier R.J. et al. Pseudo-meconium ileus due to cytomegalovirus infection: a report of three cases. // *Pediatr Pathol.* 1992 Jan–Feb. Vol. 12 (1). P. 73–82.

12. Hogge W.A., Buffone G.I., Hogge I.G. Prenatal Diagnosis of Cytomegalovirus Infection: a preliminary report *Obstet. // And Gynecol. Surv.* 1994. Vol. 49, № 2. P. 88–90.

Резюме

Р.М. Алимбаева

РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Краткий обзор литературы свидетельствует об очевидной роли инфекции как одной из причин в развитии и реализации иммунопатологических процессов при неразвивающейся беременности.

Тұжырым

Р.М. Алимбаева

ИНФЕКЦИЯНЫҢ ДАМЫМАЙТЫН ЖҮКТІЛІКТЕГІ РӨЛІ

Сонымен қатар, инфекцияның дамымайтын жүктіліктегі иммунопатологиялық үрдістердің дамуы мен жүзеге асуы себептерінің бірі екені анық.

Summary

R.M. Alimbayeva

THE ROLE OF INFECTION AT NON-DEVELOPING PREGNANCY

The role of infection is obvious as one of reasons in development and realization immune-pathologic processes at non-developing pregnancy.

Д.К. ХАЛЕЛОВА

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ
(Обзор литературы)**

Медицинский центр «Дади», г. Алматы

Проблема рациональной антибактериальной терапии пневмонии относится к числу наиболее актуальных в современной медицине. Несмотря на мощный арсенал антибактериальных средств, повсеместно отмечается рост заболеваемости пневмонией и ухудшение ее исходов [1]. Антибактериальную терапию необходимо назначать немедленно после установления диагноза «пневмония». Желателен подбор препаратов с учетом чувствительности микробного пейзажа, но так как посев секрета занимает несколько суток, то предпочтение стартовой терапии отдается антибиотикам широкого спектра действия. Антибактериальная терапия должна быть адекватной: подбор дозы препарата с учетом анамнеза предыдущей антибактериальной терапии; возраста пациента; тяжести пневмонии, опираясь на клинико-рентгенологические, лабораторные данные. Необходимо выбрать наиболее рациональный способ применения (парентеральный или пероральный путь введения); принять решение о длительности терапии для достижения максимального лечебного эффекта и сведения к минимуму побочных эффектов; учитывать стоимость препарата. Необходимо также учитывать следующие особенности макроорганизма: возраст, аллергия в анамнезе, функция печени и почек [2]. Предпочтение следует отдавать пероральному пути введения лекарственного средства, особенно в амбулаторной практике, так как он имеет ряд преимуществ: простота введения, безопасность, дешевизна. Многочисленными исследованиями и клиническим опытом доказано, что при приеме внутрь современные антибиотики создают достаточно высокие концентрации во всех тканях и органах [3]. Парентеральное введение антибактериальных средств показано в следующих случаях: при тяжелой или генерализованной инфекции, когда требуется быстрое достижение максимального и стабильного уровня содержания лекарств в крови и тканях; при затруднении или невозможности приема лекарств внутрь; при заболеваниях или состояниях, приводящих к ухудшению всасывания лекарств в ЖКТ; при отсутствии лекарственных форм выбранного препарата, предназначенных для приема внутрь [4].

В последние годы в ряде стран успешно применяется так называемая ступенчатая (step-down) антибактериальная терапия [5–9]. При использовании этой методики лечение начинается с внутривенного (или внутримышечного) применения антибиотика. При достижении клинического эффекта (обычно через 2–3 суток), когда парентеральная антибактериальная терапия обеспечила улучшение состояния больного, возможен переход на пероральное применение антибактериальных средств. На этапе пероральной терапии предпочтительными являются препараты, показатели фармакокинетики которых позволяют применять антибиотик 1–2 раза в сутки [9]. Первоначальный эффект от назначенного антибиотика можно оценить не ранее чем через 48 часов, так как в течение первых суток происходит подавление роста и размножения чувствительных микроорганизмов, затем в ответ на снижение интоксикации появляются первые положительные симптомы в клиническом состоянии, температурной реакции и лабора-

торных показателях. Отсутствие положительной динамики через 72 часа указывает на необходимость коррекции схемы лечения [4].

Согласно рекомендации Европейского руководства по клинической оценке противомикробных лекарственных средств, лечение больных пневмонией с нормальным иммунным статусом желательно продолжать в течение 3–5 дней после достижения стойкой нормализации температуры. Длительность антибактериальной терапии осложненных внебольничных пневмоний определяется индивидуально [4]. При наличии клинических и/или эпидемиологических данных о микоплазменной, хламидийной или легионеллезной пневмонии продолжительность антибактериальной терапии должна быть большей из-за риска рецидива инфекции – 2–3 недели.

Необходимо обращать внимание на фармакокинетические свойства антибиотиков: высокий уровень тканевой концентрации в очаге воспаления, максимально возможный интервал между приемами. Аминогликозиды недостаточно хорошо проникают в мокроту, что является одной из причин нецелесообразности их применения при этой патологии [4]. Общеизвестно, что аминогликозиды предназначены для лечения грамотрицательных инфекций в условиях стационара под тщательным лабораторным контролем в связи с потенциальной ото- и нефротоксичностью, а у нас гентамицин нередко назначает участковый педиатр. При этом не учитывается, что гентамицин (как и все остальные аминогликозиды) не включает в спектр своей активности пневмококки. Второй препарат, который так часто любят использовать участковые педиатры – линкомицин. Данное лекарственное средство имеет узкие показания и невысокую эффективность, назначается в стационаре лишь в случае микробиологически подтвержденной чувствительности к нему выделенного возбудителя, в частности стафилококка. Бездействуя на пневмококк, он вообще не включает в спектр активности гемофильную палочку [3]. В течение многих лет препаратом первого ряда при амбулаторном лечении бронхолегочных инфекций являлся ко-тримоксазол (бисептол), но развитие резистентности некоторых микроорганизмов к этому препарату и изменение эпидемиологической ситуации обуславливает нецелесообразность такого широкого использования.

В статье проведен обзор основных принципов, способов адекватной антибактериальной терапии пневмонии с учетом особенностей фармакокинетики препаратов, микробного пейзажа и состояния макроорганизма на основе зарубежных и отечественных исследований. Рассмотрены примеры нерационального использования антибактериальных средств при лечении пневмонии у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Синкопальников А.И., Сидоренко С.В. Внебольничная пневмония: стандарты эмпирической антибиотикотерапии. // Антибиотики и химиотерапия. 1999. 44, 5. С. 22–28.
2. Белобородова Н.В. Алгоритмы антибактериальной терапии тяжелых инфекций. М., 1998. С. 62.
3. Белобородова Н.В. К вопросу об инъекциях антибиотиков в практике участкового педиатра. // Детский доктор. № 4'99. С. 11.
4. Алексанян Л.А., Верткин А.Л., Шамуилова М.М. Принципы антибактериальной терапии пневмонии. // Лечащий врач. 2001. № 01. С. 7–8.
5. Ноников В.Е., Макарова О.В., Минаев В.И., Константинова Т.Д. Применение ровамицина при лечении бронхолегочных инфекций. // Клин. фармакол. и терапия. 1995. № 4(1). С. 18–21.
6. Ноников В.Е., Ленкова Н.И., Макарова О.В., Ритчик Л.А. Ступенчатая терапия офлоксацином бронхолегочных заболеваний. // Антибиотики и химиотерапия. 1996. № 41(9). С. 50–2.
7. Буданов С.В. Ступенчатая антибиотикотерапия инфекций. // Клинический вестник. 1996. № 4. С. 20–2.

8. Conly J., Low D. Intravenous to oral antibiotic stepdown therapy: improving the quality of care and reducing costs // Can J Infect Dis 1995; 6(Suppl. A):3-5.

9. Vogel F. Sequential Therapy in the Hospital Management of Lower Respiratory Infections // Amer J Med. 1995;99(Suppl. 6B):14-9.

Резюме

Д.К. Халелова

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

(Обзор литературы)

В статье проведен обзор основных принципов, способов адекватной антибактериальной терапии пневмонии с учетом особенностей фармакокинетики препаратов, микробного пейзажа и состояния макроорганизма, на основе зарубежных и отечественных исследований. Рассмотрены примеры не рационального использования антибактериальных средств при лечении пневмонии у детей.

Тұжырым

Д.К. Халелова

БАЛАЛАР ПНЕВМОНИЯСЫНДАҒЫ АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ЗАМАНАУИ БАҒЫТТАРЫ

(Әдеби шолу)

Мақалада шет ел және отандық зерттеулер нәтижелерін негіздей отырып, негізгі ұстанымдарына, пневмонияның антибактериалдық терапиясының әдістеріне, дәрілердің фармакокинетикасының ерекшелігіне, макроорганизм және микробтың пейзаждық жағдайына толық шолу жасалған.

Балалардағы пневмонияны емдеудегі антибактериалдық терапияның тиімсіз қолдануына мысал келтірілген.

Summary

D.K. Halelova

MODERN TRENDS IN ANTIMICROBIAL THERAPY OF PNEUMONIA IN CHILDREN

(Review of Literature)

This article provides an overview of basic principles, methods adequate antimicrobial therapy of pneumonia taking into account features of the pharmacokinetics of drugs, microbial landscape and the state of microorganism on the basis of foreign and domestic research. The examples are not the rational use of antibiotics in the treatment of pneumonia in children.

Р.М. АЛИМБАЕВА

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА
(Обзор литературы)**

Медобъединение № 6, Кокпектинский район, ВКО

По данным крупномасштабных эпидемиологических исследований псориаз является наиболее распространенным хроническим дерматозом. В различных странах заболевание поражает 1–3% населения [1].

Ежегодно отмечается рост заболевания в разных возрастных категориях, причем дебют приходится преимущественно на молодые годы, а рецидивы заболевания наблюдаются на протяжении всей жизни.

Несмотря на продолжающееся интенсивное изучение этиопатогенеза псориаза, в механизмах развития этого заболевания сохраняется много неясного [2]. Этиология псориаза в настоящее время остается неизвестной [3]. В многочисленных публикациях дерматоз относят к мультифакториальным заболеваниям с полигенной детерминацией наследственных компонентов предрасположения [4]. Многофакторность развития псориаза подразумевает реализацию генетической программы под воздействием многочисленных экзо- и эндогенных причин [5].

К настоящему времени описано более 1000 маркеров, подтверждающих генетическую предрасположенность к заболеванию [6]. Причем выделяются два типа псориаза: I тип, возникающий в молодом возрасте и ассоциированный с генетической предрасположенностью и связью с антигенами HLA-B13, B57, Cw6, а II тип заболевания проявляется у лиц старше 40 лет с отсутствием семейного анамнеза и характеризуется отсутствием связи с перечисленными антигенами [7].

К числу ключевых аспектов проблемы патогенеза псориаза относятся нарушение липидного и углеводного обменов. Жиры и углеводы, являясь составными структурными компонентами организма, выполняют ряд важных функций. Их количественные и качественные характеристики изменяются под действием индивидуальных особенностей, обусловленными генетическими факторами, климатическими условиями, образом жизни, возрастом [8].

Псориаз редко приводит к гибели больных, однако значительно ухудшает социальную и трудовую адаптацию пациентов [9]. Существенными являются финансовые затраты на лечение, являющееся обычно достаточно продолжительным [10].

В основе заболевания лежит передающаяся по наследству способность популяции базальных кератиноцитов трансформироваться в популяцию пролиферирующих клеток под воздействием провоцирующих факторов [11].

В основе клинических проявлений псориаза находится повышенная репродукция клеток эпидермиса с нарушением процесса дифференцировки, приводящая к формированию дефектного рогового слоя на фоне воспалительных явлений в дерме [12].

Многими авторами отмечены увеличение уровней холестерина, триглицеридов, общих липидов, изменения соотношения составляющих липопротеидов в крови больных псориазом, что обусловило появление таких названий, как «холестериновая болезнь» или «липоидоз кожи» [13]. В ряде исследований подчеркивается

значение взаимосвязи псориаза и сахарного диабета [14]. В первую очередь это касается идентичности изменения сосудов на уровне микроциркуляторного русла, а также нарушения в инсулиночувствительных рецепторах [15].

Особенно интенсивно изучаются иммунопатологические процессы у больных псориазом [16]. Существуют многочисленные публикации об иммунных нарушениях у больных псориазом [14, 15, 16, 17].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении псориаза за последнее десятилетие, возможности терапевтических схем все еще остаются ограниченными. Во многом такая ситуация обусловлена отсутствием полной картины патогенеза псориаза, сведений о первичных наследуемых биологических дефектах, приводящих к возникновению и хронизации гиперпролиферации кератиноцитов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fry L. Psoriasis A possible candidate for vaccination / L. Fry, B.S. Baker, A.V. Powles. // *Autoimmun. Rev.* 2007. V. 6. N 5. P. 286–289.
2. Хрусталева Е.А., Федорова Е.Г. // *Росс. журнал кожн. и венер. болезн.* 2001. № 5. С. 19–22.
3. Wojas-Pelc, A. What is a role of haeme oxygenase-1 in psoriasis? Current concepts of pathogenesis / A. Wojas-Pelc, J. Marcinkiewicz // *Int. J. Exp. Pathol.* 2007. V. 88(2). P. 95–102.
4. Имянитов Е.Н. // X Всероссийская конференция дерматовенерологов «Организация оказания дерматовенерологической помощи в современных условиях»: тезисы научных работ. Москва, 2006. С. 45.
5. Айязтулов, Р.Ф., Юхименко В.В. Значение факторов риска в возникновении и течении псориазической болезни. // *Вести дерматол и венерол.* 2001. № 1. С. 41–43.
6. Мусаева Е.О. Оптимизация лечения больных псориазом детей с учетом роли активности процессов перекисидации. // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11, 03.00.04. Москва, 2004. 22 с.
7. Коляденко Е.В. Недостатки современных методов лечения псориаза. // *Украш. журн. дерматол., венерол., косметол.* 2003. № 4. С. 25–26.
8. Исмагуллоева С.С. Совершенствование терапии псориаза у детей на фоне нарушения метаболизма липидов и углеводов, автореф. канд. мед. наук, 14.00.11. Душанбе, 2009. С. 25
9. Ильина Т.А. Влияние комплексной терапии (фосфоглив, липамид, док-силек) на клиническое течение липоидного некробиоза и показатели сывороточных и мембранных липидов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11. Москва, 2004. 24 с.
10. Каиутин, С.Л. Проявления резервных и компенсаторных возможностей иммунных реакций при псориазе. // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2007. № 4. С. 15–16.
11. Каиутин С.Л. Проявление резервных и компенсаторных возможностей иммунных реакций при псориазе. // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2007. № 4. С. 15–17.
12. Маркушева Л.И. и др. Нарушение обмена веществ в лимфоцитах при псориазе. // *Вестник дерматол. и венерол.* 2000. № 5. С. 7–10.
13. Курдина М.И. Биологические модификаторы иммунного ответа при псориазе (сравнительный анализ эффективности и безопасности). // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2007. № 5. С. 62–68.
14. Nijsten Tamar. Clinical severity of psoriasis in last 20 years of PUVA study / Tamar Nijsten, Caspar W.N. Looman, Robert s Stern. // *Arch Dermatol.* 2007; 143(9): 1113–1121.
15. Long-term safety and efficacy of 50 mg of etanercept twice weekly in patients with psoriasis / Stephen Tying et al. // *Arch Dermatol.* 2007; 143 (6):719–726.
16. Алекперов, А.В. Тимченко, Е.Л. Насонов. Терапевтический архив. 2003. № 5. С. 91–95.
17. Джетписбаева З.С. Связь степени выраженности кожного процесса и отдельных биохимических показателей сыворотки крови у больных псориазом старческого возраста. // *Астана медициналык журналы.* 2000. № 2. С. 50–52.

Резюме

Р.М. Алимбаева

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА

(Обзор литературы)

Псориаз – мультифакториальное заболевание. Многофакторность развития псориаза подразумевает реализацию генетической программы под воздействием многочисленных экзо- и эндогенных причин. К числу ключевых аспектов проблемы патогенеза псориаза относятся нарушение липидного и углеводного обменов. Псориаз редко приводит к гибели больных, однако значительно ухудшает социальную и трудовую адаптацию пациентов. Существенными являются финансовые затраты на лечение, являющееся обычно достаточно продолжительным.

Тұжырым

Р.М. Алимбаева

ПСОРИАЗДЫҢ ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

(Әдеби шолу)

Псориаз – көпфакторлы ауру. Псориаздың көпфакторлы дамуы көптеген экзо- және эндогенді себептердің әсерінен генетикалық бағдарламалардың жүзеге асырылуын түсіндіреді. Псориаз патогенді мәселелеріне маңызды аспектілердің қатарына май мен көмірсу алмасуларының бұзылуы жатады. Псориаз емделушілердің едәуір әлеуметтік және еңбекке бейімделуін нашарлатып, адам өліміне сирек әкеледі. Әдетте ұзақ болып келетін емделуге арналған қаржылық шығындар елеулі орын алады.

Summary

R.M. Alimbayeva

ETIOLOGICAL ASPECTS OF PSORIASIS

(literature review)

Psoriasis is a multifactorial disease. Multifactoriality of psoriasis development means realization of genetic program under influence of numerous exo- and endogenous reasons. Disturbance of lipid and carbohydrate metabolisms are related to key aspects of psoriasis pathogenesis problem. Psoriasis rarely causes death of patients, however, considerably worsens social and labor adaptation of patients. Financial expenses for treatment, which is usually long-lasting enough, are essential.

УДК 616-036.22

*Б.Т. БЕГЕУБАЕВА, М.В. ЛАНКИНА, Г.Т. СЕЙКЕТОВА, Е.Т. АЙМУРЗАЕВА,
Т.А. КИМ, А.К. ОСПАНОВА, А.Т. КАРБУЗОВА, А.К. ЖУЛЛАЕВА*

**АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ ШИГЕЛЛ В г. АЛМАТЫ
ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2000–2009 гг.)**

*Городская централизованная бактериологическая лаборатория г. Алматы,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Научно-практический центр санитарной эпидемиологической экспертизы
и мониторинга КГСН*

В последнее время наблюдается неблагоприятная ситуация по заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) во многих странах мира, где число случаев кишечных заболеваний остается на высоком уровне с тенденцией к росту [1]. В этиологической структуре ОКИ значительное место занимает шигеллезная инфекция. Так, по данным ВОЗ от 2009 г., около 1,1 миллиона человек ежегодно умирают от инфекции, вызванной шигеллами, причем 60% смертей приходится на детей в возрасте до 5 лет. Большая часть случаев заболеваемости шигеллезами приходится на развивающиеся страны. Каждый год регистрируются приблизительно 500 000 случаев дизентерии среди военнослужащих и путешественников [2].

Широкое распространение шигеллезов связано с многообразным серотипным составом возбудителей, нестойкостью типоспецифического постинфекционного иммунитета, всеобщей восприимчивостью населения, высокой резистентностью возбудителя к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Эпидемический процесс определяется механизмом передачи возбудителей, интенсивность его коррелируется с социальными и природными факторами [3].

По мнению В.И. Покровского, для выявления изменений в эпидемическом процессе обязательным компонентом является слежение за сероваровым пейзажем микроорганизмов, выделенных при инфекционных заболеваниях. Дифференциация разных типов (сероваров, биохемотипов, фаговаров и т. д.) в пределах одного вида возбудителей позволяет понять природу естественного развития и экологии инфекции [4]. Особенности распространения шигеллезов в различных регионах изучаются для определения факторов, детерминирующих их территориальную неравномерность, прослеживания изменений этиологической структуры и преобладающего возбудителя шигеллезов.

Актуальность данной проблемы подтверждается множеством исследовательских работ по изучению заболеваемости шигеллезом в определенные периоды, условия и факторы, влияющие на сезонность и цикличность эпидемического процесса, иммунологическую структуру населения и т. д. [5, 6].

Мы провели ретроспективное исследование с целью определения высеваемости и спектра сероваров шигелл от больных с ОКИ в г. Алматы.

Материалы и методы. Проанализирована высеваемость шигелл из фекалий больных, госпитализированных в Клиническую инфекционную больницу г. Алматы с симптомами острой кишечной инфекции. Анализ проведен за 10 лет (с 2000-го по 2009 гг.) по данным Централизованной бактериологической лаборатории г. Алматы.

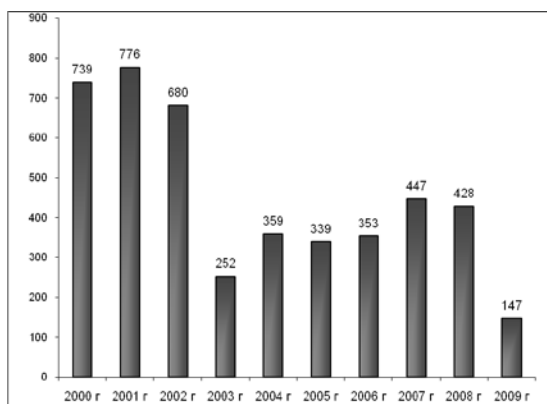
Сбор материала и доставку в бактериологическую лабораторию осуществляли согласно приказу МЗ РК № 69 от 20.04.2009 г. «Об утверждении методических ука-

заний по сбору и транспортировке материала для бактериологического исследования при острых кишечных инфекциях».

Идентификацию всех выделенных штаммов проводили в соответствии с определителем бактерий Берджи (1997), приказа № 535 от 22.04.1985 г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко-бактериологических лабораториях лечебно-профилактических учреждений», изучая их культуральные, биохимические, антигенные свойства, чувствительность к дизентерийному бактериофагу. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием компьютерных программ Excel, рассчитывая среднюю арифметическую, стандартную ошибку средней арифметической, доверительный интервал. Достоверность различий между средними величинами оценивали с использованием t-критерия Стьюдента (уровень значимости $p < 0,05$).

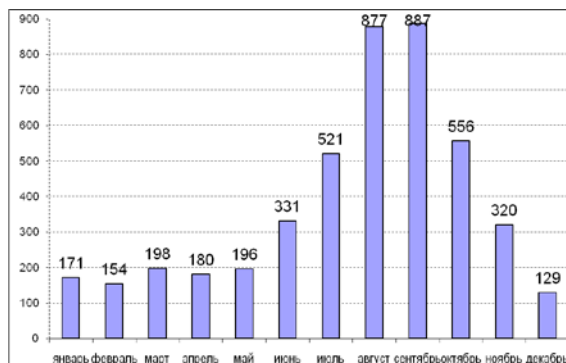
Результаты и обсуждение. За период с 2000-го по 2009 г. выделено 4520 штаммов шигелл от лиц, госпитализированных в ГКИБ Алматы. В среднем в год высевалось 452 ± 67 штаммов. Максимум выделения шигелл пришелся на 2001 год (776 штаммов), минимум – на 2009 год (147 штаммов). Результаты высеваемости шигелл по годам представлены на графике 1.

График 1. Количество штаммов шигелл, выделенных от пациентов с ОКИ клинической инфекционной больницы г. Алматы с 2000-го по 2009 г.



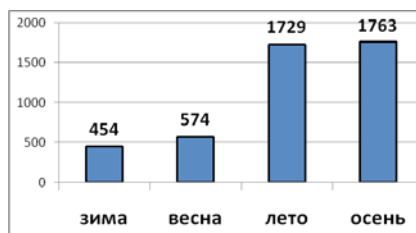
Шигеллы обнаруживали в клинических изолятах из кишечника на протяжении всего года. Больше всего штаммов было выделено с июня по ноябрь, с максимумом – в августе и сентябре (график 2).

График 2. Высеваемость шигелл по месяцам



Если рассматривать сезонность, то наибольшая высеваемость шигелл отмечена в осенние и летние месяцы ($58,8 \pm 7,7$ и $57,6 \pm 8,4$ соответственно), что достоверно выше, чем в зимние и весенние месяцы ($15,1 \pm 2,1$ и $19,1 \pm 2,6$) ($p < 0,05$). Возможно, это связано с сезоном фруктов, ягод и овощей, которые употребляют не всегда хорошо промытыми чистой водой. Следовательно, летом и осенью необходимо усилить противоэпидемические мероприятия и санитарный контроль.

График 3. Число штаммов шигелл, высеянных в разные сезоны года за период с 2000-го по 2009 г. в ГКИБ Алматы



Центральная бактериологическая лаборатория Алматы обслуживает единственную инфекционную больницу, куда госпитализируют всех пациентов города с подозрением на ОКИ. Поэтому, опираясь на наши данные, можно подсчитать, сколько инвазивных изолятов шигелл выделено у пациентов с ОКИ в клинической форме, требующей госпитализации, на 10 000 населения. Статистические данные представлены в таблице 1. Они подтверждают, что больше всего шигелл было выделено от госпитализированных людей в 2001 году, меньше всего – в 2009-м; в среднем шигеллы высевались от $3,8 \pm 0,6$ человек на 10 000 населения. Другими словами, ежегодно 3–4 человека из 10 000 жителей г. Алматы заболевали острой кишечной инфекцией, вызванной шигеллами, требующей госпитализации в 2000–2009 годах.

Кроме того, анализируя данные можно заметить цикличность снижения и повышения заболеваемости. Однако для выявления четкой периодичности необходимы более длительные наблюдения за высеваемостью шигелл.

Таблица 1

Количество штаммов шигелл в пересчете на 10 000 населения

год	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
кол-во изолятов Shigella на 10 000 населения	6,5	6,9	6,0	2,2	3,0	2,8	2,8	3,4	3,2	1,1

При анализе серотипного состава выделенных изолятов шигелл выявлено, что чаще всего высевался серотип *Shigella flexneri* 2a (36,63% изолятов). На втором месте по высеваемости в г. Алматы – *Shigella sonnei* (21,8 %); на третьем – *Shigella flexneri* 1a (13,5%). Далее в удельном порядке убывания: *Shigella flexneri* 1b (8,3%); *Shigella flexneri* 6 (6,2%); *Shigella flexneri* 2b (5,8%). Всего за 10 лет изучаемого периода обнаружено 16 различных серотипов шигелл у госпитализированных пациентов г. Алматы.

Все они представлены в таблице 2.

**Серотипы шигелл, выделенных от пациентов с ОКИ клинической
инфекционной больницы г. Алматы с 2000-го по 2009 г.**

Серотип шигелл	Shigella flexneri 2a	Shigella sonnei	Shigella flexneri 1a	Shigella flexneri 1b	Shigella flexneri 6	Shigella flexneri 2b	Shigella flexneri 3a	Shigella boydii	Shigella flexneri 3b	Shigella flexneri 4 a	Shigella flexneri var. y	Shigella flexneri 4 c	Shigella flexneri 4 b	Shigella flexneri 5 a	Shigella flexneri var. x
Процент выделенных штаммов	36,3%	21,8%	13,5%	8,3%	6,2%	5,8%	3,0%	2,4%	1,11%	0,88%	0,22%	0,20%	0,09%	0,07%	0,04%

Таким образом, несмотря на предпринимаемые профилактические и противоэпидемические меры по снижению заболеваний острыми кишечными инфекциями на территории республики, в г. Алматы сохраняется достаточно значимый уровень заболеваемости шигеллезом. Разнообразный серотипный состав, непрочность и недолговечность постинфекционного иммунитета делают невозможной вакцинопрофилактику этой инфекции. Поэтому основной мерой борьбы остается санитарно-просветительная работа, которую необходимо усилить в сезон повышения заболеваемости (летом и осенью). Также рекомендуется усилить и противоэпидемическую работу в летне-осенний период.

Абсолютно доминирующим сероваром в г.Алматы являются шигеллы Флекснера. Необходимо внедрять новые методики серотипирования, в том числе молекулярно-генетические, для более полного изучения серотипного состава возбудителей дизентерии. Целесообразно продолжить эпидемиологические исследования для определения цикличности повышения заболевания. В дальнейшем планируем продолжать работу по изучению биологических свойств возбудителя дизентерии и эпидемиологических особенностей для разработки эффективных мер борьбы с этой инфекцией и, возможно, специфической профилактики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Онищенко Г.* «Профилактика острых кишечных инфекций». Постановление главы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав населения и благополучия человека от 22.04.10 г.
2. Diarrhoeal Diseases (Updated February 2009) ВОЗ «Diarrhoeal Diseases: Shigellosis». February, 2009.
3. *Покровский В.И., Юцюк Н.Д.* Бактериальная дизентерия. // М., Медицина. 1997.
4. *Покровский В.И., Малеев В.В, Семина Н.А.* Роль лабораторных исследований в диагностике и мониторинге инфекционных болезней. // Пленарные лекции на V Российском съезде специалистов по лабораторной диагностике. Москва,1995.
5. *Карцев, А.Д.* О совершенствовании эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий за дизентерией. // Тезисы докладов VII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. 1997. С. 123–124.
6. *Минеев А.М., Круглова Т.Е., Стражнова О.А.* Влияние отдельных биохимических типов шигелл Зонне на ход эпидемического процесса. // Нижегородский медицинский журнал. 2002. № 3.

Резюме

*Б.Т. Бегеубаева, М.В. Ланкина, Г.Т. Сейкетова, Е.Т. Аймурзаева,
Т.А. Ким, А.К. Оспанова, А.Т. Карбузова, А.К. Жуллаева*

АНАЛИЗ ВЫСЕВАЕМОСТИ ШИГЕЛЛ В г. АЛМАТЫ ЗА ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (2000–2009 гг.)

Проведено ретроспективное исследование с целью определения высеваемости и серотипного состава шигелл от больных, госпитализированных в Клиническую инфекционную больницу г. Алматы с симптомами острой кишечной инфекции за период с 2000-го по 2009 г. Выделено 4520 штаммов. Шигеллы высевались у $3,8 \pm 0,6$ человек на 10 000 населения. Летом и осенью высеваемость возрастала в 3 с лишним раза. Обнаружено 16 серотипов шигелл, из которых доминировал *Shigella flexneri* 2a (36%). Планируется продолжение работы по изучению биологических свойств и эпидемиологии возбудителя дизентерии.

Тұжырым

*Б.Т. Бегеубаева, М.В. Ланкина, Г.Т. Сейкетова, Е.Т. Аймурзаева,
Т.А. Ким, А.К. Оспанова, А.Т. Карбузова, А.К. Жуллаева*

АЛДАҒЫ ОНЖЫЛДЫҚТА (2000–2009Г) АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ШИГЕЛЛАЛАРДЫҢ АНЫҚТАЛУЫНЫҢ БОЛЖАМДЫҚ ТАЛДАУЫ

Шигеллалардың серотиптік құрамын және өсу деңгейін анықтау мақсатында Алматы қаласының қалалық инфекциондық ауруханасына жедел ішек инфекциясымен келіп түскен науқастарға ретроспективті зерттеу жүргізілді. 2000 жылдан 2009 жыл аралығында 4520 штамдары бөліп алынды. 10 000 тұрғынның ішінен $3,8 \pm 0,6$ адамға шигеллаға себінді жасалды. Жазғы және күз мезгілінде олардың өсу деңгейі 3 есеге артты. Шигеллалардың 16 серотипі анықталды және олардың *Shigella flexnerae* 2a (36%) доменделді. Дизентерия қоздырғышының эпидемиологиясын және биологиялық қасиеттерін зерттеу бойынша жұмысты жалғастыру жоспарланып отыр.

Summary

*B.T. Begeubaeva, M.V. Lankina, G.T. Seiketova, E.T. Aimurzaeva,
T.A. Kim, A.K. Ospanova, A.T. Karbuzova, A.K. Jullaeva*

SHIGELLA CAUSED ENTERIC FEVER IN ALMATY OVER TEN-YEAR PERIOD (2000–2009)

The retrospective study of *Shigella* isolates collected over a 10-year period (2000–2009) were done. All of the isolates were received from the feces of patients hospitalized to infectious hospital of Almaty, Kazakhstan with symptoms of acute intestinal infection. 4 520 serotypes were identified. Enteric fever caused by *Shigella* occurred all over the year. In average, $3,8 \pm 0,6$ cases for 10,000 people of *Shigella* caused enteritis were bacteriologically confirmed. *Shigellas* were three times more frequently detected between June and November. *Shigella* serovar *flexneri* 2a ranked as the most common serovar (36%). We plan to continue research for studying biological and epidemiological characteristics of *Shigella* in Almaty.

УДК 614.253

К.М. ФАЙЗУЛЛИНА, Г.К. КАУСОВА

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

Образование признано одним из важнейших приоритетов долгосрочной стратегии «Казахстан-2030». Общей целью образовательных реформ в Республике Казахстан (РК) является адаптация системы образования к новой социально-экономической среде. Президентом РК была поставлена задача о вхождении РК в число 50 наиболее конкурентоспособных стран мира. Совершенствование системы образования играет важную роль в достижении этой цели [1].

Международный опыт подтверждает, что инвестиции в человеческий капитал, и, в частности, в образование с раннего детства до зрелого возраста способствуют существенным отдам для экономики и общества.

К 2020 году Казахстан – образованная страна, умная экономика и высококвалифицированная рабочая сила. Развитие образования должно стать платформой, на которую будет опираться будущее экономическое, политическое и социально-культурное процветание страны [2].

Высшее образование играет важную роль в обеспечении профессиональной подготовки компетентных и конкурентоспособных специалистов для всех отраслей республики в интеграции с наукой и производством.

В настоящее время функционируют 148 вузов (9 национальных, 2 международных, 32 государственных, 12 негражданских, 93 частных, в том числе 16 акционированных), в которых обучаются свыше 600 тыс. человек [3]. По данным Министерства образования и науки (МОН), 30% граждан вовлечено в систему образования и науки, в том числе: обучается – 4,5 млн человек и работают в сфере – 414,5 тыс. педагогов и ученых.

Высшее медицинское образование во всем мире относится к одним из самых элитных. Овладение профессией врача – процесс длительный и трудоемкий. В РК получить диплом врача можно в 6 государственных вузах: РГП «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», АО «Медицинский университет Астана», РГП «Карагандинский государственный медицинский университет», РГКП «Западно-Казахстанская государственная медицинская академия», РГП «Государственный медицинский университет г. Семей», РГП «Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия». Также в 4 негосударственных медицинских вузах: НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», медицинский факультет Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Яссави, Фармацевтический факультет в составе частного учреждения «Карагандинский университет «Болашак» и Институт сестринского дела «Эмили» в составе частного университета «Парасат».

Согласно «Стратегическому плану развития Министерства здравоохранения РК на 2009–2011 годы», каждый год увеличивается набор студентов в медицинские вузы, увеличивается количество мест обучения по гранту, ужесточаются правила приема абитуриентов на платной основе [4].

Кто он, студент медицинского университета? Каков его социальный портрет? На этот вопрос вряд ли сегодня ответят члены приемной комиссии медицинского вуза, так как основной упор в отборе будущих студентов ложится на уровень подготовленности абитуриентов (конкурс баллов), а также наличие направляемых документов территориальных органов управления здравоохранения (льготы). Кроме того, единое Национальное Тестирование подразумевает сдачу экзаменов по трем основным (постоянным) предметам: математика, казахский (русский) язык, история Казахстана и одному профильному предмету. Для поступления в медицинский вуз профильным предметом является биология, но эта же дисциплина является профилирующим и в других вузах, таких как: Казахский национальный университет имени Аль-Фараби, Казахский национальный педагогический университет имени Абая, Казахский национальный аграрный университет, Алматинский технологический университет, Казахский национальный технический университет имени Сатпаева и Казахстанский инженерно-технологический университет, которые готовят специалистов в области агрохимии, экологии, почвоведения, биотехнологии, дефектологии, психологии, ветеринарной медицины и санитарии, охотоведения, рыбного хозяйства, плодовоовощеводства, мелиорации и охраны земель и другие.

Получается, что абитуриент, который мечтал быть преподавателем биологии или агрономом, становится студентом медицинского вуза!!!

Мы полагаем, что существующая система проверки знаний для поступления в высшую медицинскую школу несовершенна и требует принятия оперативных решений.

Качественные показатели набора абитуриентов обеспечивают высокий уровень успеваемости студентов-медиков, успешную адаптацию к вузовской системе обучения. Однако среди проблем отбора, в последнее время часто обсуждаемых в литературе, можно выделить проблему низкого интеллектуального, общекультурного, психофизиологического развития абитуриентов, изменения мотивации при выборе профессии [5, 6].

Обеспечение качества, преемственности и непрерывности профессионального медицинского образования в современных условиях может решаться путем открытия центров довузовской подготовки, специализированных классов, школ-лицеев, комплексов, функционирующих по принципу: «школа – вуз», «школа – колледж», «колледж – вуз», «школа – колледж – вуз». Реализация практики создания специализированных классов с усиленной подготовкой и профессиональной ориентацией учащихся для последующего поступления в медицинские вузы должна рассматриваться как мера стабилизации кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в РК.

Довузовская подготовка молодежи обеспечивает не только усвоение знаний и предметных умений, но и формирует общеучебные навыки, позволяющие первокурснику успешно адаптироваться к особенностям высшей школы [7].

По результатам некоторых исследований [8, 9], выпускники специализированных медицинских классов дают высокий процент поступлений в вуз (от 77 до 98%) и хороший уровень подготовки, устойчивую психофизиологическую адаптацию (80%), в то время как подготовительные курсы и репетиторство не решают проблему адаптации абитуриентов к вузовской программе, не способствуют выработке стойкой мотивации к медицинской профессии.

О принципах отбора студентов в медицинские вузы споры ведутся практически во всех университетах мира. В современных условиях метод отбора по академическим критериям считается наиболее очевидным, простым и недорогим [10]. Однако,

по мнению Семенкова Н.Н. [11], такая система носит формальный, односторонний характер, так как основная деятельность абитуриентов направлена на повышение базового уровня подготовки по профилирующим для медицинского вуза предметам, а не на ознакомление с будущей профессиональной деятельностью, развитие склонностей, овладение трудовыми навыками младшего медицинского персонала [12, 13]. «Натасканный» репетитором абитуриент успешно сдает экзамены, но в процессе обучения выявляется его слабая готовность к самостоятельной подготовке, усвоению специфики профессии. Кроме того, анализ экспериментального материала по изучению связи обучения в школе и в вузе показал отсутствие прямой зависимости хорошей успеваемости студентов от их успеваемости в школе [14] и особенно от результатов вступительных экзаменов, что не дает достаточных оснований использовать академические показатели для прогнозирования успешности дальнейшего обучения студентов.

Использование другой формы отбора студентов – собеседования (в зарубежных странах – интервью) – экономически необоснованно с позиции затрат времени вуза и абитуриентов. Однако этот метод позволяет получить важную для вуза информацию, например: представление об абитуриенте, его склонностях, мотивах поступления в медицинский вуз, обоснованности выбора профессии, уверенности в себе, умении строить аргументацию, широту круга интересов, а иногда и характерологические особенности личности [10, 15, 16]. Однако ряд исследователей [17–19] считают процедуру собеседования крайне несовершенной, так как мнения об одном и том же поступающем у лиц, проводящих собеседование, бывают диаметрально противоположными. Усовершенствованием процедуры собеседования с абитуриентами медицинского вуза занимались такие ученые, как С. Burroughs [20], И.И. Каляцкий и Г.Л. Калиниченко [21].

Тестирование способностей является одним из серьезных методов отбора абитуриентов, желающих поступить на медицинские факультеты во многих странах. Поиск новых наиболее совершенных тестов для определения индивидуальных способностей и психофизиологических качеств людей, сочетающихся с требованиями, предъявляемыми профессией [22], происходит постоянно. Использование психологических тестов для отбора студентов позволяет определить не только мотивацию, интерес к медицине, но и профессионально значимые качества, склонности и способности, т.е. отобрать молодежь, пригодную не только к обучению, но и к предстоящей трудовой деятельности [23–28]. Психометрическое тестирование оценивает не только логическую аргументацию, аналитические способности, а также социальную адаптацию, поведение, умение быстро решать проблемы и морально-этические принципы абитуриентов. К сожалению, вопрос профессионального отбора пока еще представляет наиболее несовершенное звено в подготовке будущих медицинских работников. Правила приема в медицинские вузы имеют высокую вероятность попадания в медицину случайных людей, у которых нет профессионально значимых для медицинского специалиста личностных свойств – чувства долга, доброты, сострадания и милосердия к людям. Следовательно, при отборе в учебные заведения необходимо применение специальной системы тестов, которая позволит выявить индивидуальные способности и личностные качества поступающего и его пригодность к медицинскому труду.

Специфика медицинского труда, высокая ответственность за качество лечебной работы и необходимость постоянного повышения уровня подготовки ставят на повестку дня необходимость совершенствования системы приема в вузы, разработки новых принципов формирования личности студента-медика, его отношения к предстоящей трудовой деятельности и к самому себе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Программа «КАЗАХСТАН-2030» Процветание, Безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев: Послание Президента страны народу Казахстана 1997 года.
2. Стратегический план развития Казахстана до 2020 г.: Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922.
3. <http://www.edu.gov.kz>.
4. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009–2011 гг.: Астана, 2008.
5. Резер Т. Профессиональное воспитание будущего специалиста. // Врач. 2001. № 9. С. 45.
6. Шереги Ф.Э. Кризис высшего образования. // Вестник РАН. 1997. Т. 67. № 2. С. 99–104.
7. Тунгусова Н.Д. Формы довузовской подготовки в системе непрерывного образования. // Экология человека. 2001. № 3. С. 44–45.
8. Доровских В.А., Фигурнов В.А. Жизнь и проблемы периферийного медицинского вуза. // Здравоохранение РФ. 2003. № 4. С. 34–35.
9. Чебышев Н., Барабанов Е., Попков В., Фадеев А. Довузовский этап медицинского образования. // Врач. 1999. № 1. С. 38–39.
10. Ганглер П., Врисс Д., Акота И., Бальчюнене И. и др. Отбор студентов как гарантия профессионализма будущего врача. // Cathedra. 2004. № 9. С. 50–53.
11. Семенов Н.Н. Совершенствование системы профориентации по специальности «сестринское дело». // Мед. помощь. 1996. № 1. С. 31–33.
12. Пускина В.Г., Кузьмина Е.А., Кондратьева Л.Л. Характеристика контингента поступающих в медицинский вуз. // Здравоохранение Росс. Федерации. 1979. № 7. С. 39–43.
13. Рахманин В.С. Социологические исследования и вузовский учебный процесс. // Педагогика высшей школы. Воронеж, 1979. С. 82–101.
14. Кузьмин Е.А., Пускина В.Г., Кондратьева Л.Л., Кухаренко Л.И. Опыт изучения абитуриентов медицинского вуза в процессе собеседования: Метод. рекомендации. М.: Мед. ин-т им. Н.И. Пирогова. 1979. 34 с.
15. Шляпников В.Н., Троянский Г.Н., Рудько В.Ф. Модель врача-выпускника по специальности «стоматология» и пути ее внедрения. // Здравоохранение РФ. 1983. № 9. С. 39.
16. Kelly E.L. A critique of the interview. In: Gee H.H., Cowles Y.T., ed., The appraisal of applicants to medical schools. // J. med. Educ. 1957. Vol. 32. part 2. P. 78.
17. Miller G.E., Roskinsky E. Report of a conference. Summer Institute on Medical Teaching. // J. med. Educ. 1959. Vol. 34. P. 449.
18. Korman M., Stugglesfield R.L., Martin L.W. Patterns of success in medical school and their correlates. // J. med. Educ. 1968. Vol. 43. P. 405.
19. Burroughs G. E.R. A study of the interview in the selection of students for teaching // Brit. J. Educ. Psychol. 1953. Vol. 28. P. 37.
20. Каляцкий Н. Н., Калиниченко Г.Л. Оценивая результаты собеседования // Вестник высшей школы. 1973. № 2. С. 9–12.
21. Duncan D. What future for occupational psychology? // Psychologist. 1997. Vol. 10 (11). P. 490.
22. Витенко И.С. Актуальные психолого-педагогические проблемы медицинского образования в Украинской ССР. Киев, Ивано-Франковск, 1990. С. 121–122.
23. Климов Е.А. Как выбирать профессию. М.: Просвещение, 1990. 159 с.
24. Hogan R., Hogan J. & Roberts B. W. Personality measurement and employment decisions: Questions and answers. American Psychologist, 1996. Vol. 51. P. 469–477.
25. Barrick M.R. Autonomy as a moderator of the relationships between the Big Five personality dimensions and job performance. // M. R. Barrick & M.K. Mount // Journal of Applied Psychology. 1993. Vol. 78. P. 111–118.
26. Hogan R., Hogan J. & Roberts B.W. Personality measurement and employment decisions: Questions and answers. American Psychologist, 1996. Vol. 51. P. 469–477.
27. Landy F.J., Shankster L.J., Kohler S.S. Personnel selection and placement // Annual Review of Psychology. 1994. Vol. 45. P. 261–296.

