

Адрес редакции:

100008, Республика Казахстан,
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 239
редакционно-издательский отдел
тел.: (321-2)-51-34-79 (138)
сот. тел. +7-701-366-14-74
факс: 51-89-31
e-mail: kgma@nursat.kz

Начальник редакционно-
издательского отдела
Л. Н. Журавлева

Редакторы: Е. С. Падчина,
Т. М. Ермакбаев

Собственник:

Республиканское
государственное
казенное предприятие
«Карагандинская
государственная
медицинская академия»
Министерства
здравоохранения
Республики Казахстан
(г. Караганда)

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
Республики Казахстан
8 октября 2003 г.
Регистрационный номер 4250-ж.

Журнал отпечатан в типографии
КГМА
Адрес: г. Караганда,
ул. Гоголя, 40
Тел.: 51-34-79 (128)

Компьютерный набор, верстка
и печать: В. Н. Архипова,
Г. С. Шахметова

Журнал «Медицина и экология»
входит в перечень изданий,
в которых Высшей
аттестационной комиссией
рекомендована публикация
основных научных результатов
диссертационных исследований на
соискание ученой степени

Тираж 500 экз., объем 12 п. л.,
печать офсетная

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

№ 3 (44) 2007

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1996 году

Главный редактор — академик НАН РК
профессор И. Р. Кулмагамбетов

Редакционная коллегия:

М. Г. Абдрахманова, доктор медицинских наук

Р. Х. Бегайдарова, профессор

Р. С. Досмагамбетова, профессор

С. К. Жаугашева, профессор

А. Г. Курашев, доктор медицинских наук

С. В. Лохвицкий, профессор

Л. Е. Муравлева, профессор

Г. Г. Мустафина, доктор медицинских наук

К. Ж. Мусулманбеков, профессор

В. Н. Приз, доктор медицинских наук, зам. главного
редактора

И. А. Скосарев, профессор

В. Н. Снопков, профессор

Е. Н. Сраубаев, профессор

С. П. Терехин, профессор

М. М. Тусупбекова, профессор,

ответственный секретарь

М. Р. Хантурин, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- Аманжол И. А., Диханова З. А., Жакетаева Н. Т., Бердешева Г. А., Атшабарова С. Ш.** Условия труда и состояние здоровья работающих в различных сферах горнорудной промышленности **6**
- Аманжол И. А., Диханова З. А., Жакетаева Н. Т., Бердешева Г. А., Атшабарова С. Ш.** Кен өндіру өнеркәсібі саласындағы өндірістік орта жағдайы және жұмысшылар денсаулығы
- Шустеров Ю. А., Бижанова А. С.** Инвалидность вследствие заболеваний органа зрения **10**
- Шустеров Ю. А., Бижанова А. С.** Көз аурулары нәтижесінде болатын мүгедектік

ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА

- Захарова Е. А., Азизов И. С., Трофимова С. И.** Структура потребления антимикробных препаратов детьми дошкольного возраста **14**
- Захарова Е. А., Азизов И. С., Трофимова С. И.** Мектеп жасына дейінгі балалардағы антимикробтық препараттарды қабылдаудың құрылымы
- Кабиева С. М.** Роль факторов риска в формировании сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных, перенесших гипоксию **17**
- Кабиева С. М.** Гипоксияны өткерген жаңа туған сәбилерде жүрек-қан тамырлары бұзылулары қалыптасуының қатерлік факторларының ролі
- Мажитова З. Х., Казымбет П. К., Аталыкова Г. Т.** Заболеваемость и структура патологии мочевыделительной системы у детей, проживающих в уранодобывающем регионе **20**
- Мажитова З. Х., Казымбет П. Қ., Аталықова Ф. Т.** Уран өндіріс аймақтарында тұратын балалардың несеп бөлу жүйесінің ауыру көрсеткіштері және құрылымдары
- Балапанова Г. Т., Асқаров К. К., Мұхтарова А. А., Шегирова А. Д.** Эффективность национальной кампании иммунизации в снижении заболеваемости краснухой в г. Темиртау **23**
- Балапанова Г. Т., Асқаров К. К., Мұхтарова А. А., Шегирова А. Д.** Теміртау қаласындағы қызмықпен сырқаттанушылықтың төмендеуіне ұлттық егу компаниясының егу жүргізудегі тиімділігі
- Кабилдина Н. А., Кулишов В. А., Гребенева О. В., Мұқанова Д. А.** Риск возникновения рака молочной железы у женщин Карагандинской области **25**
- Кабилдина Н. А., Кулишов В. А., Гребенева О. В., Мұқанова Д. А.** Қарағанды облысы әйелдерінде сүт безі рагының пайда болу қауыбы
- Ефимова О. Н.** Лечение острого вирусного гепатита С у детей с применением электромагнитного излучения низкой интенсивности **28**
- Ефимова О. Н.** Қарқындылығы төмен электромагнитті сәулелендіруді қолдана отырып балалардағы жедел с вирусты гепатитінің емі
- Асқаров К. К., Балапанова Г. Т., Князева Т. И., Шайзадина Ф. М.** О состоянии заболеваемости острыми кишечными инфекциями **30**
- Асқаров К. К., Балапанова Г. Т., Князева Т. И., Шайзадина Ф. М.** Жедел ішек жұқпалары сырқаттанушылығының жағдайы туралы

Кабиева С. М. Особенности течения дилатационной кардиомиопатии у детей Карагандинской области

Тажиева А. Е. Заболеваемость женщин-работниц промышленных предприятий по материалам обрабатываемости

Тажиева А. Е. Оценка профессиональных и непрофессиональных факторов риска для здоровья работниц промышленных предприятий

32 Кабиева С. М. Қарағанды облысындағы балаларда дилатациялық кардиомиопатияның өту ерекшеліктері

35 Тажиева А. Е. Өнеркәсіп кәсіпорындарында жұмыс істейтін әйелдердің қаралу материалдары бойынша ауыру деңгейі

37 Тажиева А. Е. Өнеркәсіп кәсіпорындарында жұмыс істейтін әйелдерге кәсіби және кәсіби емес қатерді бағамдау

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Бекмұхамбетов Е. Осложнения и летальность после расширенных операций с предоперационной химиотерапией при раке пищевода

Краморенко Ю. С., Степанова И. С. Метаболические факторы риска развития диабетической ретинопатии

Танжарыков Е. С., Джанабекова А. К., Джарбусынова Г. Б., Абдукаримова Д. Х., Кайдарова Д. Р. Некоторые аспекты тканевых маркеров при раке молочной железы

Салехов С. А., Сарсембаев Б. К., Ералина С. Н., Иманбаев А. К. Азотистый обмен в послеоперационный период у больных с абдоминальным сепсисом

Джунусбекова Г. А. Роль альдостерона в ремоделировании миокарда и сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией

Жусупова А. М., Пак Т. П. Клинико-гемодинамический эффект ферротерапии с применением салсоколлина у больных железододефицитной анемией

Кайбуллаева Д. А., Мукашева М. Д., Утеулиев Е. С. Поражение печени и внепеченочных желчных протоков при язвенном колите

Тундыбаева М. К. Значение нарушения вазомоторной функции эндотелия в развитии начальных проявлений церебральной дисциркуляции у больных артериальной гипертензией

41 Бекмұхамбетов Е. Өңеш рагын кенейтілген оперативты емдеумен неoadьювантты химиотерапиядан кейінгі асқынулар және өлім көрсеткіштері

42 Краморенко Ю. С., Степанова И. С. Сусамырлы ретинопатияны «дамуының» метаболитикалық қауіп факторлары

44 Танжарыков Е. С., Джанабекова А. К., Джарбусынова Г. Б., Абдукаримова Д. Х., Кайдарова Д. Р. Сүт безі рагындағы тіні маркерларының кейбір аспектілері

47 Салехов С. А., Сарсембаев Б. К., Ералина С. Н., Иманбаев А. К. Абдоминальдық сепсиспен сырқаттанған науқастарда операциядан кейінгі кезеңде азот алмасуы

50 Жүнісбекова Г. А. Артериальді гипертониясы бар науқастардың миокардпен қан тамырларының ремодельдеуінде альдостеронның қызметі

54 Жүсіпова А. М., Пак Т. П. Темір тапшылық анемиямен науқастарда салсоколлин қолданылған ферротерапияның клинико-гемодинамикалық нәтижесі

58 Қайбуллаева Д. А., Мукашева М. Д., Утеулиев Е. С. Ойық жаралы колиті бар науқастарда бауыр мен бауыр сыртындағы өт жолдарының зақымдалуы

60 Тундыбаева М. К. Артериялық қан қысымы жоғары аурулардың мидағы церебральды қан айналымы бұзылуы дамуының алғашқы сатыларындағы эндотелияның қан айналымы қызметіне нұқсан келуінің мәні

- Букенов А. М., Перминов В. С., Рубцова Л. Н., Ким А. В.** Критерии оценки биологической и метастатической активности опухоли при немелкоклеточном раке легкого
- Магзумова Д. Г.** Особенности реабилитации больных с патологией хрусталика
- Кожамбердин К. Е., Муравлева Л. Е., Омарова И. М.** Влияние фторпиримидинов в комбинации с цисплатином на уровень тирозин- и триптофансодержащих пептидов
- Абиев Т. М., Тулеубаев Б. Е., Хен Л. А., Ахмадина Б. К.** Физиотерапевтический комплекс в лечении гемофилических артропатий
- Дроздова М. С.** Ценностные приоритеты и копинг-стратегии пациентов с дуоденальной язвой
- Степанова И. С., Краморенко Ю. С.** Распространенность диабетической ретинопатии при различных вариантах ее проявления
- Аринова Г. П.** Клинические особенности проникающих ранений глаза
- Асыллов А. З.** Результаты лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы методом моно- и биполярной трансуретральной электрорезекции
- Енсебаев Е. Ж., Рассказов Е. А., Шолох П. И.** Особенности выполнения уретерореноскопии на верхних мочевых путях
- Бүлегенова М. Г., Нұрпейісов Т. Т., Ақпейісова Р. Б.** Особенности иммунного статуса больных аллергическими, хроническими воспалительными заболеваниями и здоровых лиц
- Магзумова Д. Г.** Индивидуальная программа реабилитации больных с близорукостью
- Бөкенов А. М., Перминов В. С., Рубцова Л. Н., Ким А. В.** Өкпенің ұсақ емес клеткалы қатерлі ісігіндегі ісіктің биологиялық және метастатикалық белсенділігін бағалау критерийлері
- Магзумова Д. Г.** Көз қарашығы патологиясы бар науқастарды оңалтудың жеке бағдарламасы
- Қожамбердин Қ. Е., Муравлева Л. Е., Омарова И. М.** Цисплатин комбинациясымен бірге жасалатын фторпиримидиндердің құрамында триптофан және тирозин бар пептидтер деңгейіне әсері
- Әбиев Т. М., Төлеубаев Б. Е., Хен Л. А., Ахмадина Б. К.** Гемофиликалық артропатияны емдеуде қолданылатын физиотерапевтикалық кешен
- Дроздова М. С.** Дуоденалды ойық жарасы бар пациенттердің құндылық приоритеттері мен копинг-стратегиялары
- Степанова И. С., Краморенко Ю. С.** Сусамырлы ретинопатия әртүрлі белгілеу әдістерімен байланысты оның таралуы
- Аринова Г. П.** Көз өтпелі жарақаттарының клиникалық ерекшеліктері
- Асыллов А. З.** Зарарсыз гиперплазия безін моно және биполярлық әдіспен трансуретралды электрорезекциямен емдеу нәтижелері
- Енсебаев Е. Ж., Рассказов Е. А., Шолох П. И.** Жоғарғы зәр шығару жолдарындағы уретерореноскопияны орындаудың ерекшеліктері
- Бөлегенова М. Г., Нұрпейісов Т. Т., Ақпейісова Р. Б.** Аллергия және қабынудың созылмалы түрімен ауыратын аурулардың және дені сау адамдардың иммундық статусының ерекшеліктері
- Магзумова Д. Г.** Алыстан көзі көрмейтін науқастарды оңалтудың жеке бағдарламасы

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- Молотов-Лучанский В. Б.** Влияние салсоколлина на окислительный метаболизм крыс с начальными проявлениями диабетической нефропатии **99**
- Молотов-Лучанский В. Б.** Диабеттік нефропатияның бастапқы белгілері бар егеуқұйрықтардың қышқылды метаболизміне салсоколлиннің әсері
- Шалина С. А., Добрецов А. И., Новиков В. И.** Особенности установления причин смерти на трупах с резкими гнилостными изменениями **102**
- Шалина С. А., Добрецов А. И., Новиков В. И.** Жедел бұзылу өзгерістеріне ұшыраған мәйіттерде өлім себебін анықтаудың ерекшеліктері

МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

- Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Калиева Ш. С.** Необходимость разработки национальных стандартов по аккредитации медицинского образования **105**
- Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Калиева Ш. С.** Медициналық білім беруді аккредитациялау бойынша ұлттық стандарттарды дайындаудың қажеттілігі
- Жақтаева К. Б.** Клиническая игра – эффективный метод обучения профессионального врача **107**
- Жақтаева Қ. Б.** Клиникалық ойын – кәсіби дәрігерді дайындаудың тиімді тәсілі
- Ломан Н. Ф., Калиева Ш. С.** Самостоятельная работа студентов на занятиях по философии **109**
- Ломан Н. Ф., Калиева Ш. С.** Философия сабағындағы студенттердің өзіндік жұмысы жайлы кейбір мәселелер

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Калкабаева С. А.** Состояние и проблемы развития скорой и неотложной медицинской помощи в Южно-Казахстанской области **112**
- Қалқабәева С. А.** Оңтүстік Қазақстан облысында жедел медициналық жәрдемнің даму жағдайы мен проблемасы

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

- Деркач Н. Г., Морозова Т. В., Косарева А. П., Кислюк Г. И., Шамарина Л. А.** Случай оссифицирующего полимиозита у девочки 15 лет с системной красной волчанкой **115**
- Деркач Н. Г., Морозова Т. В., Косарева А. П., Кислюк Г. И., Шамарина Л. А.** 15 жастағы қыз баланың қызыл волчанкада оссифициралық полимиозитке айналуы

ЮБИЛЕИ

- Терехин Сергей Петрович** (к 60-летию со дня рождения) **118**
- Терехин Сергей Петрович** (туғанына 60 жыл толуына)

**И. А. Аманжол, З. А. Диханова,
Н. Т. Жакетаева, Г. А. Бердешева,
С. Ш. Атшабарова**

КЕН ӨНДІРУ ӨНЕРКӘСІБІ САЛАСЫНДАҒЫ ӨНДІРІСТІК ОРТА ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ ЖҰМЫСШЫЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫ

Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар ұлттық орталығы, Қарағанды қаласы, Қарағанды мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қаласы

Адам денсаулығы оны қоршаған табиғи және оның биологиялық статусын ескере отырып, әлеуметтік-экономикалық ортаға байланысты қалыптасатыны белгілі. Адам организмі өзін реттейтін жүйе болғанымен де табиғи және әлеуметтік орта оның биологиялық параметрлеріне ықпалын тигізеді және оның психикалық, әлеуметтік денсаулығын қалыптастырады [10, 18].

Тұрғындардың денсаулығын сақтау және нығайтудың жетекші факторларының ішінде нервтік-психикалық даму ерекшеліктерін ескеру, олардың психикалық денсаулығы деңгейін зерттеу, шекаралы невротизмдік және жеке тұлғалық өзгерістердің пайда болуын ескертуге бағытталған шараларды құрастыру маңызды орын алады, өйткені олар көбінесе жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуіне себепші болады [16, 34].

Тұрғындар денсаулығы елдің экономикалық дамуына, тіршілік жағдайы мен деңгейіне, білім беру сапасына байланысты болады да, осының барлығының жинағы тұрғындардың тіршілік үлгісін қалыптастырады [12, 15].

Қазіргі кездегі өндірістің сипатты ерекшеліктері болып жұмыс аймағы ауасының зиянды заттармен ластану қарқындылығының төмендеуі және кейбір физикалық факторлар деңгейінің жоғарылауы саналады. Нәтижесінде организмге көпфакторлы әсер етумен сипатталатын ахуал қалыптасады [11, 29, 37].

Еліміздің кен өндіру өнеркәсібі кәсіпорындарында жұмысшылар организміне жағымсыз факторлар кешені әсер етеді, оларға негізінен полиметалды шаңның, газдардың жоғарғы концентрациялары, қарқынды шу және діріл, дискомфортты микроклимат параметрлері жатқызылады. Атқаратын дене жұмысы ауыр, психикалық - эмоциялық кернеулік жоғары және эргономикалық тұрғыдан қамтамасыз етілмеген. Еліміздегі кеніш орындарының өндірістік ортасының қалыптасуы сыртқы климаттық ахуалға, пайдалы қазбаларды қазып алу тереңдігіне, өндіру технологиясына, қолданылатын құрал-жабдықтарға, вентиляциялық жүйелердің қуаттылығына байланысты болады [1, 19, 22].

Негізгі өндірістік зияндылықтардың бірі болып күрделі химиялық құрамда болатын

полиметалды шаң саналады, оның құрамында көптеген металдардың (никель, мыс, кобальт, темір, және басқа) айтарлықтай көлемі анықталады, олардың әсер ету бағыты мен токсинділігі әр түрлі болады (4, 31). Неғұрлым қарқынды шаң бөліну суландырмай қолмен бұрғылағанда анықталады, мұнда шаңның орташа ауысымдық концентрациясы 348 мг/м³ дейін жетеді. Сонымен қатар суландырып бұрғылау жүргізгенде ол тек 3,7 мг/м³, ал машинамен бұрғылағанда - 4,3 мг/м³, тау-кен массаларын тиегенде - 6,8 мг/м³ деңгейде болатындығы анықталады.

Ауадағы металл концентрацияларын гигиеналық бағалағанда олардың жеке әсерін ескерумен қатар, металдардың күрделі шаң құрамындағы комбинациясын да зерделеу қажет [33].

Қазіргі кезде сынап-никель кендерінің кен компаненті шаң құрамында кездесетін жетекші металдардың жеке әсерлері мұқият зерттелген. Никельдің токсинді әсері (I класс қауіптілігі), кобальт пен сынаптың токсинді әсері (II класс қауіптілігі), осы металдардың туындататын аллергиялық әсері, никель мен сынаптың мутагенді әсері, никельдің канцерогенді әсері көптеген ғалымдар зерттеулерінде дәлелденген [9, 36, 39, 40]. Кеніш шаңында бос және байланысқан формада кремнийдің қос тотығының болуы оның фиброгенді қасиетінің мүмкін екендігін көрсетеді [5]. Зерттеу нәтижелерінде алынған мәліметтер металдар мен кварцтың фиброгенді және токсинді әсерлерінің күрделі арақатынасын байқатады [25]. Кейбір зерттеулер нәтижелері никель мен сынаптың мүмкін болар антагонизмі туралы мәлімет береді [23]. Металдар әсерінің олардың түрлеріне және олардың қосындыларының қасиеттеріне байланысты болатындығын да көруге болады [20].

Кен өндіру өнеркәсібі саласындағы еңбек жағдайының сипаттамасында тау-кен жұмысшыларына тұрақты әсер ететін жағымсыз өндірістік фактор болып ауа ортасының газдануы саналады, олардың көзі болып дизельді тау-кен машиналары мен бұрғылау-жару жұмыстары есептеледі. Кендер мен жер қыртыстарынан табиғи газдардың еркін бөлінуі де орын алады. Көміртегі тотығының, азот тотықтарының және шаңның кешенді әсер етуі қосылу тиімділігі принципі бойынша барлық композиция әсерін күшейте түседі. Тау-кен машиналарының шығарыстары айқын токсинді (көміртегі тотығы, азот тотықтары, кейбір көмірлі сутектер), тітіркендіргіш (күкірт қос тотығы, альдегидтер) және канцерогенді (3,4-бенз (а) пирен) қасиеттерге ие газдардың күрделі қосындысы болып саналады. Тау-кен өндірісі ауасында бір мезгілде шаңның болуы да мүмкін болар газдар абсорбциясына жағдай туғызу мүмкін және олардың бірлесіп әсер ету тиімділігін арттыруы ықтимал [27].

Шаң және газ факторларымен қоса көптеген тау-кен жұмысшылары шу мен дірілдің

әсеріне ұрынады. Шу-өндірістік физикалық фактор ретінде белгілі жағдайларда тұтас организмнің барлық мүшелері мен жүйелеріне әртүрлі физикалық және патологиялық өзгерістер тудыра отырып, әсер етуі мүмкін. Организмге стресс-фактор ретінде әсер етіп, шу орталық-жүйке жүйесінің реактивтілігінің (тұрақты тежелу және функционалдық бұзылыстар) өзгеруін туындатады, мұның әсері болып реттелетін қызметтер мен жүйелердің (гипоталамус-гипофизді-адреналды, жүрек-тамыр және басқа) бұзылуы саналады. Қарқынды өндірістік шудың әсерінің нәтижесі болып кәсіби құлақ мүкістігі (кохлеарлы неврит) саналады, оның пайда болуы мен даму жылдамдығы шудың сипаты мен деңгейіне, әсер ету ұзақтығына және дербес сезімталдыққа байланысты болады [2, 30, 31].

Шудың психофизиологиялық статусына және адамда психикалық процестердің жүруіне жағымсыз әсер ететіндігі белгілі. Ол тынышсыздану сезімін және тітіркендіргіштікті туындатады, сырқаттанушылықтың артуына және кәсіби аурулардың дамуына себеп болады, еңбек өнімділігі төмендеуіне себін тигізеді және өндіріс пен тұрмыста болатын қайғылы оқиғалар көлемін арттырады [26, 32].

Шу организмнің жалпы резистенттігін (инфекцияға және ісікке қарсы иммунитеті) төмендетеді. Кейбір зерттеушілер шулы кәсіптерді атқаратын жұмысшыларда организмнің иммунологиялық реактивтілігінің төмендейтінін анықтаған, ол сырқаттанушылық деңгейінің жоғарылауымен дәлелденеді. Өндірістік шудың 10 дБ жоғарылауы жұмысшылардың, жалпы сырқаттанушылықтың көрсеткіштерінің 1,2-1,3 есеге артуын туындатады [8, 14].

Вибрациялық қауіп негізінен бұрғылау құрал-жабдықтарын пайдаланумен байланысты. Бұл жерде локальді діріл деңгейі проходкашылар перфоратормен ауысымына 1,5-2 сағат жұмыс істегенде ШРЕД 12-26 дБ жоғары тіркеледі. Бұрғылаушылар мен тасымалдаушы машиналар машинистері көбінесе жалпы дірілдің әсеріне ұрынады [28]. Локальді дірілдің әсеріне ерекше сезімтал болып перифериялық тамырлар тонусын реттейтін вегетативті жүйке жүйесі және де вибрациялық және тактильді сезгіштікке байланысты болатын перифериялық жүйке жүйесінің бөлімдері саналады. Діріл қауіпті құрал-жабдықтармен жұмыс істейтін Сібір жерасты кеніштері жұмысшыларын зерттегенде тексерушілердің 52% перифериялық ангиоспазм, 21% артериялық гипертония, 13% - шекаралы гипертония анықталған. Жоғарғы перифериялық қарсылықпен қалыптасқан және еңбек өтілі жылға толмайтын кеніштер проходкашыларында алғаш рет гипертонияның пайда болу тенденциясы жұмыс өтілі ұлғайған сайын функционалдық жетіспеушіліктің дамуымен жүретін қан айналымы жүйесінің патологиялық реакцияларын туындатады [24, 35].

Негізгі өндірістік факторлар ішінде жерасты кен өндіруде микроклимат жетекші орын алады. Жағымсыз микроклиматтың алдын-алу бойынша шараларды құрастыру еңбек гигиенасының әртүрлі даму сатыларында маңызды міндеттердің бірі болып қала береді. Кен орындарындағы микроклиматтық жағдай жағымсыз күйде сипатталады, олардың параметрлері айқын тұрақсыз болып, 600 метрдей тереңдікте салқындатқыш әсерде, 800 м тереңдіктен төменде жылы-ылғалды әсерде басқа да зиянды факторлармен бірлесе ықпал етіп, сыртқы климаттық жағдайлармен қатаң айырмашылықта болады. Жерасты атмосферасы жоғарғы ылғалдықта болып, тері қабаттарының жылу өткізгіштігін және дененің тоңазуын арттырады, мұның өзі организмнің жылу регуляциясын бұзып, қорғаныс күштерін әлсіретеді. Денсаулықты және жұмыс қабілеттілігін сақтауға бағытталған микроклимат параметрлерін нормалау маңызды міндеттердің бірі болып саналады [3, 7].

Қазіргі кезде еңбек гигиенасында өндірістік орта факторларының кешенді және бірлесіп әсер ету проблемасы неғұрлым өзекті болып саналады. Әдебиеттер мәліметтері негізінде шу мен жылудың сөзсіз синергиялық әсері жайлы айтуға болады. Есту мүшелерінің, жүрек-тамыр және орталық жүйке жүйелерінің функционалдық жағдайларында шынайы дәлелденген өзгерістер үшін өзгерістер жүретіндігі анықталды және тек қана шудың әсер етуімен салыстырғанда шу мен ысытпалы микроклиматтың бірлесіп әсер етуіндегі топта уақытша еңбекке жарамсыздықпен қоса сырқаттанушылықтың жоғары болатындығы дәлелденген [4, 38]. Шаң мен ысытпалы микроклиматтың бірлесіп әсер етуі өкпе тіндері зақымдануының дәрежесін арттырады және өкпедегі фиброзды өзгерістердің неғұрлым жылдам және қарқынды дамуына себін тигізеді. Липидтердің асқын тотығуы (ЛАТ) процестері миокард жағдайына неғұрлым айқын әсер етеді. Ауаның жоғары температурасы мен шаңның бірлесіп әсер етуі ЛАТ процестерінің неғұрлым айқын ширығуы есебінен миокардтың стресті зақымдануы мерзімін ұзартады. Бұл өз кезегінде жүректің тұрақты бейімделуінің қалыптасу мерзімін созады, ол олардың қорларының жұтануына белгілері байқалуы нәтижесінде болатын эндогенді антиоксиданттарды барынша пайдалану есебінен мүмкін болады [13].

Денсаулықтың жоғары деңгейі – еңбек өнімділігі мен жұмысшылардың еңбек ету ұзақтығының барлық басқа көрсеткіштерін қалыптастыратын негіз. Адамның функционалдық мүмкіншілігінің маңызды көрсеткіштерінің бірі және денсаулықтың өзіндік көрсеткіш индексі болып оның табиғи жұмыс қабілеттілігі саналады. Бұл мәселені зерттеудің методологиялық тәсілі кешенді болуы керек, оған міндетті түрде жұмысшылардың дене дамуы мен денсаулық

Обзоры литературы

жағдайын сипаттайтын барлық параметрлері міндетті түрде енуі керек [17, 21].

Денсаулықты қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты жүзеге асыру үшін қазіргі күнде өндірістің әртүрлі салаларында істеп жүрген жұмысшылардың еңбек әрекеттерінің ерекшеліктері мен арнайылығын ескере отырып, профилактикалық кешендердің теориялық және концептуалдық үлгілерін құрастыруға айырықша көңіл бөлу қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Аманжол И. А. Социальные аспекты оценки условий труда рабочих промышленных предприятий //Матер. V Всерос. конгр. «Профессия и здоровье». – М., 2006. – С. 59 – 60.
2. Аманжол И. А. Характеристика факторов производственной среды при открытой добыче полиметаллической руды //Тр. междунар. науч. конф. «Здоровье работающего населения». – Новокузнецк, 2004. – С. 127 – 131.
3. Афанасьева Р. Ф. Итоги и перспективы исследований по гигиене производственного микроклимата //Гигиена труда. – 1992. – №8. – С. 1 – 5.
4. Бабаян М. А. Сочетанное действие шума, тепла и оценка биологической эквивалентности / М. А. Бабаян, Э. И. Денисов //Гигиена труда и проф. заболевания. – 1991. – №9. – С. 24 – 27.
5. Величковский Т. Фиброгенные пыли. Особенности строения и механизм биологического действия. – Горький, 1980. – 159 с.
6. Гигиена и физиология труда горнорабочих при добыче полиметаллических руд на Крайнем Севере /Б. В. Устюшин, Р. В. Борисенкова, Л. А. Луценко и др. //Гигиена и санитария. – 1998. – №1. – С. 7 – 9.
7. Гигиеническая оценка производственного микроклимата /И. А. Аманжол, Ж. Ж. Жарылкасын, Е. Ж. Отаров и др. //Тр. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 30-летию КарГУ им. Е. А. Букетова. – Караганда, 2002. – С. 30 – 32.
8. Гришина Т. И. Иммуномодулирующее влияние шума /Т. И. Гришина, К. О. Суворова //Ме-Медицина труда и промышленная экология. – 1997. – №3. – С. 26 – 29.
9. Ермоленко А. Е. Новые гигиенические требования при работе со свинцом /А. Е. Ермоленко, Н. А. Хелковский-Сергеев, О. К. Кравченко // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – №5. – С. 34 – 42.
10. Здоровье населения и среда обитания // Тр. II Европ. конф. по окружающей среде и охране здоровья (Хельсинки). – 1994. – №7. – С. 1 – 12.
11. Измеров Н. Ф. Здоровье и медицинское обеспечение работающего населения России. Состояние проблемы и пути решения /Н. Ф. Измеров, Г. П. Сквирская //Сб. науч. тр. «Современные проблемы профессиональной медицины, среды обитания и здоровья населения промышленных регионов России». – Екатеринбург, 2004. – С. 266 – 275.
12. Карамова Л. М. Проблемы охраны здоровья населения территорий производственных комплексов /Л. М. Карамова, М. А. Галиев // Гигиена труда и пром. экология. – 1992. – №2. – С. 5 – 7.
13. Корж Е. В. Влияние пыли и нагревающего микроклимата на состояние процессов перекисного окисления липидов //Медицина труда и пром. экология. – 1998. – №2. – С. 10 – 17.
14. Корнева Е. А. Нейрогуморальное обеспечение иммунного гомеостаза /Е. А. Корнева, В. М. Климеко, Э. К. Шхемек. – Л., 1983. – 314 с.
15. Концепция совершенствования национальной системы обеспечения безопасности среди обитания и жизнедеятельности и охраны здоровья населения России /В. И. Потапов, Е. С. Северин, Г. Г. Ястребов, А. А. Талалаев. – М.: Наука, 1994. – 45 с.
16. Кулкыбаев Г. А. Концептуальные основы научной программы «Экология промышленного региона и здоровья населения» //Тр. междунар. науч. конф. «Проблемы медицинской экологии». – Караганда, 1995. – С. 3 – 10.
17. Кулкыбаев Г. А. Современные проблемы профессиональной патологии //Медицина труда и пром. экология. – 2006. – №4. – С. 1 – 7.
18. Лебедева Н. В. Состояние здоровья населения как критерий оценки качества жизни /Н. В. Лебедева, Г. К. Родионова, Л. Г. Жаворонок // Вестн. АМН. – 1977. – №4. – С. 11 – 14.
19. Матюшенко Е. В. Санитарное исследование и гигиеническая оценка условий труда и влияние производственных факторов на здоровье подземных работающих шахты «Кировская» // Матер. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 30-летию КарГУ им. Е. А. Букетова. – Караганда, 2002. – С. 191 – 194.
20. Микроэлементозы человека /А. П. Авцын, А. А. Жаворонков, М. А. Риш, Л. Строчкова. – М., 1991. – 496 с.
21. Низяева И. В. Физиолого-гигиенические критерии определения видов работ и профессий для преимущественного использования физического труда /И. В. Низяева, О. В. Сивачалова //«Труд и здоровье на Севере»: Сб. науч. тр. – Новый Уренгой, 1995. – С. 129 – 130.
22. О результатах оценки уровня загазованности воздуха производственных помещений. // Матер. I междунар. конф. «Донозология – 2005» /Т. А. Таткеев, И. А. Аманжол, Ж. Ж. Жарылкасын и др. – СПб, 2005. – С. 70 – 71.
23. О связи канцерогенной активности никельсодержащих сварочной с наличием в их составе соединений меди и марганца /Л. Н. Горбань, Н. Л. Новиченко, А. В. Рязанов и др. //Гигиена труда и проф. заболевания. – 1989. – №8. – С. 27 – 31.
24. Особенности периферической и центральной гемодинамики при вибрационной болезни у горнорабочих горнодобывающей промышленности Восточной Сибири /В. Г. Колесов, Н. Х. Перминов, И. А. Бланкова и др. //Гигиена труда и проф. заболеваний. – 1985. – №10. – С. 25 – 28.

25. Пневмокозиозы: патогенез и биологическая профилактика /Б. А. Кацнельсон, О. Г. Алексеева, Л. И. Привалова, Е. В. Ползик. – Екатеринбург: Уро АН, 1995. – 326 с.
26. Психологический статус рабочих, подвергающихся воздействию шума /И. В. Чубарев, В. Н. Зинкин, И. М. Ахметзянов и др. //Гигиена и санитария. – 1999. – №2. – С. 16 – 19.
27. Пылевой и газовый факторы при добыче полиметаллических руд в условиях Заполярья и их гигиеническая оценка /Р. В. Борисенкова, Л. А. Луценко, С. Ю. Скрябин, П. П. Христенко // Медицина труда и пром. экология. – 1996. – №7. – С. 9 – 13.
28. Регламентация физических факторов. Итоги и перспективы /Г. А. Суворов, Р. Ф. Афанасьева, Ю. П. Пальцев, Л. В. Прокопенко //Медицина труда и пром. экология. – 1988. – №6. – С. 26 – 35.
29. Соболева И. В. Тенденции и качественные изменения в реализации трудового потенциала / И. В. Соболева, И. С. Маслова, С. Н. Белозерова //Матер. V Всемир. конгр. «Профессия и здоровье». – М., 2006. – С. 38 – 51.
30. Суворов Г. А. Гигиеническое нормирование производственных шумов и вибраций /Г. А. Суворов, Л. Н. Шкаринов, Э. И. Денисов. – М.: Медицина, 1984. – 240 с.
31. Таткеев Т. А. Гигиенические проблемы профилактики и методологические подходы к изучению шумо-вибрационной патологии в горнорудной промышленности //Гигиена труда и профессиональные заболевания в современных условиях. – Караганда, 1999. – С. 50 – 65.
32. Цанева Л. Оценка влияния шума на функциональное состояние организма человека /Л. Цанева, Ю. Балычев //Гигиена и санитария. – 1999. – №4. – С. 18 – 21.
33. Экспериментальные исследования по оценке онкогенного действия пыли медно-пылевой сульфидной руды /Р. В. Борисенкова, Л. Н. Пылев, Л. А. Луценко и др. //Медицина труда и пром. экология. – 1996. – №2. – С. 10 – 13.
34. Юшкова О. И. Психологические аспекты производственного стресса в медицине труда /О. И. Юшкова, В. В. Матюхин, Э. Ф. Шардакова // Медицина труда и пром. экология. – 2001. – №8. – С. 1 – 7.
35. Ekenvall L. Vibration white finger and digital systolic pressure during cooling / L. Ekenvall, Le Lindblad //Brit. J. Ind. Med. – 1986. – V. 43, №4. – P. 280 – 283.
36. Hages R. B. Cancerogenicite des metaux chez l' homme //Energ.-sante. – 1997. – V. 8, №4. – P. 583 – 585.
37. Landerg V. Achevemen, Stress and Anxiety. – Washington, 1982. – P. 75 – 92.
38. Rentzsch M. Kombinierte wirkung ausgewahlter parameter von klima und harm auf arbeitsleistung und beanspruchund /M. Rentzsch, W. Presches, W. Weinrich //J. Ges. Hyd. – 1986. – V. 32, №8. – P. 483 – 493.
39. Sunderman F. W. Nickel /F. W. Sunderman, A. Oskarsson. – P.1101-1126.
40. Schauzev Jerhard N. Cobalt //Metals and Their Compounds Environ. – Weinheim, 1991. – P. 879 – 892.

Поступила 28.05.07

I. A. Amanzhol, Z. A. Dikhanova, N. T. Zhaketayeva, G. A. Berdesheva, S. Sh. Atshabarova LABOUR AND HEALTH CONDITIONS IN THE WORKERS OF DIFFERENT SPHERES OF MINING INDUSTRY

The mining industry, taking one of the leader places in the economic of our country, is still the labour field with unhealthy, hard and dangerous work conditions. On the modern level of the economic reforming the common number of workers is lowering, the expenses for measures on the struggle with unhealthy industrial factors are cut down, that leads to the deterioration of the miners work conditions and stipulates the changes of morbidity indices. So the analysis of real hygienic situation on the mining enterprises has a trustworthy interest in modern days.

И. А. Аманжол, З. А. Диханова, Н. Т. Жакетаева, Г. А. Бердешева, С. Ш. Атшабарова УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Горнорудная промышленность, занимая одно из ведущих мест в экономике страны, остается отраслью с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда. На современном этапе реформирования хозяйства снижается общая численность работающих, уменьшаются расходы на осуществление мероприятий по борьбе с вредными производственными факторами, что ведет к ухудшению условий труда горнорабочих, обуславливает изменение показателей заболеваемости. Поэтому анализ реальной гигиенической ситуации на горнорудных предприятиях на современном этапе приобретает несомненный интерес.

Ю. А. Шустеров, А. С. Бижанова

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Кафедра глазных болезней, ЛОР-болезней с реаниматологией Карагандинской государственной медицинской академии, Национальный научный медицинский центр (Астана)

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) был принят призыв: «Право на зрение» – как главная задача новой программы, рассчитанной до 2020 г. В программе консолидированы усилия стран, неправительственных организаций и обществ по совместной работе, направленных на успешную ликвидацию слепоты, которую можно предупредить или излечить. В настоящее время в мире, по данным ВОЗ, насчитывается 45 млн. слепых, и если не принять срочных профилактических мер, то в 2020 г. эта цифра может удвоиться. Как показал анализ, до 80% случаев слепоты можно предупредить или излечить.

По оценкам экспертов ООН, инвалиды в среднем составляют 10% от общей численности населения во всем мире, они относятся к группам особого риска. Это одна из тех категорий населения, которая особо остро ощущает проявления неравенства и нарушения прав в экономической, социальной, культурной и политической сферах вследствие имеющихся у них нарушений и ограничений жизнедеятельности.

Инвалидность наряду с показателями заболеваемости отражает уровень здоровья и социально-экономического развития общества.

К сожалению, общественность, в том числе медицинская, мало информирована о проблемах инвалидности. Нередко представление о них ограничивается информацией о деятельности медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК), к тому же не всегда полной и объективной. Вместе с тем политика государства относительно инвалидов предусматривает их защиту, обеспечение гражданских прав и помощь в социальной адаптации.

Основными причинами слепоты и слабовидения являются глаукома [11, 12, 13], миопическая болезнь [1, 7, 9, 14, 20, 21, 22] и травмы глаза [2, 4, 16, 18, 19], за ними следуют заболевания сетчатки, зрительного нерва [5] и заболевания хрусталика [3, 10]. Уровень и структура инвалидности в странах СНГ приблизительно одинаковы.

Количество больных с глаукомой за последние годы увеличилось, соответственно среди них увеличилось количество инвалидов. Так, например, вопрос о распространенности глаукомы наиболее изучен в развитых странах Запада. Распространенность глаукомы в индустриально развитых странах достигает 1,7% среди лиц старше 40 лет. В большинстве стран мира глаукома приводит к необратимой слепоте в 5 – 33%

случаев. В развитых странах этот показатель ниже, в странах с переходной экономикой и особенно в развивающихся – выше, но почти повсеместно глаукома занимает II-IV место в нозологической структуре слепоты.

Уровень инвалидности вследствие глаукомы в Российской Федерации в прошлые годы варьировал от 0,02 до 0,78, составляя в среднем 0,17 на 10 000 населения, доля ее в нозологической структуре инвалидности вследствие офтальмопатологии – 10,6% (от 1,5 до 26,1%).

Среди инвалидов вследствие глаукомы инвалиды I группы составляют 50,5%, II группы – 18,5%, III группы – 31%.

Отмечается неблагоприятная тенденция в структуре инвалидности по тяжести с увеличением доли I группы и уменьшением доли III.

Данный контингент преимущественно составляют лица трудоспособного возраста, значительно преобладают мужчины, большинство из которых до инвалидности занимались умственным или квалифицированным физическим трудом. Уровень слепоты вследствие глаукомы за период наблюдения возрос с 1,9 до 2,2 на 10 000 населения.

Сопоставление основных медико-социальных показателей в настоящее время с аналогичными показателями прошлых лет свидетельствует, что рост заболеваемости глаукомой, ее позднее выявление, хирургическое лечение на поздних стадиях наряду с рядом социальных факторов обуславливают неблагоприятную динамику инвалидизации вследствие глаукомы с неблагоприятной тенденцией к увеличению уровня первичной инвалидности и ее тяжести. Подобные данные указывают на необходимость значительного улучшения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и инвалидизации.

Наряду с этим чрезвычайно важным является совершенствование качества медико-социальной экспертизы лиц с глаукомой, базирующееся на современной концепции инвалидности и новых подходах к оценке ограничений жизнедеятельности. Как известно, одной из основных функций медико-экспертной службы является определение нуждаемости инвалидов в различных мерах медико-социальной помощи, в числе которых главной является реабилитация.

Установлено, что в различных видах реабилитации нуждаются 87% инвалидов с глаукомой, при этом подавляющее большинство (60%) нуждается в медицинской реабилитации, значительное количество – в других видах социальной защиты, в том числе в профессионально-трудовой реабилитации.

У лиц, ослепших вследствие глаукомы, имеется значительный дефицит тифлотехнических вспомогательных средств, особенно бытового и информационного назначения.

Разносторонний анализ категорий и степени тяжести ограничений жизнедеятельности,

суждение о мероприятиях, способных уменьшить либо компенсировать эти ограничения, должны явиться основой оценки реабилитационного потенциала инвалидов с глаукомой и формирования дифференцированных индивидуальных программ их реабилитации.

Решение проблемы глаукомы, одной из наиболее сложных в офтальмологии медико-социальных проблем, требует координации усилий ученых, врачей-офтальмологов, экспертов, организаторов здравоохранения и социальных служб.

По данным А. Ш. Джунусовой [8], в 2002 в г. в РК впервые признано инвалидами по заболеваниям глаз 9 921 человек, из них 7 734 – дети категории «ребенок-инвалид», 1 416 лица трудоспособного возраста.

Глазная патология в структуре первичной инвалидности среди взрослого населения занимает VII место (5,6%), среди детского населения – IV (5,6%).

Структура первичной инвалидности по заболеваниям глаза и его придатков выглядит следующим образом: миопия – 35,1%, глаукома – 21,8%, болезни хрусталика и стекловидного тела – 10,5%, хориоретинит и другие болезни сосудистой оболочки – 9,6%, болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела – 9,0%, атрофия зрительных нервов – 7,6%, отслойка и разрывы сетчатки – 6,4%.

Необходимо отметить, что приведенные данные распределения причин инвалидности являются относительными, так как при вынесении клинико-экспертного диагноза и установлении инвалидности по заболеванию глаз нередко наблюдается сочетание патологии. Например: глаукома, болезни хрусталика (катаракта) и миопия (слепота).

Из числа впервые признанных инвалидами по глазной патологии удельный вес I группы составляет 28,6%, II группы – 33,7% и III группы – 37,7%.

О преимущественном преобладании последствий травм и близорукости в структуре инвалидности в Восточно-Казахстанской области указывает В. Ф. Волков [6]. По ранговому положению они устойчиво занимали два первых места в течение 10 лет, в последние 3 г. на II место выдвинулась сосудистая патология и дистрофия сетчатки, в том числе при сахарном диабете. На III и IV месте – заболевания хрусталика и глаукома. Заболевания хрусталика приводят к инвалидности лиц старше сорока лет, близорукость и заболевания зрительного нерва – преимущественно после тридцати. Остальные нозологические формы не представляют собой существенных групп. Приведенные данные свидетельствуют о неуклонном росте числа инвалидов всех групп.

Изучение материалов областной ВТЭК показало, что в поддерживающем консервативном лечении для сохранения остаточного зрения

нуждаются около 47% инвалидов, в хирургическом – около 13%, реабилитации не подлежат 34%, дополнительное обследование необходимо около 6%.

Результаты работы показывают, что восстановительное лечение инвалидов по зрению имеет некоторые перспективы и должно осуществляться планомерно и повседневно. Вопросы реабилитации инвалидов по зрению следует разрабатывать, исходя из новейших достижений офтальмологии.

Н. С. Кенжебаев [10] исследовал место катаракты в структуре глазной заболеваемости, причин слепоты и слабовидения. Процент больных катарактой к обследованным составил 8,7% и 82,4% к числу больных с патологией хрусталика. Женщин было в 1,5 раза больше мужчин, большая часть приходилась на пациентов 60 лет и старше. Больше больных с возрастной катарактой (90,3%). Катаракта среди причин двусторонних слабовидения и слепоты занимала I место. Среди всех выявленных больных катарактой слепых – 6,2%, слабовидящих – 20,4%.

Ежегодно увеличивается количество больных с диабетической ретинопатией – оно достигло 0,5 на 1 тыс. человек [15]. Отмечается рост глазного диабета среди детей и подростков. Так, среди больных детей и подростков с сахарным диабетом ретинопатия достигла 10%, отмечается тяжелая инвалидизация больных сахарным диабетом.

В последние годы, по данным И. С. Степановой и соавт. [17], увеличился удельный вес диабетических поражений глаз среди инвалидизирующей глазной патологии. Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных эндокринных заболеваний в Казахстане. Заболеваемость СД на 100 тыс. населения составляет 70,1, а ежегодный темп роста заболеваемости в среднем 16%. При первичном освидетельствовании в 97% случаев больные СД признавались инвалидами I и II групп, причем 27% лиц из впервые признанных инвалидами составили больные трудоспособного возраста. В 99,7% случаев инвалидизирующей патологией являлась диабетическая ретинопатия (ДР). Длительность СД до установления инвалидности вследствие его офтальмологических осложнений составила в среднем 10 лет.

Продолжительность СД I типа до инвалидизации больного вследствие офтальмологических осложнений СД составляет в среднем 20 лет, при II типе – только 10. Относительно более благоприятное течение офтальмологических осложнений СД у больных с I типом СД объясняется ранней диагностикой этого заболевания, достижениями клинической эндокринологии в лечении таких больных и молодым возрастом пациентов. Слепота развивается у 3,6% больных СД I типа и у 1,6% больных СД II типа.

Установлено, что значительное число инвалидов, проходящих освидетельствование во

МСЭК общего профиля, даже при наличии выраженных изменений со стороны глаз не обследуются окулистами и не направляются в специализированные МСЭК, что приводит к несвоевременности лечения офтальмодиабета, ухудшению прогноза, неполноценности программы реабилитации. 89% инвалидов из числа обследованных не получали никакого лечения до наступления глубокого слабо зрения вплоть до полной слепоты.

Государственная политика Республики Казахстан в сфере социальной защиты инвалидов направлена на профилактику инвалидности, социальную защиту, интеграцию и реинтеграцию инвалидов в общество. Целью государственной политики является не только оказание материальной помощи инвалидам, но и обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей реализации гражданских, экономических, политических и свобод, предусмотренных Конституцией Республики Казахстан. Важное место в проведении социальной политики в республике занимает служба медико-социальной экспертизы.

В целях дальнейшей реализации Концепции социальной защиты населения Республики Казахстан постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2001 г. уполномоченным органом по вопросам медико-социальной экспертизы определено Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

Включение в состав структурных подразделений территориальных органов Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан и придание статуса государственных служащих предусматривает повышение роли и ответственности службы медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза в республике проводится в соответствии с Международной классификацией нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Основанием для признания гражданина инвалидом являются:

1) нарушение здоровья со стойкими расстройствами функций организма;

2) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

3) необходимость осуществления мер социальной защиты.

Основными критериями определения инвалидности больных с глазной патологией являются (условно):

1) нарушение сенсорных функций организма (зрение, осязание);

2) для детей до 16 лет – ограничение способности к самообслуживанию и обучению;

3) для лиц трудоспособного возраста – ограничение способности к обучению и трудовой деятельности;

4) для лиц предпенсионного и пенсионного возраста – ограничение способности к самообслуживанию и к самостоятельному передвижению.

Многообразие форм офтальмологии и их проявлений обуславливает необходимость многоаспектного анализа их влияния на жизнедеятельность и оценки социальных последствий возникающего зрительного дефекта.

Комплексная оценка всех вышеперечисленных позиций позволяет определить социальные последствия нарушений органа зрения, наличие инвалидности и ее группу, причину инвалидности, сроки переосвидетельствования, а также степень нуждаемости инвалида в социальной защите. Основными среди форм социальной защиты для инвалида с патологией зрения служат различные виды медицинских и социальных услуг, главными из которых являются меры медико-социальной реабилитации, индивидуальная программа которых формируется в процессе медико-социальной экспертизы. При этом ведущее значение имеет первоначальный этап реабилитации – восстановительное лечение. Высокий уровень современной отечественной офтальмологии, особенно офтальмохирургии и лазерной офтальмологии, создает широкие возможности и обеспечивает большую эффективность медицинской реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В. Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности. – М., 1993. – С. 244 – 245.

2. Анализ причин удаления глаз по данным отделения микрохирургии глаза /З. У. Ахмедьянова, И. М. Заркешева, Б. М. Ибраева и др. // Актуальные вопросы офтальмологии. – Алматы, 1998. – С. 123 – 126.

3. Аубакирова А. Ж. Вопросы медицинской реабилитации слепых и слабовидящих детей с врожденными катарактами /А. Ж. Аубакирова, Н. М. Кадырова, Р. Р. Курбанов //Актуальные вопросы борьбы со слепотой и слабо зрением в республике. – Алма-Ата, 1990. – С. 4 – 6.

4. Ахмедов Айдын Ахмед-оглы. Социально-гигиенические, клиничко-офтальмологические проблемы травматизма и инвалидности вследствие повреждения органа зрения в Азербайджанской Республике и пути медико-социальной реабилитации: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Баку, 1998. – 28 с.

5. Билялова А. Н. Некоторые сосудистые заболевания органа зрения (по данным КазНИИГБ) //Актуальные вопросы офтальмологии. – Алматы, 1998. – С. 101 – 103.

6. Волков В. Ф. Структура и динамика инвалидности по данным областной конфликтной

- ВТЭК //Актуальные вопросы офтальмологии. – Алматы, 1998. – С. 237 – 238.
7. Гарус Ю. И. Медико-социальная характеристика детей-инвалидов вследствие патологии органа зрения //Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 1996. – 90 с.
8. Джунусова А. Ш. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов // Офтальмол. журн. Казахстана. – 2003. – №3-4. – С. 22 – 26.
9. Егорова Т. С. Состояние рефракции при инвалидизирующих формах офтальмологии у детей //Вестн. офтальмологии. – 2003. – Т. 119, №2. – С. 22 – 26.
10. Кенжебаев Н. С. Место катаракты в структуре заболеваемости, слепоты и слабовидения у жителей Алматинской области // Офтальмол. журн. Казахстана. – 2003. – №1. – С. 23 – 27.
11. Мустафина Ж. Г. Глаукома. – Алматы, 1995. – 150 с.
12. Мустафина Ж. Г. Слепота и слабовидение по данным населения Алматинской области /Ж. Г. Мустафина, Б. С. Бейсенбаева, Н. С. Кенжебаев //Современные проблемы офтальмологии. – Алматы, 2000. – С. 12 – 13.
13. Нестеров А. П. Глаукома. – М.: Медицина, 1995. – 287 с.
14. Роль офтальмопатологии в формировании инвалидности по зрению у детей /Т. С. Телеуова, Н. С. Кургамбекова, А. К. Шабарова и др. // Актуальные проблемы офтальмологии. – Алматы, 2002. – С. 200 – 213.
15. Сомов Е. Е. Слабовидение и сахарный диабет /Е. Е. Сомов, В. В. Бржеский, О. Г. Ульданов //Актуальные вопросы борьбы со слепотой и слабовидением в республике. – Алма-Ата, 1990. – С. 96 – 103.
16. Сомов Е. Е. Повреждения органа зрения у детей. – СПб, 1991. – 154 с.
17. Степанова И. С. Диабетическая офтальмопатия как причина инвалидности среди больных сахарным диабетом /И. С. Степанова, Г. Д. Кундызбекова, С. Е. Жумабаев //Офтальмол. журн. Казахстана. – 2003. – №3-4. – С. 20 – 22.
18. Сулеева Б. О. Состояние инвалидности от повреждений органа зрения по данным ВТЭК некоторых областей Казахстана /Б. О. Сулеева, Г. О. Огай //Актуальные вопросы борьбы со слепотой и слабовидением в республике. – Алма-Ата, 1990. – С. 48 – 52.
19. Сулеева Б. О. Оценка тяжести вреда здоровью при повреждении слепого глаза, потребовавшего его удаления, в судебно-медицинской практике /Б. О. Сулеева, Э. Г. Канафьянова, И. Е. Ольшевский //Офтальмол. журн. Казахстана. – 2003. – №1. – С. 21 – 23.
20. Телеуова Т. С. К профилактике слабовидения детей вследствие близорукости /Т. С. Телеуова, М. А. Волкова //Актуальные вопросы борьбы со слепотой и слабовидением в республике. – Алма-Ата, 1990. – С. 11 – 16.
21. Телеуова Т. С. Причины инвалидности по зрению с детства //Актуальные вопросы борьбы со слепотой и слабовидением в республике. – Алма-Ата, 1990. – С. 32 – 36.
22. Ферфильфайн И. Л. Профилактика инвалидности вследствие близорукости // Близорукость: патогенез, профилактика прогрессирования и осложнений. – М., 1990. – С. 238 – 239.

Поступила 17.07.07

Y. A. Shusterov, A. S. Bizhanova

PHYSICAL INABILITY BECAUSE OF THE DISEASES BODY OF VISION

The analysis of physical inability is carried out at various diseases of eyes. It is revealed, that principal causes of blindness are: glaucoma, myopia and traumas of an eye, and also disease of a retina, an optic nerve and a crystalline lens. Ways of preventive maintenance and rehabilitation of patients and invalids are planned.

Ю. А. Шустеров, А. С. Бижанова

КӨЗ АУРУЛАРЫ НӘТИЖЕСІНДЕ БОЛАТЫН МҮГЕДЕКТІК

Көздің түрлі аурулары барысында болған мүгедектікке талдау жасалынды. Глаукома, миопия және көз жарақаттары, сондай-ақ торша мен көз талшығының және қарашықтың аурулары соқырлық пен нашар көрудің басты себептері болып табылатыны анықталды. Аурулар мен мүгедектерді оңалтудың және қалпына келтірудің жолдары белгіленді.

Е. А. Захарова, И. С. Азизов,
С. И. Трофимова

СТРУКТУРА ПОТРЕБЛЕНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научно-исследовательский центр Карагандинской государственной медицинской академии, ГУ «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» (Караганда)

Респираторные заболевания являются одной из доминирующих патологий в общей структуре заболеваемости детей дошкольного возраста. Вместе с тем современная тактика лечения этой патологии характеризуется ранним подключением этиотропной терапии, предусматривающей широкое использование антимикробных препаратов (АП).

В то же время нерациональное применение этой группы лекарственных средств может, с одной стороны, сопровождаться формированием устойчивых штаммов микроорганизмов [1], с другой – развитием дисбиотических нарушений, являющихся одним из ключевых звеньев в патогенезе целого ряда клинических синдромов [7]. В этой связи представляется интересной и актуальной оценка рациональности применения этой группы лекарственных средств в педиатрической

практике, так как дети являются одной из основных групп потребителей АП [2].

Цель работы – изучение структуры и рациональности применения АП у детей в возрасте от 3 до 7 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование являлось многоцентровым, ретроспективным. Материалом для исследования служили данные, полученные при анкетировании родителей 212 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Специально разработанная анкета включала в себя ряд вопросов, касающихся получения информации о соматическом статусе ребенка, основном и сопутствующих заболеваниях у ребенка, структуре и тактике выбора лекарственных препаратов и частоте их применения. Проанализирован объем исследования с указанием гендерных и возрастных характеристик групп (табл. 1).

Статистическая обработка проводилась путем определения средних величин и определения достоверности различий по Стьюденту с помощью программы Microsoft Excel™ [4].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены результаты анализа структуры потребления АП в различных регионах республики Казахстан (рис. 1). Полученная картина позволяет говорить о высокой популярности антимикробных химиотерапевтических средств в поликлинической практике врачей-педиатров при лечении инфекций дыхательных путей.

Таблица 1.

Характеристика групп наблюдения по областям

Область	Всего (абс.)	Мальчики (%)	Девочки (%)	Возраст (г.)
Карагандинская	103	52,4	47,6	5,8±1,4
Жамбыльская	37	62,2	37,8	4,9±1,1
Северо-Казахстанская	35	65,7	34,3	6,5±1,2
Павлодарская	37	40,5	59,5	4,4±1,5

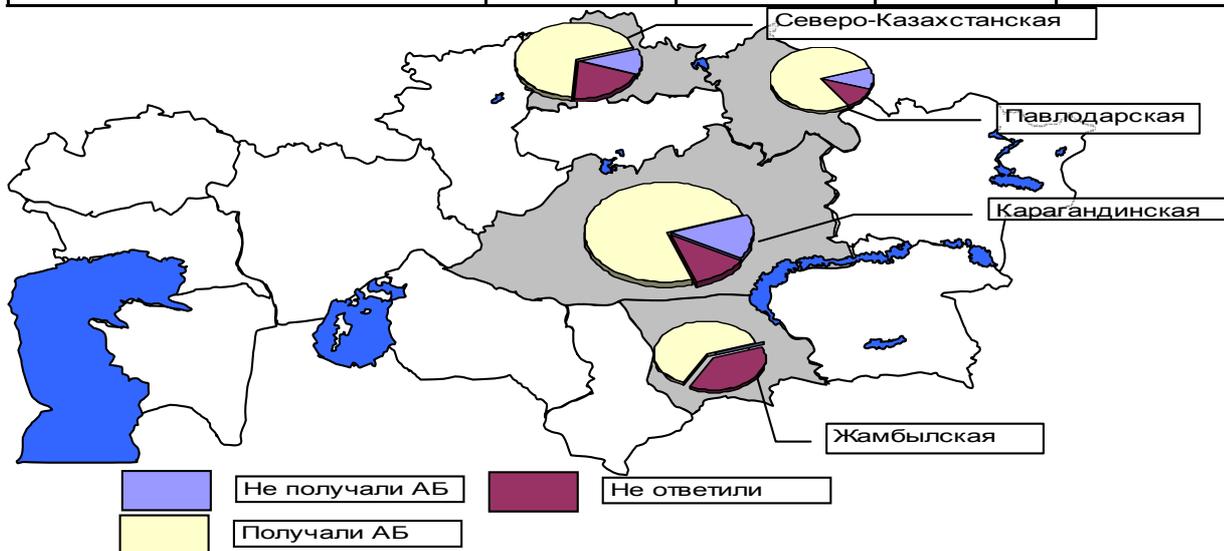


Рис. 1. Распределение потребления АП в различных областях Казахстана

В Северо-Казахстанской и Жамбыльской областях доля респондентов, указавших на применение АП при лечении заболеваний верхних дыхательных путей у детей, превысила 62%, а в Павлодарской и в Карагандинской областях составила 75%. Доля респондентов, отрицательно ответивших по поводу антибактериальной терапии, во всех областях не превышала 15%.

Учитывая высокую популярность АП, а также необходимость их применения только по назначению специалиста, предпринята попытка оценить долю назначений, сделанных врачами. Родителям был задан вопрос: «Кем обычно назначается лечение при заболеваниях верхних дыхательных путей?» и предложено несколько вариантов ответов (рис. 2). Среди прочих был предложен вариант ответа «знакомые», который ни один из опрошенных родителей не выделил.

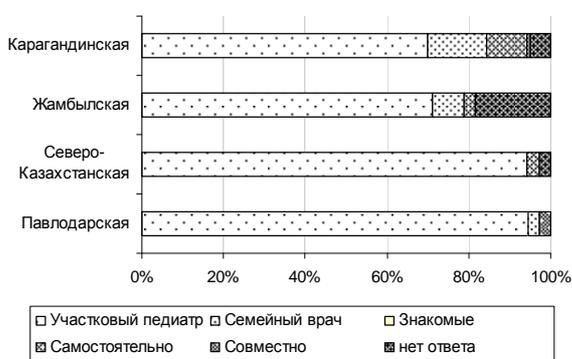


Рис. 2. Распределение факторов, определяющих назначение АП

Как видно, во всех областях в доминирующей массе случаев лечение назначается участковым педиатром. Часть родителей прибегает к помощи семейного врача. Так, в Павлодарской области данный ответ выделили 2,7% респондентов, в Жамбыльской – 8,1%, в Карагандинской – 14,6%. Представляется интересным тот факт, что часть родителей самостоятельно назначают этиотропную терапию: в Северо-Казахстанской области – 2,9% родителей, в Жамбыльской – 2,7%, в Карагандинской – 9,7%.

Несмотря на доминирование врачебных назначений АП, важно отметить, что на позицию врача относительно необходимости назначения антибиотика часто оказывают влияние сами родители [3], что нередко может нести нерациональный характер. С другой стороны, факт назначения антимикробной терапии врачом не является гарантией его адекватности и рациональности [8].

Учитывая, что назначение АП велось в доминирующей массе случаев специалистами, представлялось актуальным оценить рациональность этих назначений. Изучен анализ структуры назначений АП при инфекциях дыхательных путей в группе анкетированных детей (рис. 3).

Учитывая высокую распространенность этиологической структуры при внебольничных инфекциях дыха-

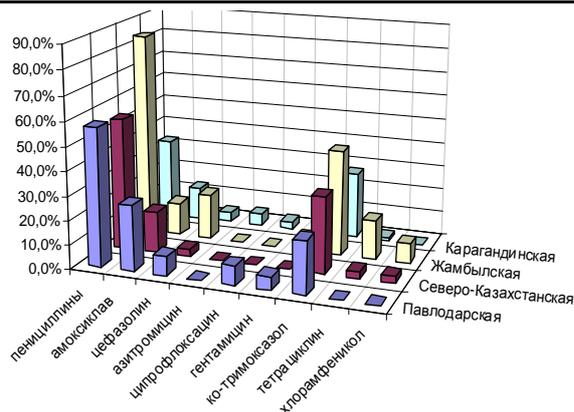


Рис. 3. Структура назначений АП у детей

тельных путей в качестве основных препаратов выбора, в большинстве практических руководств, посвященных освещению проблемы рационального выбора АП, рассматриваются бета-лактамы (монопредпараты полусинтетических пенициллинов и их комбинации с ингибиторами бета-лактамаз, а также цефалоспорины I поколения), ко-тримоксазол и, учитывая детскую возрастную группу, 15-16-членные макролиды [5, 6]. Однако список препаратов не всегда характеризовался рациональностью. Назначение гентамицина, тетрациклина, хлорамфеникола несло сомнительный характер. Так, назначение гентамицина наблюдалось в Павлодарской и Жамбыльской областях (5,4%). Тетрациклин и хлорамфеникол были популярны в Жамбыльской области, доля их назначений составила 16,2% и 8,1% соответственно.

Случаи назначения фторированных хинолонов несли парадоксальный характер, поскольку данная группа имеет противопоказания для применения у детей до 14 лет [9].

Особое внимание привлекает тот факт, что все случаи неадекватного назначения АП были сделаны врачами-педиатрами и семейными врачами. Учитывая это, проанализирована рациональность применения препаратов.

Среднее количество препаратов на одного ребенка (в группе детей, получавших АП) составило 1,7 (рис. 4). Среднее количество назначенных АП варьировало от 2,1 (в Жамбыльской области) до 1,6 в Северо-Казахстанской.

Результаты позволяют говорить о полипрагмазии в назначении АП, что также свидетельствует о нерациональном использовании лекарственных средств данной группы.

ВЫВОДЫ

1. Более чем в 60% случаев в комплексной терапии заболеваний верхних дыхательных путей у детей дошкольного возраста отмечается применение АП.

2. В доминирующей массе случаев назначение АП осуществляется участковым педиатром или семейным врачом.

3. Применение антимикробных препаратов не отвечает требованиям рациональной химиоте-

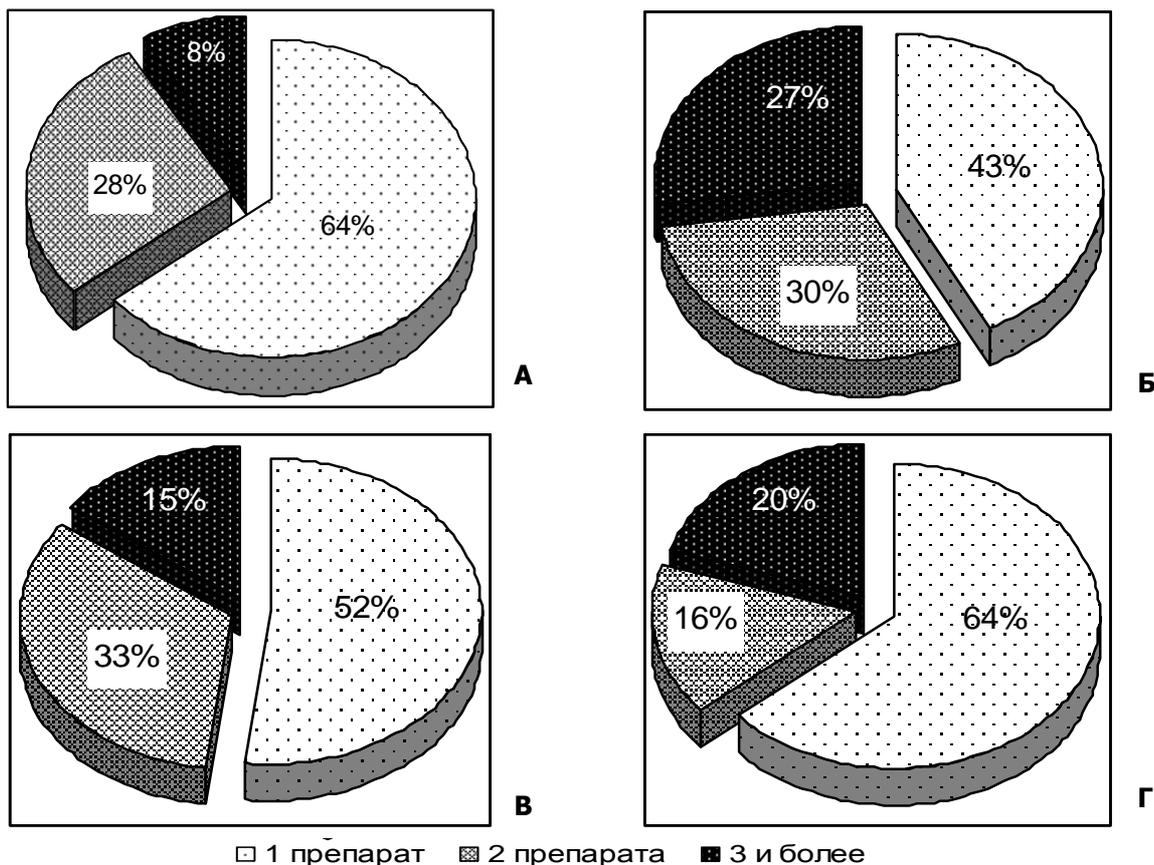


Рис. 4. Количество АП, назначаемых для лечения амбулаторных инфекций верхних дыхательных путей (по областям): А – Карагандинская; Б – Жамбылская; В – Павлодарская; Г – Северо-Казахстанская

рапии в связи с неадекватным выбором (6,7-18,2%), полипрагмазией (36,0-57,6%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абуова Г. Т. Самостоятельное использование населением противобактериальных препаратов //Фармация Казахстана. – 2005. – №4. – С. 28.
2. Белобородова Н. В. Алгоритмы антибиотикотерапии /Н. В. Белобородова, М. Б. Богданов, Т. В. Черненькая. – М., 1999. – 143 с.
3. Бохнер Г. Роль родителей в назначении антибиотиков детям //Новости МСРПА, 1998 – №1. – С. 3 – 7.
4. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel /С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 319 с.
5. Страчунский Л. С. Современная антимик-

- робная химиотерапия: Рук. для врачей /Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. – М.: Боргес, 2002. – 436 с.
6. Страчунский Л. С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии /Л. С. Страчунский, Ю. Б. Белоусов, С. Н. Козлов. – М., 2002. – 381 с.
7. Шендеров Б. А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. – М.: Грант, 1998. – Т.1. – С. 47 – 49.
8. Erythromycin-Resistant Group A Streptococci in Schoolchildren in Pittsburgh /J. M. Martin, M. Green, K. A. Barbadora et al. //N. Engl. J. Med. – 2002. – V. 346. – P. 1243 – 1245.
9. Harold C. Quinolone antimicrobial agents // Annu. Rev. Med. – 1992. – V. 43. – P. 465 – 551.

Поступила 18.05.07

**E. A. Zacharova, I. S. Azizov, S. I. Trophimova
STRUCTURE OF USING ANTIMICROBIAL AGENTS IN THERAPY OF THE CHILDREN OF PRESCHOOL AGE**

Rationality of the using of antimicrobial agents for treatment of the upper respiratory tract diseases in multicentral retrospective research of was carried out in Kazakhstan. As a material were used the results of the questionnaire of the parents of the children at age 3-7 years. It was found that in 60% of cases antimicrobial drugs are used. The pediatricians or home physicians assigned the treatment in most cases. The using of antimicrobial drugs had not always corresponded to the requirements of the rational antimicrobial chemotherapy.

Е. А. Захарова, И. С. Азизов, С. И. Трофимова
МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДАҒЫ АНТИМИКРОБТЫҚ ПРЕПАРАТТАРДЫ
ҚАБЫЛДАУДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Қазақстан аумағында жоғарғы тыныс алу жолдарының инфекциясы кезіндегі антибактериалдық препараттарды қолданудың тиімділігінің көпорталық ретроспективтік зерттеуі жасалған. 3-7 жастағы балалардың ата-аналарының арасындағы жүргізілген сұраныстың нәтижелері материал түрінде алынған. Антибактериалдық препараттардың қолдануының үлесі 60% екендігі және емді педиатр немесе жанұяның дәрігері тағайындайтындылығы анықталған. Зерттеу барысында антибактериалдық препараттардың қолдануы тиімді химиотерапияның талаптарына әрқашанда жауап бермейтіндігі анықталған.

С. М. Кабиева

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ
У НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ГИПОКСИЮ

Кафедра детских болезней №2 Карагандинской государственной медицинской академии

Система «мать – плацента – плод» является единой физиологической системой, поэтому формирование различных заболеваний сердца у детей в период внутриутробного развития во многом определяется характером течения беременности, родов и периода ранней адаптации к внеутробной жизни [4, 6].

Особое место среди факторов риска формирования сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных занимает гипоксия плода и новорожденного. Развитие гипоксии плода определяется не только наличием той или иной материнской патологии, но и ее выраженностью и длительностью, сочетанием с теми или иными сопутствующими состояниями и заболеваниями [7]. В свою очередь, чем длительнее была внутриутробная гипоксия и чем тяжелее была асфиксия при рождении, тем чаще возникают и тем тяжелее протекают поражения сердечно-сосудистой системы у новорожденных [3]. Постгипоксическое поражение миокарда, по данным разных авторов, встречается у 15 – 50% новорожденных [2, 5].

В этой связи выделение наиболее значимых в прогностическом смысле факторов риска позволит прогнозировать сердечно-сосудистые нарушения у новорожденных, перенесших гипоксию [1].

Целью исследования явилось определение факторов риска формирования сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных, перенесших асфиксию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в отделении II этапа выхаживания и лечения новорожденных детей областной детской клинической больницы г. Караганды. В основе работы – анализ 151 истории болезней новорожденных, проходивших стационарное лечение в отделение в 2006 г. Из них были отобраны 44 истории болезней ново-

рожденных с сердечно-сосудистыми нарушениями. Дети были разделены на 2 основные группы по тяжести перенесенной асфиксии: в I группу включены 32 новорожденных с патологией сердечно-сосудистой системы, перенесших асфиксию средней степени тяжести, во II – 12 детей с сердечно-сосудистыми нарушениями, перенесших тяжелую асфиксию (от 0 до 3 баллов по шкале Апгар).

Проведен анализ обменных карт беременных, особенностей течения беременности, родов по данным из историй развития новорожденных, историй болезней детей.

Новорожденные II группы были переведены из родильного дома на 5 – 12 сут. Новорожденные I группы направлялись в отделение как из роддома, так и из поликлиник в разные возрастные сроки от 3 до 28 сут. По половому признаку группы разделились следующим образом: в I группе мальчиков – 55,9%, девочек – 44,1%, во II группе мальчиков – 66,7%, девочек – 33,3%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования выявлено, что из 151 новорожденного, перенесшего асфиксию, у 44 (29,1%) обнаружены сердечно-сосудистые нарушения.

Для установления роли влияния факторов риска в формировании сердечно-сосудистой патологии обращали внимание на особенности течения беременности, состояние здоровья матери, течение периода родов. По времени воздействия исследованные факторы разделили на 2 группы: действующие во время беременности (табл. 1) и действующие во время родов (табл. 2).

У матерей большинства обследуемых детей отмечалось патологическое течение беременности.

В анамнезе у 9,4% матерей детей I группы был длительный гестоз, у 31,3% – тяжелый гестоз, 65,6% женщин страдали анемией, 15,6% – гипертонией беременных, 9,4% – гипотонией, 50% – нефропатией, у 40,6% женщин была выявлена угроза прерывания беременности. В 75% случаев отмечалась внутриутробная гипоксия плода, которая проявлялась в 31,3% случаев бурным шевелением плода, в 12,5% – слабой двигательной активностью. Фетоплацентарная недостаточность отмечалась в 15,6% изученных карт.

Таблица 1.

Факторы риска, действующие во время беременности

Фактор	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Длительный (более 4 нед.) гестоз II половины	3	9,4	5	41,7
Тяжелый токсикоз	10	31,3	7	58,3
Анемия тяжелая и средней степени тяжести	21	65,6	10	83,3
Гипертония беременных	5	15,6	5	41,7
Гипотония	3	9,4	3	25
Нефропатия	16	50	2	16,7
Угроза прерывания беременности или преждевременных родов	13	40,6	12	100
Внутриутробная гипоксия	24	75	11	91,7
Бурное шевеление плода	10	31,3	1	8,3
Слабая двигательная активность	4	12,5	8	66,7
Фетоплацентарная недостаточность	5	15,6	5	41,7

По сравнению с данными I группы, во II группе у матерей в 4,5 раза чаще встречался длительный гестоз (41,7%), почти в 2 раза – тяжелый гестоз (58,3%), более чем в 2,5 раза – гипертония (41,7%) и гипотония (25%). По данным амбулаторных карт, анемией женщины страдали также чаще (83,3%). Нефропатия у матерей II группы встречалась реже почти в 3 раза (16,7%). У всех матерей (100%) во время беременности была угроза прерывания.

Внутриутробная гипоксия плода зафиксирована в 91,7% случаев, из них в 8,3% проявлялась бурным шевелением плода, в 66,7% – слабой двигательной активностью. Фетоплацентарная недостаточность отмечена в 41,7% случаев.

Следовательно, к факторам риска, действующим во время беременности у новорожденных, относятся: длительный (более 4 нед.) гестоз, угроза прерывания беременности, тяжелая и средней степени тяжести анемия, фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия.

В I группе с наибольшей частотой встречалось преждевременное излитие околоплодных вод (31,3%), преждевременная отслойка плаценты (21,9%), аномалии родовой деятельности: в 34,4% случаев преждевременные роды, в 25% – слабость родовой деятельности, в 21,9% – быстрые роды, в 6,3% – очень активные схватки в родах. Кесарево сечение выполнялось у 15,6% женщин. Акушерские пособия были применены в 9,4% случаев. У 18,8% детей было тугое или многократное обвитие пуповины вокруг шеи.

Во II группе все эти факторы риска встречались чаще. Практически у всех было преждевременное излитие околоплодных вод (100%). Преждевременная отслойка плаценты отмечалась почти в 2 раза чаще (41,7%), преждевременные роды – более чем в 1,5 раза чаще (58,3%), слабость родовой деятельности – более

часто. Практически у всех было преждевременное излитие околоплодных вод (100%). Преждевременная отслойка плаценты отмечалась почти в 2 раза чаще (41,7%), преждевременные роды – более чем в 1,5 раза чаще (58,3%), слабость родовой деятельности – более

Таблица 2.

Факторы риска, действующие во время родов

Фактор	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Преждевременное излитие околоплодных вод	10	31,3	12	100
Преждевременная отслойка плаценты	7	21,9	5	41,7
Очень активные схватки	2	6,3	2	16,7
Слабость родовой деятельности	8	25	8	66,7
Быстрые роды	7	21,9	4	33,3
Длительные роды	-	-	2	16,7
Преждевременные роды	11	34,4	7	58,3
Кесарево сечение	5	15,6	-	-
Акушерские пособия	3	9,4	3	25
Тугое и (или) многократное обвитие пуповины вокруг шеи	6	18,8	8	66,7

чем в 2,5 раза чаще (66,7%), быстрые роды в 1,5 раза чаще (33,3%), очень активные схватки в родах в 2,5 раза (16,7%), акушерские пособия (25%). Тугое и (или) многократное обвитие пуповины вокруг шеи сопровождало роды в 3,5 раза чаще (66,7%).

Итак, в формировании сердечно-сосудистых нарушений значение имеют следующие неблагоприятные факторы, действующие во время родов: преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты, аномалии родовой деятельности, тугое и (или) многократное обвитие пуповины вокруг шеи в родах.

Таким образом, среди факторов риска формирования сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных особое место занимает гипоксия плода и новорожденного. У 29,1% новорожденных, перенесших асфиксию, выявлены сердечно-сосудистые нарушения.

Неблагоприятными факторами, действующими во время беременности у новорожденных, перенесших асфиксию, являются длительный (более 4 нед.) гестоз, угроза прерывания беременности, тяжелая анемия и средней степени тяжести, фетоплацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия.

В формировании гипоксически-ишемических поражений миокарда во время родов играют роль такие неблагоприятные факторы, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты, аномалии родовой деятельности, тугое и (или) многократное обвитие пуповины вокруг шеи в родах.

Определение перинатальных факторов риска имеет важное значение при диагностике и

прогнозировании сердечно-сосудистых нарушений у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданова Г. Н. Клинико-математическое прогнозирование факторов риска кардиальной патологии у детей //Педиатрия. – 1998. – №6. – С. 109.
2. Гнусаев С. Ф. Сердечно-сосудистые нарушения у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию /С. Ф. Гнусаев, А. Н. Шиббаев, О. Б. Федерякина //Педиатрия. – 2006. – №1. – С. 9 – 13.
3. Прахов А. В. Клинико-электрокардиографические особенности транзиторной ишемии миокарда у новорожденных, перенесших гипоксию / А. В. Прахов, Е. В. Мурашко //Педиатрия. – 1996. – №1. – С. 38 – 41.
4. Приходько В. С. Клинико-инструментальная диагностика заболеваний миокарда у новорожденных и их лечение /В. С. Приходько, Н. Р. Бужинская //Педиатрия. – 1989. – №10. – С. 32 – 36.
5. Симонова Л. В. Постгипоксическая дезадаптация сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей /Л. В. Симонова, Н. П. Котлукова, Н. В. Гайдукова //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2001. – №2. – С. 8 – 12.
6. Цой Е. Г. Вариабельность сердечного ритма в оценке адаптационных процессов у новорожденных /Е. Г. Цой, Л. Н. Игишева, А. Р. Галеева //Педиатрия. – 2003. – №1. – С. 23 – 27.
7. Шабалов Н. П. Асфиксия новорожденных / Н. П. Шабалов, В. А. Любименко //М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – 367 с.

Поступила 10.06.07

S. M. Kabiyeva

ROLE OF RISK FACTORS IN FORMING OF CARDIO-VASCULAR BREACHES IN NEWBORNS ENDURED HYPOXIA

The research took place in the department of II stage of nursing and treatment of premature and newborn children in the Regional Children Clinical Hospital of Karaganda. It was ascertained, that among 151 newborns endured asphyxia, in 44 (29, 1%) children it was revealed the cardio-vascular breaches. In forming of cardio-vascular breaches in newborns have the great role the peculiarities of pregnancy current, the mother's health condition and current of labor period. The determination of perinatal factors of risk has a great meaning at the diagnosis and prognosis of cardio-vascular breaches in newborns.

С. М. Қабиева

ГИПОКСИЯНЫ ӨТКЕРГЕН ЖАҢА ТУҒАН СӘБИЛЕРДЕ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ БҰЗЫЛУЛАРЫ ҚАЛЫПТАСУЫНЫҢ ҚАТЕРЛІК ФАКТОРЛАРЫНЫҢ РОЛІ

Зерттеу Қарағанды қаласының облыстық клиникалық ауруханасында мерзімінен ерте туған және жаңа туған нәрестелерді күту мен емдеудің II кезеңіндегі бөлімшеде өткізілді. Асфиксияны өткерген 151 нәрестенің 44-де (29,1%) жүрек-қан тамыры бұзылулары анықталды. Нәрестелерде жүрек-қан тамыры бұзылулары қалыптасуында жүктіліктің өту ерекшеліктері, ана денсаулығының жағдайы, босану кезеңінің өтуі маңызды орын алады. Қатердің перинатальдық факторларын анықтау сәбилерде жүрек-қан тамыры бұзылуларын диагностикалауда және болжауда маңызды орынға ие болады.

**З. Х. Мажитова, П. К. Казымбет,
Г. Т. Аталыкова**

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СТРУКТУРА
ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ
В УРАНОДОБЫВАЮЩЕМ РЕГИОНЕ**

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова (Алматы)

Градообразующим предприятием г. Степногорска является Степногорский горно-химический комбинат. Направление деятельности комбината связано с разработкой и добычей полиметаллических и ураносодержащих руд [1, 5].

П. Шантобе и п. Новокрондштатка расположены на территории Сандыктауского района Акмолинской области и удалены от г. Степногорска. Промышленность поселков представлена РУН№1, который осуществляет добычу ураносодержащей руды [1, 5]. По результатам данных спектрометрии и радиохимического анализа проб почвы и питьевой воды выявлен «пятнистый характер» загрязнения радионуклидами и солями тяжелых металлов территории населенных пунктов, прилегающих к этим предприятиям [2, 3]. Попадая в организм через пищевые цепи, радионуклиды и соли тяжелых металлов оказывают воздействие на организм человека. Почки, главный экскреторный орган, являются мишенью для непосредственного воздействия радионуклидов и солей тяжелых металлов. Высокий уровень кровоснабжения и большая протяженность тубулярного аппарата обуславливают длительность контакта нефротоксинов и их метаболитов с эпителием проксимальных, дистальных канальцев и клетками интерстиция почки.

Целью исследования является изучение показателей заболеваемости и структуры патологии мочевого выделительной системы (МВС) у детей, проживающих в непосредственной близости к предприятиям, осуществляющим добычу урановой руды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы годовые отчеты (форма №12), отчеты нефрологической службы о числе заболеваний, зарегистрированных в 2002 –

2006 гг. у детей, проживающих в г. Степногорске и прилегающих к нему поселках Аксу, Заводской, Кварцитка, Карабулак; Шантобе и Новокрондштатка Сандыктауского района; контрольном районе. В качестве контроля выбран Астраханский район Акмолинской области, который отобран по результатам радиологических исследований проб почвы и питьевой воды [2]. Трудовая деятельность населения Астраханского района связана с полеводством и животноводством. Заболеваемость рассчитывалась по общепринятой методике на 100 тыс. населения [4]. Проанализирована динамика численности детского населения в исследуемых районах (табл. 1).

С целью ранней диагностики патологии МВС у детей от 3 до 15 лет, проживающих в п. Шантобе, п. Новокрондштатка (n=374), п. Аксу, п. Кварцитка (n=68), проведено качественное исследование мочи с использованием тест-полосок. Всего обследованы 442 человека. Из них девочки составили 216 человек (49%), мальчики 226 человек (51%). В контрольную группу вошли дети, проживающие в п. Первомайка, п. Астраханка Астраханского района (n=134), из них 71 (53%) девочка и 63 (47%) мальчика. Обследуемые дети проживают в данных населенных пунктах с момента рождения. Качественное определение утренней свежесобранной мочи проводилось с помощью диагностических тест-полосок DeKa Phan – Leuco («Лахема», Брно, Чешская Республика) для исследования на рН, белок, глюкозу, кетоны, эритроциты, лейкоциты, уробилиноген, билирубин, удельный вес, нитриты. Детям с выявленными методом скрининга изменениями в анализах мочи проводился повторный количественный анализ мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первичная заболеваемость патологией мочевого выделительной системы выросла с 1167,2 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 1366,1 в 2005 г. в г. Степногорске и прилегающих к нему поселках. В п. Шантобе и п. Новокрондштатка заболеваемость возросла почти втрое – с 825,3 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 2365,3 в 2005 г. Девочки составили 69%, мальчики 31%. В контрольном районе с 2002 по 2005 г. показатель заболеваемости снизился с 3959,09 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 1318,9 в 2005 г., девочки составили

Таблица 1.

Динамика численности детского населения, проживающего в изучаемых районах

Год	г. Степногорск, п. Аксу, п. Заводской, п. Кварцитка, п. Карабулак	п. Шантобе, п. Новокрондштатка	Астраханский район
2002	10366	727	7628
2003	10366	718	7353
2004	10038	680	6897
2005	10394	761	6596
2006	10817	693	6153

Таблица 2.

Заболееваемость детей 0 – 14 лет патологией МВС

Место проживания	г. Степногорск, п. Аксу, п. Заводской, п. Кварцитка, п. Карабулак					п. Шантобе, п. Новокрондштатка				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Впервые установленный диагноз	121	59	88	142	123	6	9	6	18	2
Показатель на 100 тыс.	1167,2	569,1	876,6	1366,1	1137,09	825,3	1253,4	882,3	2365,3	288,6

Таблица 3.

Заболееваемость детей 0 – 14 лет патологией МВС

Место проживания	Астраханский район (контрольный район)				
Год	2002	2003	2004	2005	2006
Впервые установленный диагноз	302	138	83	87	110
Показатель на 100 тыс.	3959,09	1876,7	1203,4	1318,9	1787,7

52%, мальчики 48% (табл. 2, 3). К 2006 г. кривая заболеваемости в г. Степногорске и поселках снизилась ниже уровня 2002 г., в п. Шантобе и п. Новокрондштатка также отмечено снижение.

В контрольном районе в 2006 г. отмечено нарастание показателя заболеваемости на 35% (табл. 2, 3). Количество детей, состоящих на диспансерном учете по патологии МВС в г. Степногорске и поселках, в п. Шантобе и п. Новокрондштатка, в контрольном районе увеличилось с 2002 по 2006 г. в 1,5 раза. По данным отчетной документации тубулоинтерстициальные поражения почек преобладают над гломерулярными (рис. 1). Проанализирована структура патологии мочевыделительной системы (рис. 2)

По результатам скрининга с использованием тест-полосок выявлены изменения (табл. 4).

Показатели глюкозы, кетонов, уробилиногена, билирубина, нитритов не имели отклонений от нормы.

Изменения в анализах мочи выявлены у 185 детей из 442, что составило 42% от всего числа обследованных. Протеинурия выявлена у 116 детей (62,7%), среди которых мальчики составляли 55%, девочки 45%. Протеинурия в сочетании с микрогематурией отмечена у 25 детей (13,5%), микрогематурия у 33 (17,8%), лейкоцитурия у 11 (6%). рН мочи в пределах 5-6 отмечен у 80% обследуемых, у 20% рН соответствовал значениям 7-8.

В поселке Астраханка, п. Первомайка Астраханского района изменения в анализах мочи выявлены у 112 (84 %) из 134 детей. Протеинурия наблюдалась у 81 (72%), протеинурия с мик-

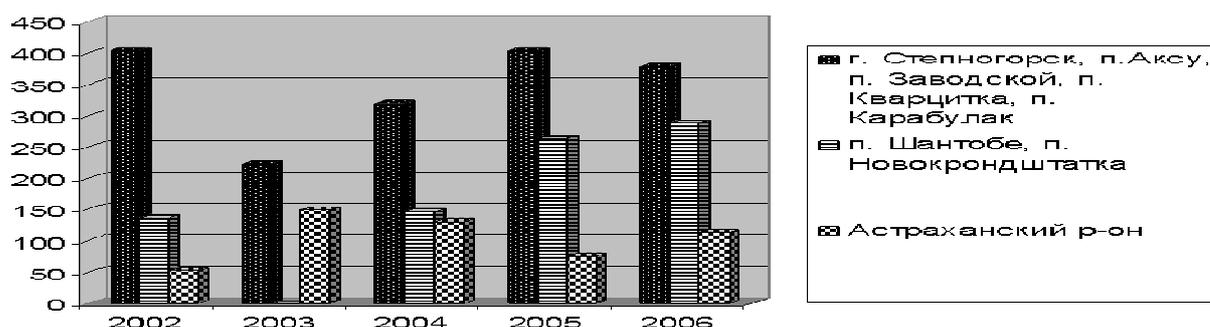


Рис. 1. Заболеваемость тубулоинтерстициальными поражениями почек

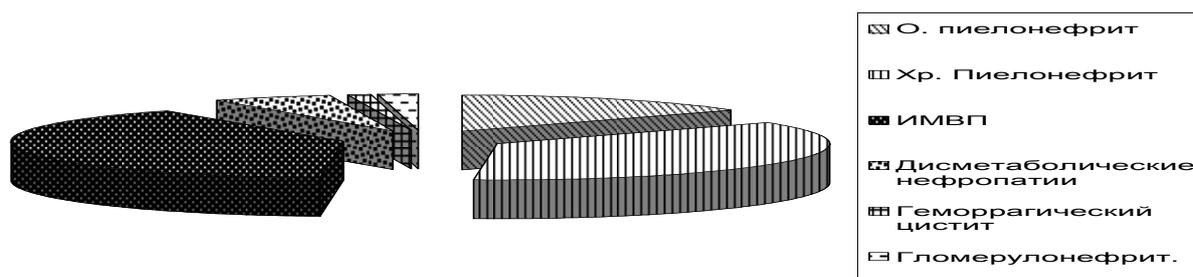


Рис. 2. Структура патологии мочевыделительной системы

Результаты качественного исследования анализов мочи

Протеинурия		Протеинурия, микрогематурия		Микрогематурия		Лейкоцитурия	
м	д	м	д	м	д	м	д
64	52	12	13	19	14	3	8

рогематурией у 1 (1%), лейкоцитурия у 30 (27%) обследованных. Всем детям с выявленными изменениями в анализах мочи проведены повторные количественные анализы.

Из 185 обследованных в п. Шантобе и п. Новокрондштатка, п. Аксу, п. Кварцитка у 137 (74%) детей изменения в анализах мочи не были подтверждены. У 48 детей (26%) были повторно выявлены изменения в анализах мочи, в виде микрогематурии у 38 (79%), лейкоцитурии у 10 (21%). В п. Первомайка, п. Астраханка изменения в анализах мочи вторично выявлены у 20 детей (18%) из 112 первоначально выявленных и представлены лейкоцитурией. Обнаруженная на этапе скрининга мочи протеинурия, не выявленная при повторном количественном исследовании, носила транзиторный характер и была связана с физическими нагрузками, переохлаждением и неправильной техникой сбора мочи. Лейкоцитурия, микрогематурия у девочек, не выявленные вторично, связаны с погрешностями в технике сбора анализов. Одним из проявлений тубулоинтерстициального поражения почек является микрогематурия. В связи с этим обращает на себя внимание повторно выявленная микрогематурия у детей п. Шантобе и п. Новокрондштатка, п. Аксу, п. Кварцитка, которая не была обнаружена в контрольном районе. Лейкоцитурия отмечена в обеих сравниваемых группах. Наличие микрогематурии в анализах мочи у детей, живущих в непосредственной близости от промышленных предприятий позволяет предположить тубулоин-

терстициальный характер поражения почек обследуемых.

Таким образом, в исследуемых районах с 2002 по 2006 г. выявлена тенденция к увеличению показателей первичной заболеваемости патологией мочевого выделительной системы. В структуре патологии МВС преобладают тубулоинтерстициальные поражения почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьев Н. И. Биоресурсы и экологическое состояние Акмолинской области /Н. И. Ананьев, Ш. А. Исенов, Э. А. Мейрамов //Акмола. – 1997. – С. 134 – 137.
2. Исследование эколого-радиологической обстановки в уранодобывающих регионах северного Казахстана. Отчет о научно-исследовательской работе. – Астана, 2005. – 200 с.
3. Казымбет П. К. Исследование радиэкологической обстановки и состояния здоровья населения в уранодобывающих регионах Акмолинской области //Астана мед. журн. – 2005. – №3. – С. 8 – 9.
4. Лисицин Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.
5. О заболеваемости туберкулезом на территории техногенного загрязнения урановым производством /М. У. Дусмагамбетов, А. М. Кусаинова, С. В. Пуронен и др. //Вестн. мед. центра Управления делами Президента РК. – 2006. – №2. – С. 90 – 94.

Поступила 19.06.07

Z. Kh. Mazhytova, P. K. Kazymbet, G. T. Atalykova

MORBIDITY AND PATHOLOGY OF URINARY EXCRETION SYSTEM OF CHILDREN LIVING IN URANIUM MINING REGIONS

The research object is indexes and structure of initial morbidity and pathology of urinary excretion system of children living in Stepnogorsk and bordering Aksu village, Zavodskoi village, Kvartsitka village, Karabulak village; Shantobe village and Novokrondshtadka village which belong Sandyktau region and Astrakhanka region. The research shows that during 2002 – 2006 there's trend of increasing amount of morbidity cases and pathology of urinary excretion system. Tubulointersstitial involvements of kidneys are prevailing among pathology cases.

З. Х. Мажитова, П. Қ. Қазымбет, Г. Т. Аталықова

УРАН ӨНДІРІС АЙМАҚТАРЫНДА ТҰРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ НЕСЕП БӨЛУ ЖҮЙЕСІНІҢ АУЫРУ КӨРСЕТКІШТЕРІ ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМДАРЫ

Зерттеудің объектісі Степногорск қаласында, Аксу ауылында, Заводской ауылында, Кварцитка ауылында, Қарабұлақ ауылында; Сандықтау аймағының Шантобе ауылында және Новокрондштатка ауылында; Астрахан аймағында тұратын балалардың несеп бөлу жүйесінің ауыру көрсеткіштері және құрылымдары. 2002-2006 жылдарда несеп бөлу жүйесінің ауыру көрсеткіштері жоғары болып табылды. Несеп бөлу жүйесінің ауыру құрылымдардың ішінде, тубулоинтерстициалдық ауырулар ең көбірек табылды.

Г. Т. Балапанова, К. К. Аскарлов,
А. А. Мухтарова, А. Д. Шегирова

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ
КАМПАНИИ ИММУНИЗАЦИИ В СНИЖЕНИИ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КРАСНУХОЙ
В Г. ТЕМИРТАУ**

Управление Департамента государственного санитарного эпидемиологического надзора по г. Темиртау

По данным Всемирной организации здравоохранения, иммунизация является наиболее эффективным, с точки зрения затрат, мероприятием за всю историю спасения жизни, предотвращения ненужных страданий, связанных с болезью, инвалидностью и смертью.

Успешная реализация Национальной программы «Интегрированная программа элиминации кори, снижения заболеваемости краснухой и предупреждения синдрома врожденной краснухи в Республике Казахстан на период 2003 – 2010 гг.», утвержденной в 2003 г. Министерством здравоохранения Республики Казахстан, позволила добиться высокого охвата иммунизации населения в рамках национального календаря профилактических прививок. В соответствии с программой запланировано проведение Национальной кампании иммунизации (НКИ) против кори и краснухи населения Республики Казахстан в возрасте от 15 до 25 лет.

Целью работы явилось определение эффективности проведения Национальной кампании иммунизации среди населения города Темиртау и ее влияния на снижение заболеваемости краснухой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости краснухой с использованием учетно-отчетной документации: «Отчета об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях», форма №1, форма №2; «Отчета о профилактических прививках и движении вакцин», форма №5; «Отчет об охвате профилактическими прививками», форма №6; формы 026/у – индивидуальные карты детей, формы 063/у – карты профилактических прививок, формы 064/у – журнал регистрации профилактических прививок.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Многолетняя динамика заболеваемости краснухой в г. Темиртау за период наблюдения характеризовалась неравномерностью частоты в различные годы, высокой ежегодной регистрацией и периодическими подъемами через каждые 5-7 лет. Высокий показатель был отмечен в 1994 г. и составил 814,2 на 100 тыс. населения. С 1995 по 2001 гг. наблюдалось снижение заболеваемости, которая регистрировалась в виде спорадических случаев. В 2002 г. в городе заболели краснухой 2 127 человек (1239,9 на 100 тыс. населения), причем в период сезонности данной

инфекции (с января по июнь 2002 г.) зарегистрировано 1 999 случаев, что составило 94% от всей заболеваемости за год. Высокие показатели продолжали регистрироваться в 2003 и 2004 гг., когда заболеваемость на 100 тыс. населения составила 248,9 и 321,3 соответственно (рис. 1). За 6 мес. текущего года в связи с проведенными мероприятиями краснухи на территории города не зарегистрировано.

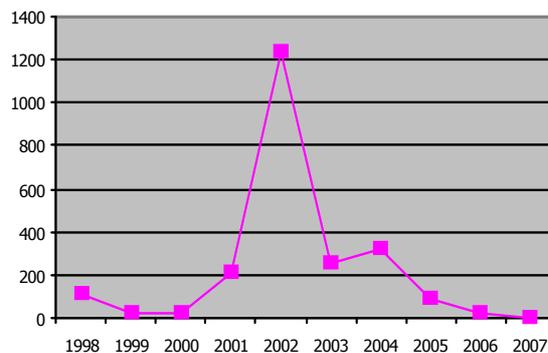


Рис. 1. Динамика заболеваемости краснухой в г. Темиртау (на 100 тыс. населения)

Случаи заболеваемости в основном были сконцентрированы в школах и детских комбинатах. Пораженность школ достигла 75%, детских организованных коллективов – 45%. По предложению специалистов Госсанэпиднадзора школьники были распущены на внеочередные каникулы, в детских комбинатах практиковался роспуск групп на срок инкубационного периода. В результате принятых мер заболеваемость краснухой значительно снизилась с мая 2002 г., а с июля регистрировалась в единичных случаях.

В результате проведения Национальной кампании иммунизации против кори и краснухи населения г. Темиртау в возрасте от 15 до 25 лет ожидалось прекращение циркуляции вируса кори (элиминация кори) и резкое ограничение циркуляции вируса краснухи. Для обеспечения эффективности НКИ были обозначены следующие задачи: массовый охват вакцинацией всех возрастных групп населения, в которых сосредоточена основная часть всех восприимчивых; достижение высокого охвата прививками (не менее 95%); проведение кампании в течение короткого периода (2 нед.); обеспечение эффективности «холодовой цепи»; обеспечение безопасности практики иммунизации; обеспечение сотрудничества всех заинтересованных сторон.

В соответствии с поставленными задачами было необходимо в течение короткого времени охватить одновременно 11 возрастных групп населения (15 – 25 лет), независимо от прививочного статуса и перенесенного заболевания, дивакциной против кори и краснухи. Проведение НКИ в г. Темиртау состояло из двух туров: I тур (21.02.05 г. – 7.03.05 г.), во время которого было охвачено более 15 тыс. человек; II тур (01.09.05 г. – 01.11.05 г.), в течение которого иммунизации

против краснухи подлежали 10 004 женщины в возрасте 26 – 35 лет, из них 7 898 (78,9%) работающие, 2 106 (21,1%) неработающие женщины.

Вместе с тем с 21.06.05 г. введена вакцинация детей в возрасте 12 мес. против кори, краснухи, эпидемического паротита (ККП), а также вакцинация девочек в возрасте 15 лет против краснухи.