Резюме

К.М. Файзуллина, Г.К. Каусова

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Специфика медицинского труда, высокая ответственность за качество лечебной работы и необходимость постоянного повышения уровня квалификации требуют уже сегодня совершенствования системы приема в вузы, разработки новых принципов формирования личности студента-медика, его отношения к предстоящей трудовой деятельности и к самому себе.

Тұжырым

К.М. Файзуллина, Г.К. Каусова

ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУ МӘСЕЛЕСІ ЖАЙЫНДА

Медициналық еңбек ерекшелігі, емдеу жұмысының сапасы үшін жоғары жауапкершілік және біліктілік деңгейін үнемі жоғарылату қажеттілігі қазірден бастап жоғары оқу орнына қабылдау жүйесін жетілдіруді, медицина студенті тұлғасын қалыптастырудың, оның болашақта істейтін қызметі мен өзіне деген көзқарасының жаңа ұстанымдарын талап етеді.

Summary

K.M. Faizullina, G.K. Kausova

TO THE QUESTION OF IMPROVING THE HIGHER MEDICAL EDUCATION

The specificity of medical work, high responsibility for the quality of clinical care and the need to continually improve the skills required today to improve the system of admission to universities, to develop new principles of identity formation of a medical student, his relationship to the upcoming work and to himself.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 614.253

Г.К. КАУСОВА, Р.А. КОЧЕРОВА

К ВОПРОСУ МОТИВИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У АБИТУРИЕНТОВ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

На современном этапе реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан (РК) и внедрения единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) представляется весьма актуальным вопрос подготовки медицинских и научных кадров. В «Стратегии развития Казахстана до 2030 года» важное значение придается совершенствованию концепции подготовки медицинских и научных кадров, оптимизации сети научно-исследовательских институтов, центров и медицинских учебных заведений [1]. В послании Президента РК Н.А. Назарбаева от 2004 г. «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации» подчеркивается необходимость серьезных изменений в системе подготовки и переподготовки врачей и медперсонала [2]. Учитывая наличие огромного потенциала

в республике, качество высшего медицинского образования должно отвечать самым высоким международным требованиям. Высшие учебные заведения (вуз) РК должны стремиться войти в рейтинг ведущих университетов [3].

Что необходимо для этого? И может ли система подготовки медицинских и научных кадров улучшить в дальнейшем качество предоставляемых медицинских услуг?

Уровень подготовки специалистов с медицинским образованием на постсоветском пространстве не соответствует возросшим требованиям, предъявляемым к качеству практической и теоретической подготовки. Важной проблемой в современных условиях является признание дипломов казахстанских медицинских вузов зарубежными государствами [3].

Подготовку высококлассных специалистов необходимо начинать в средних учебных заведениях, то есть в школе, но на новой современной основе. Особенно это касается профессии врача, от которого зависит жизнь и здоровье населения страны [6].

Если анализировать международный опыт, то, к примеру, в Сингапуре абитуриент, не имеющий сильной мотивации и развитого интеллекта, отсеивается на уровне приема [5].

Совершенствование высшего образования должно приводить к повышению качества подготовки специалистов в РК [4]. Качество выпускника зависит от многих факторов, таких как профессионализм профессорско-преподавательского состава (ППС), материально-техническое оснащение учебных баз, система контроля знаний, а также мотивации студентов быть высококлассными специалистами [7].

Положительная мотивация позволяет выбрать профессию, которая нужна населению и обществу, доступна и посильна для выбирающего и может приносить духовное и моральное удовлетворение. Формула хорошего выбора при положительной мотивации выражается тремя словами: «нужно, смогу, хочу». Мало кто выбирает «смогу» и «хочу», чаще по совету родителей выбирают «нужно» [8].

Мотивация может быть как внешняя, так и внутренняя. Внешняя зависит от системы общества, государства; внутренняя – помогает развить собственную индивидуальность, найти «свою» любимую область деятельности и личностный смысл деятельности и стать хорошим профессионалом, работая во благо общества, страны.

В структуре мотиваций личности имеются понятия «производительная и потребительская системы». От уровня соотношения данных систем зависит внутренняя среда личности, его выбор, отношение к своему выбору, личностный рост [10].

Преобладание производительной мотивации обуславливает заинтересованное отношение к сфере деятельности, активную направленность на социально значимые ее аспекты, проявление внутреннего богатства специалиста. Если мотивационный профиль является потребительским, то действия специалиста будут направлены на себя, поддержание своей жизнедеятельности, без личностного роста, у которой доминируют ориентация на материально-бытовые ценности в ущерб духовным [9].

Но внутренние и внешние мотивирующие факторы у специалиста взаимосвязаны. Если дать студенту все возможности для обучения (лучшие ППС, учебные базы с хорошим материально-техническим оснащением, доступ в интернет, общежития для приезжих и др.), но у него не будет того самого внутреннего «смогу», «хочу», то результат будет отрицательным.

- К внутренним производственным мотивирующим факторам можно отнести:
- Возможность всегда быть активным, саморегуляция, самосовершенствование.
 - Социальная значимость труда медработников.
 - Принадлежность к интеллигентной среде.
 - Принадлежность к интеллектуальной элите общества.
 - Чувство превосходства, персональной власти, образ «дарящего жизнь».
 - Возможность приносить людям облегчение, проявлять заботу, доброту [9].

По мнению американской исследовательницы К. Двек, данный список необходимо дополнить следующими факторами:

- Любовь к обучению.
- Постоянная готовность ответить на вызовы жизни.
- Настойчивость в преодолении препятствий.
- Высокая ценность собственных усилий при оценке себя или других людей [10].

К внешним мотивирующим факторам, определяющим выбор абитуриента, можно отнести:

- Совет родителей.
- Пример опытных врачей, их совет.
- Влияние художественной литературы.
- Советы учителей.
- Влияние кино и телевидения.
- Семейные традиции.
- Наличие медицинского вуза в городе.
- Советы друзей.
- Настойчивость родителей вопреки собственному желанию.
- Материальная обеспеченность в дальнейшем.
- Получение высшего образования и диплома [11].

У поступающих абитуриентов из всех вышеперечисленных мотивирующих факторов преобладающими являются такие, как чувство превосходства, персональной власти, принадлежность к интеллектуальной элите общества, материальная обеспеченность в дальнейшем, получение высшего образования и диплома. Возможно, подобное происходит в результате неведения поступающих в медицинские ВУЗы, отсутствия системы профориентации начиная со школы. А результатом, часто, является ситуация, когда значительная часть студентов 3–5 курсов, покидают стены университета.

Следует отметить, что для развития высокого профессионализма будущих врачей, при поступлении в медицинские ВУЗы необходимо, в первую очередь, оценивать личность абитуриента, его творческий потенциал, а также его нравственную ориентацию, мотивационный профиль и учитывать знания по основам этического поведения в различных ситуациях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Стратегия развития Казахстана до 2030 года», Н.А. Назарбаев. Алматы. 1998.
2. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации». Астана. Март 2004 .
3. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана. «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана». Астана. 2010.
4. Концепция развития образования РК до 2015 года. Астана. 2004.
5. Аканов А.А. Медицинское образование в стране должно быть на международном уровне. // Казахстанская правда. 2009 г., 3 декабря. С. 6.

6. Аканов А.А. Медицинское образование: к качеству и конкурентоспособности. // Казахстанский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 32–35.

7. Ким С.В., Векленко Г.В., Батырова Г.А. Модернизация образовательных технологий в медицинском вузе. // Совершенствование медицинского образования – гарантия эффективного здравоохранения. Международная научно-практическая конференция. 21–22 октября 2010. Караганда 2010. С. 93–94.

8. Курмангожина У. Выбор профессии. // Білім әлемі. 2007. № 8. С. 25–27.

9. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций. Ростов-на-Дону: Феникс. 2005.

10. Матвеев Н.В., Васильев В.В., Матвеев О.Б., Кадала Р.В. Влияние мотивации при поступлении абитуриентов в медицинский вуз на будущую профессиональную деятельность. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2011, том 1. № 2 (2). С. 127–129.

11. Думанский Ю.В., Борота А.В., Христуленко А.А., Христуленко А.Л. Мотивация в обучении иностранных студентов в медицинском вузе. // Украинский журнал хирургии. 2011. № 6 (15). С. 177–179.

Резюме

Г.К. Каусова, Р.А. Кочерова

К ВОПРОСУ МОТИВИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ У АБИТУРИЕНТОВ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ

Для развития высокого профессионализма у будущих врачей, при поступлении в медицинские вузы, необходимо оценивать личность абитуриента, его творческий потенциал, а также его нравственную ориентацию и мотивационный профиль.

Тұжырым

Г.К. Каусова, Р.А. Кочерова

ТАЛАПКЕРЛЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОО-Ң ТАҢДАУЫНА СЕБЕП БОЛҒАН ФАКТОРЛАР МӘСЕЛЕСІ

Болашақ дәрігерлердің жоғары кәсібилігін дамыту үшін медициналық ЖОО-а түсу кезінде талапкерлердің тұлғалық қасиеттерін, шығармашылық потенциалын және оның кісілік бағыт-бағдарын дәлелдеу қажет.

Summary

G.K. Kausova, R.A. Kocherova

ABOUT MATRICULATING STUDENT'S MOTIVATING FACTORS WHILE ENTERING INTO MEDICAL UNIVERSITIES

For the development of professionalism among future doctors, when entering medical universities, it is necessary to evaluate the applicant's personality, his creative potential as well as its moral orientation and motivational profile.

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В настоящее время гистероскопия является золотым стандартом для диагностики патологии эндометрия. Лечение доброкачественной внутриматочной патологии сохраняет свою актуальность в современных условиях в виду частой встречаемости у женщин всех возрастных групп при бесплодии, привычном невынашивании беременности, менометроррагиях, гиперпластических процессах миометрия. Наиболее часто встречаются полипы эндометрия (32%), субмукозная миома матки (3%), синехии (3%), гиперплазия эндометрия (0,9%), внутриматочная перегородка (0,5%) [1]. Достаточно полно разработаны алгоритмы диагностики внутриматочной патологии [1–4]. Однако в вопросах выбора метода оперативного лечения внутриматочной патологии остается много нерешенных аспектов. Статистика подтверждает, что диагноз не проверенный гистероскопией может быть ошибочным у трети пациентов. При гистероскопии диагноз подтверждается в 90 % случаев [1,3–8]. Гистероскопия бывает диагностической и лечебно-диагностической. Диагностическую гистероскопию проводят при подозрении на:

1. Внутренний эндометриоз.
2. Подслизистую миому матки.
3. Внутриматочные синехии.
4. Остатки плодного яйца.
5. Наличие инородного тела матки.
6. Гиперпластические процессы в эндометрии.

Различают стандартную гистероскопию (проводится в условиях стационара одного дня под внутривенной анестезией) и офисную гистероскопию (проводится на амбулаторном приеме без анестезии). Гистероскопия обычно проводится на 5–10-й день менструального цикла.

Целью настоящего исследования явилась оценка диагностической значимости гистероскопии при патологии эндометрия.

Материал и методы обследования. Гистероскопическое исследование проведено 652 пациенткам, госпитализированным в медицинский центр «Хак» за период 2009–2010 гг. Все пациентки были разделены на 3 группы: 1-я группа – репродуктивный возраст 340 (52,2%), пременопаузальный возраст 160 (21,5%), менопаузальный 152 (23,3%). Всем пациенткам проведена стандартная лечебно-диагностическая гистероскопия в плановом порядке с предварительным предоперационным обследованием и подготовкой, а также с проведением внутривенной анестезии.

Полученные результаты и их обсуждение. В данных группах пациентки были сопоставимы по возрасту, длительности, степени тяжести и характеру заболевания. Для обследования и лечения был выработан следующий алгоритм. Первым шагом алгоритма явилось при наличии внутриматочной патологии по данным ультразвукового исследования проведение диагностической гистероскопии. Вторым шагом алгоритма явился выбор метода оперативной гистероскопии при конкретной внутриматочной патологии. Средний возраст пациенток составил 39,5±0,2 года. По данным анамнеза во всех группах пациенток нарушений менструальной функции не наблюдалось.

Из сопутствующей гинекологической патологии чаще всего в первой группе имелись указания на патологию шейки матки (52,9%), воспалительные процессы гениталий (30,5%), невынашивание беременности (12,5%), в то время как во второй группе отмечалось наличие миомы матки (66,8%), железисто-кистозная гиперплазия (36,4%), в третьей группе наиболее часто встречаемой патологией явились различные гиперпластические процессы эндометрия (65,8%). Высокий процент женщин с патологией эндометрия имели в анамнезе внутриматочные вмешательства: искусственные аборт (52,4%), выскабливания в экстренном и плановом порядке по поводу патологии эндометрия (44,6%). Внутриматочные вмешательства, операции на шейке матки создают благоприятные условия для инфицирования эндометрия и хронизации воспалительного процесса в слизистой матки. У женщин репродуктивного возраста наиболее частой патологией был генитальный эндометриоз в 129 (37,9%) случаях, у 38 (11,3%) пациенток наблюдалось сочетание генитального эндометриоза и подслизистой миомы матки, у 22 (6,5%) женщин диагностирован субмукозный миоматозный узел, внутриматочные синехии после перенесенных абортов в анамнезе у 16 (4,7%), наличие инородного тела в матке (ВМС) у 8 (2,8%), остатки плодного яйца 2 (0,6%). Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия наблюдалась в 3 (0,9%) случаях и полипоз эндометрия в 2 (0,6%) в случаях. Во второй группе женщин перименопаузального возраста преимущественно обнаружен генитальный эндометриоз у 43 (26,9%), субмукозная миома матки у 14 (8,8%), гиперплазия эндометрия у 62 (38,8%), полипоз (8–5,0%) и аденоматоз эндометрия (31,9%). В третьей группе женщин гистероскопия произведена в случаях подозрения на неопластические процессы эндометрия и в связи с кровянистыми выделениями в период менопаузы. В данной группе чаще обнаружены железисто-кистозные полипы больших размеров (до 0,5 см в диаметре) у 119 пациенток (78,3%) и аденоматозные полипы маленьких размеров (до 0,1 см в диаметре), которые располагались вблизи от устья маточных труб, у 14 (9,2%). У 120 (35,3%) женщин репродуктивного, у 28 (17,5%) женщин перименопаузального и у 19 (12,5%) женщин менопаузального возраста при проведении гистероскопии патологии не обнаружено. Осложнениями гистероскопии явились: воспалительные процессы придатков матки – 3 случая (0,5%), пельвеоперитонит – 1 случай (0,2%). После проведения гистероскопии всем пациенткам назначалась антибактериальная, утеротоническая терапия, спазмолитики и противовоспалительные препараты. По показаниям назначена гормональная терапия после заключения патоморфолога. Все пациентки выписаны с рекомендациями проведения при полипах эндометрия ультразвукового исследования через 3, 6, 12 месяцев после операции и при внутриматочных синехиях – контрольной гистероскопии через 1 месяц после операции.

Выводы. Гистероскопия является золотым стандартом в диагностике патологии эндометрия и идеальным методом контроля эффективности терапии гиперпластических процессов эндометрия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Канпушева Л.М. Гистероскопия. Гэотар-Мед., 1999. 176 с.
2. Кудайберген Т.К., Ли О.Д., Джанбаева Л.А. Гистероскопические исследования в гинекологии. // Акушерство, гинекология и перинатология. 2002. № 4. С. 58–61.
3. Кудайберген Т.К. Эндоскопия в оперативной гинекологии. // Акушерство, гинекология и перинатология. 2004. № 3. С. 65.
4. Муканов Е.Т. Частота осложнений при использовании электрической хирургической энергии при органосохраняющих операциях. // Акушерство, гинекология и перинатология. 2009. № 3. С. 35–38.

5. Шилина Е.А., Голова Ю.А., Бреусенко В.Г. и др. Применение новых технологий для лечения больных с гиперпластическими процессами в эндометрии в период постменопаузы. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. № 5. С. 74–77.

6. Каппушева Л.М., Комарова С.В., Ибрагимова З.А. и др. Выбор метода терапии гиперплазии эндометрия в перименопаузе. // Акушерство и гинекология. 2005. № 6. С. 37–42.

7. Brun J.L., Descat E., Boubli B. et al. Endometrial hyperplasia: a review. // Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2006. Vol. 35. P. 542–550.

8. Makris N., Kalmantis K., Skartados N. et al. Threedimensional hysterosonography versus hysteroscopy for the detection of intracavitary uterine abnormalities. // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2007. Vol. 97. P. 6–9.

Резюме

Г.Ж. Жатқанбаева

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Гистероскопия является золотым стандартом в диагностике патологии эндометрия и идеальным методом контроля эффективности терапии гиперпластических процессов эндометрия.

Тұжырым

Г.Ж. Жатқанбаева

ГИНЕКОЛОГИЯДА ГИСТЕРОСКОПИЯНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ

Гистероскопия эндометрияның патологиясының диагностикасында және эндометрияның майысқақ процестерін емдеудің тиімділігінің бақылауының тамаша әдісінің алтын стандарты болып табылады.

Summary

G.Zh. Zhatkanbayeva

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF HYSTEROSCOPY IN THE GYNECOLOGY

Hysteroscopy is the gold standard in the diagnosis of endometrial pathology and ideal method for monitoring the effectiveness of treatment of endometrial hyperplastic processes.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 618.145-007.415-053.5/.81-036.1-07-085

Ш.М. САДУАКАСОВА

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК ЮВЕНИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

В настоящее время эндометриоз остается одной из актуальных проблем медицины, занимая в структуре гинекологических заболеваний третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки [1, 2, 3]. Эндометриоз формируется на фоне нарушенного гормонального и иммунного гомеостаза и характеризуется ростом и развитием ткани, идентичной по структуре и функции эндометрию, за пределами границ нормальной локализации слизистой оболочки тела матки. Основными этиологическими моментами заболевания являются расстройства иммунной и нейроэндокринной систем [3]. Генез эндокринных нарушений при эндометриозе может рассматриваться как результат на-

пряжения механизмов неспецифической защитно-адаптационной реакции. Известно, что преморбидный фон, начиная с раннего детского возраста (различные формы диатеза в сочетании с хроническим тонзиллитом, пиелонефритом и другими заболеваниями), полиорганный соматическая патология, повышенная склонность к ОРВИ, свидетельствуют о сниженной сопротивляемости организма у больных эндометриозом. По данным литературы, у 30% больных эндометриозом отмечается повышенная аллергическая готовность организма и гиперчувствительность к медикаментам, пищевым продуктам, предметам бытовой химии [2, 4, 5]. Снижение неспецифической сопротивляемости организма может быть обусловлено недостаточностью антиоксидантной защитной системы организма, которая также взаимодействует с иммунной.

Целью исследования явилось изучение особенностей соматического здоровья девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом.

Материалы и методы исследования. Особенности соматического здоровья изучены у 60 девочек-подростков с генитальным эндометриозом, больных эндометриозом (основная группа) и у 50 здоровых девочек (контрольная группа) на основании анализа амбулаторных карт основной и контрольной групп.

Результаты исследования. Соматическое здоровье девочек основной группы характеризовалось высокой частотой экстрагенитальной патологии в 80,0% (48), тогда как в контрольной группе наблюдалось в 28,0% (14) случаев ($p<0,05$). Особенностью соматического здоровья девочек-подростков основной группы была значительная, по сравнению с контрольной, частота аллергических заболеваний, патологии почек, анемий и системных заболеваний. Аллергические заболевания отмечены у 23,3% (14) девочек-подростков основной и у 2,0% (1) контрольной группы. Системные заболевания наблюдались у 6,7% (4) девочек-подростков с генитальным эндометриозом при отсутствии в контрольной ($p<0,05$). Заболевания органов мочевыделительной системы отмечались у 18,3% (11) девочек основной группы и у 6,0% (3) в контрольной группе, анемии у 11,7% (7) и 2,0% (1) соответственно группам. Патология лор-органов наблюдалась у 11,7% (7) девочек основной и у 8,0% (4) контрольной группы. Сердечно-сосудистая патология выявлена у 5,0% (3) девочек основной группы при отсутствии в контрольной группе. Заболевания щитовидной железы выявлены у 11,7% (7) девочек основной группы и у 10,0% (5) в группе контроля. У девочек-подростков основной группы в 4 (6,7%) наблюдениях отмечалась мастопатия при отсутствии в группе контроля. Девочки, часто и длительно болеющие ОРВИ, достоверно чаще наблюдались в основной группе – в 45,0% (27) случаев, при показателях в контрольной 24,0% (12) ($p<0,05$). Заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и печени встречались почти с одинаковой частотой в обеих группах – 3,3% (2) и 2,0% (1), 5,0% (3) и 4,0% (2), 8,3% (5) и 10,0% (5) соответственно группам.

Анализируя характер соматического здоровья девочек-подростков было выявлено, что у девочек-подростков основной группы частота аллергических заболеваний была выше в 11,7 раз, системных заболеваний – в 6,7 раз, что согласуется с данными литературы об общности эндометриоза с другими аутоиммунными заболеваниями [6]. Частота анемий у девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом была выше в 5,9 раза. Развитию анемии при генитальном эндометриозе способствуют мено- и метроррагии, а также изменение характера секреции половых гормонов [1]. Патология почек у девочек основной группы наблюдалась в 3,1 раза чаще, чем в контрольной группе. В литературе имеются данные о прямой зависимости анатомо-функциональных состояний почек от длительности течения эндометриоза и его распространенности [1]. Сердечно-сосудистая патология наблюдалась у 5,0% (3) девочек с генитальным эндометриозом, что обусловлено гемоциркуляторными нарушениями, реализуемыми

через гипоталамо-гипофизарную систему, активизация которой в периоды дисменореи сопровождается усилением выброса кортикостероидов и катехоламинов [1]. Высокую частоту экстрагенитальной патологии у девочек ювенильного возраста с генитальным эндометриозом можно объяснить наличием иммунодефицитных состояний, что клинически проявляется компенсированными изменениями в системе иммунного гомеостаза. У девочек-подростков основной группы в 4 (6,7%) наблюдениях отмечалась мастопатия, которая не встречалась в контрольной группе, что указывает на наличие изменений не только в иммунном, но и гормональном гомеостазе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь. СПб.: Издательство Н – Л, 2002. 452 с.
2. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. СПб.: Фолиант, 2000. 572 с.
3. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. М.: Медицина, 2006. 416 с.
4. Сленічко Ю.М. Особливості клініки, діагностики та лікування генітального ендометріозу в дитячому та підлітковому віці. Дисс. ... канд. мед. наук. Луганськ, 2002. 143 с.
5. Левенец С.О., Тверитникова Л.И. Структура экстрагенитальной патологии у девочек-подростков с гинекологическими заболеваниями // Педиатрия, акушерство и гинекология. 1997. № 1. С. 65–67.
6. Радецкая Л.Е. Аутоиммунные механизмы патогенеза эндометриоз. Автореф. ... канд. мед. наук. – Минск, 1988. – 17 с.

Резюме

Ш.М. Садуакасова

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК ЮВЕНИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Постнатальный период развития у 80,0% девочек, больных эндометриозом, характеризовался высокой частотой экстрагенитальной патологии, что можно объяснить формированием иммунного ответа по типу врожденных (компенсированных) иммунодефицитных состояний, которые реализуются повышением хронической экстрагенитальной патологии. Предрасположенность к экстрагенитальной патологии является клиническим маркером иммунодефицитного состояния.

Тұжырым

Ш.М. Садуақасова

ГЕНИТАЛЬДЫ ЭНДОМЕТРИОЗҒА ШАЛДЫҚҚАН ЮВЕНИЛДІ ЖАСАҒЫ ҚЫЗ БАЛАЛАРДЫҢ СОМАТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жасөспірім қыз балалардың соматикалық денсаулығын сараптай келе, экстрагенитальды патологияның жоғары жиілікте кездесуін иммундық жетіспеушілік жағдаймен түсіндіруге болады. Қыз балалардың негізгі топтарының 4 жағдайында (6,7%) бақылау тобында болмаған мастопатия байқалған. Бұл жағдай тек иммундық жүйе ғана емес, гормоналдық гомеостаз өзгерістерін көрсетеді.

Summary

Sh.M. Saduakasova

PECULIAR PROPERTIES OF SOMATIC HEALTH OF JUVENILE GIRLS WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS

Postnatal development of girls with endometriosis was characterized by a high frequency of formation of extragenital pathology, which can be explained by the formation of an immune response by type of congenital (compensated) immunodeficiency states and leads to the increase of chronic extragenital pathology. Predisposition to extragenital pathology is a clinical marker of immunodeficiency states.

Б.К. ТАБУНОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С.В. КУТТЫГОЖИНА

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Медицинский центр «ХАК», г. Алматы

Одним из путей сохранения репродуктивного здоровья женщин является профилактика нежелательной беременности, снижение медицинских и криминальных аборт [1, 2]. За последние десятилетия много достигнуто в снижении частоты искусственного прерывания беременности, но в то же время аборт остается самой частой акушерской операцией, удельный вес которого в структуре материнской смертности продолжает оставаться высоким [2–5]. В Республике Казахстан, несмотря на некоторую тенденцию к снижению частоты прерывания беременности и внедрению современных средств контрацепции, этот показатель остается достаточно высоким. По официальным статистическим данным МЗ РК, количество аборт в 1998 г. – 38,7; в 2000 г. – 30,9; в 2008 г. – 28,1 на 1000 женщин фертильного возраста. Аборт в структуре материнской смертности в 2009 г. составили 9%. В настоящее время сохраняется диспропорция между частотой использования женщинами методов контрацепции и искусственных аборт для регуляции рождаемости. Основными детерминантами поведения современных женщин является раннее начало половой жизни, раннее замужество, нежелание иметь больше одного ребенка и использование аборт в качестве основного «контрацептива» [4, 5]. Известно, что аборт является основной причиной гинекологических заболеваний и нарушения репродуктивной функции. По литературным данным у – 10–15% женщин, а по данным некоторых авторов, у около 21,7% после данной операции возникают нарушения в женской половой сфере [6]. В нашей республике отмечен низкий уровень применения высокоэффективных методов контрацепции, низкая и недостаточная информационная обеспеченность всех слоев населения, отсутствие консультирования в медицинских учреждениях по оказанию услуг, связанных с прерыванием беременности. Следовательно, поддерживается высокий уровень аборт у девушек-подростков, что в свою очередь приводит к возникновению повторных нежелательных беременностей у молодежи. По статистическим данным, за 2009 г. 3,5% аборт составили аборт у девушек до 18 лет [1–6]. В последние годы разработаны современные технологии «безопасного» аборт ранних сроков беременности путем применения ингибитора прогестерона-синтетически стероидного препарата – мифепристон до 42 дней задержки (6 недель беременности).

Цель исследования. Сравнительная оценка безопасности медикаментозного прерывания беременности и инструментального мини-аборт.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе медицинского центра «ХАК». Нами были выбраны 2 группы пациенток: 1-я группа контрольная (152 пациентки, которым проводилось медикаментозное прерывание беременности) и 2-я группа пациенток (сравнительная) – 150 женщин, которым беременность была прервана путем мини-аборт.

Результаты исследования и их обсуждение. Все группы пациенток были сопоставимы по возрасту, клинко-диагностическим данным, всем пациенткам проведен общеклинический, бактериоскопический, иммунологический и ультразвуковой

скрининг. Перед проведением безопасного аборта все пациентки ознакомились с необходимой информацией о проведении медикаментозного аборта. Пациентки перед проведением хирургического аборта были ознакомлены с возможными осложнениями, дано согласие на проведение инструментального прерывания беременности под внутривенной анестезией. В первой группе пациенток аборт проводился в амбулаторных условиях под динамическим контролем врача-акушера-гинеколога, во второй группе – в стационарных условиях.

В первой группе у большинства – 76,3% (116) – пациенток данная беременность была повторная (предыдущая беременность закончилась прерыванием в ранние сроки путем медикаментозного аборта), в сравнительной группе – 32% (48) женщин – были повторно беременные и в анамнезе имели роды в количестве 1–3. О методах контрацепции знали 61,8% (94), но пользовались контрацептивами только 17,8% (27) опрошенных пациенток контрольной группы. В сравнительной группе эти данные составили 78% (117) и 23,3% (35) соответственно. Из последних барьерные методы контрацепции использовали только 17,3% (26). В постабортном периоде после хирургического аборта в 68% случаях при наличии хронических заболеваний гениталий, наличие рубца на матке, внутриматочных вмешательств в анамнезе назначалась антибактериальная терапия и после окончания лечения противогрибковые препараты. В контрольной группе в постабортном периоде в 32,2% (49) случаях назначалась антибактериальная терапия в случаях ранее санированного кольпита, бактериального вагиноза при верификации беременности. В 96,6% (145) случаев после хирургического аборта с 1-го дня в течение 3-х месяцев пациенткам назначены монофазные КОК с несколько большим содержанием эстрогенного компонента (регулон). Пациенткам контрольной группы рекомендованы барьерные методы контрацепции до первого менструального цикла.

Субъективные ощущения пациенток контрольной группы исчезли на первые сутки, у пациенток сравнительной группы субъективные и общеклинические симптомы исчезли в течение первых 3–5 дней. На 7–10 сутки проведено УЗИ полости матки всем пациенткам обеих групп. Одним из возможных осложнений при медикаментозном аборте является задержка остатков плодного яйца в полости матки. Диагноз устанавливался на основании гинекологического осмотра и УЗИ (расширенная полость матки более 12 мм, неоднородный эндометрий за счет гипо- и гиперэхогенных включений). Частота данного осложнения зависит от срока беременности и от репродуктивного анамнеза женщины. Результаты нашего исследования показали, что среди женщин, прервавших беременность сроком до 5 недель, этот тип осложнения был выявлен у 2,3% (2) и беременность у этих пациенток была первая. Одной пациентке была произведена вакуум-аспирация остатков плацентарной ткани при наличии клинических симптомов и в одном случае – при отсутствии клинических симптомов женщине проводился гормональный «кюретаж» (дюфастон с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений) и для профилактики возможных воспалительных осложнений назначалась общепринятая антибактериальная и общеукрепляющая терапия. Во второй группе у 6,8% (6) отмечались такие осложнения, как остатки плацентарной ткани, пациенткам данной группы в 100% случаях произведена вакуум-аспирация. К 13–14-му дню наиболее адекватное восстановление эндометрия наблюдалась у 99% (150) женщин после проведения медикаментозного аборта и уже 1-я менструальноподобная реакция у подавляющего большинства женщин наступила через 30–32 дня от начала кровянистых выделений. В течение 2-го месяца после медикаментозного аборта у всех пациенток отмечен полноценный овуляторный цикл. У 3,2% (5) женщин наступила бе-

ременность уже во 2-м менструальном цикле. У 12,1% (18) пациенток сравнительной группы выявлены патологические изменения полости матки, субинволюция матки с расширением полости матки, снижение эхогенности эндометрия в виде узкой эхопозитивной полоски низкой, средней или высокой эхоплотности. У 14,7% (22) пациенток 2-й группы отмечалось замедленное восстановление эндометрия к 15–16-му дню после мини-аборта. Восстановление менструальной функции произошло на 28–35-й день после проведения хирургического аборта. Хирургические методы прерывания беременности в 65% случаях привели к нарушениям в микробиоценозе влагалища по типу дисбиоза или вагинита. При медикаментозном аборте данные изменения имели место в 12,5% наблюдений.

Выводы:

1. Клиническая эффективность медикаментозного аборта составила 97,7% при сроке беременности до 5–6 недель беременности.

2. Отсутствие выраженных побочных явлений, неинвазивность данной методики, позволяет проводить медикаментозный аборт в амбулаторных условиях под контролем врача.

3. При отсутствии клинических симптомов при задержке остатков плодного яйца в полости матки при медикаментозном аборте возможно проведение гормонального «кюретажа» в сочетании с противовоспалительной терапией.

4. У 1/3 женщин после медикаментозного аборта проводилась антибактериальная терапия в связи с ранее санированным кольпитом и вагинозом и, соответственно, аналогичное лечение проведено у 2/3 пациенток сравнительной группы.

5. Медикаментозный аборт безопасен в плане риска развития воспалительных заболеваний женской половой сферы, отсутствие отрицательного влияния на состояние системы местного иммунитета и микробиоценоза влагалища.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дуйсекеев А.Д., Каюпова Н.А. Национальная политика охраны репродуктивного здоровья женщин в Казахстане, Алматы, 1996. С. 3–16
2. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М: Триада Х. 2001. 568 с.
3. Мамедалиева Н.М. Основные направления в политике охраны репродуктивного здоровья женщин. // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, 2005. С. 13–16.
4. Волгина В.Ф. Медико-социальные аспекты характеристики аборта в современных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2003. 26 с.
5. Ильичева И.А. Материнская смертность после аборта: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2002. 24 с.
6. Радзинский В.Е., Семятов С.М. Реабилитация репродуктивного здоровья после хирургического аборта. // Гинекология: журнал для практических врачей. 2006. Т. 8, № 1. С. 2–54.

Резюме

Б.К. Табунова, Г.Ж. Жатканбаева, С.В. Куттыгожина,

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Клиническая эффективность медикаментозного аборта, по нашим данным, составила 97,7%, отсутствие побочных явлений, раннее восстановление менструальной и репродуктивной функции женщин позволяет проводить медикаментозный аборт в амбулаторных условиях под контролем врача.

Тұжырым

Б.К. Табунова, Г.Ж. Жатқанбаева, С.В. Куттыгожина,

МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ТҮСІКТІҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Дәрі арқылы жүктілікті үзу 97,7% пайыз клиникалық эффект түзейді, жағымсыз жағдайлардың жоқтығы, ерте менструалды және репродуктивті әйелдің функциясын қалыпқа келтіреді. Дәрі арқылы жүктілікті үзу дәрігердің бақылауында өткізіледі.

Summary

B.K. Tabunova, G.Zh. Zhatkanbayeva, S.V. Kuttygozhina

MEDICAL ASPECTS OF MODERN TECHNOLOGY OF MEDICAL ABORTION

Clinical efficacy of medical abortion, according to our data was 97.7%, absence of side effects, early restoration of menstrual and reproductive function of women allows for medical abortion in an outpatient setting under medical supervision.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 618.3-037

С.В. КУТТЫГОЖИНА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВ

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Медицинский центр «ХАК», г. Алматы

Проблема репродуктивного здоровья связана не только с оздоровлением женщин, но и с задачами решения вопросов, связанных с потерями беременности. Частота данной патологии остается достаточно высокой и составляет 15–25% желанных беременностей на сегодняшний день, и не имеет тенденции к снижению [1]. По данным литературы, у 4–5% супружеских пар бесплодный брак обусловлен невынашиванием беременности [1, 2]. Большое количество осложнений, возникающих при неразвивающейся беременности (НБ), такие как кровотечение, септические осложнения, являются факторами риска материнских и перинатальных потерь [3–5]. Известно, что НБ относится к полиэтиологической патологии, основной причиной является инфекция, удельный вес которой остается достаточно высокой [1–9]. Нарушения гормонального баланса также являются одной из причин прекращения развития беременности.

Цель исследования. Изучение клинико-морфологических особенностей неразвивающейся беременности при наличии инфекции гениталий и нарушений в гормональном статусе.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 125 пациенток, госпитализированных в медицинский центр «Хак» на прерывание беременности в связи с гибелью эмбриона. Всем пациенткам проведено общеклиническое, эхографическое обследование, обследование на носительство вирусной и бактериальной инфекции. Пациенткам с выраженными клиническими и объективными признаками синдрома Штейна-Левентала, аденогенитального синдро-

ма дополнительно взяты анализы на ЛГ и 17КС. Пациентки разделены на 3 группы. I группа (50) представлена пациенткам, у которых причиной замершей беременности явилась инфекция, во II группе (45 пациенток) причиной неразвивающейся беременности явилась гиперпролактинемия и гиперандрогения, а также заболевания щитовидной и поджелудочной железы матери, в III группе (35) причиной явились хромосомные aberrации. Все группы пациенток сопоставимы по возрасту, клинико-анамнестическим данным, у всех пациенток уточнен срок беременности и подтвержден диагноз «несостоявшийся выкидыш (missed abortion)». В I группе пациенток с НБ установлено, что доминирующим механизмом является воспалительный процесс, приводящий к недостаточности в маточно-плацентарной системе, выявлена высокая обсемененность урогенитального тракта кишечной палочкой в 52,6%, микст-инфекций 42,2% и 6,2% случаев ассоциаций другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Сроки прекращения развития плода при инфекции гениталий в 72,1% наступали в 11–12 недель, при гормональном дисбалансе в 70,9% – в 6–7 недель гестации и при хромосомных aberrациях в 80,3% – в сроке 4–5 недель беременности. Патоморфологическая картина характеризовалась изменениями воспалительно-инфекционного характера (децидуит 62,8%, хорионит в 18,2%, синцитиальный эндометрит с явлениями некробиоза в 19,1% случаев), а у большинства (85,4%) при гормональном дисбалансе – недостаточностью децидуализации, изменениями васкуляризации и склерозировании ворсин хориона. Всем пациенткам с целью профилактики коагулопатических осложнений внутривенно в течение 4–5 часов вводился пентоксифилин – 5,0 мл на физиологическом растворе 200,0 мл перед проведением прерывания беременности. Пациенткам в послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, утеротоническая, десенсибилизирующая, иммунокорригирующая терапия, дезагреганты. После прерывания беременности во всех группах проведено УЗ-исследование, повторные анализы крови и мочи. В группе пациенток с урогенитальной инфекцией ультразвуковая картина характеризовалась расширением полости матки с гипоанэхогенным содержимым в 65,4% случаях, позднее восстановление эндометрия наблюдалось к 16–17-му дню после проведенного выскабливания полости матки в 34,2%, и у 2 (0,4%) пациенток произведено повторное выскабливание полости матки в связи с остатками плодного яйца. В группе пациенток с НБ, причиной которых явилось нарушение гормонального дисбаланса и хромосомные aberrации, нарушения сократительной деятельности миометрия наблюдались в 36,8% и восстановление эндометрия наблюдалось к 13–14-му дню в 52,4%. По нашим данным, у 69,7% пациенток с НБ согласно результатам ПЦР выявлена смешанная вирусно-бактериальная флора, в 20,3% случаях – моноинфекция, а в остальных случаях микст-инфекция (10%). Отмечается преобладание герпесвирусной инфекции (28,1%) над цитомегаловирусной инфекцией (10,5%). Обнаружен хламидиоз – 9,8%, мико- и уреаплазмоз – 8,5%, гонококки – 6,5%, трихомонады – 6,3%. Пациентки после выскабливания полости матки выписаны на 3–4-е сутки с рекомендациями на обследование на перинатальные инфекции и консультирование в медико-генетической консультации, всем пациенткам рекомендована гормональная контрацепция в течение 6 месяцев.

Полученные результаты и их обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что все женщины с НБ нуждаются в скрининговом обследовании на выявление генитальной инфекции с ее верификацией. Обследование и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов, обследование мочевыделительной системы (УЗИ почек, клинические анализы мочи и крови, бактериологическое обследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам) необходимо проводить на стадии предгравидарной подготовки. Раннее выявление нарушений в гормональной

системе у женщин с НБ проявляются нарушением менструальной и репродуктивной функции, недостаточностью лютеиновой фазы, гирсутизмом, галактореей.

Выводы. Проведение скринингового обследования с целью выявления причин НБ необходимо для назначения патогенетической терапии для профилактики постабортных осложнений и комплексного лечения на стадии предгравидарной подготовки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Раисова А.Т. Актуальные проблемы гиперандрогении. / Клиницист. 1995. № 3. С. 54–55.
2. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Саратов. 1998. 40 с.
3. Радзинский В.Е., Запертова Е.Ю., Мисник В.В. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности. // Акуш. и гин. 2005. № 6. С. 24–29.
4. Серова О.Ф., Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин. // Акуш. и гин. 2001. № 3. С. 19–23.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М. Триада – X, 2002, 304 с.
6. Подзолкова Н.М., Бархина Т.Г., Казачков А.Р. и др. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии и патогенезе неразвивающейся беременности. // Матер. 5-го Рос. форума «Мать и дитя». М. 2003. С. 171.
7. Колесникова И.К. Состояние иммунитета на системном уровне и в эндометрии у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков инфекционного и гормонального генеза. Дисс. канд. мед. наук. Иваново. 2004. С. 151.
8. Baszak E., Sikorski R., Milart P., Wojcik D. Clinical features of missed abortion. //Ginekol. Pol. 2000. Dec. № 72 (12). P. 1069–1072.
9. Beer A.E., Kwak J. Reproductive medicine program Finch University of Health Science. Chicago Medical School. 2000. P. 96.