Для успешного проведения НКИ и в целях ее реализации в г. Темиртау Управлением Департамента государственного санитарного эпидемиологического надзора проведена следующая работа. Подготовлены и разосланы во все заинтересованные ведомства (акимат, зональное представительство департамента здравоохранения, лечебно-профилактические учреждения города, предприятия и организации) письма о предстоящей НКИ. Обозначены места развертываемых прививочных пунктов, определено количество создаваемых передвижных прививочных бригад. В городе было запланировано развернуть 73 прививочных пункта и 15 прививочных бригад с привлечением 38 врачей, 97 медсестер, 88 регистраторов. Специалистами Госсанэпиднадзора организовано проведение рейдовых проверок всех прививочных пунктов с целью определения достоверности планирования подлежащих контингентов, определения готовности прививочных пунктов к работе в НКИ. Вместе с тем все прививочные пункты в 100% были оснащены холодильным оборудованием, термоконтейнерами для транспортировки и временного хранения вакцинных препаратов, протившоковыми укладками. Проверялись наличие допуска к проведению прививки у медработников, наличие самоблокирующихся шприцев, коробок безопасного уничтожения для сбрасывания отработанных разовых шприцев, условия утилизации отработанного материала.

С целью обучения медицинских работников проведен городской семинар на базе Госсанэпиднадзора с привлечением всех медработников, задействованных в НКИ, и средств массовой информации (телевидение, печать).

Обучение медработников проводилось также в лечебных учреждениях с последующей аттестацией и выдачей удостоверений допуска к проведению прививок. Были разработаны билеты с вопросами, также проводилась практическая

отработка навыков безопасной практики иммунизации. Всего аттестованы 46 врачей, 117 средних медработников.

Разработаны алгоритмы работы прививочной медсестры от начала рабочего дня до завершения работы.

Для обеспечения 100% всех прививочных пунктов термоконтейнерами оформлены и вручены предписания заведующим городского отдела образования и ТОО «Дошкольник», а также директорам школ и заведующим детских дошкольных учреждений с конкретными сроками исполнения. В результате централизованно были закуплены термоконтейнеры для школ, ДДУ, ПТШ, Карагандинского металлургического института.

Для максимального привлечения подлежащего иммунизации контингента использовались все средства массовой информации: телевидение, газеты, радиолекции, беседы, листовки.

Для исключения упущенных возможностей рекомендовано охватывать иммунизацией против краснухи женщин, пришедших на прием к гинекологу, а также мам, пришедших с детьми в поликлинику на прием к педиатру; продление работы прививочных пунктов до 18 часов, используя скользящий график работы.

Для эффективности работы прививочных бригад разработан лист учета к форме 064/у, куда были внесены следующие графы: а) допуск к прививке с датой осмотра, фамилией и подписью врача; б) отметка о сделанной прививке; в) итоги наблюдения за привитым: через 30 мин, на 5-6 и на 10-11 сут.

В ходе НКИ заполнялся только этот лист к форме 064/у. По окончании НКИ все прививки и результаты наблюдения за постпрививочной реакцией разносились по всем прививочным формам: ф. 063/у, ф. 026/у, ф. 025/у.

Таким образом, введение плановой иммунизации против краснухи детей в возрасте 1 г., девочек 15 лет, а также дополнительная иммунизация восприимчивого контингента привели к стабилизации эпидемиологической ситуации по краснухе в г. Темиртау. Установлено, что заболеваемость этой инфекцией напрямую связана с проведением иммунизации подлежащего контингента.

Поступила 25.06.07

G. T. Balapanova, K. K. Askarov, A. A. Muhtarova, A. D. Shegirova
EFFICIENCY OF REALIZATION OF NATIONAL CAMPAIGN OF AN IMMUNIZATION IN A REDUCTION OF THE SICK-RATE BY A RUBELLA IN CITY TEMIRTAU

In the given activity the analysis of efficiency of realization of two tours of National Campaign of an Immunization in city Temirtau against a rubella among children in the age of 1 year, girls per 15 years and padding immunization of an acquisitive quota is conducted, which one has resulted in stabilization of an epidemiological situation on the given infection contamination.

Г. Т. Балапанова, К. К. Аскараров, А. А. Мухтарова, А. Д. Шегирова
ТЕМИРТАУ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚЫЗАМЫҚПЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ ТӨМЕНДЕУІНЕ ҰЛТТЫҚ
ЕГУ КОМПАНИЯСЫНЫҢ ЕГУ ЖҮРГІЗУДЕГІ ТИІМДІЛІГІ

Бұл жұмыста Теміртау қаласындағы 1 жасар балалар арасында, 15 жасар қыз балалар арасында қызамыққа қарсы ұлттық егу компаниясының 2 турда өткен егу жұмыстарының тиімділігіне талдау жүргізілді және қабылдағыш контингенттерге қосымша егу жүргізілді, нәтижесінде бұл инфекция бойынша эпидемиологиялық жағдайдың бірқалыпты болуына мүмкіндік туғызды.

Н. А. Кабилдина, В. А. Кулишов,
О. В. Гребенева, Д. А. Муканова

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН КАРАГАНДИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

КГКП «Карагандинский областной онкологический центр», кафедра онкологии с лучевой диагностикой и лучевой терапией Карагандинской государственной медицинской академии, Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК

Рак молочной железы (РМЖ) является самой распространенной онкологической патологией у женщин. По предварительным оценкам, к 2010 г. заболеваемость этой злокачественной опухолью в мире составит 1,35 млн случаев. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в Северной Америке – 99,4 на 100 тыс. населения, Австралии и Новой Зеландии – 71,69 на 100 тыс. населения, самый низкий – в Китае и экваториальной Африке – 11,7 и 13,6 на 100 тыс. населения [4, 5].

РМЖ в РК также возглавляет рейтинг злокачественных опухолей у женщин, на его долю приходится 17,7±0,3%, то есть ежегодно в Казахстане более 2,5 тыс. женщин заболевают этим видом рака [3]. РМЖ поражает каждую девятую женщину, при этом в большинстве случаев диагностируются запущенные стадии. Раскрытие эпидемиологических закономерностей, факторов риска заболевания открывает реальные возможности предупреждения рака и снижения смертности от него [2, 3].

Цель исследования – оценить риск возникновения РМЖ в популяции женщин Карагандинской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования 506 больных РМЖ, пролеченных в КГКП «Карагандинский областной онкологический центр», и 1584 историй болезней этих пациенток за 2002 – 2004 гг.

Результаты обработаны на персональном компьютере «Pentium-4» с использованием программы STATISTICA 5.0. Для всех регионов Карагандинской области рассчитаны по возрасту уровни заболеваемости РМЖ (G) на 10 тыс. населения для выделенных 11 возрастных групп шагом в 5 лет по формуле:

$$G_i = 1 - \exp(-m_i),$$

где m_i – коэффициент заболеваемости в возрасте i , который считали по формуле:

$m_i = n \cdot 10000 / N$, где n – число случаев заболевания, N – число лиц, проживающих в данном районе в данной возрастной группе.

«Популяционные риски» определяли как сумму по возрастным уровням заболеваемости женского населения от 20 до 85 лет для всех регионов Карагандинской области [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены относительные показатели числа случаев заболевания РМЖ у женщин выделенных 11 возрастных периодов с шагом 5 лет (табл. 1). Представлена заболеваемость РМЖ на 10 тыс. женского населения, где выявляется интересная закономерность. Самая высокая заболеваемость РМЖ выявлена в городских населенных пунктах и варьирует от 0,2129 до 0,2397 на 10 тыс. населения. По Карагандинской области, в г. Караганде, Шахтинске, Сарани и Темиртау с каждым возрастным периодом заболеваемость увеличивается и достигает максимальных показателей в группе старше 65 лет. В Жезказгане, Балхаше, Каражале пик заболеваемости приходится на возрастную период 55-64 года с последующим снижением. Только в г. Сатпаеве выявлены самые высокие показатели заболеваемости в возрастной категории 45-49 лет.

В сельских районах отмечается значительное снижение заболеваемости РМЖ, исключение составляет Осакаровский район, где максимальная заболеваемость составляет 0,2207 на 10 тыс. населения, как в городах. В Каркаралинском, Абайском, Бухар-Жырауском, Осакаровском и Нуринском районах пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст старше 65 лет, в Жанааркинском, Нуринском, Шетском и Улытауском районах самая высокая заболеваемость отмечается в возрастной категории 55-64 года. В Улытауском районе РМЖ выявлен только в возрасте 55-59 лет. Несмотря на тенденцию к омоложению рака данной локализации, наиболее частая встречаемость РМЖ наблюдается в возрасте старше 55 лет. Все это подчеркивает еще раз, что возраст является важным фактором риска возникновения РМЖ.

Для всех регионов Карагандинской области определены «популяционные риски» заболевания РМЖ. Его наименьшая величина зарегистрирована у жительниц Актогайского района (0,198 у. е.), что позволило использовать его в

Таблица 1.

Повозрастная заболеваемость и «популяционные риски» заболевания РМЖ по регионам Карагандинской области

Показатели по районам	Возрастные группы (г.)											Популяционные	
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 и стар-	риски (у. е)	
Карагандинская область	0,0010	0,0034	0,0119	0,0293	0,0643	0,0961	0,1045	0,1311	0,1302	0,1474	0,1289	0,848	
г. Караганда	0,0019	0,0053	0,0168	0,0390	0,0870	0,1115	0,1285	0,1604	0,1635	0,1608	0,2421	1,117	
Каркаралинский	0	0	0	0	0,0583	0,0702	0,0923	0,0213	0,0489	0,1361	0,1219	0,549	
г. Жезказган	0	0	0,0098	0,0253	0,0344	0,0969	0,0614	0,1573	0,1523	0,1374	0,2397	0,915	
г. Балхаш	0	0	0,0325	0,0471	0,0509	0,0917	0,1008	0,1740	0,1795	0,1188	0,1019	0,897	
г. Каражал	0,0291	0	0	0	0,0455	0,0541	0,0319	0,1075	0,1454	0	0,0868	0,5	
г. Сарань	0	0	0	0	0,0511	0,0551	0,1103	0,0508	0,0555	0,1771	0,1684	0,668	
г. Сатпаев	0	0	0	0,0130	0,0523	0,1160	0,0908	0,0849	0,0754	0,0685	0,0937	0,595	
г. Шахтинск	0	0	0	0,0342	0,0954	0,1159	0,1126	0,1578	0,1055	0,1799	0,2129	1,014	
г. Темиртау	0	0,0109	0,0030	0,0288	0,0783	0,0926	0,1120	0,1168	0,1191	0,1568	0,2279	0,946	
Абайский р-он	0	0	0,0097	0,0184	0,0469	0,0516	0,0732	0,0751	0,0874	0,1348	0,0978	0,595	
Бухар-Жырауский	0	0	0,0278	0,0356	0,0236	0,0788	0,0725	0,0621	0,0802	0,0930	0,1248	0,598	
Жанаарқинский	0	0	0	0	0	0,0466	0,0762	0,0901	0,0297	0	0	0,243	
Осакаровский	0	0	0,0293	0,0152	0,0383	0,0659	0,0779	0,1524	0,1240	0,2207	0,1722	0,896	
Актогайский р-н	0	0	0	0,0292	0,0261	0	0,0635	0	0	0	0	0,198	
Нулинский р-он	0	0	0	0,0156	0	0,1143	0,0455	0,0907	0,1831	0,1261	0,0489	0,624	
Шетский район	0	0	0,0116	0,0232	0,0564	0,0748	0,0857	0,0437	0,1268	0,0589	0,0271	0,508	
Улытауский р-н	0	0	0,0316	0	0	0	0	0,2181	0	0	0	0,416	

Количество случаев на 10 тыс. населения

качестве точки отсчета при сравнении с другими населенными пунктами. Малые величины «популяционного риска» заболеваемости РМЖ получены также в Жанааркинском районе (0,243 у. е.). При этом уровень «популяционного риска» возникновения РМЖ в г. Караганде оказался выше в 5,6 раза, чем в Актогайском районе, что наглядно показывает истинное различие заболеваемости РМЖ среди женского населения по регионам.

Самые высокие показатели «популяционного риска» заболеваемости РМЖ выявлены в Караганде (1,117 у. е.), в г. Шахтинске (1,014 у. е.), Темиртау (0,946 у. е.), Жезказгане (0,915 у. е.), Балхаше (0,897 у. е.). Исключение составил Осакаровский район, где показатель «популяционного риска» составил 0,896 у. е. По остальным регионам Карагандинской области выявлены средние уровни «популяционного риска», равного 0,5 у. е. Уровень «популяционного риска» заболеваемости РМЖ для жительниц Карагандинской области в целом составил 0,848 у. е., что определило его превышение в 4,3 раза по сравнению с женщинами, проживающими в Актогайском районе.

Использование методологии расчета «популяционного риска» заболевания РМЖ позволило рекомендовать усиление проведения мероприятий, направленных на скрининг-диагностику РМЖ у жительниц населенных мест с выявленным высоким «популяционным риском» его возникновения.

ВЫВОДЫ

1. По Карагандинской области в городах выявлены более высокие показатели заболеваемости РМЖ (от 0,2129 до 0,2397 на 10 тыс. насе-

ления) по сравнению с сельскими районами (от 0 до 0,1831 на 10 тыс. населения). С каждым возрастным периодом заболеваемость РМЖ увеличивается и достигает максимальных показателей в группе старше 65 лет среди городского населения и в возрастной группе 55-64 года среди сельского населения.

2. Наиболее высокие «популяционные риски» заболевания РМЖ выявлены у женщин, проживающих в г. Караганде (1,117 у. е.), Шахтинске (1,014 у. е.), Темиртау (0,946 у. е.), Жезказгане (0,915 у. е.), Балхаше и Осакаровском районе (0,897 у. е.). Уровень «популяционного риска» заболеваемости РМЖ для жительниц Карагандинской области в целом составил 0,848 у. е., что в 4,3 раза выше, чем у женщин, проживающих в Актогайском районе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вологодская И. А. Использование методов генетической эпидемиологии для мониторинга мультифакториальных заболеваний //И. А. Вологодская, А. В. Курбатов //Гигиена и санитария. – 2004. – №6. – С. 21 – 23.
2. Левшиц В. Ф. Эпидемиология рака молочной железы //В. Ф. Левшиц, П. М. Пихут. – Тирасполь: «Cartier», 1998. – 224 с.
3. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006 год (статистический материал). – Алматы: КазНИИОиР, 2006. – 52 с.
4. Cancer statistics, 2004 //F. Jemal, R. C. Tiwari, T. Murray et al. //Ca. Cancer. J. Clin. – 2004. – V. 54. – P. 8 – 29.
5. Global cancer statistics //D. M. Parkin, F. Bray, J. Ferlay, P. Pisani //Ca Cancer. J. Clin. – 2005. – V. 55. – P. 74 – 108.

Поступила 10.07.07

N. A. Kabildina, V. A. Kulishov, O. V. Grebeneva, D. A. Mukanova RISK OF BREAST CANCER DEVELOPMENT IN WOMEN OF KARAGANDA REGION

The age-adjusted incidence rate of breast cancer was calculated for all districts of Karaganda region with the following counting of «populational risks». The highest «populational risks» were revealed in women, living in Karaganda city, Shakhtinsk, Temirtau, Zhezkazgan, Balhash and Osakarovka district. The level of «populational risk» for breast cancer incidence rate was 4.3 times higher in female inhabitants of Karaganda region than in Aktoghay region.

Н. А. Қабылдина, В. А. Кулишов, О. В. Гребенева, Д. А. Мұқанова ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ ӘЙЕЛДЕРІНДЕ СҮТ БЕЗІ РАҒЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ҚАУЫБЫ

Қарағанды облысының барлық аймақтарына сүт безі рағымен аурушандықтың жасқа байланысты деңгейлері, одан кейін «популяциялық қауіптер» саналды. Сүт безі рағымен ауыратын әйелдердегі ең жоғары «популяциялық қауіп» Қарағандыда, Шахтинскіде, Теміртауда, Жезқазғанда, Балқашта және Осакаров ауданында тұратын әйелдерде анықталды. Сүт безі рағымен аурушандықтың «популяциялық қауіп» деңгейі Ақтоғай ауданында тұратын әйелдерімен салыстырғанда, Қарағанды облысы тұрғындары үшін 4,3 есе жоғары.

О. Н. Ефимова

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом фтизиатрии Карагандинской государственной медицинской академии, Областная инфекционная клиническая больница (Караганда)

Главную проблему инфектологии представляют вирусные гепатиты (ВГ) с парентеральным механизмом передачи, и среди них вирусный гепатит С (ВГС). В 75-80% случаев острый ВГС заканчивается хронизацией процесса и именно с HCV-инфекцией связан основной процент циррозов печени и первичных гепатоцеллюлярных карцином [3, 6, 8, 10, 11].

Лечение парентеральных ВГ остается приоритетной проблемой современной гепатологии, так как является наиболее сложным и до сих пор далеко от решения [2, 9].

Признанными этиотропными препаратами для лечения парентеральных вирусных гепатитов являются препараты интерферонового ряда. Однако высокая стоимость, наличие побочных эффектов и относительно низкая эффективность лечения привели к тому, что ряд исследователей предлагает использовать как альтернативный вариант лечения интерферогены [4, 5].

В последние годы особый интерес представляет также фитотерапия [7]. Но известно, что растительные препараты относятся своей большей частью к патогенетическим основам лечения, а поэтому поиск рациональных схем терапии, которые оказывали бы непосредственное воздействие на возбудитель заболевания, не оказывая при этом никаких побочных реакций и дополнительного токсического влияния на печень, остается весьма актуальным. Весьма перспективным в этом отношении представляется изучение электромагнитного излучения низкой интенсивности (ЭМИНИ) [1].

Учитывая, что в литературе нет данных о комплексном использовании интерферогенов, фитопрепаратов и ЭМИНИ в лечении острого вирусного гепатита С у детей, изучение этого раздела представляет немаловажный интерес.

Цель работы – исследование эффективности комплекса препаратов циклоферон+салсоколлин в сочетании с ЭМИНИ при лечении острого вирусного гепатита С у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом рандомизации были обследованы 56 больных в возрасте от 7 до 18 лет с диагнозом: вирусный гепатит С, находившихся в Областной инфекционной клинической больнице г. Караганды. Верификация диагноза основывалась на иммуноферментном анализе (ИФА) путем об-

наружения маркеров острого вирусного гепатита С – суммарных антител к вирусу гепатита С.

Все больные были распределены на 2 терапевтических группы: больные I группы (28 человек) в качестве противовирусной терапии получали рекомбинантный интерферон α -2b (ИФН- α -2b) – интрон-А («Schering-Plough», США). Интрон-А назначался по схеме индукционного введения, то есть ежедневное внутримышечное введение по 2 МЕ на протяжении 4 нед. (28 сут). Терапия интроном-А начиналась с первого дня после установления диагноза ВГС и проводилась на фоне базисной терапии.

Пациенты II группы (28 человек) для лечения острого вирусного гепатита С помимо базисной терапии получали комплексно циклоферон+салсоколлин в сочетании с ЭМИНИ. Циклоферон назначали по следующей схеме: внутримышечно из расчета 6-10 мг/кг массы тела в зависимости от возраста 1 раз в сут с интервалом 48-72 ч в течение 28 сут, всего 15 инъекций. Салсоколлин пациенты получали перорально из расчета 40 мг/кг 2 раза в сут за 30 мин до еды в течение 28 сут без перерыва.

Лечение электромагнитными волнами низкой интенсивности осуществлялось аппаратом ИК-терапии «Уро-Биофон», который в процессе работы излучает модулированные электромагнитные волны нетепловой интенсивности в ближнем ИК-диапазоне 0,7-0,8 мкм (99% излучаемой мощности) и поляризованные электромагнитные волны в диапазоне 3-10000 мкм (менее 1% излучаемой мощности). Длительность сеанса облучения ЭМИНИ установлена в приборе на автономный режим и составляет 24 с. Лечение ЭМИНИ осуществлялось с 1 сут госпитализации по 1 сеансу через каждые 4 ч, т.е. 6 сеансов в сут. Срок лечения ЭМИНИ составил 28 сут.

Всем больным, кроме общеклинического, проводили биохимическое исследование сыворотки крови с определением общего билирубина и его фракций, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), тимоловой пробы, холестерина, щелочной фосфатазы. Эффективность лечения оценивали путем сопоставления динамики клинических и биохимических показателей, а также с использованием критериев, рекомендованных Европейской группой по изучению заболеваний печени (Euro Hep, 1996).

Так, первичная ремиссия отмечается при нормализации уровня АлАТ в ходе лечения, подтвержденной двумя последовательными анализами с интервалом в месяц; стабильная ремиссия – при нормальном уровне АлАТ в ходе первых 6 мес. после лечения. Отсутствие ремиссии регистрируется в случае, если спустя 3 мес. после начала терапии положительная динамика АлАТ отсутствует; рецидив – при повторном повышении АлАТ в ближайшие 6 мес. после окончания терапии; ускальзывание ремиссии – при повторном повышении АлАТ в ходе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных детей отмечались проявления астеновегетативного и диспепсического синдромов. Иктеричность склер и кожи не являлась постоянным признаком заболевания и наблюдалась не более чем в 40% случаях. Постоянным симптомом острого вирусного гепатита С, регистрировавшегося в 100% случаев, явилась гепатомегалия.

Клиническими критериями эффективности терапии служили сроки исчезновения симптомов интоксикации, диспепсических проявлений, нормализация размеров печени.

Слабость до начала терапии наблюдалась в обеих группах в 100% случаев. После оконча-

были в пределах нижней границы нормы и в процессе лечения существенно не менялись. Таким образом, можно сделать вывод, что при остром ВГС такие функции печени, как гемостатическая и желчевыделительная, практически не нарушаются.

Эффективность лечения оценивали также по критериям, рекомендованным Европейской группой по изучению заболеваний печени (табл. 1). У больных II группы удалось добиться наибольшего процента стабильной ремиссии, который составил 46,3% (13 человек), однако этот показатель не на много превосходил процент стабильной ремиссии, которого удалось добиться в I группе – 39,3% (11 человек).

Таблица 1.

Критерии эффективности лечения в I и II группах

Группа	Критерии эффективности									
	первичная ремиссия		стабильная ремиссия		отсутствие ремиссии		рецидив		ускальзывание ремиссии	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	18	64,3	11	39,3	7	25	6	21,4	4	14,3
II	19	67,8	13	46,3	5	17,9	5	17,9	5	7,9

ния одного курса лечения 7,1% (2 больных) обеих групп продолжали жаловаться на слабость. Аппетит после курса терапии оставался сниженным у 14,3% (4) больных I группы и у 10,7% (3) больных II группы.

Диспепсические проявления в виде тошноты и рвоты к концу курса терапии не наблюдались ни одного больного. Те же наблюдения констатировались и при оценке иктеричности кожных покровов и склер – после окончания курса терапии этого клинического признака не выявлено.

Гепатомегалия была отмечена перед началом курса терапии у 100% больных. После курса лечения печень осталась увеличенной у 28,6% (8 больных) больных как I, так и II группы.

Таким образом нормализация клинических симптомов после одного курса терапии происходит примерно одинаково в обеих группах, т.е. терапевтическая эффективность применяемых методов терапии была равноценной.

Для оценки эффективности проведенного лечения изучали также биохимические показатели, при анализе которых видно, что к окончанию курса терапии в обеих группах отмечена полная нормализация уровня общего билирубина, хотя показатели трансфераз (АлАТ, АсАТ) оставались увеличенными. Так, к окончанию курса терапии уровень АлАТ превосходил норму в I группе в 3,3 раза, во II группе – превышал норму в 3,2 раза. Уровень АсАТ также к окончанию курса терапии не достиг своей нормы и превышал ее в I и II группах в 2,5 и 2,3 раз соответственно.

Такие показатели как ПТИ, щелочная фосфатаза и фибриноген к началу курса терапии

В то же время нужно отметить, что во всех группах отличались рецидивы заболевания, которые в своих значениях практически не отличаются друг от друга и составляют в I и II группах 21,4% (6 больных) и 17,9% (5 больных).

В I группе первичной ремиссии удалось добиться только у 18 детей (64,3%), что в 1,05 раза ниже, чем во II группе. Процент первичной ремиссии во II группе составил 67,8% (19 больных).

Отсутствие ремиссии, т.е. отсутствие положительной динамики АлАТ спустя 3 мес. от начала терапии во II группе наблюдалось у 5 больных (17,9 %), что в 1,2 раза ниже чем в I группе. Таким образом, терапевтический эффект в I группе составил 39,3%, во II – 46,3%. Напротив, отсутствие терапевтического эффекта в большем проценте случаев наблюдалось в I группе – 21,4% (6 больных), во II группе этот показатель составил 17,9% (5 больных) (рис. 1).



Рис. 1. Эффективность методов лечения в I и II группах

Таким образом, эффективность лечения была сравнительно одинаковой в обеих группах.

ВЫВОДЫ

1. Комплекс циклоферон+салсоколлин в сочетании с ЭМИНИ является высокоэффективным способом лечения и может использоваться в терапии острого вирусного гепатита С с момента постановки диагноза

2. Рекомбинантный интерферон α -2b (ИФН- α -2b) – интрон-А и комплекс препаратов циклоферон+салсоколлин в сочетании с ЭМИНИ оказывают практически одинаковый терапевтический эффект – 39,3% и 46,3% соответственно

ЛИТЕРАТУРА

1. Байсапарова М. А. Экспериментально-теоретическое обоснование новых подходов к терапии перитонитов на основе использования электромагнитного излучения инфракрасного диапазона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Караганда, 2002. – 25 с.
2. Горбаков В. В. Современные подходы к диагностике и лечению вирусного гепатита С // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – № 5. – С. 61 – 67.
3. Горбаков В. В. Острые вирусные гепатиты // Практич. врач. – 2001. – №17. – С. 6 – 10.
4. Змызгова А. В. Интерферонотерапия вирусных гепатитов: Пособие для врачей. – Новосибирск, 2002. – 118 с.

5. Ершов Ф. И. Новые лекарственные средства в терапии вирусных гепатитов /Ф. И. Ершов, Н. В. Касьянова // Консилиум – медикум. – 2001. – №1 – С. 1 – 7.

6. Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты от А до ТТV у детей /В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, Т. В. Чередниченко. – М.: Новая Волна, 2003. – 431 с.

7. Ушбаев К. У. Лечебные свойства растений Казахстана /К. У. Ушбаев, Г. К. Никонов. – Алматы, 1994. – 216 с.

8. Alter H. J. Recovery, persistence, and sequelae in hepatitis C virus infection: a prospective on long-term outcome /H. J. Alter, L. B. Seef // Semin. Liver Dis. – 2000. – V. 20. – P. 17 – 35.

9. A randomized controlled trial of recombinant interferon alpha-2b in the treatment of chinese patients with acute posttransfusion hepatitis C /S. J. Hwang, S. D. Lee, C. Y. Chau et al. //J. Hepatology. – 1994. – V. 21. – P. 31 – 36.

10. Colombo M. Hepatitis C virus and of hepatocellular carcinoma // Semin. Liver Dis. – 1999. – V. 19. – P. 263 – 269.

11. Concurrent hepatitis B and C virus infection and risk of hepatocellular carcinoma in cirrhosis. A prospective study /L. Benvenigni, G. Fattovich, F. Noventa et al. //Cancer. – 1994. – V. 74. – P. 2442-2448.

Поступила 17.07.07

O. N. Yefimova

TREATMENT OF CHILDREN'S ACUTE HEPATITIS C VIRUS BY USING ELECTROMAGNETIC RADIATION WITH OF LOW FREQUENCY

This research is dedicated to studying of therapeutic effectiveness of set of medicine with a combination of electromagnetic radiation of low frequency (EMRLF) used as a cure for children from acute virus hepatitis C. The results show that medicine combination of ciclopherone + salsocollin with EMRLF, which is equal to recombinant intrepheron α -2b (IPN- α -2b) – intron-A, has a high effectiveness.

O. N. Ефимова

ҚАРҚЫНДЫЛЫҒЫ ТӨМЕН ЭЛЕКТРОМАГНИТТІ СӘУЛЕЛЕНДІРУДІ ҚОЛДАНА ОТЫРЫП БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ С ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІНІҢ ЕМІ

Осы зерттеу балалардағы жедел С вирусты гепатитін емдеудегі дәрі-дәрмек кешенімен бірге қарқындылығы төмен электромагнитті сәулелендіруді (ҚТЭС) қолданудың терапевттік тиімділігін оқуға арнауған. Алынған мәліметтер циклоферон+салсоколлин дәрі-дәрмек кешенімен бірге ҚТЭС қолдану жоғарғы рекомбинантты α -2b интерферонға (ИФН- α -2b) – интрон А-ға тең келеді.

**К. К. Аскарлов, Г. Т. Балапанова,
Т. И. Князева, Ф. М. Шайзадина**

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Управление Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора по г. Темиртау

Острые кишечные инфекции (ОКИ) вирусной и бактериальной этиологии, особенно в детском возрасте, представляют актуальную проблему здравоохранения. Высокая заболеваемость

ОКИ отмечается и в г. Темиртау, что в первую очередь связано с изношенностью водопроводных труб, частой аварийностью на канализационных сетях, несвоевременным ее устранением, что непосредственно ведет к снижению качества водопроводной воды.

В связи с регистрацией высокой заболеваемости ОКИ в городе проведен оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости ОКИ за 5 месяцев 2007 г. с использованием учетно-отчетной документации: «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях», форма №1, форма №2; формы 058/у – экстренные извещения.

За 5 месяцев текущего года по первичным экстренным извещениям зарегистрировано 153 случая ОКИ, из них бактериологически подтверждено 120, в том числе у детей до 14 лет – 90 случаев. Интенсивные показатели заболеваемости на 100 тыс. населения составили 70,2, из них среди детей до 14 лет – 314,6, областные показатели составили 39,6 и 151,7 соответственно. По уровню заболеваемости ОКИ г. Темиртау занимает I место в области.

В возрастной структуре преобладала заболеваемость детей до 14 лет, которая составила 75,0% от всех зарегистрированных случаев. Из них чаще болеют дети до 2 лет, удельный вес которых составил 61,1%. Анализ структуры эпидемического процесса ОКИ в г. Темиртау по основным проявлениям выявил, что в 58,4% регистрируются энтериты установленной этиологии, в 38,8% – ОКИ неустановленной этиологии и в 5,8% – острая дизентерия. Таким образом, соотношение нозологических форм ОКИ составило

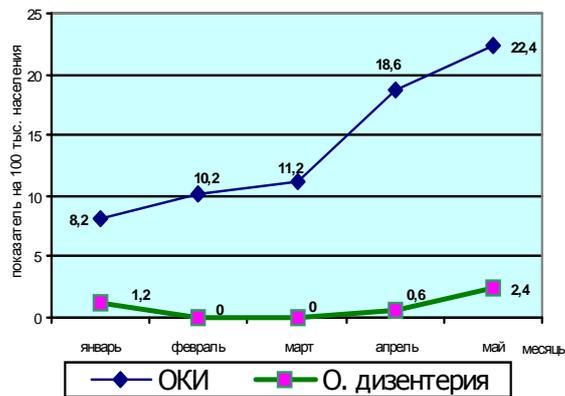


Рис. 1. Заболеваемость ОКИ и острой дизентерией в 2007 г.

2,3:1,5:0,25, что характерно для проявления эпидпроцесса ОКИ в г. Темиртау (рис. 1).

Заболеваемость ОКИ за 5 мес. текущего года имеет тенденцию к росту в 2,7 раза. Так, если в январе показатель заболеваемости составил 8,2, то в мае – 22,4. Аналогичная ситуация отмечается и с заболеваемостью острой дизентерией: если в марте не зарегистрировано ни одного случая, то в мае показатель составил 2,4.

Четкой привязанности заболеваемости к определенным источникам водоснабжения не прослеживается. Заболеваемость регистрируется на всех микроучастках города. На 9 микроучастках уровень заболеваемости превышает среднегородской показатель от 2,2 до 9 раз. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован на территории района «Восток» и составил 155,0.

Специалистами управления осуществляется мониторинг заболеваемости ОКИ, санитарно-бактериологического фона, аварийности на канализационных и водопроводных сетях, своевременности их устранения с принятием мер, направленных на нейтрализацию путей и факторов передачи. Данные мониторинга указывают на высокую аварийность на канализационных сетях и несвоевременное их устранение.

За 5 мес. текущего года зарегистрирована 1 551 авария на канализации, в том числе ТОО «Окжетпес» – 1395, «Нижний бьеф» – 156. В первые сутки было устранено 1 013 аварий (65,3%), на вторые – 176 (11,3%), на III сутки – 43 (2,8%), свыше 7 сут. – 319 (20,6%).

На водопроводной системе зарегистрировано 132 аварии, в том числе ТОО «Окжетпес» – 109, ТОО «Нижний бьеф» – 23. В первые сутки было устранено 124 аварии (94,0%), на вторые – 2 (1,5%), свыше 3 суток – 4,5%.

Проанализирована заболеваемость ОКИ по первичным экстренным извещениям и аварийности на канализационных сетях города за период с 03.01.07г. по 22.05.07 г.

Пик аварийности зарегистрирован на 13 нед., высокая аварийность сохранилась и на 14, 15, 16, 17 нед. Также рост заболеваемости ОКИ отмечался с 13 нед. и сохранился в течение последующих, совпадая по времени с высокой аварийностью на канализационных сетях. Установлена корреляционная связь средней силы ($R=0,68$) между заболеваемостью ОКИ и аварийностью на канализационных сетях.

Таким образом, отмечаются высокие показатели заболеваемости ОКИ и острой дизентерией в г. Темиртау за 5 мес. текущего года, особенно среди детей до 14 лет, что связано с изношенностью водопроводных труб, частой аварийностью на канализационных сетях города и несвоевременностью их устранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов А. Н. Синдром системного воспалительного ответа при тяжелых формах инфекционной заболеваемости у детей /А. Н. Кузнецов, Р. Х. Бегайдарова, Р. З. Балтынова //«Наука и образование – ведущий фактор стратегии «Казахстан – 2030»: Тр. междунар. науч. конф. – Караганда, 1999. – С. 721 – 723.
2. Течение шигеллеза у детей первого года жизни и принципы его лечения /Р. Х. Бегайдарова, Х. Т. Девдариани, Копина М. Т. и др. //Медицина и экология. – 2003. – №2. – С. 85 – 87.
3. Эпидемиологический анализ острых кишечных инфекций у детей первых 2 лет жизни /В. Н. Тарасов, О. В. Балашина, С. М. Звездин, В. Т. Смирнова //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – №6. – С. 48 – 49.

Поступила 25.06.07

К. К. Askarov, G. T. Balapanova, T. I. Knyazeva, F. M. Shaizadina

ABOUT A CONDITION OF A MORBIDITY BY ACUTE INTESTINAL INFECTION CONTAMINATIONS

In the given activity the operating analysis of a morbidity by acute intestinal infection contaminations (IIC) under the primary emergency notices is conducted. The features of flow of epidemic process IIC in city. Temirtau are detected and the feedforward of a morbidity with a deterioration of water-supply pipes, often accident rate on drainage systems of city and inopportuneness of their elimination is established.

К. К. Асқаров, Г. Т. Балапанова, Т. И. Князева, Ф. М. Шайзадина

ЖЕДЕЛ ІШЕК ЖҰҚПАЛАРЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ

Бұл жұмыста жедел ішек жұқпаларының алғашқы жедел хабарлама бойынша сырқаттанушылығының қауырт талдауы жүргізілді. Теміртау қаласында жедел ішек жұқпаларының эпидемиялық процесінің ағымды ерекшеліктері анықталды және сырқаттанушылықтың су құбырларының ескі болуымен, қалалық кәріз жүйесінде апаттың жиі болуымен және оны дер кезінде алдын алмауымен байланысты екенін анықтайды.

С. М. Кабиева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра детских болезней №2 Карагандинской государственной медицинской академии

Среди заболеваний сердца неизвестной этиологии, которые по рекомендации ВОЗ обозначены термином «кардиомиопатия», особое место занимает дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – тяжелое, инвалидизирующее заболевание сердечно-сосудистой системы с неблагоприятным исходом и прогнозом, особенно у детей [4].

Предполагается, что в развитых странах ДКМП встречается у 5-10 человек на 100 тыс. населения, что составляет около 2% в структуре кардиальной патологии и примерно 1% – в структуре смертности от сердечных заболеваний. В США, например, заболеваемость ДКМП составила 3,8% случаев на 1 000 больных с сердечной недостаточностью. В ФРГ ежегодно регистрируется 4 000-5 000 новых случаев ДКМП. В странах Азии и Африки заболеваемость ДКМП достигает 80 на 100 тыс. населения, а ее доля в структуре смертности при болезнях сердца – 20%. В структуре больных с кардиомиопатиями ДКМП составляет от 25,6 до 60% [2, 3, 4]. У детей Российской Федерации частота ДКМП составляет 5-10 случаев на 100 тыс. детского населения в год [7]. Статистических данных о распространенности ДКМП в Республике Казахстан не обнаружено.

Клиническая картина этой патологии неспецифична, полиморфна. Для ДКМП характерно длительное относительно бессимптомное течение. Развернутая клиническая картина характеризуется кардиомегалией, приглушенными тонами, сердечной недостаточностью, стойкими нарушениями ритма и проводимости [1]. Тяжесть клинических симптомов зависит от продолжительности заболевания. Полное клиническое выздоровление и нормализация показателей инструментальных методов исследования возможна в основном при вторичной ДКМП.

Прогноз ДКМП очень серьезный и в большинстве случаев неблагоприятный. Смерть больных может наступить от прогрессирующей сердечной недостаточности, фатальных нарушений ритма, тромбоэмболических осложнений. Особенно типична для ДКМП внезапная смерть, которая отмечается в среднем у 1/3 – 1/2 больных. Ежегодная летальность составляет 10-20%, 5-летняя выживаемость – около 50%. Большая часть летальных исходов наблюдается в течение 2 лет от появления первых симптомов сердечной недостаточности, в течение 5 лет умирает 50-70% больных, через 10 лет остаются в живых 25-30% [2, 7].

На поздних стадиях развития болезни может развиваться легочная гипертензия. Высокое давление в легочной артерии является прогностическим критерием, определяющим неблагоприятное течение болезни. Возможен синдром внезапной смерти при возникновении опасных для жизни желудочковых аритмий высоких градаций. Для ДКМП характерны тромбоэмболические осложнения. Возможна тромбоэмболия систем легочной артерии с развитием инфаркта легкого и периинфарктной пневмонии или в коронарные артерии с развитием инфаркта миокарда. В роли прогностического фактора, определяющего не столько продолжительность жизни, сколько ее качество, также часто выступает медикаментозная терапия [2, 3, 7]. В этой связи актуальна проблема ранней диагностики дилатационной кардиомиопатии у детей.

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения дилатационной кардиомиопатии у детей Карагандинской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе общесоматического отделения с кардиологическими койками областной детской больницы г. Караганды в 2005 – 2007 гг. Проанализированы истории болезней 28 больных детей с дилатационной кардиомиопатией. Установлено, что девочки составляли 42,8% от числа всех наблюдаемых больных, мальчики – 57,2%. Из них детей в возрасте до 1 г. было 14,3%, от 1 до 3 лет – 42,8%, от 3 до 5 лет – 28,6%, старше 5 лет – 14,3%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования показали, что все обследуемые больные проходили стационарное лечение в связи с клиническими проявлениями манифестации клинических признаков ДКМП или ее осложнениями.

Анализ данных показал, что большинство обследованных детей старше 5 лет (71,4%) жаловались на слабость, быструю утомляемость. У 57,1% отмечались одышка при физической нагрузке, боли в области сердца и за грудиной различной интенсивности, головные боли. У части детей (21,4%) заболевание сопровождалось перебоями в работе сердца, приступами удушья. Дети до 3 лет не могли сказать о своих субъективных ощущениях, со слов матерей у них отмечались эпизоды немотивированного беспокойства (28,6%), отказ от еды, плохой сон, плаксивость (57,1%). 42,9% больных с ДКМП болели частыми простудными заболеваниями.

При объективном исследовании у 71,4% отмечалась бледность кожных покровов, из них у 57,1% с цианозом носогубного треугольника, у 14,3% – с акроцианозом. У 28,6% выявлялся сердечный горб. Кардиомегалия у больных была различной степени выраженности: значительное расширение границ сердечной тупости влево и вправо – у 39,3%, влево – у 28,6%, у остальных пациентов регистрировалось умеренное расширение влево. Во всех случаях отмечалось ослабление 1 тона на верхушке. У всех детей в проекции митрального клапана выслушивался систолический шум различной интенсивности: в 57,1% случаев сочетался с систолическим шумом на основании сердца чаще с локализацией слева от грудины. У 28,6% детей отмечались аритмичные тоны.

71,4% детей поступали в стационар в тяжелом состоянии. У 64,3% детей наблюдались клинические проявления левожелудочковой недостаточности в виде одышки, навязчивого кашля, ослабления везикулярного дыхания в нижних отделах легких, крепитации, мелкопузырчатых хрипов, у 1 ребенка в виде кровохарканья на фоне выраженной одышки. У 42,9% больных были отмечены признаки правожелудочковой недостаточности: застойное набухание шейных вен, увеличение печени от 2 до 5 см, отеки в области нижних конечностей.

У 50% больных наблюдались такие нарушения ритма, как синусовая тахикардия, синусовая аритмия, суправентрикулярная экстрасистолия. Жизнеугрожающие аритмии в виде пароксизмальной тахикардии отмечены у 21,4% детей, мерцательная аритмия – у 14,3%.

На рентгенограмме у 71,4% детей регистрировалась кардиомегалия: сердце было увеличено в поперечнике у 28,6%, у 57,1% наблюдалось расширение границ влево. КТИ в 4 случаях составляла от 0,55 до 0,68.

На ЭКГ отмечались разнообразные нарушения ритма: у 28,6% – мерцательная аритмия с

AV диссоциацией, политопными экстрасистолами, у 21,4% детей – пароксизмальная тахикардия на фоне мерцательной аритмии, у 42,9% – синусовая тахикардия, нагрузка на правый желудочек, выраженные метаболические изменения, у 21,3% – признаки субэндокардиальной ишемии миокарда, у 14,3% – признаки субэпикардиальной ишемии. У 14,3% детей отмечались различного генеза блокады. Кроме нарушений ритма при ДКМП отмечались признаки гипертрофии разных отделов сердца: гипертрофия миокарда правого и левого желудочков у 28,6% детей, гипертрофия левых отделов сердца у 57,1%, только левого желудочка у 28,6%, всех камер сердца у 14,3%. У всех больных на ЭКГ отмечалось нарушение процесса реполяризации, у 57,1% больных – увеличение интервала PQ.

По данным ЭхоКС при ДКМП, во всех случаях регистрировалась дилатация разных полостей: у 28,6% – дилатация левого желудочка, у 14,3% – левого предсердия и левого желудочка, у 42,9% – обоих желудочков. В 28,6% случаев – дилатация сочеталась с гипертрофией. У 78,6% детей наблюдались признаки снижения сократительной способности миокарда обоих желудочков, чаще левого желудочка, митральная или трикуспидальная регургитация.

Можно отметить, что заболевание длительное время протекало без манифестных проявлений, в клинической картине больных детей с ДКМП преобладали симптомы недостаточности кровообращения и серьезные нарушения ритма.

Анализ анамнестических данных показал, что 71,4% детей с кардиомиопатиями в первый раз были госпитализированы в тяжелом состоянии, а при 2 или 3 госпитализации состояние было средней степени тяжести. В 2005 – 2007 гг. впервые стационарное лечение и обследование проходили 51,7% детей, 28,6% были госпитализированы дважды, 14,3% трижды.

У 57,1% детей ДКМП была вторичной и протекала на фоне врожденного кардита, таких врожденных пороков сердца, как тетрада Фалло, коарктация аорты. В остальных случаях у детей ДКМП имела идиопатический характер. У 2 больных на фоне кардиомегалии развились признаки легочной гипертензии, у 1 ребенка зарегистрировано образование аневризмы сердца на фоне выраженной кардиомегалии.

По отчетным данным, за 2005 – 2007 гг. зарегистрировано 3 случая летальных исходов среди детей до 1 г., у 2 из них ДКМП протекала на фоне врожденного раннего кардита и ВПС. Причиной смерти детей были тотальная сердечная недостаточность, легочная гипертензия высокой степени, тромбоэмболия с развитием мелкоочагового инфаркта миокарда.

Тяжесть заболевания определялась не только степенью выраженности клинических признаков, но и неадекватностью терапии ввиду поздней диагностики. Следует отметить, что у 10 детей из 28 кардиомиопатия была обнаружена

случайно, 6 из них обследовались в связи с подозрением на пневмонию, 4 – с подозрением на врожденный порок сердца.

Данные анамнеза свидетельствуют о том, что в 50% случаев диагноз был установлен в возрасте от 1 до 3 лет, в возрасте до 1 года – в 28,6% случаев. С рождения ДКМП зарегистрирована лишь в 14,3%. (табл. 1).

Таблица 1.
Сроки установления заболевания

Время установления заболевания	Удельный вес детей	
	абс.	%
с рождения	4	14,3
до 1 г.	8	28,6
1-3 г.	14	50
старше 5 лет	2	7,1

ВЫВОДЫ

1. Клиническими особенностями ДКМП у детей являются отсутствие манифестации на ранних этапах, превалирование в клинике симптомов сердечной недостаточности, жизнеугрожающих аритмий.

2. Течение заболевания зависит от причины, времени возникновения ДКМП, своевременности и эффективности медицинской коррекции.

3. Неблагоприятными прогностическими признаками ДКМП являются желудочковые аритмии высоких градаций, проявления сердечной

недостаточности, признаки ишемии миокарда, развитие дилатационной кардиомиопатии на фоне врожденных пороков сердца, кардитов, поздняя диагностика ДКМП и отсутствие адекватной терапии.

4. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволяют улучшить течение и прогноз ДКМП у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей /Н. А. Белоконь, М. Б. Кубергер. – М.: Медицина, 1987. – С. 436 – 437.
2. Ганджа И. М. Кардиомиопатии //Врачеб. дело. – 1991. – №5. – С. 3 – 6.
3. Григорьева М. Н. Перекисное окисление липидов и антиоксидантная система при некоторых некоронарогенных заболеваниях миокарда: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1995. – 36 с.
4. Гуревич М. А. Дилатационная КМП – современные взгляды на этиологию патогенез /М. А. Гуревич Н. М. Григорьева //Клинич. медицина. – 2001. – №3. – С. 4 – 7
5. Cook S. A. Poole-Wilson P. A. Cardiac myocyte apoptosis /S. A. Cook Poole-Wilson P. A. //Idid. – 1999. – №20. – P. 1619 – 1629.
6. Prognostic value of cytokines in patient with congestive heart failure /R. Kell, T. J. Dengler, C. Zugck et al. //Heart J. – 1999. – №20. – P. 587.
7. A molecular approach to enteroviral diagnosis in idiopathic cardiomyopathy and myocarditis /S. Tracy, V. Wiengand, B. M. Mc Manus et al. //J. Am Coll. Cardiol. – 1990. – V. 15. – P. 1688 – 1694.

Поступила 30.07.07

S. M. Kabiyeva

PECULIARITIES OF DILATATION CARDIOMYOPATHY CURRENT IN CHILDREN OF KARAGANDA REGION

The research took place on the base of common somatic department with cardiologic beds of the Regional Children Clinical Hospital of Karaganda in 2005 – 2007. 28 patients with dilatation cardiomyopathy were under the observation. The clinical peculiarities of this pathology in children are the absence of the manifestations on the early levels, the prevail of the symptoms of cardiac insufficiency and life-dangerous arrhythmia. The illness current depends on the cause, the moment of appearance of the dilatation cardiomyopathy, opportune and effectiveness of the medical correction. The early diagnosis and opportune treatment will allow make better the current and prognosis of this pathology in children.

C. M. Кабиева

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА ДИЛАТАЦИЯЛЫҚ КАРДИОМИОПАТИЯНЫҢ ӨТҮ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Зерттеу 2005 – 2007 жылдар аралығында Қарағанды қаласының облыстық балалар ауруханасында жалпысоматикалық бөлімшенің базасында жүргізілді. Дилатациялық кардиомиопатия дертіне шалдыққан 28 науқас бақылауға алынды. Ерте кезеңдерде манифестацияның болмауы, клиникада жүрек жеткіліксіздігі симптомдарының, өмірге қатер тудыратын аритмияның басым болуы балалардың клиникалық ерекшеліктері болып табылады. Аурудың өту барысы дилатациялық кардиомиопатияның пайда болуының уақыты мен себептеріне, медициналық коррекцияның уақытында жасалуы мен тиімділігіне байланысты болады. Ерте диагностикалау және уақытында емдеу балалардағы бұл патологияның ағымын және болжамын жақсартуға мүмкіндік береді.

А. Е. Тажиева

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН – РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБРАЩАЕМОСТИ

Центральная городская клиническая больница (Алматы)

Заболеваемость женщин – работниц промышленных предприятий составляет важный аспект состояния их здоровья. В связи с чем определена заболеваемость женщин, работающих на промышленных объектах (ТОО «Филип Моррис Казахстан», г. Алматы – 812 работниц, ТОО «Казфосфат», г. Тараз – 826 и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» г. Усть-Каменогорск – 848) по материалам обращаемости в среднем за 3 г. (2003-2005 гг.) и результатам комплексных медицинских осмотров.

В качестве контрольной группы служили женщины-жительницы городов: Алматы – 837 человек, Тараз – 845 и Усть-Каменогорск – 864, не работающие в сфере промышленного производства, а задействованные в других отраслях.

Анализ уровня и структуры заболеваемости по материалам обращаемости показывает, что данный показатель у работниц ТОО «Филип Моррис Казахстан» составляет 1261,2‰; ТОО «Казфосфат» – 1335,5‰ и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» – 1283,0‰, в среднем – 1293,2‰.

Различный уровень заболеваемости по обращаемости обусловлен и приоритетностью классов заболеваемости в общей структуре болезней. Лидирующее место у всех трех групп работниц промышленных предприятий принадлежит классу «Болезни органов дыхания», соответственно среди работниц ТОО «Филип Моррис Казахстан» – 384,2‰; ТОО «Казфосфат» – 392,3‰ и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» – 402,1‰. Столь высокий уровень заболеваемости работниц промышленных предприятий болезнями органов дыхания обусловлен в первую очередь наличием в воздухе рабочей зоны веществ, превышающих уровень ПДК и принадлежащих к III классу (вредные условия труда) и IV классу (экстремальные условия труда) и способствующих поражению верхних дыхательных путей.