Резюме

С.В. Куттыгожина, Г.Ж. Жатқанбаева

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО И ГОРМОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Проведение скринингового обследования с целью выявления причин неразвивающейся беременности необходимо для назначения патогенетической терапии для профилактики постабортных осложнений и комплексного лечения до наступления беременности.

Тұжырым

С.В. Құттығожина, Г.Ж. Жатқанбаева

ГОРМОНДЫҚ ЖӘНЕ ЖҮҚПАЛЫ ГЕНЕЗДЕГІ ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ-МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ұрықтың опат болуының себептерінің анықталуын мақсатпен лабораториялық тексеруді өткізу жүктіліктің шабуылына дейін профилактикаға арналған дер кезінде емдеудің тағайындауына түсік кедергілері және жан-жақты емдеуден кейін керек.

Summary

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF NON-DEVELOPING PREGNANCY AND HORMONAL GENESIS OF INFECTIOUS

S.V. Kuttygozhina, G.J. Zhatkanbaeva

Conducting screening to identify the causes of missed abortion need to assign a pathogenic therapy for the prevention of post-procedural complications and complex treatment before pregnancy.

Н.К. РАХИМЖАНОВА

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СОЧЕТАНИИ
С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Внебольничная пневмония (ВП) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека и до настоящего времени остается ведущей причиной смерти в ряду инфекционных болезней. Ежегодно только в 5 европейских странах – Великобритании, Франции, Италии, Германии, Испании – диагностируется около 3 млн случаев заболевания, а в США эта цифра достигает 5–6 млн. В России общее число больных в возрасте 18 лет и старше превышает 1,5 млн человек в год [1]. Актуальность данного заболевания обусловливается также высокой летальностью: согласно данным экспертов ВОЗ, летальность при пневмонии уступает таковой только при сердечно-сосудистых и cerebro-vasкулярных заболеваниях [2].

Летальность при ВП оказывается наименьшей (1–3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующей патологии. Напротив, у пациентов старше 60 лет при наличии серьезной сопутствующей патологии, а также в случаях тяжелого течения ВП (мультилобарная инфильтрация, вторичная бактериемия, частота дыхания более 30/мин, гипотензия, острая почечная недостаточность) этот показатель достигает 15–30% [3].

Факторы риска летального исхода при ВП представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Вероятность летального исхода больных ВП в зависимости от данных анамнеза,
физического исследования и лабораторных показателей
(обобщенные данные, 2003 г.)**

Исследуемый критерий	Отношение шансов выживаемости
– Демография: мужской пол	1,3 (1,2–1,4)
История настоящего заболевания:	
– переохлаждение	0,4 (0,2–0,7)
– изменение психического статуса	2,0 (1,7–2,3)
– одышка	2,9 (1,9–3,8)
Сопутствующие заболевания:	
– хроническая сердечная недостаточность	2,4 (2,2–2,5)
– иммунодефицитные состояния	1,6 (1,3–1,8)
– сахарный диабет	1,2 (1,1–1,4)
– поражение коронарных сосудов	1,5 (1,3–1,6)
– онкологические заболевания	2,7 (2,5–2,9)
– неврологические заболевания	4,4 (3,8–4,9)
– заболевания почек	2,7 (2,5–2,9)
Физическое исследование:	
– тахипноэ (чд $\geq$ 28 в минуту)	2,5 (2,2–2,8)
– гипотермия (t тела $\leq$ 370C)	2,6 (2,1–3,2)
– гипотензия (систолическое АД $\leq$ 100 мм рт. ст.)	5,4 (5,0–5,9)

Лабораторные исследования:	
– азот мочевины крови ($\geq 7,14$ ммоль/л)	2,7 (2,3–3,0)
– лейкопения ($\leq 4 \cdot 10^9/\text{л}$)	5,1 (3,8–6,4)
– лейкоцитоз ($\geq 10 \cdot 10^9/\text{л}$)	4,1 (3,5–4,8)
– гипоксемия ($\text{PaO}_2 \leq 50$ мм рт ст)	2,2 (1,8–2,7)
– наличие инфильтрации на рентгенограмме ОГК более чем в 1 доле	3,1 (1,9–5,1)

Выбор места лечения – ключевой вопрос после подтверждения диагноза ВП. В соответствии с современными принципами ведения взрослых пациентов с ВП значительное их число может лечиться на дому. Для определения критериев или показаний для госпитализации Российским респираторным обществом рекомендуются прогностические шкалы CURB-65 и CRB-65. В их основе лежит модифицированная шкала Британского торакального общества PORT. Исходя из вероятности летального исхода, пациенты делятся на 3 группы, для каждой из которой рекомендуется предпочтительное место лечения (амбулаторно, в отделении общего профиля или ОИТ). Далее представлен алгоритм оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при ВП.

Алгоритм оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при ВП. Шкала CURB/CRB-65 (W. S. Lim. и соавтор, 2003 г.)

Симптомы и признаки:

- Нарушение сознания (Confusion)
- Азот мочевины крови > 7 ммоль/л (Urea) – отсутствует в шкале CRB-65
- Частота дыхания $\geq 30/\text{мин}$ (Respiratory rate)
- Систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст. (Blood pressure)
- Возраст ≥ 65 лет (65)



Цель. Выбор темы настоящего исследования обусловлен частотой встречаемости и особенностями клинического течения, диагностики и лечения ВП, сочетанных с патологией сердечно-сосудистой системы и необходимостью оптимизировать лечебно-диагностическую тактику ведения таких больных.

Материал и методы. В целях оптимизации диагностики и лечения больных ВП в сочетании с кардиальной патологией, нами были использованы приведенные выше критерии значимости факторов риска летального исхода (таб. 1) и алгоритм неблагоприятного исхода и выбора места лечения. Учитывались клинико-анамнестические данные и результаты обследований. Затем был проведен ретроспективный анализ 32 карт стационарных больных ВП в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы, которые курировались в соответствии с алгоритмом (1 гр. 20 больных), и 12 аналогичных больных по обычной схеме (2 гр. – без учета факторов риска и алгоритма неблагоприятного исхода).

Средний возраст наблюдавшихся пациентов – 73,5 лет (колебания: 65–82 года). Мужчин было большинство – 80,0%. После проведения первичного обследования – сбора анамнеза и физического обследования – назначались рентгенография грудной клетки в двух проекциях, общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты), бактериологическое исследование мокроты для выделения возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам и другие тесты в соответствии с алгоритмом.

У большинства больных ВП протекала тяжело. Так, при поступлении общее состояние определялось как тяжелое в 92,0% случаев. В раннем периоде ВП неотложные состояния отмечались у 28,2% больных. Особенностью лечения больных ВП, сочетанной заболеваниями органов кровообращения, было подавляющее превосходство в частоте использования и спектре применяемых сердечно-сосудистых средств – 100,0%. Полное рентгенографическое разрешение ВП отмечалось лишь у 76,2% больных. Средние сроки лечения составили соответственно 18,4 дня.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что в наблюдаемой группе больных применение алгоритмов позволило в более короткие сроки адекватно оценить тяжесть ВП и сопутствующей патологии, прогноз, дать оценку (в баллах) вероятности неблагоприятного исхода и с учетом имеющихся у каждого больного факторов риска своевременно принять соответствующие лечебно-диагностические мероприятия. В первой группе больных полное адекватное обследование было проведено на 1 день раньше, чем у пациентов 2-й группы и, соответственно, раньше поставлен клинический диагноз и назначено эффективное лечение. Все пациенты 1-й гр., имеющие 3 и более баллов, были своевременно госпитализированы, а во 2-й группе наблюдался больной, который, как оказалось в дальнейшем, мог получить медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Сроки госпитализации в 1-й группе были на 1,5 койко/дня короче, все больные выписаны с улучшением и/или выздоровлением.

Таким образом, учет факторов риска неблагоприятного исхода при ВП с сочетанной патологией, внедрение прогностических шкал позволяет сократить частоту необоснованных госпитализаций среди пациентов с низким риском неблагоприятного прогноза, выделить категорию лиц, нуждающихся в интенсивной терапии, а также сократить продолжительность обследования и в более короткие сроки добиться терапевтического эффекта. На практике целесообразно выделять группы пациентов с учетом сопутствующей патологии и тяжести течения ВП для исключения риска осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С., и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике у взрослых. М. 2006. 112 с.
2. Bariffi F., Sandauzzi A., Ponticiella A. Epidemiology of lower respiratory tract infections. J Chemother 1995; 7:263–76.
3. Metlay J.P., Fine M.J. Testing strategies in the initial management of patient with community-acquired pneumonia. Ann Intern Med 2003; 138:109–18.

Резюме

Н.К. Рахимжанова

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В работе представлен материал по оптимизации лечебно-диагностического процесса при курации больных внебольничной пневмонией с сочетанной сердечно-сосудистой патологией.

Показано, что учет факторов риска неблагоприятного исхода при ВП с сочетанной патологией и внедрение прогностических шкал позволяет сократить частоту необоснованных госпитализаций среди пациентов с низким риском неблагоприятного прогноза, а также выделить категорию лиц, нуждающихся в интенсивной терапии, а также сократить продолжительность обследования и в более короткие сроки добиться терапевтического эффекта.

Тұжырым

Н.К. Рахимжанова

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫҢ ЖҮРЕК ПАТОЛОГИЯМЕН ҚОСАРЛАСУЫНДА ЕМДЕУ ЖӘНЕ ДИАГНОЗДЫ АНЫҚТАУДЫҢ ҮЙЛЕСІМДІЛІГІ

Мақалада емдік – диагностикалық үрдістің ауруханадан тыс пневмониясы мен жүрек қантамыр аурулары бар науқастарды емдеу барысында қолданудың үйлесімділігі берілген.

Summary

N.K. Rakhimzhanova

OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PNEUMONIA IN COMBINATION WITH CARDIAC PATHOLOGY

The paper presents data on the optimization of treatment and diagnostic process in patients with community-acquired pneumonia supervision combined with cardiovascular disease.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616.1

М.К. АДЕНОВА

СОВРЕМЕННЫЕ КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

*Национальный научно-практический образовательный
и оздоровительный центр «Бобек», г. Алматы*

Взаимосвязь нервной системы и внутренних органов в условиях нормальной жизнедеятельности и при патологии – важная проблема теоретической и клинической медицины. Нервная система, особенно его вегетативный отдел, имеет непосредственное значение в регуляции функции сердечно-сосудистой системы, приспособляя ее к меняющимся условиям жизни. С другой стороны, заболевания сердца изменяют гомеостаз и сопровождаются нервно-психическими нарушениями. В условиях научно-технической революции, развития технической оснащенности здравоохранения, медицинской науки имеют первостепенное значение средства диагностической информации и лечебного воздействия на отдельные физиологические системы и организм в целом [2].

В этой связи использование реабилитационной капсулы «Альфа-массаж-33», предложенной известным нейрохирургом и психологом Норманом Шейли, в реабилитации больных со стрессовыми нарушениями и нарушениями сна представляется весьма актуальным. Основная концепция использования капсулы «Альфа-массаж-33» – это совершенный контроль окружающей среды, полное уравнивание чувств осязания, слуха, зрения и обоняния, достижение абсолютного баланса психического и физического

состояния. Это комбинация сухого пара, вибрационного массажа, ароматерапии и аудиовизуального блока, синхронизирующего световые импульсы и стереозвук. Программное обеспечение содержит десять специальных программ, каждая из которых является комбинацией различных режимов, позволяющих достичь состояния релаксации, потери веса, выносливости, энергии, творчества, чувственности, сна, красоты, повышенной восприимчивости, избавления от вредных привычек [1].

Под нашим наблюдением в отделении восстановительного лечения находилось 57 человек в возрасте от 14 до 45 лет с вегетососудистыми нарушениями различного этиопатогенеза. Основными субъективными проявлениями вегетативных нарушений были головокружения, головные боли, ощущения жара, эмоциональная лабильность, повышенная потливость, неустойчивый дермографизм, метеолабильность, сердцебиение, а также страх, тревога, депрессия. Объективно выявлялись лабильность артериального давления, сосудистые изменения по данным реоэнцефалографии, реовазографии.

При реабилитации больных с использованием капсулы «Альфа-массаж» выбрали две программы: 1) программа релаксации продолжительностью до 30 минут при температуре в капсуле 45–47° С, уровень вибрации 1–2-й ступени, процедуры проводились через день, курс – 8–10 процедур; 2) программа – энергия продолжительностью до 20 минут при температуре 35–37° С, уровень вибрации – 3-й ступени, через день, курс лечения 8–10 процедур. В соответствии с выбранной программой специальные светоизолирующие очки производили световые вспышки синхронно со стереозвуком на определенных длинах волн. В фонограммах использовались современные произведения, фрагменты классической музыки и специальные акустические эффекты, имитирующие шум морского прибоя, горного ручья, леса, пение птиц, «белый шум».

Больные также получали массаж и лечебную физкультуру [1, 3].

После проведенного курса лечения у всех больных отмечалась положительная динамика клинических симптомов, уменьшилась выраженность субъективной и объективной симптоматики. Головокружение уменьшилось у 62,5 % больных, головные боли – у 85%, ощущения жара – у 27%, эмоциональная лабильность и сердцебиение – у 53%, повышенная потливость – у 70,3 %, метеолабильность – у 65%. Значительно уменьшилась выраженность психовегетативных синдромов у всех больных. Нормализация вегетативного статуса проявлялась заметным снижением случаев как симпатического, так парасимпатического тонуса, по сравнению с показателями до лечения. Улучшились показатели биоэлектрической активности головного мозга.

Сочетанное воздействие на все сенсорные системы организма формирует поток импульсации в ствол головного мозга о действии разномодальных стимулов, что приводит к активации различных участков коры и формированию устойчивых временных связей, вытесняющих ослабленные при утомлении условно-рефлекторные реакции. Полисенсорное воздействие улучшает настроение пациентов, снижает внутреннюю напряженность, значимо увеличивает прирост толерантности к физической нагрузке и стабилизирует вегетативный статус [2] .

Биологическое действие низких энергий, по-видимому, обусловлено их способностью стимулировать биологические процессы на самых различных уровнях: клеточном, органном, немаловажное значение имеет активация гипофизарно-надпочечниковой системы [4] .

Таким образом, реабилитация больных с вегетативно-сосудистыми дисфункциями и психосоматическими расстройствами с использованием программ «Альфа-капсулы» может рассматриваться как метод патогенетической терапии, ликвидирующий патологические детерминанты и способствующий распаду патологической функцио-

нальной системы регуляции кровообращения, интегративной деятельности адаптивных систем, в первую очередь функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Простота метода, доступность, физиологичность воздействия, высокая эффективность позволяют рекомендовать капсулу «Альфа-массаж-33» для внедрения в практику реабилитационных и оздоровительных мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. // Справочник по физиотерапии для врачей. Санкт-Петербург, 2006.
2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. М.: Медицина, 1981.
3. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии. Москва, 1991.
4. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. / Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000.

Резюме

М.К. Аденова

СОВРЕМЕННЫЕ КОРРИГИРУЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

В статье показано, что использование метода «Альфа-капсулы» в реабилитации больных с вегетативно-сосудистыми дисфункциями и психосоматическими расстройствами может рассматриваться как метод патогенетической терапии, ликвидирующий патологические детерминанты и способствующий распаду патологической функциональной системы регуляции кровообращения, интегративной деятельности адаптивных систем, в первую очередь функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Тұжырым

М.К. Аденова

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КОРРЕКЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ ТАМЫР-ВЕГЕТАТИВТІК АУЫТҚУЛАРЫ БАР АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада қазіргі заманғы коррекциялық технология болып есептелетін Альфа-капсула аппаратының программаларын тамыр-вегетативтік және психосаматикалық ауытқулары бар аурулардың денсаулығын қалпына келтірудегі маңызы қаралады. Соның ішінде Альфа-массаж-33 капсуласын денені сауықтыру және қалпына келтіру тәжірибелерінде пайдалану ұсынылады.

Summary

М.К. Adenova

MODERN CORRECTIVE TECHNIQUES OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH A VEGETOVASCULAR DYSTONIA

This article reveals the advantages of using «Alfa-massage-33» Rehabilitation Capsule in the treatment as well as in the rehabilitation of people with problems in vegetovascular system. «Alfa-massage-33» Rehabilitation Capsule is an effective, accessible, and physiological method. It is recommended to launch this method widely in practice of treatment and rehabilitation of such patients.

УДК: 616.248-039:616.12-008.331.1

О.Ю. ЧЕРНЫШЕВА

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ТОО «Медикер» департамента г. Алматы

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре неинфекционной патологии взрослых и являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти в большинстве экономически развитых стран. В России артериальная гипертензия (АГ) встречается у трети взрослого населения и является одним из важнейших факторов риска ишемической болезни сердца и мозгового инсульта [1]. Бронхиальной астмой (БА) болеют более 5% взрослого населения, в России, по данным А.Г. Чучалина [2], БА болеют около 7 млн человек. Приблизительно у трети больных БА диагностируется сопутствующая системная АГ [3].

В период обострения бронхиальной астмы (БА) резко возрастает кардиоваскулярный риск в связи с такими патофизиологическими проявлениями заболевания, как гипоксемия, нейрогуморальная активация, системное воспаление, оксидативный стресс, дисфункция эндотелия, кардиотоксические эффекты симпатомиметиков и др. [4].

У больных БА высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE наблюдается в 31,8%, очень высокий – в 4,7% случаев, АГ при обострении БА выявляется у 83,1% больных [5].

Воздействие артериальной гипоксемии приводит к нарушению не только систолической, но и диастолической функции миокарда. Развитие диастолической дисфункции левых отделов сердца приводит к дестабилизации компенсаторных возможностей регуляции легочной гемодинамики и быстрому вовлечению правых отделов сердца в процесс развития сердечной недостаточности [6].

В связи с этим существует необходимость изучения особенностей течения артериальной гипертензии и ремоделирования сердца у пациентов с сочетанием АГ и БА.

Цель исследования. Определить особенности клинического течения артериальной гипертензии на фоне бронхиальной астмы.

Материалы и методы исследования. Исследование включало инструментальное и лабораторное обследование 2 групп больных, сопоставимых по полу и возрасту: основная группа – 83 больных с сочетанием АГ и БА средней тяжести (женщины – 50; мужчины – 33) и группа сравнения – 34 больных с эссенциальной АГ (женщины – 18; мужчины – 16).

Критерии включения: возраст до 70 лет, документированные АГ и БА.

Критерии исключения: возраст 70 лет и старше, ИБС, другие заболевания органов дыхания, сахарный диабет II типа, почечная, печеночная недостаточность, онкологические, гематологические заболевания.

Всем обследованным проводили наряду с общеклиническим обследованием спирографию, измерение артериального давления, эхокардиографию с доплерографией.

Диагноз бронхиальной астмы выставляли по Международной классификации болезней X пересмотра с рекомендациями Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2007 года).

Диагноз артериальной гипертензии устанавливали после клинико-инструментального обследования, на основании критериев Комитета экспертов ВОЗ и рекомендаций ВНОК (2008 г.).

Для решения поставленных задач использовались методы общеклинического обследования: сбор анамнеза, изучение данных объективного статуса, дополнительных клинических и биохимических методик, включая общий анализ крови, биохимическое исследование крови (глюкоза, холестерин, креатинин).

Эхокардиографические показатели исследовали в М-, В- и доплеровском режимах с использованием ультразвуковых датчиков с частотой 3,5 МГц по стандартной методике. Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) и тип ремоделирования ЛЖ определяли на основании значений индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и радиуса ЛЖ на основании рекомендаций ВНОК (2008): ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ > 124 г/м² для мужчин и 109 г/м² для женщин ТЗСЛЖ/РЛЖ > 0,42 и увеличении ИММЛЖ – концентрическая ГЛЖ; ТЗСЛЖ/РЛЖ < 0,42 и увеличении ИММЛЖ – эксцентрическая ГЛЖ; ТЗСЛЖ/РЛЖ > 0,42 и нормальном ИММЛЖ – концентрическое ремоделирование.

Оценивали показатели функции внешнего дыхания с использованием программ спирометрии и бронхопровокационной пробы диагностического комплекса и спирографа. По рекомендациям Европейского респираторного общества динамику степени обструкции оценивали по объему форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1).

Систематизация материала и статистические расчеты выполнены с применением пакета программ Statistica 6.0. Для оценки межгрупповых различий использован ранговый однофакторный анализ Крускала – Уоллиса (H). При анализе таблиц сопряженности – критерий χ^2 Пирсона. Анализ взаимосвязей переменных проводился методом ранговой корреляции Спирмена (rs). Для оценки динамики показателей на фоне лечения использован метод анализа по критерию Вилкоксона (W).

Результаты исследований и их обсуждение. По данным измерений АД артериальная гипертензия у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения зарегистрирована в 80,9% случаев. Выявлено более позднее развитие АГ на фоне БА, чем при эссенциальной АГ: у мужчин в среднем позже на 12 лет, у женщин в среднем на 4 года позже, что может быть обусловлено отчасти достоверно меньшей встречаемостью фактора курения по сравнению с больными эссенциальной АГ. Среди мужчин с сочетанием АГ и БА факт курения отмечен в 23,4%, при АГ – в 64,1% ($p=0,004$); среди женщин с сочетанием АГ и БА – в 1,3% случаев, при АГ – в 23,8% ($p=0,000$).

Средние показатели уровня общего холестерина были выше у больных эссенциальной АГ, чем у больных АГ, развивающейся на фоне БА.

Абдоминальное ожирение и более высокие показатели ИМТ чаще регистрировались у больных с сочетанием АГ и БА, по сравнению с группой больных АГ.

Средние значения общего холестерина с ИМТ > 30 кг/м² составили $5,84 \pm 0,20$ ммоль/л, при ИМТ < 30 кг/м² – $4,88 \pm 0,24$ ($p < 0,01$).

Нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 11,1% мужчин и 9,37% женщин, сахарный диабет II типа диагностирован у 3,12 % женщин и не выявлен у мужчин.

Показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ), индекс Тиффно и ОФВ1 у больных с БА без АГ ($n=105$) и пациентов с сочетанием АГ и БА не имели достоверных различий.

При анализе степени повышения АГ соответственно степени тяжести БА с учетом половых различий установлено, что как у мужчин, так и у женщин с нарастанием тяжести бронхиальной обструкции повышался уровень АГ.

При этом у мужчин достоверно чаще наблюдались тяжелое персистирующее течение и высокие степени АГ, чем у женщин.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) была диагностирована у 27,8% больных с сочетанием АГ и БА. У больных эссенциальной АГ достоверно чаще, чем

при сочетании АГ и БА, была диагностирована ХСН I и IIА стадий и не выявлено различий по частоте развития II Б стадии ХСН.

Низкая выявляемость АГ и ХСН у больных БА послужила основанием для углубленного обследования групп пациентов с сочетанием АГ и БА и пациентов с эссенциальной АГ для уточнения особенностей течения АГ на фоне БА и ремоделирования сердца при их сочетании.

Анализ показателей АД выявил более высокие значения САД у больных с сочетанием АГ и БА, чем при эссенциальной АГ ($p < 0,05$); ДАД был выше у больных с АГ, чем при сочетании АГ и БА.

Сравнительный анализ эхокардиографических показателей выявил увеличение размеров левого предсердия (ЛП), толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), увеличение КСОЛЖ как у больных с сочетанием АГ и БА, так и у пациентов с АГ.

Признаки гипертрофии ЛЖ выявлены как у больных с сочетанием АГ и БА, так и у больных с АГ, тем не менее следует отметить, что у пациентов с АГ толщина МЖП и ЗСЛЖ была достоверно больше, чем у пациентов с сочетанием АГ и БА.

Размеры правого предсердия (ПП) и правого желудочка (ПЖ), скорость кровотока в легочной артерии, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) были достоверно увеличены у пациентов с сочетанием АГ и БА.

Анализ эхокардиографических показателей больных с сочетанием АГ и БА при различной степени снижения ОФВ1 выявил тенденцию к увеличению ЛП, ПП, ПЖ, МЖП, ТЗСЛЖ с утяжелением течения БА и снижением ОФВ1. Средние значения КДРЛЖ, КСРЛЖ и КДОЛЖ не превышали нормальные показатели как при АГ, так и у пациентов с АГ и БА при легком, среднетяжелом и тяжелом персистирующем течении БА. Отмечено снижение ФВЛЖ у больных с тяжелым течением БА по сравнению с легким и среднетяжелым персистирующим течением ($p < 0,05$).

При сочетании АГ на фоне БА отмечено формирование как концентрического ремоделирования ЛЖ, концентрической гипертрофии ЛЖ, так и эксцентрической гипертрофии.

Необходимо отметить, что среди пациентов с сочетанием АГ и БА было 32,5% лиц с нормальным типом геометрии ЛЖ, а среди пациентов с АГ достоверно преобладали больные с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ. Достоверных различий частоты концентрического ремоделирования ЛЖ между группами не было выявлено.

При сочетании АГ и БА признаки диастолической дисфункции сердца по гипертрофическому типу выявлены у 58 из 83 пациентов (69,9%); при АГ у 28 из 34 (93,3%). Признаки систолической дисфункции сердца (ФВЛЖ < 45%) у 2 из 34 (5,9%), пациентов с АГ и 6 из 83 (7,2%) пациентов с сочетанием АГ и БА.

Таким образом, артериальная гипертензия у больных, страдающих БА, развивается в более позднем возрасте, чем эссенциальная АГ, как у мужчин, так и у женщин. Среди факторов сердечно-сосудистого риска курение и гиперхолестеринемия встречаются чаще при АГ без сопутствующих бронхолегочных заболеваний, чем при АГ на фоне БА; абдоминальное ожирение чаще встречается у больных с сочетанием АГ и БА, чем при эссенциальной АГ. Степень АГ и изменения внутрисердечной гемодинамики у больных с сочетанием АГ и БА нарастают соответственно степени тяжести бронхообструктивного синдрома.

Концентрическая гипертрофия левого желудочка при сочетании АГ и БА развивается реже, чем при эссенциальной АГ, что обусловлено тенденцией к восстановлению профиля АД при адекватном контроле бронхообструктивного синдрома. Нормальная

геометрия ЛЖ при сочетании АГ и БА встречается у 32,5% больных, концентрическое ремоделирование – у 25%, концентрическая гипертрофия ЛЖ – в 24%. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка в сочетании с дилатацией правых камер сердца встречается в 18% случаев и, как правило, наблюдается при тяжелом течении БА. При АГ на фоне БА среднетяжелого и тяжелого течения клинические признаки сердечной недостаточности выявляются у 27,8% пациентов; признаки дисфункции левого желудочка регистрируется у 72,3% больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бойцов С.А., Чазова И.Е., Небиеридзе Д.В., Ратова Л.Г. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов) // Системные гипертензии, 2010. № 3. С. 5–26.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. – 104 с.
3. Чичерина Е.Н., Шипицина В.В. Сочетание патологии дыхательной и сердечно-сосудистой систем при бронхиальной астме // 15-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. 1-й учредительный конгресс Евроазиатского респираторного общества: Тез. докл. – Москва, 2005. С. 142.
4. Картов Ю.А. ФЛАГ – программа достижения целевых уровней артериального давления при лечении больных артериальной гипертонией фозиноприлом // Кардиология. 2002. №1. – С. 52–57.
5. Попова М.А., Гречишников О.В., Фроленкова Л.А. Частота и особенности артериальной гипертензии при бронхиальной астме в климатических условиях высоких широт. // Сборник «Наука о человеке»: материалы IX конгресса молодых ученых и специалистов. – Томск: СибГМУ. – 2008. С. 135.
6. Палеев Н.Р., Распопина Н.А., Федорова С.И. и др. Существует ли «пульмогенная гипертензия»? // Кардиология. 2002. № 6. С. 51–53.

Резюме

О.Ю. Чернышева

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В статье описано, что артериальная гипертензия у больных, страдающих бронхиальной астмой, развивается в более позднем возрасте, чем эссенциальная АГ, как у мужчин, так и у женщин. Степень артериальной гипертонии и изменения внутрисердечной гемодинамики у больных с сочетанием заболеваний нарастают соответственно степени тяжести бронхообструктивного синдрома. При артериальной гипертензии на фоне бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения клинические признаки сердечной недостаточности выявляются у 27,8% пациентов; признаки дисфункции левого желудочка регистрируется у 72,3% больных.

Тұжырым

О.Ю. Чернышева

ТАМЫР ГИПЕРТОНИЯСЫНЫҢ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНДА

Әйелдерде де, еркектерде де тамыр гипертензиясы тыныс демікпесі эссенциалық артериялық гипертензияға қарағанда жас науқастарда дамитыны сипатталған. Тамыр гипертензиясы және жүрек ішіндегі гемодинамиканың өзгерісінің дәрежесі аурулардың тіркесі бар ауруларында қолқа құрылысы синдромның ауырлығының дәрежесі сәйкесінше өсіп келе жатыр. Жүрек мүкісінің клиникалық белгілері орташа ауыр және ауыр ағымның тыныс демікпесінің фонындағы тамыр гипертензиясының жанында 27,8% емделушілерде білінеді; сол асқазанның дисфункциясының белгілері 72,3% ауруларда тіркеледі.

Summary

O.Ju. Tchernysheva

KLINIKO-FUNCTIONAL FEATURES OF THE ARTERIAL HYPERTENSION AT SICK OF THE BRONCHIAL ASTHMA

In article it is described that the arterial hypertension at the patients, suffering a bronchial asthma, develops at later age, than essential arterial hypertension, both at men, and at women. Degree of an arterial hypertension and change of intrawarm hemodynamic at patients with a combination of diseases accrue according to severity level bronchoobstructive syndrome. At an arterial hypertension against a bronchial asthma middle heavy and a heavy current clinical signs of warm insufficiency come to light at 27,8 % of patients; signs of dysfunction of the left ventricle is registered at 72,3 % of patients.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК: 616.248-07:612.111-053

Р.А. ТУЛЕУЛОВ

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Станция скорой медицинской помощи, г. Алматы

Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, представляющим серьезную проблему как для детей, так и для взрослых. Обобщение большого числа данных эпидемиологических исследований демонстрирует широкий диапазон распространенности БА – от 2% в Эстонии до 25,5% в Австралии [1]. Данные Всемирной организации здравоохранения, опубликованные в январе 2000 г., свидетельствуют, что 100–150 миллионов человек во всем мире страдают БА, и число их неуклонно растет [2].

По данным проведенного эпидемиологического исследования AIR CEE (2000 г.) каждый 6-й пациент БА (16%) в Центральной и Восточной Европе в течение года госпитализировался в связи с обострением болезни. При этом число госпитализаций существенно варьировало: от 9% в Словакии до 31% на Украине [3, 4].

В настоящее время в России у тяжелых больных БА отмечаются частые повторные госпитализации – до 3–4 раз в год [5, 6], что является одной из актуальных проблем медицины. Таким образом, у больных БА с частыми госпитализациями существует высокий риск развития тяжелых обострений, ранней инвалидизации и жизнеугрожающих осложнений.

В США зарегистрировано около 20 млн. больных БА, что приводит к 400 тыс. госпитализаций ежегодно. По данным Общенациональной базы госпитализаций больных БА в США за 2000 год произошло 1499 случаев смерти в связи с обострением БА, потребовавших госпитализации [7]. Госпитализации по поводу данного заболевания в масштабах страны составляли 1,1 млн койко-дней и стоили 2,9 млрд долларов США. Средняя продолжительность госпитализаций составила 5,4 дня, а расходы на лечение составили около 35 939 долларов США на одного пациента.

Социально-экономический ущерб, возникающий за счет прямых расходов, причиняемый заболеванием, в значительной степени связан с длительными, частыми госпитализациями при плохо контролируемой БА. Затраты на неотложную помощь при купировании обострений (включая обслуживание бригадами скорой медицинской помощи,

госпитализацию и необходимые медикаменты) являются одним из самых больших в структуре затрат на лечение больного БА [8]. Таким образом, снижение частоты госпитализаций у больных БА является одной из актуальных проблем здравоохранения.

Несмотря на то, что в последние десятилетия были созданы лекарственные препараты, применение которых позволяет достичь контроля над заболеванием у большинства пациентов, однако остается еще много нерешенных вопросов, требующих дальнейшего изучения. Это вопрос, связанный с причинами частых повторных госпитализаций больных БА. В связи с этим актуальна значимость поиска новых путей оценки и выявления причин частых госпитализаций больных с БА.

Современный подход к изучению причин частых госпитализаций позволит практически врачу выбрать рациональную тактику ведения больных БА.

Цель исследования. Выявить закономерности, приводящие к частым госпитализациям, у больных бронхиальной астмой персистирующего среднетяжелого и тяжелого течения на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 165 больных БА персистирующего среднетяжелого и тяжелого течения, обратившихся за скорой медицинской помощью (СМП). Критерии включения в исследование: наличие доказанной БА средней степени тяжести и тяжелого течения по критериям GINA; возраст больных составил от 18 до 78 лет; больные, страдающие БА не менее 12 месяцев.

Возраст больных на начало исследования был в пределах от 18 до 78 лет, средний возраст составил $54,00 \pm 1,04$ лет, из них женщин 96 (58,2%), мужчин – 69 (41,8%). Работающие пациенты исследования составили 93 (56,4%), неработающие 72 (43,6%). Средняя длительность заболевания составляла $11,7 \pm 0,73$ лет.

Больным БА при обращении за СМП оценивались клинические симптомы, проводились физикальные методы исследования, выявлялась частота госпитализаций в стационар по оригинальной анкете.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ Excel 7,0 и Statistica 6,0 для персонального компьютера, позволяющих проводить сравнение организованных пользователем групп данных с использованием статистических непараметрических критериев, не зависящих от характера распределения, а также t-критерия Стьюдента для нормально распределенных переменных.

Результаты исследования. Средняя частота госпитализаций составила $1,73 \pm 0,05$ раз в год (у больных со среднетяжелым течением и тяжелым течением – соответственно $1,69 \pm 0,06$ и $2,05 \pm 0,16$ раз в год). Наибольшее количество больных (53,3%) госпитализировалось 2 раза в год.

Госпитализация больных БА – многофакторный процесс, зависящий от множества причин. Снизить частоту и тяжесть обострений можно при наличии адекватной базисной терапии, выполняя рекомендации врачей по самоконтролю и тщательно соблюдая прием лекарственных препаратов, назначенных врачом. Важными факторами являются также наличие знаний больного о своем заболевании и социальные условия жизни пациента.

Нарушение приема базисной терапии является наиболее частой причиной госпитализаций пациентов в стационар по поводу БА (36,5% пациентов). Несколько реже среди причин госпитализаций преобладает недостаточный самоконтроль со стороны пациентов (34,4% пациентов). Еще реже основной причиной госпитализаций была неадекватная базисная терапия – у 29,1%.

Факторы самоконтроля со стороны пациента и соблюдения приема базисной терапии тесно связаны с уровнем знаний больных о БА, так как необходимость соблюдения гипоаллергенного режима и приема лекарственных препаратов и т. д. в большей сте-

пени актуальна в догоспитальный и послегоспитальный периоды. Анализ данных первичного анкетирования показал, что знания пациентов основной группы исследования находятся на низком уровне. Очевидно, что низкий уровень знаний пациентов отрицательно влияет как на самоконтроль, так и на соблюдение приема базисной терапии.

Влияние социальных факторов соответствовало благоприятному сочетанию социальных факторов. Исследование показало, что в целом социальные факторы не оказывают значительного влияния на контроль над БА и частоту госпитализаций.

Совокупное влияние самоконтроля, наличия и качества соблюдения приема базисной терапии является наиболее частой причиной (97,0% случаев), приводящей к госпитализациям.

Таким образом, частота госпитализаций напрямую связана с контролем над БА. В то же время контроль над БА зависит от качества ведения больного. На качество контроля над заболеванием оказывают влияние прямые факторы: уровень самоконтроля, наличие и соблюдение приема базисной терапии. Косвенные факторы (знания пациентов и сочетание социальных факторов) непосредственно не влияют на ведение БА, но могут оказывать влияние на прямые факторы.

Очевидно, что к госпитализации больных БА может привести любой из перечисленных прямых факторов в отдельности, однако чаще наблюдается влияние совокупности указанных факторов. При этом совокупное действие отдельных факторов оказывает большее влияние на частоту госпитализаций, чем действие каждого фактора в отдельности.

Использование совокупности показателей является наиболее адекватным и клинически значимым для оценки причин частых госпитализаций и уровня контроля БА.

Следовательно, необходимым условием снижения частоты либо полного предотвращения госпитализаций у больных БА является выявление причинно значимых факторов и уменьшение их негативного влияния, а по возможности и устранение. Комплексный подход к ведению больных БА следует считать на современном этапе единственным способом достижения контроля над заболеванием, снижения частоты госпитализаций, улучшения качества жизни пациентов, уменьшения социально-экономических затрат, связанных с бронхиальной астмой.

Таким образом, на основании проведенного исследования выявлено, что основными причинами, приводящими к частым госпитализациям больных с бронхиальной астмой, являются нарушение приема базисной терапии (36,5%), недостаточный самоконтроль (34,4%), отсутствие адекватной базисной терапии (29,1%). Совокупное влияние самоконтроля, наличия и качества соблюдения базисной терапии является наиболее частой причиной (97,0% случаев), приводящей к госпитализациям.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Полевая О.А., Карабиненко А.А., Княжеская Н.П. Влияние соблюдения базисной терапии на частоту госпитализаций у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. № 1. 2007. С. 69–71.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Издательский дом «Атмосфера». 2007. 104 с.
3. Murphy V.E., Gibson P.G., Talbot P.I., Kessel C.G., Clifton V.L. Asthma self management skills and the use of asthma education during pregnancy. // Eur Respir J 2005;26(3):435–41.
4. Bateman E.D., Hurd S.S., Barnes P.J. et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. Eur Respir J 2008; 31: 143–78.
5. Gaining Optimal Asthma Control (GOAL) web site [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.asthmaGOAL.com>

6. Lawson J.A., Janssen I., Bruner M.W., Madani K., Pickett W. Urban-rural differences in asthma prevalence among young people in Canada: the roles of health behaviors and obesity. // Ann Allergy Asthma Immunol. 2011 Sep;107(3):220–8.

7. Чучалин А.Г., Огородова Л.М., Петровский Ф.И. Мониторирование и лечение тяжелой бронхиальной астмы у взрослых: результаты национального многоцентрового исследования НАБАТ. // Терапевтический архив. 2005. Т. 77, № 3. С. 36–42.

8. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма. / Под редакцией А.Г. Чучалина М.: Атмосфера, 2008. 224 с.

Резюме

Р.А. Тулеулов

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

На основании проведенного исследования выявлено, что основными причинами, приводящими к частым госпитализациям больных бронхиальной астмой, являются нарушение приема базисной терапии (36,5%), недостаточный самоконтроль (34,4%), отсутствие адекватной базисной терапии (29,1%).

Тұжырым

Р.А. Тулеулов

БРОНХАЛЬДЫ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ЖІІ АУРУХАНАДА БОЛУЫНЫҢ НЕГІЗІ СЕБЕПТЕРІ

Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде, бронхальды демікпесі бар науқастардың жиі ауруханада болуына алып келетін негізгі себептері, ол негізгі емдеу терапиясын қабылдаудан ауытқуы (36,5%), өз-өзін бақылаудың жеткіліксіз болуы (34,4%), негізгі терапияның болмауы (29,1%) анықталды.

Summary

R.A. Tuleulov

THE MAIN REASONS FOR FREQUENT HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

On the basis of the study revealed that the main causes that lead to frequent hospitalizations of patients with asthma are receiving a violation of basic therapy (36,5%), lack of self-control (34,4%), lack of adequate basic therapy (29,1%).

ВЛИЯНИЕ ВЫСОТНОЙ ГИПОКСИИ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СПОРТЕ

*Научно-исследовательский институт спорта
Казахской академии спорта и туризма, г. Алматы*

Функциональные и морфологические изменения в восстановительном периоде после физической нагрузки являются неперенным условием совершенствования организма спортсмена. Продолжительность периода восстановления и интенсивность его протекания всегда используются для характеристики перенесенных спортсменом тренировочных и соревновательных нагрузок, являются объективным и достоверным критерием функционального состояния спортсмена [1, 2, 3].

В основе раннего восстановительного периода, исчисляемого минутами, лежит восстановление гомеостазиса организма как основного условия его существования. Для восстановления функций после работы характерна существенная особенность – неравномерность (фазность) восстановительных процессов, отражением которой является потребление кислорода сверх предрабочего уровня. Согласно теории А. Хилла о кислородном долге на протяжении первых 2–3 минут восстановительного периода потребление кислорода снижается очень быстро, а затем медленно, пока не достигнет предрабочей величины. Быстрый (алактатный) компонент кислородного долга связан главным образом с использованием кислорода на быстрое восстановление израсходованных за время работы высокоэнергетических фосфагенов (АТФ, креатинфосфат) в рабочих мышцах, а также с насыщением кислородом миоглобина и венозной крови. Медленный (лактатный) компонент кислородного долга связан в большой мере с послерабочим устранением лактата из крови и тканевых жидкостей, а также с ресинтезом гликогена (главным образом, в печени) из лактата крови, сердечной и скелетных мышц. Кроме того, повышенное потребление кислорода связано с работой дыхательной, сердечно-сосудистой, симпатической и гормональной систем, функциональная активность которых также медленно снижается на протяжении периода восстановления [4]. В.Н. Платонов восстановительный период после нагрузок различной направленности, величины и продолжительности делит на три части, когда в течение первой его трети протекает около 55–65% всех восстановительных реакций организма спортсмена, во второй – 25–35% и в третьей – 5–15% [5].

Поскольку кислород потребляется в митохондриях, то объяснение повышенного потребления кислорода после физической нагрузки пытаются искать и на уровне этой клеточной органеллы. Прямое управление митохондриальным дыханием может осуществляться концентрацией АДФ, АТФ, фосфора и креатинфосфата. Катехоламины, тироксин, глюкокортикоиды, жирные кислоты, ионы кальция и температура влияют на клеточное дыхание косвенно [6, 7]. В ряде последних исследований выделены отдельные типы мышечных волокон, в которых определяли содержание креатинфосфата и АТФ. Так, после физической нагрузки высокой интенсивности в волокнах I типа отмечают высокие скорости ресинтеза АТФ, тогда как в волокнах II типа даже через 15 мин восстановления содержание АТФ не полностью возвращается к исходным значениям, но содержание креатинфосфата становится заметно выше [8].

Период восстановления увеличивается с повышением интенсивности и продолжительности физической нагрузки. Процесс восстановления вегетативных функций характеризуется по степени изменения той или иной функции во время работы и протекает в разном интервале времени (гетерохронно). При продолжительных физических нагрузках восстановление частоты сердцебиений более длительное, чем восстановление легочной вентиляции, так как кровообращение участвует в механизмах термоллиза, а температурное равновесие достигается через относительно больший период [9]. Высокие аэробные возможности спортсменов содействуют более быстрому восстановлению лактатной фракции кислородного долга, но практически не влияют на продолжительность восстановления алактатной фракции [5].

Адаптация к физическим нагрузкам в условиях высотной гипоксии осуществляется за счет основных механизмов – гипервентиляции и роста минутного объема кровообращения, в результате чего повышается потребление кислорода. Меняется характер метаболизма – усиливается гликолиз, повышается в крови и мышцах уровень лактата. Важная черта адаптации к физическим нагрузкам в условиях гипоксии связана и с изменениями на уровне регуляторных систем. Это относится прежде всего к перестройке стресс-реализующей симпатoadреналовой системы, которая характеризуется увеличением мощности аппарата симпатической регуляции – гипертрофия нейронов, повышение в них синтеза медиатора. Данная перестройка сопровождается также ростом активности ферментов синтеза катехоламинов и переходом их из временных депо в систему кровообращения [8, 10]. При долгосрочной адаптации к гипоксии экономизация энергетического обмена происходит за счет образования новой популяции митохондрий, обладающих меньшими размерами, сниженным содержанием цитохромов, но характеризующихся более высокой активностью ферментов и более низким их сродством к своим субстратам, а также высокой эффективностью окислительного фосфорилирования [11]. Вместе с этим в ряде работ показано, что после выполнения дозированной работы на средних и больших высотах интенсивность восстановительных процессов замедляется [12, 13, 14, 15, 16].

Цель исследований. Изучить особенности протекания восстановительных процессов кардиореспираторной системы после продолжительных физических нагрузок субмаксимальной аэробной мощности на третьей неделе пребывания в условиях среднегорья и высокогорья.

Организация и методы. Под наблюдением находились две группы бегунов на средние и длинные дистанции I–II разряда (возраст $19,2 \pm 0,45$ лет, масса тела $67,7 \pm 0,96$ кг), для которых были организованы трехнедельные тренировочные сборы в условиях среднегорья и высокогорья. Спортсмены тестировались до подъема в горы на высоте 800 м и в период акклиматизации. Одна группа на 17–20-й день пребывания на высоте 1800 м ($n=15$), а другая – на 18-й день пребывания на высоте 3340 м над уровнем моря ($n=10$). У спортсменов физиологические параметры регистрировали в состоянии покоя, во время выполнения равномерной физической нагрузки субмаксимальной аэробной мощности на велоэргометре фирмы Monark (Швеция) и в восстановительный период. Группа, которая выехала в условия среднегорья, выполняла 30-минутную физическую нагрузку (193 ± 3 Вт), а группа, которая выехала в условия высокогорья, – 10-минутную физическую нагрузку (187 ± 11 Вт). Частоту сердечных сокращений (ЧСС) с поминутной регистрацией подсчитывали по электрокардиограмме. Минутный объем дыхания (МОД) и потребление кислорода определяли по методу Дугласа-Холдена. Сбор выдыхаемого воздуха осуществляли фракциями в условиях среднегорья на 1–2, 3–5, 6–10, 11–15 и 16–20-й минутах, а в условиях высокогорья на 1, 2, 3, 4–5, 6–10,

11–15-й минутах восстановительного периода. Темп восстановления оценивали по отношению текущего уровня физиологического показателя к его уровню на последней минуте физической нагрузки за вычетом уровня покоя, выраженному в процентах.

Результаты и их обсуждение. Анализ контрольных наблюдений, выполненных перед выездом в условия среднегорья, показал, что в состоянии покоя все наблюдаемые показатели соответствовали физиологической норме – ЧСС $63 \pm 1,42$ уд./мин., МОД $8,41 \pm 0,24$ л, потребление кислорода 268 ± 6 мл. На 30-й минуте физической нагрузки субмаксимальной аэробной мощности оцениваемые показатели были на следующем уровне: ЧСС $162,5 \pm 1,78$ уд./мин., МОД $81,4 \pm 2,62$ л, потребление кислорода 2638 ± 54 мл. Восстановление ЧСС на второй минуте после нагрузки составило $65,1 \pm 2,86\%$ (рис. 1 А). МОД и потребление кислорода восстановились за первые две минуты после физической нагрузки на $52,9 \pm 2,17$ и $59,4 \pm 2,53\%$ соответственно (рис. 1 Б, В). На 15-й минуте отдыха восстановление ЧСС составило $81,9 \pm 2,6\%$, МОД и потребление кислорода восстановились на 97–98%.

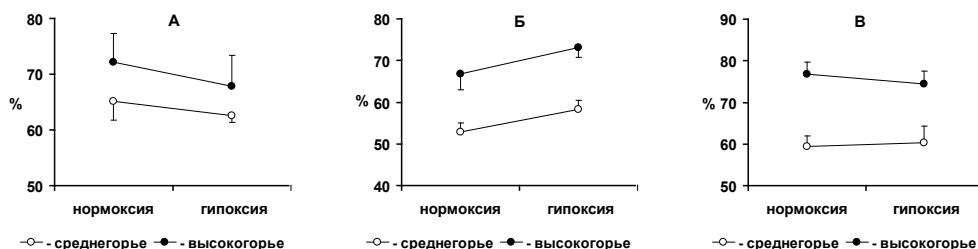


Рис. 1. Темп восстановления ЧСС (А), МОД (Б) и потребления кислорода (В) в течение первых двух минут после физической нагрузки субмаксимальной аэробной мощности в условиях нормоксии и высотной гипоксии у спортсменов

Наблюдения, выполненные на 17–20-й день акклиматизации на высоте 1800 м над уровнем моря, показали, что ЧСС в состоянии покоя у группы спортсменов соответствует предгорному уровню – $63,1 \pm 1,62$ уд./мин., а МОД и потребление кислорода повысились – $9,91 \pm 0,46$ л и 320 ± 12 мл соответственно. Стандартная физическая нагрузка выполнялась с большим функциональным напряжением – ЧСС $170,5 \pm 2,30$ уд./мин., МОД 92 ± 8 л, потребление кислорода 2784 ± 64 мл. Восстановление ЧСС на второй минуте после нагрузки составило $62,6 \pm 4,33\%$ (рис. 1 А). МОД и потребление кислорода восстановились за первые две минуты после нагрузки на $58,2 \pm 2,33$ и $60,3 \pm 3,95\%$ соответственно (рис. 1 Б, В). На 15-й минуте отдыха восстановление ЧСС составило $81,3 \pm 2,45\%$, МОД и потребление кислорода восстановились на 98–99%. Таким образом, после трехнедельных тренировок в условиях среднегорья темп восстановления потребления кислорода после физической нагрузки соответствует предгорному. Изменения в темпе восстановления пульса и легочной вентиляции несут характер тенденции. Только восстановление пульса замедляется, а восстановление легочной вентиляции ускоряется. Причем эти изменения касаются лишь быстрой фазы восстановительного периода, к 15-й минуте отдыха различия сглаживаются.

Анализ контрольных наблюдений, выполненных перед выездом в условия высокогорья, показал, что в состоянии покоя все наблюдаемые показатели соответствовали физиологической норме – ЧСС $59,8 \pm 2,17$ уд./мин., МОД $10,5 \pm 0,44$ л, потребление кислорода 364 ± 14 мл. На 10-й минуте физической нагрузки субмаксимальной аэробной мощности, оцениваемые показатели были на уровне – ЧСС $156,6 \pm 3,04$ уд./мин., МОД $78,8 \pm 4,79$ л,

потребление кислорода 2840 ± 194 мл. Восстановление ЧСС, МОД и потребления кислорода на второй минуте после нагрузки составило $72,1 \pm 5,22$; $66,8 \pm 3,78$ и $76,8 \pm 2,86\%$ соответственно (рис. 1 А, Б, В). На 15-й минуте отдыха восстановление ЧСС составило $90,7 \pm 2,64\%$, МОД и потребление кислорода соответствовали предработному уровню.

Наблюдения, выполненные на 18-й день акклиматизации на высоте 3340 м над уровнем моря, показали, что в состоянии покоя у группы спортсменов ЧСС, МОД и потребление кислорода повысились: $67,8 \pm 4,51$ уд./мин., $14,1 \pm 0,42$ л и 380 ± 13 мл соответственно. Стандартная физическая нагрузка выполнялась с большим функциональным напряжением – ЧСС $176 \pm 2,94$ уд./мин., МОД $111,6 \pm 6,76$ л, потребление кислорода 2914 ± 148 мл. Восстановление ЧСС, МОД и потребления кислорода на второй минуте после нагрузки составило $67,6 \pm 5,48$; $73,1 \pm 2,28$ и $74,4 \pm 3,20\%$ соответственно (рис. 1 А, Б, В). На 15-й минуте отдыха восстановление ЧСС составило $80,1 \pm 2,45\%$, со стороны МОД и потребления кислорода наблюдалось полное восстановление. Таким образом, после трехнедельных тренировок в условиях высокогорья наблюдаемые изменения в быстрой фазе восстановительного периода несут характер тенденции. Причем темп восстановления ЧСС и потребления кислорода замедляется, а легочной вентиляции ускоряется. К 15-й минуте отдыха темп восстановления легочной вентиляции и потребления кислорода соответствует предгорному, тогда как пульсовый ритм восстанавливается медленнее ($p < 0,01$).

Выводы:

1. Восстановительные процессы кардиореспираторной системы после продолжительных физических нагрузок субмаксимальной аэробной мощности на третьей неделе пребывания в условиях среднегорья изменяются лишь в быстрой фазе восстановительного периода и несут характер тенденции. Темп восстановления пульсового ритма замедляется, а восстановление легочной вентиляции ускоряется.

2. Восстановительные процессы кардиореспираторной системы после продолжительных физических нагрузок субмаксимальной аэробной мощности на третьей неделе пребывания в условиях высокогорья изменяются в быстрой фазе восстановительного периода и несут характер тенденции. Темп восстановления пульсового ритма и потребления кислорода замедляется, а восстановление легочной вентиляции ускоряется. В более поздние сроки восстановительного периода (15-я минута) с высокой степенью достоверности темп восстановления пульсового ритма замедляется.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Burnley M., Doust J.H., Carter H., Jones A.M. Effects of prior exercise and recovery duration on oxygen uptake kinetics during heavy exercise in humans. // *Exp. Physiol.*, 2001. V. 86, № 3. С. 417–415.
2. Зобков В.В. Использование результатов автокорреляционного анализа сердечного ритма при оценке влияния физических нагрузок на студентов с различным уровнем физической подготовленности. // *Физиология человека*, 2003. Т. 29, № 4. С. 136–138.
3. Харитонов Л.Г., Шемердяк А.В., Шкляев Ю.В. Адаптация к физическим нагрузкам спортсменов игровых видов спорта на этапе спортивного совершенствования (на примере футбола, хоккея, бадминтона): Монография. Омск, СибГУФК, 2005. 126 с.
4. Спортивная физиология / Под ред. Я. М. Коца. – М.: Физическая культура, 1986. 240 с.
5. Платонов В.Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения. Киев.: Олимпийская литература. 2004. 808 с.
6. Gaesser G.A., Brooks G.A. Metabolic bases of excess postexercise oxygen consumption: a review. // *Medicina and Science in Sports and Exercise*. 1984. V. 16. № 1. P. 29–43.
7. Walsh B., Tonkonogi M., Soderlund K., Hultman E., Saks V., Sahlin K. The role of phosphocreatine and creatine in the regulation of mitochondrial respiration in human skeletal muscle. // *J. Physiol.*, 2001. V. 537, № 3. С. 971–978.

8. Метаболизм в процессе физической деятельности. / Под редакцией М. Харгривса. – Киев: Олимпийская литература, 1998. 288 с.
9. Фундаментальная и клиническая физиология: Учебник для студентов вузов. / Под ред. А.Г. Камкина и А.А. Каменского. – М.: Академия, 2004. 1072 с.
10. *Меерсон Ф.З., Пшенникова М.Г.* Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. – М: Медицина, 1988. 253 с.
11. *Лукьянова Л.Д.* Молекулярные механизмы тканевой гипоксии и адаптация организма. // Фізіол. ж., 2003. Т. 49, № 3. С. 17–35.
12. *Алипов Д.А., Зайцева Н.Д.* Влияние условий высокогорья Тянь-Шаня на функциональные резервы спортсменов. // Особенности тренировки спортсменов в условиях высокогорья и среднегорья: сборник научных статей. – Фрунзе: КГУ, 1987. 120 с.
13. *Касымов О.Т., Мамбеталиев Б.С.* Влияние вахты на функциональные системы и работоспособность горнорабочих с различным режимом адаптации в условиях высокогорья. // Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века: Сборник научных работ. – Бишкек, 1998. С. 168–171.
14. *Мамбеталиев Б.С., Касымов О.Т.* Работоспособность горцев в процессе адаптации к физическому труду на разных высотах Тянь-Шаня. // Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века: Сборник научных работ. – Бишкек, 1998. С. 233–236.
15. *Филиппов М.М.* Особенности кислородных режимов организм спортсменов в горах. // Олімпійський спорт і спорт для всіх: Тези доповідей IX Міжнародний науковий конгрес. – Київ: Олімпійська література, 2005. С.739.
16. *Джусупов К.О.* Показатели гемодинамики горцев, адаптированных к промышленному тяжелому труду в средне- и высокогорье. // Медицина Кыргызстана. 2009, № 3. С. 22–25.

Резюме

О.Г. Акимова

ВЛИЯНИЕ ВЫСОТНОЙ ГИПОКСИИ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СПОРТЕ

Условия горной местности оказывают разнонаправленные влияния на процессы восстановления кардиореспираторной системы после продолжительных физических нагрузок. Изменения наблюдаются в основном в быстрой фазе восстановительного периода, но они несут характер тенденции. Только в условиях высокогорья в более поздние сроки восстановительного периода (15 минут) темп восстановления пульсового ритма достоверно замедляется.

Тұжырым

О.Г. Акимова

СПОРТТА ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛУ ҮРДІСІНЕ БИІКТІК ГИПОКСИЯНЫҢ ӘСЕРІ

Таулы жер жағдайы ұзақ дене күші жүктемесінен кейінгі кардиореспираторлы жүйені қалпына келтіру үрдісіне әртүрлі бағыттағы әсерін тигізеді. Өзгерістер негізінен қалпына келу кезеңінің тез фазасында байқалады, бірақ оларға бағыттылық сипаты тән. Тек биіктаулы жағдайда қалпына келудің кеш мерзімінде (15 минут) жүрек соғысы ырғағының қалпына келу қарқыны айтарлықтай баяулайды.

Summary

O.G. Akimova

EFFECT OF ALTITUDE HYPOXIA ON THE RECOVERY PROCESS IN SPORT

Terms of the mountain land have a multidirectional influence on the recovery of the cardiorespiratory system after prolonged exercise. Changes are observed mainly in the fast phase of the recovery period, but they are a trend. Only in the high altitude later, the recovery period (15 minute) the rate of recovery of pulse rate slows down significantly.

УДК: 615.9_340.67_616.7

Т.И. АУКЕБАЕВА, Х.М. ИЛАХУНОВ

**ПРИМЕР РАССЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТОВ
ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА
НА СПЕКТРОФОТОМЕТРЕ SPECORD 205**

Центр судебной медицины, г. Алматы

Пересчетные коэффициенты для количественного определения карбоксигемоглобина (СО) мы выводили, основываясь на статью Л.П. Букиной, Л.И. Ушаковой [1].

В исследовании использовалась кровь заведомо не содержащая карбоксигемоглобин. Если такой крови нет, то можно насытить ее кислородом, пропуская чистый кислород через раствор крови в 0,1% растворе аммиака [2]. Спектр снимали после добавления в кювету дитионита натрия для разрушения оксигемоглобина и метгемоглобина.

Нами был получен спектр гемоглобина в области от 500 до 600 нм на приборе Specord 205 при скорости 1 нм в секунду, записывали показания через каждый нанометр (рис. 1). Таким образом, на распечатке мы имели 100 пар длина волн – оптическая плотность.

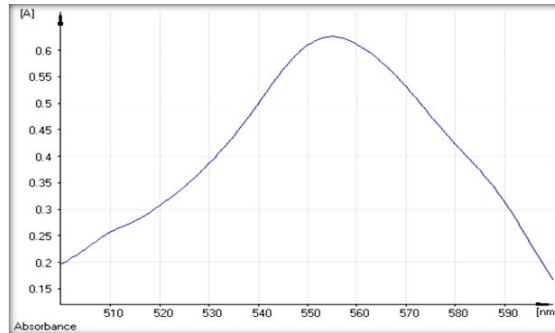


Рис. 1. Спектр гемоглобина

Таким же образом был получен спектр насыщенного угарным газом раствора той же крови в 0,1% растворе аммиака. Для этого через аликвоту раствора пропускали карбоксигемоглобин (угарный газ) согласно методическим рекомендациям 2000 г. [3].

В области длин волн от 530 до 540 нм искали длину волны, при которой имелась наибольшая разница между показаниями оптической плотности.

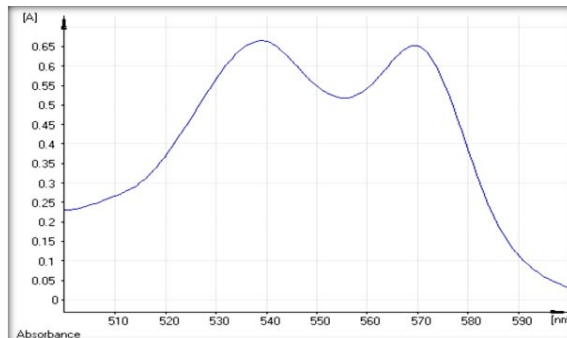


Рис. 2. Спектр карбоксигемоглобина после насыщения СО

В приведенном примере наибольшая разница была при 534 нм: 0,6311 (D_3 насыщенный СО) (рис. 2), 0,4267 (D_1 без насыщения СО). Затем в диапазоне от 555 до 565 нм искали точку с равными показателями оптической плотности. Изобестическая точка в приведенном примере пришлась на 563,5 нм (0,582– D_2). В дальнейших расчетах мы использовали оптическую плотность при 563 нм.

$$K_1 = D_1 / D_2 \quad K_2 = A - K_1 \quad A = D_3 / D_2.$$

В данном примере коэффициенты составили: $K_1 = 0,73$, $K_2 = 0,35$.

Согласно рекомендациям Л.П. Букиной и Л.П. Ушаковой, определение коэффициентов проводится не менее чем из 20 различных проб крови с последующей статистической обработкой для получения среднего значения.

Для спектрофотометра Specord 205 РГКП «ЦСМ» МЗ РК г. Алматы средние значения коэффициентов составили: $K_1 = 0,74$, $K_2 = 0,41$. Полученные коэффициенты мы используем для количественного определения карбоксигемоглобина в крови методом «без насыщения».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Букина Л.П., Ушакова Л.И. Спектрофотометрическое определение карбоксигемоглобина. // Судебно-медицинская экспертиза 1979. № 2. С. 39–42.
2. E. G. K. Clarke Isolation And Identification of Drugs in Pharmaceuticals, Body Fluids, and Post-Mortem Material. London, The Pharmaceutical Press. 1986. P. 20–21.
3. Кондауров Г.Н., Холодкова Л.Н. Методические указания. Судебно-химическое определение карбоксигемоглобина. Алматы, 2000.

Резюме

Т.И. Аукебаева, Х.М. Илахунов

ПРИМЕР РАСЧЕТА КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИНА НА СПЕКТРОФОТОМЕТРЕ SPECORD 205

Рассчитаны коэффициенты для количественного определения карбоксигемоглобина на спектрофотометре SPECORD 205. Получены спектры гемоглобина области длин волн 500–600 нм и спектр раствора крови, насыщенного оксидом углерода. Показано, что наибольшая разница между показаниями оптической плотности находится в диапазоне длин волн 530–540 нм.

Тұжырым

Т.И. Аукебаева, Х.М. Илахунов

SPECORD 205 СПЕКТРОМЕТРДЕ КАРБОКСИГЕМОГЛОБИННІН МӨЛШЕРІН АНЫҚТАУ ҮШІН КОЭФФИЦИЕНТТІ ЕСЕПТЕУ МЫСАЛЫ

SPECORD 205 спектрометрде карбоксигемоглобиннің мөлшерін анықтау үшін коэффициенттер есептелген. Көміртегі оксидіне қаныққан қан ерітіндісінің спектрі және 500–600 нм арасындағы гемоглобиннің спектрі табылған. Ең үлкен айырмашылығы оптикалық тығыздықтың 530–540 нм толқын диапазонында орналасқаны көрсетілген.

Summary

A.T. Aukebaeva, Kh.M. Ilakhunov

EXAMPLE OF COEFFICIENT COUNT FOR QUANTITY DEFINITION OF CARBOCISHAEMOGLOBIN WITH THE HELP OF SPECTROPHOTOMETER SPECORD 205

Coefficients for quantity definition of carbocsihaemoglobin were counted with the help of spectrophotometer SPECORD 205. We received spectrum of haemoglobin in sphere of waves length of 500–600 (nm) and spectrum of blood solution saturated with carbonic oxide. It is clear that the most difference between depositions of optical density is in a range of waves length 530–540 (nm).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОФЕИНА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗАХ

Алматиский филиал Центра судебной медицины

В Казахстане, как и в других странах, вместе с научно-техническим и социальным прогрессом общество сталкивается с непрерывно возрастающей проблемой наркомании, связанными с ней преступлениями и гибелью людей. При этом вместе с традиционными наркотиками все чаще используют их более дешевые и доступные заменители, которые, определенным образом воздействуя на центральную нервную систему человека, вызывают одурманивание или состояние эйфории. Например, в местах лишения свободы заключенные употребляют чифирь, который готовят, заваривая пачку чая на кружку воды. Казалось бы относительно безвредные алкалоиды чая и кофе при передозировках, особенно на фоне сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний, могут приводить к печальным последствиям. В лечебной практике [1] известно смертельное отравление 5-летнего ребенка, съевшего 5,3 г кофеина. При исследовании тканей органов трупа были обнаружены следующие концентрации кофеина: в крови – 159 [J.g/ml, в моче – 114 (ig/ml, в почке – 230 (Д-g/g, в печени – 198 [ig/g.

Каких-либо методических рекомендаций по химико-токсикологическому анализу кофеина нет. Поэтому приводим данные на кофеин из справочника Кларка [2].

Кофеин – Caffeine. Синонимы – Anhydrous Caffeine, Coffeinum, Guara-nine, Methyltheobromine, Theine. 7-Methyltheophylline, $C_8H_{10}N_4O_2 = 194,2$; CAS – 58-08-2.

Алкалоид получают из отходов чая или кофе, или сухих листьев чайных растений, или приготавливают синтетически; он также присутствует в gu-arana, mate, cola. Физические свойства: шелковистые белые кристаллы, обычно спутанные вместе, или белый кристаллический порошок. Алкалоид возгоняется при 180° С. Точка плавления 234–239° С. Когда кофеин кристаллизуется из воды он содержит одну молекулу кристаллизационной воды, но он является безводным, когда кристаллизуется из этанола, хлороформа или эфира. Кофеин разрушается при взаимодействии с концентрированными растворами едких щелочей.

Растворимость кофеина: 1 часть в 60 частях воды, 1 часть в 1 части кипящей воды, 1 часть в 130 частях этанола, 1 часть в 7 частях хлороформа, слабо растворим в эфире, растворим в разбавленных кислотах.

Выпускаются препараты: Caffeine Citrate, Caffeine Hydrate.

Константа диссоциации: $pK_a = 14,0$ (25°)

Цветные реакции на кофеин: Amalic Acid Test – оранжевый > фиолетовый.

Методы: добавьте к исследуемой пробе несколько капель ЮМ хлористоводородной кислоты, а затем несколько кристалликов калия хлората и выпаривайте смесь досуха. Наблюдайте цвет остатка и затем добавьте 2 или 3 капли 2 М гидроксида аммония и снова наблюдайте цвет. Индикация: красный, розовый, оранжевый или желтый остаток, изменяющийся до розового, красного или фиолетового цвета после добавления аммония гидроксида указывает на присутствие ксантина (xanthine).

ТСХ – тонкослойная хроматография: в рекомендованных системах ТА, ТВ, ТС приведены значения $R_f \cdot 100$, а пластинка покрыта слоем силикагеля G 250 Ш1 толщины, опрысканным 0,1 М раствором КОН в метаноле.

Система ТА. Подвижная фаза: метанол – 25% раствор аммиака (100:1,5). Свидетели-маркеры: Diazepam Rf 75, chlorprothixene Rf 56, codeine Rf 33, atropin eRf 18.

Система ТВ. Подвижная фаза: циклогексан : толуол : диэтиламин (75:15:10). Свидетели-маркеры: Dipipanone Rf 66, pethidine Rf 37, desipramine Rf 20, codeine Rf 06.

Система ТС. Подвижная фаза: хлороформ : метанол (90:10) Свидетели-маркеры: Meclozine Rf 79, caffeine, Rf 58, dipipanone Rf 33, desipramine Rf 11.

Для обнаружения пятен кофеина на пластинках используют опрыскиватели с реагентом Драгендорфа или кислый иодплатинатный раствор.

Rf Caffeine: в системе ТА-52, в системе ТВ-03, системе ТС-58.

Ультрафиолетовый спектр: водная кислота пик – 273 nm ($A_j^1 = 504a$).

Время полураспада в организме человека: от 2 до 10 часов (в среднем – 4).

Лечебные дозы: 100–300 мг.

По строению и фармакологическим свойствам [3] кофеин близок к теобромину и теофиллину. Кофеин используется преимущественно как стимулятор ЦНС, а теофиллин и теобромин – в качестве сердечно-сосудистых средств. Препараты: Coffeinum-natrii-benzoas – таблетки 0,075 г, 0,1 г, 0,2 г и ампулы 1–2 мл 10–20% раствор; Coffetaminum – таблетки содержат кофеина 0,1 г и эрготамина тартрата 0,001г. Вышие дозы кофеина для взрослых: разовая – 0,3 г, суточная – 1 г.

Хранение: список Б.

В нашей экспертной практике пришлось исследовать доставленный правоохранительными органами белый с желтоватым оттенком порошок. На разрешение эксперта поставлен следующий вопрос: является ли данный порошок медицинским препаратом?

Химическое исследование: Набивали исследуемым порошком запаянный с одного конца капилляр 0,5×50 мм так, чтобы высота исследуемого порошка у запаянного конца составляла примерно 5 мм и запаивали свободный конец капилляра. Затем в стандартном приборе Кьельдаля в запаянном капилляре определяли температуру плавления исследуемого порошка. Температура плавления исследуемого порошка в запаянном капилляре равна 235° С.

К 0,02 г исследуемого порошка добавили 5 капель ЮМ хлористоводородной кислоты, а затем несколько кристалликов калия хлората и выпаривали смесь досуха. Наблюдали оранжевый цвет остатка и затем добавили 3 капли 2 М гидроксида аммония. При этом цвет остатка стал фиолетовым.

0,02 г исследуемого порошка растворили в 0,5 мл хлороформа и наносили капилляром в виде точек на стартовую линию двух хроматографических пластинок «Сорбфил» ПТСХ-ПА производства ЗАО России «Сорбполимер», предварительно опрысканных 0,1 М раствором гидроксида калия и высушенных в токе теплого воздуха. На стартовую линию этих же пластинок наносили капилляром в качестве маркера-свидетеля по 2 капли 20%-ного ампульного раствора кофеина-бензоата натрия. Затем пластинки элюировали в хроматографических камерах. Одну из пластинок элюировали в системе растворителей этилацетат : этанол : 25%-ный раствор аммиака (18:6:2), а вторую пластинку элюировали в системе хлороформ : ацетон (9:1). Затем пластинки высушивали на воздухе и опрыскивали реактивом Драгендорфа (приготовленным по прописи ГФ 10-го издания). Проявления оранжевых пятен на пластиках при этом не наблюдали. Затем пластинки опрыскивали 10%-ным раствором хлорида железа (|||). Наблюдала проявление сине-фиолетовых пятен на первой пластинке для исследуемой пробы и маркера-свидетеля кофеина с Rf 0,56. На второй пластинке наблюдали сине-фиолетовые пятна для исследуемой пробы и маркера-свидетеля кофеина с Rf 0,25.

Закключение: В результате проведенного судебно-химического исследования установлено, что доставленный для исследования белый с желтоватым оттенком порошок является медицинским препаратом кофеином.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *V. J. M. DiMaio and J. G. Garriott, Forens. Sci.*, 1974, 3. 275–278.
2. Clarke's. Isolation and Identification of Drugs in pharmaceuticals, body fluids and post-mortem material. Second Edition, London, The Pharm. Press, 1986. С. 440–441.
3. *Машковский М.Д.* Лекарственные средства. – Москва: ООО «Новая волна», 2004. Т. 1. С. 120.

Резюме

А.Е. Кублицкая

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОФЕИНА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ХИМИЧЕСКИХ АНАЛИЗАХ

Эта статья содержит данные о свойствах и методах диагностики отравлений, обусловленных кофеином и его препаратами.

Тұжырым

А.Е. Кублицкая

Шай, кофе алкалоидтардың (кофеин, теобромин, теофиллин) идентификация табуда жұқа кабатты хроматография әдісі қолданып (ЖКХ), сот-химиялық зерттеу және тексеру нәтижесі келтірілген.

Summary

А.Е. Kublitskaya

DEFINITION CAFFEINE IN THE JUDICIAL MEDICAL CHEMICAL ANALYSES

This clause contains data about properties and method of diagnostics of poisoning, caused with Caffeine and its preparations.

УДК 613.2

*М.А. БАЙМУРАТОВА, М.Ж. ОРЫНБАЕВА, З.С. АБДУСАЛАМОВА,
М.З. САРСЕНБАЕВА, С.Т. АБИШЕВА, А.А. КОНКАСОВА*

**НЕОБХОДИМОСТЬ РЕГУЛЯРНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО
КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЗЕРНА, КРУПЯНЫХ И
МУКОМОЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ
ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ГАРНИРОВ**

Одним из основных объектов санитарно-микробиологических исследований являются пищевые продукты [1]. Зерновые продукты, составляя основу пищевого рациона детей и взрослых, обладают высокой питательной ценностью и хорошей усвояемостью. В последние годы ухудшилось состояние здоровья населения, что связано с неполноценным питанием. Реорганизация и реструктуризация отечественных предприятий пищевой промышленности, появление значительного числа мелких производителей продуктов питания, применение устаревших технологий производства, отсутствие надлежащего контроля и надзора за пищевыми продуктами привело к появлению на рынке низкокачественных продуктов питания [2, 3, 4].

Основная масса микроорганизмов накапливается на зерне во время уборки, попадая на него с пылью, частицами почвы и из других источников. Как известно, среди почвенных микроорганизмов необходимо назвать картофельную, грибовидную бациллы, микрококки, БГКП, протей, молочнокислые и масляные бактерии, плесневые грибы, их огромное количество – до 2×10^7 особей в 1 гр. вуалируют сравнительно небольшую микрофлору материнских растений. Неправильное хранение, в частности повышенная влажность зерна и круп, способно обеспечить существенное возрастание количества микроорганизмов. В отношении муки и круп надо отметить, что попадание различных микроорганизмов связано с этапом переработки, в частности при размоле зерен. Кроме того, на количественное увеличение числа микроорганизмов в крупах и муке, макаронных изделиях и др., значительно влияют условия их хранения потребителем, температурные перепады, товарное соседство. В результате микробная порча вышеуказанных продуктов проявляется: прокисанием, прогорканием, плесневением.

Материалы и методы. Нами, сотрудниками АГИУВ кафедры микробиологии, проанализированы результаты работы бактериологической лаборатории ЮВРЦСЭЭ на ж. д. транспорте и в отделенческих филиалов (ст. Жамбыл, ст. Шымкент, ст. Семей, ст. Защита) санитарно-бактериологических исследований зерна, крупяных и мукомольных продуктов (использованных для приготовления гарниров). Санитарно-микробиологическое исследование данных продуктов проведено за период 2010 г., материал отбирался из объектов общественного питания и вагонов-ресторанов. Исследования проводились в строгом соответствии с требованиями, представленными в различных действующих нормативно-методических документах. Микробиологическое исследование проводилось согласно НД РК СанПиН. «Санитарно-эпидемиологические требования к пищевой продукции» № 611 от 6 августа 2010 года, а также соответствующих ГОСТов на виды исследования.

Цель исследования. Проанализировать полученные результаты оценки проведенных санитарно-бактериологических исследований зерна, крупяных и мукомольных продуктов.

Результаты и обсуждение. В целом исследовано 247 проб зерна, крупяных и мукомольных продуктов на нормируемые показатели: патогенную микрофлору, КМАФАнМ, БГКП, протей, стафилококк, дрожжи, плесневые грибы и на наличие *E. coli*, из них 26 (10,5%) были получены положительные результаты, в частности БГКП – 17 (6,9%), КМАФАнМ – 8 (3,2%), *spp. Staphylococcus* – 6 (2,4%), *E. coli* – 1 (0,4%).

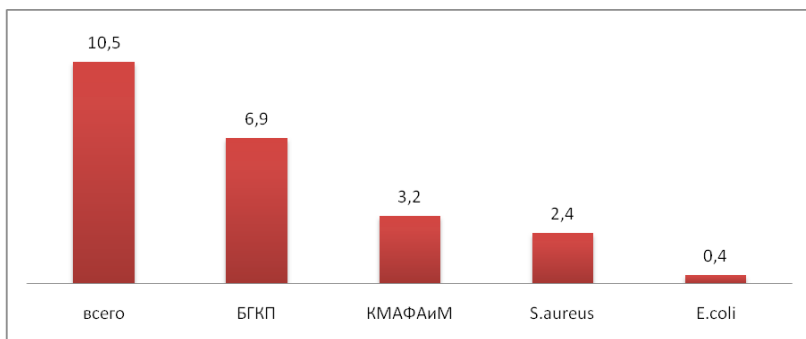


Рис. 1. Суммированные результаты положительных находок санитарно-микробиологического исследования зерна, крупяных и мукомольных продуктов

Анализируя данные по филиалам, обнаружено, что по результатам ст. Алматы всего исследовано 46 образцов, из них 10 (21,7%) были положительны, из которых БГКП – 5 (11,1%), *spp. Staphylococcus* – 3 (6,6%), КМАФАнМ – 1 (2,2%) (Рис. 2).

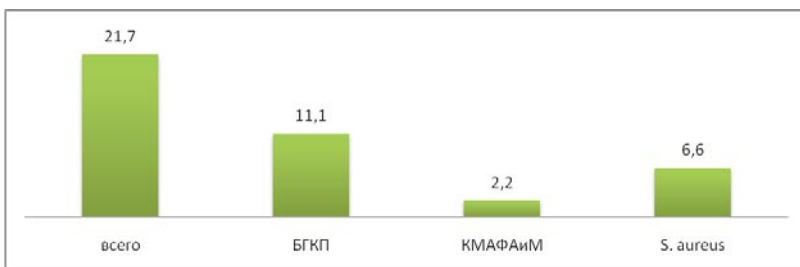


Рис. 2. Результаты положительных находок на ст. Алматы

По данным ст. Жамбыл исследовано 53 пробы, из 5 (9,4%) были выделена микрофлора, в частности БГКП 4 (7,5%), КМАФАнМ 1 (1,8%) (Рис. 3).

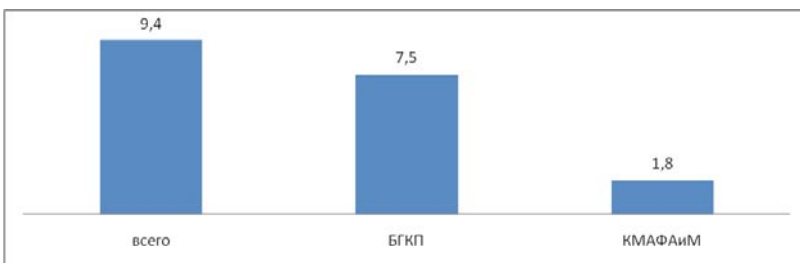


Рис. 3. Результаты положительных находок на ст. Жамбыл

Исследования 94 проб филиалом ст. Шымкент показало, что из них 7 (7,4%) положительные – КМАФАнМ 4 (4,2%), БГКП 5 (5,3%), стафилококк золотистый 3 (3,2%) (Рис. 4).



Рис. 4. Результаты положительных находок на ст. Шымкент

Полученные результаты санитарно-микробиологического исследования 51 пробы зерна, крупяных и мукомольных продуктов на нормируемые показатели по филиалу ст. Семей свидетельствует о том, что из них в 3 (5,8%) случаях были получены положительные результаты, из которых БГКП 3 (5,8%), КМФМнМ 2 (3,9%), E. coli 1 (1,9%) (Рис. 5).

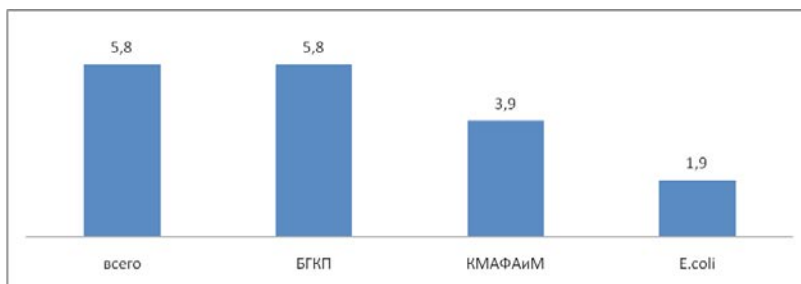


Рис. 5. Результаты положительных находок на ст. Семей

И наконец, по данным филиала ст. Защита было исследовано 3 пробы, среди которых положительных результатов не обнаружено.

Сравнительный анализ полученных суммированных данных лаборатории ЮВР-ЦСЭЭ на ж. д. транспорте санитарно-микробиологических исследований зерна, крупяных и мукомольных продуктов показывает, что БГКП обнаружено в 6,9% случаев, КМФМнМ составляло 3,2%, S.aureus – 2,4%, E.coli – 1 (0,4%) (Рис. 6).

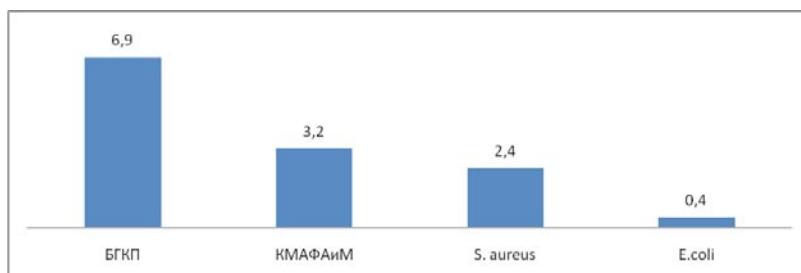


Рис. 6. Сравнительный анализ полученных данных микробиологического исследования зерна, крупяных и мукомольных продуктов ЮВРЦСЭЭ на ж. д. транспорте и в отделенческих филиалов

Полученные результаты свидетельствуют о возможности экзогенного характера инфицирования, т. е. несоблюдения сотрудниками санитарно-гигиенических норм и правил на объектах общественного питания и вагонах-ресторанах. Соответственно, высока вероятность человеческого фактора, как источника распространения УПМ, представителей аутофлоры кишечника человека, активизация которых при снижении иммунобиологической реакции организма не исключает вероятности возникновения пищевых отравлений.

Детализируя результаты по филиалам, установлено, что наиболее часто микробиологически загрязненными оказались пробы по ст. Алматы (21,7% положительных случаев) в сравнении с данными по ст. Жамбыл – 9,4%, по ст. Семей – 7,8%, ст. Шымкент – 7,4%. При этом следует отметить, что количество исследуемых образцов сравниваемых филиалов статистически недостоверно, соответственно, анализируемые результаты должны восприниматься как относительные. По другому нормируемому показателю – БГКП обнаружено следующее: ст. Алматы – 11,1%, ст. Жамбыл – 7,5%, ст. Семей – 5,8%, ст. Шымкент – 5,3%. При анализе КМАФАнМ среди филиалов установлено: ст. Шымкент – 4,2%, ст. Семей – 3,9%, чуть ниже ст. Алматы – 2,2% и ст. Жамбыл – 1,8%. Анализируя данные по *S.aureus*, нужно отметить, что он выделялся в исследуемых образцах ст. Алматы – 6,6% и ст. Шымкент – 3,1%, в единичных случаях была выделена патогенная микрофлора *E. coli* ст. Семей.

Таким образом, исследуемые нами объекты общественного питания, вагоны-рестораны являются завершающим звеном цепи движения пищевых продуктов к потребителям, соответственно, перед ними поставлены важные задачи – как прием доброкачественных продуктов, так и их реализация, безопасная для здоровья населения. Вместе с тем сегодняшние реалии – это все увеличивающееся количество мелких производителей продуктов питания, где высока вероятность менее строгого соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил, а также несоблюдение в должном объеме требований к технологическому процессу на предприятиях общественного питания. К сожалению, имеет место несоблюдение технических требований к помещениям, где производятся реализуемые товары, условиям хранения и реализации; несоответствие температурного режима, относительной влажности складских помещений хранения зерна. Полученные нами данные по ЮВРЦСЭЭ на ж.д. транспорте и отделенческих филиалов (ст. Алматы – 11,1%, ст. Жамбыл – 7,5%, ст. Семей – 5,8% и ст. Шымкент – 5,3%) свидетельствуют о высоких значениях БГКП. В свою очередь, БГКП – это группа микроорганизмов, представленная родами *Echerichia*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Klebsiella*, которые экологически являются представителями индигенной флоры человека. Следовательно, человеческий фактор – это основное ключевое звено в возможной контаминации УПМ готовых блюд (гарниров), тогда как в случаях инфицирования зерна и мукомольных продуктов не исключается основополагающая роль факторов окружающей среды.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьев А.А., Кривошеин Ю.С., Кривошеин В.П. Медицинская и санитарная микробиология. – М.: Академия, 2003. С. 424–428.
2. Сбойчаков В.Б. Санитарная микробиология. – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2007. С. 57–60.
3. Клевакин В.М., Карцев В.В. Санитарная микробиология пищевых продуктов. Л.: Медицина, 1986. С. 115–138.
4. Дранкин Д.И. Продукты питания и инфекция. Саратов, 1982. С. 35–42.
5. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к пищевой продукции» приказ № 611 от 6 августа 2010 года.