На втором месте находится класс «Болезни системы кровообращения», которые составляют у женщин, работающих на ТОО «Филип Моррис Казахстан» 115,8‰; ТОО «Казфосфат» – 125,9‰ и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» – 129,7‰. Довольно высокий уровень заболеваемости по обращаемости определен перенапряжением организма работниц, высокой степенью тяжести и напряженности труда, а также факторами производственной среды.

Третье место в общей структуре заболеваемости в среднем за 3 года у работниц ТОО

«Филип Моррис Казахстан» (104,7‰) и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» (105,0‰) занимает класс «Болезни органов пищеварения», в то время как третье порядковое место у работниц ТОО «Казфосфат» принадлежит классу «Болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки» (105,3‰).

Четвертое лидирующее место в общей структуре заболеваемости по обращаемости среди работниц табачного производства (ТОО «Филип Моррис Казахстан») занимают болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (101,0‰). Однако на четвертом месте у сотрудниц производства минеральных удобрений – ТОО «Казфосфат» (105,3‰) и титано-магниевого производства – ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» (100,2‰) определен класс «Болезни нервной системы».

Высокий уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения, органов пищеварения, кожи и подкожно-жировой клетчатки, нервной системы при анализе данной ситуации и исследовании заболеваемости по материалам медицинских осмотров, и истинной или «исчерпанной» заболеваемости объясняется неполноценным и несбалансированным питанием в течение рабочей смены, нервно-психическим напряжением, приводящим к более высоким уровням сердечно-сосудистой патологии, постоянным загрязнением воздушной среды и наличием непосредственного контакта работниц с композиционными соединениями.

Класс «Болезни мочеполовой системы» занимает пятое лидирующее место у всех групп работниц, так, на ТОО «Филип Моррис Казахстан» – 98,5‰; ТОО «Казфосфат» – 102,9‰ и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат» – 93,2‰.

Сочетанное воздействие экстремального климата, химического загрязнения воздуха, неудовлетворительных гигиенических условий на производстве, длительной напряженной физической работы в условиях табачного производства, производства минеральных удобрений и титано-магниевого производства неблагоприятно отражается на физиологических функциях женского организма. Можно также предположить, что условия труда исследованных производств способствуют развитию патологии со стороны органов гениталий, нарушению репродуктивной функции женщин-работниц. При этом работа в условиях повышенной бактериальной загрязненности воздуха может являться причиной увеличения частоты воспалительных заболеваний гениталий. То есть, можно прийти к выводу, что комплекс производственных факторов исследуемых производств способствует и усугубляет течение определенных форм гинекологических заболеваний. Вместе с тем на долю болезней органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки и болезней мочеполовой системы у работниц ТОО

«Филип Моррис Казахстан» в общей структуре заболеваемости по обращаемости в среднем за 3 г. приходится 63,8%. Доля заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, кожи и подкожно-жировой клетчатки, нервной системы и мочеполовой системы в структуре заболеваемости среди работниц ТОО «Казфосфат» составляет 62,3%. Параллельно следует указать, что вклад заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, нервной системы и болезней мочеполовой системы в общей структуре заболеваемости по обращаемости равен 64,7%.

Доля приоритетных классов заболеваний в общей структуре заболеваемости по обращаемости в среднем по трем предприятиям (ТОО «Филип Моррис Казахстан», ТОО «Казфосфат» и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магний комбинат») составляет 70,7%. При этом первое место занимают болезни органов дыхания (392,3‰), второе – болезни системы кровообращения (123,8‰), третье – болезни органов пищеварения (106,2‰), на четвертом месте находятся болезни мочеполовой системы (98,2‰), болезни нервной системы (98,1‰) и на пятом месте – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (94,7‰).

Изучение заболеваемости по обращаемости женщин, проживающих в Алматы, Таразе и Усть-Каменогорске (контрольная группа), определяет следующую характеристику их заболеваемости. Общий уровень заболеваемости женщин, г. Алматы, не работающих на промышленных предприятиях, составляет 694,1‰; г. Тараза – 750,3‰; г. Усть-Каменогорска – 725,8‰, в среднем – 723,4‰.

Анализ приоритетности классов заболеваний в общей структуре заболеваний выявил, что у всех трех групп женщин, проживающих в городах, на первом, втором и третьем местах находятся класс «Болезни органов дыхания», класс «Болезни системы кровообращения» и класс «Болезни органов пищеварения», которые составляют у жительниц г. Алматы – 219,8‰, 65,5‰ и 59,7‰; у жительниц г. Тараза – 224,9‰, 72,2‰ и 62,7‰ и у жительниц г. Усть-Каменогорска – 231,5‰; 75,2‰ и 60,2‰.

Вместе с тем если на четвертом месте у жительниц г. Алматы находится класс «Болезни нервной системы» (57,3‰), то у женщин, проживающих в г.Таразе и в г. Усть-Каменогорске – класс «Болезни костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани»: 60,4‰ и 57,9‰ соответственно.

На пятом лидирующем месте у женщин контрольной группы (г. Алматы) определен класс «Болезни костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани» (55,5‰), у горожанок Тараза и Усть-Каменогорска данный порядковый номер принадлежит классу «Болезни нервной системы», составляя 58,0‰ и 53,2‰ соответственно.

На долю указанных классов заболеваний у женщин, проживающих в г. Алматы и не являющихся работницами промышленных предприятий, приходится 66,0% всей заболеваемости по обращаемости, соответственно у женщин г. Тараза и г. Усть-Каменогорска, включенных в контрольную группу, 63,7% и 65,9%. При этом в целом болезни органов дыхания, системы кровообращения, органов пищеварения, болезни костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани и болезни нервной системы у всех трех групп женщин в общей структуре заболеваемости по обращаемости составляют 65,2%.

Сопоставление заболеваемости работниц промышленных предприятий и женщин контрольной группы показывает, что уровень заболеваемости женщин-работниц (1293,2‰) в 1,8 раза выше по сравнению с аналогичным показателем у женщин контрольной группы (723,4‰) ($p < 0,01$). При этом заболеваемость по обращаемости работниц ТОО «Филип Моррис Казахстан» (1261,2‰) превышает данный показатель у женщин, проживающих в Алматы, не работающих в сфере промышленного производства (694,1‰) в 1,8 раза ($p < 0,01$). При исследовании аналогичных показателей установлено превышение у работниц ТОО «Казфосфат» (1335,5‰) при сравнении с жительницами г. Тараза (750,3‰) в 1,8 раза ($p < 0,05$). С такой же степенью достоверности, наблюдается увеличение уровня заболеваемости по обращаемости в среднем за 3 г. у сотрудниц ОАО «Усть-Каменогорский титано-магний комбинат» (1283,0‰) при сопоставлении с анализируемым показателем – у жительниц г.Усть-Каменогорска (725,8‰) в 1,8 раза ($p < 0,01$).

Сопоставительный анализ заболеваемости по обращаемости в разрезе отдельных классов болезней показывает превышение у работниц промышленных предприятий по сравнению с женщинами – представительницами избранных городов (средний показатель).

Изучение заболеваемости по обращаемости за 3 г. у работниц промышленного производства и женщин контрольной группы демонстрирует значительное превышение уровня заболеваемости в группах женщин рабочего промышленного контингента и статистически установленную частоту возникновения заболеваний при сравнении с контрольной группой. При этом, с точки зрения изучения общественного здоровья, специально проведенное выборочное исследование, направленное на определение полноценной характеристики состояния здоровья женщин-работниц промышленных предприятий, основано на изучении заболеваемости по обращаемости и результатам медицинских осмотров. Только такой подход и детальное описание позволяют проанализировать полученные результаты и разработать меры профилактики.

Поступила 22.10.07

A. Ye. Tazhiyeva

MORBIDITY OF WOMEN, WORKING IN THE PRODUCTION INDUSTRY, ACCORDING TO THE MATERIALS OF APPLY

The authors of the article had studied the morbidity of women, working in the production industry, according to the materials of apply for the period of time with the duration of 3 years. The authors made a conclusion, that the level of morbidity of women, working in the production industry, according to the materials of apply, was in 1,8 times higher than in women of control group.

A. E. Тажиева

ӨНЕРКӘСІП КӘСІПОРЫНДАРЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҚАРАЛУ МАТЕРИАЛДАРЫ БОЙЫНША АУЫРУ ДЕҢГЕЙІ

Мақала авторлары 3 жыл мерзім ішінде өнеркәсіп кәсіпорындарында жұмыс істейтін әйелдердің қаралу материалдары бойынша ауыру деңгейін қарастырған. Авторлар қаралу материалдарына сәйкес өнеркәсіп индустриясында жұмыс істейтін әйелдердің ауыру деңгейі бақылау тобындағы әйелдермен салыстырғанда 1,8 есе жоғары деген қорытындыға келген.

A. E. Тажиева

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Центральная городская клиническая больница (Алматы)

Основополагающим моментом среди факторов, влияющих на соматическое и репродуктивное здоровье женщин-работниц, является законодательно-нормативное обеспечение охраны здоровья работниц. Вместе с тем немаловажное значение имеют факторы профессионального (вредные и опасные условия труда) и непрофессионального характера (социально-экономические условия жизни, вредные привычки, наследственность). Взаимообусловленность этих аспектов определяет состояние соматического и репродуктивного здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях.

Важнейшим компонентом выполнения работы явилось изучение взаимосвязей между факторами производственной и непроизводственной среды на распространенность акушерско-гинекологической патологии среди работниц промышленных предприятий (ТОО «Филип Моррис Казахстан», ТОО «Казфосфат» и ОАО «Усть-Каменогорский титано-магниевый комбинат»).

Проведен корреляционный анализ факторов производственной и непроизводственной среды и нарушением репродуктивной функции у женщин. Результаты корреляционного анализа показывают, что с увеличением профессионального стажа возрастает распространенность нозологических форм акушерско-гинекологической патологии ($r=0,857$; $p<0,05$). Этот коэффициент является наибольшим при определении взаимосвязей между факторами риска и состоянием репродуктивной системы. Показатели репродуктивного здоровья женщин-работниц промышленных предприятий коррелировали с экономически-

ми условиями ($r=0,651$; $p<0,05$); семейным положением ($r=0,472$; $p<0,05$); психологическим климатом в семье работниц ($r=0,596$; $p<0,05$).

Дисперсионный анализ по степени риска профессионально обусловленных нарушений репродуктивного здоровья показывает, что с увеличением степени профессионального риска у женщин возрастает распространенность акушерско-гинекологической патологии. Частота осложнений беременности у женщин-работниц промышленных предприятий на 59,42% ($F=7,92$; $p<0,01$) детерминирована степенью профессионального риска. Степень осложнений родов также была взаимосвязана со степенью профессионального риска и детерминирована на 52,14% ($F=8,62$; $p<0,05$). Количество взаимосвязей между уровнем гинекологической заболеваемости и степенью профессионального риска обусловлено на 46,42% ($F=13,18$; $p<0,001$). Определено влияние степени профессионального риска на состояние репродуктивной системы женщин-работниц.

С использованием регрессионного анализа рассчитано уравнение множественной регрессии для прогнозирования фетоинфантильных потерь по степени профессионального риска. Коэффициент детерминации составляет 52,17%.

Результаты показывают, что нарушения репродуктивного здоровья женщин-работниц промышленных объектов взаимосвязаны с факторами промышленной среды и их социально-гигиенической характеристикой.

Высокий уровень заболеваемости работниц промышленных объектов (табачное производство, производство минеральных удобрений, титано-магниевое производство), по материалам обращаемости в среднем за 3 г., результатам комплексных медицинских осмотров и изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, а также высокая частота риска профессиональных заболеваний предусматривают необходимость разработки концепции оценки и предотвращения профессионального и непрофессионального факторов риска для женщин-

работниц. Так, концепция оценки и предотвращения профессионального и непрофессионального факторов риска для работниц должна включать в себя следующие аспекты:

- совершенствование законодательно-нормативной базы, обеспечивающей охрану здоровья женщин-работниц от профессиональных рисков;
- проведение аттестации рабочих зон на промышленных предприятиях с определением вредных факторов промышленной среды;
- проведение медико-гигиенического мониторинга;
- наличие специалистов акушеров-гинекологов в составе медицинских учреждений, входящих в промышленные объекты;
- установление критериев профессиональной заболеваемости женщин-работниц с определением оценки пригодности по отдельным отраслям промышленности;
- оценку экономического ущерба от нарушений репродуктивного здоровья в связи с профессиональной деятельностью;
- наличие условий для реабилитации работниц при развитии у них соматической и гинекологической патологии (кабинеты реабилитации, профилактории);
- в целях социальной защищенности работниц промышленных предприятий обеспечение выплат компенсаций за причиненный ущерб здоровью.

Следовательно, концепция оценки и предотвращения профессионального и непрофессионального факторов риска определяет ряд проблем, связанных с необходимостью формирования законодательной базы, реализацией экономических механизмов, компенсацией медико-социального ущерба, полученного в результате профессионально обусловленных заболеваний, обязательного медицинского страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также становление систем медико-реабилитационных услуг по охране репродуктивного здоровья женщин-работниц промышленных предприятий.

Управление охраной репродуктивного здоровья женщин-работниц должно базироваться на междисциплинарном межведомственном и внутриведомственном подходе, обусловленном взаимодействием структур системы здравоохранения, промышленного производства и органов юриспруденции. В этой связи понимание современных проблем общественного здоровья в рамках репродуктивного здоровья женщин-тружениц промышленного производства особенно важно для их решения.

На современном этапе укрепление здоровья женщин детородного возраста является одной из ключевых проблем в здравоохранении. Безусловно, решение этого вопроса возможно при разработке государственной социальной политики; переориентации служб здравоохранения

и промышленной отрасли на активные профилактические программы по укреплению репродуктивного здоровья женщин-работниц. При рассмотрении причинно-следственных связей развития патологии репродуктивной системы, прежде всего, необходимо выделить наиболее значимые факторы, на которые можно было бы направить систему мер, в первую очередь профилактических, как на медицинском уровне, так и на других уровнях принятия управленческих решений. При этом в настоящее время необходима реальная, исходящая из существующих возможностей, система организации укрепления здоровья женщин детородного возраста, которая в свою очередь состоит из:

- системы определения группы риска материнской и перинатальной патологии, включающей в себя сбор анамнеза (соматического, акушерского, социально-гигиенического), оценки течения беременности, родов, послеродового периода у матери (с учетом экстрагенитальной патологии);
- оценки состояния плода, особенностей рождения и течения периода новорожденности;
- системы мониторинга, включающей в себя учет кратности посещения и консультаций у специалистов;
- системы лечебно-профилактических мероприятий (особенно в соответствующие критические периоды);
- системы лечебных мероприятий при развившихся патологических процессах;
- системы реабилитационных услуг.

Действующие показатели оценки качества медицинской помощи в акушерстве и гинекологии определяют организацию работы и функцию отдельных подразделений родильного дома, женской консультации, гинекологических отделений многопрофильных больниц и перинатальных центров. Иерархический принцип медико-статистической отчетности, обеспеченный отраслевой службой здравоохранения на районном, городском, областном и республиканском уровне, не в достаточной степени определяет объективную оценку качества медицинской помощи, не способствует выявлению слабых участков акушерско-гинекологической и неонатологической помощи, не обнаруживает дефектов в деятельности служб охраны материнства и детства.

Необходимость разработки мероприятий по повышению эффективности деятельности медицинских учреждений родовспоможения и раннего детства диктуется выявлением резервов в использовании ресурсной базы системы здравоохранения и оценки эффективности акушерско-гинекологической помощи.

Сопоставление всего объема лечебно-диагностической помощи, оказываемой в стационаре работницам промышленных предприятий, со стандартами по основному и сопутствующим заболеваниям позволили нам наряду с оценкой оптимальных критериев результативности, исхо-

дов лечения, экономических затрат, определить коэффициенты соответствия фактически выполненных и необходимых по стандартам диагностических и лечебных мероприятий.

Принципиально важным аспектом лечебно-профилактической работы с женщинами-работницами промышленных предприятий представляется составление плана индивидуального дифференцированного наблюдения и своевременное проведение лабораторных исследований.

Опыт применения методики отмечает, что анализ критериев оценки качества медицинской помощи женщинам является информативным методом, характеризующим не только квалификацию врача, но и позволяет вскрыть недостатки в обслуживании женского контингента, обеспечить технологические гарантии надежности лечебно-диагностического процесса.

В перспективе представляется важным комплексный подход к качественной оценке показателей здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях, что в целом будет способствовать прогностической оценке репродуктивного потенциала контингента женщин, задействованного в промышленном производстве и обосновывает степень внедрения качественного и информативного составного индекса здоровья женщин.

Вместе с тем в условиях нового хозяйственного механизма в системе здравоохранения и совершенствования технологий лечебно-диагностического процесса основными принципами оценки качества акушерско-гинекологической помощи должны быть:

- правильность выбора медицинской тактики, характера и объема диагностических исследований и методов лечения;
- использование современных и эффективных технологий диагностики и лечения гинекологических заболеваний;
- возможность проведения оценки конечного результата путем сопоставления со стандартом лечебно-диагностического процесса;
- наличие прав женщин на необходимый объем диагностических и лечебных процедур.

Вместе с тем неразработанность нормативных актов по охране здоровья женщин, работающих во вредных условиях производства, снятие льгот и пособий при беременности и родах, отсутствие социальной защиты и гендерное неравенство в отдельных отраслях производства обуславливают нарушение репродуктивного здоровья женщин в сохранении репродуктивного потенциала нации в перспективе. В связи с этим система развития акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан, предусматривающей стратегические шаги развития специализированной службы, нацеливает не только на необходимость комплексного решения проблемы по

совершенствованию оказания специализированной помощи, но и предопределяет ресурсоемкость службы для оказания достаточного объема и качества медицинских услуг.

Распространение экстрагенитальной патологии среди контингента беременных, являющейся причиной заболеваний новорожденных, составляет проблему здравоохранения развивающихся стран, что предопределяет особую значимость разработки проблемы акушерско-гинекологической патологии и обуславливает взаимодействие с различными дисциплинами: педиатрией, гигиеной, экологией и общественным здравоохранением.

Система развития акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан основана на установлении уровня и структуры акушерско-гинекологической патологии среди женщин; исследовании особенностей организационно-управленческих аспектов акушерско-гинекологической службы; анализе кадровой структуры акушерско-гинекологической службы; исследовании инновационных технологий, используемых при диагностике и лечении беременных и гинекологических больных, экономической целесообразности внедрения новых технологий в акушерско-гинекологическую практику; стандартизации протоколов лечения в акушерстве и гинекологии; обеспечении качества медицинских услуг на всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам, независимо от возраста, места проживания, национальности и места работы.

Научное обоснование и разработка рекомендаций по оптимальному обеспечению населения адекватной численностью врачей акушерско-гинекологов; обоснование потребности в амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи; разработка показателей нормирования численности по трудовым затратам оказания качественной специализированной медицинской помощи, отвечающей требованиям рынка медицинских услуг в условиях преобразования отрасли медицины и соответствующей международным стандартам.

Изученные аспекты нацеливают на разработку законодательно-нормативной базы по охране репродуктивного здоровья женщин, касающихся охраны прав женщин-матерей, предусматривающие организацию разветвленной сети специальных медицинских учреждений, рациональное трудоустройство беременных женщин с возможностью выполнения медицинских рекомендаций, установление индивидуальных графиков работы и режима неполного рабочего времени, бесплатный объем медицинской помощи, входящей в гарантированный пакет медицинских услуг.

Поступила 22.10.07

A. Ye. Tazhiyeva

ESTIMATION OF PROFESSIONAL AND NON-PROFESSIONAL RISK FACTORS FOR THE HEALTH OF WOMEN, WORKING IN THE PRODUCTION INDUSTRY

The authors of the article made the estimation of professional and non-professional risk factors for the health of women, working in the production industry. The authors concluded that the harmful labour conditions damage the somatic and reproductive health of women, working on the production industry.

A. E. Тажиева

ӨНЕРКӘСІП КӘСІПОРЫНДАРЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ӘЙЕЛДЕРГЕ КӘСІБИ ЖӘНЕ КӘСІБИ ЕМЕС ҚАТЕРДІ БАҒАМДАУ

Мақала авторлары өнеркәсіп кәсіпорындарында жұмыс істейтін әйелдерге кәсіби және кәсіби емес қатерді бағалауды мақсат еткен. Өндірістің зиянды жағдайлары өнеркәсіп өндірісінде жұмыс істейтін әйелдердің соматикалық және репродуктивтік денсаулықтарына зиян келтіреді деген қорытынды жасалған.

Е. Бекмухамбетов

ОСЛОЖНЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Казахская государственная медицинская академия (Астана)

В настоящее время хирургический метод является основным в лечении больных раком грудного отдела пищевода. Улучшение отдаленных результатов лечения в первую очередь связано с внедрением в клиническую практику расширенных операций, при которых выполняется лимфодиссекция в брюшной полости, в средостении до верхней грудной апертуры. В нашей клинике при раке грудного отдела пищевода предпочтение отдается расширенной трансторакальной субтотальной резекции пищевода.

Параллельно ведутся также работы по разработке эффективных схем комбинированного лечения рака пищевода. На сегодняшний день самым популярным методом является предоперационная химиотерапия. Необходимость разработки комбинированных методов лечения диктуется следующими фактами: большинство больных получают специфическое лечение при далеко зашедших стадиях заболевания; общая 5-летняя выживаемость, по данным литературы, составляет около 30%; внедрение расширенных операций уменьшает частоту местных рецидивов, однако оказывает мало влияния на отдаленное метастазирование.

Разработка новых режимов комбинированного лечения рака пищевода с проведением неoadьювантных курсов химиотерапии, включающих в себя препараты III поколения, открывает новые возможности в лечении больных раком грудного отдела пищевода.

Целью исследования является оценка отдаленных результатов лечения больных раком грудного отдела пищевода путем оперативного лечения с предоперационной химиотерапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 58 больных раком пищевода, получивших лечение в отделении онкохирургии желудочно-кишечного тракта КазНИИОиР с 2001 по 2005 г.

Отбор пациентов в группу исследования проводился по следующим критериям:

- гистологически верифицированный резектабельный рак грудного отдела пищевода стадии T3-4N0-1M0, T1-2N1M0
- возраст пациентов 18-70 лет
- статус по ВОЗ 0-2
- некоторые лабораторные показатели, такие как лейкоциты больше 3,5 тыс. тромбоциты больше 100 тыс., клиренс креатинина больше 60.

В исследуемой группе было 39 (67,2%) мужчин и 19 (32,8%) женщин. Возраст больных

составил 48 – 68 лет. Средний возраст – 63,4 г. Диагноз рак пищевода ставился на основании клиничко-рентгенологических, эндоскопических и морфологических данных. Рентгенологическое исследование пищевода проведено у всех больных. У 37 (63,8%) исследуемых пациентов опухоль располагалась в среднегрудном отделе пищевода, в нижнегрудном – у 17 (29,3%), в верхнегрудном – у 4 (6,9%). 70,7% больных поступили на лечение с T3-T4 стадией опухолевого процесса.

В процессе клинического обследования у 63,8% больных были выявлены сопутствующие заболевания. Наиболее часто отмечались хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) в 36,2% случаев, ишемическая болезнь сердца (ИБС) с различными вариантами течения – в 12,1%. Все пациенты при необходимости получали соответствующее терапевтическое лечение.

Больным после соответствующей подготовки на фоне премедикации проводилось 2 курса полихимиотерапии препаратами III поколения по разработанной схеме: доцетаксел 75 мг/м² – 1 сут; капецитабин 2500 мг/м² внутрь, разделенный на 2 приема (с интервалом 12 ч) – 1-14 сут, с перерывом между курсами 21 сут.

После проведения 2 курсов химиотерапии оценивали результат лечения по данным рентгенологического, эндоскопического, морфологического и ультрасонографического методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При контрольном рентген-эндоскопическом исследовании пищевода установлено, что общий объективный эффект получен у 31 (53,4%) больных. У 5 (8,6%) достигнута полная регрессия опухоли, частичная регрессия – у 26 (44,8%) больных, у 25 (43,1%) – стабилизация процесса.

Через 3 нед. после 2 курса лечения проводилось оперативное лечение – субтотальная резекция пищевода по Льюису с расширенной двухзональной лимфодиссекцией.

В послеоперационный период изучалась частота, спектр осложнений и летальность. Изучена структура послеоперационных осложнений и летальности после комбинированного лечения рака пищевода (табл. 1).

Осложнения отмечались в основном со стороны дыхательной системы в виде послеоперационной пневмонии, трахеобронхита, острого респираторного дистресс синдрома. У 3 больных они привели к дыхательной недостаточности, требовавшей ИВЛ. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись в основном в виде аритмий.

Всего осложнения в послеоперационный период отмечены у 24 (41,1%) больных. Умерли 4 больных (7,2%). Причиной смерти были дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Частота и характер послеоперационных осложнений и летальности

Осложнения	Количество больных		Умерло	
	абс.	%	абс.	%
Инфаркт миокарда	1	1,8	–	–
Пневмония	8	13,8	2	3,6
Пневмония с абсцедированием	1	1,8	–	–
Сердечно-сосудистая недостаточность	6	10,3	2	3,6
Пилороспазм	1	1,8	–	–
Панкреатит	3	5,2	–	–
Кровотечение	1	1,8	–	–
Парез правой голосовой связки	3	5,2	–	–

Годичная выживаемость больных составила 70,6%, 2-летняя – 60,3%, 3-летняя – 53,4%.

Таким образом, предоперационная химиотерапия по схеме доцетаксел, кселода у больных раком пищевода не увеличивает частоту послеоперационной летальности и осложнений, позволяет улучшить отдаленные результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer / D. P. Kelsen, R. Ginsberg, . F. Pajak Tet al. //N. Engl. J. Med. – 1998. – №339. – P. 1979 – 1984.
 2. Clark P. I. Medical Research Council randomised trial of surgery with or without preoperative chemo-

therapy in resectable cancer of the oesophagus // Ann. Oncol. –2000. – №11. – P. 4.

3. Ellis F. Stading of carcinoma of the esophagus and cardia /F. Ellis, E. Watcing //J. Surg. Oncol – 1998 – №2. – С. 231 – 235.

4. Enzinger P. C. Chemotherapy in esophageal cancer /P. C. Enzinger, D. H. Ilson, D. P. Kelsen // Semin. Oncol. – 1999. – №26. – P. 12 – 20.

5. Manjit S. A phase II trial of preoperative combined-modality therapy for localized esophageal carcinoma: Initial results //J. Thorac. Surg. – 2002. – №2. – P. 270.

Поступила 14.05.07

Е. Бекмухамбетов

POSTSURGICAL COMPLICATIONS AND MORTALITY AFTER EXTENDED OPERATION WITH NEOADJUVANT CHEMOTERAPY OF ESOPHAGUS CANCER

A data about efficiency of neoadjuvant chemotherapy of the patients with esophagus cancer are adduced in research. Postsurgical complications – 41,4%, mortality – 7,2%. The 1-year survival rate of the patients has compounded 70,6%, 2-year – 60,3%, 3-year – 53,4%.

Е. Бекмухамбетов

ӨҢЕШ РАГЫН КЕҢЕЙТІЛГЕН ОПЕРАТИВТЫ ЕМДЕУМЕН НЕОАДЬЮВАНТТЫ ХИМИОТЕРАПИЯДАН КЕЙНГІ АСҚЫНУЛАР ЖӘНЕ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Өңеш рагын кенейтілген оперативты емдеу пайдасы туралы мағлұматтар келтіріледі. Операциядан кейнгі асқыну көрсеткіші 41,4%. Оташылық емдеуден кейнгі өлім – жітім 7,2%. Жылдық өлім – жітім – 70,6%, екі жылдық – 60,3%, үш жылдық – 53,4%

Ю. С. Краморенко, И. С. Степанова

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

КазНИИ глазных болезней (Алматы)

В основе развития диабетической ретинопатии (ДР) лежат нарушения метаболизма и, в первую очередь, углеводного обмена [6]. Для предупреждения развития сосудистых осложнений необходим строгий контроль уровня сахара в

крови и показателя уровня гликозилированного гемоглобина (ГГ), с уровнем которого коррелирует степень ретинопатии, что вполне объяснимо, т.к. в основе обоих явлений лежит один процесс неферментативного гликозилирования белков – гемоглобина и белков стенки капилляра. В результате этого сосуды теряют эластичность, что является одним из путей развития ретинопатии [6, 7, 8].

Развивающаяся с течением времени гипергликемия приводит к нарушению липидного обмена и усугубляет дислипидемию, причем есть

данные о том, что нарушения липидного обмена, свойственные метаболическому синдрому, так же как нарушение эндотелиальной функции и оксидативный стресс значительно опережают развитие манифестных нарушений углеводного обмена. Показано, что резистентность к инсулину может появляться за несколько десятков лет до возникновения гипергликемии [4].

При сочетании гипергликемии и гиперлипидемии с повышенным содержанием кортизола появляются условия для формирования атерогенных типов липопротеидов, наблюдаемого у больных ДР. Развитие периферических сосудистых осложнений у больных диабетом связывают с изменениями метаболизма липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), что может быть следствием либо изменения конформационной структуры белковой части, либо повышенным гликозилированием молекул ЛПНП [1, 2, 3, 6].

Гликозилирование не только облегчает окисление ЛПНП, но также увеличивает способность структурных белков стенки сосуда связывать белки плазмы, в том числе ЛПНП. Кроме метаболических изменений гликозилирование липопротеидов имеет иммунологические последствия, так как модификация липопротеидов, происходящая при гликозилировании, может быть причиной, приводящей к появлению у липопротеидов аутоантигенных свойств и образованию аутоантител. Помимо химической модификации липопротеидов (ЛП) может происходить их агрегация и образование иммунных комплексов модифицированных ЛП с антителами к ним [7].

Особое место в патогенезе диабетических ангиопатий отводится циркулирующим иммунным комплексам (ЦИК), среди которых выделяют два типа: инсулин-антиинсулиновые антитела, которые оказывают сосудоповреждающее действие и могут вызвать микроангиопатию иммунного генеза, и липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП), ассоциированные с инсулином, и специфические антитела, проникающие в интиму сосудов путем неспецифического эндоцитоза. Оба вида ЦИК могут являться патогенетическим звеном в возникновении диабетической ретинопатии, но второй вид предпочтительнее для развития иммунного воспаления в месте внедрения в сосудистую стенку [5].

Цель работы – изучить значение некоторых иммунобиохимических показателей в развитии диабетической ретинопатии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 67 больных ДР, в том числе с препролиферативной стадией (ППДР) – 24, пролиферативной (ПДР) – 43. Сахарный диабет (СД) I типа диагностирован у 15 больных, II типа – у 52. Контрольную группу составили 20 больных СД без ДР.

Содержание сахара в крови определяли ферментативным методом, гликозилированного гемоглобина – колориметрическим, общего холестерина (ХС) – по методу Илька, липопротеидов

(ЛП), триглицеридов (ТГ), циркулирующих иммунных комплексов – наборами фирмы «Лахема»

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследования показали, что у больных ДР уровень глюкозы был повышен до 6-11 ммоль/л, в отдельных случаях до 16-18 ммоль/л, в среднем до $8,4 \pm 0,21$ ммоль/л (в норме не более 6,0 ммоль/л). Уровень ГГ повышался до $8,1 \pm 0,6\%$, что было в 1,4 раза выше по сравнению с нормой ($4,4 \pm 0,12\%$). Коэффициент корреляции ГГ с уровнем глюкозы составил 0,67.

У 61% больных ДР наблюдалось снижение концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) в среднем до $1,1 \pm 0,07$ ммоль/л. Уровень ХС ЛПНП составил в среднем $3,6 \pm 0,15$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $0,72 \pm 0,07$ ммоль/л, что существенно превышало норму.

Отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП достоверно коррелирует с уровнем ГГ в крови у больных ДР.

Выявлена прямая коррелятивная связь между содержанием холестерина, индексом атерогенности ХС и стадией ретинопатии. По мере усиления тяжести процесса на глазном дне отмечалось повышение уровня холестерина и бета-липопротеидов плазмы от $4,61$ ммоль/л и $36,1\%$ при васкулярной фазе соответственно до $5,82$ ммоль/л и $56,8\%$ в терминальной, при этом у больных с препролиферативной стадией показатели холестерина превышали уровень контрольной группы у $54,1\%$ пациентов ($16,7\%$ – при васкулярной фазе, 70% – при геморрагической). Бета-липопротеиды были повышены у $41,6\%$ больных (от $14,2\%$ при васкулярной фазе, до $88,8\%$ – при геморрагической), тогда как при пролиферативной стадии эти показатели были повышены у 79% и 71% обследованных, достигая наибольшей величины в фазе глиоза.

У больных с пролиферативной стадией ДР снижение уровня ХС ЛПВП сочетается с повышением общего ХС. Учитывая, что загрузка ХС антиатерогенной фракции ЛПВП уменьшается при утяжелении ДР, можно предположить, что эти изменения могут быть инициаторами ухудшения клинического течения атеросклероза, характерного для ДР.

Средний уровень триглицеридов у больных ДР был в 1,5 раза выше нормы и варьировал от $1,8$ до $3,1$ ммоль/л, у больных СД без ДР уровень ТГ составил $1,2-2,4$ ммоль/л.

У 56% больных ДР нарушение липидного обмена проявлялось сочетанием гиперхолестеринемии с гипертриглицеридемией.

В группе больных СД II типа с ДР увеличение уровня ОХС и ТГ обнаружено в 87% случаев, а средние показатели ТГ были достоверно выше, чем при СД II типа без ДР.

Данные достоверного повышения уровня ОХС, ТГ у больных СД с ДР подтверждают, что биохимические компоненты у больных СД II типа усугубляют выраженность атерогенности, связанной с ДР, и указывают на клиническую значи-

мость их определения для оценки риска развития ДР.

Как показали исследования, уровень ЦИК у больных ДР составил 130 ± 7 у. е., а у больных СД без ДР – 91 ± 4 у. е. Содержание ЦИК у больных ДР было выше в 1,9 раза по сравнению со здоровыми лицами. При ПДР уровень ЦИК был повышен более значительно, чем при ППДР.

Существенное повышение уровня глюкозы и ГГ является характерным признаком поражения сетчатки, а данные достоверного повышения уровня ОХС и ТГ у больных СД II типа указывают на клиническую значимость их определения для оценки риска развития ДР наряду с показателями обмена углеводов. Регулярный мониторинг этих параметров крови, особенно у больных СД II типа, позволит снизить уровень и частоту микросудистых глазных осложнений.

Повышение уровня ЦИК у больных с ДР можно рассматривать как неблагоприятный признак прогрессирования заболевания

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Сахарный диабет. – М.: Медицина, 1994. – 384 с.
2. Балаболкин М. И. Профилактика поздних сосудистых осложнений сахарного диабета // Клинич. лаб. диагностика. – 1997. – №5. – С. 26.

3. Бондарь Т. П. Влияние активности апоптоза на показатели периферической крови при диабетических ангиопатиях /Т. П. Бондарь, А. А. Дышковец, В. Н. Первушин //Клинич. лаб. диагностика. – 2003. – №9. – С. 45 – 46.

4. Диденко В. А. Лабораторная диагностика метаболического синдрома в современной клинической практике. Медицинский центр при Главном управлении дипломатическими кадрами МИД РФ, ЗАО «Юнимед Лабораториз», Москва /В. А. Диденко, Д. Б. Сапрыгин //Клинич. лаб. диагностика. – 1999. – №9. – С. 9.

5. Дышковец А. А. Роль циркулирующих иммунных комплексов в патогенезе развития диабетических ангиопатий /А. А. Дышковец, Т. П. Бондарь //Клинич. лаб. диагностика. – 2001. – №11. – С. 26.

6. Ефимов А. С. Диабетические ангиопатии. – М., 1989. – 139 с.

7. Климов А. Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз /А. Н. Климов, Н. Г. Никульчева. – СПб, 1995. – 371 с.

8. Титов В. Н. Изогликемический интервал глюкозы крови и нарушения функции экзотропии //Клинич. лаб. диагностика. – 2001. – №9. – С. 6 – 7.

Поступила 20.05.07

Yu. S. Kramorenko, I. S. Stepanova

METABOLIC RISK FACTORS OF DIABETIC RETINOPATHY

Metabolic syndrome lays in the basis of diabetic retinopathy. Level of diabetic retinopathy has correlation with glucolised hemoglobin and glucemia level. Dislipidaemia is one of the main risk factors of diabetic retinopathy. Elevation of circulating immunocomplexes and immunoglobulin changes could be considered as a factor of progression.

Ю. С. Краморенко, И. С. Степанова

СУСАМЫРЛЫ РЕТИНОПАТИЯНЫҢ ДАМУЫНЫҢ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Сусамырлы ретинопатия дамуының негізінде метаболитикалық синдром жатады. Сусамырлы ретинопатияның дамуының дәрежесі гликемия және гликолиздан гемоглобиннің деңгейімен байланысты. Сусамырлы ретинопатияның даму қауіпінің негізгі факторларымен дислипидемия болып табылады. Иммуноглобулиндердің өзгерісі және ЦИКтердің жоғарлануы аурудың дамуының қолайсыз көрінісі болып табылады.

**Е. С. Танжарыков, А. К. Джанабекова,
Г. Б. Джарбусынова, Д. Х. Абдукаримова,
Д. Р. Кайдарова**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТКАНЕВЫХ МАРКЕРОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алматинский городской онкологический диспансер

Рак молочной железы (РМЖ), несомненно, относится к одному из самых распространенных онкологических заболеваний во многих странах мира, в том числе и в Республике Казахстан [1].

Этиопатогенез РМЖ до конца не изучен, в большинстве случаев отмечена гормонозависимость данного заболевания. По клиническим и

патогенетическим проявлениям РМЖ неоднороден. Выделено 4 клинико-патогенетических формы РМЖ: тиреоидная (возраст больных до 35 лет, заболевание щитовидной железы), яичниковая (возраст 50-35 лет с различной патологией репродуктивной системы), надпочечниковая (возраст 50-60 лет, явления гиперкортицизма), инволютивная (возраст старше 60 лет, глубокая менопауза более 15-10 лет) [3, 6].

Казахстанские ученые пришли к мнению, что существуют краевые национально-этнические отличия функционирования эндокринной системы и, соответственно, особенности возникновения и течения гормонозависимых опухолей, в том числе РМЖ [5, 7]. По данным А. Е. Есенкулова, у женщин-казашек частота тиреоидной и яичниковой клинико-патогенетических

форм РМЖ в основном оказалась такой же, как у русских женщин. Однако у лиц коренной национальности в 1,3 раза чаще встречалась надпочечниковая и в 2,2 раза реже инволютивная формы рака молочной железы. Кроме того, у женщин-казашек достоверно чаще встречаются диффузные, низкодифференцированные, эстрогенотрицательные опухоли [6].

В последнее время большой интерес вызывают тканевые или клеточные маркеры опухоли, например, рецепторы стероидных гормонов, HER2/neu рецепторы, имеющие прогностическое значение и оказывающие влияние на индивидуализацию лечения РМЖ. Известно, что при наличии в опухоли эстрогенных (РЭ) и прогестероновых (РП) рецепторов эффективность гормонотерапии достигает 50-80%, если присутствуют рецепторы одного вида (РЭ или РП) эффективность снижается до 30-50%, а в случае рецептор-негативных опухолей только в 11% случаев гормонотерапия может быть успешной [2].

Экспрессия кодируемого HER2/neu рецепторами белка p185 обнаруживается в 15-30% случаев РМЖ, причем 5-летняя выживаемость при положительной реакции на белок p185 составляет 58%, при отрицательной – 77%. При экспрессии опухолевой тканью HER2/neu рекомендуется проведение адъювантной химиотерапии в сочетании с трастузумабом (герцептином), являющимся антителом к белку p185.

В настоящее время применяется иммуногистохимический метод выявления опухолевых маркеров, преимуществом которого является определение принадлежности рецепторов опухоли именно к опухолевым клеткам, а также возможность работать с парафиновыми блоками и стеклами через длительное время после операции [4].

Целью работы явилось определение тканевых маркеров (рецепторов стероидных гормонов, HER2/neu рецепторов) иммуногистохимическим способом, их сравнительное изучение в зависимости от возраста и этнической принадлежности пациенток.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные анкет иммуногистохимического исследования биопсийного материала 66 пациенток, оперированных по поводу РМЖ в отделении маммологии Алматинского городского онкологического диспансера в течение 2006 г. Были выделены две группы данных, характеризующих пациентку и опухоль, которые рассматривали по отдельности и во взаимосвязи: данные о пациентке – возраст, этническая принадлежность; данные об опухоли – гормонорецепторы в опухоли, HER2/neu рецепторы, морфологическая форма.

В исследование вошли 66 больных РМЖ, из них 32 европейки и 34 азиатки. В возрастном аспекте распределение между европейками и азиатками было следующим: старше 50 лет: европейек – 22, азиаток – 16; в возрасте моложе 50 лет: европейек – 10, азиаток – 18.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ наличия стероидных рецепторов опухоли в зависимости от этнической принадлежности больных показал, что у европейских женщин значительно чаще (в возрасте до 50 лет в 50% случаев, старше 50 лет – в 54,5%) встречались прогностически благоприятные гормонопозитивные РЭ+ и РП+ опухоли (табл. 1, 2) в то время как у азиаток РЭ+ и РП+ встречались реже (в 37,5% случаев – в возрасте до 50 лет и 38,9% в возрасте старше 50 лет). В группе пациенток с постменопаузой негативные гормонорецепторы опухоли почти в 2 раза реже встреча-

Таблица 1. Стероидные рецепторы опухоли у больных РМЖ в постменопаузальном возрасте

Гормонорецепторы в опухоли	Европейки старше 50 лет (n=22)		Азиатки старше 50 лет (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
РЭ+РП+	12	54,5	6	37,5
РЭ-РП+	2	9,0	-	-
РЭ+РП-	2	9,0	2	12,5
РЭ-РП-	6	27,3	8	50,5

Таблица 2. Стероидные рецепторы опухоли менструирующих женщин, больных РМЖ

Гормонорецепторы в опухоли	Европейки до 50 лет (n=10)		Азиатки до 50 лет (n=18)	
	абс.	%	абс.	%
РЭ+РП+	5	50,0	7	38,9
РЭ-РП+	1	10,0	4	22,2
РЭ+РП-	1	10,0	2	11,1
РЭ-РП-	3	30,0	5	27,8

Клиническая медицина

лись у европейских женщин по сравнению с азиатками (27,3 и 50,0% соответственно)

Определенное прогностическое значение имеет экспрессия кодируемого HER2/neu рецепторами белка p185. По данным, прогностически благоприятные опухоли с отрицательными HER2/neu рецепторами встречались несколько чаще в возрастной группе старше 50 лет (у азиаток 81,2%, у европейек – в 72,7%), а в возрасте моложе 50 лет значительно чаще у европейек (на 13,3%), чем у азиаток (табл. 3, 4).

К наиболее благоприятным гистологическим формам относятся: тубулярный, слизистый, медулярный, аденокистозный рак, отнесенные к группе «другие». Дольковый инфильтративный рак имеет тенденцию к мультицентричному росту и двухстороннему поражению молочных желез. Анализ анкет показал, что в группе

постменопаузальных женщин дольковый инфильтративный рак отмечен в 25% случаев у азиаток и не встречался пациенток у европейской национальности. Благоприятные гистологические формы встречались у европейек почти в 2 раза чаще, чем у азиаток (табл. 5, 6). В группе менструирующих женщин особых различий гистоструктуры опухоли в зависимости от этнической принадлежности не отмечено.

Таким образом, анализ показал определенные особенности клеточных или тканевых маркеров и гистотипа опухоли в зависимости от этнической принадлежности и возраста.

Необходимо дальнейшее накопление материала по изучению особенностей клеточных маркеров и гистотипа опухоли в зависимости от этнической принадлежности и возраста больных РМЖ.

Экспрессия HER2/neu рецепторов РМЖ у постменопаузальных больных

Таблица 3.

HER2/neu рецепторы	Европейки старше 50 лет (n=22)		Азиатки старше 50 лет (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
HER2/neu ++	2	9,0	–	–
HER2/ neu +++	4	18,2	3	18,75
HER2/neu-	16	72,7	13	81,25

Экспрессия HER2/neu рецепторов РМЖ у менструирующих больных

Таблица 4.

HER2/neu рецепторы	Европейки до 50 лет (n=10)		Азиатки до 50 лет (n=18)	
	абс.	%	абс.	%
HER2/neu ++	1	10,0	4	22,2
HER2/neu+++	1	10,0	2	11,1
HER2/ neu-	8	80,0	12	66,7

Гистологическая структура опухоли у постменопаузальных больных РМЖ

Таблица 5.

Гистологические формы	Европейки старше 50 лет (n=22)		Азиатки старше 50 лет (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
Дольковая	–	–	4	25,0
Протоковая	16	72,7	10	62,5
Другие	6	27,3	2	12,5
Смешанная	–	–	–	–

Гистологическая структура опухоли у менструирующих больных РМЖ

Таблица 6.

Гистологические формы	Европейки до 50 лет (n =10)		Азиатки до 50 лет (n=18)	
	абс.	%	абс.	%
Дольковая	3	30,0	4	22,2
Протоковая	4	40,0	9	50,0
Другие	3	30,0	4	22,2
Смешанная	–	–	1	5,6

ВЫВОДЫ

1. Прогностически благоприятные гормонопозитивные опухоли встречаются чаще у европейек, больных РМЖ (в возрасте до 50 лет в 50,0% случаев, после 50 лет – в 54,5%), чем у азиаток (до 50 лет в 37,5%, после 50 лет – в 38,9%).

2. В возрастной группе старше 50 лет высокая частота дольковых форм инфильтративного рака молочной железы отмечена среди азиаток (в 25% случаев, у европейек – 0%).

3. Благоприятные гистологические формы (тубулярный, слизистый, медуллярный, аденокстозный рак) встречаются у европейек почти в 2 раза чаще, чем у азиаток.

4. Прогностически благоприятные отрицательные HER2/neu рецепторы у пациенток в возрасте моложе 50 лет значительно чаще встречаются у европейек (на 13,3%), чем у азиаток

ЛИТЕРАТУРА

1. Арзыкулов Ж. А. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2005 год (стат. материалы) /Ж. А. Арзыкулов, Г. Д. Сейтказина. – Алматы, 2006. – 55 с.

2. Герштейн Е. С. Тканевые маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы /Е. С. Герштейн, Н. Е. Кушлинский //Практическая онкология: избранные лекции /Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – СПб, 2004. – С. 41 – 50 с.

3. Дымарский Л. Ю. Рак молочной железы. – М., 1980. – 192 с.

4. Ерилова В. Д. Роль современной патоморфологии в характеристике рака молочной железы ///Практическая онкология: избранные лекции /Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – СПб, 2004. – С. 34 – 40.

5. Есенкулов А. Е. Клинико-патогенетические особенности рака молочной железы в Казахстане и иммуно-эндокринологические взаимоотношения / А. Е. Есенкулов, С. А. Баишева. – Алматы, 1996. – 216 с.

6. Есенкулов А. Е. Патогенетические особенности рака молочной железы в Казахстане. – Алма-Ата, 1992. – 100 с.

7. Мезинова Н. Н. Молочная железа и гормоны. – Алма-Аты, 2005. – 37 с.

Поступила 28.05.07

**E. S. Tanzharykov, A. K. Dzhanabekova, G. B. Dzharbusynova, D. H. Abdugarimova, D. R. Kaydarova
SOME ASPECTS OF TISSUE MARKERS OF BREAST CANCER**

The given work is executed in the Almaty city oncological clinic, department mammology. There were studied 66 questionnaires with the data immunohistochemical researches of morphological material of women, concerning a breast cancer within 2006 have been investigated. Distinctions receptor status of a tumour and it hystotype from an ethnic accessory of the patient are revealed.

**Е. С. Танжарыков, А. К. Джанабекова, Г. Б. Джарбусынова, Д. Х. Абдукаримова,
Д. Р. Кайдарова**

СҮТ БЕЗІ РАГЫНДАҒЫ ТІН МАРКЕРЛАРЫНЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

Берілген жұмыс Алматы қалалық онкологиялық диспансерінің маммология бөлімінде орындалған. 2006 жылы сүт безі рагы бойынша операция жасалған 66 науқастың морфологиялық материалдарының иммуногистохимиялық зерттеу мәліметтері сарапталды. Науқастардың этникалық ерекшеліктеріне байланысты ісіктің рецепторлық статусы мен оның гистотипінің айырмашылықтары анықталды.

**С. А. Салехов, Б. К. Сарсембаев,
С. Н. Ералина, А. К. Иманбаев**

**АЗОТИСТЫЙ ОБМЕН
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД
У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ
СЕПСИСОМ**

Новгородский государственный институт медицинского образования им. Ярослава Мудрого, Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

В развитии септической реакции и полиорганной недостаточности принципиальная роль отводится недостаточности печени. Это главный орган, специализирующийся на биотрансформации большинства токсических соединений. Тяжелая интоксикация, повышенная нагрузка, снижение печеночного кровотока являются теми пато-

генетическими факторами, которые приводят к развитию дистрофических изменений в печени вплоть до некротических. В свою очередь, выраженные дегенеративно-дистрофические процессы в этом органе являются причиной снижения его обезвреживающей и антитоксической функции, способствуя нарушению биотрансформации ряда лекарственных веществ, что продлевает срок их действия и резко усиливает опасность кумулятивного эффекта. Главными причинами развития печеночной недостаточности при абдоминальном сепсисе являются: а) микробная токсемия на фоне синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и нарушения системы печеночной резистентности (макрофагально-моноцитарной защиты) или формирование синдрома «септической печени»; б) гиповолемия и абдоминальная вазоконстрикция или формирование синдрома «шоковой печени»; в) вторичная агрессия воспалительных медиаторов; г) катабо-

лические нарушения гомеостаза – усиление синтеза острофазовых протеинов, снижение синтеза альбуминов, стимуляция липогенеза и глюкагон-зависимого захвата аминокислот. Тяжесть печеночной недостаточности зависит от нарушений белковообразующей (синтез альбуминов, трансферрина), свертывающей (образование фибриногена, фактора XII) систем, показателей цитолиза (уровня АЛТ, АСТ, ЛДГ, г-глутамилтранспептидазы, сорбитдегидрогеназы, глутаматдегидрогеназы), холестаза (содержания билирубина и его фракций, щелочной фосфатазы, 5-нуклеотидазы, лейцинаминопептидазы), гиперлипидемии, повышения содержания холестерина и β -липопротеинов.