Резюме

*М.А. Баймуратова, М.Ж. Орынбаева, З.С. Абдусаламова,
М.З. Сарсенбаева, С.Т. Абишева, А.А. Конкасова*

НЕОБХОДИМОСТЬ РЕГУЛЯРНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЗЕРНА, КРУПЯНЫХ И МУКОМОЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ГАРНИРОВ

Проведены анализ исследований ЮВРЦСЭЭ на ж. д. транспорте и отделенческих филиалов микробиологических исследований зерна, крупяных и мукомольных продуктов (ст. Алматы, ст. Жамбыл, ст. Семей и ст. Шымкент). Положительные результаты составили по ст. Алматы – 21,7%, ст. Жамбыл – 9,4%, ст. Семей – 7,8%, ст. Шымкент – 7,4%. Микробный пейзаж выделенных штаммов представлен БГКП – 6,9%, КМФМнМ – 3,2%, *S.aureus* – 2,4%, *E. coli* – 1(0,4%). Зарегистрированные показатели БГКП позволяют предполагать экзогенную контаминацию зерна, крупяных и мукомольных продуктов.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 614.2

*В.Ю. ДУДНИК, С.Д. КИСИКОВА, А.Н. ЧЕН,
Г.Ж. КУВАТОВА, Т.А. МАРКАБАЕВА, Л.А. БЕКМАМБЕТОВА*

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И СТРУКТУРНОЙ ОЦЕНКИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Актуальность работы вызвана появлением во многих отраслях здравоохранения платных медицинских услуг. Модернизация и усиление материально-технической оснащенности лечебно-профилактических организаций, невозможность оказания многих видов услуг на бесплатной основе, появление новых медицинских технологий, позволяющих производить услуги диагностики и лечения, во много раз превышающие по своей эффективности ранее существующие, привело к появлению и развитию рынка медицинских услуг, который еще недостаточно востребован населением и требует детального изучения [1, 2].

Первым условием рыночных отношений в здравоохранении является признание факта, что лечебные организации являются производителем медицинских услуг. Продукт их деятельности имеет форму товара, предлагаемого на рынке. В сложившейся ситуации лечебным организациям предлагается активно использовать возможности рынка медицинских услуг [3].

Платные услуги в организациях государственной системы здравоохранения осуществляются в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 июля 2002 года № 828 «Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг в организациях государственной системы здравоохранения и порядка использования средств от их оказания» (в название внесены изменения Постановлением Правительства РК от 6 января 2006 года №14).

Переход к новым, рыночным формам хозяйствования предполагает в первую очередь повышение качества оказываемой помощи и необходимость изменения механизмов обслуживания населения. Кроме того, систематический мониторинг за доходами от реализации платных медицинских услуг населению является неотъемлемой

частью повседневной организаторской работы государственного предприятия на праве хозяйственного ведения [4].

Цель – разработка методики количественной и структурной оценки платных медицинских услуг, оказываемых больницей.

Материалы и методы. При переходе организации на право хозяйственного ведения возникла необходимость наиболее полного, детализированного учета платных процедур и манипуляций по подразделениям и врачам, оказывающим платные медицинские услуги, а также сопоставления достигнутых результатов с установленными плановыми заданиями и проведение медико-экономического мониторинга уровней, объемных и структурных изменений, происходящих в организации по платной медицинской помощи.

Технической основой при разработке данной методики было использование информационной системы на платформе СУБД SQZ-Server. Базовыми первичными учетными формами служили карта стационарного и амбулаторного больного, статистический талон, карта выбывшего из стационара, а также установленные формы бухгалтерского учета и отчетности по платным медицинским услугам. На их основе нарастающим итогом формировались выходные формы для ручного и компьютерного анализа и оценки отчетной деятельности больницы по организации платных медицинских услуг населению.

Для реализации цели были разработаны общебольничные, подразделенческие и индивидуальные индикаторы мониторинга. В первую группу индикаторов были отнесены следующие: помесечное выполнение объема доходов и распределение структуры дохода от реализации платных медицинских услуг населению, основанного на результатах автоматизированного учета всех средств, поступающих от юридических, физических лиц за оказание профилактических, диагностических и лечебных услуг амбулаторно-поликлиническим подразделением и больницей в целом.

Вторую группу индикаторов составляют аналогичные индикаторы, характеризующие оказание платной медицинской помощи непосредственно в подразделениях больницы.

В третью группу индикаторов входят показатели, отражающие объем и структуру доходов каждого врача, оказывающего платные медицинские услуги. Важнейшими из них являются: уровень выполнения объема оказанных платных медицинских услуг и дорогостоящих, высокотехнологичных диагностических и лечебных услуг; процент выполнения плана и сумме заработанных средств.

Накопление этой информационно-аналитической базы проводилось в автоматизированном режиме ежемесячно, ежеквартально, за полугодие и за год. На основе вышеуказанных индикаторов нарастающим итогом ежеквартально, за полугодие, за год накапливается соответствующая медико-экономическая информация, которая используется для анализа деятельности всех подразделений, оценки и прогноза, а также для мониторинга индивидуальной деятельности каждого из врачей больницы.

Результаты изучения эффективности разработанной методики мониторинга платной медицинской деятельности больницы показали, что ее использование позволило:

- осуществлять эффективное слежение за объемами, структурой и уровнем выполнения устанавливаемого плана по доходам при оказании платной медицинской помощи населению;

- проводить контент-анализ и оценку конкурентоспособности оказываемых населению платных медицинских услуг и разрабатывать мероприятия по их повышению;

– принимать оперативные управленческие решения по внесению своевременных корректив в перечень и ценообразование оказываемых платных медицинских услуг населению;

– объективно оценивать коллективные и индивидуальные результаты труда при формировании дифференцированной заработной платы и экономического стимулирования медицинских работников.

При этом анализ объективных характеристик достигаемых результатов позволил повысить эффективность управления финансовыми потоками, целенаправленного формирования основных приоритетов расходования зарабатываемых средств, а также для дальнейшего изучения быстроменяющегося рынка медицинских услуг.

Таким образом, разработанная система индикаторов позволяет проводить количественную и структурную оценку платных медицинских услуг, оказываемых в больнице, необходимую для принятия оперативных и перспективных управленческих решений по совершенствованию деятельности, принимая во внимание запросы населения на тот или иной вид медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Шилова В.М., Романова Е.Н.* Некоторые особенности формирования цены платных медицинских услуг. // *Здравоохранение*. 2003. № 1. С. 17–27.
2. *Рагозный А.Д.* Подходы к экономическому стимулированию деятельности медицинского персонала. // *Здравоохранение*. 2003. № 5. С. 37–46.
3. *Пирогов М.В., Черепова А.А.* Экономическое моделирование новых способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС. // *Здравоохранение*. 2003. № 3. С. 35–37.
4. *Покровский В.П., Кузнецов П.П.* Платные медицинские услуги и высокотехнологичная помощь в научных центрах клинического профиля. // *Экономика здравоохранения*. 2002. № 3. С. 6–7.

Резюме

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И СТРУКТУРНОЙ ОЦЕНКИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*В.Ю. Дудник, С.Д. Кисикова, А.Н. Чен,
Г.Ж. Куватова, Т.А. Маркабаева, Л.А. Бекмамбетова*

В статье описана разработанная методика количественного и структурного финансового мониторинга платных медицинских услуг, оказываемых в больнице, основанная на применении современных методик информационно-аналитического обеспечения и медико-статистического анализа, и необходимая для принятия оперативных и перспективных управленческих решений по совершенствованию деятельности, принимая во внимание запросы населения на тот или иной вид медицинской помощи.

С.В. КУТТЫГОЖИНА

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Медицинский центр «ХАК», г. Алматы

Внематочная беременность (ВБ) представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Данные литературы последних лет свидетельствуют о наличии стойкой тенденции к увеличению частоты внематочной беременности [1–3]. Внематочная беременность влечет за собой материнские и репродуктивные потери. Частота смерти женщин в первом триместре беременности от внематочной беременности составляет от 0,4 до 6,7% [4–6]. После перенесенной внематочной беременности у 60–80% больных развивается бесплодие, у 20–30% пациенток – повторная внематочная беременность, у многих развивается спаечный процесс в малом тазу [1–8].

Цель исследования. Изучение факторов риска развития внематочной беременности, разработка диагностических и лечебных алгоритмов ранней диагностики и лечения.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 122 историй болезни пациенток, находившихся на лечении в медицинском центре «Хак» за период 2009–2010 гг. Для постановки диагноза прогрессирующей ВБ использовались данные трансвагинальной эхографии, определение хорионического гонадотропина в моче и крови, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, диагностическая лапароскопия. У большинства (88,2%) женщин диагноз «прервавшаяся ВБ» устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, общепринятых лабораторных и инструментальных методов обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастной состав женщин с ВБ, по нашим данным, составил 20–35 лет – 80,3% (98) (ранний репродуктивный возраст). Внематочная беременность была первой у 9,8% (12) пациенток, ВБ после аборт у 21% (26), пациентки, в анамнезе которых были аборты и роды, – 55,7% (67). Следовательно, 44,3% (55) обследованных женщин не реализовали свою репродуктивную функцию. Наиболее часто ВБ наблюдалась в зимне-весенний период – 59,8 % (73), реже – летом и осенью – 40,1% (49). Структура перенесенных экстрагенитальных заболеваний свидетельствует о низком индексе здоровья женщин с ВБ. Среди выявленной экстрагенитальной патологии наиболее часто отмечалась анемия – в 91,8% (112) случаях. Следующей по частоте встречаемости патологией, на фоне которой развилась внематочная беременность, было диффузное увеличение щитовидной железы – 12,2% (15) случаев. В анамнезе 62,3% (76) пациенток имели указание на нарушение менструальной функции (позднее наступление менархе, операции на гениталиях – цистэктомия, резекция яичника, сальпинголизис, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах) у 22,9% (29) пациенток; 4,1% (5) перенесли операцию аппендэктомии с дренированием брюшной полости. Следовательно, пациентки имели оперативные вмешательства на органах малого таза и в последующем у них развился спаечный процесс в малом тазу (10,2%). У 2 (1,6%) пациенток ВБ была повторной после проведенной туботомии. Интраоперационно в 100% случаях верифицирован диагноз эктопической беременности. В 90,2% (110) установлена трубная и в 6,5% (8) яичнико-

вая беременность. У пациенток с трубной беременностью у 11,8% (13) была прогрессирующая беременность, у 88,2% (97) – прервавшаяся. Прерывание беременности по типу разрыва трубы было у 7,2% (7) пациенток, у остальных по типу трубного аборта в 92,8% (90). Всем пациенткам операция проведена лапароскопическим доступом. Тубэктомия произведена в 62,3% (76), туботомия с выдавливанием плодного яйца у 36,1% (44). Локализация плодного яйца в ампулярном отделе имела место у 76,2% (93) больных. У 39,3% (48) пациенток наряду с хирургическим вмешательством на трубах производился сальпинголизис, резекция яичника, стоматоластика. Всем пациенткам во время операции определялась проходимость второй трубы. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная, десенсебилизирующая терапия. Осложнений после операции не наблюдалось. Больные после лапароскопической операции были выписаны на 2-е сутки с рекомендациями для обследования на ИППП, рекомендована гормональная контрацепция в течение 6 месяцев и перед планируемой беременностью проведение метросальпингографии.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что внематочная беременность обусловлена сочетанием социальных, экологических и медицинских факторов, в связи с чем следует относить эту патологию к важной приоритетной проблеме, требующей принятия незамедлительных мер по ее ранней диагностике, своевременному лечению с применением новых технологий и профилактики. Патология носит сезонный характер (наиболее часто встречается в зимне-весенний период года (59,8%)) и имеет тенденцию к увеличению. Этому способствуют такие факторы, как увеличение частоты прерывания беременности 77% (94), воспалительные заболевания женских половых органов (51,6%), позднее начало и нарушения менструальной функции (62,3%), оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости (аппендэктомия) в 27%, которые привели к спаечным процессам в 10,2% случаях, а также сочетание всех этих факторов на фоне экстрагенитальной патологии.

Выводы:

1. Основными этиологическими факторами явились: искусственные и самопроизвольные аборты, воспалительные заболевания органов малого таза, нарушения менструальной функции, отягощенный гинекологический анамнез, рост ИППП.
2. Использование современных методов диагностики и лечения внематочной беременности способствует сохранению репродуктивной функции, снижению материнских и репродуктивных потерь.
3. На основании результатов данных нашего исследования эффективным методом диагностики и лечения ВБ является лапароскопия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мезинова Н.Н., Сатыбалдина Б.А., Таурбаева Г.М., Жакенова К., Абдикапарова А., Досяханова Ю.А. «Внематочная беременность. Проблемы и их решение». // Журнал Акушерство, гинекология и перинатология. 2009. № 3. С. 32–35.
2. Савельевой Г.М. Акушерство. – М.: Медицина. 2000. С. 303–320.
3. Адамян Л. В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности. // Технологии XXI века в гинекологии: Сборник материалов XXI Международного конгресса. М., 2008. С. 177–178.
4. Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности. // Проблемы репродукции. М., 2009. Т. 15. № 5. С. 28–32.
5. Радзинский В.Е., Цыганкова Л.А. Хирургическая тактика, исходы и прогноз лечения острых гинекологических заболеваний. // Журнал акуш. и женских болезней. 2006; Спец. вып. 21–24.

6. Ускова М.А., Кузьмичев Л.Н. Рациональные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия (обзор). // Пробл. репрод. 2009. № 4. С 24–29.

7. O'Rourke N., Kodali B.S. Laparoscopic surgery during pregnancy. // Curr Opin Anaesthesiol. 2006; 19: 3: 254–259.

8. Tuomivaara L., Kauppila A. Radical or conservative surgery for ectopic pregnancy? A follow-up study of fertility of 323 patients. // Fertil. Steril. 1988; 50: 3–4: 580–563.

Резюме

С.В. Куттыгожина

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Внематочная беременность относится к важной приоритетной проблеме, требует принятия незамедлительных мер по ее ранней диагностике, своевременному лечению с применением новых технологий и профилактике. В современных условиях нарушения в женской половой сфере, в том числе воспалительные процессы в 51,6%, нарушения менструальной функции в 62,3%, спаечные процессы органов малого таза в 10,2% случаях – вот факторы развития данной патологии.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616.155.194.8-055.26.

Г.Т. НАУРЗБАЕВА

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Родильный дом № 5, г. Алматы

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается одной из актуальных проблем медицины, в первую очередь, вследствие широкого распространения на земном шаре. Особую актуальность данная проблема приобретает среди определенных категорий населения в силу их большей уязвимости. Высокий риск развития анемии имеет место у женщин в период беременности. Согласно данным различных авторов, частота выявления этого заболевания колеблется в пределах 15–90%, причем более 90% всех видов анемий составляет железодефицитная [1, 2, 3].

При беременности происходит сложный комплекс нейроэндокринных, биологических, иммунологических изменений, которые обеспечивают оптимальные условия для функционирования мать – плацента – плод, важную роль в сохранении общего гомеостаза организма и поддержание нормальной деятельности фетоплацентарного комплекса играет система гемостаза [4, 5]. Изменение в последней у беременной является физиологическим и относится к числу обычных проявлений общей циркуляторной адаптации организма женщины к гестационному процессу, связанному с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения. Данные изменения считаются приспособительными и направлены на компенсацию затрат в связи с развитием плода и возможностью патологической кровопотери в родах, а после родов состояние системы гемостаза нормализуется [6, 7].

Задачей данного раздела работы является изучение коагуляционных свойств крови беременных с анемией. С этой целью нами изучены показатели системы гемостаза у 132 беременных, из них 102 – с железодефицитной анемией и 30 – с физиологическим

течением беременности (контроль). Полученные данные приведены в таблице 1. Для оценки состояния гемостаза применялись общепринятые в клинике методы исследования. Исследования показали, что при анемии беременных отмечаются определенные сдвиги в системе гемостаза. Как видно из таблицы 1, при железодефицитной анемии по сравнению с показателями крови беременных с нормальным течением имеет место укорочение времени рекальцификации плазмы на 24,4%, ускорение тромбинового времени на 19,1%, повышение тромботеста – на 33,5%, концентрации фибриногена – на 43,3% и фибринолитической активности на – 20,4%. Как известно, фибриноген В и этаноловый тест являются клиническими тестами, свидетельствующими о наличии признаков ДВС-синдрома.

Таблица 1

Показатели системы гемостаза у беременных с различной формой анемии и при физиологическом течении беременности

Показатели коагулограммы	Нормальное течение беременности $n=30$	Беременные с ЖДА $n=102$	р	Степень тяжести анемии			Р
				Легкая $n=82$ (1)	Средняя $n=14$ (2)	Тяжелая $n=6$ (3)	
Время рекальцификации плазмы, сек.	131,5±0,5	99,4±0,38	<0,001	99,7±0,56	102±0,68	88,3±2,58	$P_{1-2} \pm 0,05$ $P_{1-3} < 0,001$
Тромбиновое время, сек.	10,1±0,36	19,3±0,4	<0,001	19,95±0,36	17,6±0,51	15,0±0,86	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$
Протромбиновый индекс, %	91,2±0,5	96,7±0,9	<0,001	98±0,9	95,5±0,3	89,1±0,3	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,001$
Концентрация фибриногена, г/л	4,0±0,036	5,77±0,1	<0,001	5,75±0,02	6,44±0,1	4,4±0,21	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$
Тромботест	4,0±0,11	5,34±0,04	<0,001	5,3±0,04	5,36±0,17	5,9±0,21	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Фибринолитическая активность, %	19,1±2,21	24,1±2,3	>0,05	28,4±3,5	26±4,3	14,6±2,4	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,01$
Фибриноген В	–	25,4%±4,3		14,6%±3,5	57,1%±4,9	83,3%±3,7	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$
Этаноловый тест	–	17,6%±3,8		10,9%±3,1	35,7%±4,7	66,6%±4,7	$P_{1-2} < 0,001$ $P_{1-3} < 0,001$

Фибриноген В положительно определялся в 25,4%, а этаноловый тест в – 17,6% случаев среди обследованных беременных с ЖДА; у беременных, неосложненным течением указанные тесты во всех случаях были отрицательными. Обращает внимание характер коагуляционных нарушений крови в зависимости от степени тяжести анемии (таблица 1). При ее легкой степени прокоагулянтная активность была умеренно повышена (время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс, протромбиновое время) по сравнению с таковыми у беременных с неосложненным течением беременности. Отмечено повышение концентрации фибриногена до 5,75±0,02 г/л – против 4,0±0,03 г/л в группе сравнения. Выявлены деградированные формы фибриногена, о чем свидетельствует положительный этаноловый тест у 10,9% и обнаружение фибриногена В у 14,6% обследованных. Эти изменения в указанных группах беременных можно оценить как сдвиг в системе гемостаза в сторону умеренной гиперкоагуляции,

причем эти изменения сопровождаются значительным повышением фибринолитической активности крови с $28,4 \pm 3,5\%$ против $19,1 \pm 2,21\%$ в группе сравнения. Существенные коагуляционные нарушения прослеживаются при среднетяжелой степени анемии. Как видно из таблицы 1, при тяжелой степени анемии выявлено достоверное укорочение времени рекальцификации плазмы ($88,3 \pm 2,58$ сек.) на $11,5\%$ по сравнению с легкой ($99,7 \pm 0,5$ сек.) и $13,5\%$, со средней тяжестью ($102 \pm 0,68$ сек.). Протромбиновое время при среднетяжелой форме анемии укорочено на $24,7\%$ и $14,8\%$ соответственно по сравнению с ее легкой степенью. Протромбиновый индекс снижен ($95,5 \pm 0,3\%$ сек.) и ($89,1 \pm 0,3\%$) соответственно по сравнению с индексом протромбина при легкой форме ЖДА ($98,0 \pm 0,9\%$). Значительное снижение фибриногена имеет место при тяжелой степени анемии, его концентрация снижена ($4,4 \pm 0,21$ г/л), по сравнению с легкой степенью – ($5,75 \pm 0,02$ г/л) на $23,5\%$ и со средней ($6,44 \pm 0,1$ г/л) – на $31,7\%$. На фоне повышения прокоагулянтной активности крови четко прослеживается уменьшение фибринолитической активности; она снижена при тяжелой степени ($14,6 \pm 2,4$) по сравнению с легкой степенью ($28,4 \pm 3,5$) на $48,6\%$, а со средней ($26,0 \pm 4,3$) – на $43,8\%$. Определяется повышение показателя тромботеста при тяжелой форме анемии беременных, по сравнению с легкой и средней тяжести на $11,3\%$ и 10% соответственно.

Определение качественных тестов на выявление признаков ДВС-синдрома показало следующее: деградированные формы фибриногена – фибриноген В определялись положительно у 12 ($14,6\%$) обследованных с легкой степенью, у 8 ($57,1\%$) – средней и у 5 ($83,3\%$) – тяжелой степени анемии, то есть при среднетяжелой форме ЖДА у каждой второй выявлялся фибриноген В, тогда как при легкой степени – только у каждой седьмой беременной. Этаноловый тест был положительным у 9 ($10,9\%$) беременных с легкой, у 5 ($35,7\%$) со средней и у 4 ($66,6\%$) с тяжелой степенью анемии.

Следовательно, при среднетяжелой степени этаноловый тест был положительным у каждой второй-третьей беременной.

Таким образом, изучение основных звеньев гемостаза у беременных ЖДА показало, что при ее легкой форме имеет место умеренно выраженная коагулопатия потребления. Между тем при данной форме анемии гиперкоагуляция сопровождается компенсаторным повышением фибринолитической активности крови, что обеспечивает достаточно удовлетворительное коагулологическое свойство крови. При средне-тяжелой форме анемии на фоне выраженного повышения свертывания крови, сопровождающегося нарастающей интенсификацией внутрисосудистого тромбообразования, наблюдается подавление фибринолитической активности крови. Развивающийся комплекс гемокоагуляционных нарушений свидетельствует о развитии при данной патологии хронической формы синдрома внутрисосудистого свертывания крови.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медико-демографическое исследование Казахстана в 1995 году. – Алматы, 1996. 281 с.
2. Алексеев Н.А. Анемии. Москва, 2004. С 373.
3. Белошевский Е.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных. Воронеж, 2000. 121 с.
4. Макацария А.Д., Миценко А.Л., Алиев С.Н. Патогенез, принципы профилактики и терапии различных видов коагулопатии в акушерской практике. // Акушерство и гинекология. – 1990. № 6. С. 11–16.
5. Джаманбаева К.Б., Толмачев В.С., Назыров А.Т. Регуляция эритропоэза при анемии беременных // Материалы VI съезда акушеров-гинекологов Казахстана. – Алматы, 2000. С. 142.
6. Кожабекова Т.А. Иммунокоагуляционные, реологические нарушения при железодефицитной анемии беременных и их коррекция: Автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2001. 28 с.
7. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М., 2001. 167 с.

Резюме

Г.Т. Наурзбаева

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Изучение основных звеньев гемостаза у беременных ЖДА показало, что при ее легкой форме имеет место умеренно выраженная коагулопатия потребления. При среднетяжелой форме анемии на фоне выраженного повышения свертывания крови, сопровождающегося нарастающей интенсификацией внутрисосудистого тромбообразования наблюдается подавление фибринолитической активности крови.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 618

Г.К. АНЕСОВА

МИКРОБИОЦЕНОЗ МОЧЕВОГО И ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Илийская ЦРБ, Алматинская область

Инфекции мочевыводящих путей и вульвовагинальная инфекция остаются одними из наиболее распространенных заболеваний во время беременности и не имеют тенденции к снижению. Это связано с высокой частотой микст-инфекций, сложностями диагностики и отсутствием патогномичных клинических проявлений, и видовой состав, и спектр возбудителей генитальных инфекций чрезвычайно широк. В подавляющем большинстве случаев (60–70%) в качестве этиологического фактора воспалительных заболеваний женских половых органов выступают ассоциации возбудителей [1, 2]. В то же время смешанные инфекции представляют собой наибольший риск развития ассоциированных с ними осложнений. К ним относятся тяжелые воспалительные заболевания придатков матки, приводящие к развитию выраженного спаечного процесса и трубно-перитонеального бесплодия, послеродовые и послеоперационные осложнения в акушерстве и гинекологии [3, 4]. Установлено, что у женщин с обострением инфекционных заболеваний при беременности повышается частота развития гестозов на 55, 2% [5]. Многие аспекты взаимодействия мочевого и генитального трактов остаются нерешенными до настоящего времени и требуют всестороннего изучения.

Бессимптомные формы ИМП не представляют трудностей в диагностике и лечении, однако в программах дородового наблюдения беременных отсутствуют соответствующие директивы по выявлению бессимптомной бактериурии; низкая ее форма (102–104 КОЕ/мл мочи) остается неисследованной до настоящего времени.

Цель исследования. Определить особенности взаимодействия микробиоценозов мочевого и генитального трактов, выявить частоту и характер нарушения микробиоценоза влагалища среди беременных с бессимптомной инфекцией нижних мочевыводящих путей (бессимптомной бактериурией). Провести сравнительный анализ высокого (≥ 105 КОЕ/мл мочи) и низкого титра бессимптомной бактериурии (102–104 КОЕ/мл) в увеличении частоты осложнений со стороны матери, плода и новорожденного.

По результатам обследования 1081 пациентки бессимптомная бактериурия была выявлена у 120 беременных (11,1%). У данного контингента женщин производилось культуральное исследование мочи и влагалищного отделяемого. Контрольную группу составили 183 беременные с нормальным состоянием мочевыводящих путей и генитального тракта. Диагноз бессимптомной бактериурии ставился в случае обнаружения бактерий в двух последовательных порциях мочи, взятых с интервалом 24–72 часа в титре ≥ 105 КОЕ/мл – 93 пациентки, I группа (8,6% от всей бактериурии); отдельно рассматривался контингент женщин с концентрацией бактерий в моче 102–104 КОЕ/мл – II группа – «низкая» форма бактериурии, 27 женщин (2,5% от всей бактериурии). Контрольную группу составили 183 беременные с нормальным состоянием мочевыводящих путей и генитального тракта.

Результаты и их обсуждение. С наибольшей частотой в культуре мочи определялась *Escherichia coli* (55,9%). Остальные возбудители бессимптомной бактериурии были представлены: грамотрицательными бактериями семейства *Enterobacteriaceae* (12,5%); грамположительными стрепто-, стафилококками (26,6%); другими микроорганизмами, не вошедшими в первые две группы: *Pseudomonas spp.*, *Corynebacterium stratum*, *Candida spp.* и пр. (5,0%). В свою очередь семейство *Enterobacteriaceae* было представлено: *Klebsiella spp.* (4,2%), *Proteus spp.* (3,3%), *Enterobacter spp.* (5,0%). Частота обнаружения бессимптомной бактериурии изолированно от генитальной инфекции составила 69,2% (83 пациентки). В остальных случаях – 30,9% (37 пациенток) – наблюдалось сочетание бессимптомной бактериурии с различными формами нарушения микробиотоза влагалища и/или бессимптомным бактериальным носительством во влагалище.

Сочетание бессимптомной бактериурии и бессимптомного бактериального носительства во влагалище с определением идентичной флоры – *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, Коагулазонегативный стафилококк, *Streptococcus gr. viridans*, *Klebsiella spp.* – отмечалось у 23 пациенток (19,2%). Уровень ассоциации бессимптомной инфекции нижних мочевыводящих путей с нарушениями микробиотоза влагалища достиг 11,7% (14 из 120 пациенток), при этом доля кандидозного вульвовагинита составила 4,2% (5 пациенток), бактериального вагиноза – 5,8% (7 пациенток), сочетанной формы кандидозного вульвовагинита с бессимптомным бактериальным носительством во влагалище – 1,7% (2 пациентки). Ввиду высокого риска интранатального инфицирования плода и перинатальных потерь было определено нахождение *Streptococcus agalactiae* в культуре мочи, что составило 9,2%.

Причем у данного контингента женщин в культуре влагалищного отделяемого *Streptococcus agalactiae* определялся в 66,7% случаев.

Результаты и их обсуждение. При анализе возбудителей было отмечено, что в группе с «низкой» формой бактериурии достоверных различий в этиологической структуре по сравнению с выраженной не наблюдалось. С наибольшей частотой в культуре мочи в обеих группах определялась *Escherichia coli* (55,9%). Остальные возбудители бессимптомной бактериурии были представлены: грамотрицательными бактериями семейства *Enterobacteriaceae* (12,5%); грамположительными стрепто-, стафилококками (26,6%); другими микроорганизмами, не вошедшими в первые две группы: *Pseudomonas spp.*, *Corynebacterium stratum*, *Candida spp.* и пр. (5,0%). У пациенток I и II групп соответственно отмечено достоверное увеличение частоты таких осложнений беременности, как преждевременное излитие околоплодных вод 25,8% (24 пациентки) / 14,8% (4 пациентки) против 7,7% (14 пациенток) контрольной группы ($p < 0,01$); анемия у матери 55,9 % (52 пациентки) / 33,3% (9 пациенток) против 11,5% (21 пациентки)

контрольной группы ($p<0,01$); развитие острых воспалительных заболеваний органов мочевыделительной системы 20,4% (19 пациенток) / 11,1% (3 пациентки) против 0% контрольной группы ($p<0,01$); возрастание частоты морфофункциональной незрелости новорожденных: 21,1% (8 пациенток) / 14,8% (4 пациентки) против 6,6% (12 пациенток) контрольной группы ($p<0,05$); рождение детей с низкой оценкой по шкале Апгар – 7 баллов и ниже: 5,4% (5 пациенток) / 3,7% (1 пациентка) против 1,6% (3 пациенток) контрольной группы ($p<0,05$); рождение детей с уменьшением росто-весового показателя ниже 60: 12,9% (12 пациенток) / 14,8% (4 пациентки) против 4,4% (8 пациенток) контрольной группы ($p<0,01$).

Таким образом, у трети пациенток с бессимптомной инфекцией нижних мочевыводящих путей наблюдаются различные формы нарушения микробиоценоза влагалища. Наиболее часто (19,2%) отмечалось сочетание бессимптомной бактериурии и бессимптомного бактериального носительства во влагалище с определением идентичной флоры в уро- и генитальном тракте. Учитывая частое сочетание бессимптомной бактериурии с различными формами нарушения микробиоценоза влагалища, рекомендуется проведение перекрестного контроля состояния микробиоценоза влагалища при бессимптомной инфекции нижних мочевыводящих путей.

С целью профилактики осложненного течения и исхода беременности рекомендуется обследование беременных на бессимптомную бактериурию; «низкая» ее форма является столь же значимым проявлением ИМП, как и выраженная бактериурия и требует своевременного назначения адекватной антибиотикотерапии. При отсутствии лечения данная патология может привести к таким осложнениям исхода беременности, как рождение маловесных и морфофункционально незрелых детей с низкой оценкой по шкале Апгар. Течение беременности у пациенток с «низкой» бактериурией характеризуется рядом следующих осложнений: обострения пиелонефрита и цистита, преждевременное излитие околоплодных вод и развитием анемии у матери.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Буданов П.В., Баев О.Р., Пашков В.М. Нарушения микроценоза влагалища. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. № 4(2). С. 78–88.
2. Анкирская А.С. Бактериальный вагиноз. Акушерство и гинекология. 1995. № 6. С. 13.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В. Генитальные инфекции. М.: Династия, Москва, 2003. С. 140.
4. Barbone F.J., Austin H., Louv W.C., et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis. Amer J Obstet Gynec 1990; 163(2): 510–4.
5. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М., 2004. 494 с.

Резюме

Г.К. Анесова

МИКРОБИОЦЕНОЗ МОЧЕВОГО И ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

В данной работе приводятся результаты обследования пациенток с бессимптомной инфекцией нижних мочевыводящих путей с различными формами нарушения микробиоценоза влагалища. С целью профилактики осложненного течения и исхода беременности рекомендуется обследование беременных на бессимптомную бактериурию, своевременное назначение адекватной антибиотикотерапии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ОЗОНОТЕРАПИЕЙ, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Илийская ЦРБ, ВА «Коксай», Алматинская область

Под влиянием ОРВИ резко снижается сопротивляемость организма беременных, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем, что способствует активации латентных заболеваний, в том числе и герпетической инфекцией [1–4]. Герпетическая инфекция оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье как женщин, так и мужчин. При беременности герпесвирусы вызывают серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности [5]. Включение медицинского озона в комплексное лечение указанных инфекций оказывает мощное детоксическое, анальгетическое и седативное действие, что позволяет значительно сократить использование соответствующих лекарственных препаратов [6]. Снижение процента рецидивов после применения озона в качестве компонента патогенетической терапии свидетельствует в пользу оптимизации отдаленных результатов [7].

Целью исследования явилась оптимизация подготовки женщин с генитальным герпесом для снижения частоты осложнений беременности, родов, перинатальной заболеваемости.

В соответствии с целями исследования был проведен анализ исходного фона, течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плодов и новорожденных у 141 женщины с генитальным герпесом (типичная и атипичная формы) средней и тяжелой степени и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (невынашивание беременности, репродуктивные потери, внутриутробная инфекция и т. д.). Отбор пациенток в группы обследования проводился с соблюдением принципов рандомизации.

На первом этапе исследования под наблюдение были взяты 99 женщин с генитальным герпесом до наступления настоящей беременности. Для оценки эффективности включения медицинского озона в комплекс традиционных методов лечения и возможности в дальнейшем дифференцированного подхода к их назначению, наблюдаемые женщины методом подбора пар были разделены на две группы. Группу 1 (основную группу) составили 47 пациенток, прошедших подготовку к беременности с применением (помимо общепринятых методов терапии) медицинского озона. Группу 2 (группу сравнения) – 52 женщины, получившие только традиционную терапию. Логическим завершением данного этапа исследования было создание алгоритма ведения женщин с хронической рецидивирующей герпетической инфекцией с применением медицинского озона на догестационном этапе.

Было выявлено, что у всех наблюдаемых женщин имели место изменения гомеостаза организма, связанные с длительной рецидивирующей персистенцией инфекта, такие как: субкомпенсация системы гемостаза с выявлением признаков ДВС-синдрома; изменения в детоксикационной функции организма с повышением уровня печеночных ферментов, мочевины, креатинина и показателей эндогенной интоксикации (средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот); дисбаланс иммунного и интерферонового статуса; нарушения микроэкологии влагалища.

При анализе заболеваний, перенесенных пациентками во время данной беременности, обращало на себя внимание, что частота герпетической (19,1%, 36,5% и 57,1% по группам соответственно), цитомегаловирусной (12,8%, 13,5% и 19,0%) инфекций, а также вагинального кандидоза (25,5%, 23,1% и 35,7%) и бактериального вагиноза (17,0%, 9,6% и 21,4%) была достоверно выше у пациенток группы 3. Во всех трех группах беременные часто болели ОРВИ (17,0%, 17,3%, 21,4% по группам соответственно). У значительного числа переболевших женщин отмечалось одновременное обострение генитального либо экстрагенитального герпеса, что, по данным литературы, часто сопровождается респираторными инфекциями. Необходимо отметить, что 80,9% пациенток группы 3 (по сравнению: группа 1–46,8%, группа 2–55,8%) имели одновременное сочетание нескольких инфекционных факторов (ВПГ с ЦМВ, дисбактериозом влагалища, ОРВИ и т. д.), что, безусловно, отягощало течение беременности и ухудшало перинатальные исходы.

Для определения тяжести течения инфекционного процесса был проведен анализ частоты и длительности рецидивов заболевания. Было выявлено, что у основной массы пациенток группы 1 (более 90%) обострение инфекции наблюдалось не более 2-х раз, в то время как в группе 3 более чем в 80% случаев активация инфекции имела место более 2-х раз, а практически у каждой 5-й (21,4%) – 3 раза. Продолжительность рецидивов была достоверно выше в группе 3, а общее их число у пациенток групп 2 и 3 (91 и 92 случая) в 1,3 раза превысило этот показатель в группе 1 (73 рецидива), что явилось несомненным доказательством позитивной роли проведенной этим женщинам эфферентной терапии. Этот эффект продолжался в течение нескольких месяцев после экстракорпоральной разгрузки, в связи с чем уменьшалась частота рецидивов инфекции и снижалась интенсивность ее проявления, что нашло свое отражение и в проведенной нами работе.

Наибольшая частота обострений герпетической инфекции в группах 2 и 3 отмечалась в I (48,3 и 51,1% по группам соответственно) и III (30,8% и 34,8%) триместрах беременности, а в группе 1 – во II (60,3%) триместре.

На основании проведенного анализа установлено, что проведение предгравидарной подготовки с применением медицинского озона приводит к достоверному снижению: в среднем в 1,5 раза угрозы прерывания на всем протяжении гестационного периода, гестоза, нарушений в системе гемостаза и биохимических параметров крови; на 16% плацентарной недостаточности; частоты обострения герпетической инфекции, уменьшению тяжести и длительности рецидивов почти в 3 раза; а также преждевременных родов на 18%; экстренного абдоминального родоразрешения, гнойно-воспалительных заболеваний пуэрперия в среднем в 1,5 раза.

Проведение полноценного курса предгравидарной подготовки позволило оптимизировать перинатальные исходы, достоверно снизив частоту: рождения новорожденных с низкими массо-ростовыми показателями и недоношенных детей; асфиксии различной степени тяжести; внутриутробной гипотрофии, а также исключить выраженные ее формы в среднем в 2 раза; дисадаптационных состояний в раннем неонатальном периоде; тяжелых форм внутриутробной инфекции (пневмонии, генерализованных ее форм) и длительность их проявлений более чем в 1,5 раза.

Важно отметить, что необходимость проведения коррекции изменений гомеостаза организма и осложнений в течении беременности возникало достоверно реже у женщин, прошедших полноценный курс предгравидарной подготовки с учетом разработанного алгоритма ведения. Из представленных данных видно, что достигнутый эффект был по ряду показателей достоверно выше у женщин группы 1, прошедших предгравидарную подготовку с применением медицинского озона.

Разработанный алгоритм комплексного обследования и тактика догестационной подготовки женщин с генитальным герпесом с включением в традиционную терапию эфферентных методов и медицинского озона приводят к снижению частоты осложненного течения беременности, а также улучшают акушерские и перинатальные исходы. Коррекция выявленных изменений на этапе подготовки и планирования беременности позволяет снизить необходимость лечебных манипуляций и медикаментозной нагрузки.

Таким образом, проведенное исследование позволило, научно обосновать и дать практические рекомендации по применению медицинского озона в комплексе догестационной подготовки женщин с генитальным герпесом, что дает возможность уже на данном этапе начинать профилактику акушерских и перинатальных осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. Руководство для врачей М.; 2004. 494 с.
2. Тютюнник В.Л. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией. // Акушерство и гинекология. 2004. № 4. С. 33–37.
3. Del Valle-Padilla M.A., Ducoing-Diaz R., Campos-Gonzalez R. // Ozone in medicine. // Gynec. Obstet. Mex. 1997. Vol. 65, № 1. P. 33–38.
4. Kimberlin D.W., Rouse D.J. Clinical practice. Genital herpes. // N. Engl. J. Med. 2004. Vol. 350, № 19. P. 1970–1977.
5. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Генитальный герпес и беременность. // Гинекология. 2002. Т. 4. № 1. С. 4–6.
6. Полетаев А.В., Будыкина Т.С., Морозов С.Г. и др. Инфекция матери как причина патологии плода и новорожденного. // Аллергология и иммунология. 2001. Т. 2. № 2. С. 110–116.
7. Цинзерлинг А.В., Мельникова В.Ф. Перинатальная инфекция: практическое руководство. // Практич. рук-во. СПб.: Эпби СПб. 2002. С. 352.

Резюме

Ю.К. Гребенищикова Г.К. Анесова

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ОЗОНОТЕРАПИЕЙ ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Проведенное исследование позволило, научно обосновать и дать практические рекомендации по применению медицинского озона в комплексе догестационной подготовки женщин с генитальным герпесом, что дает возможность уже на данном этапе начинать профилактику акушерских и перинатальных осложнений.

В.Е. ШАТОХИНА

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ
СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ**

Лечебно-диагностический центр, г. Экибастуз

Одним из основных направлений реформирования организационной структуры акушерско-гинекологической службы является развитие и совершенствование работы амбулаторно-поликлинического звена. В настоящее время общепризнанным прогрессивным методом организации работы, способствующим повышению уровня амбулаторно-поликлинической помощи беременным, является организация стационарзамещающих форм оказания специализированной помощи.

В работе уже достаточен практический опыт наблюдения, лечения и реабилитации беременных в женских консультациях поликлиник, имеющих замещающие технологии дневного стационара. Целью нашего исследования было изучение организационной структуры дневных стационаров акушерско-гинекологического профиля, анализ основных показателей работы, выявление критериев эффективной госпитализации беременных в дневные стационары женских консультаций.

Для анализа работы дневного стационара необходима оценка медицинской, социальной и экономической эффективности. Медицинский эффект определяется конечными результатами лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, выполненных в условиях дневного стационара поликлиники, и включает: исходы заболевания, сокращение сроков пребывания пациентов на лечении; снижение частоты рецидивов. Важнейшими критериями социального эффекта работы дневного стационара поликлиники являются: уменьшение психологического травмирования как беременной, так и членов ее семьи, возможность пребывания беременной женщины в период лечения в кругу семьи и посильное выполнение ею своих прежних обязанностей (уход за детьми и т. д.) Экономическая эффективность деятельности дневного стационара поликлиники прямо пропорционально связана с его мощностью, удельным весом находящихся на лечении работающих женщин, а также числом дней работы дневного стационара в течение недели.

Женская консультация находится в структуре городской поликлиники № 2, в которой в последние годы накоплен определенный опыт лечения больных и беременных в дневном стационаре. С начала этого года количество коек увеличено с 20 до 40, причем 10 коек рассчитаны на лечение беременных женщин. Больные в дневной стационар отбираются согласно приказу Минздрава РК № 527 от 14.10.2009 г. «Перечень болезней, подлежащих стационарному и стационарзамещающему лечению» в соответствии с международной статистической классификацией болезней (МКБ-10). Важным моментом является то, что врач имеет возможность непрерывного наблюдения за состоянием беременных, проходящих лечение, в поликлинике имеются все узкие специалисты для своевременного консультирования. Нужно отметить достаточное медикаментозное обеспечение дневного стационара для оказания эффективного лечения и методика менее затратная в сравнении с круглосуточным пребыванием в стационаре.

Ежедневно в дневном стационаре проходят лечение до 10 беременных. За 2010 год в дневном стационаре городской поликлиники № 2 пролечено 230 беременных и 19 женщин гинекологического профиля. Средняя продолжительность пребывания в дневном стационаре составила 7,7 койко-дней.