Одним из наиболее патогенетических проявлений абдоминального сепсиса является катаболический синдром. Он представляет собой метаболический ответ организма на ССВО и характеризуется увеличением скорости процессов обмена веществ более чем в 2 раза по сравнению с основным обменом. Сопровождается этот патологический симптомокомплекс значительным потреблением кислорода, отрицательным азотистым балансом, гиперпродукцией углекислого газа и тканевой дизоксией.

Конечными продуктами распада аминокислот являются аммиак, мочевины, CO_2 и H_2O . Аммиак образуется во всех тканях в результате дезаминирования аминокислот. Аммиак токсичен, при его накоплении повреждается протоплазма клеток. Для связывания аммиака и его обезвреживания существуют 2 механизма: в печени образуется мочевины, а в других тканях аммиак присоединяется к глутаминовой кислоте (амидирование) – образуется глутамин. В дальнейшем глутамин отдает аммиак для синтеза новых аминокислот, превращения которых завершаются образованием мочевины, выделяемой с мочой. Из всего азота мочи на долю мочевины приходится 90% (аммиака около 6%). Синтез мочевины происходит в печени в цитруллин-аргинино-орнитиновом цикле.

В послеоперационный период с практической точки зрения целесообразно выделить этап, который, начинаясь сразу после окончания операции, продолжается в течение первых суток после операции – так называемый непосредственный или ранний послеоперационный период. Выделенный этап послеоперационного периода включает в себя катаболическую фазу прогрессирующей системной реакции, поэтому представляют интерес сдвиги, которые происходят в организме в указанный отрезок времени.

Другими словами, факторы интоксикации вместе с продуктами азотистого обмена, характерного для катаболического синдрома на фоне общей и органной гипоперфузии, приводят к резкому снижению многогранных функций печени, нарушают ее способность к биотрансформации лекарственных препаратов, средств, исполь-

зуемых при анестезии и интенсивной терапии и инактивации азотистых шлаков.

В этот период особую актуальность приобретает адекватная и корректная оценка состояния функциональной активности печеночных механизмов с последующей полноценной и наиболее безопасной для пациента коррекцией нарушений. И если в плане оценки функционального состояния печени особых проблем не возникает, то в вопросе коррекции детоксикационной функции печени единого мнения не выработано.

Патогенетически обоснованным в этом случае является применение нового препарата «Гепа-мерц», имеющего в своем составе L-орнитин и L-аспартат. Механизм действия препарата заключается в увеличении синтеза мочевины в цикле мочевинообразования и синтезе глутамина. Синтез мочевины происходит в перипортальных гепатоцитах, в которых орнитин выступает в качестве активатора двух ферментов – орнитин-карбамоилтрансферазы и карбамоил-фосфатсинтетазы и субстрата для синтеза мочевины. Синтез глутамина осуществляется в перивенозных гепатоцитах. Аспартат и дикарбоксилаты, в особенности в патологических условиях, поглощаются перивенозными клетками печени и служат субстратом или стимулом для синтеза глутамина, уровень которого при печеночной недостаточности снижен до 20% от нормального. Это ведет к повышению связывания аммиака в форме глутамина, который как физиологически, так и патофизиологически не только является нетоксичной формой экскреции аммиака, но и активирует важный цикл образования мочевины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для систематизации предлагаем следующий алгоритм действий:

1. Оценка гемодинамической компенсации – *показатели центральной гемодинамики, системного кровотока, кислородтранспортной функции крови;*
2. Определение азотистого баланса – *показатели белкового обмена, клиренс креатинина;*
3. Определение функционального состояния печени;
4. Определение функционального состояния почек;
5. Применение препарата «Гепа-мерц» по схеме.

Исследованы результаты анализа показателей 18 пациентов от 27 до 40 лет, сопоставимых по возрасту, полу, антропометрическим параметрам, характеру хирургической патологии, объему и продолжительности оперативных вмешательств.

Анестезиологический риск у исследуемых пациентов равнялся III-IV степени (по классификации Н. Н. Малиновского и соавт.) и IV-V классу, согласно классификации Американской Ассоциации анестезиологов (ASA) (1986).

Изучена нозологическая структура заболеваний (табл. 1).

Таблица 1.
Распределение больных с абдоминальным сепсисом в зависимости от нозологической причины перитонита

Нозологическая причина перитонита	Количество больных	
	абс.	%
Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки	6	20
Перфорация тонкой кишки	6	20
Перфорация толстой кишки	3	10
Панкреонекроз	5	18
Мезентериальный тромбоз	4	12
Кишечная непроходимость	6	20
Всего	30	100

Всех пациентов распределили на 2 группы: исследуемую и контрольную. В I (исследуемую) группу вошли 18 пациентов. Контрольную группу составили 12 пациентов, которые не применяли «Гепа-мерц» (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходно в обеих группах в ранний послеоперационный период был зарегистрирован гиподинамический гиповолемический вариант центральной гемодинамики (табл. 2). Показатели волемического статуса составили: ОЦК₅₀ – 4,3±0,2 л и 4,37±0,23 л при расчетном нормальном показателе для этой категории лиц 5,1±0,23 л. Причем дефицит ОЦК₅₀ определялся преимущественно недостатком плазменного объема крови, что характерно для септических больных с синдромом интоксикации. В анализах крови отмечалась выраженная гемоконцентрация с лейкоцитозом и палочкоядерным сдвигом влево.

Показатели КЩС демонстрировали декомпенсированный метаболический ацидоз с дыхательным алкалозом.

Точка p₅₀, характеризующая кислородтранспортную функцию крови, находилась вне зоны компенсации (29,2±0,02 и 29,3±0,02 соответственно). По данным комплексного лабораторного исследования можно было судить об отрицательном азотистом балансе, увеличении продуктов белкового обмена, гипопроотеинемии, протеинурии, выраженной интоксикации.

После включения в комплексную послеоперационную интенсивную терапию препарата «Гепа-мерц» зарегистрированы следующие изменения в показателях азотистого обмена (табл. 3).

Таким образом, опыт применения препарата «Гепа-мерц» в послеоперационный период у больных с абдоминальным сепсисом дал положительные результаты. Удалось в кратчайшие сроки без применения дорогостоящих инвазивных методов экстракорпоральной детоксикации компенсировать детоксикационную функцию печени, значительно улучшить белковый обмен, остановить прогрессирование катаболического синдрома, предотвратить развитие печеночной энцефалопатии. Применение препарата «Гепа-мерц» существенно влияет на прогноз пациентов с абдоминальным сепсисом в плане коррекции печеночной недостаточности в целом и ее детоксикационной функции в частности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородов В. Б. Сепсис – современная проблема клинической медицины //Рус. мед. журн. – 1997. – Т. 5, №24. – С. 1591 – 1596.
2. Имунный статус при перитоните и пути его патогенетической коррекции /Ю. М. Гаин, С. И. Леонович, Н. В. Завада и др. – Мн.: ООО «Юнипресс», 2001. – 256 с.

Исходные показатели центральной гемодинамики

Таблица 2.

Показатель	ДНЛЖ (мм рт. ст)	ОПСС (дин*с ⁻¹ см ⁻⁵)	УСВ (мл)	СВ (л/мин)	СИ (л/мин/м ²)
I группа	9,9±1,64	2227,25±240,81	38,075±2,26	3,38±0,28	2,07±0,16
II группа	7,7±1,52	1803,5±168,27	48,70±5,62	3,87±0,87	2,52±0,28

Динамика изменений показателей на этапах исследования

Таблица 3.

Показатель	I этап (1 сут после операции)		II этап (3 сут после операции)		III этап (5 сут после операции)	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Аммиак (мкмоль/л)	47,3±2,1	46,5±2,4	39,4±3,2*	43,8±2,1	31,2±2,1*	37,4±2,2
Мочевина (моль/л)	8,3±1,1	8,5±1,1	9,4±1,2	8,9±1,1	8,9±0,7	9,4±0,6
Креатинин (мкмоль/л)	76,5±0,7	81,4±0,5	79,4±0,6	88,4±0,5	81,4±0,8	96,5±0,4
Общий белок (г/л)	51,2±0,2	52,1±0,3	56,4±0,3	52,2±0,3	61,7±0,3	54,3±0,2

3. Григорьев Е. Г. Хирургия тяжелых гнойных процессов /Е. Г. Григорьев, А. С. Коган. – Новосибирск: Наука, – 2000. – 314 с.
4. Гринев М. В. Хирургический сепсис /М. В. Гринев, М. И. Громов, В. Е. Комраков. – СПб; М.: ОАО «Типография «Внешторгиздат», 2001. – 315 с.
5. Завада Н. В. Хирургический сепсис /Н. В. Завада, Ю. М. Гаин, С. А. Алексеев. – Мн., 2002. – 214 с.
6. Илюкевич Г. В. Абдоминальный сепсис: новый взгляд на нестареющую проблему //Мед. новости. – 2001. – № 9. – С. 35 – 41.
7. Козлов В. К. Иммунопатогенез и цитокино-терапия хирургического сепсиса. – СПб: Изд-во «Ясный свет», 2002. – 48 с.
8. Макарова Н. П. Синдром эндогенной интоксикации при сепсисе /Н. П. Макарова, И. Н. Коничева //Анестезиология и реаниматология. – 1995. – №6. – С. 4 – 9.
9. Саенко В. Ф. Сепсис //«Сепсис и антибактериальная терапия»: Сб. статей и рефератов. – Киев: Нора-Принт, 1997. – С. 4 – 6.
10. Wittmann D. H. Intra-abdominal infections: Pathophysiology and treatment. – New York, Basel, Hong Kong, 1991. – 84 p.
11. Prognosis in acute organ-system failure /W. A. Knaus, E. A. Draper, D. P. Wagner, J. E. Zimmerman //Ann. Surg. – 1985. – V. 202, №6. – P. 681 – 693.

Поступила 01.06.07

S. A. Salekhov, B. K. Sarsembayev, S. N. Yeralina, A. K. Imanbayev NITROGEN BALANCE IN POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH TRANSABDOMINAL SEPSIS

In patients with abdominal sepsis the special actuality is gained by an adequate and correct state estimation of functional activity of hepatic gears with subsequent valuable and most secure for the patient by correction of their violations. And if by way of an estimation of a functional condition of a liver of the special problems does not arise, in a problem of correction of a function of a liver of a common opinion is not developed. On our view pathogenetic justified in this case is applying a new drug Hepa-Mers, incorporating a L-ornithine and L-aspartat

С. А. Салехов, Б. К. Сәрсембаев, С. Н. Ералина, А. К. Иманбаев АБДОМИНАЛЬДЫҚ СЕПСИСПЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ АЗОТ АЛМАСУЫ

Бауыр механизмдерінің функционалдық белсенділігін бұзылушылықтарды пациент үшін одан әрі толық және барынша қауіпсіз коррекция жасау арқылы жағдайға адекватты және дәл баға беру ерекше маңыз алады. Егер бауырдың функционалдық жағдайына баға беруде елеулі проблема туындамаса, ал бауырдың детоксикациялық функциясын коррекциялау мәселесінде бірыңғай пікір қалыптаспаған. Біздің көзқарасымызша, бұл жағдайда өзінің құрамында L-орнитин және L-аспартат бар Гепа-мерц жаңа препаратын қолдану патогенетикалық негізді болып табылады.

Г. А. Джунусбекова

РОЛЬ АЛЬДОСТЕРОНА В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ МИОКАРДА И СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Отдел артериальной гипертонии, миологии и сердечной недостаточности НИИ кардиологии и внутренних болезней (Алматы)

Ремоделирование сердечно-сосудистой системы является неизменным атрибутом артериальной гипертонии (АГ), будучи, с одной стороны, осложнением, а с другой – фактором ее прогрессирования. Исследования последних десятилетий существенно изменили понимание патогенеза ремоделирования миокарда и сосудов при АГ. Первоначально артериальное давление (АД) считалось единственным стимулом, вызывающим адаптивное утолщение стенок левого желудочка и сосудов, направленное на уменьшение нагрузки на единицу ткани. В последующем были выяв-

лены многочисленные нейрогенные и гуморальные факторы, обладающие способностью индуцировать гипертрофию либо ускорять ее развитие, среди которых важнейшая роль отводится ренин-ангиотензин-альдостероновой системе [9]. При этом среди указанной триады нейрогормонов меньшее внимание уделяется изменению продукции альдостерона.

До недавнего времени единственной точкой приложения альдостерона считались рецепторы, находящиеся в дистальных канальцах почек, а основным его эффектом – задержка натрия и воды и усиленная экскреция калия с мочой. В настоящее время установлено, что рецепторы альдостерона находятся также в сердце, кровеносных сосудах, головном мозге, клубочковом аппарате почек [5]. Имеются данные о наличии прямого повреждающего воздействия альдостерона на кардиомиоциты и гладкомышечные клетки сосудов, приводящие к гипертрофическим и фиброзным изменениям этих тканей [3]. Так, введение альдостерона крысам, содержащимся на высокосолевого диете, сопровождалось разви-

тием миокардиального фиброза в течение 6 нед. [8]. У больных с первичным гиперальдостеронизмом в миокарде были обнаружены мелкие очаги фиброза, располагавшиеся главным образом периваскулярно и развившиеся при отсутствии атеросклеротического поражения коронарных артерий [3]. Известны данные, указывающие на уменьшение процессов кардиального фиброобразования и значительный кардио- и вазопротективный эффекты при применении блокатора альдостерона спиронолактона или нового селективного блокатора альдостероновых рецепторов – эплеренона [10].

Избыточная продукция альдостерона при полной или частичной автономности к ренин-ангиотензиновой системе характерна для идиопатического и вторичного гиперальдостеронизма [2]. При эссенциальной АГ увеличение секреции альдостерона может индуцироваться повышенной активностью симпатoadреналовой системы, способствующей нарушению функционального состояния центрального адренергического аппарата гипоталамо-гипофизарной системы и усилению модулирующего влияния адренкортикотропного гормона на минералокортикоидную функцию надпочечников. Кроме того, повышенная продукция альдостерона при АГ может быть вызвана усиленной активацией ангиотензина II. Наиболее характерен повышенный уровень альдостерона для низкорениновой эссенциальной АГ, которая встречается, по данным литературы, у 20-30% молодых пациентов и в популяции старше 60 лет у 50-60% больных с данным заболеванием [2]. Термин низкорениновая гипертония употребляется, когда активность ренина плазмы (АРП) низкая, а концентрация альдостерона в плазме (КАП) нормальная или несколько снижена, но на самом деле в этих случаях КАП является неадекватно большой, по отношению к низкой АРП. Повышенное в этом случае соотношение КАП/АРП рассматривается как увеличение синтеза альдостерона [1].

Целью исследования явилась оценка выраженности сердечно-сосудистого ремоделирования у больных эссенциальной АГ (ЭАГ) в зависимости от уровня альдостерона и соотношения альдостерон/ренин плазмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 80 больных (основная группа) с ЭАГ I-III степени умеренного и высокого риска (35 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 30 до 65 лет (в среднем $52,7 \pm 2,6$ г.). Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц сопоставимого пола и возраста с нормотонзией. Из анализа исключались больные с первичным гиперальдостеронизмом (синдромом Кона), другими вторичными формами АГ, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, дыхательной и нервной систем, ишемической болезнью сердца, нарушениями ритма сердца, инфарктом миокарда и нарушением мозгового кровообращения в анамнезе. Критериями включения в исследова-

ние были: АГ I-III степени умеренного и высокого риска, мужчины и женщины в возрасте 30-65 лет, отсутствие предшествующей антигипертензивной терапии за 2 нед. до начала исследования.

Комплексное эхокардиографическое обследование осуществлялось на аппарате «Vivid 3» фирмы General Electric по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) [8]. Определяли толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) в диастолу, конечный систолический и конечный диастолический размеры ЛЖ. Величину конечного диастолического, конечного систолического и ударного объемов сердца определяли по формуле L. Teichholtz и соавт. ММЛЖ рассчитывали по методике Penn. Индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) определяли как отношение ее к площади поверхности тела, за нормальные принимались значения ИММЛЖ менее 134 г/м^2 для мужчин и менее 110 г/м^2 для женщин [6].

Диастолическая функция сердца оценивалась по доплер-эхокардиографическим индексам с применением доплер-эхокардиографической приставки аппарата «Vivid 3» (General Electric). Допплер-эхокардиография проводилась в импульсном режиме. Активное расслабление оценивалось по продолжительности времени изоволюметрической релаксации (ВИВР), рассчитывался структурный показатель активной релаксации – отношение времени ускорения раннего наполнения к продолжительности времени изоволюметрической релаксации (ВУРН/ВИВР). Определяли максимальную скорость раннего диастолического наполнения (E), скорость кровотока в систолу предсердий A, их отношение (E/A), интегралы скоростей раннего (Ei) и позднего (Ai) наполнения, их отношение (Ei/Ai).

Всем больным проводилось ультразвуковое сканирование в B-режиме в сочетании с доплерографией и цветным картированием потока крови правой и левой общих сонных артерий (ОСА) на ультразвуковой аппаратуре «Vivid 3» (General Electric) датчиком 7,5 МГц. При ультразвуковом исследовании количественно определялась величина комплекса интима-медиа (КИМ) в зоне ее бифуркации по задней стенке.

Оценка сосудистой жесткости по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) осуществлялась на аппарате «Нейрософт» (Россия). Для определения СРПВ одновременно производили запись сфигмограмм с сонной, бедренной и лучевой артерий. Определяли скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного типа (СРПВм) в см/с, модули упругости (Eэ) и (Eм) а также соотношение СРПВм/СРПВэ.

Концентрация альдостерона и ренина в плазме крови оценивалась радиоиммунологическим методом с использованием коммерческих наборов «Aldosterone I RIA KIT» и «ANGIOTENSIN I RIA KIT» («Immunotech», Франция). Оценка

АРП основана на радиоиммунном определении ангиотензина I, который образуется в исследуемых образцах плазмы под воздействием ренина во время инкубации при 37°C в течение 1 ч в присутствии энзиматических ингибиторов, препятствующих естественному распаду ангиотензина I. Исходное содержание ангиотензина I в образце (инкубация при 4°C) вычитали, благодаря чему устранялось влияние на результат анализа некоторых соединений, которые могли присутствовать в пробе. При этих условиях количество преобразованного ангиотензина I прямо пропорционально количеству активного ренина в плазме. Расчет АРП осуществляли по формуле:

$$\text{АРП} = \frac{[A I (37^\circ\text{C}) - A I (4^\circ\text{C})] \times 2}{\text{время инкубации [час]}}$$

где A I (37°C) – концентрация ангиотензина I после инкубации образца при 37°C (нг/мл); A I (4°C) – концентрация ангиотензина I после инкубации образца при 4°C (нг/мл); АРП выражалась в нг ангиотензина I, освобождаемого 1 мл плазмы за 1 час инкубации (нг/мл/ч).

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программы «Биостат». После проверки выборок на нормальность распределения использовали параметрические (непарный критерий Стьюдента) и непараметрические (критерий Мана-Уитни) методы. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучена клиническая характеристика включенных в исследование больных АГ и здоровых лиц контроля (табл. 1). У больных АГ отмечено преобладание офисного систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). Кроме того, в опытной группе выявлено значимое повышение активности альдостерона плазмы и преобладание соотношения альдостерон/ренин. При этом ни у одного больного с АГ не было отмечено превышения соотношения КАП/АРП выше 50, который, по данным литерату-

ры, характерен для первичного альдостеронизма, вызванного альдостерон-секретирующей аденомой (синдрома Конна). Далее пациентов с АГ разделили на 2 группы. В I включили 58 больных с нормальным уровнем альдостерона (<12 нг/дл) и соотношением КАП/АРП (<25), во II – 22 пациента с превышением нормальных значений альдостерона и КАП/АРП.

Проанализированы показатели ремоделирования сердца больных АГ (табл. 2). Сравнительный анализ позволил установить, что ни по одному из параметров морфофункционального состояния сердца и центральной гемодинамики больные АГ с повышенным уровнем КАП не отличаются от больных АГ, имеющих нормальный уровень альдостерона. Выявлены лишь значимые различия ряда временных и скоростных параметров, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ в группах больных АГ. Время изоволюмического расслабления было существенно выше во II подгруппе больных АГ. При сходных значениях пиковой скорости раннего наполнения в обеих подгруппах у больных АГ с повышением КАП наблюдалась достоверно более высокая пиковая скорость предсердного наполнения, что сочеталось значимым снижением отношения E/A в этой подгруппе. Интегралы потоков раннего и позднего наполнения у пациентов исследуемых подгрупп достоверно не различались, статистически значимое различие отмечено при сравнении отношения интегральных величин (Ei/Ai).

Осуществлен сравнительный анализ по группам показателей сосудистого ремоделирования – толщины комплекса интима/медиа ОСА и сосудистой жесткости по величине СРПВ (табл. 3). Выявлено преобладание во II группе больных АГ СРПВ и модуля упругости в артериях эластического типа.

Следовательно, имеются различия параметров диастолической функции и сосудистой жесткости в группе больных АГ с повышенным

Таблица 1.

Клиническая характеристика здоровых лиц и больных АГ

Показатель	Контроль (n=15)	ЭАГ (n=80)	p
Возраст (г.)	49,5±1,8	52,7±2,6	0,6
Мужчины (абс., %)	7/46	35/44	
Индекс массы тела (кг/м ²)	26,8±2,04	28,77±1,17	0,49
Длительность АГ (г.)	-	10,2±1,19	
Исх. офисное САД (мм Hg)	124,4±1,48	175±3,26	<0,001
Исх. офисное ДАД (мм Hg)	85,5±1,74	98,5±2,52	0,03
Креатинин сыворотки (ммоль/л)	75,3±1,8	83,6±2,2	0,11
Калий сыворотки (ммоль/л)	4,0±0,8	4,3±1,1	0,907
КАП (нг/дл)	9,2±1,7	17,4±2,6	0,003
АРП (нг·мл·ч)	2,19±0,6	0,67±0,3	0,07
КАП/АРП	4,8±1,2	25,71±3,5	0,03

Таблица 2.
ЭХОкг и доплер ЭХОкг-показатели больных АГ с нормальным и повышенным уровнем КАП

Показатель	I группа	II группа	p
ТМЖП _д (см)	0,96 ± 0,01	0,95 ± 0,04	0,76
ТЗСЛЖ _д (см)	1,12 ± 0,01	1,14 ± 0,04	0,56
КДР (см)	5,4 ± 0,06	5,2 ± 0,15	0,15
КСР (см)	3,5 ± 0,06	3,34 ± 0,14	0,25
УО (мл)	91,1 ± 1,9	86,7 ± 2,4	0,212
МО (л/мин)	6,3 ± 0,15	6 ± 1,29	0,34
УИ (мл/ м ²)	48,6 ± 1,2	44,6 ± 2,3	0,12
ИММЛЖ (г/м ²)	132 ± 3,4	132 ± 14,5	1
ВИР (мс)	77,1 ± 1,61	111,5 ±	0,000
ВУРН/ВИР	1,12 ± 0,03	0,68 ± 0,04	0,002
ВИР (мс)	108,5 ± 1,61	118,5 ± 2,19	0,012
ВУРН/ВИР	0,66 ± 0,02	0,59 ± 0,04	0,137
Е (см/с)	60,4 ± 1,6	58,3 ± 2,4	0,595
А (см/с)	58 ± 1,23	67,3 ± 2,43	0,009
Е/А	1,17 ± 0,03	0,93 ± 0,04	0,009
Еi (см)	6,06 ± 0,21	5,9 ± 0,29	0,745
Аi (см)	3,7 ± 0,13	4,4 ± 0,25	0,062
Еi/ Аi	1,76 ± 0,07	1,4 ± 0,08	0,039

Таблица 3.
Показатели сосудистого ремоделирования у пациентов с АГ с нормальным и повышенным содержанием альдостерона

Показатель	I группа	II группа	p
ТИМ ОСА (см)	0,07 ± 0,0	0,081 ± 0,0	0,77
СРПВэ (см/с)	7,3 ± 0,63	9,58 ± 0,96	0,05
СРПВм (см/с)	7,47 ± 1,2	8,56 ± 1,55	0,31
Еэ	6,25 ± 0,5	7,74 ± 0,97	0,03
Ем	8,3 ± 1,78	10,4 ± 3,45	0,56
СРПВм/СРПВэ	0,97 ± 0,1	1,0 ± 0,14	0,913

уровнем альдостерона плазмы либо преобладающим соотношением альдостерон/ренин плазмы в сравнении с пациентами с нормальными значениями этих показателей. Полученные данные могут свидетельствовать о влиянии повышенного синтеза альдостерона на структурно-функциональное состояние миокарда и сосудистой стенки у больных.

Таким образом, изменение метаболизма альдостерона играет важную роль в поражении миокарда и кровеносных сосудов при АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Применение спиронолактона и индапамида при лечении низкорениновой артериальной гипертонии /А. Науджюнас, Г. Багдонас, Л. Янкаускаене, Г. Казанавичус //Терапевт. арх. – 2006. – Т. 78, №2. – С. 61 –64.
2. Чихладзе Н. М. Симптоматические артериальные гипертонии. Диагностика и лечение. Часть 4. Эндокринные артериальные гипертонии /Н. М. Чихладзе, И. Е.Чазова //Артериальная гипертония. – 2006. – Т. 1, №4. – С. 14 – 17.
3. Aldosterone and vascular damage /D. Duprez, M. De Buyzere, E. R. Rietzschel et al. //Curr. Hypertens. Rep. – 2000. – V. 2. – P. 327 – 334.
4. Association between circulating components of the rennin-angiotensine-aldosterone system and left ventricular mass /H. Schunkert, H. W. Hense, J. Danser et al. //Br Heart J. – 1997. – V. 77. – P. 24 – 31.
5. Booth E. Aldosterone /E. Booth, J. P. Johnson, J. D. Stockand //Adv. Physiol. Educ. – 2002. – V. 26. – P. 8 – 23.
6. Devereux R. B. Echocardiographic determination of left ventricular mass: anatomic validation of the method /R. B. Devereux, N. Reichek // Circulation. – 1977. – V. 55. – P. 613 – 618.
7. Ernesto L. Schiffrin. Effects of Aldosterone on the Vasculature //Hypertension. 2006. – V. 47. – P. 312 – 316.
8. Fuller P. J. Young Mechanisms of mineralocorticoid action /P. J. Fuller, M. J. Young // Hypertension. – 2005. – V. 46. – P. 1227 – 1235.
9. Henry W. L. Report of the American Society of Echocardiography Committee on Nomenclature and Standarts in Two-dimensional Echocardiography //Circulation. – 1980. – V. 62. – P. 212 – 223.
10. Struthers A. D. Pathophysiology of aldosterone and its antagonists /Fundam. Clin. Pharmacol. – 2000. – V. 14. – P. 549 – 552.

Поступила 14.06.07

G.A. Dzhunusbekova

ALDOSTERONE ROLE IN THE REMODELING OF THE MYOCARDIUM AND ARTERY WALL IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

80 patients with essential hypertension were examined. Echocardiography, pulse wave velocity valuation in elastic and muscular vessels, the plasma aldosterone and renin levels by radioimmune analysis were studied. Distinction between parameters of diastolic function and vessel strict in group with hypertensive patients with increased aldosterone-to-renin ratio were revealed. According to receive facts we can edict the influence of plasma aldosterone levels in structural and functional condition of myocardium and artery wall in patients with arterial hypertension.

Г. А. Жүнісбекова

АРТЕРИАЛЬДІ ГИПЕРТОНИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ МИОКАРДПЕН ҚАН ТАМЫРЛАРЫНЫҢ РЕ-МОДЕЛЬДЕУІНДЕ АЛЬДОСТЕРОННЫҢ ҚЫЗМЕТІ

Эссенциальді артериальді гипертониямен 80 науқас тексерілді. Эхокардиографиялық, пульстік толқынның эластикалық және бұлшық ет типті тамырларда жайылу жылдамдығын бақылау, қан сарысуында альдостеронмен ренин деңгейін радиоиммунды анализ әдісімен анықтау зерттеулері жүргізілді. Альдостерон/ренин деңгейлері жоғары болған артериальді гипертониясы бар науқастарда диастолалық қызметпен тамырлық қатаңдық арасында айырмашылықтар анықталған. Тексеру нәтижесіндегі деректерден альдостеронның жоғарылаған синтезі артериальді гипертониясы бар науқастарда миокардпен қан тамыр қабырғасының құрылым құрылыс жағдайына әсер етуін көрсетеді.

А. М. Жусупова, Т. П. Пак

КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕРРОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ САЛСОКОЛЛИНА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Кафедра внутренних болезней ФПО и НПУ
Карагандинской государственной медицинской академии

Нарушение кислородного гомеостаза в организме, значительные метаболические нарушения в эритроцитах и кардиомиоцитах лежат в основе нарушения функции сердечной мышцы при железодефицитной анемии (ЖДА) [6]. Возникающий при дефиците железа энергетический дисбаланс приводит сердечно-сосудистую систему в состояние адаптации, в течение которой происходят функциональные, а позже органические диффузные изменения в миокарде, ведущие к гемодинамическим нарушениям и сердечной недостаточности [1, 3]. Экспериментальными исследованиями установлено, что нарушение структуры и функции сердца можно предупредить введением природных антиоксидантов [4]. Обоснована целесообразность включения в терапевтическую тактику лечения больных ЖДА помимо препаратов железа препаратов мембраностабилизирующего и мембранопротективного профиля [5]. Представляет интерес исследование гемодинамических параметров при ЖДА и возможностей применения отечественного препарата растительного происхождения «Салсоколлин» с антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами в лечении больных с этой патологией.

Целью работы явилась оценка эффективности ферротерапии с применением салсоколлина у больных железодефицитной анемией на основе изучения гемодинамических показателей. Исследование проведено в рамках программы клинических испытаний препарата после соответствующего утверждения Фармакологическим государственным комитетом РК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в гематологическом отделении ОКБ (г. Караганда) находились 58 женщин с ЖДА в возрасте от 20 до 74 лет. Со-

гласно классификации по возрастной периодизации, принятой на Международном симпозиуме геронтологов (Киев, 1972) [2], пациенты по возрасту были разделены на 3 группы. I группу составили 18 больных молодого возраста от 20 до 44 лет (средний возраст $34 \pm 6,9$ г.), II группу – 20 пациентов среднего возраста от 45 до 59 лет (средний возраст $50,8 \pm 3,4$ г.), III группу – 20 больных пожилого возраста от 60 до 74 лет (средний возраст $65,1 \pm 2,8$ г.). В I группе преобладал удельный вес больных с давностью ЖДА до 1 г. (33,3%), во II группе – от 1 до 3 лет (40,0%), в III группе – от 4 до 6 лет (45,0%).

Верификация диагноза ЖДА основывалась на данных общепринятых унифицированных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Средний уровень гемоглобина составил в I группе $77,3 \pm 4,6$ г/л, во II группе – $76,6 \pm 4,6$ г/л, в III – $78,7 \pm 3,0$ г/л. Основными в структуре ЖДА являлись постгеморрагические анемии, обусловленные мено- и метроррагиями, кровопотерями из желудочно-кишечного тракта (83,3% в I группе, 80,0% – во II группе, 75% – в III).

Электрокардиография проведена по общепринятой методике в 12 стандартных отведениях с использованием шестиканального аппарата «Cardimax» (Япония). Показатели гемодинамики и сократительной способности миокарда оценивали по данным эхокардиографии, которая проводилась на аппарате «Aloka 5000» (Япония). Применяли одномерный (M-режим) и двухмерный доплероэхокардиографический (D-режим) режимы с использованием верхушечного доступа в четырехкамерной проекции сердца. Эхокардиографические показатели получали и рассчитывали по стандартным общепринятым методикам.

Критериями отбора для включения больных в исследование являлись верифицированный диагноз, согласие пациента, отсутствие противопоказаний к назначению препаратов железа и явлений застойной сердечной недостаточности.

Все обследуемые получали традиционное лечение ЖДА, которое включало в себя диету №15; сорбифер-дурулес по 1 таблетке 2 раза в сут). Дополнительно был назначен салсоколлин в дозе 400 мг в сут в течение 20 сут.

Клинические осмотры и изучение гемодинамических показателей проведены в двух регистрирующих точках: до лечения при диагностике

процесса и через 21 сут по окончании курса терапии.

Первая контрольная группа была представлена 30 практически здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту (средний возраст $48,4 \pm 3,5$ г.) с исследованными больными молодого и среднего возраста. Вторую контрольную группу составили 30 женщин без анемии (средний возраст $62,4 \pm 3,6$ г.), сопоставимых по возрасту с исследуемыми больными пожилого возраста с ЖДА.

Данные обрабатывали по принципу модели нормального распределения с использованием критерия Стьюдента (t), рассчитывали среднее арифметическое значение (M), его ошибку (m), достоверность (p).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая картина ЖДА у обследованных больных складывалась из симптомов циркуляторно-гипоксического, сидеропенического и астеновегетативного синдромов. В ходе исследования установлено, что кардиальные проявления наблюдались у большинства больных пожилого возраста. Так, среди пациентов в анализируемых группах боли в области сердца обнаружены у 4 (22,2%), 8 (40%) и 18 (90%) больных, сердцебиение отмечали 3 (16,7%), 12 (60%) и 17 (85%) обследованных, гипотония выявлена у 7 (38,9%), 12 (60%) и 10 (50%) женщин. Отдельные признаки сердечной недостаточности в виде одышки при физической нагрузке наблюдались у 6 (33,3%), 13 (65%) и 19 (95%) больных, тахикардия зафиксирована у 2 (11,1%), 10 (50%) и 17 (85%) женщин. Расширение границ относительной сердечной тупости влево, систолический шум на верхушке и в точке Боткина обнаружены у 7 (38,9%), 11 (55%) и 17 (85%) находившихся под наблюдением.

Лишь у 6 (10,3%) больных не зарегистрировано патологических изменений на электрокардиограмме. Согласно полученным анамнестическим сведениям это были лица молодого возраста с впервые выявленной анемией и продолжительностью заболевания до 1 года. В группах больных среднего и пожилого возраста изменения на электрокардиограмме обнаружены в 100% случаев. У большинства (81%) женщин (55,6% больных молодого возраста, 75% больных возрастной категории 45-59 лет, 100% больных пожилого возраста) выявлены дистрофические диффузные изменения в миокарде, характеризующиеся снижением вольтажа зубцов Q, R, S и их деформацией, в основном в стандартных отведениях, и изменением в конечной части желудочкового комплекса ST-T в виде горизонтального снижения ST в стандартных отведениях и в отведениях V1-3, V5-6 в сочетании со снижением зубца T более 2,5 мм и/или его двухфазностью и уплощением. У 40 (68,9%) больных выявлены нарушения ритма и проводимости. Так, в исследуемых возрастных группах синусовая тахикардия выявлена у 2 (11,1%), 10 (50%) и 17 (85%) находившихся под наблюдением. Неполная внутрижелудочковая блокада обнаружена у 4 (20%) пациенток среднего возраста и 7 (35%) пожилых больных, атриовентрикулярная блокада I степени, предсердные и желудочковые экстрасистолы у 1 (5%) и 2 (10%) больных соответственно. У 21 (36,2%) пациентки выявлена гипертрофия левого желудочка.

Анализ показателей ЭхоКГ больных железодефицитной анемией молодого и среднего возраста до лечения (табл. 1) показал, что данные конечно-систолического и конечно-диастолического размера сердца в группе больных ЖДА были достоверно повышены на 22,1% и 17,8%

Таблица 1.

Показатели кардиогемодинамики у больных ЖДА молодого и среднего возраста на фоне терапии по данным эхокардиографии

Показатель	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=38)	После лечения (n=38)
КСР (мм)	33,1±0,17	40,4±0,2*	39,8±0,24
КДР (мм)	50,3±0,1	59,3±0,22*	58,8±0,3
КСО (мл)	44±0,4	59±1,2*	55,4±1,3
КДО (мл)	110±1,3	147,3±2,6*	139,4±2,8
ТЗСЛЖд (мм)	7,8±0,05	10,2±0,1	10,2±0,01
ТМЖПд (мм)	8,6±0,03	12±0,1*	11,6±0,2
УО (мл)	66±1,5	88,4±1,6*	84±1,8
ФВ (%)	62±0,03	60±0,1*	60,4±0,2
МО (л/мин)	5,3±0,45	6,9±0,3*	6±0,4
ММЛЖ (г)	168,2±1,7	176,3±1,4*	175±1,2
ИММЛЖ (г/мл)	85±0,9	91±0,6*	89,2±0,3

* p<0,05 по сравнению с контролем; # p<0,05 между показателями до и после лечения

($p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем. Данные конечно-систолического объема и конечно-диастолического объема в группе наблюдения также были достоверно выше в сравнении с контрольной группой на 34,1% и 33,9% ($p < 0,001$). Показатели толщины межжелудочковой перегородки (МЖП), ударный объем и минутный объем были достоверно выше у исследуемых больных ЖДА по сравнению с данными у лиц контрольной группы на 39,5% ($p < 0,001$), 33,9% и 30,2% соответственно ($p < 0,001$ и $p < 0,01$). Масса миокарда левого желудочка была достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной на 4,8% ($p < 0,001$); индекс массы миокарда левого желудочка – на 7,1% ($p < 0,001$).

Анализ показателей ЭхоКГ больных ЖДА пожилого возраста (табл. 2) показал высокодостоверное повышение конечно-систолического размера и конечно-диастолического размера сердца в группе больных ЖДА на 23,1% и 19,9% ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем. Данные конечно-систолического объема и конечно-диастолического объема в группе наблюдения также были достоверно выше по сравнению с контрольной группой на 46,2% и 40,6% ($p < 0,001$). Показатели толщины задней стенки левого желудочка и толщины межжелудочковой перегородки были достоверно выше у исследуемых больных ЖДА по сравнению с контрольной группой на 11,3% и 27,2% ($p < 0,001$) соответственно. Ударный объем и минутный объем были достоверно выше в группе наблюдения, чем в контрольной группе, на 35,3% и 28,6% соответственно ($p < 0,001$ и $p < 0,05$). Масса миокарда левого желудочка была достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной группой на 5,2% ($p < 0,001$); индекс массы миокарда левого желудочка – на 8,4% ($p < 0,001$).

Таким образом, увеличение у больных ЖДА конечно-систолического размера, конечно-диастолического размера, конечно-систолического объема и конечно-диастолического объема указывало на объемную перегрузку левых отделов сердца. Достоверное увеличение показателя толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка свидетельствовало о гипертрофии миокарда ЛЖ и МЖП, возникшей вследствие длительных объемных перегрузок. Показатели массы миокарда левого желудочка и индекса массы миокарда левого желудочка подтвердили гипертрофию левого желудочка у исследуемых больных ЖДА.

При доплерэхокардиографическом исследовании у больных ЖДА молодого и среднего возраста (табл. 3) отмечалась тенденция к снижению скорости в первую фазу быстрого диастолического наполнения, которая отражает пик E (7,4%), относительное повышение третьей фазы позднего диастолического наполнения – пик A (37,8%). Регистрировалось уменьшение отношения E/A до $1,1 \pm 0,03$ (47,3%), увеличение времени изоволюмического расслабления левого желудочка до $91 \pm 0,01$ мс (22,9%).

При изучении у пациентов пожилого возраста с ЖДА функции расслабления сердца (табл. 4) выявлены однотипные изменения диастолического профиля его наполнения, которые проявились в увеличении скорости предсердного наполнения на 20,7%, снижении скорости раннего наполнения на 5,1%, уменьшении E/A до $0,84 \pm 0,03$ (30,9%), увеличении фазы изоволюмического расслабления до $112 \pm 0,1$ мс (21,7%), что указывало на наличие диастолической дисфункции миокарда левого желудочка.

Клиническое обследование больных ЖДА по окончании 3-недельного курса ферротерапии в комплексе с салсоколином показало достоверное улучшение самочувствия, выражающееся в

Таблица 2.

Показатели кардиогемодинамики у больных ЖДА пожилого возраста на фоне терапии по данным эхокардиографии

Показатель	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=20)	После лечения (n=20)
КСР (мм)	34,6±0,18	42,6±0,2*	42,1±0,2
КДР (мм)	51,2±0,12	61,4±0,2*	61±0,18
КСО (мл)	44,8±0,04	65,5±0,9*	62,7±1,1
КДО (мл)	112±1,3	157,5±2,2*	151±2,2
ТЗСЛЖд (мм)	10,6±0,05	11,8±0,03*	11,8±0,04
ТМЖПд (мм)	10,3±0,03	13,1±0,2*	12,8±0,1
УО (мл)	68±1,5	92±1,4*	88,3±1,7
ФВ (%)	60±0,03	58,4±0,04*	58,5±0,06
МО (л/мин)	5,6±0,45	7,2±0,3*	6,6±0,4
ММЛЖ (г)	170,4±1,7	179,3±1,6*	179±1,4
ИММЛЖ (г/мл)	86,2±0,9	93,4±0,6*	92±0,7

* $p < 0,05$ по сравнению с контролем ; # $p < 0,05$ между показателями до и после лечения

Таблица 3.
Показатели диастолической функции миокарда у больных ЖДА молодого и среднего возраста на фоне терапии

Показатель	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=38)	После лечения (n=38)
EMK (м/с)	0,73±0,02	0,68±0,04	0,69±0,02
AMK (м/с)	0,45±0,01	0,62±0,02*	0,55±0,02#
E/A	1,62±0,02	1,1±0,03*	1,25±0,04#
IVPT (мс)	74±0,03	91±0,01*	84±0,02#

* p<0,001 по сравнению с контролем; # p<0,05 между показателями до лечения и после лечения

Таблица 4.
Показатели диастолической функции миокарда у больных ЖДА пожилого возраста на фоне терапии

Показатель	Контрольная группа (n=30)	До лечения (n=20)	После лечения (n=20)
EMK (м/с)	0,62±0,02	0,59±0,03	0,6±0,04
AMK (м/с)	0,58±0,01	0,70±0,02*	0,64±0,02#
E/A	1,1±0,01	0,84±0,03	0,91±0,02
IVPT (мс)	92±0,04	112±0,01*	98±0,03

* p<0,001 по сравнению с контролем; # p<0,05 между показателями до и после лечения

исчезновении болей в области сердца, сердцебиения, уменьшении одышки при физической нагрузке, стабилизации АД. Переносимость препарата была удовлетворительной, без аллергических реакций.

Исследуя изменения показателей кардиогемодинамики к 21 сут терапии, отмечено, что у пациентов трех возрастных групп (табл. 1, 2) наблюдается тенденция к снижению показателей КСР на 1,5% и 1,2%, КДР – на 1,02% и 0,7%, КСО – на 6,5% и 4,5%, КДО – на 5,7% и 4,3%, УО – на 5,2 и 4,2%, МО – на 15% и 9,1%, ТМЖП – на 3,4% и 2,5%, ММЛЖ – на 0,7% и 0,2%, увеличение ФВ на 0,6% и 0,2% соответственно по сравнению с предыдущим этапом исследования. Ферротерапия с применением салсоколлина у больных молодого и среднего возраста с ЖДА сопровождается положительными изменениями показателей расслабления левого желудочка (табл. 3, 4). Выявлено достоверное повышение скорости наполнения в систолу предсердий – пика А на 12,7% и 9,4%, увеличение отношения E/A на 13,6% и 8,3%, уменьшение времени изоволюмического расслабления на 8,3% и 14,3%.

ВЫВОДЫ

1. Ферротерапия с применением салсоколлина улучшает клиническое состояние пациен-

тов. 2. Применение салсоколлина в комплексе с препаратами железа оказывает положительное влияние на сократительную способность миокарда и нарушенную диастолическую функцию левого желудочка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухаловский И. Н. Клиническое значение дефицита железа /И. Н. Бухаловский, В. Н. Петров //Терапевт. арх – 1983. – №5. – С. 12 – 19.
2. Коркушко О. В. Гериатрия в терапевтической практике /О. В. Коркушко, Д. Ф. Чеботарев, Е. Г. Калиновская. – Киев: Здоровье, 1993. – 839 с.
3. Меерсон Ф. З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.
4. Свободнорадикальные перекисные механизмы патогенеза ишемии и инфаркта миокарда и их фармакологическая регуляция /А. Х. Коган, А. Н. Кудрин, Л. В. Кактурский и др. //Патол. физиология и эксперим. терапия. – 1992. – №2. – С. 5 – 15.
5. Состояние окислительного метаболизма при железodefицитных анемиях /Т. З. Сейсембеков, Л. Е. Муравлева, А. Х. Альмухамедова, Ж. А. Каузбаев //Клиницист. – 1997. – №1. – С. 70 – 74.
6. Carmel R. Anemia and aging: an overview of clinical, diagnostic and biological issues //Blood Rev.

A. M. Zhusupova, T. P. Pak

CLINICAL HEMATOLOGICAL EFFECT OF FERRO THERAPY WITH SALSOCOLLINE USE IN PATIENTS WITH IRON-DEFICIENCY ANEMIA

Estimation of effectiveness of Ferro therapy with salsocolline administration at 58 patients with iron-deficiency anemia was made. Ferro therapy with salsocolline administration improves the clinical condition of the patients, has positive influence on contractive ability of myocardium and pathological diastolic function of left ventricle.

А. М. Жүсіпова, Т. П. Пак

ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯМЕН НАУҚАСТАРДА САЛСОКОЛЛИН ҚОЛДАНЫЛҒАН ФЕРРОТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ НӘТИЖЕСІ

Гемодинамикалық көрсеткіштерді зерттеу негізінде теміртапшылық анемиямен 58 науқаста салсоколлин қолданылған ферротерапияның нәтижелігін бағалау жүргізілді. Салсоколлин қолданылған ферротерапия науқастардың клиникалық жағдайын жақсартады, миокардтың жиырылу қабылетіне және сол қарыншаның диастолалық қызметі бұзылуына оң әсер етеді.

**Д. А. Кайбуллаева, М. Д. Мукашева,
Е. С. Утеулиев**

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК (Алматы), ГП №1 (Уральск)

Язвенный колит (ЯК) – одна из актуальнейших проблем современной гастроэнтерологии, важность которой для практического здравоохранения определяется ее медико-биологическим и социальным аспектами. Врачи всех специальностей сталкиваются с большими сложностями при диагностике этого нередко встречающегося заболевания, особенно когда в его дебюте наблюдаются неспецифические внекишечные проявления.

Одной из характерных черт ЯК является частота разнообразных осложнений (от 60 до 100%) [2, 4, 5]. Различают две группы осложнений – общие и местные. Системные проявления ЯК в значительной мере отражают состояние иммунологической реактивности организма, в их генезе большое значение придают аутоиммунным механизмам.

Одним из наиболее важных и перспективных исследовательских направлений является изучение продукции цитокинов при ВЗК и выяснение их роли в развитии воспаления [4, 6, 8]. Получены данные об участии интерлейкинов (IL-1, IL-2, IL-4, IL-8), ФНО- α и γ -интерферона в развитии не только локального процесса, но и общих воспалительных реакций – эндотоксемии, лихорадки, синтеза острофазовых белков в период атаки [1, 5, 6, 7]. Наличие этих активированных клеток объясняется извращенным иммунным ответом на избыточную стимуляцию чужеродными антигенами [3, 5].

Цель исследования – сравнительное определение концентрации различных подклассов

цитокинов в крови у больных ЯК неосложненного течения и у больных ЯК с патологией печени и внепеченочных желчных протоков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 48 человек, из них в контрольную группу вошли 15 здоровых лиц; в основную – 33 больных ЯК, из которых 18 больных ЯК неосложненного течения и 9 больных ЯК с поражением печени и внепеченочных желчных протоков. Изучена клиническая характеристика исследуемых групп (табл. 1). Верификация диагноза ЯК проводилась гистологически. У пациентов III группы наблюдения диагноз основывался на клиническом анамнезе, объективном статусе, а также данных УЗИ, рентгенографии и биохимических данных.

В исследование не включались больные с инфекционным и ишемическим колитом, а также с синдромом раздраженного кишечника.

Объектом исследования являлась сыворотка крови. Забор крови осуществляли в 9 ч натощак, пробы помещали на лед, затем центрифугировали при 3000 об/мин в течение 10 мин, отбирали сыворотку, которую использовали в последующих экспериментах. Определение содержания TNF α , IL-4 и IL-6 в сыворотке крови проводили твердофазным иммуноферментным методом с использованием диагностических тест-систем ООО «Вектор-Бэст» (Москва).

Среди поражений печени и внепеченочных желчных протоков часто встречается первичный склерозирующий холангит (20% случаев), стеатоз печени (33%), реже обнаруживают хронический гепатит и цирроз печени (около 10%). Нарушение обмена холестерина, желчных кислот, фосфолипидов способствует возникновению желчнокаменной болезни, наблюдающейся в 50%.

Статистический анализ проводили при помощи программы медико-биологической статистики «Statistika 6.0», включая параметрические и непараметрические методы (коэффициент корреляции Спирмена, критерий Манна-Уитни). Данные представлены в виде средних \pm стандартные отклонения ($M \pm SD$). До-

Таблица 1.

Клиническая характеристика лиц, включенных в исследование

Критерий	Здоровые лица (n=15)	Больные ЯК неосложненного течения (n=18)	Больные ЯК с поражением печени (n=9)
Возраст (г.)	46,9±7,96	48,8±8,26	44,9±9,01
Мужчины (%)	7/50	10/55	8/53
Длительность ЯК (г.)	–	8,4±4,42	10,2±4,77
Жители города (%)	78	68	72
Поражение кишечника:			
Тотальный колит		6 (33,3%)	5 (55,5%)
Левосторонний колит		8 (44,4%)	2 (22,2%)
Дистальный колит		4 (22,2%)	2 (22,2%)

стоверными считали различия показателей при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Определены среднестатистические показатели концентраций TNF α , IL-4 и IL-8 в крови у больных ЯК неосложненного течения, больных ЯК с поражением печени и у лиц контрольной группы (табл. 2).