Анализ структуры показаний к госпитализации в дневной стационар женской консультации пациенток с осложнениями гестационного периода показал, что 23% беременных в дневном стационаре получали лечение по поводу гестоза (вызванные беременностью отеки), 37% в связи с диагнозом фетоплацентарная недостаточность, угрожающий выкидыш (в сроке беременности до 22 недель) – 48%, ложные схватки в сроке до 37 недель беременности (при закрытых родовых путях) – у 25,5% беременных, токсикоз I половины беременности зарегистрирован в 6% наблюдений. Причем у 47,6% беременных, проходивших лечение в дневном стационаре, отмечалась сочетанная патология (ПН и гестоз, ПН и угроза прерывания беременности).

Ретроспективно изучена эффективность лечения в условиях ДС ЖК (потребности госпитализации в родовое отделение родильного дома). Неэффективность лечения в ДС выявлена у 8 беременных, то есть у 3,4% женщин, когда потребовалась госпитализация в ОПБ родильного дома. Анализ этих случаев позволяет оптимизировать отбор беременных с осложнениями гестационного периода для лечения в дневном стационаре. По результатам лечения с улучшением из дневного стационара выписаны 96,7% пациенток, что является хорошим показателем эффективности лечения.

Экономическая эффективность лечения в условиях дневного стационара определяется путем анализа затрат на оказание медицинской помощи по статьям сметы, средней стоимости койко-дня и длительности лечения больных. Оценивались прямые материальные затраты, хозяйственные расходы, затраты на оплату труда и начисления на заработную плату с последующим расчетом стоимости оказания медицинской услуги. Основными источниками финансирования как дневного, так и круглосуточного стационара являлись доходы, получаемые из республиканского бюджета. А распределение расходов в круглосуточном и дневном стационарах существенно различается, особенно по статьям «заработная плата» и «питание». В дневном стационаре затраты по статье «заработная плата» оказались ниже в 4,2 раза, что связано с сокращением времени работы медицинского персонала по сравнению с круглосуточным стационаром (за счет исключения дежурств в ночное время).

Для определения социальной эффективности лечения, с целью оценки самими пациентами динамики самочувствия и удовлетворенности организацией лечения в дневном стационаре был использован специально разработанный вопросник, состоящий из 26 вопросов и позволяющий оценить работу врачей, младшего и среднего медицинского персонала, а также удовлетворенность лекарственным обеспечением, диагностическим обследованием, режимом и распорядком работы дневного стационара. Было установлено, что организацией лечения в стационарзамещающих условиях удовлетворено подавляющее большинство больных – 98,7%. По мнению опрошенных, медицинский персонал был внимателен при обследовании и лечении; отмечено, что беременные осматривались врачом ежедневно. В рабочие дни все пациенты получали лечебные процедуры каждый день, регулярно принимали лекарственные препараты в выходные дни 90,2% опрошенных. Пациенты были удовлетворены лекарственным обеспечением. Особенно отмечалось беременными, что они при лечении не были оторваны от семьи, от привычного образа жизни, что способствовало определенному психо-эмоциональному равновесию, положительному восприятию лечебных мероприятий. Таким образом, при лечении больных в

условиях дневного стационара, помимо медицинского и экономического, получен положительный социальный эффект.

По результатам наблюдения и анализа работы дневного стационара поликлиники можно сделать вывод об эффективности лечения беременных и гинекологических больных в стационарзамещающих условиях, что позволяет более рационально использовать дорогостоящий специализированный коечный фонд. Организация лечения во внебольничных условиях является клинически и экономически обоснованной. В этой связи представляются перспективными разработка показаний для лечения беременных женщин в дневных стационарах при дифференцированном отборе показаний для госпитализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Исмаилов М.Ф., Назипова А.Я.* Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи больным в условиях реформирования системы. // *Здравоохранение. Неврологический вестник.* – 2009. № 4. С. 61–67.
2. *Черниченко Е.И., Волнухин А. В., Дробязко Н.А.* Анализ эффективности стационарзамещающих технологий на примере многопрофильной поликлиники с отделением общей врачебной практики. // *Экономика здравоохранения.* – 2008. № 1. С. 36–40.
3. *Голод М.С., Тарасов О.И.* Мнение пациентов об использовании стационарзамещающих технологий. // *Проблемы социальной гигиены и история медицины.* – 2005. № 4. С. 32–34.
4. *Орел В.И., Аксем С.М., Гайдуков С.Н.* Современные тенденции развития стационарзамещающей помощи беременным. // *Амбулаторная хирургия.* – 2004. № 3. С. 5–7.

Резюме

В.Е. Шатохина

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ.

В работе представлены тенденции развития стационарзамещающей помощи беременным в условиях дневного стационара поликлиники, отражена структура заболеваемости беременных в дневном стационаре, отмечена клиническая, экономическая и социальная эффективность данного вида лечения беременных.

УДК: 618.146

Г.Д. ТУРМАГАМБЕТОВА

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА БЕРЕМЕННЫХ

Городская поликлиника № 5, г. Алматы

Урогенитальные инфекции являются частой причиной осложненного течения беременности, родов, послеродового периода. Особую тревогу вызывает риск ante- и интранатального инфицирования плода. Кандидозный вульвовагинит беременных является особой формой микотического процесса, частота которого достигает 30–35%. Колонизация *Candida spp.* и клинические проявления заболевания чаще возникают во II и III триместрах беременности. В связи с тем, что значение грибов как возбудителей инфекционных заболеваний постоянно возрастает, постоянно ведется поиск современных методов лечения и медикаментов. Многие акушеры-гинекологи отдают предпочтение препаратам локального действия, так как высокая эффективность малых доз препарата исключает системное воздействие на весь организм, снижается риск побочных воздействий. Залаин является препаратом местного действия. Основой этого препарата является сертаконазола нитрат (производное имидазола и бензотиофена), который оказывает фунгистатическое и фунгицидное действие. Механизм действия заключается в угнетении синтеза эргостерола и увеличении проницаемости клеточной мембраны, что приводит к лизису клетки гриба. Активен в отношении *Candida spp.* (в т. ч. *Candida albicans*, *Candida tropicalis*), *Pytirosporum orbiculare*, *Trychophyton*, *Microsporum*. Активен также в отношении грамположительных бактерий (*Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*).

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности препарата залаин при кандидозе беременных.

Материал и методы исследования. Исследования проводились с мая по октябрь 2010 г на базе женской консультации № 5 г. Алматы. В исследование были включены 70 пациенток во II и III триместрах беременности. В данное исследование не входили пациентки с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, бактериальным вагинозом, инфекциями, передаваемыми половым путем. Возрастной состав пациенток был от 20–38 лет, в среднем составил $28 \pm 1,5$ лет. У всех пациенток кандидозный вульвовагинит был диагностирован во время беременности. Все пациентки были разделены на 2 группы. Основные жалобы пациенток (обильные выделения, жжение и зуд во влагалище) и клинические симптомы ВVK (гиперемия, отечность слизистой оболочки, наличие характерных белей) оценивались по 3-балльной шкале: 0 баллов – отсутствие симптомов, 1 балл – легкая степень их выраженности, 2 балла – умеренные проявления и 3 балла – тяжелая степень заболевания. Присутствие дрожжеподобных грибов оценивалось полуколичественно: 0 баллов – отрицательное (отсутствие колоний), 1 балл – незначительное (<10 колоний), 2 балла – умеренное (11–100 колоний) и 3 балла – выраженное (>100 колоний). В анамнезе обеих групп пациенток имелись указания на соматическую хроническую инфекцию, заболевания урогенитального тракта, нарушения менструальной функции и у $1/3$ пациенток имелись указания на невынашивание беременности, многоводие, плацентарную не-

достаточность, преждевременные роды, гнойно-септические осложнения в родах и послеродовом периоде. Основную группу составили 35 пациенток, которым назначались вагинальные свечи залаин однократно, затем в течение 5 дней применялся крем залаин 2%-ный наружно. 2 группа пациенток получала вагинальные свечи пимафуцин (действующая основа натамицин) – по 1 свече 1 раз в день в течении 9 дней. Всем женщинам рекомендовалось воздержаться от сексуальной близости до первого контрольного визита. Обследование пациенток проводили до начала лечения. Клинический мониторинг беременных осуществлялся через неделю от момента начала лечения, через 4 недели после его завершения и через 2 месяца после родов. При каждом визите больной проводилось анкетирование с целью выявления возможных нежелательных эффектов. Информированное письменное согласие пациенток на участие в исследовании было обязательным. При повторном визите, через 1 неделю после лечения все пациентки основной группы отмечали положительную динамику. При влагалищном исследовании у 3 пациенток гиперемия слизистой шейки матки и влагалища была слабовыраженной, без признаков отека. Через 4 недели после терапии у 28 пациенток влагалищный мазок нормализовался и соответствовал первой степени чистоты: грибы рода *Candida* не определялись, лейкоциты были единичными в поле зрения. У 4 женщин при микроскопии мазков обнаружен мицелий гриба в незначительном количестве. В первой группе во всех случаях беременности завершились срочными родами, при рождении все новорожденные имели оценку по шкале Апгар 8–9 баллов и в процессе наблюдения все новорожденные были осмотрены неонатологом, патологии как в момент рождения, так и при выписке из родильного дома не отмечено. У пациенток второй группы после окончания лечения через 1 неделю при микроскопии и посеве влагалищного содержимого грибы рода *Candida* не определялись, количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения. Клинические проявления кандидозного вульвовагинита сохранялись у 4 женщин, наличие его было подтверждено результатами лабораторных исследований. У 10 пациенток было рецидивирование кандидоза. При микроскопии влагалищного секрета были обнаружены грибы рода *Candida*. Этим пациенткам был проведен второй девятидневный курс лечения пимафуцином. После окончания второго курса лечения у всех женщин результаты исследования были отрицательными. Через 2 месяца после лечения у 10 пациенток вновь появились творожистые выделения из половых путей и при микроскопическом исследовании диагноз кандидозного кольпита был подтвержден. Что было расценено как рецидивирование патологического процесса. При анализе течения родов и послеродового периода во второй группе отмечено, что все новорожденные при рождении были оценены по шкале Апгар на 8–9 баллов и были выписаны на 5 сутки из родильного дома. В 2 случаях выписки новорожденных была задержана до 10 суток по состоянию новорожденных. Через 6 месяцев двое детей группы сравнения были госпитализированы в стационар по поводу острой пневмонии. Обе группы пациенток обследованы через 2 месяца после родов. В процессе динамического обследования при бактериоскопии мазков выявлена 1 степень чистоты влагалища у 68% женщин, 18% пациенткам введены внутриматочные контрацептивы, через 10 дней после введения ВМС при бактериоскопии влагалищного секрета патологии не обнаружено. Выводы: рецидивы кандидозного вульвовагинита у пациенток, получавших залаин, наблюдались реже, чем в группе сравнения. Своевременное лечение позволяет избежать раннего развития заболеваний верхних дыхательных путей у новорожденных. Отсутствие рецидивов заболевания позволяет через 2 месяца использовать инвазивные методы контрацепции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доцанова А.М., Сейталиева А.Е. Вульвовагиниты и вагинозы. Диагностика и терапия. // Акушерство, гинекология и перинатология. 2007. № 1. С. 60–62.
2. Каюпова Л.С., Пак В.И., Еспаева Р.Н., Пак С.В. Состояние микробиоценоза влагалища женщин репродуктивного возраста. // Акушерство, гинекология и перинатология. 2006. № 1. С. 50–53.
3. Луцевич К.А., Решетько О.В., Рогожина И.Е., Луцевич Н.Ф. Клиническая эффективность сертаконазола (залаина) при местном лечении вульвовагинального кандидоза во время беременности. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008, № 3. С. 77–80.
4. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М., ООО «Биномпресс», 2004. 440 с.
5. Кубась В.Г., Чайка Н.А. Кандидоз. СПб., 1994. 40 с.
6. Лебедева Т.Н. Иммуитет при кандидозе (обзор) //Проблемы медицинской микологии. 2004. Т. 6. № 4. С. 8–16.
7. Edwards I.E., Bodey G.P., Bouden R.A. International Conference for the development of a Consensus on the Management and prevention of severe Candidal infections. // Clin. Inf. Dis. 1997. Vol. 25. P. 43–59.

Резюме

Г.Д. Турмагамбетова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА БЕРЕМЕННЫХ

Рецидивы кандидозного вульвовагинита у пациенток, получавших залаин наблюдались реже, чем в группе сравнения. Своевременное лечение позволяет избежать раннего развития заболеваний верхних дыхательных путей у новорожденных. Отсутствие рецидивов заболевания позволяет через 2 месяца использовать инвазивные методы контрацепции.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 618.3

К.А. МУСАНОВА

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

ГККП родильный дом № 5, г. Алматы

С каждым годом растет заболеваемость женщин в период беременности различными вирусными инфекциями: генитальный герпес, ЦМВ-инфекции, гепатит В, гепатит С, ВИЧ-инфекция, ветряная оспа, краснуха, полиомиелит, корь, паротит, грипп и т. д. Данные заболевания зачастую при их острой форме, могут приводить как к потере беременности, так и к рождению детей с различными нарушениями в развитии. Хроническое латентное течение часто прогрессирует на фоне снижения иммунитета беременной, причинно-следственное значение которого заключается в способности вирусов поражать ткани плаценты с развитием эндотелиопатий и нарушением местного иммунного ответа. Последствия вирусных инфекции у беременных могут вызывать патоморфологические изменения, имеющие различную степень выраженности и носят локальный или генерализованный характер. Важно помнить, что активность процессов распространения вируса, выраженность воспалительных изменений зависят от функционального состояния иммунной системы человека.

В период беременности происходит физиологическая перестройка иммунитета – снижение функций клеточного звена и постепенное нарастание активности гуморального. Физиологическая перестройка иммунитета в период беременности может способствовать более интенсивной репликации вирусов при первичной или при реактивации хронической вирусной инфекции. В зависимости от сроков гестации, на которых произошло инфицирование вирусом, различают бластопатии, эмбриопатии и фетопатии. Следует отметить, что тератогенный эффект у различных вирусов выражен в различной степени.

При установлении диагноза острой вирусной инфекции тактика ведения больной будет зависеть от вида инфекции, срока беременности, других сопутствующих вирусных инфекций, течения беременности и состояния беременной.

В некоторых случаях для подтверждения инфицирования плода рекомендуется проведение амниоцентеза. Также инфицирование плода может быть подтверждено с помощью обнаружения специфических IgM при проведении кордоцентеза. Проведение кордоцентеза возможно лишь после 22 нед. гестации и показано в основном при подозрении на внутриутробную краснуху через 6 нед. после сероконверсии у матери. Специфичность этого исследования при краснухе составляет 100%, при других вирусных инфекциях значимость его не столь высока и специфичность составляет около 50–60%.

Ведение беременных с вирусной инфекцией в I триместре:

- Обследование на ВИЧ, HBsAg, HCV, IgM и IgG к ВПГ, IgM и IgG к ЦМВ, IgG к вирусу краснухи.

- Обследование партнера на ВИЧ, HBsAg, HCV, IgM и IgG к ВПГ, IgM и IgG к ЦМВ с целью определения дискордантных пар.

- При HBsAg-носительстве, HCV-носительстве рекомендовано проведение анализов на все маркеры вирусных гепатитов, а также и печеночных проб.

- При развитии острой инфекции или активации хронической латентной инфекции с выраженным приростом титра антител (более чем в 3–4 раза) показано введение препаратов иммуноглобулина: поливалентного иммуноглобулина для внутривенного введения или специфических (цитотект, варитект, антикраснушный, противокоревой, антигриппозный, иммуноглобулины, гепатект и т. д.).

- При заболевании краснухой рекомендовано прерывание беременности.

Ведение беременных с вирусной инфекцией во II триместре:

- Обследование на ВИЧ, HBsAg, HCV, IgM и IgG к ВПГ, IgM и IgG к ЦМВ, IgG к вирусу краснухи.

- При HBsAg-носительстве, HCV-носительстве рекомендовано проведение анализов на все маркеры вирусных гепатитов и исследование печеночных проб.

- При острой ВПГ-инфекции, ЦМВ-инфекции, VVZ-инфекции возможно применение ацикловира.

- При подозрении на внутриутробное инфицирование при ЦМВ-инфекции, WZ-инфекции, парвовирусной инфекции рекомендован амниоцентез и кордоцентез для подтверждения инфицирования плода.

- При внутриутробном инфицировании парвовирусной инфекцией и развитии гемолитической болезни плода показана внутриутробная трансфузия.

- При выявлении пороков развития плода должно быть предложено прерывание беременности.

- При заболевании краснухой до 16 нед. может быть предложено прерывание беременности.

– В 14–16 нед. следует провести курс профилактики развития фетоплацентарной недостаточности (антиагреганты – трентал, курантил; актовегин, витамины, эссенциале, Магне В6).

Общие принципы ведения родов у пациенток с вирусными инфекциями:

– При генитальном герпесе, ЦМВ-инфекции, гепатите В, гепатите С, ВИЧ-инфекции следует по возможности предотвратить проведение любых акушерских операций, травмирующих кожу плода.

– При генитальном герпесе, ЦМВ-инфекции, гепатите В, гепатите С, ВИЧ-инфекции по возможности необходимо уменьшить продолжительность безводного промежутка менее 6 ч.

Сложность ведения беременных пациенток с вирусными заболеваниями заключается в невозможности их этиотропного лечения. Большинство противовирусных препаратов и иммуномодуляторов противопоказаны во время беременности.

Кесарево сечение показано при генитальном герпесе (в случае первичного инфицирования на последнем месяце беременности, высыпаний генитального герпеса или выделения ВПГ из канала шейки матки накануне родов и резистентности к ацикловиру), при ВИЧ-инфекции (в случае, если женщина не принимала зидовудин во время беременности).

Вирусные инфекции у беременных – профилактика:

– Необходимо проводить профилактику кровотечения при развитии ДВС-синдрома (особенно в случае гепатита В и гепатита С).

– Исследование пуповинной крови плода показано:

а) при генитальном герпесе на IgM и IgG к ВПГ и антиген ВПГ;

б) при ЦМВ-инфекции на IgM и IgG к ЦМВ и антиген ЦМВ также исследуются слюна и моча новорожденного на антиген ЦМВ;

б) при развитии ветряной оспы в последнюю неделю перед родами – на IgM и IgG к WZ и антиген WZ;

г) при гепатите В на маркеры HBV;

д) при гепатите С на маркеры HCV;

е) при ВИЧ-инфекции на маркеры ВИЧ.

Общие принципы ведения послеродового периода у пациенток с различными вирусными инфекциями:

– Рассмотреть необходимость назначения антибиотиков широкого спектра действия в профилактических дозах в течение 3–7 дней с целью профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

– Новорожденным от матерей с гепатитом В сразу после родов вводится гепатект и проводится вакцинация против гепатита В в первые 12 ч. жизни.

– Новорожденным от матерей, заболевших ветряной оспой в последние 10 дней перед родами, вводится варицеллон внутримышечно или варитект внутривенно, ребенок изолируется на период карантина.

– Новорожденным от матерей, заболевших корью перед родами, вводится противокоревой иммуноглобулин, ребенок изолируется от матери на период карантина.

– Запретить грудное вскармливание матерям с ВИЧ-инфекцией в случае, если ребенок интактен, с гепатитом В в случае, если ребенок не привит.

Показания к прерыванию беременности при вирусном инфицировании:

– Абсолютные показания к прерыванию беременности при вирусных инфекциях.

а) краснуха до 16 нед. беременности;

- б) развитие у беременной тяжелых форм хронического активного гепатита или цирроза печени при гепатитах В и С;
 - с) наличие тяжелых отечных форм гемолитической болезни плода при парвовирусной В19-инфекции;
 - д) возникновение у беременной тяжелых форм WZ-пневмонии.
- Относительные показания к прерыванию беременности при вирусных инфекциях:
- а) первичный генитальный герпес на ранних сроках беременности;
 - б) первичная ЦМВ-инфекция на ранних сроках беременности;
 - с) ВИЧ-инфекция;
 - д) ветряная оспа в первые 20 нед. беременности.

Для профилактики вирусных инфекций во время беременности в зависимости от наличия факторов риска у женщин возможно использование вакцинации. При случайной вакцинации на ранних сроках беременности живыми аттенуированными вакцинами это не является показанием для ее прерывания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кулаков В.И. Иммуитет и генитальный герпес. // Н. Новгород М. 1997. 221 с.
2. Некрасова Е.С. Внедрение алгоритма комбинированного скрининга хромосомной патологии плода в I триместре беременности. Опыт работы за 4 года / Е.С. Некрасова, Ю. А. Николаева, Т. К. Кашеева и др. // Акушерства и женских болезней. 2007. Т. 56. № 1. С. 28–33.
3. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Айламазян Э.К. и др. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. М.: МедпрессИнформ, 2006. – 256 с.
4. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. – М.: ЭликсКом, 2004. – 80 с.

Резюме

К.А. Мусанова

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

В настоящее время профилактике вирусных инфекций во время беременности уделяется большое внимание в связи с высоким ростом данной патологии, приводящее к росту внутриутробной инфекции у плода. Необходимо проведение профилактических мероприятий в зависимости от наличия факторов риска не только у беременных, но и у женщин, планирующих беременность.

УДК 618-08

М.М. ГЕРИЕВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА, КАРТИЗОЛА И ЛИПИДОВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Традиционно практикующие врачи ранее знали метаболический синдром (МС) у женщин репродуктивного возраста как нейрообменно-эндокринный синдром, протекающий по типу легкой формы болезни Кушинга [1]. У женщин репродуктивного возраста МС является одной из наиболее частых причин синдрома поликистозных яичников ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности [2]. Комплексный подход к обследованию пациенток с МС может обеспечить оптимальный выбор для дальнейшего лечения гинекологической патологии.

Обследование у женщин уровня прогестерона, кортизола и липидов позволяет в дальнейшем провести коррекцию и лечение гинекологических заболеваний, что гарантированно улучшает прогноз при патологиях, сопровождающихся метаболическим синдромом (бесплодие, поликистоз яичников, эндометриоз, миома матки). Такой подход открывает новые возможности в диагностике и терапии таких заболеваний, как поликистоз яичников, бесплодие, миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы в эндометрии.

Цель – определение прогестерона, кортизола и липидов у гинекологических больных при метаболическом синдроме для определения тактики лечения.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациенток, получавших лечение в гинекологическом отделении. Средний возраст пациенток составил $38,9 \pm 2,4$ лет. Из них бесплодие отмечалось у 6 пациенток, миома матки – у 7, эндометриоз – у 4, гиперпластические процессы в эндометрии – у 8.

У всех пациенток наряду с общеклиническими методами обследования определены: уровни прогестерона, кортизола, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности (ЛПВП).

Результаты. Определение гормонов крови и уровни липидов осуществлялись в I фазу менструального цикла (табл. 1).

Таблица 1

Показатели гормонов крови и липидов

	Показатель	Норма
Прогестерон	$0,5 \pm 0,13$ ng/ml ↓	фоллик. фаза $0,2 - 1,5$ ng/ml
Кортизол	$586 \pm 45,8$ ng/ml ↑	8 ч – $171 - 536$ nmol/l 14 ч – $64 - 327$ nmol/l
Триглицериды	$2,4 \pm 0,8$ mmol/l ↑	$0,4 - 1,8$ mmol/l
Холестерин – ЛПВП	$1,22 \pm 0,5$ mmol/l	$> 1,45$ mmol/l
Холестерин – ЛПНП	$4,1 \pm 1,4$ mmol/l ↑	$2,6 - 3,2$ mmol/l

Показатель уровня прогестерона у 17 пациенток был снижен – $0,5 \pm 0,13$ ng/ml, при этом у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в анамнезе отмечалась недостаточность лютеиновой фазы с явлениями олигоаменореи и хронической ановуляции, что явилось причиной дисфункциональных маточных кровотечений.

Липидный спектр характеризовался повышением в крови уровня ЛПНП ($4,1 \pm 1,4$ mmol/l) и триглицеридов ($2,4 \pm 0,84$ mmol/l), снижением концентраций ЛПВП ($1,22 \pm 0,5$ mmol/l). Повышение уровня кортизола связано с сопутствующей гиперандрогенией средний уровень которой составил $586 \pm 45,8$ nmol/l.

Заключение. Таким образом, при гинекологических заболеваниях уровни прогестерона, кортизола, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП имеют существенные отклонения от нормативных показателей. Лечение гинекологических заболеваний с коррекцией метаболических нарушений позволит эффективно восстановить репродуктивное здоровье.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Манухин И.Б., Тумлович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. // Рук. для врачей. М. 2006. 316 с.
2. Alexandersen P., Karsdal M.A., Christiansen C. Long-term prevention wi hormone-replacement erapy after e menopause: which women should be targeted // Womens Heal. 2009. V. 5. № 6. P. 637–47.

Резюме

М.М. Гериева

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА, КАРТИЗОЛА И ЛИПИДОВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

В статье показаны результаты определения прогестерона, кортизола и липидов у гинекологических больных при метаболическом синдроме для определения тактики лечения. У всех пациенток наряду с общеклиническими методами обследования определены: уровни прогестерона, кортизола, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности (ЛНПН), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Лечение гинекологических заболеваний с коррекцией метаболических нарушений позволит эффективно восстановить репродуктивное здоровье.

Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)

УДК 616-053.2

С.А. АБДЫКЕРИМОВ, Г.В. БЕЛОВ

НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Бишкек,
кафедра патологической морфологии Кыргызско-Российского Славянского Университета,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Постгеморрагическая гидроцефалия является наиболее грозным осложнением массивных внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных новорожденных детей в постнатальном периоде и протекает тяжело. Отмечается развитием тяжелых неврологических нарушений и высокой летальностью [2, 5, 6].

Ведущим фактором, определяющим возникновение гипоксически-геморрагического поражения центральной нервной системы, а впоследствии и риска развития постгеморрагической гидроцефалии является перинатальная гипоксия, приводящая к нарушению мозгового кровотока вследствие срыва незрелых механизмов адаптации

и ауторегуляции гемодинамики мозга недоношенного ребенка. Данные литературы, посвященные исследованиям венозного кровотока при постгеморрагической гидроцефалии противоречивы, так как приводятся различные абсолютные значения нарушений кровообращения при этой патологии [1, 3, 4].

Целью настоящей работы являлось изучение изменений мозгового кровотока у недоношенных детей при постгеморрагической гидроцефалии для определения их прогностической значимости.

Материал и методы исследования.

Работа основана на результатах проспективного исследования 35 новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями II–III степени, осложненными развитием постгеморрагической гидроцефалии (ПГГ), находившихся на лечении в отделении реанимации и нейрохирургии ГДКБ СМП г. Бишкек в период 2002–2008 гг. среди обследованных 20 мальчиков и 14 девочек. Все дети имели достоверно меньший гестационный возраст: масса тела при рождении у 30 детей колебалась в пределах $2090,70 \pm 225,60$ г ($p=0,015$), у остальных масса тела составляла 2500 г ($p<0,05$).

У 18 матерей имелись заболевания печени и желудочно-кишечного тракта, у 9 – эндокринная патология, в том числе и аутоиммунный тиреодит, адреногенитальный синдром, артериальная гипертензия, суммарно у 14 матерей – заболевания легких и мочевыводящих путей. У 28 обследованных мамаш установлено сочетание отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. Неблагоприятное течение беременности было связано с наличием неблагоприятных факторов развития внутриутробной инфекции и гипоксии плода, таких как гестоз у 24 беременных, угрозы прерывания беременности – у 12, маточно-плацентарная недостаточность – у 6 матерей. Достоверных различий по сопутствующей соматической патологии хроническим гинекологическим заболеваниям, а также по частоте осложнений течения беременности и родов выявлено не было. Однако было отмечено, что по совокупности неблагоприятных факторов соматического и акушерско-гинекологического анамнеза с осложненным течением беременности и родов отягощенность была выше у детей, родившихся с весом менее 1600 г ($p<0,01$).

Неблагополучие в состоянии здоровья матерей высокая частота неблагоприятных факторов во время беременности и родов обусловили у большинства детей (31 больной) тяжелое состояние при рождении.

Из них 25 детей имели низкие оценки по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте жизни. На первой минуте $4,38 \pm 0,27$; на 5-й минуте $6,0 \pm 0,2$ балла ($p<0,05$). В первые дни жизни 29 детей находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, в течение двух недель после рождения внутрижелудочковые кровоизлияния II–III степени были диагностированы у 2 детей в течение первого месяца у всех обследованных. При динамическом нейросонографическом обследовании у 1 ребенка установлено субарахноидальное кровоизлияние, на МРТ у 4 детей отмечались перивентрикулярные гипоксически-ишемические изменения вещества мозга. При повторных визуальных исследованиях регресс ишемических изменений был отмечен у 6 детей. Формирование кист перивентрикулярной лейкомаляции установлено у 9 детей. Необходимо отметить, что у 25 новорожденных поражение центральной нервной системы в неонатальном периоде сочеталось с патологией со стороны других органов и систем. У 12 больных диагностирована патология легких: респираторный дистресс-синдром, двусторонняя очаговая пневмония – у 4, внутриутробная инфекция – у 18 больных. Реактивный менингит диагностирован у 4 детей.

Всем детям проводилась комплексная терапия, включающая инфузию глюкозо-солевых растворов в соответствии с показателями водно-электролитного гомеостаза, антибактериальная, иммунокорректирующая терапия по показаниям трансфузии препаратов крови и кровезаменителей. На аппаратной вентиляции легких находились 16 детей. Все дети лечились диакарбом по поводу постгеморрагической гидроцефалии.

В динамике изучались клинико-неврологические показатели с оценкой степени нарушения сознания. Анализ степени неврологических нарушений проводился по стандартной методике неврологического обследования новорожденного ребенка.

В анамнезе проводилась оценка темпов психоречевого и моторного развития детей с использованием шкал CAT / Clams.

Основным методом нейровизуализации являлось нейросонография с использованием микроконвексного датчика частотой 8 МГц. Допплерография сосудов головного мозга проводилась на аппарате Logig Book стандартным микроконвексным датчиком 6–8 МГц с возможностью проведения цветной доплерографии. Исследовался кровоток в мозговых сосудах: передней, средней мозговой артериях, системе внутренних мозговых вен и в вене Галена. С целью верификации данных нейросонографии у 23 детей проведены магнитно-резонансная томография. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета прикладных программ. Сравнение проводилось по средним величинам ($M \pm m$). Использовались методы вариационной статистики, корреляционного анализа, *t*-критерий. Стьюдента с определением показателя достоверности (*P*).

Обсуждение. В остром периоде ВЖК у 22 детей угнетение сознания было более выражено и составило $3,9 \pm 0,3$ балла. Нарушение сосания и глотания отмечены у 9 детей ($P < 0,05$). Патология со стороны черепно-мозговых нервов при первичном осмотре в виде глазодвигательных нарушений (наличие симптома Греффе, патологического нистагма, симптома «заходящего солнца» отмечена у 18 детей ($p < 0,05$).

Частота нарушения двигательных функций и патология мышечного тонуса составила 100%, то есть диагностирован у всех обследованных. У всех обследованных больных установлены внутрижелудочковые кровоизлияния преимущественно II–III степени. Достоверных различий по возрасту формирования постгеморрагической гидроцефалии и его связи с весом недоношенных детей не выявлено. При динамическом нейросонографическом обследовании было установлено, что блок оттока ликвора сформировался у 14 детей, из них у 5 детей окклюзия была частичной.

Возникновение симптомов внутричерепной гипертензии происходило в следующей последовательности: глазодвигательные нарушения, гиперестезия, запрокидывание головы, появление монотонного пронзительного крика, выбухание и напряжение большого родничка, расхождение швов диагностирован у 3 больных, отмечался быстрый темп роста окружности головы (более 1,5 см).

Дегидратационная терапия (диакарб, фуросемид) у детей с гидроцефалией началась после установки диагноза. Возраст детей при назначении диуретиков составил $12,0 \pm 4,5$ дней жизни ($p < 0,05$). При динамическом наблюдении за детьми у 11 детей прогрессирование симптомов гидроцефалии продолжалось, что проявлялась расширением ликворной системы. Регресс отмечен у 18 детей. Сопоставление размеров ликворной системы при прогрессировании гидроцефалии показало высокую корреляцию между изменениями различных отделов боковых желудочков. Начало прогрес-

сирования постгеморрагической гидроцефалии у всех детей приходилось в среднем на возраст 2–3 недели жизни. После 4-х недель жизни размеры глубины переднего рога бокового желудочка превышали аналогичные показатели у здоровых на $3,5 \pm 1,0$ см ($p < 0,05$).

Из 35 детей с постгеморрагической гидроцефалией умерли 2 ребенка, 145 детям были проведены ликворошунтирующие операции. На фоне проводимой терапии и вентрикулоперитонеального шунтирования хорошие ближайшие результаты получены у 21 ребенка, удовлетворительные – у 11 детей.

Заключение. При сопоставлении изменений артериального и венозного кровотока у 18 детей были выделены следующие их типы:

1. Вазопаралитический тип – снижение скоростей кровотока как в венах, так и в артериях. Вазопаралитический тон встречался у детей, перенесших тяжелое гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы с формированием кист перивентрикулярной, субкортикальной лейкомаляции (у 3-х детей).

2. Шунтирующий тип – резкое увеличение скоростей кровотока в артериях и венах. Высокие скорости по артериям и венам, высокие индексы резистентности в передней и средней мозговых артериях отмечались в периоде максимальной выраженности постгеморрагической гидроцефалии (у 2 детей).

3. Артериальный спазм – повышение индекса резистентности в магистральных мозговых артериях при сохранении нормальных скоростей венозного кровотока. Высокие показатели артериального кровотока на фоне нормального венозного оттока (у 14 детей).

4. Декомпенсированный ишемический тип – выраженный артериальный спазм со снижением скорости и нерегулярным, прерывистым характером кривой кровотока в мозговых венах (ишемия мозгового вещества в сочетании с затруднением венозного оттока (у 3 детей).

Таким образом, прогностически неблагоприятными факторами для соматического и психоневрологического развития у недоношенных детей с постгеморрагической гидроцефалией является выраженный окклюзионный характер патологии, прогрессирующее ее течение, требующее оперативного лечения, выраженные и пролонгированные нарушения артериального и венозного кровотока, наличие повреждения белого вещества головного мозга.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Кориунов А.Е.* Отдаленные результаты лечения гидроцефалии методом эндоскопической вентрикулостомии. // Дисс. ... канд. мед. наук, М., 2005. С. 20.
2. *Лебедев Л.М., Морозова Н.А., Толстова Т.П.* Клинические проявления гипертонии у детей с перинатальной патологией. // Гидроцефалия: диагностика и лечение. М., 2000 С. 36–38.
3. *Кузенкова Л.М., Вавилов С.Б.* К диагностике арахноидальных кист у детей раннего возраста. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 70. № 6. С. 19–22.
4. *Маслова О.И., Вавилова С.Б., Кузенкова Л.М.* Врожденная гидроцефалия у детей. // Теоретические и клинические вопросы детской неврологии. / Сборник научных трудов. М.: Москва, 2003. С. 89–91.
5. *Лебедев Б.В., Фрейтков В.И., Шанок Г.Г.* Справочник по неврологии детского возраста. М.: Медицина, 2005. С. 449.
6. *Ильханова С.Ю., Студеникин В.М.* Гидроцефалия и некоторые вопросы церебральной гипертонии. // Альманах «Исцеление». М., 2004. Вып. 10. С. 230–232.

Резюме

С.А. Абдыкеримов, Г.В. Белов

НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВотоКА ПРИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

В работе проанализированы причины нарушения мозгового кровотока при постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных у 35 новорожденных детей от двух недель до двух месяцев. При сопоставлении изменений артериального и венозного кровотока у детей выделены вазопаралитические – со снижением кровотока в венах и артериях, шунтирующие с увеличением скорости кровотока, спазмирующие – со спазмом в артериальных сосудах и декомпенсированные ишемические типы нарушений. На основании клинко-неврологических и визуализационных методов исследования систематизированы показания к консервативному и оперативному методам лечения.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616-053.2

С.А. АБДЫКЕРИМОВ, Г.В. БЕЛОВ

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Бишкек, Кыргызстан*

Высокий удельный вес в структуре заболеваемости и смертности детей с врожденной гидроцефалией предъявляет особые требования к клинической и инструментальной диагностике указанной формы церебральной патологии, поскольку на различных этапах формируются различной степени выраженности нарушения со стороны высших психических и двигательных функций, судорожные приступы [3, 5].

Использование нейрохирургических операций при дисфункции ликворошунтирующей системы позволяет получить у значительного количества больных хороших и удовлетворительных исходов. Однако наличие шунтирующего устройства (вентрикулоперитонеальное или вентрикулоатриальное) в организме вызывает различные осложнения, что является большой медико-социальной и экономической проблемой [2, 6].

В исходе лечения имеют значение и другие факторы, в частности, длительность и клиническое течение заболевания, повторность перенесенных шунтирующих операций, сопутствующие мальформации мозга, некоторые структурно-анатомические особенности, обнаруживаемые при магнитно-резонансной томографии (МРТ), позиция и толщина дна III желудочка, перивентрикулярный отек, а также технические детали операции.

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности ликворошунтирующих операций у больных с дисфункцией ликвороциркулирующей системы с изучением результатов лечения у детей.

Материал и методы исследования. В период 2002–2008 гг. в отделении нейрохирургии ГКБ СМП г. Бишкека оперированы 40 детей с обструктивной водянкой мозга в возрасте от 1 года до 5 лет. Основанием для проведения ликворошунтирующих операций служили тривентрикулярный тип гидроцефалии с окклюзией в области водопровода мозга.

Возраст детей в среднем составил $2,6 \pm 1,0$ год. Из всех больных 14 детей родились недоношенными – от 26 до 30 недель. Возраст больных, в котором были отмечены первые проявления заболевания, варьировал от 1 до 12 месяцев. У 9 детей гидроцефалия развилась в результате менингита, у 6 детей имелся врожденный стеноз водопровода, у – 14 поствоспалительный стеноз, у 9 – постгеморрагическая окклюзия и у 2 детей – идиопатический стеноз водопровода.

Обследование включало сбор анамнеза (в том числе акушерского), клинические и неврологические данные, исследования темпов психомоторного развития (Денверский тест), а также краниометрические параметры, как окружность головы с динамикой его прироста, размеры и состояние переднего родничка (ПР). Во всех случаях, как до операции, так и после нее, в ходе катamnестического исследования выполнялась МРТ, с помощью которой кроме уточнения уровня окклюзии (водопровода мозга) и ее природы, оценивали размеры желудочков мозга, при этом учитывалось отношение передних и задних рогов, наличие перивентрикулярного отека, состояние цистерн и щелей по своду, пролапс дна III желудочка в межножковую цистерну и др. У 25 больных, несмотря на консервативное лечение диакарбом, имелись все признаки активно прогрессирующей гидроцефалии с быстрым увеличением окружности головы, стойкое напряжение переднего родничка, симптом заходящего солнца (Трефе), недостаточность функции отводящих нервов, общее беспокойство, анорексия, а в ряде случаев застойные диски зрительных нервов. В 4 случаях с субкомпенсированным течением гидроцефалии на фоне уже имеющейся микроцефалии и отставания в психосоматическом развитии отмечались сонливость, адинамия, рвота и задержка в прибавке массы тела. У 2 детей к моменту операции имелась картина хронической гидроцефалии, выражающая в основном в легком отставании в психомоторном развитии.

Все операции выполнялись по стандартной методике с выполнением вентрикулоперитонеальных операций с имплантацией шунтирующих систем. Некоторые элементы хода операции с учетом возраста больного были изменены. Так, вместо трепанации применяли краевую краниотомию с длиной разреза 2×2 см по переднему краю родничка в области заднего края лобной кости, а твердую мозговую оболочку рассекали линейно, чтобы в конце операции герметически ее ушить.

Как правило, в ближайшем периоде после операции с целью выявления возможных осложнений на 2–3-и сутки выполняли ультразвуковую нейросонографию. В дальнейшем в ходе наблюдения, каждые 2 мес. регулярно производились УЗИ головного мозга, брюшной полости и по показаниям МРТ.

В оценке исхода оперативных вмешательств учитывалось кроме указанных данных психосоматическое состояние больных. К успешным (эффективным) относили наблюдения, в которых наряду с нормализацией внутричерепного давления регрессировали и другие симптомы гидроцефалии, а также устанавливалась положительная тенденция со стороны психомоторного развития. В ходе проведения статистического анализа использовались корреляционный и частотный анализ, критерий достоверности. Различия считались достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Обсуждение полученных результатов. В 30 случаях в результате вентрикулоперитонеального шунтирования удалось создать положительное (по интраоперационной оценке) соустье между желудочками и межножковой цистерной, что привело к регрессу преобладающей части симптомов гидроцефалии в раннем послеоперационном периоде. У 8 детей получены удовлетворительные результаты, у 2-х детей возникли осложнения из-за гиподренирования шунтирующей системы.

Повторное вмешательство было проведено 3 больным в сроки от 8 месяцев до 2 лет из-за персистирующих симптомов гидроцефалии или же их рецидива после начального периода улучшения и стабилизации состояния. Во время повторных оперативных вмешательств у 2-х больных обнаружен формально функционирующая вентрикулостома, но вместе с тем выявлен выраженный спаечный процесс в препонтиной цистерне, с которыми был связан неуспех вмешательства.

Катамнез прослежен у 32 больных (от 2 до 7 лет). Повторное шунтирование из-за стабильного состояния не было осуществлено у 28 пациентов, у 4-х детей симптомы гидроцефалии возобновились и этим детям были произведены повторные ликворошунтирующие операции.

Таким образом, в целом эффективность шунтирующих вмешательств в наших наблюдениях составила 57,4%, однако, если рассматривать этот параметр в зависимости от этиологии, то результаты операции зависели от степени стеноза водопровода. Хорошие успехи достигнуты у больных с постгеморрагическими формами гидроцефалии. В то же время не выявлено статистически достоверной связи между эффективностью ликворошунтирующих операций от длительности заболевания, возрастом детей на момент операции, тяжестью их общего состояния, окружностью головы и темпами ее процесса, а также размерами желудочков.

В наших наблюдениях существовала корреляционная зависимость между эффективностью исхода ликворошунтирующих операций и наличием проланса дна III желудочка на МРТ ($r=0,47$; $p=0,047$), регидным дном III желудочка, выявленным во время операции ($r=-0,56$; $p=0,04$).