Средние значения концентраций TNF α и IL-8 в крови у больных ЯК с внекишечными проявлениями были достоверно выше по сравнению с показателями как контрольной, так и группы больных ЯК неосложненного течения, при этом статистически значимых различий концентрации противовоспалительных цитокинов в опытных группах не установлено. Отсутствуют достоверные различия между средними значениями продукции противовоспалительных цитокинов у больных ЯК неосложненного течения по сравнению со здоровыми лицами.

В настоящей работе проведено сравнительное определение TNF α , IL-4 и IL-8 в крови больных ЯК с отсутствием поражения внекишечных органов-мишеней и пациентов, имеющих патологию других органов и систем на фоне ЯК.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения цитокинового профиля у больных ЯК, не исключено, что инициированный иммунный ответ при воспалительных заболеваниях кишечника запускает си-

стемное повышение таких цитокинов, как фактор некроза опухолей, интерлейкинов, хемокинов, генерируя тем самым дальнейшее повреждение кишечника, развитие кишечных и внекишечных осложнений, ухудшая прогноз.

ВЫВОДЫ

1. У больных ЯК с развитием внекишечных проявлений наблюдается достоверное повышение провоспалительных цитокинов TNF α и IL-8.

2. Результаты исследования доказывают необходимость поиска путей адекватной терапевтической коррекции, направленной на нормализацию воспалительного иммунного ответа организма на уровне экспрессии цитокинов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Е. А. Иммунные механизмы при воспалительных заболеваниях кишечника и принципы селективной иммунокоррекции // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – №2. – С. 18 – 23.
2. Логинов А. С. Болезни кишечника /А. С. Логинов, А. И. Парфенов. – М.: Медицина, 2000. – 323 с.
3. Парфенов А. И. Проблемы патогенеза, диагностики, фармакотерапии воспалительных заболеваний кишечника. – М.: Анахарсис, 2005. – 290 с.
4. Парфенов А. И. Системные проявления болезней кишечника /Клинич. медицина. – 2001. – №4. – С. 10 – 16.

Таблица 2.

Концентрация цитокинов в крови у лиц контрольной группы и у больных ЯК

Показатель (пг/мл)	Контрольная группа (n=15)	Больные ЯК неосложненного течения (n=18)	Больные ЯК с поражением печени и внепеченочных желчных протоков (n=9)
TNF α	2,8±0,8	6,4±1,8	13,8±2,1**
IL-4	22,4±10,2	26,8±8,8	31,8±9,6
IL-8	8,5±3,4	9,6±2,8	15,4±4,2**

** $p < 0,05$, различия с показателями I и II групп статистически не значимы, при сравнении использован дисперсионный анализ и критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони

5. Халиф И. Л. ВЗК. Клиника, диагностика, лечение //И. Л. Халиф, И. Д. Лоранская. – М.: Миклош, 2004. – С. 29 – 31.
6. Dinarello C. A. Biologic basis for interleukin-1 in disease //Blood. – 1996. – V. 87. – P. 2095 – 2147.
7. Camoglio L. Altered expression of IFN- γ and interleukin 4 in inflammatory bowel disease //L. Ca-

moglio, A. Te-Velde //Inflammatory bowel disease. – 1998. – V. 4. – P. 285 – 290.

8. Carol M. Spontaneous secretion of interferon gamma and interleukin 4 by human interaepitelial and lamina propria gut lymphocytes //Gut. – 1998. – V. 42. – P. 643 – 649.

Поступила 14.06.07

D. A. Kaibullaeva, M. D. Mukasheva, Ye. S. Uteuliev DISTURBERS OF LIVER AND EXTRA LIVER BILE DUCT'S IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

The results of comparative definition of concentration cytokines in blood of the patients with in patients with ulcerative colitis who have disturbers of liver and extra liver bile duct's. The authentic increase of a level TNF α and IL-8 in researched group is established.

Д. А. Қайбұллаева, М. Д. Мұқашева, Е. С. Өтеулиев ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ КОЛИТІ БАР НАУҚАСТАРДА БАУЫР МЕН БАУЫР – СЫРТЫНДАҒЫ ӨТ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ

Баыры және бауыр сыртындағы өт жолдары қоса зақымдалған ойық жаралы колиті бар науқастардың қанындағы цитокиндердің салыстырмалы анықтаудың нәтижелері көрсетілген. Зерттелуші топта TNF α және IL-8 деңгейінің жоғарылағаны анықталған.

М. К. Тундыбаева

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИИ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Отдел артериальной гипертонии, миологии и сердечной недостаточности НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК (Алматы)

Сосудистые поражения головного мозга – одно из частых и грозных осложнений артериальной гипертонии. При этом актуальным является вопрос доинсультной патологии головного мозга, ранних и начальных форм цереброваскулярных заболеваний, когда патологические процессы еще обратимы, а патогенетически обоснованные лечебно-профилактические мероприятия позволят снизить риск возникновения мозгового инсульта [1]. Согласно современным взглядам на сосудисто-мозговую недостаточность, начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) рассматриваются как ранняя форма церебральной дисциркуляции, заслуживающая особо пристального внимания специалистов, поскольку, по данным проспективных исследований, адекватная терапия и выполнение врачебных рекомендаций у пациентов с НПНКМ позволяют снизить риск преходящих нарушений мозгового кровообращения в 2,6, а мозгового инсульта – в 3,5 раза [1, 2]. Однако многие патогенетические аспекты цереброваскулярной патологии относительно мало изучены. В частности, неопределенны пусковые механизмы развития дисрегуляции церебральных сосудов, нейрогуморальные, гемодинамические, реологические и

коагулопатические детерминанты развития НПНКМ.

Целью исследования явилось определение вазомоторной функции эндотелия как механизма регуляции тонуса сосудов у больных артериальной гипертонией (АГ) с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

I группу находящихся под наблюдением составили 20 здоровых добровольцев, II группу – 44 больных АГ II-III степени среднего и высокого риска (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 г.) без клинико-инструментальных признаков НПНКМ, III группу – 38 больных АГ II-III степени среднего и высокого риска с НПНКМ. Обследование пациентов включало в себя исследование соматического, когнитивного и ангиологического статуса. Критериями включения больных в группу наблюдения были верификация АГ, возраст больных старше 18 лет, письменное добровольное согласие на участие в исследовании. Диагноз НПНКМ ставился в соответствии с клиническими критериями Е. В. Шмидта (НИИ неврологии РАМН, 1985 г.). В качестве критериев исключения были использованы выраженные личностные и когнитивные нарушения, указанные в анамнезе церебральные гипертонические кризы, острые нарушения мозгового кровообращения, синкопальные состояния, тромбоэмболические эпизоды, перенесенный инфаркт миокарда с зубцом Q, манифестированная сердечная недостаточность, атриовентрикулярная блокада II-III степени, фибрилляция предсердий, беременность, травмы головного мозга, инфекционные и тяжелые соматические заболевания. Изучена клиническая характеристика здоровых добровольцев и больных АГ (табл. 1).

Клиническая характеристика здоровых лиц и больных АГ

Критерий	I группа (здоровые лица, n=20)	II группа (больные АГ без ЦВЗ, n=44)	III группа (больные АГ с НПНКМ n=38)
Возраст (г.)	46,9±7,96	46,06±7,42	47,9±8,21
Мужчины (абс., %)	10/50	22/50	18/48
Длительность АГ (г.)	-	7,8 ±5,6	8,9±4,32
ИМТ (кг/м ²)	27,9±3,67	28,4±3,06	28,3±4,46
ИТБ	0,9±0,05	0,92±0,067	0,89±0,072
Исходное артериальное давление (мм Hg): Систолическое Диастолическое	118,6±9,49 76,1±6,26	158,4±11,24*** 88,9±6,95***	161,3±15,88*** 100±9,17***
ЧСС (уд./мин.)	71,3±3,56	71,5±3,29	76,8±10,32
Холестерин сыворотки (ммоль/л)	4,18±0,35	4,6±0,77	4,5±0,82
Глюкоза крови натощак (ммоль/л)	4,7±0,73	4,6±0,52	4,6±0,69

*** $p < 0,001$, при сравнении использован дисперсионный анализ и критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони

Группы исследования были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, ЧСС, т.е. по параметрам, способным влиять на вазомоторную функцию эндотелия. Исходные САД и ДАД были существенно выше у пациентов с АГ по сравнению со здоровыми лицами.

Для оценки вазоактивной функции эндотелия проводили пробу, предложенную D. Celermajer и соавт., с размещением манжеты на предплечье, дистальнее сканируемой плечевой артерии, классическую пробу с реактивной гиперемией и нитроглицериновую пробу [2, 5]. Изменение диаметра артерии осуществляли с помощью линейного датчика 7 МГц с фазированной решеткой ультразвуковой системы Toshiba Corevision (Япония). Плечевую артерию лоцировали на 3-15 см выше локтевого сгиба. Исследование проводили в триплексном режиме (В-режим, цветное доплеровское картирование потока, спектральный анализ доплеровского сдвига частот).

В В-режиме измеряли исходный диаметр плечевой артерии ($D_{исх}$), во время пробы с реактивной гиперемией ($D_{РГ}$), после приема НТГ ($D_{НТГ}$). Метод D. Celermajer и соавт. заключается в непосредственном измерении диаметра артерий с использованием 2 точек, устанавливаемых ультразвуковым курсором, одна – на границе «адвентиция-медия» передней стенки артерии, другая – на границе «медия-адвентиция» задней стенки [6].

При исследовании в спектральном доплеровском режиме оценивали усредненную во времени максимальную линейную скорость кровотока (ЛСКПА) исходную, во время пробы с реактивной гиперемией (РГ) и после приема нитроглицерина (НТГ). Нормальной реакцией плечевой артерии условно принято считать ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Меньшая степень вазодилатации или вазоконстрикция считается патологической реакцией. Под дисфункцией

ей эндотелия понимается также такое его состояние, при котором расширение сосуда на реактивную гиперемию достоверно меньше, чем на прием нитратов [1].

Определение содержания эндотелина-1 осуществляли радиоиммунологическим методом с использованием набора «Endothelin-1,2 I-assay system» («Amersham», Англия). Результаты исследования оценивались с помощью программы «Statistica 6,0» (StatSoft, USA, 2001). Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, σ – стандартное отклонение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время не вызывает сомнений, что эндотелий сосудов – это активная метаболическая система, поддерживающая сосудистый гомеостаз путем осуществления важнейших функций, одна из которых – синтез молекулы оксида азота. Оксид азота является одним из мощных вазодилататоров, в том числе он опосредует сосудорасширяющие эффекты эндотелий-зависимых вазодилататоров (ацетилхолин, брадикинин, гистамин), тормозит образование эндотелиального сосудосуживающего фактора эндотелина-1 [5]. Изучены результаты определения ЭЗВЛ плечевой артерии (ПА) (табл. 2).

Сравнение показателей ЭЗВД плечевой артерии здоровых лиц и больных АГ без признаков цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ) выявило во II группе статистически значимое уменьшение степени дилатации плечевой артерии под действием эндотелий-зависимого стимула – реактивной гиперемии. При этом реакция плечевой артерии на эндотелий-независимый стимул НТГ не изменилась. Не обнаружено различий в скоростных показателях кровотока на эндотелии обеих групп.

Анализ показателей кровотока плечевой артерии у больных АГ с НПНКМ продемонстрировал преобладание исходных скоростных показателей и линейной скорости кровотока на фоне

Эндотелийзависимая вазодилатация в группах контроля и больных АГ

Показатель	I группа (n=13)	II группа (n=14)	III группа (n=52)	P ₁₋₂	P ₁₋₃
Д _{ИСХ} (см)	0,38±0,01	0,41±0,01	0,42±0,01	0,05	0,06
ЛСК _{ИСХ} (см/с)	17,67±0,52	18,71±1,66	21,9±0,93	0,605	0,032
Д _{РГ} (см)	0,41±0,01	0,43±0,01	0,438±0,01	0,531	0,388
ЛСК _{РГ} (см/с)	24,52±1,55	28,3±1,24	27,47±1,13	0,068	0,026
%Δ Д _{РГ}	13,28±1,74	8,16±1,27	6,3±1,11	0,023	0,005
Д _{НТГ} (см)	0,43±0,018	0,49±0,018	0,48±0,01	0,129	0,177
ЛСК _{НТГ} (см/с)	18,7±1,46	20,8±1,49	20,7±1,14	0,372	0,248
%Δ Д _{НТГ}	19,08±2,35	21,0±2,59	16,8±1,56	0,592	0,496

РГ, а также значимое снижение потокзависимой вазодилатации. Разницы в степени расширения артерии на фоне приема нитрата не отмечено.

Средние значения ЭТ-1 составили в группе контроля 8,25±1,06, во II группе – 9,82±1,22, в III – 10,3±1,44 пг/мл. При сравнении этих показателей не установлено статистически значимых различий уровня ЭТ-1 у больных АГ 1 и 2 групп в сопоставлении с контролем (рис. 1).

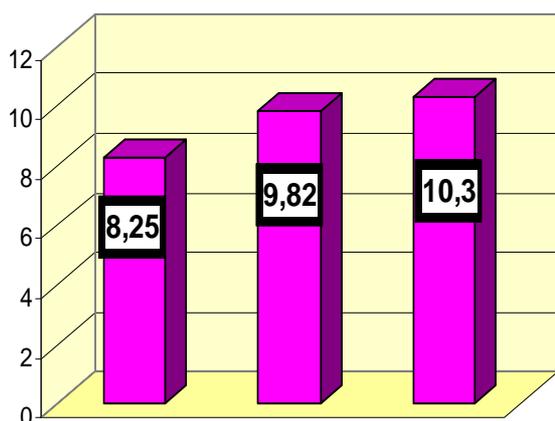


Рис. 1. Уровень эндотелина-1 плазмы крови в группах контроля и больных АГ

Результаты свидетельствуют о снижении эндотелийзависимой вазодилаторной реакции в целом у больных АГ, причем более выраженной у пациентов с начальными признаками недостаточности кровоснабжения головного мозга, при этом уровень самого мощного эндотелиального вазоконстриктора эндотелина-1 был сопоставим в опытных группах.

В последнее время изучение молекулярных основ функции эндотелия сосудов позволило расширить представление о клеточных механизмах хронических нарушений кровообращения в тканях мозга. В исследованиях Т. С. Мищенко и соавт., К. Е. Wiley у пациентов с хронической церебральной ишемией (гипертонической энцефалопатией I-II степени) установлена активация вазоконстрикторов (ЭТ-1, вазопрессин) и сниже-

ние уровня вазодилаторов (нитрита) в плазме крови [4, 8].

В работе предпринята попытка определения патогенетических механизмов развития начальных признаков недостаточности кровоснабжения мозга у больных АГ. Установлено, что начальная церебральная дисциркуляция сопровождается выраженным уменьшением эндотелийзависимой вазодилатации, опосредованной снижением синтеза оксида азота эндотелием сосудов, при этом уровень ЭТ-1 остается в пределах нормальных значений. Результатом нарушенной эндотелиальной функции мозговых сосудов является снижение церебрального резерва, неспособность сосудов к адекватному расширению при повышении потребности головного мозга в кислороде, играет значимую роль в возникновении и прогрессировании ишемии мозга с усилением окислительного стресса, повышением образования супероксидных радикалов, что, с одной стороны, еще более усугубляет эндотелиальную дисфункцию сосудов мозга (порочный круг), с другой – формирует клеточно-мембранную дисфункцию с инициацией нейрональной гибели с началом формирования синдрома диффузного повреждения головного мозга [7].

ВЫВОДЫ

1. У больных артериальной гипертензией с начальными признаками недостаточности кровоснабжения головного мозга отмечается нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, характеризующееся снижением реакции эндотелия на увеличение напряжения сдвига во время пробы с реактивной гиперемией.

2. У больных артериальной гипертензией с начальной церебральной дисциркуляцией при снижении эндотелийзависимой вазодилаторной реакции секреция эндотелина-1 сохраняется в пределах нормальных значений.

ЛИТЕРАТУРА

- Иванова О. В. Эндотелиальная дисфункция – важный этап развития атеросклеротического поражения сосудов /О. В. Иванова, Г. Н. Соболева, Ю. К. Карпов //Терапевт. арх. – 1997. – № 6. – С. 75 – 78.

2. Кузнецова С. М. Этиопатогенез инсульта. Клинические варианты //Doctor. – 2003. – №3. – С. 16 – 20.
3. Манвелов Л. С. О некоторых итогах изучения начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга. Клиническая медицина. – 1995. – №5. – С. 28 – 30.
4. Мищенко Т. С. Клинико-патогенетические особенности хронических ишемических нарушений мозгового кровообращения и программа реабилитации /Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, Т. В. Крыженко //Украинский вестник психоневрологии. – 2002. – №2. – С. 63 – 65.
5. Endothelium-dependent dilation in the systemic arteries of asymptomatic subjects relates to coronary risk factors and their interaction /D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, C. Bull et al. //J. Am. Coll. Cardiol. – 1994. – V. 24, P. 1468 – 1474.
6. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of arteriosclerosis /D. S. Celermajer, K. E. Sorensen, V. M. Gooch et al. // Lancet. – 1992. – V. 340. – P. 1111 – 1115.
7. Serum proteins modified by neutrophil-derived oxidants as mediators of neutrophil stimulation. / G. F. Kormoczi, U. M. Wolfel, A. R. Rosenkranz et al. //J. Immunol. – 2001. – V. 167, №1. – P. 451 – 460.
8. Wiley K. E. Nitric oxide-mediated modulation of the endothelin-1 signalling pathway in the human cardiovascular system. Br. /K. E. Wiley, A. P. Davenport //J. Pharmacol. – 2001. – V. 132. – №1. – P. 213 – 220.

Поступила 14.06.07

М. К. Tundybayeva

IMPORTANCE OF INFRINGEMENT VASOMOTOR OF FUNCTION ENDOTHELIUM IN DEVELOPMENT OF INITIAL DISPLAYS CEREBRAL DYSIRCULATION AT THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

The aim to define of the functional condition of endothelium at the patients with arterial hypertension with initial displays of insufficiency bloodstream of a brain. In patients with arterial hypertension with initial attributes of insufficiency bloodstream of a head brain it is marked endothelial dysfunction: infringement of the endothelium-dependent dilation at preservation of a normal level endothelin-1.

М. К. Тұндыбаева

АРТЕРИАЛЫҚ ҚАН ҚЫСЫМЫ ЖОҒАРЫ АУРУЛАРДЫҢ МИДАҒЫ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ҚАН АЙНАЛЫМЫ БҰЗЫЛУЫ ДАМУЫНЫҢ АЛҒАШҚЫ САТЫЛАРЫНДАҒЫ ЭНДОТЕЛИЯНЫҢ ҚАН АЙНАЛЫМЫ ҚЫЗМЕТІНЕ НҰҚСАН КЕЛУІНІҢ МӘНІ

Мидағы қан айналымы жетіспеушілігі бастапқы белгілері бар артериалық қан қысымы жоғары аурулардың эндотелиінің қан айналымы қызметі жағдайын анықтау. Ми қан айналымы жеткіліксіздігінің бастапқы белгілері бар артериалық қан қысымы жоғары аурулардың эндотелия қызметі бұзылғаны белгіленді: эндотелин деңгейінің қалпы сақтала тұрып эндотелиге тәуелді қан тамырларының кеңеюі.

**А. М. Букенов, В. С. Перминов,
Л. Н. Рубцова, А. В. Ким**

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОПУХОЛИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Карагандинский областной онкологический центр

При лечении рака легкого имеет значение не только степень распространенности опухолевого процесса, но биологическая активность опухоли и степень ее дифференцировки. Для определения степени дифференцировки опухоли и ее биологической активности применяется гистологическое и иммуногистохимическое исследование (ИГХ), которое является более современным и перспективным.

При анализе опухолей легких в повседневной работе патолога при ИГХ исследовании используются антитела к цитокератинам (ЦКР), эмбриональным мембранным антигенам (ЭМА), раково-эмбриональным антигенам (РЭА), нейро-

эндокринным антигенам. Антитела к широкому спектру цитокератинов и ЭМА выявляются практически во всех раковых опухолях легкого. Антитела к ЦКР ярко окрашивают высокодифференцированный плоскоклеточный рак и значительно слабее – низкодифференцированный [1, 2]. Цитокератины плоских эпителиев в аденокарциномах выявляются только очагово. Антитела к цитокератинам «простых» эпителиев № 7, 8, 18, 19 интенсивно связываются с аденокарциномами легкого и менее ярко – с плоскоклеточным раком и карциномами. Виментин в злокачественных опухолях легкого, как правило, не выявляется. При плоскоклеточном веретенноклеточном раке отмечается коэкспрессия цитокератинов и виментина, причем в ряде опухолей отмечается преобладание экспрессии виментина [3].

Если в плоскоклеточном раке антитела к компонентам базальной мембраны окрашивают базальную мембрану опухолевых гнезд непрерывной линией, то такие опухоли являются высокодифференцированными и менее агрессивными, чем рак с разрушенной базальной мембраной.

По последним литературным данным, экспрессия p53 является фактором прогноза 5-летней безрецидивной выживаемости больных мелкоклеточным раком легкого [1, 2].

Бронхиолоальвеолярный рак позитивен на ЦКР № 7, 8, 18, 19, РЭА, ЭМА и эпителиальный антиген ВЕР-EP4, в то время как реакция на виментин всегда негативная.

Нейроэндокринные опухоли легкого на основе их морфологии и иммуногистохимических характеристик принято делить на 4 типа: типичный карциноид, атипичный карциноид, мелкоклеточный рак и крупноклеточный нейроэндокринный рак. До 80% всех этих новообразований реагирует с антителами к цитокератинам простых эпителиев. Около 50% карциноидов может давать негативную реакцию с панцитокератиновыми антителами различных клонов, в то время как мелкоклеточный рак окрашивается на эти маркеры всегда. По наблюдениям ряда авторов [1, 2], до 80% мелкоклеточного рака дает негативную реакцию на цитокератины 7 и 20.

Крупноклеточный нейроэндокринный рак отличается постоянной экспрессией цитокератинов, РЭА, высокой частотой окрашивания на нейрон-специфическую энолазу (NCE), хромогранина А, CD 56. С частотой менее 40% выявляются синаптофизин, аденокортикотропный гормон (АКТГ), кальцитонин.

Необходимо отметить, что до 30% первичного плоскоклеточного рака, аденокарцином и крупноклеточного рака легкого могут с различной интенсивностью экспрессировать.

До 50% крупноклеточного недифференцированного рака и низкодифференцированных аденокарцином легкого дают гетерогенную ко-экспрессию цитокератинов и виментина, а также содержат группы клеток, реагирующих с антителами к нейроэндокринным антигенам. Некоторые авторы предлагают называть такие новообразования крупноклеточным нейроэндокринным раком и для выявления этой группы опухолей проводить во всех случаях крупноклеточного рака анализ нейроэндокринных маркеров. Это связано с плохим прогнозом заболевания и необходимостью проведения у таких больных различных режимов химиотерапии.

В патогенезе рака легкого наибольшее значение имеют клеточные онкогены четырех семейств *мус*, *gas*, *vcl*, *сerbB*.

Высокая экспрессия *vcl-2* (ингибитор апоптоза) отмечается при мелкоклеточном (МРЛ) и немелкоклеточном раке легкого (НМРЛ), тогда как высокая экспрессия *СerbB-2* (*HER2/neu*) отмечается только при НМРЛ.

Семейство генов *vcl* [3], состоящее из *vcl-2*, *baх*, *baк*, *bclXL*, *bclXS* и других, белковые продукты которых способны образовывать гомо- и гетеродимеры, оказывают порой диаметрально противоположное действие на пролиферацию и апоптоз опухолевых клеток. Наиболее изученный *vcl-2* локализуется на внутренней мембране ми-

тохондрий, а также в ядре, стимулирует пролиферацию клеток и ингибирует апоптоз, что определяет сдвиг в сторону пролиферации или апоптоза в опухоли. Экспрессия *vcl-2* обнаруживается в цитоплазме и ядрах опухолевых клеток примерно в 90% случаев МРЛ, значительно реже – при НМРЛ. Ни в одном из изученных карциноидов легких экспрессия *vcl-2* не выявлена. Ядерная локализация онкопротеина *vcl-2* может соответствовать его неактивной фосфорилированной форме, не способной блокировать апоптоз. Обнаружена также достоверная корреляция между экспрессией *vcl-2* и стадией опухоли. Имеется положительная корреляция *vcl-2* с лучшими показателями выживаемости больных МРЛ. Данные при НМРЛ относительно корреляции экспрессии *vcl-2* с выживаемостью больных противоречивы. В целом можно сделать вывод, что иммуногистохимия *vcl-2* имеет значение в определении прогноза при раке легкого.

Ген-супрессор при раке легкого [3] *p53* подвергается наиболее частым изменениям при опухолевом росте. Мутированный *p53* вызывает образование антител, которые выявляются в крови больных, что послужило поводом для разработки иммунодиагностики и иммунотерапии рака легкого.

Мутация вызывает конформационные изменения в протеине *p53* и тот накапливается в ядрах клеток, что позволяет определять его иммуногистохимическим методом. Напротив, дикий тип *p53* обладает очень коротким полупериодом и поэтому его невозможно определить иммуногистохимически. Накопление мутантного *p53* обнаруживается в 70-100% случаев культуры клеток МРЛ, в 50-70% МРЛ операционного и секционного материала и 45-75% НМРЛ. Аккумуляция в ядрах клеток может достоверно свидетельствовать о появлении мутации в гене *p53* при условии, что имеется не менее 20% позитивных клеток, выявленных не менее чем двумя методами. *p53* негативные случаи – это не только случаи с диким *p53*, но и случаи с отсутствием синтеза какого-либо белка *p53*. Эти случаи имеют неопределяемые и сплайсинговые мутации, которые невозможно выявить иммуногистохимически, и составляют примерно 20% негативных по *p53* наблюдений. В целом инактивация *p53* при раке легкого наблюдается в 70% случаев. Исследования по корреляции экспрессии *p53* с выживаемостью противоречивы. Имеются доказательства о значении мутации *p53* на ранних стадиях канцерогенеза легкого. *p53* мутантные формы никогда не выявляются при базально-клеточной гиперплазии или плоскоклеточной метаплазии без признаков дисплазии. Однако следует помнить, что примерно 50% случаев рака легкого развивается без *p53* мутации. То есть мутация – это не обязательный феномен, характерный для рака легкого, и поэтому отсутствие *p53* не является прогностическим признаком. Найдена достоверная корреляция между уровнем экспрессии *p53* и

Таблица 1.

Корреляция параметрическая онкомаркеров в зависимости от пола и возраста больных НМРЛ

Variable	G-F	ST-VIR	VOZ	POL	PAN-ZKR	ZKR-PL	ZKR8-18	ZKR-7	VIMENTIN	H-GRAF	NSE	S100	KI67	P53	BCL2
G_F	1,00	-,40*	-,32*	,15	-,58*	-,74*	,16	,19	-,14	,74*	,73*	,21	,33*	,05	-,24
ST_VIR	-,40*	1,00	,11	-,05	0,5	,28*	-,27*	-,01	,37*	-,41*	-,33*	-,16	,19	,38*	-,28*
VOZ	-,32*	,11	1,00	-,37*	,33*	,06	,29*	,38*	,19	-,47*	-,62*	-,09*	-,25	-,02	,23
POL	,15	-,05	-,37*	1,00	-,17	-,05	,05	-,13	-,13	,24	,24	-,07	,00	-,02	-,07
PAN_ZKR	-,58*	0,5	,33*	-,17	1,00	,61*	,19	,29*	-,16	-,65*	-,69*	-,28	-,52*	-,27*	,44*
ZKR_PL	-,74*	,28*	,06	-,05	,61*	1,00	-,19	-,38*	,01	-,44*	-,44*	-,13	-,20	,06	,14
ZKR8-18	,16	-,27*	,29*	,05	,19	-,19	1,00	,60*	-,10	-,12	-,18	-,15	-,31*	-,19	,30*
ZKR_7	,19	-,01	,38*	-,13	,29*	-,38*	,60*	1,00	,08	-,30*	-,32*	-,10	-,31*	-,26	,26
VIMENTIN	-,14	,37*	,19	-,13	-,16	,01	-,10	,08	1,00	-,12	-,11	-,03	,01	,21	-,16
H_GRAF	,74*	-,41*	-,47*	,24	-,65*	-,44*	-,12	-,30*	-,12	1,00	,84*	,19	,38*	,14	-,27*
NSE	,73*	-,33*	-,62*	,24	-,69*	-,44*	-,18	-,32*	-,11	,84*	1,00	,37*	,30*	-,06	-,26
S100	,21	-,16	-,09*	-,07	-,28	-,13	-,15	-,10	-,03	,19	,37*	1,00	,03	,02	-,09
KI67	,33*	,19	-,25	,00	-,52*	-,20	-,31*	-,31*	,01	,38*	,30*	,03	1,00	,57*	-,53*
P53	,05	,38*	-,02	-,02	-,27*	,06	-,19	-,26	,21	,14	-,06	,02	,57*	1,00	-,45*
BCL2	-,24	-,28*	,23	-,07	,44*	,14	,30*	,26	-,16	-,27*	-,26	-,09	-,53*	-,45*	1,00

стадией заболевания. Таким образом, инактивация p53 гена супрессора имеет значительно большее значение для развития прогрессии МРЛ, чем НМРЛ.

Несмотря на применяемые методы диагностики и лечения рака легкого после постановки диагноза, лишь у 10-15% больных продолжительность жизни превышает 5 лет. Широкомасштабные скрининговые исследования, проводившиеся в последние 15-20 лет с применением рентгенологических и цитологических методов диагностики и направленные на выявление рака легкого на ранней стадии, никак не отразились на показателях выживаемости больных. Рак легкого диагностируется, как правило, на поздних стадиях, когда лечение становится неэффективным. До недавних пор опухолевые заболевания рассматривались лишь как следствия нарушения регуляции клеточной пролиферации. Только в середине 80-х гг. опухолевый процесс стали рассматривать как нарушение равновесия между процессами пролиферации, дифференцировки и клеточной гибели. После изучения 4 классов генов, регулирующих опухолевый рост – протоонкогенов, генов-супрессоров, генов репарации ДНК и генов апоптоза – стало очевидным, что в каждой опухоли имеется определенный набор стойких генетических изменений. В последнее время накоплена масса информации о молекулярных основах патогенеза, а также особенностях апоптоза и пролиферации в раке легкого, однако результаты этих исследований зачастую противоречивы, морфологической гетерогенности опухолей зачастую уделяется недостаточное внимание.

Цель исследования – определение критериев биологической и метастатической активности опухоли при НМРЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования выполнены на операционном материале (части легкого), полученном от 54 больных раком легкого. Мужчин было 42, женщин – 12. Возраст больных составил от 24 до 72 лет. Изучали макропрепарат, гистологическую верификацию опухоли проводили на парафиновых препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином иммуногистохимически с помощью моноклональных антител (МКАТ).

Для иммуногистохимического исследования использовали серийные парафиновые срезы по общепринятой методике с помощью двойных антител, с предварительной демаскировкой антигена с применением микроволновой печи. В качестве первичных использовали следующие моноклональные антитела: панцитокератины, хромогранин А, нейронспецифическую энолазу (NSE), Ki-67 (clone MMI), p53 (clone D07), bcl-2. В качестве вторичных антител были мышинные биотинированные иммуноглобулины. Проявление осуществляли с использованием авидинстрепто-видиновой метки и DAB (ABC kit, DAB kit), все антитела фирмы «Novocastra». Препараты докрашивали гематоксилином. Ставили контрольные

реакции (позитивный контроль) по материалам с заранее изученной положительной экспрессией онкомаркеров.

Результаты иммуногистохимических реакций в случаях ядерной локализации антител оценивали в процентах относительно 1 000 клеток (Ki-67, p53). Цитоплазматические и мембранные маркеры (bcl-2, ЦКР, хромографин А, NSE, виментин, S-100) оценивали по интенсивности окраски: отрицательная (-), сомнительная (\pm), слабopоложительная (+), умеренно положительная (+2), высокоположительная (+3) и в баллах от 0 до 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Высокодифференцированная аденокарцинома АК I была выявлена в 6 случаях, умереннодифференцированная АК II – в 6 случаях, низкодифференцированная АК III – в 6 случаях; плоскоклеточная карцинома (ПРЛ) высокодифференцированная ПРЛ I – в 3 случаях, умереннодифференцированный ПРЛ II – в 12 случаях, низкодифференцированный ПРЛ III – в 9. Мелкоклеточный рак легкого (МРЛ) составил 12 случаев.

Низкая эффективность современных методов диагностики и лечения рака легкого при его высокой распространенности заставляет искать новые подходы к определению злокачественного потенциала опухолей. Одним из перспективных направлений можно считать комплексную молекулярно-генетическую и морфологическую оценку процессов пролиферации, апоптоза, клеточной гибели при раке легкого.

Для изучения уровня пролиферации опухолевой ткани исследуется экспрессия Ki-67 – маркера клеток, находящихся в митотическом цикле. По данным литературы, в процессе деления пребывают от 3 до 68% опухолевых клеток плоскоклеточного, аденогенного и нейрогенного рака легкого.

Изучение уровня p53 связано с тем, что он участвует в процессах апоптоза и пролиферации опухолевых клеток рака легкого.

К благоприятному фактору прогноза (выживаемость, чувствительность опухоли к лучевой и химиотерапии) при различных опухолях относится экспрессия онкогена bcl-2, который является ведущим геном, определяющим механизм клеточной смерти путем подавления апоптоза. Интенсивность реакции и ее распространенность коррелируют с наличием гена-супрессора p53. При раке легкого влияние bcl-2 на выживаемость больных и чувствительность к лучевой и химиотерапии до конца не выяснены.

Частота значений онкомаркеров оказалась различной в зависимости от гистологической формы рака. Проанализированы статистически значимые онкомаркеры для всей группы (54) пролеченных больных, где значения со знаком «-» являются не значимыми, а со знаком «+» имеют существенное значение.

При мало дифференцированной аденокарциноме чаще обнаруживали Ki67 (степень выра-

женности 0,79; $p < 0,00009$), PanЦКР (0,52; $p < 0,0027$), ЦКР8/18 (0,47; $p < 0,0467$), p53 (0,78; $p < 0,0001$) и bcl-2 (0,85; $p < 0,000007$).

При плоскоклеточном раке независимо от степени дифференцировки среди всех онкомаркеров преобладали p53 (0,5; $p < 0,013$), и Ki-67, (0,5; $p < 0,013$).

В результате исследований установлено, что наибольший уровень экспрессии панцитокератинов (+3) в эпителиальных опухолях был при высокодифференцированной форме, наименьший – в низкодифференцированных опухолях (+). Отмечается коэкспрессия простых ЦКР с плоскими ЦКР в плоскоклеточных карциномах низкой степени дифференцировки. В мелкоклеточных карциномах отмечается коэкспрессия хромогранина А, NSE с простыми цитокератинами. В аденокарциномах наиболее выражена экспрессия ЦКР7, ЦКР 8/18, которая снижалась пропорционально степени дифференцировки опухоли.

Результаты исследований показали, что наибольший уровень экспрессии Ki-67 наблюдался в низкодифференцированных аденокарциномах (64%) и мелкоклеточном раке легкого (55,6%). В плоскоклеточном умеренно дифференцированном раке легкого максимальный уровень экспрессии составил 42,1%. Самый низкий уровень наблюдался в высокодифференцированных типах рака легкого: в плоскоклеточном – 32%, в аденокарциномах – 21,5%.

**A. M. Bukenov, V. S. Perminov, L. N. Rubtsova, A. V. Kim
EVALUATION CRITERIA OF BIOLOGICAL AND METASTATIC TUMOR ACTIVITIES IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER**

The authors studied the results of immunohistochemical (IHC) investigation of advanced lung cancer patients. The results demonstrated that differentiation level correlates with expression of IHC markers. Squamous cell lung cancer expresses cytokeratins 5, 6, 10, 121; adenocarcinoma – cytokeratins 7, 8, 18. Immunohistochemical research allows to evaluate adequately the biological and metastatic influence of tumor to the patient organism on molecular level and to prescribe correct treatment on-time.

**А. М. Букенов, В. С. Перминов, Л. Н. Рубцова, А. В. Ким
ӨКПЕНІҢ ҰСАҚ ЕМЕС КЛЕТКАЛЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНДЕГІ ІСІКТІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ
МЕТАСТАТИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН БАҒАЛАУ КРИТЕРИЙЛЕРІ**

Авторлар өкпенің қатерлі ісігінің таралған түрімен ауырған 54 науқастың гистопрепараттарын иммуногистохимиялық тексеру нәтижелерін зерттеді. Тексеру нәтижелері ісіктердің жіктелу дәрежесі маркерлердің экспрессиясына байланысты екендігін көрсетті. Жалпақ клеткалы қатерлі ісікке 5, 6, 10, 12 ЦКР, ал аденокарциномаға 7, 8, 18 ЦКР онкомаркерлері тән. Иммуногистохимиялық тексерулер ісіктердің биологиялық белсенділігін және оның адам ағзасына метастаздық агрессиясын молекулярлық деңгейде нақты бағалауға және оған уақытында адекватты ем тағайындауға мүмкіндік береді.

Таким образом, иммуногистохимические исследования показали, что степень дифференцировки опухоли зависит от экспрессии маркеров, для плоскоклеточного рака – онкомаркера ЦКР 5, 6, 10, 14, а для аденокарциномы – ЦКР 7, 8, 18. При низком уровне ЦКР 7, 8, 18, bcl-2 повышается индекс пролиферации и апоптоза, т.е. увеличивается метастатическая агрессия рака легкого на организм пациента и эти больные нуждаются в комбинированном лечении, либо радиотерапии или полихимиотерапии в сочетании с операцией.

Следовательно, иммуногистохимическое исследование позволяет реально оценить биологическую активность опухоли и ее метастатическую агрессию на организм пациента на молекулярном уровне, что позволяет прогнозировать результаты лечения в зависимости от степени дифференцировки опухоли и экспрессии онкомаркеров, назначить своевременно адекватное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммуногистохимия клеточных онкогенов при предраке и раке легкого /Н. Е. Коган, Н. А. Мазуренко, П. В. Юшков и др. //Арх. патологии. – 1999, №8. – С. 3 – 12.
2. Клеточная биология легких в норме при патологии /Под ред. В. В. Ерохина, Л. К. Романова – М., 2000. – С. 270 – 289.
3. Mutation in p53 gene frequent in primary, resected non small all Lung cancer /J. Chiba, T. Takanoshi, N. Nam et al. //Onkogene. – 1990. –

Д. Г. Магзумова

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ХРУСТАЛИКА

Кафедра глазных, ЛОР-болезней с реаниматологией Карагандинской государственной медицинской академии

Наиболее важным аспектом многоплановой проблемы патологии хрусталика как задачи не только клинической, но и медико-социальной, является разработка оптимальных форм и рациональных путей реабилитации инвалидов с этим видом зрительных нарушений. Реабилитация изучаемого контингента подразумевает динамическую систему активного воздействия на три основных компонента – биологический, социальный и социально-психологический, составляющих сущность человеческой личности в структуре общественных отношений. Только комплексное воздействие может обеспечить восстановление трудоспособности в его разностороннем понятии и полноту социальной компенсации инвалида.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 764 больных с катарактой, из них 364 – с осложненной катарактой, 198 – с сенильной, 47 – с врожденной катарактой, 155 – с травматической. Мужчин было 362, женщин – 302. Средний возраст больных составил 49,8 лет. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее в себя офтальмологические методы: визометрию, тонометрию, рефрактометрию, офтальмометрию, периметрию, офтальмоскопию, циклоскопию, кератопахиметрию, УЗИ глаз, расчет ИОЛ, электрофизиологическое обследование (ЭФИ, ЭРГ); общеклинические методы: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, сахар крови, ЭКГ, кровь на хронические инфекции, консультации специалистов (согласно патологии, вызвавшей осложненную катаракту).

97% больных проведено хирургическое лечение катаракты (экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ или без нее).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Программа реабилитационных мероприятий должна основываться на результатах детального анализа клинических и анатомо-функциональных характеристик инвалида, его профессиональных данных, психологических и личностных особенностях, социальной микроструктуре.

Многофакторный анализ, обязательный для определения плана реабилитационных мероприятий, должен учитывать вид патологии хрусталика, срок возникновения и темп развития процесса, качество зрительных функций, длительность слепоты или слабосвидения, сочетание изменений хрусталика с поражением других структур глаза, либо нарушениями иных функциональных систем организма, курабель-

ность заболевания, клинический прогноз, возраст, уровень образования, профессию инвалида, трудовой стаж, психологические особенности, установку на труд, основные черты сложившегося социального стереотипа и степень его устойчивости.

Первым этапом реабилитации при катаракте любого генеза, приводящей к резкому, в частности, двустороннему, снижению зрения и стойкому ограничению жизнедеятельности, является восстановительное лечение.

Значительные достижения офтальмохирургии обеспечивают высокую эффективность оперативного удаления помутневшего хрусталика. Однако, несмотря на высокий уровень хирургии катаракты, не всегда удается (полностью или частично) восстановить ограничение жизнедеятельности. Одной из причин этого является неполноценность коррекции афакичного глаза, особенно при одностороннем удалении хрусталика.

Следующий, не менее важный этап медицинской реабилитации – рациональная коррекция афакии. При выборе способа коррекции следует учитывать характер труда больного и, по возможности, осуществлять тот, который позволит максимально полно восстановить его профессиональную деятельность. Наиболее рациональной формой коррекции афакии у лиц, работа которых связана с необходимостью бинокулярного, стереоскопического или глубинного зрения, является коррекция интраокулярными и контактными линзами, обеспечивающая высокое качество этих функций зрительного анализатора. Эти же виды коррекции приводят к наиболее полному восстановлению хроматического и периферического зрения.

В то же время при всех способах коррекции отмечается ухудшение темновой адаптации афакичного глаза, причем адаптационная способность при имплантации интраокулярных линз ниже, чем при иных способах коррекции. Это обстоятельство следует учитывать при целенаправленном корригировании афакии у лиц, профессия которых требует полноценности указанных функций зрительного анализатора.

Медицинская реабилитация, включающая в себя экстракцию катаракты и коррекцию афакии, является только первым звеном в системе реабилитации инвалидов с патологией хрусталика, обеспечивающим в основном восстановление достаточно высоких зрительных функций и возможность возвращения инвалидов к трудовой деятельности в обычных условиях производства.

Следующим этапом реабилитации является профессиональная ориентация и трудоустройство. При осуществлении этого этапа необходимо соблюдать принцип рациональности трудоустройства, который предусматривает предоставление инвалиду работы, соответствующей его функциональным возможностям и не оказывающей отрицательного воздействия на течение заболевания.

К противопоказанным при любых видах афакии условиям труда относятся вибрация, значительная (постоянная и эпизодическая) и средняя (постоянная) физическая нагрузка, вынужденная рабочая поза, постоянные наклоны туловища. В трудовой деятельности таких больных следует исключать работу на высоте, среди движущихся механизмов (при афакии монокулярной или на лучше видящем глазу), связанной с большой ослепляемостью и постоянными нистагмоидными движениями глазных яблок. Возможность выполнения работ, требующих полноценного бинокулярного зрения, высокого качества цветовосприятия и световой чувствительности, зависит от вида коррекции и ее переносимости.

Существенное значение при определении путей социально-трудовой реабилитации имеют давность и сроки развития зрительного дефекта. Так, лицам, слепорожденным или ослепшим в раннем детстве, с уже сформировавшимся социальным стереотипом незрячего человека даже в случаях эффективного восстановительного лечения необходим период адаптации к новым условиям функционирования зрительной системы. У них, как правило, отсутствует профессия, позволяющая трудиться в обычных условиях производства, поэтому для изменения сложившегося социального стереотипа эти лица нуждаются в осуществлении ряда восстановительных мероприятий (обучении, приобретении новой профессии и т.п.). Период социальной адаптации у таких больных нередко довольно длителен, и, несмотря на формально высокое зрение, эти инвалиды после первого медицинского этапа реабилитации могут продолжать трудовую деятельность в течение нескольких лет только в специально созданных условиях.

У многих больных с врожденной катарактой, особенно оперированных в поздние сроки, несмотря на экстракцию мутного хрусталика, зрение часто остается неполноценным. Причинами этого являются несовершенство и функциональная неполноценность зрительно-нервного аппарата (как его периферического, так и центрального звеньев), задержка постнатального развития зрительной рецепции, обусловленные длительной обскурацией мутным хрусталиком. В большинстве случаев инвалидам вследствие низкого зрения и отсутствия квалификации доступен труд лишь в специально созданных условиях.

У некоторых инвалидов, особенно с осложненной, травматической и врожденной катарактой, оперативное вмешательство оказывается неэффективным, что обусловлено послеоперационными осложнениями или иными изменениями различных структур глаза. В этих случаях характер трудоустройства должен определяться в зависимости от состояния зрительных функций и имеющейся профессии с исключением противопоказанных при афакии условий труда.

У категории инвалидов, которым восстановительное лечение не показано или противоре-

чит желанию самого больного, возможности социально-трудовой реабилитации определяются характером и комплексностью патологии, состоянием зрения и рядом социально-профессиональных характеристик – образованием, профессией, стажем работы, сложившимся трудовым стереотипом.

Лица, работающие в обычных условиях производства и обладающие достаточно высоким зрением, могут продолжать труд в своей или иной профессии при исключении из трудовой деятельности факторов, противопоказанных при катаракте (действие вибрации, вредных веществ, теплового и иных видов излучений, токов высокой частоты, работ, требующих постоянного зрительного напряжения). При резком снижении зрения, делающем недоступной работу в обычных производственных условиях, инвалидов целесообразно направлять на предприятия обществ слепых, где им следует предоставить работу с учетом названных противопоказаний.

Инвалиды, слепые и слабовидящие, с неоперативными формами катаракты, ранее работавшие на предприятиях обществ слепых, должны быть рационально трудоустроены на этих же предприятиях согласно вышеуказанным принципам. Допустимая нагрузка на орган зрения у лиц с катарактой и афакией, работающих в специально созданных условиях, должна определяться в соответствии с остаточными зрительными функциями лучше видящего глаза.

При осуществлении реабилитации необходимо учитывать психологические особенности инвалида, специфические черты его личности, возможности компенсации зрительного дефекта, способность и степень адаптации к новому характеру зрительного восприятия, к изменившимся условиям жизни. При этом одним из главных принципов должно быть чуткое и бережное отношение к социальной судьбе больного, тщательный анализ его уже сложившегося социально-трудового стереотипа. При рациональности последнего, наличии профессии, трудового опыта целесообразно изыскивать виды работ, не противопоказанные больному, но близкие его основной специальности, что позволит избежать полной потери профессиональной трудоспособности. Приобретение новой специальности, особенно лицами с большим трудовым стажем, как правило, связано со значительными трудностями, вызывает психологические переживания больного и не всегда обеспечивает полноту социальной компенсации. У лиц молодого возраста важное значение приобретают ранняя профессиональная ориентация, рациональное профессиональное обучение, а при необходимости – переобучение, своевременное формирование оптимального социально-трудового стереотипа.

Подобный теоретический дифференцированный подход к выбору путей реабилитации лиц с патологией хрусталика в сочетании с активным осуществлением на практике различных видов

восстановительных мероприятий, взаимосвязь и последовательность реабилитационных этапов позволят предупредить полную утрату трудоспособности и вернуть к общественно полезной жизни

ни тысячи инвалидов с этой частой и тяжелой формой зрительного дефекта.

Поступила 07.09.07

D. G. Magzumova

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH LENS PATHOLOGY

The recovery of the ability to work in patients with lens pathology has to include the complex of measures on medical, social and professional rehabilitation. The authors elaborated the individual program of this category of patients' rehabilitation.

Д. Г. Мағзұмова

КӨЗ ҚАРАШЫҒЫ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ ЖЕКЕ БАҒДАРЛАМАСЫ

Көз қарашығы патологиясы бар науқастардың еңбек қабілетін қалпына келтіру медициналық, әлеуметтік және кәсіби оңалтулардан тұратын іс-шаралар кешенінен құралады. Авторлар науқастардың осы санатын оңалтудың жеке бағдарламасын әзірлеген.

**К. Е. Кожамбердин, Л. Е. Муравлева,
И. М. Омарова**

ВЛИЯНИЕ ФТОРПИРИМИДИНОВ В КОМБИНАЦИИ С ЦИСПЛАТИНОМ НА УРОВЕНЬ ТИРОЗИН- И ТРИПТОФАНСОДЕРЖАЩИХ ПЕПТИДОВ

Карагандинский областной онкологический центр, Карагандинская государственная медицинская академия

По данным КазНИИОиР, заболеваемость раком печени в Республике Казахстан в 2005 г. составила 6,4‰, смертность – 5,8‰ [6]. Если в 2005 г. в структуре онкологической заболеваемости рак печени занимал 10 ранговое место, то в структуре смертности – 5 ранговое место. Приведенные данные свидетельствуют о неудовлетворительных результатах лечения больных данной патологией.

Распространенность опухоли, возможность ее хирургического удаления являются определяющими условиями успешного лечения рака печени. Однако оперативное радикальное лечение возможно лишь в 10-25% случаев, так как на момент постановки диагноза большинство пациентов признаются неоперабельными [7].

Системная химиотерапия может вызвать регрессию опухоли и симптоматический эффект у 15-20% больных с распространенным первичным раком печени [2]. Наличие патологического фона ограничивает применение химиотерапии из-за риска повышения токсичности и требует учета возможного изменения фармакокинетики и метаболизма цитостатиков.

Цель исследования – изучение влияния полихимиотерапии (ПХТ) фторпиримидинами в комбинации с цисплатином на уровень тирозинсодержащих (ТЗП) и триптофансодержащих пептидов (ТРП) и непептидных компонентов (НПК) в крови больных первичными карциномами печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено у 40 пациентов первичными карциномами печени, из их числа 10 больных получили симптоматическое лечение, у 30 проведена ПХТ по схеме: фторурацил 500 мг/м² внутривенно в 1, 3, 5, 8 сут, цисплатин 100 мг/м² внутривенно капельно в 1 сут и капецитабин 1250 мг/м² внутрь 2 раза в сут в течение 14 дней, цисплатин 100 мг/м² внутривенно капельно в 1 сут. Цикл повторялся каждые 28 сут.