Риск неудачи шунтирующих операций был повышен у детей, перенесших нейроинфекцию ($r=0,69$; $p=0,001$). Клиническое улучшение после операций сопровождалось во всех случаях уменьшением отношения передних и задних рогов ($r=1,0$; $p=0,001$) и в 23 случаях установлено уменьшение размеров III желудочка ($r=0,56$; $p=0,046$). Летальных исходов и серьезных геморрагических неврологических осложнений не было.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что всем детям с прогрессирующей гидроцефалией, так как у них почти всегда окклюзия обструктивная, выполнение операции дает возможность избавиться от прогрессирования патологических симптомов.

Данные литературы по этой проблеме свидетельствуют о том, что даже среди младенцев есть случаи успешного оперативного лечения. Ряд исследований отмечают эффективность шунтирующих операций у детей до 2-х лет. Анализ данного материала не выявил явной связи между возрастом и эффективностью корригирующих операций, хотя надо отметить, что в наших наблюдениях не было пациентов до 1 года. Полученные данные указывают на то, что важен не столько фактический возраст ребенка, сколько возраст, в котором произошел инцидент (инфекция, кровоизлияние и т. д.), повлекшее за собой гидроцефалию. Следует учесть и тот факт, что у детей истинная окклюзионная гидроцефалия встречается редко. Поскольку в этом возрасте преобладает постгеморрагическая или инфекционная этиология гидроцефалии, окклюзия у этих детей обычно носит многоуровневый характер. Как инфекция, так и кровоизлияние проводят к облитерации субарахноидальных пространств с образованием дополнительных мембран и сращений по своду, в цистернах, в водопроводе, а также в области выходных отверстий IV желудочка и арахноидальных грануляций.

В лечении окклюзионной гидроцефалии у детей со стенозом водопровода мозга вентрикулоперитонеальное шунтирование может быть использовано с хорошими результатами операции. При этом исход этих операций в известной степени зависит от

этиологических факторов гидроцефалии и от возраста, в котором манифестировала гидроцефалия. Чем раньше дебютировало заболевание, тем хуже результат шунтирующих наружных вмешательств. Уменьшение отношения передних и задних рогов после операции является чувствительным и специфичным показателем при определении эффективности операции особенно в раннем послеоперационном периоде.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Коришонов А.Е.* Отдаленные результаты лечения гидроцефалии методом эндоскопической вентрикулостомии третьего желудочка. // Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 22 с.
2. *Суфчанов А.А., Якимов Ю.А.* Эффективность нейроэндоскопических операций в достижении шунтнезависимого состояния при дисфункции ликворошунтирующих систем при гидроцефалии. // *Нейрохирургия.* № 4. 2007. С. 11–14.
3. *Меликян А.Г.* Вентрикулоцистерностомия: Методика и инструментарий. // *Вопросы нейрохирургии.* № 3. 1999. С. 31–32.
4. *Галстян А.Г., Меликян А.Е., Коришонов Н.В.* Результаты вентрикулошунтирующих операций у детей раннего возраста. // *Нейрохирургия.* № 6. 2008. С. 30–32.
5. *Веселова А.Н.* Клинико-диагностическое и прогностическое значение нарушений мозгового кровотока при постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 23 с.
6. *Кузенкова Л.М., Лебедев Б.В., Морозова Н.А.* Отдаленные результаты лечения активной гидроцефалии у детей методом вентрикулоатриального шунтирования. // *Гидроцефалия: диагностика и лечение.* М., 2000. С. 44–46.

Резюме

С.А. Абдыкеримов, Г.В. Белов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

В работе анализированы результаты хирургического лечения у 40 детей в возрасте от 1 года до 5 лет с обструктивной водянойкой головного мозга. В этиологии частыми причинами являлись постгеморрагическая, поствоспалительная и врожденная окклюзия водопровода мозга. Результаты операции у 30 больных оценены как хорошие, у 8 – удовлетворительные, возникли осложнения из-за гиподренирования катетера. В лечении окклюзионной гидроцефалии у детей со стенозом водопровода мозга вентрикулоперитонеальное шунтирование может быть использовано с хорошими результатами.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616-053.2

Э.В. ЛЫСЕНКО

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Центральная районная больница, г. Есик, Алматинская область

Бронхит является самой частой формой поражения нижних дыхательных путей у детей грудного и раннего возраста (до 200 и более на 1000 детей).

Своевременная диагностика различных форм бронхита необходима для выбора адекватной терапии и системы наблюдения малышей.

Различают следующие виды бронхитов: острый (простой) бронхит (протекающий без признаков затруднения дыхания), острый обструктивный бронхит, бронхиолит, острый облитерирующий бронхит (тяжелое заболевание, приводящее к полному пре-

кращению продвижения воздуха по отдельным бронхам), рецидивирующий бронхит (заболевание повторяется 2–3 раза в течение 1–2 лет), рецидивирующий обструктивный бронхит, хронический бронхит (характеризуется постоянным кашлем с мокротой, хрипами при наличии 2–3 обострений за последние два года), хронический облитерирующий бронхит (вызывает «закупорку» участков легких с воздухом, что вызывает их повышенную воздушность, расширение – эмфизему).

Основные принципы лечения острого простого бронхита

Лечение проводится обычно в амбулаторных условиях на дому.

– Режим на фоне острых проявлений ОРВИ полупостельный, а затем домашний.

– Обильное питье. Объем жидкости в 1,5–2 раза превышает суточную возрастную потребность.

– Диета в основном молочно-растительная с ограничением экстрактивных острых блюд, приправ, с ограничением сильно аллергизирующих продуктов.

– Противовирусная терапия: интерферон интраназально по 5 капель 4–6 раз в сутки или в аэрозолях при помощи УЗИ. При подозрении на аденовирусную этиологию бронхитов ДНКаз. При гриппозной этиологии ремантадин детям старше 1 года доза 4 мг/кг массы в сутки на 2 приема. Рибавирин 10 мг/кг в сутки 3–4 приема в течение 3–5 дней.

– Антибиотики в большинстве случаев не показаны. Антибактериальные средства в лечении острых бронхитов показаны в небольшом проценте случаев – при подозрении на бактериальную инфекцию. К ним относятся дети с одним или несколькими следующими признаками:

– температура выше 38°C более 3 дней;

– одышка: при наличии 60 дыханий и более в 1 мин. у детей 0–2 месяцев, 50 и более – у детей 3–12 месяцев и 40 и более – у детей 1–3 лет при отсутствии бронхиальной обструкции;

– втяжение уступчивых мест грудной клетки или кряхтящее дыхание при отсутствии бронхиальной обструкции;

– выраженный токсикоз;

– лейкоцитоз – более 12 000 в 1 мкл, сдвиг формулы влево, СОЭ больше 20 мм/час, тенденция к затяжному течению заболевания. Азитромицин 5 мг/кг/сутки (первая доза – 10 мг/кг) в течение 5 дней либо антибиотик из группы макролидов. Можно использовать эритромицин – 30–50 мг/кг/сут (но не более 2 г/сут) или олеандомицин 250–1000 мг/сут – 5 дней. Их можно заменить другими макролидами – рокситромицином 50–100 мг/сут, мидекамицином 30–50 мг/кг/сут (не более 1200 мг/сут).

– Аэрозольные ингаляции – содовые, содово-солевые.

– Отхаркивающие средства – при влажном кашле возможно, но не обязательно назначение отхаркивающих средств (мукалтин, пертуссин, корень солодки, грудной сбор с алтеем, термопсис и др.). Муколитическая терапия назначается в редких случаях появления вязкой трудно отделяемой мокроты – карбоцистеин (Мукопронт и др.), амброксол (Лазолван, Фервекс от кашля и др.) в возрастных дозах.

– Постуральный дренаж с вибрационным массажем при обильном отхождении мокроты.

– Средства, подавляющие кашель, – синекод, кофлекс – кратковременно только в первые 1–2 дня при сухом мучительном надсадном кашле. Применение противокашлевых препаратов центрального действия (кодеин, дионин, глауцин гидрохлорид, бутамират и др.) при бронхитах нерационально. Они подавляют кашлевой рефлекс,

замедляя мукоцилиарный транспорт и повышают вязкость бронхиального секрета. Кроме того, у детей раннего возраста эти препараты могут вызывать галлюциногенный эффект.

Отхаркивающие лекарственные средства (алтей, анис, девясил, подорожник, термопсис и др.), содержащие алкалоиды или сапонины и усиливающие перистальтику бронхиол за счет стимуляции гастропульмонального рефлекса, способствуют продвижению мокроты из нижних отделов дыхательных путей в верхние и ее эвакуации. Некоторые из них усиливают секрецию бронхиальных желез и перистальтику мелких бронхов. Растительное происхождение лекарственного средства еще не означает его полной безопасности для ребенка, особенно раннего возраста. У детей первых месяцев жизни и у детей с поражением центральной нервной системы использовать их не следует, так как некоторые из них (термопсис, ипекакуана), усиливая рвотный и кашлевой рефлексы, могут стать причиной осложнений: аспирации, асфиксии, образования ателектазов.

Основные принципы лечения обструктивного бронхита

Основные принципы лечения детей с обструктивными бронхитами в основном совпадают с таковыми при остром простом бронхите, но имеются следующие особенности:

– лечение детей с обструктивным бронхитом и бронхиолитом при выраженной сердечной недостаточности проводится в условиях стационара, при необходимости требуется проведение оксигенотерапии.

1. Постельный режим в положении с приподнятым головным концом.

2. Учитывая значительные потери жидкости с перспирацией значительное внимание уделяют адекватной регидратации (при необходимости парентеральной).

3. Дробное кормление (предпочтительна жидкая пища). Диета – молочно-растительная.

4. Удаление слизи из верхних дыхательных путей электроотсосом.

5. Ингаляционная терапия, увлажненный кислород при выраженной дыхательной недостаточности.

6. Бронходилататоры внутривенно и в ингаляциях – аэрозоли β_2 -агонистов: дозированные (сальбутамол, Беротек, Беродуал) по 1 дозе на вдохе или 2–3 дозы через спейсер 4 раза в сутки или через небулайзер беродуал по 0,5 мл на ингаляцию детям до 6 лет и по 1,0 мл старшим 3 раза/сутки или сальбутамол внутрь детям 2–6 лет – 1–2 мг, более старшим – 2–4 мг 3 раза/сутки или алупент в/м 0,05% по 0,1 до 0,5 мл в зависимости от возраста

– При отсутствии эффекта (уменьшение одышки на 10–15 дыханий в 1 минуту, исчезновение дистанционных шумов и уменьшение обилия хрипов при аускультации) через 30–40 мин. после 1 или 2 ингаляций β_2 -агонистов введение стероидов (дексаметазон 0,6 мг/кг или преднизолон 3–5 мг/кг).

– При наступлении эффекта – поддерживающая терапия β -агонистами и/или эуфиллином по 4 мг/кг/сутки в течение 7–10 дней. При бронхиолите эффект от бронхорасширяющих препаратов незначительный.

7. Кортикостероидные средства – при повторных эпизодах обструктивного бронхита ввиду вероятности развития бронхиальной астмы показано назначение ингаляций стероидов (Бекотид – 200–300 мг/сутки, Фликсотид – 25–100 мг/сутки, Ингакорт 500–750 мг/сутки) при дыхании через спейсер доза выше в 2–3 раза или Пульмикорта по 1–2 мл через небулайзер 2–3 раза в сутки в течение 2–4 недель, а также кетотифена (по 0,05 мг/кг/сут) на 3–6 месяцев.

8. Противовирусные препараты интерферон, ремантадин, альгирем, арбидол.
9. Антибиотики при сопутствующем остром отите, пневмонии или другой бактериальной инфекции – азитромицин 5 мг/кг/сутки (первая доза – 10 мг/кг) в течение 5 дней либо антибиотик из группы макролидов (Макропен, Вильпрофен, Ровамицин, Рулид, эритромицин) в возрастной дозировке в течение 7–10 дней.

10. Муколитические препараты.

Основные принципы лечения рецидивирующих бронхитов:

В период обострения лечат, как острый бронхит. Большое внимание уделяется дополнительному применению иммуностропных препаратов, противовирусных средств, аэрозольной терапии. При бронхоспазме назначают муколитики, бронхолитики, местные кортикостероиды (бекломет, бекотид и др.). В фазе ремиссии – диспансерное наблюдение и оздоровление в поликлинике – местный и климатический санатории (2-й этап).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. // Педиатрия. 2005. № 4. С. 93–10.
2. Сорока Ю.А. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике. // Здоровье ребенка. 2006. № 2. С. 78–80.
3. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Лечение рецидивирующих инфекций респираторного тракта у детей. // Педиатрия. 2009. № 4. С. 24–29.

Резюме

Э.В. Лысенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ.

В статье изложены основные сведения о различных видах бронхитов у детей раннего возраста, необходимые для своевременной диагностики и выбора адекватной терапии. Приведены основные принципы и современные методы лечения бронхообструктивного синдрома у детей.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616.1

Р.И. ДЖАНСУЛТАНОВА

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИЛЕТА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мангистауская областная больница, г. Актау

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) на сегодня занимает лидирующую позицию по частоте встречаемости у пациентов. Так, распространенность ХСН в Европе составляет 5,5%. Распространенность ХСН в мире и нашей стране делает проблему оптимизации ее лечения достаточно актуальной. Современный стандарт лечения больных ХСН подразумевает использование 5 классов препаратов (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ), мочегонные, антагонисты альдостерона, дигоксин). Причем только ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ) и антагонисты альдостерона уменьшают прогрессирование заболевания и снижают смертность [1].

Одним из первых эффектов БАБ было изучено антиишемическое действие этих препаратов. Оно реализуется за счет уменьшения потребности миокарда в кислороде

на фоне снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС), снижения сократимости миокарда и систолического артериального давления (АД), улучшения кровоснабжения миокарда на фоне удлинения диастолы и снижения внутримыокардиального напряжения [2]. Улучшение функции желудочков происходит за счет описанного выше антиишемического эффекта; блокады гистотоксического действия высоких концентраций катехоламинов (КА); угнетения опосредованного КА высвобождения свободных жирных кислот, нарушающих метаболизм кардиомиоцитов; восстановления количества β -адренорецепторов и снижения окислительного стресса [3].

Длительное время считалось, что БАБ противопоказаны при хронической сердечной недостаточности (ХСН) из-за известного отрицательного инотропного действия. Однако в 1979 г. K. Swedberg с соавт. на основании ретроспективных наблюдений отметили увеличение продолжительности жизни больных ДКМП с симптомами ХСН, получавших БАБ. В 80-е годы анализ исследований по применению БАБ при ИМ показал, что у больных ИМ с симптомами ХСН БАБ снижали риск смерти даже более выражено, чем у больных с сохраненной систолической функцией сердца. Но только в 90-х годах прошлого века предположение о возможности применения БАБ при ХСН было подтверждено результатами многоцентровых рандомизированных испытаний. Первым испытанием БАБ при ХСН стало небольшое (383 больных) исследование, показавшее способность метопролола тартрата на 34% снижать риск смерти и необходимость пересадки сердца у больных с декомпенсированной ДКМП [4, 5].

Одним из новых препаратов, рекомендованным с 2005 г. для лечения данной категории пациентов, является небиволол (Небилет) – наиболее селективный БАБ с уникальными свойствами, которые определяются дополнительной вазодилатацией за счет потенцирования синтеза NO эндотелием [6].

Цель исследования: изучить влияние небилета на функцию левого желудочка и снижение систолической дисфункции ЛЖ у больных с ХСН.

Было исследовано 20 пациентов с фракцией выброса (ФВ) менее 40%, с II–III функциональным классом (ФК) по классификации New York Heart Association (NYHA), которым назначался небиволол в дозе 1,25–2,5 мг в сутки в течение 6 месяцев. В начале и по окончании курса проводились клинические, лабораторные исследования, ЭКГ, эхокардиография с исследованием функции ЛЖ, Холтеровское мониторирование и тест с 6-минутной ходьбой. Оценивали эффективность и безопасность проводимой терапии. Как показал анализ данных, уменьшение систолической дисфункции ЛЖ, при приеме небиволола ФВ ЛЖ возросла с 34 до 37%. По данным ЭКГ, частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое достоверно уменьшилась с 80 ± 15 до 65 ± 11 уд./мин. Продemonстрировано снижение как систолического, так и диастолического артериального давления. Небольшое снижение ФК ХСН также произошло за 6 месяцев лечения небиволола – с $2,3 \pm 0,4$ до $2,2 \pm 0,5$. За время проведения лечения не отмечалось негативного влияния на показатели PQ, QRS и QT. При холтеровском мониторировании отмечалось уменьшение количества желудочковых экстрасистол от 3456 (25%) до 348, эпизодов ишемии, повысилась толерантность к физической нагрузке.

Таким образом, подтверждены клинические данные о эффективности небиволола в лечении ХСН у пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка.

В результате лечения был продемонстрирован хороший антигипертензивный и антиишемический эффект небиволола.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М. 1996. 784 с.
2. Saksena S., Klein G.J., Kowey P.R. et al. Electrophysiologic effects, clinical efficacy and safety of intravenous and oral nadolol in refractory supraventricular tachycardia. Am J Cardiol 1987; 59:307–312.
3. Косицкий Г.И. Нервная регуляция сердца. М., 1992. С. 64–68.
4. Розен М.Р. Антиаритмические вещества: обучение врачей и фармакологов. // Кардиология. 1996. № 6. С. 19–27.
5. Chang M., Sung R.J., Tai T. et al. Nadolol and supra-ventricular tachycardia: an electrophysiologic study. J Am Coil Cardiol 1983; 2:894–903.
6. Кушаковский М.С., Узилевская Р.А., Шулутко Г.В., Кузьмин А.П., Реброва Г.А. Опыт работы городского прогнотаритмического центра. // Вестник аритмологии. 1993. № 1. С. 78–83.

Резюме

Р.И. Джансултанова

ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИЛЕТА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В статье представлены подтверждающие клинические данные о эффективности Небилета (небиволола) в лечении ХСН у пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка.

В результате лечения был продемонстрирован хороший антигипертензивный и антиишемический эффект небиволола.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616.1

А.М. САХАРИЕВ

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАТИЛИНА И МИЛДРОНАТА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Талдыкорган

Проведено сравнительное рандомизированное исследование эффективности комбинации ноотропного препарата Глиатилин (холина альфосцерат) и метаболического препарата Милдронат у больных в остром периоде тяжелого ишемического инсульта. Основная группа (59 больных) получала базисную терапию, Глиатилин и Милдронат; контрольная группа (53 больных) – только базисную терапию. На 1-й день лечения смертность в основной и контрольной группах составила 24 и 42% соответственно, а частота благоприятных исходов – 73 и 58%. Глиатилин и Милдронат не вызвали значимых побочных реакций.

Проблема лечения и профилактика больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в настоящее время является особо важной. Это связано с тем, что заболеваемость и смертность от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) занимает в нашей стране 2-е место. Доля ОНМК в структуре общей смертности в нашей стране составляет 21%. Ежегодно в мире инсульт поражает около 6 млн человек. В России – более 450 000 тыс. человек. 30-дневная летальность составляет 35%, в течение года умирает около 50% больных. Инвалидность после перенесенного инсульта достигает 3,2% на 10 000 населения, занимая 1-е место среди всех причин первичной

инвалидности. 55% больных, выживших к концу 3 года, не удовлетворены качеством жизни, только 20% больных возвращаются к труду [1].

Повторный инсульт является основной причиной смертности и инвалидности у больных, ранее перенесших инсульт. Как правило, он развивается в течение первого года у 5–25% больных, в течение 3 лет – у 18%, а после 5 лет – у 20–40% больных [3].

Таким образом, на сегодняшний день наиболее актуальной проблемой клинической неврологии является первичная и вторичная профилактика инсульта.

Выделяют три основных направления терапии ишемического инсульта [2]:

1. Реперфузия (воздействие на ранние события патогенетического каскада).
2. Нейропротективная терапия (воздействия на более поздние события).
3. Репаративная терапия (воздействия на отдаленные события).

Реперфузия наиболее эффективна в первые минуты после инсульта. Характер реперфузионной терапии определяется патогенетическим вариантом инсульта. Гемодилуция и антиагрегантная терапия улучшают микроциркуляцию в ткани мозга и применяются в первые дни после инсульта под контролем гемостаза и реологических показателей. Радикального действия эта терапия не оказывает.

Нейропротективная терапия более сложна и разнообразна. Выделяют первичную и вторичную нейропротекцию. Первичная направлена на подавление нейротоксичности глутамата кальция и свободнорадикального окисления. Проводится с первых минут и продолжается 3 дня. Вторичная нейропротекция направлена на ослабление отдаленных последствий ишемии, на блокаду высвобождения провоспалительных цитокининов, молекул клеточной адгезии, торможение прооксидантных ферментов, усиление питания ткани мозга, прерывание апоптоза ткани мозга и нейронов. Вторичную нейропротекцию начинают спустя 3–6 часов после инсульта и продолжают не менее 7 дней.

После формирования морфологических инфарктных изменений в веществе мозга все большее значение приобретает репаративная терапия, направленная на улучшение питания здоровой ткани, окружающей зону ишемии, и на активацию образования полисинаптических связей. Однако грань между нейропротективной и репаративной терапией условна. Большинство нейропротекторов обладают и репаративными свойствами.

Краткая характеристика препаратов

Наименование: Милдронат (Mildronate) [4].

Фармакологическое действие:

Кардиопротективное, антигипоксическое, антиангинальное, ангиопротективное действие, является аналогом гамма-бутиробетанина. Ингибирует синтез карнитина, в результате чего возрастает продукция гамма-бутиробетанина, который обладает вазодилатирующими свойствами. В условиях интенсивных физических нагрузок уравновешивает баланс между потребностью тканей в кислороде и его доставкой, препятствует накоплению в клетках и тканях продуктов распада и токсинов, защищая клетки от повреждения. Милдронат стимулирует метаболические процессы, повышает работоспособность (умственную и физическую), активизирует гуморальный и клеточный иммунитет. В ишемизированных тканях (миокарда, сетчатки глаза и головного мозга) Милдронат перераспределяет кровоток в пользу пораженных участков. При остром ишемическом поражении миокарда замедляет образование зоны некроза, уменьшает период реабилитации. При явлениях сердечной недостаточности Милдронат увеличивает сократимость миокарда, снижает частоту и длительность приступов стенокардии.

Способ применения [5]

Милдронат применяется внутрь, внутривенно, внутримышечно и парабульбарно.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы:

В терапии стабильной стенокардии – в течение 3–4 дней по 250 мг трижды в день, затем по 250 мг трижды в сутки 2 раза в неделю на протяжении 1,5 месяца (в составе комплексного лечения).

В терапии инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии – внутривенно струйно по 0,5–1 г однократно в сутки, затем внутрь по 250 мг дважды в день в течение 3–4 дней, далее – дважды в неделю по 250 мг 3 раза в день. При нарушениях мозгового кровообращения в острой фазе Милдронат назначают внутривенно по 0,5 г однократно в сутки на протяжении 10 дней, затем принимают препарат внутрь в суточной дозировке 0,5–1 г.

К препаратам репаративного действия относят антагонисты ГАМК и ноотропы (пиритинол, карнитина хлорид, холина альфосцерат и др.). В последнее время широко применяется ноотроп Глиатилин (действующее вещество – холина альфосцерат). Этот препарат с центральным холиномиметическим действием, обладающий выраженным пробуждающим действием при расстройстве сознания и ярким позитивным влиянием на когнитивные и мнестические функции. Глиатилин повышает пластичность плазматической мембраны нейронов, улучшает кровоток и усиливает метаболические процессы в ЦНС, активирует ретикулярную формацию, способствует регрессу очаговых неврологических симптомов. Препарат производится компанией Italfarmaco (Италия); формы выпуска: раствор для инъекций в ампулах по 4 мл (1 г активного вещества) и капсулы (0,4 г активного вещества)

Цель работы: изучение эффективности курсовой комбинированной терапии Глиатилином и Милдронатом в остром периоде ишемического инсульта.

С 2007 года мы начали применять Милдронат в сочетании с базисной терапией для лечения ишемического и геморрагического инсульта разной степени тяжести. Наибольшую клиническую эффективность препарата наблюдали при инфаркте мозга, особенно при его применении в первые часы ОНМК, то есть в период «терапевтического окна». С 2008 года мы начали применять Глиатилин в сочетании с базисной терапией при тяжелом ишемическом инсульте тяжелой степени (у больных с нарушением сознания, когнитивными нарушениями, сенсорной и моторной афазией). Однажды мы назначили Милдронат в сочетании с Глиатилином больному с тяжелым ишемическим инсультом, вызванным нарушением кровообращения в бассейне сонной артерии. Отметим, что эффективность комбинации Милдронат + Глиатилин + базисная терапия оказалась существенно выше, чем эффективность комбинаций Милдронат + базисная терапия и Глиатилин + базисная терапия. Это наблюдение и послужило предпосылкой для нашего клинического исследования.

Пациенты и методы. В сравнительное рандомизированное клиническое исследование были включены 11 больных ишемическим инсультом, вызванным нарушением кровообращения в бассейне сонной артерии, госпитализированных в первые сутки после начала инсульта (в т. ч. в первые 6 часов). Диагноз ишемического инсульта устанавливали, если у больного имело место острое (в течение минут или часов) развитие симптомов острых очаговых неврологических нарушений длительностью не менее 24 часов. В исследование не включали больных с тяжелой сердечной недостаточностью.

Больных, включенных в исследование, разделили на две группы – основную и контрольную. Основная группа (59 больных) получала базисную терапию в сочетании с Глиатилином (1 г/сут, продолжительность курса 9 дней) и Милдронатом (5 мл

10%-ного раствора на физиологическом растворе внутривенно: 2 раза в сутки, продолжительность курса – 10 дней). Контрольная группа (53 больных) получала только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты: Зависимость исходов инсульта от сроков начала лечения представлена на рисунке. Как при раннем (в первые 6 часов), так и при отсроченном начале лечения в основной группе для благоприятных исходов (3 и 4 балла по шкале Ранкина) была существенно выше, а смертность (6 баллов по шкале Ранкина) – существенно ниже, чем в контрольной группе. Зависимость исходов от тяжести нарушения сознания в раннем периоде инсульта представлена в таблице 1.

Таблица 1

Исходы тяжелого ишемического инсульта в зависимости от уровня сознания в раннем периоде заболевания

Исходы, баллы по шкале Ранкина	Группы	Доля больных, %			
		А	Б	В	Г
3	Контрольная	0	0	0	0
	Основная	0	4	7	23
4	Контрольная	0	7	40	4
	Основная	25	4	7	15
5	Контрольная	0	13	0	93
	Основная	50	57	53	54
6	Контрольная	100	80	60	4
	Основная	25	35	33	8

Примечание. А – Г – уровень сознания по шкале комы Глазго. А: 4 – 8 баллов; Б: 9–12 баллов; В: 13–14 баллов; Г: 15 баллов.

Как видно из таблицы 1, лечение Глиатилином и Милдронатом было наиболее эффективно у больных с тяжелым и среднетяжелым нарушением сознания. Так, смертность среди больных с тяжелыми нарушениями сознания (4–8 баллов по шкале комы Глазго) в контрольной группе составила 100%, а в основной группе – всего 25%. Частота благоприятных исходов инсульта (3 и 4 балла по шкале Ранкина) у больных с легким и умеренным нарушениями сознания (13–15 баллов по шкале комы Глазго) также была выше в основной группе.

Обсуждение. При раннем применении комбинации Глиатилина и Милдроната у больных с тяжелым ишемическим инсультом наблюдается отчетливая тенденция к улучшению общемозговой симптоматики и неврологических функций. Эта комбинация оказывает пробуждающее действие на больных, находящихся в коме, ускоряет восстановление речи.

Успешность терапии Глиатилином и Милдронатом зависит от сроков начала лечения и от исходного состояния больного: максимальный эффект наблюдается при начале лечения в период «терапевтического окна». Глиатилин и Милдронат существенно снижают смертность среди больных с исходными тяжелыми нарушениями сознания.

Применение комбинации Глиатилина и Милдроната значительно повышает эффективность терапии ОНМК: у больных с тяжелым ишемическим инсультом наблюдается отчетливая тенденция к улучшению общемозговой симптоматики и неврологических функций. Эта комбинация оказывает пробуждающее действие на больных находящихся в коме, ускоряет восстановление речи.

Комбинация Глиатилина и Милдроната может быть рекомендована для лечения больных острым ишемическим инсультом, вызванным нарушениями кровообращения в бассейне сонной артерии, в т. ч. пациентов с тяжелыми нарушениями сознания (4-8 баллов по шкале комы Глазго).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комплексная медицина. // Клинический Вестник. – 2001. № 2.
2. Неотложные состояния в неврологии. // Труды Всероссийского рабочего совещания неврологов России / под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, М.А. Евзельмана. Орел, 2002.
3. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. М., 1998.
4. Воронина Т.А. Милдронат. Основные эффекты, механизмы действия, применение. М., 2002.
5. Милдронат. Методические рекомендации по применению. ООО

Резюме

А.М. Сахариев

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАТИЛИНА И МИЛДРОНАТА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

При изучении эффективности курсовой комбинированной терапии Глиатилином и Милдронатом показано: у больных с тяжелым ишемическим инсультом наблюдается отчетливая тенденция к улучшению общемозговой симптоматики и неврологических функций. Эта комбинация оказывает пробуждающее действие на больных, находящихся в коме, ускоряет восстановление речи, существенно снижается смертность среди больных с исходными тяжелыми нарушениями сознания.

Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)

УДК616.1-053.9-08

Л.Н. КАЗАРИНА

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭКСФОРЖ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) увеличивается возрастом и у пожилых людей достигает 80%. Артериальной гипертензией страдает 40% населения страны, поэтому лечение этого заболевания у лиц пожилого возраста весьма актуально в настоящее время.

Согласно рекомендациям Европейского общества гипертензии и Европейского кардиологического общества 2007 года [1, 2], в лечении АГ следует использовать пять основных классов антигипертензивных препаратов: диуретики, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (БКК), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА).

Применение монотерапии в большинстве случаев недостаточно для достижения целевых значений артериального давления (<140/90 мм рт. ст.) [3, 4]. В связи с этим в Рекомендациях ESH/ESC 2003 г. указано, что комбинированное лечение двумя препаратами можно рассматривать как альтернативу монотерапии в качестве терапии первого выбора [5]. Особенно это касается больных с сопутствующей патологией (са-

харный диабет, болезни почек) и лиц, которые относятся к группе высокого сердечно-сосудистого риска. Рекомендованы следующие комбинации из двух антигипертензивных препаратов: тиазидный диуретик и ингибитор АПФ; тиазидный диуретик и антагонист рецепторов ангиотензина; антагонист кальция и ингибитор АПФ; антагонист кальция и антагонист рецепторов ангиотензина; антагонист кальция и тиазидный диуретик; бета-блокатор и антагонист кальция (дигидропиридиновый) [1, 2]. Совместное применение антагонистов кальция и ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) – рациональная комбинация антигипертензивных препаратов, которая отличается высокой эффективностью и безопасностью, выраженными органопротекторными свойствами, а также метаболической нейтральностью, что позволяет использовать ее при нарушенном липидном спектре крови, эндокринопатиях и ожирении, нарушении пуринового обмена [3, 4]. Одним из современных представителей этой группы является препарат «эксфорж». Благодаря высокой липофильности однократный прием препарата обеспечивает его терапевтическую активность более 24 ч. [5].

Цель работы – изучение эффективности комбинированной терапии антагонистом кальция и блокаторами ренин-ангиотензиновой системы у лиц старческого возраста. Показанием для назначения являлась артериальная гипертензия. Противопоказаниями – гиперчувствительность к амлодипину, валсартану, возраст менее 16 лет, – беременность, лактация.

Препарат «эксфорж» назначали 30 больным в возрасте от 70 лет и старше с учетом противопоказаний. Группы состояли из мужчин и женщин – 45 и 55%, соответственно. Сопутствующими заболеваниями были ИБС, сахарный диабет II типа, хронический бронхит, ЦВЗ, заболевания почек, печени, желудка. Результаты контролировали трехкратным измерением АД в течение суток, ЭКГ, холтеровским мониторингом ЭКГ, АД, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, уровнем глюкозы, холестерина, триглицеридов, калия, натрия, кальция крови.

Препарат «эксфорж» назначали в дозе 5/160 мг и 10/160 мг.

Исследования показали, что стойкий гипотензивный эффект устанавливается к 5–6 дню приема и стабильно сохранялся. Переносимость удовлетворительная. Побочные действия диагностировали у 2-х пациентов в виде покраснения и чувства жара в лице, которое самостоятельно проходило через короткий промежуток времени.

Таким образом, применение препарата «эксфорж» у лиц старческого возраста для лечения артериальной гипертензии в средней терапевтической дозе, в зависимости от степени АГ весьма эффективно и безвредно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедова И.С., Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. и др. Лерканидипин – новый антагонист кальция третьего поколения: клиническая фармакология и опыт применения при лечении артериальной гипертензии. // Рос. мед. журн. 2006. Т. 14. № 20. С. 1411–1417.
2. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. // J. Hypertens. 2007. N 25. P. 1105–1187.
3. Dickerson J.E., Hingorani A.D. et al. Optimization of antihypertensive treatment by crossover rotation of four major classes. // Lancet. 1999. Vol. 353. P. 2008–2013.
4. Morgan T.O., Anderson A.I. et al. ACE inhibitors, betablockers, calcium blockers and diuretics for the control of systolic hypertension. // Am. J. Hypertens. 2001. Vol. 14. P. 241–247.
5. Guidelines Committee. 2003 European society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. // J. Hypertens. 2003. Vol. 21. P. 1011–1053.

Резюме

Л.Н. Казарина

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭКСФОРЖ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Основываясь на клинико-лабораторных исследованиях, автор показывает эффективность применения препарата Эксфорж для лечения артериальной гипертензии у лиц старческого возраста. В работе показано, что применение препарата у лиц старческого возраста для лечения артериальной гипертензии в средней терапевтической дозе, в зависимости от степени АГ, весьма эффективно и безвредно, стойкий гипотензивный эффект устанавливается к 5–6 дню приема и стабильно сохраняется.

Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)

Н.К. РАХИМЖАНОВА

К ПРОБЛЕМЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Безболевая ишемия миокарда (БИМ) – это преходящее нарушение перфузии, метаболизма, функции или электрической активности миокарда, которое не сопровождается приступом или его эквивалентом [1].

По данным литературы, БИМ выявляется у 40–100% больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и стенокардией [2]; у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом эпизоды БИМ регистрируются в 25–30 % случаев, у больных артериальной гипертензией (АГ) – от 23–27 до 68–75 % и у больных сахарным диабетом – в 17–30% случаев [3].

Согласно имеющимся данным, БИМ является прогностически неблагоприятным фактором. Практически у трети больных ИБС с эпизодами БИМ в дальнейшем развивается стенокардия, инфаркт миокарда или наступает внезапная смерть. Наличие БИМ повышает риск внезапной смерти в 5–6 раз, аритмии в 2 раза, развитие застойной сердечной недостаточности в 1,5 раза. Поэтому ранняя диагностика и устранение БИМ являются важными составляющими в профилактике необратимого повреждения сердечной мышцы [4].

В настоящее время не подлежит сомнению необходимость лечения БИМ с целью предотвращения ИМ, уменьшения функциональной нагрузки на сердце, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни больного. Для диагностики БИМ применяются различные методы. Чувствительность и специфичность разных методик варьирует от 50–60,0% до 70–90,0%. Пробы дополняют друг друга и позволяют совместно объективно оценивать функциональное состояние больных [5].

Цель работы. Оценить информативность ХМЭКГ для диагностики БИМ у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с ИБС и АГ. Из них мужчин было большинство (60,0%), женщин – меньше (40,0%). Возраст обследованных колебался от 70 до 86 лет и, в среднем, составил 78 лет. У всех больных имелся атеросклеротический кардиосклероз. 80,0% обследованных пациентов страдали ИБС, АГ II степени наблюдалась у 65,0% пациентов.

Помимо стандартных методов обследования всем больным проведено ХМ-ЭКГ: суточное мониторирование с полной записью ЭКГ на аппарате Schiller, Швейцария. Специальная программа обеспечивала выявление и анализ всех видов нарушения сердечного ритма, болевых и безболевых приступов ишемии миокарда и позволила реализовывать такие элементы ХМ, как:

- суточная регистрация ЭКГ в естественных для больного условиях;
- регистрация и воспроизведение ЭКГ; анализ ЭКГ.

При ХМ оценивалась собственно ЭКГ, при этом данные сопоставлялись с действиями и жалобами больного. Очень важным являлось описание симптоматики во время изменений ЭКГ для оценки объективной картины и субъективных ощущений.

Для диагностики БИМ нами использовались критерии ишемии миокарда при ХМ по правилу 1×1×1:

- изменение сегмента ST ишемического типа в виде горизонтальной или косонисходящей депрессии ST на 1 мм и более;
- длительность депрессии сегмента ST не менее минуты;
- время между отдельными эпизодами не менее минуты.

Нами определялась суммарная продолжительность БИМ, частота ее эпизодов по времени суток, выраженность изменений показателей ЭКГ, особенно депрессия сегмента ST, регистрировались нарушения сердечного ритма и проводимости.

БИМ была зарегистрирована у 35,0% обследованных, суммарная продолжительность БИМ до 60 мин у 2 пациентов, а свыше 60 мин – у 4. Наиболее часто БИМ выявлялась в ночное время суток, чем в дневное время (у 4 и 2 соответственно). Депрессия сегмента ST на 1 мм выявлена у 2 обследованных, а на 2 мм – у 4. По результатам исследований показано, что депрессия ST уже на 0,5 мм увеличивает риск смерти.

У 90,0% больных при ХМ-ЭКГ выявлена желудочковая экстрасистолия. Зарегистрированы также атриовентрикулярная блокада (АВ) блокада I ст. у 1 пациента, II ст. у 3. Мерцательная аритмия зарегистрирована у 20% больных.

Выводы. Таким образом, применение ХМ-ЭКГ позволило выявить БИМ у 35,0% людей пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС и АГ. БИМ у них возникает чаще в ночное время, характеризуется высокой распространенностью, сочетается с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Данному контингенту пациентов показано проведение ХМ-ЭКГ с целью выявления БИМ, для диагностики нарушений ритма и проводимости сердца и своевременной коррекции лечения. Этот метод позволил не только точно поставить диагноз, но и существенно повысить эффективность лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мартынов И.В., Верткин А.Л., Жаров Е.И., Мартынов А.И. Безболевая ишемия миокарда глазами клинициста. // Клин. медицина. 1991. № 8. С. 6–22.
2. Коняева Е.Б., Косенко А.И., Дубов П.Б. и др. Безболевое снижение сегмента ST при суточном мониторировании ЭКГ у больных гипертонической болезнью. // Тер. Архив. 1991. № 4. С. 4–6.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения в России. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. М. 2002. С. 5–7.
4. Hypertensive heart disease: a complex syndrome or a hypertensive «cardiomyopathy». Eur Heart J 2000; 21(20):1653–66.
5. Лутай М.И. От лечения ИБС к профилактике внезапной смерти. // Материалы X юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы терапии». Винница, 2003. С. 23–25.

Резюме

Н.К. Рахимжанова

К ПРОБЛЕМЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В работе дается оценка информативности ХМЭКГ для диагностики БИМ у лиц пожилого и старческого возраста. Обследовано 20 пациентов с ИБС и АГ. Всем больным проведено ХМ-ЭКГ: суточное мониторирование с полной записью ЭКГ на аппарате Schiller, Швейцария. Применение ХМ-ЭКГ позволило выявить БИМ у 35,0% людей пожилого и старческого возраста, страдающих ИБС и АГ. Проведенные исследования позволили диагностировать скрытые изменения, диагностировать БИМ и провести адекватную коррекцию терапии.

**Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)**

УДК 616.1-08

А.О. СЫДЫКОВА, М.В. ИЛЬИНА, З.А. КАСЕНОВА

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Центральная клиническая больница УДП РК

Артериальную гипертензию (АГ) рассматривают, как один из основных факторов риска развития цереброваскулярной патологии, ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Последние являются самой частой причиной смертности и стойкой утраты трудоспособности. На их долю приходится наибольшее число случаев внезапной смерти [1].

Очень важно назначать комбинированную терапию уже на старте лечения больным, имеющих не только АГ II–III степени, но и при более низких значениях при наличии у пациента субклинического поражения органов-мишеней (ИБС, ХСН) [2].

Недавнее появление на казахстанском фармацевтическом рынке препарата Эксфорж (фиксированной комбинации амлодипина и валсартана) стало заметным событием, поскольку в распоряжении практикующих врачей впервые появилось лекарственное средство, объединившее преимущества двух современных классов антигипертензивных препаратов – антагонистов кальция (АК) и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА). Как показало исследование PREVENT в подгруппе больных ИБС со стенозом коронарных артерий >70%, Эксфорж достоверно замедляет прогрессирование коронарного атеросклероза, а также имеет протективный эффект в отношении артериальной стенки [3].

Целью нашего наблюдения являлась оценка антигипертензивной эффективности и безопасности лечения препаратом эксфорж у больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование были включены 26 пациентов (16 женщин и 10 мужчин), средний возраст которых составил $65,2 \pm 4,5$, а длительность АГ $12,5 \pm 5,3$ лет. У пациентов была диагностирована АГ II степени и сопутствующие ИБС и ХСН.

Для оценки эффективности и безопасности препарата Эксфорж проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), эхокардиография (эхоКГ), ЭКГ, общие клинические исследования. Суточное мониторирование АД включало:

средние суточные значения систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), их вариабельность и показатели индекса времени (ИВ). По результатам эхоКГ оценивали толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), определяли конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР) левого желудочка, диаметр левого предсердия (ЛП). Рассчитывали объем левого желудочка в систолу (КСО) и в диастолу (КДО). Определяли ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ).

Терапевтические дозы Эксфорж подбирались индивидуально с 5 мг/80 мг до 10 мг/160 мг в сутки. При подборе оптимальной терапевтической дозировки ориентировались на самочувствие пациентов и динамику артериального давления. Безопасность препарата изучалась с помощью клинического и биохимического анализов крови (мочевина, креатинин, билирубин, холестерин, глюкоза), общего анализа мочи и инструментальных методов исследования (ЭКГ), которые проводились до и после 8 недель лечения.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что через 8 недель отмечено достоверное снижение АД: среднее САД на 21,2%, среднее ДАД на 12,5%, показатели индекса времени гипертензии – ИВ САД на 61%, ИВ ДАД на 54%.

Оценка показателей центральной геодинамики к концу 8 недель лечения показало уменьшение КСО на 19% и КДР на 16%, увеличению ФВ на 21,5%. Биохимические показатели крови (глюкоза, билирубин, мочевина, креатинин, холестерин) на фоне терапии не изменялись. Отмечалось улучшение признаков и симптомов ХСН, таких как одышка, повышенная утомляемость, периферические отеки, хрипы. Переносимость Эксфоржа у всех больных была хорошей, побочных эффектов не было.