Для оценки эндогенной интоксикации в периферической крови определено содержание тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов с коррекцией фонового поглощения (непептидных компонентов) [1, 5].

20 больным до начала терапии проведено определение ТЗА, ТРП и НПК (10 больных, которым планировалась симптоматическая терапия, и 10 больным, которым планировалась химиотерапия) В группе больных, получавших симптоматическое лечение, исследование показателей проводили через 2 мес. от начала терапии. В группе больных, получавших ПХТ, у 10 пациентов показатели определяли сразу после 2 цикла химиотерапии.

Определение тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов и непептидных компонентов проведено еще у 20 пациентов, завершивших курсы химиотерапии (у 10 со стабилизацией процесса и у 10 пациентов с прогрессированием заболевания).

Результаты сравнивали с показателями контрольной группы из 25 здоровых добровольцев в возрасте 35±5 г. и больных первичным раком печени, получивших симптоматическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных первичным раком печени в крови определяли уровень ТЗП, ТРП и НПК (табл. 1).

В плазме крови больных первичным раком печени зафиксирован достоверный рост тирозинсодержащих пептидов – в 2,3 раза по сравнению

Таблица 1.

Содержание тирозин- и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени до начала лечения

Группа	ТЗП (ммоль/л)	ТРП (ммоль/л)	НПК (опт. ед/мл)	ТЗП/ТРП
Контроль (n=25)	1,24±0,32	0,28±0,003	0,15±0,05	4,4
До лечения (n=20)	2,8±0,034*	0,42±0,0035*	0,39±0,04*	6,8

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем

с контролем. Параллельно росту содержания тирозинсодержащих пептидов зафиксировано увеличение содержания триптофансодержащих пептидов, которые достоверно превышали показатели контроля в 1,5 раза. Также в плазме крови больных первичным раком печени возрос уровень непептидных компонентов – в 2,6 раза по сравнению с контролем.

Таким образом, у больных первичным раком печени в крови происходила аккумуляция промежуточных метаболитов, что вполне объяснимо с позиций нарушения детоксицирующей функции печени и развития тяжелой эндогенной интоксикации.

Исследование тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов в плазме крови больных первичным раком печени, получавших симптоматическое лечение, показало, что симптоматическая терапия не способствовала снижению степени эндогенной интоксикации больных первичным раком печени. Содержание тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов достоверно превышало значение контроля в 2,4 и 1,7 раза соответственно, тогда как уровень непептидных компонентов был выше нормы в 3,5 раза. Следует отметить тенденцию к увеличению содержания тирозинсодержащих и триптофансо-

держащих пептидов и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени после симптоматической терапии по сравнению с таковыми до лечения. В то же время отмечено снижение коэффициента ТЗП/ТРП с 6,8 до 6,1 (табл. 2).

Изучены результаты исследования тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов в плазме крови больных первичным раком печени, получавших химиотерапию фторпиримидинами в комбинации с циплатином (табл. 3).

В плазме крови больных первичным раком печени, получавших химиотерапию фторпиримидинами в комбинации с циплатином, содержание тирозинсодержащих и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов достоверно превышало значения контроля.

В то же время прослеживается слабая тенденция к снижению ТРП, ТЗП и НПК в плазме крови больных первичным раком печени, получавших химиотерапию фторпиримидинами в комбинации с циплатином, по сравнению с результатами при симптоматической терапии. Так, уровень тирозинсодержащих пептидов был ниже чем в группе сравнения на 23%, триптофансодержащих пептидов – на 20%, содержание непептидных компонентов снизилось на 8%.

Таблица 2.

Содержание тирозин- и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени, получавших симптоматическую терапию

Группа	ТЗП, (ммоль/л)	ТРП (ммоль/л)	НПК (опт. ед/мл)	ТЗП/ТРП
Контроль (n=25)	1,24±0,32	0,28±0,003	0,15±0,05	4,4
До лечения (n=20)	2,87±0,034*	0,42±0,0035*	0,39±0,04*	6,8
Симптоматическое лечение (n=10)	2,95±0,018*	0,48±0,087*	0,53±0,023*	6,1

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем

Таблица 3.

Содержание тирозин- и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени, получавших химиотерапию

Группа	ТЗП (ммоль/л)	ТРП (ммоль/л)	НПК (опт. ед/мл)	ТЗП/ТРП
Контроль (n=25)	1,24±0,32	0,28±0,003	0,15±0,05	4,4
ПХТ после 2 цикла (n=10)	2,4±0,029*	0,4±0,057*	0,49±0,007*	6,0
Симптоматическое лечение (n=10)	2,95±0,018*	0,48±0,087*	0,53±0,023*	6,1

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем

Следовательно, при химиотерапии фторпиримидинами в комбинации с циплатином в плазме крови больных первичным раком печени зафиксирована тенденция к снижению степени эндогенной интоксикации, что документировалось уменьшением содержания тирозин и триптофансодержащих пептидов и непептидных компонентов.

Для исследования показателей, характеризующих степень эндогенной интоксикации, в отдаленные периоды после химиотерапии были сформированы 2 группы больных. В I группу вошли больные со стабилизацией заболевания, во II – больные с прогрессированием заболевания (табл. 4).

В отдаленный период после окончания химиотерапии фторпиримидинами в комбинации с циплатином в плазме крови больных первичным раком печени без признаков ухудшения наблюдалось снижение содержания ТЗП и НПК, хотя значений контроля достигнуто не было. Содержание ТРП в плазме крови больных первичным раком печени без признаков ухудшения достоверно от контроля не отличалось. В то же время зафиксировано незначительное снижение коэффициента ТЗП/ТРП.

В отдаленный период в плазме крови больных первичным раком печени с признаками ухудшения зафиксирована тенденция к увеличению ТЗП, ТРП, НПК, а также коэффициента ТЗП/ТРП по сравнению с результатами после окончания химиотерапии.

Следовательно, полученные данные доказывают снижение степени эндогенной интоксикации в плазме крови больных первичным раком печени без признаков ухудшения в отдаленный период после окончания химиотерапии фторпиримидинами в комбинации с циплатином. Однако у больных первичным раком печени с признаками ухудшения в отдаленный период отмечено нарастание эндогенной интоксикации.

Необходимо отметить, что возможна следующая интерпретация полученных данных. Ранее исследованиями показана активация перекисного окисления липидов и интенсификация окислительной модификации белков в крови больных первичным раком печени и представле-

но объяснение причин, индуцирующих окислительный стресс. Интенсификация окислительной модификации белков сопровождается не только стойкой персистенцией агрегатов белков, но и фрагментацией белков, причем симптоматическое лечение не оказывало позитивного эффекта на изучаемые параметры [4].

В то же время впервые установлено, что при первичном раке печени в плазме крови больных аккумулируются тирозинсодержащие и триптофансодержащие пептиды, а также непептидные компоненты. С одной стороны, это подтверждает ранее сделанные выводы о наличии эндотоксемии у больных первичным раком печени, но с другой стороны, демонстрирует селективную вовлеченность белков в этот процесс.

Таким образом, можно сделать вывод о превалирующем участии белков, в состав которых входит тирозин и триптофан. Также в плазме крови больных первичным раком печени возрастает содержание непептидных компонентов. В совокупности эти результаты свидетельствуют о достаточно выраженном нарушении детоксицирующей функции печени. Следствием этого является ухудшение процесса элиминации конечных продуктов метаболизма и эвакуации окисленных белков из крови.

Результатом проведения химиотерапии фторпиримидинами в комбинации с цисплатином явилась тенденция к снижению тирозинсодержащих и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени, а в отдаленный период регистрировалась отчетливая тенденция к их снижению в случае отсутствия прогрессирования заболевания и к увеличению – в случае прогрессирования заболевания.

Наблюдаемая положительная тенденция является, с одной стороны, результатом торможения опухолевого процесса. Механизм действия фторпиримидинов, вероятно, обусловлен их свойствами предшественников структурных аналогов субстрата, из которых образуются ингибиторы ферментов в процессе «летального синтеза» [3]. С другой стороны, происходит процесс биотрансформации фторпиримидинов с цисплатином гепатоцитами печени с изменен-

Таблица 4.

Содержание тирозин- и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени через 2 мес. после химиотерапии

Группа	ТЗП, (ммоль/л)	ТРП (ммоль/л)	НПК (опт. ед/мл)	ТЗП/ТРП
Контроль, (n=25)	1,24±0,32	0,28±0,003	0,15±0,05	4,4
ПХТ после 2 цикла (n=10)	2,4±0,029*	0,4±0,057*	0,49±007*	6,0
Стабилизация процесса (n=10)	1,7±0,029*#	0,3±0,089#	0,25±0,024*#	5,7
Прогрессирование заболевания (n=10)	3,9±0,029*^	0,5±0,049*^	0,79±0,025*^	7,8

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем; # p<0,05 и ниже по сравнению с прогрессированием; ^ по сравнению с результатами после химиотерапии

ным метаболизмом. Что, по всей вероятности, приводит к появлению в крови различных промежуточных продуктов I фазы трансформации, которые, обладая достаточно разнообразными свойствами, способны оказывать различные эффекты, в том числе цитотоксические. По данным литературы, цитотоксический эффект продуктов I фазы трансформации реализуется в том числе за счет активации свободнорадикальных процессов [3]. Это объясняет персистенцию тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов в крови больных первичным раком печени после химиотерапии фторпиримидинами в комбинации с цисплатином.

ВЫВОДЫ

1. У больных первичными карциномами печени отмечается ухудшение процессов элиминации конечных продуктов метаболизма, что проявляется повышением содержания тирозинсодержащих и триптофансодержащих пептидов, а также непептидных компонентов.

2. Применение фторпиримидинов в комбинации ограничивает нарушение биохимических процессов, что проявляется тенденцией к снижению тирозинсодержащих и триптофансодержащих белков и непептидных компонентов в плазме крови больных первичным раком печени во время химиотерапии, а в отдаленный период приводит к их снижению в случае отсутствия прогрессирования заболевания и к увеличению – в случае прогрессирования заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов В. Б. Определение тирозин- и триптофансодержащих пептидов в плазме крови по поглощению в УФ-области спектра /В. Б. Гаврилов, Н. Ф. Лобко, С. В. Конев //Клин. лаб. диагностика. – 2004. – №3. – С. 12 – 16
2. Гершанович М. Л. Возможности лекарственного лечения первичного рака печени и желчевыводящих путей //Сб. науч. тр. VI Рос. онкол. конф. – М., 2002. – С. 11 – 26.
3. Мусил Я. Основы биохимии патологических процессов. – М.: Медицина, 1985. – 432 с.
4. Омарова И. М. Состояние окислительного метаболизма у больных первичным раком печени на фоне монотерапии арглабином /И. М. Омарова, Л. Е. Муравлева, В. В. Койков //Рос. биотерапевт. журн. – 2006. – Т. 5, №1. – С. 45 – 48.
5. Определение тирозинсодержащих пептидов в плазме крови с коррекцией фонового поглощения. Резкое повышение чувствительности теста к интоксикации организма /В. Б. Гаврилов, Н. Ф. Лобко, А. Р. Гаврилова, С. В. Конев //Клин. лаб. диагностика. – 2004. – №6. – С. 19 – 20.
6. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2005 год (стат. данные). – Алматы, 2006. – 56 с.
7. Venook A. Key research issues in management of hepatocellular carcinoma //Proc. ASCO. – 2002. – V. 21. – P. 321 – 326.

Поступила 04.07.07

К. Ye. Kozhamberdin, L. Ye. Muravleva, I. M. Omarova INFLUENCE OF FLUOROPYRIMIDINES IN COMBINATION WITH CISPLATIN ON THE LEVEL OF TYROSINE- AND TRYPTOPHAN CONTAINING PEPTIDES

The purpose of the work was the study of influence of polychemotherapy with fluoropyrimidines in combination with cisplatin on the level of tyrosine- and tryptophan containing peptides and non-peptide components in blood of patients with first liver carcinomas. It was revealed, that before the treatment beginning the level of tyrosine containing peptides increased in 2,3 times, tryptophan containing peptides – in 1,5 times and non-peptide components – in 2,6 times in comparison with the control group.

Қ. Е. Қожамбердин, Л. Е. Муравлева, И. М. Омарова ЦИСПЛАТИН КОМБИНАЦИЯСЫМЕН БІРГЕ ЖАСАЛАТЫН ФТОРПИРИМИДИНДЕРДІҢ ҚҰРАМЫНДА ТРИПТОФАН ЖӘНЕ ТИРОЗИН БАР ПЕПТИДТЕР ДЕҢГЕЙІНЕ ӘСЕРІ

Зерттеу мақсаты бауырдың алғашқы карциномасымен ауырған науқастарға цисплатин комбинациясымен бірге фторпиримидиндермен жасалатын полихимиотерапияның құрамында тирозин және триптофан бар пептидтер және қанның пептидті емес компоненттерінің деңгейіне әсерін зерттеу болып табылды. Емнің алдында құрамында тирозин бар пептидтердің деңгейі 2.3 есе, триптофан бар пептидтер 1.5 есе және пептидті емес компоненттер 2.6 есе бақылаудағы топтағыларға қарағанда көтерілген.

Т. М. Абиев, Б. Е. Тулеубаев, Л. А. Хен,
Б. К. Ахмадина

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛИЧЕСКИХ АРТРОПАТИЙ

Доцентский курс травматологии, ортопедии и нейрохирургии Карагандинской государственной медицинской академии

Гемофилическая артропатия – характерное осложнение гемофилии, проявляющееся рецидивирующими кровоизлияниями в полость сустава с развитием внутрисуставного спаечного процесса и формированием стойких контрактур и анкилозов [4]. Лечение гемофилических артропатий является одной из серьезных проблем клинической медицины, направленной на улучшение качества жизни пациентов. Наряду с традиционной заместительной терапией, локальной инвазивной терапией и оперативным лечением доказана эффективность физиотерапевтических методов лечения, которые являются дополнительным средством комплексной терапии серьезных артромиологических осложнений гемофилии у больных различных возрастных категорий [1, 2, 3, 6].

Цель работы – изучить на основе литературных данных современные методы физиотерапевтического лечения и профилактики костно-суставных осложнений гемофилии, их эффективность и возможность комбинирования, а также целесообразность применения в различные периоды эволюции гемофилических артропатий, разработать физиотерапевтический комплекс с целью применения в практике при лечении гемофилических артропатий.

В настоящее время в арсенале врачей-физиотерапевтов существует множество различных методов, но далеко не все они могут быть использованы в лечении больных с гемофилической артропатией вследствие особенностей течения воспалительной реакции в полости сустава, а также несовершенства системы гемостаза. Анализ литературных данных показал, что наибольшим опытом в применении физиотерапевтических процедур обладает НИИ гематологии и переливания крови г. Кирова. На основе их опыта разработан, дополнен и внедряется в клиническую практику физиотерапевтический комплекс (табл. 1) для лечения гемофилических артропатий у взрослых. Приводим краткую характеристику применяемых методов лечения.

Перед началом физиотерапевтического лечения при рецидивирующем гемартрозе можно провести пункцию суставов с применением химиосиноэктомии в амбулаторных условиях для купирования и уменьшения гемартрозов [3].

Одним из физиотерапевтических методов, возможных для применения у больных с гемофилией, является терапия ультравысокочастотными токами (УВЧ) [1]. К УВЧ-токам относятся электро-

токи с частотой колебания от 30 до 300 МГц. Основным лечебным фактором при УВЧ-терапии является электрическое поле ультравысокой частоты, которое обладает большой проникающей способностью и вызывает в тканях образование эндогенного тепла. Это способствует усилению крово- и лимфообращения, повышению проницаемости сосудов, что ведет к уменьшению отечности тканей, которая имеет место при гемофилических артропатиях, повышает обмен веществ. Кроме того, УВЧ-токи обладают болеутоляющим эффектом.

Токи ультравысокой частоты показаны больным с гемофилическими артропатиями в ближайший период от момента кровоизлияния (2-5 сут). Мощность электрического поля УВЧ – до 40 Вт, продолжительность процедуры – 5-15 мин. Electroды диаметром до 8 см располагаются на боковых поверхностях сустава на расстоянии от кожных покровов 1,5-2 см.

Чаще всего токи ультравысокой частоты применяют в течение 3-5 сут, после чего возможен переход к медикаментозному электрофорезу [2], который целесообразно применять в период восстановления функциональной способности суставов и использовать один из препаратов гиалуронидазного действия (лидаза, ронидаза). Эти препараты содержат фермент гиалуронидазу, который расщепляет гиалуроновую кислоту, являющуюся «цементирующим» веществом соединительной ткани, что вызывает увеличение проницаемости тканей, в том числе синовиальной оболочки, и способствует резорбции коллоидных субстанций. Это приводит к улучшению трофики тканей, вследствие чего создаются благоприятные условия для проведения редрессации.

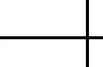
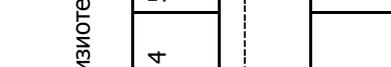
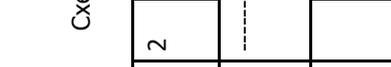
Для уменьшения болевого синдрома эффективно использование электрофореза с новокаином, что позволяет безинъекционно создать необходимую концентрацию новокаина локально в пораженном суставе, а также улучшить трофику тканей путем снятия спазмов сосудов из-за болевого синдрома. Рекомендуется именно чередование электрофореза с препаратами гиалуронидазного действия и новокаином.

Особенность методики электрофореза заключается в размещении активного электрода (анода) не только на боковых поверхностях сустава, но и на передней поверхности, что обеспечивает более энергичное воздействие на ткани пораженного сустава. Продолжительность процедуры лекарственного электрофореза в среднем 16 мин. Сила тока в среднем 3,2 мА. Количество сеансов – до 15.

Противопоказаниями к применению этого метода лечения у больных гемофилией являются продолжающиеся кровотечения и кровоизлияния различного генеза, гнойно-некротические процессы в области суставов, наличие инфекционных заболеваний, индивидуальная непереносимость используемых препаратов, а также острые заболевания печени и почек.

Таблица 1.

Схема физиотерапевтического комплекса для лечения гемofilических артропатий у взрослых

Терапия	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Концентрация фактора VIII(МЕ/кг)	30 40																								
Пункция сустава																									
Разгрузка конечности																									
Лазерное излучение																									
УВЧ																									
Ультратрафофорез с гидрокортизоном																									
Электрофорез с ронидазой (лидазой)																									
Электрофорез с новокаином																									
Массаж																									
Лечебная физкультура																									

-----> профилактическое лечение по 20-30

В литературе описывается методика чередования медикаментозного электрофореза с массажем как эффективный вариант физиотерапевтического лечения, позволяющий значительно быстрее восстановить функцию суставов при гемартрозах [5]. Механизм лечебного действия массажа заключается в механическом раздражении кожных и мышечных рецепторов, что рефлекторно вызывает различные реакции со стороны нервной системы, кровообращения и лимфооттока.

Разработанная методика также включает в себя при гемофилических артропатиях использование основных приемов массажа: поглаживания, растирания, разминания. Применение разминания зависит от количества времени, прошедшего с момента первичного или рецидивного кровоизлияния в сустав – до 7 сут этот прием не исполняется. Массируемая конечность должна находиться в среднефизиологическом положении. Продолжительность одной процедуры не более 20 мин. Количество сеансов индивидуально и зависит от быстроты резорбции крови из сустава, реакции тканей на процедуру, но не менее 10.

При гемартрозах с лечебной целью возможно применение механических колебаний высокой частоты (20-3000 кГц) – ультразвука [6]. Такие колебания вызывают в тканях сложные физико-химические процессы. В результате чередования положительного и отрицательного давлений, ведущих к сжатию и растяжению тканей, происходит внутритканевое перемещение частиц, которое сопровождается уменьшением их электрического и изоэлектрического состояния.

Происходит активация биохимических процессов, что приводит к расширению кровеносных сосудов по всей толще тканей в области воздействия, усиливается кровоток, возбуждаются нервные структуры, активируются процессы репарации.

Эффекты ультразвука: болеутоляющий, рассасывающий, спазмолитический, противовоспалительный, а также ускорение крово- и лимфотока. При гемофилических артропатиях ультразвук предотвращает образование спаек и рубцов, что лежит в основе лечебного действия при контрактурах и анкилозах.

Ультразвук применяют в дозах 0,05-0,7 Вт/см² с преобладанием импульсных воздействий и коротких экспозиций. Воздействие осуществляют через маслянистую или водную среду. Продолжительность воздействия на каждое поле – 3-5 мин. Общая продолжительность процедуры – от 6 до 10-15 мин.

Особое место в комплексной терапии гемофилических артропатий занимает лазерное излучение [6]. С физиотерапевтическими целями используют низкоэнергетическое излучение (1-6 мВт/см²). Такое лазерное излучение не вызывает

тепловых ощущений, а терапевтический эффект связан с активацией микроциркуляции, регуляции защитных систем, стимуляции клеточного роста, восстановительных процессов в клетках.

Этот вид излучения обладает противовоспалительным, противоотечным, биостимулирующим, обезболивающим, регенеративным, иммунокорректирующим эффектами. Кроме того, под его воздействием происходят изменения в системе гемостаза – увеличивается гемостатический потенциал крови, локально активируется фибринолиз, что носит благоприятный характер для больных гемофилией. При лазеротерапии отмечено более быстрое купирование болевого синдрома, увеличение объема движений в суставах на 25-30% уже после 2-3 сеансов.

Данные современной литературы доказывают эффективность применения физиотерапевтических методов в комплексе с адекватной заместительной терапией в лечении острых и хронических гемартрозов у больных гемофилией. Описанные физиотерапевтические манипуляции могут быть рекомендованы больным гемофилией в любом стационаре, имеющем оснащенный физиотерапевтический кабинет и квалифицированный медицинский персонал. Грамотный подбор доз физиотерапевтического воздействия, а также обеспечение в процессе всего лечения надежного гемостаза позволяют добиться снижения болевого синдрома, раннего восстановления функциональной активности пораженного сустава после острого гемартроза и служат мерой профилактики тяжелых инвалидизирующих последствий гемофилических артропатий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева А. А. Эффективность комплексного лечения гемартрозов у больных гемофилией детей с использованием электрического поля УВЧ /А. А. Григорьева, Т. Г. Плахута //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 1988. – №5. – С. 53 – 55.
2. Григорьева А. А. Лекарственный электрофорез ϵ -аминокапроновой кислоты в лечении гемартрозов у детей, больных гемофилией /А. А. Григорьева, Т. Г. Плахута, Т. В. Карачевцева // Вопросы охраны материнства и детства. – 1987. – Т. 32, №10. – С. 44 – 47.
3. Иванова Р. Л. Современное лечение остеоартроза (остеоартрита) и вторичных синовитов: Метод. рекоменд. для врачей. – Семипалатинск, 2004. – 20 с.
4. Котоян Э. Р. Клиническая гематология. – М., 2003. – С. 123 – 140.
5. Лаврентьева Н. Н. Гемофилия у детей: Пособие для врачей. – М., 2003. – 32 с.
6. Садков С. А. Физиотерапевтические методы лечения гемофилических артропатий /С. А. Садков, Т. П. Перевозчикова, С. А. Ситников. – Киров, 2003. – 26 с.

Поступила 06.07.07

Т. М. Abiyev, B. Ye. Tuleubayev, L. A. Khen, B. K. Akhmadina
PHYSIOTHERAPEUTIC COMPLEX IN THE TREATMENT OF HEMOPHILIC ARTHROPATHIES

Hemophilic joint - heavy hemophilia complications, treatment and prevention is receiving increased attention in the face of modern medicine. Along with the substitution therapy vital link in the treatment of this complications are physiotherapy techniques. We have studied the effects of different physiotherapeutic factors at arthropathies based on the analysis of literary data, given the mechanism of osteo complications hemophilia, developed a scheme physiotherapy for hemophilic joint. Used methods such as laser irradiation, the drug ultrafonoforesis, electrophoresis, massage, therapeutic exercise. That complex of treatment implemented in clinical practice as an adjuvant therapy osteoarhtropathy with hemophilia.

Т. М. Әбіев, Б. Е. Төлеубаев, Л. А. Хен, Б. К. Ахмадина
ГЕМОФИЛИКАЛЫҚ АРТРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ФИЗИОТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ КЕШЕН

Гемофиликалық артропатия – ол гемофилияның ауыр асқынысы, осы заманғы медицинада осы аруды емдеумен алдын алу шараларына баса назар аударылуда. Өзгертілмелі еммен бірге осы емдеуге физиотерапиялық тәсілдерде қолдануда. Әдебиеттік саралаулардың негізінде, гемофилияның сүйек-буындық түрінің дамуын еске ала отырып, гемофилиялық артропатияны емдеуге физиотерапиялық емдеу кестесі құрылған. Оны емдеуге лазерлік, дәрілік ультрафонофорез, электрофорез, массаж, емдік гимнастика қолданылуда. Осы емдік шаралар клиникалық тәжірибеге енгізіліп гемофилиялық остеоартропатияны емдеуге қосымша тәсіл ретінде пайдаланады.

Дроздова М. С.

ЦЕННОСТНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Витебского государственного медицинского университета (Беларусь)

Уже более 50-ти лет ученые отмечают наличие определенной связи между некоторыми личностными и поведенческими характеристиками и процессом формирования и течения язвенной болезни (ЯБ). Существует мнение, что развитие ЯБ более вероятно у лиц с гипертрофированным честолюбием, ориентацией на социальный успех [1]. Основным содержанием «биопсихосоциальной модели» является переход эмоций (в случае опасного события) в телесную «готовность» к заболеванию и, в итоге, к его развитию. До настоящего времени обсуждается роль алекситимии в генезе ЯБ, многие отечественные и зарубежные ученые отмечают наличие повышенной тревожности у пациентов.

Несмотря на множество интересных предположений, ощущается явный дефицит фундаментальных работ в области психосоматики – исследований, опирающихся на внимательное изучение литературы; на рандомизированные испытания, выполненные в соответствии со всеми международными стандартами; на многолетние проспективные исследования; на грамотную статистическую обработку результатов.

Наличие большого количества новых методик психологического исследования личности, появившихся в последнее десятилетие, адаптированных к современным условиям жизни в постсоветском пространстве, дает возможность по-

новому подойти к проблеме психосоматической природы ЯБ. Настоящее исследование является попыткой ее разрешения с использованием новых методов отбора материала и статистического анализа результатов.

Целью работы – определение степени участия личностной составляющей в процессе язвенного образования при помощи рандомизированного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Подготовительным этапом работы явились сбор анамнеза, жалоб и данных психологического исследования (в ситуации добровольного тестирования), проведенных в осенний период 2003 – 2006 гг. среди здоровых лиц (n=260) и пациентов (n=260), госпитализированных в больницу ст. Витебск Белорусской железной дороги по поводу дуоденальной язвы (ДЯ). Диагноз ДЯ подтвержден эндоскопически и морфологически, инфицированность НР обнаружена гистологически у 82,7%.

Из всех анкет методом случайной выборки были отобраны 130 (25%) (65 – из анкет здоровых, 65 – из анкет больных). Дальнейшая работа проводилась только с целиком заполненными анкетами (их оказалось 63 и 62 соответственно). Анкеты пациентов разных возрастных групп анализировались отдельно.

В статье представлены результаты исследования лиц в возрасте до 25 лет. Это 33 пациента с ДЯ и 50 здоровых добровольцев (16 из них указали на наличие ЯБ у ближайших родственников). Для изучения личностных особенностей в системе ценностных ориентаций использована методика М. Rokeach, основанная на приеме прямого ранжирования ценностей, адаптированная Д. А. Леонтьевым [4, 5].

Ценность М. Рокич определяет как «устойчивое убеждение в том, что определенный

способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точки зрения, чем противоположный или обратный им способ поведения, либо конечная цель существования». М. Рокич различает два класса ценностей: терминальные и инструментальные.

Терминальные ценности («ценности-цели», список «А») – убеждения в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживает того, чтобы к ней стремиться.

Инструментальные ценности («ценности-средства», список «Б») – убеждения в том, что определенный образ действий с личной и общественной точек зрения является предпочтительным в любых ситуациях.

Человеческие ценности характеризуются следующими основными признаками: 1) все люди обладают одними и теми же ценностями (хотя в разной степени); 2) количество общих ценностей сравнительно невелико; 3) ценности организованы в системы (конкретные, абстрактные, профессиональные, личной жизни, самореализации, общения, профессиональные и проч.); 4) истоки человеческих ценностей прослеживаются в культуре, обществе, личности; 5) влияние ценностей прослеживается практически везде, поэтому они заслуживают внимательного изучения.

Оба класса ценностей (терминальные и инструментальные) универсальны, но не статичны; однако для удобства статистической обработки использовался фиксированный список ценностей (по 18 в каждом разделе), стандартизированный и адаптированный российскими учеными (коэффициент валидности 0,77-0,87 для испытуемых в возрасте 20-45 лет) [2, 5].

При обработке результатов исследования ценностей проводилось их двойное ранжирование: сначала самим испытуемым, потом (по результатам средней арифметической по группе) – врачом-исследователем.

Исследование индивидуальных механизмов совладания со стрессом в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах проводилось по методике, разработанной в НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева [6]. В копинг-тестах первоначально рассчитывались количество и общий процент адаптивных и неадаптивных реакций на стрессовые события в исследуемых группах; затем особенности выбора копинг-стратегии в зависимости от ценностных установок пациентов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ «Statistica 6,0», достоверность полученных отличий в группах проверяли непараметрическими методами ранговой корреляции по Спирмену и Кендалу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди анкет «практически здоровых» добровольцев 20 были заполнены женщинами в возрасте до 25 лет и 30 – мужчинами того же воз-

раста. Из них на наследственную отягощенность по ЯБ указали 23,08% и 27,03% соответственно. Среди «случайно» выбранных пациентов с ЯБ 12-перстной кишки оказалось 8 женщин и 25 мужчин в возрасте до 25 лет. Группы оказались соотносимыми по уровню образования и социальному статусу. Изучены результаты исследования терминальных ценностей (табл. 1).

Вероятность формирования ДЯ более высока у мужчин, не озабоченных материальным или семейным благополучием, но активно ищущих общественного признания через успехи в профессиональной деятельности. Появление ДЯ у мужчины повышает значимость творчества и внутренней гармонии в иерархии целевых установок «зрелой» личности. Исследование ранговых корреляций показало, что здоровые мужчины без наследственной отягощенности по ЯБ (ЗдБН) достоверно отличались по терминальным ценностям как от больных ДЯ ($R=0,63$; $p=0,005$), так и от здоровых мужчин с наследственной предрасположенностью (ЗдН) к ЯБ ($R=0,58$; $p=0,011$). Последние же не отличались от группы больных ДЯ по целевым жизненным приоритетам ($R=0,42$; $p=0,086$).

Сравнительное изучение терминальных ценностей у молодых женщин дает еще больше информации к размышлению (табл. 1). Женщины, склонные к языобразованию, характеризуются внутренней неуверенностью в себе и стремлением к одобрению и поддержке окружающих, намеренным ограничением своей эмоциональности. В связи с этим, вероятно, они больше озабочены своим физическим и духовным совершенствованием, а также поиском интересной (но необременительной в физическом и эмоциональном плане) работы и «жизненной мудрости» даже в ущерб материальному достатку. Женщины «язвенного» типа очень нуждаются в постоянной поддержке, для них очень важно наличие хороших и верных друзей. Появление заболевания ограничивает продуктивную жизнь молодой женщины, снижает значимость интеллектуального роста, усиливает альтруистические склонности «зрелой» личности. Корреляционный анализ ценностей-целей показал достоверные отличия женщин в группах ЗдБН и ЗдН ($R=0,81$; $p=0,0001$) и ЗдН и ДЯ ($R=0,57$; $p=0,013$).

Отличия в группах женщин с ДЯ и ЗдБН оказались недостоверными. Возможно, результаты связаны с заниженной социальной самооценкой современной женщины и к развитию ДЯ отношения не имеют.

Предпринят анализ инструментальных ценностей (список «Б», «ценности-средства») в исследуемых группах.

Мужчины потенциально «язвенного» типа отличались от здоровых гипертрофированным самоконтролем, независимостью и прямотой в достижении своих основных целей; роль же рационализма (логичности, обдуманности решений) неуклонно снижалась (табл. 2). Появление ДЯ у

Значимость терминальных ценностей в группах мужчин и женщин в возрасте до 25 лет

Ценности-цели	Мужчины			Женщины		
	ЗдБН	ЗдН	ДЯ	ЗдБН	ЗдН	ДЯ
Активная деятельная жизнь	11	3	12	4	7.5	10.5
Жизненная мудрость	8	7.5	6	13	10.5	5
Здоровье	1	6	1	1	1	1
Интересная работа	4	2	5	8	4	6
Красота природы и искусства	17	17	17	18	18	17
Любовь	2	10	3	2	2	2.5
Материально обеспеченная жизнь	5	7.5	10	10	14	12
Наличие верных друзей	3	4	2	6	5	2.5
Общественное признание	14	9	14	15	9	18
Познание	13	15	13	9	12	13
Продуктивная жизнь	7	12	8	11	13	14
Развитие	9	1	15	12	6	8.5
Развлечения	15	16	11	17	15	16
Свобода	12	5	9	7	10.5	8.5
Счастливая семейная жизнь	6	13	16	5	3	7
Счастье других	16	18	18	16	16	4
Творчество	18	14	7	14	17	15
Уверенность в себе	10	11	4	3	7.5	10.5

ЗдБН – группа здоровых лиц без наследственной отягощенности по ЯБ; ЗдН – здоровые лица, имеющие наследственную предрасположенность по ЯБ; ДЯ – лица с ДЯ

молодого мужчины часто приводит к пересмотру инструментальных ценностей в пользу более адаптивных и приемлемых в социуме. Обнаружены достоверные различия инструментальных ценностей во всех группах мужчин: ЗдБН и ДЯ ($R=0,68$; $p=0,002$); ЗдБН и ЗдН ($R=0,68$; $p=0,002$); ЗдН и ДЯ ($R=0,48$; $p=0,043$).

«Язвобразующих» личностных черт у молодых женщин не выявлено, хотя и отмечен некоторый рост значимости **Честности** и **Терпимости** вместе со снижением значимости **Смелости** в отстаивании своего мнения у женщин с риском развития ЯБ и с уже имеющейся ДЯ. Достоверных отличий ценностей-средств в группах здоровых и больных женщин не обнаружено: ЗдБН и ДЯ ($R=0,04$; $p=0,867$); ЗдН и ДЯ ($R=0,1$; $p=0,681$). Хотя в группе здоровых отмечались отличия в приоритетности инструментальных ценностей в зависимости от наличия или отсутствия наследственной предрасположенности к ЯБ ($R=0,45$; $p=0,011$). Не вызывает сомнения также тот факт, что появление ДЯ у женщины делает ее более эмоциональной.

Полученные данные могут трактоваться по-разному. Возможно, они указывают на не-

сформированность системы ценностей-средств у молодых женщин, предрасположенных к ЯБ (нет закономерности в группировке ценностей в содержательные блоки). Нельзя исключить также неискренность ответов или стремление респонденток к «социальной желательности» (представить себя в максимально благоприятном свете) или «идеальности» (желание проранжировать списки, как это сделал бы совершенный во всех отношениях человек).

Исследование индивидуальных реакций на стресс показало более частое применение неадаптивных копинг-стратегий у молодых мужчин с ДЯ по сравнению с группой здоровых мужчин в поведенческой ($p<0,05$) и эмоциональной сфере ($p<0,05$). Здоровые молодые мужчины чаще отвечали на стрессы адаптивным поведением, чем больные ДЯ (72,0% и 30,0% соответственно).

При исследовании копинг-стратегий здоровых лиц и больных ДЯ мы предположили, что индивидуальная реакция личности на стресс может быть стереотипна и связана с ее ценностными установками. Проанализированы результаты корреляционного анализа (табл. 3), который показал, что копинг-стратегии здоровых людей

Таблица 2.

Значимость инструментальных ценностей в группах мужчин и женщин в возрасте до 25 лет

Ценности-средства	Мужчины			Женщины		
	ЗдБН	ЗдН	ДЯ	ЗдБН	ЗдН	ДЯ
Аккуратность	8	17	4	13,5	15	4
Воспитанность	4	11	3	5	13	2,5
Высокие запросы	17	12	17	17	17	15,5
Жизнерадостность	6	8	7	6	9	1
Исполнительность	12	13,5	11	10	16	5
Независимость	10	4	1	7	4	15,5
Непримиримость к недостаткам	18	13,5	18	18	18	18
Образованность	3	5	5,5	1	2	11,5
Ответственность	1	3	2	2	1	6
Рационализм	5	7	10	8	7,5	10
Самоконтроль	7	2	5,5	9	10,5	11,5
Смелость в отстаивании своих взглядов	9	6	9	4	10,5	14
Твердая воля	2	1	12	3	14	13
Терпимость	14,5	15,5	13	15	12	7
Широта взглядов	13	15,5	14	11,5	3	8
Честность	14,5	9	8	16	5	2,5
Эффективность в делах	11	10	16	11,5	6	17
Чуткость	16	18	15	13,5	7,5	9

ЗдБН – группа здоровых лиц без наследственной отягощенности по ЯБ; ЗдН – здоровые лица с наследственной отягощенностью по ЯБ; ДЯ – лица с ДЯ

Таблица 3.

Соотношение системы ценностей и выбора копинг-стратегии у здоровых лиц и пациентов с дуоденальной язвой (ДЯ)

Копинг-стратегии	Ценности-цели	Ценности-средства
	p	p
Здоровые лица		
Поведенческая сфера	0,105	0,508
Когнитивная сфера	0,087	0,442
Эмоциональная сфера	0,0184*	0,309
Пациенты с ДЯ		
Поведенческая сфера	0,000001*	0,0009*
Когнитивная сфера	0,0118*	0,055
Эмоциональная сфера	0,0289*	0,0017*

* достоверность различий в группах адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий в зависимости от ценностных приоритетов (метод ранговой корреляции Спирмена, Кендала)

зависят от их терминальных ценностей только в эмоциональной сфере. У больных же ДЯ выявлена четкая зависимость всех форм копинг-поведения от целевых жизненных установок.

Реакции здоровых лиц на стресс не зависят от их инструментальных ценностей. Пациенты же с ДЯ реагируют на стрессы в поведенческой и эмоциональной сфере, как правило, стереотипно в зависимости от принятых ими за основные инструментальных ценностей.

Можно сказать, что при появлении ДЯ наблюдается повышение значимости «конформизма» над волевыми качествами. Следствием этого, возможно, является более частое использование больными неадаптивных совладающих стратегий: «активного избегания» – в поведенческой сфере; «растерянности» – в когнитивной сфере; «подавления эмоций», «покорности», «пассивной кооперации» – в эмоциональной сфере.

ВЫВОДЫ

1. Отдельные ценностные установки личности и копинг-стратегии могут служить «триггером» (а, возможно, и причиной) развития язвенной болезни 12-типерстной кишки у мужчин молодого возраста.

2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки оказывает влияние на личность пациента, что проявляется в пересмотре им ценностных приоритетов.

3. Индивидуальная реакция пациента с дуоденальной язвой на стресс, как правило, стереотипна и зависит от его терминальных и инструментальных ценностей.

4. Лица, предрасположенные к язвенной болезни, и пациенты с дуоденальной язвой нуждаются в индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березанцев А. Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть 1) // Рос. психиатр. журн., 2001. – №3. – С. 61 – 69.
2. Борисов И. В. Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на

стресс и дистимий: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб, 2001. – 18 с.

3. Залуцкий И. В. Особенности ценностных ориентаций онкологических больных // И. В. Залуцкий, Л. М. Махнач, А. Г. Жуковец // Здравоохранение. – 2004. – №5. – С. 72 – 74.

4. Леонтьев Д. А. Методика изучения ценностных ориентаций. – М., 1992. – 17 с.

5. Леонтьев Д. А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции // «Современный социоанализ»: Сб. авторов, получ. гранты Моск. отд. Рос. науч. фонда и фонда Форда. – М., 1996. – Вып. VI. – С. 5 – 23.

6. Чехлатый Е. И. Особенности отношения к здоровью и лечению, личностные конфликты и способы их разрешения (копинг-поведение) у больных невротизмом // Е. И. Чехлатый, Н. В. Веселова // Интегративные аспекты современной психотерапии. – СПб, 1992. – С. 95 – 103.

Поступила 06.07.07

M. S. Drozdova

VALUABLE PRIORITIES AND COPING-STRATEGY OF PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

For specification of personal participation in ulcer disease making during formation research of valuable orientations and coping-mechanisms at patients with duodenal ulcer and at healthy persons is carried out. The high probability of occurrence duodenal ulcers at the young men preferring social recognition and professional growth family or material welfare, distinguished is revealed by hypertrophied self-checking. Precise dependence of a choice of coping-strategy is found out in patients with duodenal ulcer in emotional and behavioral sphere from their terminal and tool values, in cognitive sphere - from the values-purposes. Necessity of application of individual-guided psychotherapy for a complex of medical and preventive actions is proved at a ulcer disease.

М. С. Дроздова

ДУОДЕНАЛДЫ ОЙЫҚ ЖАРАСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ҚҰНДЫЛЫҚ ПРИОРИТЕТТЕРІ МЕН КОПИНГ-СТРАТЕГИЯЛАРЫ

Ойық жараның даму үрдісінде жеке-даралық құраманың қатынас дәрежесін анықтау үшін дуоденалды ойық жарасы бар пациенттер мен сау адамдарда құндылық бейімділіктер мен копинг механизмдерін зерттеу жүргізілді. Зерттеу нәтижелерінде отбасы немесе материалдық құндылықтардан бұрын қоғамның қадір тұтуы мен кәсіби дамуды алға қоятын өзін-өзі шамадан тыс бақылайтын жас ер адамдарда дуоденалды ойық жараның пайда болу мүмкіндіктерінің жоғары екендігі анықталды. Дуоденалды ойық жарасы бар пациенттердің терминалды және инструменталды құндылықтары мен эмоционалды және әрекеттік сферадағы копинг-стратегияларын таңдау арасында, ал когнитивті сферада құндылықтар мен мақсат арасындағы нақты тәуелділіктің бары анықталды. Ойық жаралы аурудың емдік және алдын-алу шаралары кешенінде индивидуалды тұлғалық-бейімделген психотерапияның қажеттілігі негізделген.

И. С. Степанова, Ю. С. Краморенко

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЕЕ ВЫЯВЛЕНИЯ

КазНИИ глазных болезней (Алматы)

Распространение сахарного диабета (СД) плохо поддается оценке, поскольку клинические проявления инсулиннезависимого СД II типа имеют стертый характер. Порядка 5-16% больных диабетом имеют инсулинзависимый СД I типа и, соответственно, 84-95% больных страдают инсулиннезависимым диабетом [6].

Диабетическая ретинопатия (ДР), являясь основной причиной инвалидности больных СД, занимает 3 место среди причин слепоты после катаракты и глаукомы [3, 4]. По данным экспертов ВОЗ, в ближайшее время ДР станет основной причиной слепоты в странах Восточной Европы. В 1995 г. Сент-Винсентской декларацией определено направление снижения на 1/3 новых случаев слепоты от ДР.

По заключению Исследовательской группы ВОЗ (1994), основными препятствиями на пути эффективной профилактики слепоты от диабетической ретинопатии являются недостаточный уровень знаний офтальмологов первичного звена о степени угрозы для зрения ДР, отсутствие у

них информации о преимуществах ее своевременного выявления и эффективности раннего лазерного лечения, недостаточное владение методикой офтальмоскопии, а также отсутствие необходимого оборудования и опытных офтальмологов, специализирующихся на лечении ДР [6].

Уровень диспансерного офтальмологического наблюдения за больными диабетом остается неудовлетворительным даже в экономически высокоразвитых странах. Так, в США примерно $\frac{1}{3}$ больных диабетом никогда не подвергались офтальмологическому осмотру, а по другим данным – только половина осматривалась глазным врачом в течение последнего года. Качество офтальмологического осмотра также не всегда отвечает предъявляемым требованиям. Наиболее распространенной погрешностью является исследование глазного дна с недостаточно широким зрачком [2].

Для решения вопросов повышения эффективности оказания помощи населению и восстановления его трудоспособности в современных сложных экономических и социальных условиях важное значение имеет изучение структуры заболеваемости, что сказывается на показателях заболеваемости и последующей инвалидности пациентов [5].

Для повышения эффективности финансовых вложений в систему здравоохранения все большее значение приобретает анализ соотношения «стоимость – эффект». Почти десятая часть объема финансирования в сфере национального здравоохранения приходится на лечение и профилактику поздних осложнений СД, которые помимо прямых экономических затрат влекут за собой и косвенные, связанные со снижением трудоспособности, увеличением инвалидности и преждевременной смертностью таких больных [2].

Вместе с тем для профилактики развития ДР большое значение имеет изучение ее распространенности и разработка методов ранней профилактики [1].

Цель исследования – оценка распространенности ДР при различных методах ее выявления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования 281 больного СД. I группа – 160 больных в возрасте от 4 до 73 лет (35 мужчин и 125 женщин), обратившихся в консультативно-реабилитационное отделение КазНИИ глазных болезней. I тип СД диагностирован у 28 пациентов, II – у 132, в том числе инсулинпотребная форма – у 42. Длительность СД составила от 1 г. до 18 лет. СД был выявлен впервые у 23 человек. Диагноз СД II типа был установлен у 4 пациентов после осмотра офтальмологом и выявления изменений на глазном дне.

II группа – 121 больной в возрасте от 18 до 85 лет (25 мужчин и 96 женщин), жители Ал-

маты и Алматинской области, которым проведено скрининговое обследование на выезде. I тип СД выявлен у 2 больных, II – у 119, впервые на момент осмотра СД выявлен у 26 больных.

Все больные были осмотрены эндокринологом, содержание сахара в крови составило от 6 до 19 ммоль/л.

В соответствии с Европейским протоколом скрининга ДР офтальмологическое обследование, включающее в себя сбор анамнестических данных, определение остроты зрения вдаль, исследование хрусталика методом биомикроскопии, прямую офтальмоскопию при обязательном мидриаза, проводилось всем больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диабетическая ретинопатия установлена у 120 больных (75%) I группы, в том числе в непролиферативной стадии – у 21 (17,5%), пролиферативной с макулопатией – у 46 (38,3%), пролиферативной – у 53 (44,2%) пациентов. У 37 (22,5%) из них ДР выявлена впервые. У 23 (19,2%) больных ДР сочеталась с катарактой, катаракта без ДР отмечена у 11 (6,9%) больных, центральная хориоретинальная дистрофия диагностирована у 5 больных (3,1%), открытоугольная глаукома – у 7 (4,4%). Патологии на глазном дне не выявлено у 17 больных (10,6%), длительность СД у этих больных составляла от 1 г. до 5 лет.

После обследования 28 больных (23,3%) были направлены на лазеркоагуляцию, 7 (5,83%) – на криоретинопексию с введением антиметаболитов в субтеноновое пространство, у 44 (36,6%) криоретинопексия сочеталась с лазеркоагуляцией. 30 (18,7%) больным проведена экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы, 18 (15,0%) с целью стабилизации процесса – операция аутолимфодренажирования.

Во II группе ДР выявлена у 24 больных (21,5%), в том числе НПДР – у 4 (16,6%), ППДР – у 19 (79,2%), ПДР – у 1 (4,2%). ДР сочеталась с катарактой у 7 больных. Осложненная катаракта без ДР установлена у 24 (21,5%) больных, другая офтальмопатология диагностирована у 39 (32,2%) больных. У 36 больных (28,0%) с длительностью СД от 1 г. до 4 лет патологии на глазном дне не выявлено. Следует отметить, что офтальмопатология в 50% случаев была установлена впервые. В лазеркоагуляции нуждались 12 больных (9,9%), экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ – 7 (7,4%)

Таким образом, при скрининговом методе обследования больных СД диабетическая ретинопатия выявляется реже, чем по обращаемости больных, но данный метод обследования позволяет выявлять ДР на более ранних стадиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бранчевский С. Л. Профилактика слепоты от диабетической ретинопатии /С. Л. Бранчевский, С. Я. Бранчевская //«Ерошевские чтения»: Тез. Всеросс. науч.-практ. конф. – Самара, 1997. – С. 37 – 38.

2. Мачехин В. А. Организация раннего выявления и лечение больных с диабетической ретинопатией /В. А. Мачехин, А. П. Гобдин //«Проблемы офтальмологии: итоги и перспективы развития»: Сб. науч. тр. – Уфа, 2001. – С. 382 – 385.
3. Скоробогатова Е. С. Современные проблемы инвалидности вследствие офтальмологических осложнений сахарного диабета в Российской Федерации: Эпидемиология медико-социальная экспертиза, медицинская и профессиональная реабилитация: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук. – М., 2003. – 48 с.
4. Скоробогатова Е. С. Клинико-эпидемиологический анализ инвалидности вследствие оф-

- тальмодиабета в России /Е. С. Скоробогатова, Е. С. Либман //«Сахарный диабет и глаз»: Матер. науч.-практич. конф. – М., 2006. – С. 214 – 216.
5. Степанюк Г. И. Офтальмопатология населения Украины /Г. И. Степанюк, В. И. Левтюх, Е. И. Анина //«Сахарный диабет и глаз»: Матер. Рос. междунар. симп. – М., 2003. – С. 315 – 316.
6. Южаков А. М. Основные направления в ликвидации устранимой слепоты //«Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ»: Матер. Рос. междунар. симп. – Москва, 2003. – С. 27 – 31

Поступила 06.07.07

**Yu. S. Stepanova, I. S. Kramorenko,
PREVALENCE OF DIABETIC RETINOPATHY IN DIFFERENT WAYS OF EXPOSURE**

The study present data of examinations of 180 patients based on self – calling to doctor and 121 patients based on screening. Achieved results allow making conclusion on needs of surgical treatment and laser coagulation. Presented results show high effectiveness of screening in patients with diabetic retinopathy for early exposure of diabetic retinopathy.