Результаты наблюдения позволяют сделать вывод, что Эксфорж надежно контролирует уровень АД в течение суток, достоверно снижает средесуточные показатели САД и ДАД, тем самым приводя к уменьшению выраженности признаков и симптомов сердечной недостаточности и улучшению качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бубнова М.Г., Оганов Р.Г. Лечение пациентов с артериальной гипертонией и дополнительными факторами риска в клинической практике. // Тер. Архив. 2009. № 9 (81). С. 1–4.
2. Карпов Ю.А., Чазова И.Е., Вигдорчик А.В. Эффективность и безопасность фиксированной комбинации амлодипина и валсартана в лечении артериальной гипертонии // Системные гипертензии. 2010. № 4. С. 14–20.
3. Mancini G.B., Miller M.E., Evans G.W. et al. Post hoc analysis of coronary findings from the prospective randomized evaluation of the vascular effects of the Norvasc trial (PREVENT). Am J Cardiol 2002; 89: 1414–6.

Резюме

А.О. Сыдыкова, М.В. Ильина, З.А. Касенова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В статье описаны результаты оценки эффективности и безопасности применения препарата Эксфорж у 26 больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью. Эксфорж надежно контролирует уровень АД в течение суток, достоверно снижает средесуточные показатели САД и ДАД, приводя к уменьшению выраженности признаков и симптомов сердечной недостаточности и улучшению качества жизни.

УДК 616.1

С.Г. БАЖИКОВА, Ж.М. ИСНИЯЗОВА, Р.К. КАЛЫБАЕВА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС У ЖЕНЩИН

Центральная клиническая больница УДП РК

Диагностика стенокардии у женщин представляет определенные трудности. В настоящее время нет ни одного неинвазивного теста, позволяющего надежно выявить у женщин ишемическую болезнь сердца (ИБС), которая традиционно рассматривается как болезнь мужчин среднего возраста, что часто приводит к недооценке риска ИБС у женщин. Несмотря на существенные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), они остаются основной причиной смерти женщин в большинстве стран мира. Летальность от ССЗ в группе женщин составляет 55%, в то время как в группе мужчин – 43%. Диагностика ИБС у женщин представляет большие сложности по сравнению с мужчинами. У них чаще выявляют нетипичные для стенокардии боли и в большом проценте случаев отсутствуют электрокардиографические признаки заболевания [1].

Кроме того, многие диагностические тесты показали свою ограниченную пригодность в отношении диагностики ИБС у женщин. Нагрузочные тесты часто трудно интерпретировать, приблизительно в половине случаев их результаты могут быть ложноположительными. Чувствительность субмаксимальной нагрузочной пробы (при оценке по критериям ЭКГ) в диагностике стенозирующего коронарного атеросклероза составляет в среднем 65–75%, специфичность – 50–70% [2]. Поэтому своевременная оценка факторов риска ИБС у женщин и повышение диагностической точности нагрузочных проб представляется важной в практическом отношении задачей.

Цель нашей работы – оценить информативность велоэргометрии в диагностике ИБС у женщин.

Материалы и методы. У 26 женщин в возрасте от 42 до 66 лет с болевым синдромом, требующих верификации ИБС, проводилась оценка коронарного резерва по данным велоэргометрии. Пациентки имели атипичный болевой синдром и факторы риска развития ИБС. Проведенное комплексное обследование включало стандартную ЭКГ, ВЭМ. В качестве стресс-агента применяли физическую нагрузку на велоэргометре фирмы Ergoleine (Германия) с использованием автоматизированной системы для регистрации и интерпретации ЭКГ в системе 12 общепринятых отведений. Начальный уровень нагрузки составлял 25 Вт с последующим приростом в 25 Вт через каждые 3 минуты. Основанием для прекращения теста служили общепринятые критерии завершения нагрузочных проб или достижение субмаксимальной возрастной частоты сердечных сокращений ЧСС.

Результаты. Проведен анализ нагрузочной пробы и анализ факторов риска. Анализ факторов риска ИБС выявил курение у 2 (7,7%) женщин, ожирение I степени у 8 женщин (30,8%), II степени – у 2 женщин (7,7%). При анализе сопутствующих заболеваний обращала на себя внимание высокая частота артериальной гипертензии (АГ), наблюдавшаяся у 10 (38,5%) женщин, из них АГ I степени у 4 (15,4%) пациенток, АГ II степени – у 6 (23%). Сахарным диабетом II типа страдали 3 (11,5%) женщины. Отягощенная наследственность по ИБС выявлена у 8 женщин (30,8%).

Положительный результат ВЭМ наблюдался у 4 (15,4%) пациенток, отрицательный с высокой толерантностью к физической нагрузке – 14 (53,8%), сомни-

тельный – 2 (7,7%), незавершенный – 6 (20,7%), т. е. проба с недостигнутым субмаксимальным ЧСС вследствие отказа больной от дальнейшего выполнения нагрузки из-за болей в икроножных мышцах, сильной утомляемости. При положительных результатах нагрузочной пробы по ЭКГ критериям у всех обследуемых женщин наблюдался болевой синдром в груди различной степени выраженности или дискомфорт. Неадекватное повышение АД во время нагрузки наблюдалось у 5 (19,2%) пациенток, нарушение ритма по типу наджелудочковой и желудочковой экстрасистол – у 3 (11,5%), переходящий феномен WPW – у 1 (3,8%) больной, у 2 пациенток отмечалось нивелирование слабоотрицательного зубца Т в грудных отведениях.

Учитывая, что чувствительность и специфичность нагрузочных проб при диагностике ИБС у женщин не очень высока и требует осторожной интерпретации результатов, а также то, что отрицательный результат нагрузочного теста у женщин предполагает отсутствие ИБС и низкий риск неблагоприятного исхода в ближайшие несколько лет, у наших обследуемых пациенток удалось надежно исключить ИБС в 53,8% случаев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лошакова О.Д., Никулина Н.Н., Якушин С.С. Трудности диагностики ИБС у женщин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. № 2. С. 220–220.
2. Коц Я.И., Яковлева Н.Д. Синдром утомления при хронической сердечной недостаточности: способы оценки. // Сердечная недостаточность. 2008. № 1. С. 38–40.

Резюме

С.Г. Бажикова, Ж.М. Исниязова, Р.К. Калыбаева

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГРУЗОЧНЫХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС У ЖЕНЩИН

В статье дана оценка информативности велоэргометрии у 26 женщин в возрасте от 42 до 66 лет с болевым синдромом, требующим верификации ИБС. Положительный результат ВЭМ наблюдался у 4 (15,4%) пациенток, отрицательный с высокой толерантностью к физической нагрузке – у 14 (53,8%), сомнительный – у 2 (7,7%), незавершенный – у 6 (20,7%). Учитывая, что отрицательный результат нагрузочного теста у женщин предполагает отсутствие ИБС и низкий риск неблагоприятного исхода в ближайшие несколько лет, у наших обследуемых пациенток удалось надежно исключить ИБС в 53,8% случаев.

Ж.О. АДИБАЙ, А.Б. ОСПАНБЕКОВА

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г. Алматы

Абдоминальная ишемическая болезнь (АИБ) – хроническое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей, которая приводит к возникновению боли, функциональным, органическим и морфологическим изменениям в кровоснабжаемых органах [1].

Ишемические поражения кишечника занимают 3-е место среди других форм АИБ и встречаются в 22% случаев. Ишемическая болезнь кишечника вызывается острой или хронической недостаточностью кровотока в отдельных участках или во всех отделах кишечного тракта. Причиной исходного снижения кровотока ТК могут быть органические, функциональные и комбинированные изменения кровотока по ветвям брюшной аорты. Самым частым органическим фактором является атеросклеротическое поражение непарных висцеральных ветвей брюшной аорты, которое определяется в 78,5% случаев. Актуальность изучения течения ишемического поражения ТК связана с наиболее высокой возможностью возникновения тяжелых хирургических осложнений, таких как кровотечение, инфаркт, гангрена, стриктура ТК. Диагностика данной патологии вызывает затруднения из-за вариабельности симптомов и требует комплексного обследования больного [2].

Цель – выявление атеросклеротического поражения сосудов брюшной полости у больных хроническим неязвенным колитом для коррекции лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 25 больных с хроническим колитом в возрасте от 50 до 79 лет и давностью заболевания от 10 до 30 лет. Клинические проявления заболевания у 70% больных характеризовались нарушениями пищеварения (снижение аппетита, чередование поносов и запоров, вздутие живота), у 75% пациентов – наличием боли в животе приступообразного характера, возникающей после приема пищи, которая уменьшается при резком ограничении приема пищи. У 2% наблюдались кишечные кровотечения, повышение температуры тела, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Атеросклеротическое поражение абдоминального отдела аорты и ее висцеральных ветвей верифицировано ультразвуковой доплерографией (УЗДГ). Основными признаками атеросклероза при УЗДГ являлось уплотнение и утолщение стенки артерии, увеличение индекса резистентности сосудистой стенки, наличие атеросклеротических бляшек, неполное прокрашивание просвета сосуда при ультразвуковом дуплексном сканировании, изменение спектра доплеровской кривой и изменение типа кровотока (магистрально измененный, ретроградный, коллатеральный).

Моторную функцию толстого кишечника изучали посредством рентгенологического контроля за пассажем бария по толстой кишке. Эндоскопическая характеристика состояния слизистой толстого кишечника дана при колоно- и /или ректороманоскопии. С целью оценки реактивной трансформации при хронической ишемии кишки производилась биопсия слизистой толстой кишки с последующим морфологическим исследованием препаратов.

Проведенные лабораторные исследования липидного спектра крови выявили дислипидемию в 89% случаев. При копрологическом исследовании обнаружили большое количество слизи, нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон, соединительной ткани, что свидетельствует о нарушении переваривания и абсорбции в кишечнике (может обнаруживаться кровь в кале).

Результаты. Комплексное обследование больных показало, что при УЗДГ признаки атеросклероза выявлены у 43% наблюдавшихся больных, нарушение моторной функции кишечника – у 95%, морфологические изменения – у 100% больных. Дислипидемия выявлена у 89% больных.

Таким образом, исследование абдоминального отдела аорты и ее висцеральных ветвей методом УЗДГ в комплексном обследовании пациентов с хроническим неязвенным колитом пожилого и старческого возраста способствует выявлению атеросклеротического поражения абдоминального отдела аорты и ее висцеральных ветвей и указывает на необходимость проведения патогенетического лечения (назначение лекарственных средств, улучшающих кровоснабжение толстой кишки).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Афанасьева Е.Д.* Дуплексное сканирование сосудов брюшной полости. // Функциональная диагностика в кардиологии. 2002, 2:246–252.
2. *Федотова Е.В., Костылев С.А., Попов В.А.* Допплеровское исследование нижней брыжеечной артерии при хронической ишемии толстого кишечника. // Медицинский журнал. 2003. № 11. С. 23–25.

Резюме

Ж.О. Адидбай, А.Б. Оспанбекова

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

В работе описаны результаты обследования 25 больных хроническим неязвенным колитом. Применение различных параклинических методов: УЗДГ, рентгенконтроля за пассажем бария по толстой кишке, колоно-, ректороманоскопии и морфологического исследования слизистой толстой кишки, позволило верифицировать атеросклеротическое поражение сосудов кишечника, что важно для проведения коррекции в лечении.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДОМ МСКТ

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Прогресс в развитии медицинской техники и внедрение в широкую практику спиральной компьютерной томографии значительно расширили возможности диагностики абдоминальной патологии. Однако диагностика малых онкологических процессов, а также оценка сосудов брюшной полости остаются актуальной задачей, так как требуют индивидуального диагностического подхода с использованием различных видов контрастирования. Варианты метода упоминаются в отечественной и зарубежной литературе, с индивидуальными особенностями в зависимости от используемой аппаратуры (16-, 32-срезовые и другие томографы, различные модели инжекторов и контрастные препараты) [1–3].

Цель. Оценить эффективность оптимизированного протокола МСКТ с первичным двойным контрастированием в диагностике заболеваний брюшной полости.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 пациента, которым с диагностической целью было необходимо проведение МСКТ. Возраст больных варьировал от 39 до 87 лет. Женщины и мужчины – в равных соотношениях (по 50,0%). Всем пациентам уже была проведена компьютерная томография, однако для уточнения диагноза предпринято более точное исследование по оптимизированному нами протоколу. У 90,0% больных была сочетанная патология органов брюшной полости: заболевания панкреатодуоденальной системы (хронический панкреатит, состояние после панкреатодуоденальной резекции), печени (подозрение на эхинококкоз печени, очаговое поражение печени вторичного (MTS) характера, хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза), селезенки и почек (хронический пиелонефрит, новообразование у ворот почек и др.).

Исследование проводили при помощи 64-срезового мультиспирального компьютерного томографа Somatom Definition (Siemens) в режиме спиральной КТ с использованием автоматического инжектора для болюсного введения контрастного вещества. Первым этапом исследования выполнялось МСКТ с пероральным контрастированием (300 мл 5% Ультрависта за 30 мин. до исследования), затем – болюсное введение 80–100 мл контрастного препарата (Визипак) со скоростью 4 мл/сек и трехфазное исследование брюшной полости в артериальную (портальную – при необходимости), венозную, и отсроченную фазы. Далее с помощью программного приложения сканера проводили визуальный (качественный) и количественный анализ полученных срезов, где проводили детальную оценку структур брюшной полости, включая сосуды.

Результаты. У всех прошедших обследование по предложенной методике больных была достигнута поставленная цель: уточнен диагноз, детализирована имеющаяся патология, которая и определила дальнейшую терапевтическую тактику.

Использовавшийся ранее метод контрастирования включал в себя внутривенное введение контрастного препарата без использования автоматического инжектора и редко сочетался с пероральным введением, что не позволяло оценить состояние сосудов брюшной полости, динамику накопления и выведения контрастного вещества паренхиматозными органами и дополнительными образованиями при их наличии.

Анализ полученного материала показал, что разработанный нами подход обеспечил охват широкого спектра диагностических задач и позволил оценить как состояние артериальных и венозных сосудов, так и состояние паренхиматозных и полых органов брюшной полости, с учетом возможностей 64-срезового МСКТ аппарата.

Выводы. Таким образом, КТ-ангиография, входящая в исследование, является адекватной заменой инвазивной и дорогостоящей ангиографии, что значительно снижает риск для пациента, а также время и средства, потраченные на диагностику. А предлагаемый способ повышает эффективность диагностики, так как позволяет оценить артериальные и венозные сосуды брюшной полости, а также при наличии новообразований – с высокой точностью оценить распространенность процесса.

СПИСОК ИСПОЛЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Fleischmann D.* Present and future trends in MSCT applications: CT angiography. *Eur Radiol* 2002; 12:S11–S16.
2. *Prokop M., Galansky M.* Spiral and Multislice computed body tomography. – Thieme, 2003. 1090 p.
3. *Rubin G.D., Shiau M.C.* et al. Aorta and iliac arteries^ single versus multiple detector row helical CT angiography. *Radiology* 2000, 215:670–676.

Резюме

Н.С. Лопанова

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДОМ МСКТ

В работе дана оценка эффективности оптимизированного протокола МСКТ с первичным двойным контрастированием в диагностике заболеваний брюшной полости. Показано, что КТ-ангиография, входящая в исследование, является адекватной заменой инвазивной и дорогостоящей ангиографии, что значительно снижает риск для пациента, а также время и средства, потраченные на диагностику. Предлагаемый способ повышает эффективность диагностики, так как позволяет оценить артериальные и венозные сосуды брюшной полости, а также при наличии новообразований – с высокой точностью оценить распространенность процесса.

МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО РИНОСИНУСИТА – АДЕНОИДИТ И ТОНЗИЛЛИТ

г. Есик, Алматинская область

Риносинусит – бактериальная или вирусная инфекция слизистой оболочки полости и придаточных пазух носа, встречается у детей и взрослых с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Риносинуситы, как одна из форм инфекции верхних дыхательных путей, едва ли не наиболее частая патология, с которой сталкиваются участковые терапевты и педиатры. По данным американских исследователей, 4,6% всех обращений к врачу общей практики приходится на случаи риносинуситов [1]. Наличие на протяжении года от 2 до 4 эпизодов острого риносинусита указывает на рецидивирующее течение заболевания [2]. По данным некоторых зарубежных авторов, на латентные формы синуситов у взрослых приходится от 57 до 86% случаев [15]. По данным некоторых исследователей, на долю *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* приходится 70% острых синусит у детей [3, 4, 5, 6].

В течение многих десятилетий вопрос о выборе тактики лечения гипертрофии глоточной миндалины (аденоиды) и гипертрофии небных миндалин (хронический тонзиллит) остается открытым. Хронические заболевания лимфоглоточного кольца являются доминирующей патологией, при которой дети наблюдаются у отоларинголога и педиатра.

Цель исследования. Доказать, что причиной аденоидита, тонзиллита, гиперпластического фарингита, рецидивирующего ларингита, регионарного лимфаденита, а также сочетанной патологии является хронический риносинусит, протекающий латентно и манифестирующий отеком (гиперплазией) носовых раковин.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 80 человек (40 детей, 40 взрослых). Обследовано 40 детей с диагнозом аденоидит (гипертрофия аденоидов 2–3 степени – 100%).

В анамнезе острый риносинусит не отмечался. В возрасте от 2–5 лет – 20 чел. В возрасте 6–12 лет – 20 чел. Затрудненное носовое дыхание периодически – 21 чел. Затрудненное носовое дыхание постоянно – 19 чел. Из них – проведена аденотомия 1 год назад – 2 чел., от 3 до 5 лет назад – 16 чел.

Сопутствовали гипертрофия небных миндалин 2–3-й степени – у 95%, гиперплазия эпителия задней стенки глотки – у 51%, рецидивирующий ларингит в анамнезе – у 10,2%, регионарный лимфаденит подчелюстных, тонзиллярных, шейных лимфоузлов – у 72%.

В клинической практике вышеуказанные нозологические единицы в чистом виде встречаются крайне редко. Выявлены системные реакции со стороны периферического отдела иммунной системы:

1. Аденоидит, тонзиллит, регионарный лимфаденит, гиперпластический фарингит.

Аденоидит, рецидивирующий ларингит (часто со стенозом), регионарный лимфаденит.

2. Аденоидит, гиперпластический фарингит, рецидивирующий бронхит и т. д.

При осмотре полости носа обращает на себя внимание отек (гипертрофия) носовых раковин – у 40 чел. (100%); отек двусторонний только средних носовых раковин – у 9 чел. (22,5%); отек только нижних носовых раковин – у 11 чел. (20,7%), из них отек

нижних носовых раковин с обеих сторон – у 4 чел. (36,3%), отек нижней носовой раковины с одной (или преимущественно с одной стороны) – 7 чел. (63,6%). Сочетанные изменения – отек средних и нижних носовых раковин – у 20 чел. (50%).

Всем детям проведены бактериологические и цитоморфологические исследования мазков из носа. Рентгенограмма придаточных пазух носа.

Обследовано также 40 взрослых с диагнозами: хронический фарингит (гиперпластический, смешанный) – 28 чел. (70%), хронический фарингит боковых валиков глотки – 22 чел. (55%), острый лимфаденит в анамнезе – 5 чел. (12,5%), увеличены плотные регионарные лимфоузлы – 38 чел. (95%), периодическая осиплость голоса – 13 чел. (32,5%), хронический ларингит – 2 чел. (5%), хронический тонзиллит, гипертрофия небных миндалин, глубокие лакуны, пробки в лакунах – 17 чел. (42,5%).

При осмотре полости носа у взрослых выявлен отек нижних носовых раковин – с одной или преимущественно с одной (при двустороннем отеке) стороны – у 31 чел. (77%).

Проведены дополнительные методы исследования: МРТ, КТ придаточных пазух носа, цитоморфологические и бактериологические исследования мазков из носа.

Результаты исследования. На рентгенограмме придаточных пазух носа у детей выявлены изменения, характерные для риносинусита – пристеночное или тотальное затемнение решетчатых и верхнечелюстных пазух носа.

В мазках от 95 до 100% нейтрофилов, кокки от + до +++++. При бактериологическом исследовании выделены *St. aureus*, *Str. pneumoniae*, *E. coli*, *Haemophilus influenzae*.

В результате исследования у взрослых выявлено в 100% случаев изменения в придаточных пазухах носа от пристеночного до тотального затемнения в верхнечелюстных, решетчатых пазухах. А также явления пансинусита (15% случаев). В 73% случаев гиперплазия нижней носовой раковины отмечается контрлатерально гиперплазии и отеку в гайморовой пазухе.

При бактериологическом исследовании выделены – *st. aureus*, *str. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *str. pyogenes*, *H. influenzae*.

При цитоморфологическом исследовании: нейтрофилы – от 70 до 100%.

Таким образом, изменения со стороны лимфоидных органов: хронический аденоидит, хронический тонзиллит, хронический гиперпластический фарингит, хронический фарингит заднебоковых валиков глотки, хронический ларингит, регионарный лимфаденит (как нозологические единицы и их сочетания) – являются системными реакциями со стороны периферического отдела иммунной системы и указывают на наличие хронического воспалительного процесса в придаточных пазухах носа, протекающего, в том числе, и в латентной форме. Эти реакции могут являться маркерами хронического риносинусита, протекающего латентно. Эти изменения могут использоваться для дополнительной диагностики при выявленной при осмотре полости носа гипертрофии (или преимущественной гипертрофии) нижней носовой раковины с одной стороны. При этом целесообразно рентгенологическое исследование пазух носа и лабораторное цитоморфологическое и бактериологическое исследование мазков из носа. При обнаружении пристеночного или тотального затемнения гайморовой пазухи, контрлатеральной гипертрофии (или преимущественной гипертрофии) нижней носовой раковины, нейтрофильного лейкоцитоза при цитоморфологическом исследовании и патогенной микрофлоры при бактериологическом исследовании, – диагностируют хронический риносинусит, протекающий латентно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богомильский М.Р. Диагностика и эмпирическое лечение острых синуситов у детей. // Лечащий врач, № 1. 2000.
2. Богомильский М.Р. Основные принципы лечения синуситов у детей. // Лечащий врач, № 8. 2001.
3. Evans K.L. Diagnosis and management of sinusitis. // B. M. J. 1994; 309:1 415–20.
4. Ferguson B.J. Acute and chronic sinusitis // Postgrad. Med. 1995; 97: 45–57.
5. Lindbaek M., Hjortdahl P., Johnson U.L.H. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus infections in adults. // B.M.J. 1996; 313: 325–9.
6. Lindbaek M., Hjortdahl P., Johnsen U. Acute sinusitis require antibiotic treatment. // B.M.J. 1996; 313:325–329.

Резюме

А.К. Алдаров

МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО РИНОСИНУСИТА – АДЕНОИДИТ И ТОНЗИЛЛИТ

Изменения со стороны лимфоидных органов хронический аденоидит, хронический тонзиллит могут являться маркерами хронического риносинусита, протекающего латентно. При обнаружении пристеночного или тотального затемнения гайморовой пазухи, контрлатеральной гипертрофии нижней носовой раковины, нейтрофильного лейкоцитоза при цитоморфологическом исследовании и патогенной микрофлоры при бактериологическом исследовании, – диагностируют хронический риносинусит, протекающий латентно.

Здоровье и болезнь
2011, № 6 (101)

УДК 6.16.8.-08

*К.И. ТАИРОВА, Н.А. ОДАРЧЕНКО, Д.Т. КАРИБАЕВА,
Г.А. НЫСАНБАЕВА, К.С. АСАНОВА, Д.Б. ЖЕКЕМБИЕВА*

ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТОВЫХ ВАНН ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Центральная клиническая больница УДП РК, г. Алматы

Достиженные за последние годы успехи в изучении молекулярно-биологических механизмов позволяют по-новому взглянуть на проблему невротических состояний организма [1].

Доказано, что с возрастом или под воздействием неблагоприятных экологических условий, нервно-стрессовых состояний происходят необратимые изменения в клетках тканевых структур нервной системы человека, связанные с исчезновением из них изотопа углерода ^{13}C ($\text{C}13$), «отвечающего» в организме за молодость и здоровье клеток. Человек начинает очень быстро слабеть, стареть и часто болеть. В пантовом порошке обнаружено избыточное количество изотопа $\text{C}13$, который в таком количестве нигде не встречается. Именно в пантах марала накапливаются биологически активные целебные вещества, содержащиеся в особом корне, который поедают маралы [2]. На основе вытяжки из неокостеневших рогов марала и проводят водные лечебные процедуры – пантовые ванны.

Пантолечение считается эффективнейшим средством при лечении всех невротических, астенических состояний, также повышает иммунную защиту организма, устраняет физическое и умственное переутомление, замедляет процесс старения организма, нормализует артериальное давление, устраняет боли в спине и суставах, улучшает самочувствие в климактерический период у женщин, восстанавливает дисменорею у

женщин, потенцию у мужчин, повышает упругость и эластичность кожи, обладают омолаживающим косметическим эффектом [3].

Цель – оценить эффективность применения пантовых ванн в комплексном лечении невротических состояний.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 пациентов с невротическими состояниями (1 группа), из них 9 мужчин и 11 женщин. У наблюдавшихся больных имелась следующая патология: «астено-невротический синдром» – у 5 больных, при этом у 2 из них с сопутствующей артериальной гипертензией 1–2-й степени; «вегетососудистая дистония» – у 5 пациентов, «дисциркуляторная энцефалопатия» – у 5 пациентов и у 5 больных имела место смешанная патология (невротический синдром + простатит, половая дисфункция). Распределение пациентов по возрасту было таким: от 20 до 30 лет – 10,0%, от 30 до 40 лет – 35,0%, от 40 до 50 лет – 55,0%.

Контрольную группу больных (2-я группа) составили пациенты с аналогичной патологией, соответствующие по возрасту, полу исследуемой группе.

Пациенты обеих групп получали медикаментозное лечение, но в 1-й группе в комплексе с пантовыми ваннами. Процедура проводилась ежедневно длительностью 15–20 минут, температура воды составляла 38°–39°, пантовый отвар добавлялся в объеме 250 мл/ванну. Курс лечения 10 процедур.

Результаты. После 5 процедур 70% пациентов 1-й группы отметили улучшение общего состояния – восстановление сна, повышение работоспособности, улучшение настроения и др., после 8–10 процедур – 95% пациентов. Остальные 5% пациентов улучшение отметили через 7–10 дней после курса лечения, что свидетельствует о вероятности пролонгированного действия и отдаленных позитивных результатах. У двух больных с хроническим простатитом к концу 2-й недели уменьшилась половая дисфункция. 70% пациентов женского пола после получения процедур отметили их омолаживающий эффект на кожу лица. У больных с сопутствующей артериальной гипертензией 1–2-й ст. наблюдалось снижение артериального давления.

Анализ результатов у больных 2-й группы, получающих только медикаментозное лечение, показал, что процесс выздоровления по поводу невротического состояния был продолжительнее и составил 2–3 недели.

Таким образом, пантовые ванны являются эффективным компонентом комплексной терапии невротических состояний, потенцирующим медикаментозное лечение.

СПИСОК ИСПОЛЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казначеев В.П. Актуальные проблемы курортологии. // Новосиби. – 2003. 118 с.
2. Казначеев В.П. Применение ультрадисперсного порошка пантов в сочетании с пихтовым маслом в бальнеотерапии: Метод. реком. – М. 2003. – 15 с.
3. Козлов Б.И., Фролов Н.А. Исследование эффективности применения пантовых препаратов в профилактике астенических состояний и улучшении физической работоспособности – Барнаул. – 2009. – 145 с.

Резюме

*К.И. Таурова, Н.А. Одарченко, Д.Т. Карибаева,
Г.А. Нысанбаева, К.С. Асанова, Д.Б. Жексембиева*

ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТОВЫХ ВАНН ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

В статье оценена эффективность применения пантовых ванн в комплексном лечении невротических состояний. Результаты исследования продемонстрировали, что пантовые ванны являются эффективным компонентом комплексной терапии невротических состояний, потенцирующим медикаментозное лечение.

В.В. БАЛКОВОЙ, Е.А. ЖАРМУХАМБЕТОВ, М.Н. МАЙЛЫБАЕВ

ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ГЕАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Центральная клиническая больница УДП РК

Гемангиомы – это доброкачественные, медленно растущие сосудистые опухоли. Излюбленным местом локализации костных гемангиом является позвоночный столб. По данным разных авторов, гемангиомы тел позвонков встречаются в популяции у 1,5–11% населения, чаще страдают женщины, у детей выявляются крайне редко. Пик заболеваемости приходится на второе-третье десятилетие жизни. Опухоль увеличивается с возрастом, после травм, может происходить активизация опухолевого процесса в третьем триместре беременности. Наиболее часто, в 76–80% случаев, поражается грудной отдел позвоночника, затем по частоте встречаемости следует поясничный отдел. Шейный и крестцово-копчиковые сегменты поражаются крайне редко. Как правило, страдает один позвонок, однако могут обнаруживаться и многоуровневые локализации – гемангиоматоз, который наблюдается в 10–15,5% [1–3].

Большинство гемангиом имеет доброкачественное течение, и обнаруживают их случайно при выполнении компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Они не увеличиваются в размерах и не требуют лечения. Однако в 3–4% случаев гемангиомы позвоночного столба проявляют себя агрессивно, сопровождаются развитием клинической симптоматики, компрессионными переломами, сдавлением спинного мозга.

Методами лечения агрессивных гемангиом являются: лучевая терапия, алкоголизация, эмболизация, открытые вмешательства, вертебропластика, комбинированные методики. Применение лучевой терапии имеет ряд недостатков: не восстанавливает целостность позвонка и не останавливает развитие компрессионного перелома, достаточно большая лучевая нагрузка, высокая частота лучевого поражения нервных структур (радиационные миелиты, плекситы, радикулиты), нецелесообразно ее применение у молодых людей, беременных, оказывает негативное влияние на кожу и мягкие ткани. Алкоголизация – введение в гемангиому 96% этилового спирта – способствует склерозированию опухоли. Однако через несколько месяцев у пациентов может развиваться остеонекроз с компрессионным переломом, в ряде случаев со сдавлением спинного мозга, что заставляет прибегать к открытому вмешательству с использованием стабилизирующих систем. Открытые операции сопровождаются массивной кровопотерей и приводят к дестабилизации позвоночно-двигательного сегмента.

В настоящее время пункционная вертебропластика является методом выбора для лечения агрессивных гемангиом позвоночника. Она применяется как отдельная чрескожная методика, а также в составе комбинированных вмешательств.

Цель исследования. Оценка результатов пункционной вертебропластики при гемангиомах тел позвонков с использованием композитного материала.

Материалы и методы. С 2010 года в условиях больницы внедрена малоинвазивная операция – чрескожная вертебропластика. За это время нами пролечено 27 больных (86% – женщины, 14% – мужчины) в возрасте от 29 до 79 лет, которым проводилась чрескожная пункционная вертебропластика, из них по поводу лечения гемангиом тел позвонков – 3-м женщинам.

Все пациентки предъявляли жалобы на прогрессирующие боли в спине, плохо купирующиеся нестероидными противовоспалительными препаратами. При дообсле-

довании МРТ- и КТ-методами выявлены гемангиомы: L3, L4, Th8 позвонков. Произведена операция – чрезкожная вертебропластика. Суть методики заключалась в пункции тела пораженного позвонка с последующим введением рентгенконтрастного костного цемента. Опыт таких операций показал, что заполнение гемангиомы костным цементом прекращает рост опухоли, надежно стабилизирует тело позвонка, обеспечивает хороший клинический эффект.

Результаты. Во всех случаях операции прошли без осложнений. Болевой синдром полностью регрессировал. Качество жизни на преморбидном уровне. Пациентки выписаны уже на 4–6-й день после операции.

Заключение. Благодаря современным методикам обследования гемангиомы позвоночника выявляются чаще. Неагрессивные гемангиомы требуют динамического наблюдения, к агрессивным применяется хирургическая тактика. Методом выбора для лечения агрессивных гемангиом позвоночника является пункционная вертебропластика рентгенконтрастным костным цементом, поскольку данная операция является кардинальной и имеет хороший клинический эффект.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Педаченко Е.Г., Куцаев С.В.* Пункционная вертебропластика. – Киев: А.Л.Д., 2005. С. 173–229.
2. *Шевелев И.Н., Тиссен Т.П., Мышкин О.А.* Методика транскutánной транспедикулярной вертебропластики при гемангиомах тел позвонков. // Материалы 6-го международного симпозиума. СПб., 2001. С. 355–356.
3. *Гохфельд И.Г., Павлов Б.Б.* Гемангиомы позвоночника и их лечение: пункционная вертебропластика. // Международный неврологический журнал. 2010. № 1(31). С. 26–27.

Резюме

В.В. Балковой, Е.А. Жармухамбетов, М.Н. Майлыбаев

ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

В статье рассматриваются причины, распространенность болевого синдрома и неврологических расстройств у пациентов, страдающих гемангиомами позвоночника. Описана медицинская тактика при различных типах этих опухолей. Рассмотрены положительные и отрицательные стороны той или иной методики. Представлены собственные результаты лечения агрессивных гемангиом методом чрезкожной пункционной вертебропластики.

Н.Б. ПИНЧУК

УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время заболевания щитовидной железы являются одними из самых распространенных в мире. Среди эндокринных заболеваний они занимают второе место после сахарного диабета. Соотношение мужчин и женщин среди больных с патологией данного органа 1:10–1:17. В эндемичных по зобу местностях (то есть территориях, где население предрасположено к этой патологии) заболевания щитовидной железы встречаются у 38,9% взрослых и 53,3% детей. Примерно 8% населения Земли страдают теми или иными заболеваниями этого органа. По данным ВОЗ, только за последние 5 лет абсолютный прирост числа вновь выявленных заболеваний в экономически развитых странах составил 51,8% среди женщин и 16,7% среди мужчин. Согласно медицинской статистике, до 3% в структуре онкологических патологий приходится на опухоли щитовидной железы. Ни один человек не застрахован от болезней, поражающих щитовидную железу, поскольку она является своеобразным органом-мишенью для воздействия вредных факторов, в частности, разного рода излучений. В этой связи, важно регулярно проводить анализ щитовидной железы посредством ультразвукового исследования. Такая диагностика своевременно зафиксирует воспалительные изменения, появление узловых образований и кист. Как известно, чем раньше обнаружена патология или ее зачатки, тем проще для самого пациента будет лечение. Сегодня самое распространенное заболевание щитовидной железы – гипотиреоз, который возникает из-за недостатка йода в организме. Нехватка йода приводит к снижению функции щитовидной железы, которая начинает вырабатывать недостаточное количество гормонов. Мало гормонов – значит, и мало энергии для работы организма. Отсюда – апатия, слабость, снижение памяти. Эндемический зоб – диффузное увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом поступления в организм йода. Среди заболеваний щитовидной железы наиболее распространены зоб диффузный токсический и аутоиммунный тиреоидит, которые рассматриваются как типичные аутоиммунные заболевания со сходным патогенезом, но различной клинической картиной, часто встречаются у кровных родственников. Группа инфекционно-воспалительных заболеваний щитовидной железы объединяет разные по клиническим проявлениям патологические состояния, характеризующиеся общими симптомами, связанными со сдавливанием окружающих щитовидную железу тканей и органов. Гипертиреоз – заболевание щитовидной железы, характеризующееся повышенной продукцией тиреоидных гормонов Т4 и Т3. Тиреотоксикоз – клинический синдром, обусловленный длительным повышением концентрации секретируемых щитовидной железой тиреоидных гормонов в крови и тканях. Тиреотоксикоз в 60–80% случаев обусловлен зобом диффузным токсическим, развивается также при избыточном поступлении в организм препаратов тиреоидных гормонов и препаратов, содержащих йод (йод-базедов), токсической аденоме (болезни Пламмера), аутоиммунном тиреоидите, повышенной чувствительности тканей к тиреоидным гормонам, тиреотропинпродуцирующей аденоме гипофиза, у новорожденных, родившихся у матерей с гиперфункцией щитовидной железы.

Целью нашего исследования явилось изучение сонографической картины щитовидной железы у 50 обследованных с подозрением на данную патологию.

Материал и методы. УЗИ с диагностической целью проведено у 50 больных в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст – $39,5 \pm 0,5$), среди них: женщин – 33, мужчин – 17.

Дифференциальную диагностику надо было проводить в связи с наличием возможной патологии щитовидной железы, симптомами которой были вялость, сонливость, ощущение кома в горле, бессонница, потеря веса, дрожание рук, учащенное сердцебиение, повышенная температура, повышенная возбудимость, потеря интереса к жизни и др. Нами изучались размеры, объем, эхоструктура тиреоидной ткани.

Результаты и обсуждение. Описание типичного положения щитовидной железы, а также формы ее долей для абсолютного большинства больных и здоровых людей не имеет принципиального значения. Частично загрудинная локализация нижних полюсов или иное anomальное расположение органа встречается крайне редко. Оценка симметричности величины долей лишена клинического смысла и не нужна, так как в норме как минимум три четверти здоровых людей имеют физиологическую асимметрию размеров всех парных органов. При измерении размеров щитовидной железы крайне важно помнить, что пространственную величину органа характеризует только суммарный объем железистой ткани, а отдельно определяемые линейные параметры (толщина, ширина и длина долей; в том числе и площадь их сечения в прямом или поперечном срезе) никакой смысловой нагрузки не несут (!). Для того и измеряется не менее трех линейных размеров каждой доли (в см), чтобы на их основании по формуле J. Brunn (1981 г.) рассчитать величину тиреоидного объема (в мл или в см³), равную сумме произведений трех размеров справа и слева, умноженной на поправочный коэффициент 0,479. Другие способы, формулы или поправки на иные индексы являются устаревшими и не соответствуют стандарту ВОЗ. Раздельный подсчет объема долей не проводится, поскольку только их суммарная величина отражает количество синтезирующей гормоны ткани. Довольно часто у пациентов с заболеваниями щитовидной железы имеется зоб – увеличение органа выше допустимых значений (нормальный объем у мужчин – 9–25 мл, у женщин – 9–18 мл; может быть определен с помощью ультразвукового исследования). Тиреоидный объем у обследованных нами больных выявил следующие изменения: увеличение тиреоидного объема – у 17 обследованных (34%); снижение – у 9 (18%); у 24 (48%) находился в пределах нормы (табл. 1).

Таблица 1

Сонографические показатели щитовидной железы у обследованных

Тиреоидный объем	Мужчины кол-во, %	Женщины кол-во, %	Всего
9–18 мл (25 мл)	13–76,5%	11–33,3%	24–48%
Менее 9 мл	1–5,9%	8–24,3%	9–18%
Свыше 18–25 мл	3–17,6%	14–42,4%	17–34%

В норме щитовидная железа несколько увеличивается в подростковом возрасте, при беременности, а также после наступления менопаузы. В зависимости от того, увеличивается весь орган или отдельная его часть, различают соответственно диффузный или узловой зоб. Приемлемой для клинической практики и адекватной для эндокринологов унифицированной классификации степеней увеличения тиреоидного объема (в отличие от пальпаторно-визуальной шкалы ВОЗ, 1994 г.) в мире нет. Для клинициста важен вопрос – отличается тиреоидный объем у обследуемого пациента от нормального стандарта? Степень отклонения от верхней границы нормы (при увеличении щитовидной железы, именуемой эндокринологами зобом, а в эхографии – тиро-

мегалией) или от нижнего лимита (при гипоплазии щитовидной железы) при желании может быть выражена только в процентах. Последняя информация (+% или –%) имеет второстепенное значение и необходима врачу лишь для динамического сравнения изменений абсолютного объема на фоне лечения при оценке его эффективности для коррекции дозы лекарственных препаратов. Сонографическая картина у обследованных нами больных выявила следующие изменения: изменение плотности и однородности щитовидной железы у 16 (32 %) больных. Эхогенность тиреоидной ткани. Снижение звукопроводящих свойств паренхимы щитовидной железы является «краеугольным камнем» в диагностике диффузных и очаговых вариантов ее патологии. Эхоструктура тиреоидной ткани. Нормальной (однородной) следует признавать только такую мелкоячеистую структуру железистой ткани, точечная гипозоногенная зернистость которой не превышает в диаметре 1 мм. При визуализации на таком фоне отличающихся по эхогенности участков констатируется неоднородный (гетерогенный) характер эхографической структуры, который в зависимости от распространенности этих изменений может соответствовать диффузной (неузловой) или очаговой (узловой) патологии щитовидной железы. Все больные с выявленными изменениями при УЗИ были направлены для дальнейшего обследования.

Выводы:

1. УЗИ щитовидной железы – самый доступный и эффективный метод диагностики. УЗИ щитовидной железы позволяет определить точные размеры железы, делает возможной диагностику воспалительных изменений, кист, узловых образований в железе.
2. Результаты ультразвукового исследования служат основой для постановки диагноза и разработки метода лечения, в случае обнаружения патологии. По результатам УЗИ щитовидной железы, также могут быть назначены дополнительные анализы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шилин Д.Е., Пыков М.И. Ультразвуковое исследование щитовидной железы. // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии. – М.: ВИДАР, 1998. С. 319–346.
2. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Пыков М.И., Рюмин Г.А. Способ диагностики аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. // Патент на изобретение № 2104531 от 10 февраля 1998.
3. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Пыков М.И. Способ диагностики зоба и гипоплазии щитовидной железы у детей. // Патент на изобретение № 2116752 от 10 августа 1998.
4. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Пыков М.И. Ультразвуковое исследование щитовидной железы у детей и подростков. // Пособие для врачей. М.: Видар. 1999. 56 с.
5. Шилин Д.Е. К вопросу о внедрении международных нормативов ультразвукового объема щитовидной железы (ВОЗ, 1997) в педиатрическую практику. // Тиронет. – 2000. № 3 (май – июнь). – Доступ в ИНТЕРНЕТ – URL: <http://www.thyronet.rusmedserv.com/doct/thyr-3-5.htm>.
6. Рюмин Г.А., Шилин Д.Е., Касаткина Э.П., Пыков М.И. Новые подходы в дифференциальной диагностике диффузного нетоксического зоба у детей и подростков. // Sonoace International (русская версия). 2000. Вып. 7. С. 65–69.

Резюме

Н.Б. Пинчук

УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Современная клиническая медицина по праву выводит ультразвуковое исследование различных органов на лидирующие позиции и отводит ему порой доминирующую роль в комплексном обследовании пациентов с явной манифестной патологией. Высокая информативность этого метода позволяет в последнее время все чаще использовать ультразвуковую визуализацию и для диагностики многих заболеваний на доклинических (латентных) стадиях.