**Ю. С. Краморенко, И. С. Степанова
СУСАМЫРЛЫ РЕТИНОПАТИЯ ӘРТҮРЛІ БЕЛГІЛЕУ ӘДІСТЕРІМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ОНЫҢ ТАРАЛУЫ**

Ұсынған мақалада сусамырмен науқастанған 180 адамның «аударылу» бойынша және 121 аурудың скрининг зерттеу бойынша мәліметтері бейнеленген. Сусамырлы офтальмопатияның құралысы туралы пайда болған мәліметтер осы аурулардың хирургиялық емінің және лазеркоагуляциясының қажеттілігі туралы қорытынды жасауға қамтамасыз етті. Ұсынған нәтижелер сусамыр ретинопатияны ерте белгілеуінде сусамырмен ауратындарды скринингісінің жоғары нәтижелі екенін куәлендіреді.

Г. П. Аринова

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ГЛАЗА**

Кафедра глазных, ЛОР-болезней болезней с реаниматологией Карагандинской государственной медицинской академии

Повреждения органа зрения являются одной из главных причин слепоты и инвалидности, не имеющей тенденции к снижению, поэтому борьба с ними относится к важнейшим задачам национального здравоохранения. Мероприятия по борьбе с глазным травматизмом должны быть направлены на правильно организованную профилактику и оказание квалифицированной помощи.

По данным ряда авторов, доля поражений органа зрения в общей структуре травматических повреждений может быть весьма значительной и составлять от 2 до 15% от общего числа травм [2, 3, 4].

В Казахстане травмы глаза составляют от 3 до 20% госпитализированных в стационары для взрослых и от 8 до 28% – в детские. Установлено, что более чем в 40% случаев неблагоприятный исход глазных травм обусловлен недочетами в ведении больных на этапах эвакуации в офтальмологические учреждения. В нозологиче-

ской структуре первичной инвалидности вследствие глазной заболеваемости II место занимают травмы органа зрения (11%) [1].

Клинико-анатомический подход к лечению травмированного глаза, микрохирургическая техника обработки проникающих ранений и активная медикаментозная терапия раневого процесса обусловили значительное снижение неблагоприятных исходов при тяжелых проникающих ранениях глаза, однако количество энуклеаций вследствие посттравматических осложнений все еще велико и составляет от 1-2 до 18% [5].

Цель работы – изучение клинических особенностей проникающих ранений глазного яблока по архивным материалам за 2004 – 2006 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования послужили данные выкопировки из 141 медицинской карты (учетная форма 003/у) стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении «Микрохирургия глаза» ОМЦ г. Караганды в 2004 – 2006 гг. с диагнозом: проникающее ранение. Из них было 15 женщин и 126 мужчин. Возраст больных варьировал от 19 до 75 лет. В эту группу вошли 28 больных с разрывами фиброзной капсулы после контузии глазного яблока. У 30 больных отмечались внутриглазные инородные тела.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным отделения «Микрохирургия глаза» ОМЦ г. Караганды, в 2004 г. были госпи-

тализированы 47 больных с проникающим ранением, в 2005 г. – 50, в 2006 г. – 44. Удельный вес проникающих ранений глазного яблока составил 3,4% по отношению ко всем госпитализированным больным.

Среди пострадавших преобладали пациенты наиболее трудоспособного возраста: от 19 до 40 лет – 84 (60%), от 40 до 60 лет – 43 (33%). По полу преобладали мужчины (89%).

В структуре госпитализированных больных с проникающими ранениями преобладали городские жители: в 2004 г. – 38 (81%), в 2005 г. – 35 (70%), в 2006 г. – 32 (73%).

Социальный состав пострадавших был представлен пенсионерами и социально не защищенными слоями населения (неработающими, инвалидами по зрению, общему заболеванию) – 62 случая (44%), доля работающих лиц составила 79 (56%).

Травма органа зрения в состоянии алкогольного опьянения зарегистрирована в 10 случаях (7%). Среди мужчин этот показатель составил 96%. Одной из частых причин в состоянии опьянения явились умышленные травмы (80%) и собственная неосторожность (20%).

Частота травмы глаза возрастала в субботние и воскресные дни за счет увеличения числа контузионных повреждений в 2 раза.

Больные обратились в стационар в 1 сут после получения травмы в 90 (64%) случаев, 2-5 сут – в 27 (19%) случаев, позднее 7 сут – в 24 (17%) случаев. Позднее обращение за медицинской помощью связано как с отдаленностью проживания, так и недооценкой серьезности повреждения самими пострадавшими. У 6 больных проникающие ранения выявлены при осмотре офтальмологом тяжелых больных в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Преобладала доля бытового травматизма над производственным – 108 (77%), в 3 (2%) случаях повреждения органа зрения имели криминальный характер.

Анализ условий, при которых произошла производственная травма глазного яблока, выявил, что основными причинами повреждения явились неправильная организация труда, недостаточный надзор за соблюдением правил техники безопасности при выполнении работ, нарушение трудовой дисциплины, недостаточное инструктаж на рабочем месте и недостаточное обучение безопасным приемам работы, неудовлетворительное содержание рабочих мест, алкогольное опьянение. В ряде случаев причины травмы глаза были технического характера – несоответствие технологии правилам и нормам техники безопасности, недостаточная автоматизация работ, неисправность технологического оборудования, инструментария, неисправность или несовершенство предохранительных устройств.

Значительная часть бытовых травм получена в состоянии алкогольного опьянения, при

драке, семейных неурядицах, в результате хулиганства, неосторожности при выполнении хозяйственных домашних работ. Изучены виды про-

Таблица 1.
Виды проникающих ранений у пострадавших

Вид проникающего ранения	Всего глаз	%
Роговичное ранение	59	42
Склеральное ранение	41	29
Роговично-склеральное ранение	38	27
Разрушение глаза	3	2
Итого	141	100

кающих ранений у пострадавших (табл. 1).

Среди всех проникающих ранений на долю роговичного ранения приходилось 59 (42%) глаз, склерального – 41 (29%), корнеосклерального – 38 (27%).

Размеры ран от 2 до 10 мм отмечены в 61 случае (43%), 11-20 мм – в 47 (33%) и более 21 мм – в 33 (24%).

В 30 случаях (21%) проникающие ранения сопровождались внедрением инородного тела в полость глаза, из них в 7 случаях (23 %) инородные тела были амагнитными. Проанализирована

Таблица 2.
Локализация инородных тел при проникающих ранениях

Локализация инородного тела	Количество случаев	%
В орбите за глазным яблоком	14	47
В углу передней камеры	8	27
В хрусталике	1	3
В стекловидном теле	3	10
Пристеночно	4	13
Итого	30	100

локализация инородных тел (табл. 2).

У многих больных проникающие ранения роговицы и склеры сочетались с повреждением придатков глаза и внутренних структур глазного яблока. Изучены патологические изменения, встречавшиеся у пострадавших (табл. 3).

Инфицированные ранения в 5 случаях (4%) сопровождались эндофтальмитом. В 28 (20%) случаях при поступлении были выявлены признаки раневой инфекции: инфильтрация краев раны, опалесценция влаги передней камеры, гипопион, экссудат на передней капсуле хрусталика, в стекловидном теле.

Таблица 3.
Патологические изменения глазного яблока и придатков при проникающих ранениях

Вид повреждения	Количество случаев	%
Отрыв и разрыв краев век	15	7
Повреждение слезных канальцев	4	2
Гифема	50	24
Выпадение внутренних оболочек	54	26
Травматическая катаракта	34	16
Гемофтальм	52	25
Итого	209	100

Среди проникающих ранений, осложненных инфекцией, на I месте по числу случаев находились ранения роговицы (40%), II место заняли ранения корнеосклеральной зоны (38%), III – ранения склеры (22%). Как показали данные бактериологического исследования, из 50 случаев выделения возбудителя у больных с бактериальной инфекцией в 94% (47 больных) микрофлора была представлена одним видом того или иного микроорганизма и в 6% (3 больных) имела смешанный характер. При моноинфекции *S. epidermidis* выделен в 64% случаев, *S. aureus* в 20% случаев, *S. saprophyticus* – в 2%, *E. coli* – в 6%. При травмах, осложненных смешанной бактериальной инфекцией встречались ассоциации *S. epidermidis* и *S. aureus* (4%), *S. epidermidis* и *E. coli* (4%).

Первичная эвисцерация осуществлена в 3 (2%) случаях из-за разрушения глазного яблока. Сочетанные повреждения глаз и других частей тела регистрировались в 19 (13%) случаях (табл. 4).

В 1 сут с момента поступления в стационар помощь была оказана 125 больным (89%), в

Таблица 4.
Виды сочетанных повреждений у пострадавших

Вид сочетанных повреждений	Количество случаев	%
Повреждение придаточных пазух	2	11
Черепно-мозговая травма	7	37
Повреждение лицевой области	8	42
Повреждение верхних конечностей	1	5
Повреждение нижних конечностей	1	5
Итого	19	100

последующие 1-3 сут – 16 (11%) в связи с общим состоянием больных, не позволяющим осуществить первичную хирургическую обработку раны. Предпринимались следующие виды хирургических вмешательств: первичная хирургическая обработка раны с наложением швов на рану роговицы или склеры – 132 больным (94%), удаление инородного тела – 16 (11%) (остальные отправлены в КАЗНИИГБ), удаление травматической катаракты – 7 (5%), передняя витректомия – 4 (3%), эвисцерация – 3 больным (2%).

Проанализированы показатели остроты

Таблица 5.
Динамика остроты зрения у больных с проникающими ранениями глазного яблока

Visus	При поступлении		При выписке	
	абс.	%	абс.	%
0	40	28	32	23
Proectio lucis incerta	31	22	27	19
Proectio lucis certa	26	18	21	15
0,01-0,06	10	7	12	9
0,07-0,1	15	11	14	10
0,2-0,6	11	8	16	11
0,7-1,0	8	6	19	13
Итого	141	100	141	100

зрения в группе больных с проникающими ранениями глазного яблока (табл. 5)

У 68% больных отмечено резкое снижение исходного зрения, свидетельствующее о тяжести травмы и развитии осложнений. Несмотря на современные способы микрохирургического и медикаментозного лечения, светоощущение с неправильной проекцией отмечено у 27 больных (19%), отсутствие зрения – у 32 (23%).

Однако при правильной и своевременной обработке проникающих ранений глазного яблока количество слепых глаз снижается и повышается количество глаз с более высокой остротой зрения, чем при поступлении.

ВЫВОДЫ

1. Удельный вес проникающих ранений глазного яблока составляет 3,4% по отношению ко всем госпитализированным больным в отделение «Микрохирургия глаза» ОМЦ г. Караганды.

2. Среди пострадавших преобладали пациенты наиболее трудоспособного возраста (60%).

3. Проникающие ранения глазного яблока сопровождалась внедрением инородного тела в полость глаза (21%), сочетались с выпадением внутренних оболочек (26%), гемофтальмом (25%), осложнялись эндофтальмитом (4%), гной-

ным увеитом, что определило тяжесть исходов травмы.

4. Наиболее часто инфекционные осложнения имели место при проникающих ранениях роговицы (40%) и корнеосклеральной зоны (38%).

5. Результаты бактериологического исследования показали наличие моноинфекции в 94% случаев с преобладанием *S. epidermidis* (64%).

6. Сочетанные повреждения, утяжеляющие общее состояние пострадавших также оказали негативное влияние на визуальные исходы.

7. С целью профилактики слепоты и слабости зрения вследствие травмы органа зрения необходимо строгое соблюдение правил техники безопасности на предприятиях и активное внедрение санитарно-просветительной работы среди населения.

ЛИТЕРАТУРА

G. P. Arinova

CLINICAL FEATURE OF PENETRATING WOUNDS OF EYES

Eyes traumatism is one of the basic cause of invalids eyes. Hard wound late appeals to the medical care, complicated current after traumatic periods combine with injuries become worse visual results.

Г. П. Аринова

КӨЗ ӨТПЕЛІ ЖАРАҚАТТАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Көз жарақаттанушылығы біріншілік көру мүгедектігінің негізгі себебтерінің бірі болып келеді. Жарақат ауырлығы медициналық көмек кеш қабылдау, жарақаттан кейінгі кезеңнің асқынуы ағымы, қабаттас жарақаттар көру қызметтері нәтижелерін ауырлатады.

A. З. Асыллов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТОДОМ МОНО- И БИПОЛЯРНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИИ

НЦ урологии им. Б. У. Джарбусынова (Алматы)

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) по-прежнему остается одной из самых частых патологий у мужчин пожилого возраста и составляет 185,6 на 100 тыс. взрослого мужского населения.

Несмотря на неоспоримые преимущества трансуретральной резекции (ТУР) при ДГПЖ, частота неудовлетворительных результатов остается довольно высокой, достигая 20-30%. Это обусловлено не только возрастом пациентов и сопутствующей интеркуррентной патологией, но и особенностями трансуретральной резекции как метода. В связи с этим осуществляется активный поиск новых малоинвазивных эндоскопических методов лечения больных с ДГПЖ, в том числе и эндоскопических. Одним из таких методов является биполярная трансуретральная резекция простаты.

Биполярная трансуретральная резекция (Б

1. Ботабекова Т. К. Состояние здоровья населения и приоритетные направления развития офтальмологической службы Республики Казахстан /Т. К. Ботабекова, Ю. С. Краморенко //Каз. офтальмол. журн. – 2002. – № 2 – 3. – С. 3 – 5.

2. Гундорова Р. А. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях /Р. А. Гундорова, В. В. Кашников. – Новосибирск. – 2002. – С. 5 – 96.

3. Даниличев В. Ф. Современная офтальмология: Рук. для врачей. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 159 – 177.

4. Лебедев П. И. Прободные ранения глаз. – Л., 1974. – 208 с.

5. Сулеева Б. О. Внедрение новых технологий в профилактику, лечение и предупреждение тяжелых исходов травм глаза /Б. О. Сулеева, С. Е. Мамбетов //Актуальные проблемы офтальмологии. – Алматы, 2003. – С.147 – 150.

-ТУР ДГПЖ) – это уникальная электрохирургическая технология, которая основана на лучших достижениях монополярной ТУР ДГПЖ, в которой резекция ткани ДГПЖ происходит за счет преобразования радиочастотной энергией проводящего солевого ирриганта в плазменное поле с высоко-озонированными частицами с минимальным побочным повреждением резидуальных тканей, так как температура ткани составляет 40 – 70°C. Для создания плазменного поля между электродами применяется электропроводящая среда – 0,9% раствор натрия хлорида.

Цель исследования – сравнительный анализ клинических результатов лечения больных ДГПЖ двумя методами трансуретральной резекции: моно- и биполярной ТУР ДГПЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены данные комплексного обследования и анализы результатов лечения 51 больного, перенесшего биполярную ТУР ДГПЖ в урологическом отделении ГККП «1 городская больница» г. Астаны в 2006 – 2007 гг.

Ретроспективному анализу подвергнуто 53 истории болезни пролеченных больных за период с 2004 по 2005 г., пациенты данной категории составили контрольную группу. В общей сложности изучены результаты лечения 104 больных ДГПЖ. Возраст пациентов составил от 42 до 84 г. Объем предстательной железы составлял от 20

до 140 см³. Обе группы сравнения были репрезентативны.

Обследование пациентов включало в себя сбор анамнеза и жалоб, особое внимание при этом уделяли клиническим проявлениями обструкции нижних мочевых путей с целью определения плана и объема урологического обследования. Обращали внимание на состояние мочевых путей, эпизоды гематурии и острой задержки мочеиспускания, наличие мочевой инфекции, перенесенные хирургические вмешательства на органах мочевой системы, брюшной полости, таза. Выясняли наличие сопутствующих заболеваний, сведения о приеме медикаментозных средств, в первую очередь тех, которые могли повлиять на сократительную способность детрузора.

Для объективизации оценки жалоб и клинического состояния у всех больных осуществлялся опрос по международной шкале простатических симптомов (I-PSS) и качеству жизни (QoL) в баллах. IPSS умеренно выраженной симптоматики (8-19 баллов) регистрировалась у 37 (35,58%) пациентов, а значительно выраженная (20-35 баллов) у 67 (64,42%) больных. Качество жизни (QoL) оценили как «чувство дискомфорта» 9 больных, «неудовлетворительное» 48 и «плохо» – 44 находившихся под наблюдением.

При физикальном обследовании внимание уделяли результатам пальцевого ректального исследования. В процессе осмотра осуществляли оценку размеров, консистенции, формы и четкости контуров простаты, консистенции ее ткани, выраженности срединной борозды, наличие болезненных участков или участков уплотнения при пальпации.

Лабораторное обследование проводили по общепринятым методикам. При патологических изменениях осадка мочи проводили бактериологическое исследование с определением микробного числа, вида микроорганизмов и чувствительности к антибактериальным препаратам. Для оценки интраоперационной кровопотери собирали промывную жидкость во время операции и определяли содержание гемоглобина в ней по фотоэлектроколориметрическому методу.

У всех пациентов до операции определяли уровень и соотношение ПСА. Уровень ПСА не превышал возрастной нормы у 81,15% больных, был повышен у 18,85% пациентов, которым была выполнена трансректальная б-точечная биопсия простаты. У 103 пациентов гистологически был подтвержден диагноз ДГПЖ, у 1 больного была выявлена гиперплазия простаты с участками высокодифференцированной аденокарциномы.

Рентгенологические методы включали в себя обзорную и экскреторную урографию.

Всем больным проводили ультразвуковое исследование. Объем простаты, по данным УЗИ, составлял до 40 см³ – у 17 (16,35%) пациентов; от 40 до 60 см³ – у 34 (32,69%) больных, от 60 до 100 см³ – у 39 (37,5%) больных, более 100 см³ – у 14 (13,46%) пациентов.

Кроме перечисленных, методы диагностики включали в себя уродинамическое исследование (урофлоуметрия) нижних мочевых путей. При отсутствии препятствий к опорожнению мочевого пузыря Q составляет 17 мл/сек. При Q от 15 до 10 мл/сек легкая степень нарушения уродинамики отмечалась у 17 пациентов, при Q от 10 до 5 мл/сек выраженные нарушения зарегистрированы у 89 пациентов, значения Q ниже 5 мл/сек (тяжелая степень) отмечалась лишь у 2 пациентов. Комплекс исследований позволил объективно определить функциональное состояние мочевыводящих путей, а также оценить и прогнозировать результаты лечения.

Сравнительный анализ результатов двух методов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (Б-ТУР ДГПЖ и ТУР ДГПЖ) проводили на основании оценки таких показателей, как длительность послеоперационного периода, длительность дренирования мочевого пузыря после операции, объема кровопотери во время операции, объем удаляемой ткани простаты в час, частота и характер развития воспалительных осложнений, IPSS до и после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основную группу составил 51 больной, перенесший Б-ТУР ДГПЖ. Контрольную группу составили 53 больных, перенесших монополярный ТУР ДГПЖ с 2004 по 2005 гг.

Первым критерием сравнительного анализа считали длительность пребывания пациентов в стационаре. В контрольной группе минимальный срок пребывания в стационаре составил 6 сут, максимальный – 14 сут, в среднем – 10,5 койко-дней. В основной группе средний срок пребывания составил – 7,4 сут, то есть в основной группе пребывание в стационаре было на 3 дня меньше, чем в контрольной.

Вторым критерием сравнения выбрана длительность дренирования мочевого пузыря в ранний послеоперационный период. В контрольной группе она составила 3,2 сут, а в основной – в среднем 1,7 сут, то есть на 1,5 сут меньше.

Следующими критериями сравнения являлись объем интраоперационной кровопотери и объем удаленной ткани за 1 час ТУР.

В контрольной группе средний объем кровопотери составил 326,54 мл за один 1 час резекции, в основной – 153,64 мл за 1 час резекции. Это подтверждает тот факт, что лучший интраоперационный гемостаз наблюдался при Б-ТУР ДГПЖ, то есть отмечалось уменьшение кровопотери в 2 раза по сравнению с контрольной группой. После монополярной ТУР ДГПЖ умеренное послеоперационное кровотечение регистрировалось у 6 (11,32%) больных из 53, при этом 4 пациентам потребовалось переливание свежезамороженной плазмы. Внутрипузырное кровотечение, как правило, наступало в первые сутки после операции. У 2 больных кровотечение привело к тампонаде сгустками мочевого пузыря, что

Характер и частота воспалительных осложнений у больных после ТУР ДГПЖ

Осложнение	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Резорбтивная лихорадка	4	7,54	1	1,96
Обострение хронического пиелонефрита	3	5,66	2	3,92
Обострение хронического простатита	2	3,77	2	3,92
Послеоперационный эпидидимоорхит	–	–	–	–
Послеоперационный фуникулит	–	–	–	–
Гнойный уретрит	1	1,88	–	–
Инфицированный струп	2	3,77	–	–
Другие невоспалительные осложнения	4	7,54	2	3,92
Без осложнений	37	69,84	44	86,28
Всего	53	100	51	100

удалось остановить лишь инструментальным путем. После биполярной электрорезекции умеренное кровотечение, не потребовавшее трансфузии, наблюдали у 2 (3,92%) из 51 больных.

Показатели гемоглобина и гематокрита после биполярной ТУР гиперплазии простаты существенно не изменились, у пациентов, подвергшихся монополярной резекции, эти же показатели ухудшились. При Б-ТУР снижение уровня гемоглобина составило в среднем 0,15 г/дл. При монополярной ТУР показатели потери гемоглобина были выше и составляли в среднем 1,93 г/дл.

Несколько по-иному обстояло дело с объемом резецируемой ткани за 1 час резекции. В контрольной группе средний объем удаленной ткани составил 61,8 г, в основной группе этот показатель был 49,6 г, то есть на 12,2 г меньше.

Особое внимание уделяли такому понятию, как «качество жизни» (QoL). По данным, этот показатель у больных не отличался. Отмечено улучшение качества жизни через 1 мес. после операции в обеих группах.

Сравнение динамики I-PSS до и после лечения показало, что через 2 мес. степень изменений показателя после Б-ТУР составляла 2,5 балла при исходном среднем значении 21,1, при монополярной ТУР – 3,5 балла после операции при исходных показателях в 22,3 балла. Значительная положительная динамика наблюдалась в обеих группах сравнения уже через 1 мес. после операции.

К наиболее частым и опасным осложнениям ТУР ДГПЖ относят инфекционно-воспалительные. Так, в контрольной группе воспалительные осложнения развились в 22,6% случаев, в основной – только в 9,8%. Изучены характер и частота воспалительных осложнений в ранний послеоперационный период в обеих группах сравнения.

Таких осложнений, как перфорация мочевого пузыря, перфорация хирургической капсулы предстательной железы и ТУР-синдром, у наблюдавшихся больных отмечено не было. Недержание мочи после операции так же не было выявлено. Ретроградная эякуляция отмечалась у 50% больных в обеих группах, однако это состояние не оценивали как осложнение методов.

ВЫВОДЫ

1. Биполярная трансуретральная резекция эффективна при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что подтверждается нормализацией показателей I-PSS и качества жизни уже через 1 мес. после операции. Она отличается большей безопасностью в отношении развития кровотечений и электролитных расстройств, что позволяет расширить показания к ее применению у больных с выраженной патологией сердечно-сосудистой системы.

2. Преимуществами биполярной трансуретральной электрорезекции, по сравнению с монополярной трансуретральная резекцией ДГПЖ, являются в 2 раза меньшая интраоперационная кровопотеря; на 1,7 сут более короткий период дренирования мочевого пузыря после операции; отсутствие ТУР-синдрома, так как в качестве ирригационной жидкости используется физиологический раствор; более короткий период пребывания в стационаре после операции (7,4 койко-дня); возможность использования метода у больных с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями.

3. Применение биполярной трансуретральной резекции в лечении больных ДГПЖ позволило снизить частоту воспалительных осложнений с 22,6 до 9,8% без усиления антибактериальной терапии в послеоперационный период.

Поступила 31.07.07

A. Z. Asylov

RESULTS OF TREATMENT OF NONMALIGNANT HYPERPLASIA OF PROSTATE USING THE METHOD OF MONO- AND BIPOLAR TRANSURETHRAL ELECTRIC RESECTION

There are the data of comparative analyses of two endoscopic methods of treatment of nonmalignant hyperplasia of prostate described in the article. These data confirm the clinical efficiency of bipolar transurethral resection in the treatment of patients with nonmalignant hyperplasia of prostate.

А. З. Асыллов

ЗАРАРСЫЗ ГИПЕРПАЗИЯ БЕЗІН МОНО ЖӘНЕ БИПОЛЯРЛЫҚ ӘДІСПЕН ТРАНСУРЕТРАЛДЫ ЭЛЕКТОРЕЗЕКЦИЯМЕН ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Мақалада зарарсыз гиперплазия безін екі эндоскопиялық емдеу тәсілінің салыстырмалы талдау деректері келтіріледі, ол гиперплазия безі дертіне шалдыққан науқастарды емдеуде биполярлық трансуретралдық резекцияны қолданудың клиникалық тиімділігін бекітеді.

**Е. Ж. Енсебаев, Е. А. Рассказов,
П. И. Шолох**

**ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
УРЕТЕРОРЕНОСКОПИИ НА ВЕРХНИХ
МОЧЕВЫХ ПУТЯХ**

ГККП «Первая городская больница» (Астана)

Последнее десятилетие охарактеризовалось широким внедрением малоинвазивных эндоскопических методов лечения мочекаменной болезни (МКБ). МКБ занимает одно из ведущих мест в структуре урологических заболеваний, достигая 35% от их общего числа. Успешное выполнение эндоскопических операций в значительной степени зависит от анатомических особенностей строения как нижних, так и верхних мочевых путей. Только с учетом анатомии и топографии мочеточников и полостной системы почек необходимо строить тактику оперативных эндоскопических пособий при острых и хронических обструктивных уropатиях. Игнорирование анатомо-топографических особенностей верхних мочевых путей в соотношении с размерами конкрементов является основной причиной неудач при выполнении уретерореноскопии (УРС).

Цель работы – на основании ретроспективного анализа выявить зависимость между анатомо-топографическими особенностями верхних мочевых путей и выявленными техническими трудностями при проведении УРС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективному анализу были подвергнуты результаты 700 уретеролитрэкстракций и уретерореноскопий с контактной пневмолитотрипсией, осуществленных в 2005 – 2007 гг. в урологическом отделении ГККП «Первая городская больница».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При ретроспективном анализе выполненных уретерореноскопий отмечено, что в ряде отделов мочеточника возникали проблемы с проведением инструмента по его просвету. Оперирующий хирург сталкивался с подобными трудностями при 42 процедурах, что составило 6% от

общего числа всех УРС. У 7 больных операция была остановлена и конкременты из нижней трети в различные сроки отошли самостоятельно на фоне консервативной терапии. 24 операции завершились установкой почечного стента с последующим проведением ДУВЛТ. При 11 операциях этот факт явился причиной перехода с эндоскопической операции на открытое оперативное лечение (конверсия).

Закономерно предположить, что причиной этих неудач являлись не только уровень технической вооруженности, но и анатомо-топографические особенности строения верхних мочевых путей. Мочеточник (ureter) представляет собой длинную, цилиндрической формы трубку, соединяющую лоханку почки с мочевым пузырем. Различают два отдела: брюшной (pars abdominalis) и тазовый (pars pelvina). Длина мочеточника у мужчин равна 30-32 см, у женщин – 27-29 см. Правый мочеточник несколько короче левого. Около 2 см его длины приходится на внутривнутрипузырную часть, диаметр на всем протяжении составляет от 0,5 до 1 см, в воротах почки мочеточник находится позади почечных сосудов, далее расположен забрюшинно, окружен клетчаткой и фасциальным футляром, который является продолжением наружной капсулы почки, образованным листками забрюшинной фасции. Соединительно-тканными перемычками мочеточник тесно связан с париетальным листком брюшины.

Оба мочеточника лежат на передней поверхности m. psoas major, пересекая ее сверху вниз и снаружи внутрь. Приблизительно в середине подвздошной мышцы мочеточник пересекает своей передней поверхностью vasa testicularia (у женщин – v. ovarica), а несколько ниже своей задней стенкой – n. genito-femoralis. У linea terminalis правый мочеточник пересекает спереди наружную подвздошную артерию (a. iliaca externa), левый – общую подвздошную артерию (a. iliaca communis).

В полости малого таза мочеточник, находясь под париетальным листком брюшины, направляется вниз, медиально к мочевому пузырю под ductus deferens, у женщин проходит через клетчатку широкой связки матки, пересекает

сзади и снизу а. uterina и по переднелатеральной стенке дна влагалища подходит к мочевому пузырю. В мочевом пузыре мочеточник верхней своей стенкой образует выстланную с обеих сторон слизистой оболочкой складку, которая способна сокращаться и закрывать его просвет. Этот клапан в нормальных условиях препятствует затеканию мочи из пузыря в лоханку.

Внутри от правого мочеточника располагается нижняя полая вена, снаружy – внутренний край восходящей ободочной и слепой кишки. Внутри от левого мочеточника располагается аорта, снаружy – внутренний край нисходящей ободочной кишки.

Слизистая оболочка состоит из многослойного переходного эпителия Генле и из основы, богатой волокнистой соединительной тканью и эластическими волокнами. Слизистая на всем протяжении образует складки, благодаря чему мочеточник при поперечном его разрезе имеет звездчатую форму.

Стенка мочеточника состоит из трех оболочек: слизистой, мышечной и адвентициальной. Слизистая оболочка собрана в продольные складки. Мышечная оболочка на протяжении мочеточника построена неодинаково: в верхних двух третях она состоит из внутреннего продольного и наружного циркулярного слоев; в нижней трети к ним прибавляется третий слой – наружный продольный («мочеточниковое влагалище» Вальдейера); во внутривенной части мочеточника циркулярный слой исчезает, остаются только продольные слои.

В клиническом, прикладном аспекте больший интерес представляет топография мочеточника. Последний делится на брюшную, тазовую и внутривенную (интрамуральную) отделы. Две первые части имеют приблизительно одинаковую длину, равную 15-17 см; последняя прорободает стенку мочевого пузыря косо под острым углом, проходя расстояние около 1,5-2 см. Просвет мочеточника неравномерен. Наибольшая ширина просвета брюшной части равна 8-13 мм, тазовой части – 6 мм [1, 2, 3, 4].

Мочеточник имеет три физиологических сужения. Первое сужение в лоханочно-мочеточниковый сегмент (ЛМС) – место перехода лоханки в мочеточник. В этом сужении просвет составляет от 2 до 4 мм в диаметре. В практическом плане необходимость проходить через ЛМС возникла редко, поэтому если нужно было ревизировать полостную систему почки, через ЛМС проводился проводник – мочеточниковый катетер №4-№5 по Шр. Далее аккуратно предпринимались попытки провести инструмент в момент выброса мочи из лоханки через сегмент. Следует указать, что дополнительную трудность создавала дыхательная экскурсия почки, вызывая изгиб в ЛМС. Это приходится учитывать при прохождении ЛМС, и ловить момент выдоха, когда почка уходит вверх, «расправляя» ЛМС.

Следующее сужение соответствует среднему уровню и обусловлено пересечением мочеточников с подвздошными сосудами. В этом отделе мочеточник имеет просвет от 4 до 6 мм. В практическом плане данное сужение не вызывало особых проблем, хотя, по литературным данным, именно оно имеет наибольшее практическое значение. Существует и рекомендуется прием изменения положения уретерореноскопа на 180° по часовой стрелке для облегчения прохождения сужения инструментом. Трудности в этом сужении возникли только при уретеролитоэкстракции крупных конкрементов или фрагментов конкремента после контактной пневмолитотрипсии. В такой ситуации дополнительно вводили жидкость по уретерореноскопу, чтобы дополнительно дилатировать мочеточник и можно было низвести конкремент.

Следующий и наиболее проблемный отдел мочеточника – нижний, тазовый отдел мочеточника. W. Waldejer выделяет в области таза пристеночную и висцеральную части мочеточника [5, 6]. Просвет вблизи впадения его в мочевой пузырь составляет 4 мм, а в висцеральной части до 6 мм. Здесь расположен самый узкий отдел мочеточника – интрамуральный. Именно этот отдел наиболее труден для введения инструмента из-за малого просвета и малой подвижности. В этом отделе наиболее часто происходила травматизация слизистой мочеточника и его стенки, делающая невозможным дальнейшее проведение УРС.

Общепринятым считается прием бужирования устья мочеточника или девиация последнего форсированной струей ирриганта по просвету уретерореноскопа, но при этом возможна дислокация конкремента вверх, что также затрудняет УРС. Чаще всего прибегали к установке проводника в виде мочеточникового катетера №4-5 по Шр. Это позволяло относительно безопасно проводить инструмент с легким усилием при необходимости.

Таким образом, мочеточник представляет собой длинную, не просто цилиндрической формы трубку, соединяющую лоханку почки с мочевым пузырем, а сложный орган с характерными для него анатомо-топографическими особенностями строения. Это обуславливает возникновение технических трудностей при проведении инструмента по его просвету через анатомические сужения, а порой является причиной конверсий. Игнорирование анатомо-топографических особенностей строения мочеточника недопустимо при выполнении УРС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайворонский И. В. Нормальная анатомия человека. – СПб, 2001 – С. 451 – 494.
2. Волкова О. В. Гистология, цитология, и эмбриология. – М.: Медицина, 1996. – С. 367 – 420.
3. Лопаткин Н. А. Урология. – М., 2005. – С. 12 – 38.

4. Ткаченко Б. И. Основы физиологии человека. – СПб, 1994. – Т. 1. – С. 493 – 528.
5. Танаго Э. Урология по Дональду Смуту /Э. Танаго, Дж. Маканинча. – М., 2005. – С. 11 – 26.

6. Чухриенко Д. П. Атлас операций на органах мочеполовой системы /Д. П. Чухриенко, А. В. Люлько. – М., 1972. – С. 93 – 120.

Поступила 30.07.07

**Ye. Zh. Yensebayev, Ye. A. Rasskazov, P. I. Sholokh
PECULIARITIES OF ACCOMPLISHMENT OF URETEROSCOPY ON HIGH URINARY TRACTS**

The anatomist-topographical particularities of the construction happen to In article ureter and bound here-with technical difficulties when performing ureterorenoscopy. Short analysis of the failures is Given when performing ureterorenoscopy with provision for specified particularities of the construction ureter.

**Е. Ж. Енсебаев, Е. А. Рассказов, П. И. Шолох
ЖОҒАРҒЫ ЗӨР ШЫҒАРУ ЖОЛДАРЫНДАҒЫ УРЕТЕРОРЕНОСКОПИЯНЫ ОРЫНДАУДЫҒ ЕРЕК-ШЕЛІКТЕРІ**

Мақалада анатоми – топографиялық ерекшеліктерді тура келеді құрылымдар және байлаулылар қысқаша техникалық қиындық мыналар жанында уретерореноскопия орындалуы жанында тап осы талдау – уретерореноскопия орындалуында құрылым көрсетілген ерекшеліктері есепке алады.

**М. Г. Булегенова, Т. Т. Нурпеисов,
Р. Б. Акпеисова**

**ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА
БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ,
ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ кардиологии и внутренних болезней (Алматы)

В настоящее время неотъемлемой частью научной медицины является определение иммунного статуса пациентов с различной патологией и последующая коррекция выявленных изменений. В практическом же здравоохранении широко распространено включение иммуномодулирующих лекарственных средств в схемы лечения различных заболеваний зачастую без должного лабораторного контроля, что может обусловить неэффективность терапии или развитие побочных реакций на иммуномодуляторы. В то же время чрезвычайно популярно мнение, что развитие ряда заболеваний связано со «сниженным» иммунитетом и необходимо его регулярное «повышение» лекарственными средствами. Эти проблемы вызывают необходимость в исследовании потребности населения в иммунологических исследованиях и методах терапии.

Иммунограмма – это набор показателей, полученных при иммунологическом обследовании. Назначая иммунологическое обследование, врач предполагает уточнить характер изменений/дисфункций иммунной системы, вызванных патологическим процессом. Повторяющиеся бактериальные, вирусные и грибковые инфекции, аллергические проявления, возникновение системных заболеваний говорят о существовании нарушений в иммунной системе. Выделяют три основные группы нарушений иммунной системы:

- количественная или функциональная недостаточность того или иного звена иммунитета, что ведет к развитию иммунодефицитного состояния;

- нарушение в распознавании антигена иммунной системой, что ведет к развитию аутоиммунных процессов;

- гиперреактивный или «извращенный» иммунный ответ, проявляющийся в развитии аллергических заболеваний.

Оценка иммунореактивности человека предполагает дифференцированную характеристику различных звеньев иммунной системы. Иммунологическое обследование включает в себя сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное обследование и трактовку полученных данных.

Научно доказано, что проблема иммунодефицитов (особенно вторичных) актуальна и обусловлена многими факторами, в числе которых неуклонный рост числа возбудителей, обладающих множественной устойчивостью к антимикробным препаратам; ассоциированных инфекций; заболеваний, в патогенезе которых выявляются нарушения иммунной защиты организма; бесконтрольного приема антибактериальных и гормональных препаратов. Не последнюю роль также играют ухудшение экологической обстановки и растущая аллергия населения.

В результате отмечается увеличение количества вялотекущих, рецидивирующих инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательного, урогенитального, желудочно-кишечного трактов, кожи и мягких тканей. Однако при этом необходимо учитывать, что определяемые изменения показателей иммунитета могут носить транзиторный характер и свидетельствовать о включении комплексных иммунологических реакций для удаления чужеродного агента и восстановления внутреннего гомеостаза. Лечение должно приводить к исчезновению симптоматики заболевания, улучшению состояния пациента и,

естественно, к восстановлению выявленных изменений показателей иммунитета. Однако не всегда события развиваются с ожидаемым врачом и пациентом результатом. Антибактериальная терапия приводит к временному улучшению, а антибиотикотерапия зачастую бывает неэффективна. Без сопутствующего повышения иммунологической реактивности практически невозможно добиться выраженного клинического эффекта при затяжных инфекционно-воспалительных процессах.

С другой стороны, иммуноэпидемиологические исследования взрослого населения (условно здоровые пациенты) показывают наличие отклонений от общепринятых норм как в сторону активации, так и снижения показателей иммунного статуса. Выявленные изменения не обязательно являются векторами аутоиммунных реакций, гиперчувствительности или иммунодефицитного состояния. Именно поэтому имеет смысл определение показателей иммунитета у условно здоровых людей для последующего учета и интерпретации возникающих изменений, более четкого определения патогенеза заболевания и прицельного назначения лекарственных препаратов, модулирующих процессы иммунитета.

Все это определяет необходимость учета возраста, пола и места жительства пациента при интерпретации результатов иммунологического исследования, так как эти параметры могут определять особенности иммунограммы в норме.

Информативность иммунограммы повышается при исследовании в динамике. При единичном исследовании иммунограмма дает лишь ориентировочное заключение, а не окончательный вывод для диагноза и прогноза. Интерпретация показателей иммунограммы и назначение иммуноотропных препаратов должно осуществляться на основе и с учетом симптоматических проявлений, основных клинико-лабораторных анализов, в комплексе с патогенетической терапией.

В практической медицине спектр иммунологического обследования определяется возможностями лечебного учреждения и лаборатории. В связи с этим Всемирная организация здравоохранения опубликовала Меморандум по правильному и неправильному использованию методов клинической иммунологии, в котором определяются два уровня значимости исследования – абсолютная необходимость и полезность. Например: количественная оценка уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови **абсолютно необходима** при подозрении на первичную или вторичную иммунную недостаточность и для определения эффективности иммуноглобулинотерапии, определение содержания IgM в пуповинной крови новорожденных **полезно** при подозрении на врожденную инфекцию; определение аутоантител **абсолютно необходимо** для диагностики системной красной волчанки и **полезно** для диагностики смешанных аутоиммунных процессов и т.д. Функциональные тесты необходимы в случае предпо-

лагаемых или доказанных первичных иммунодефицитов, полезны – при вторичных иммунодефицитных состояниях и не могут быть признаны повседневными тестами.

С практической точки зрения иммунологическое обследование рационально подразделять на следующие уровни:

1. Ориентировочный – состоит из клинического анализа крови с подсчетом числа лейкоцитов и формулы, содержания общего количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-эффорных/цитотоксических клеток, В-лимфоцитов, определения уровня основных сывороточных иммуноглобулинов (А, М, G, Е), определения иммунорегуляторного индекса, фагоцитоза. Этот набор тестов позволяет оценить состояние Т- и В-систем, неспецифический иммунный ответ.

2. Тесты углубленного анализа – включают в себя оценку функциональных показателей различных звеньев иммунитета: пролиферативную, миграционную активность клеток в ответ на стимуляцию митогеном или антигеном, расширенный спектр субпопуляций Т-лимфоцитов, естественных киллерных клеток, определение способности иммунокомпетентных клеток продуцировать цитокины, состояние системы комплемента, наличие аутоантител и т.д. При этом данные методики не являются повседневными, их назначение и проведение должно осуществляться только клиническими иммунологами.

Для интерпретации данных иммунограммы существуют определенные принципы чтения: а) комплексный анализ всегда более информативен, чем отдельно взятый показатель, так как иммунная система является многокомпонентной, работа всех звеньев тесно взаимосвязана и в результате достаточно долго компенсирует возникшие нарушения; б) сопоставление – соотношение между популяционным и субпопуляционным составом клеток всегда гораздо важнее и показательнее, чем отдельно взятые показатели. Относительные величины являются достаточно стабильными, менее подвержены колебаниям, поэтому несут более ценную информацию, однако отклонение в абсолютных показателях всегда сильнее выражено; в) выраженные сдвиги в количественных параметрах наиболее показательны, причем наличие базисной иммунограммы поможет определить степень нарушений. Проведение первичной иммунограммы условно здоровым пациентам позволит определить региональные нормы иммунограммы, так как каждый регион или область характеризуется наличием определенных отклонений от общепринятых нормальных значений. Эти изменения могут быть обусловлены применением разных методик, их модификаций, различными ингредиентами. Даже использование реактивов различных производителей может вызвать «фоновые» изменения показателей иммунной системы.

При оценке иммунограммы ведущими должны быть выраженные клинические симптомы, полноценный анализ иммунограммы возмо-

жен только в комплексе с клиническим состоянием и анамнезом больного. Даже отсутствие отклонения какого-либо значимого параметра не меняет заключения при четких и однозначных клинических симптомах заболевания. Отсутствие характерных сдвигов в иммунограмме при выраженной клинической картине болезни следует считать атипичной реакцией иммунной системы, что является отягчающим признаком заболевания, указывает на тяжелое течение и неблагоприятный прогноз. Поэтому важно сопоставлять иммунограмму с клинической картиной.

Таким образом существует необходимость проведения сравнительного анализа показателей иммунограммы у первично обращающихся пациентов с целью выявления степени нарушений или их отсутствия, сопоставления данных изменений с выраженностью/отсутствием симптомов заболевания, необходимости назначения иммунокорректирующей терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК регулярно проводит определение параметров иммунитета у стационарных и амбулаторных больных, а также условно здоровых лиц, входящих в группы контроля. В клиническом подразделении Республиканского аллергологического центра НИИ кардиологии и внутренних болезней с 2006 г. исследование иммунного статуса введено в стандарты обследования и лечения бронхиальной астмы, ХОБЛ и ряда ревматологических патологий. За полугодовой период выбраны 100 пациентов (44 женщины и 56 мужчин) для сравнительного анализа. 40 пациентов обратились по направлению аллерголога и имели на момент обращения симптомы различных аллергических заболеваний, 30 пациентов обратились по поводу частых хронических воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей вялотекущего, рецидивирующего характера, остальные 30 обратились сами, не имея на момент сдачи крови ухудшения общего состояния. Последняя категория пациентов была включена в группу «условно здоровых», хотя учитывался тот факт, что они, тем не менее, обратились за помощью сами, возможно имея на это какие-то причины кроме профилактического интереса.

Возраст пациентов составлял 18 – 40 лет. Кровь забиралась из вены строго натощак, в период, свободный от приема лекарственных препаратов. Выделение клеток проводилось по стандартной методике с использованием фиколла-верографина, для подсчета субпопуляций применялись меченные моноклональные антитела с последующим флуоресцентным микрофотографированием, уровень иммуноглобулинов определялся в иммуноферментном анализе с использованием тест-систем фирмы Вектор-Бест и Хема (РФ). Кислородзависимый фагоцитоз оценивали в НСТ-тесте с индукцией пирогеналом.

Методы обследования иммунного статуса включали в себя подсчет лейкоформулы, определение абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в периферической крови; определение субпопуляционного состава лимфоцитов методом моноклональных антител (CD₃+Т-лимфоциты, CD₄+Т-хелперы, CD₈+Т-эффекторы/супрессоры, CD₁₆+естественные киллерные клетки (ЕКК), CD₂₀+В-лимфоциты, CD₁₁+В-эффекторы); определение иммунорегуляторного индекса CD₄/CD₈+; определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов: IgM, IgG, IgA, IgE; определение кислородзависимого фагоцитоза методом восстановления нитросинего тетразолия; определение уровня циркулирующих иммунных комплексов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение параметров иммунитета выявило наличие изменений во всех группах пациентов. Анализируя показатели условно здоровых пациентов, необходимо отметить отсутствие изменений в лейкоформуле, снижение количества зрелых Т-лимфоцитов по сравнению с общепринятыми нормами на 10-12%. Содержание CD₄+Т-хелперов также было меньше показателей нормы на 6-10%, при этом количество CD₈+Т-эффекторы/супрессоры либо не превышало нормальных показателей, либо отличалось от последних на 5-8% в сторону повышения их количества. Данные отклонения выражались преимущественно в снижении иммунорегуляторного индекса, определяющего баланс между субпопуляциями лимфоцитов. Отклонений в количестве естественных киллерных клеток в группе не наблюдалось. При этом содержание В-лимфоцитов в 85% случаев превосходило показатели нормы. Гуморальный иммунный ответ, характеризующийся уровнем сывороточных иммуноглобулинов, сохранялся в границах нормальных значений. Наибольшими отличиями характеризовалась функциональная активность фагоцитарного звена. Спонтанный уровень кислородзависимого фагоцитоза был снижен на 8-12% у 9 человек, тогда как стимуляция пирогеналом активировала степень фагоцитоза лишь у 4 пациентов данной группы, у остальных 11 наблюдали либо отсутствие активации на пирогенал, либо незначительную активацию, что свидетельствует об истощении резервного потенциала фагоцитов. Содержание циркулирующих иммунных комплексов в среднем составляло от 20 до 50 отн. ед., что также укладывается в нормальные значения.

В группе пациентов с аллергическими заболеваниями в формуле крови в 10% случаев регистрировали лейкопению (видимо, возникающую на фоне приема лекарственных препаратов), в 80% случаев наблюдалась эозинофилия, в 20% – относительный и абсолютный лимфоцитоз (сочетающийся с одновременной эозинофилией), в 20% случаев показатели формулы были без изменений. Однако у 80% пациентов этой группы отмечалось снижение относительного количества зрелых CD₃+Т-лимфоцитов, при этом

в 20% случаев за счет уменьшения содержания CD_4 +Т-хелперной популяции и в 60% за счет снижения показателя CD_8 +Т-эффекторы/супрессоры лимфоцитов. Необходимо отметить, что в 40% уменьшение содержания как CD_4 +Т-хелперов, так и CD_8 +Т-эффекторы/супрессоры лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс, характеризующий распределение между хелперной и эффекторы/супрессоры субпопуляциями лимфоцитов, у 80% больных характеризовался нормальными значениями, в 10% регистрировали понижение иммунорегуляторного индекса и в 10% его значения превышали показатели нормы. Количество ЕКК повышалось у 8 больных на 10-12%, у остальных больных их количество было в норме. Содержание зрелых В-лимфоцитов в 80% укладывалось в показатели нормальных значений, а у 20% больных этой группы отмечалась активация В-лимфоцитов. Содержание IgM в 90% случаев было в норме, у 10% пациентов отмечено уменьшение концентрации IgM в сыворотке крови. Содержание IgA у всех больных этой группы было в пределах нормы. Содержание IgG в 90% случаев укладывалось в нормальные значения, у 10% больных отмечено повышение его концентрации. Необходимо отметить факт повышения концентрации IgE у всех больных этой группы, хотя эозинофилия отмечалась в 60% случаев. Результат исследования подтверждает факт того, что пусковым моментом практически большинства аллергических заболеваний является именно первый, реактивный, тип гиперчувствительности, в то время как эозинофилия не имеет большого диагностического значения. Показатель неспецифического иммунного ответа – фагоцитоз исследовался в тесте с нитросиним тетразолием. Именно этот показатель также подвергался максимальным изменениям, у 80% пациентов отмечалось снижение функциональной активности фагоцитарного звена (причем у 90% этих больных также страдала резервная функция фагоцитов), в оставшихся 20% случаев показатели фагоцитоза не превышали допустимых значений. Характерным показателем аллергических и аутоиммунных процессов является повышение циркулирующих иммунных комплексов.

В этой группе пациентов повышение концентрации ЦИК-ов наблюдали в 79% случаев, у 10% показатели соответствовали верхней границе нормы (50-55 отн. ед), у остальных больных количество ЦИК соответствовало 10-30 отн. ед. (при норме до 55 отн. ед.). Таким образом, при аллергической патологии наблюдаются выраженные изменения показателей иммунного статуса, коррекция которых в сочетании с базисной терапией должна приводить к стойкой ремиссии заболевания, более длительному отсутствию аллергических проявлений или же значительному снижению проявлений аллергопатологии. Нельзя не отметить тот факт, что в 12% случаев в группе пациентов с аллергическими заболеваниями все изучаемые показатели иммунитета были в преде-

лах нормы, несмотря на жалобы больного и клинические проявления. Отсутствие выраженных изменений вовсе не исключает наличия патологического процесса, а указывает на необходимость более углубленного исследования, касающегося не столько количественных, сколько качественных характеристик. Так как в патогенезе аллергических заболеваний лежат различные типы гиперчувствительности, следовательно, необходимо уточнение основного патогенетически значимого механизма для каждого конкретного больного. В противном случае, назначаемая иммунокорректирующая терапия может привести к парадоксальному усилению заболевания.

В группе больных с хронически рецидивирующими воспалительными заболеваниями были выявлены следующие изменения: в лейкоформуле 20% пациентов отмечали лейкоцитоз, при этом в 25% случаев выявлялось повышение количества палочкоядерных нейтрофилов, а у 40% больных – относительный моноцитоз.

Исследование субпопуляционного состава Т-клеточного звена выявило более выраженное, по сравнению с предыдущими группами пациентов снижение количества зрелых CD_3 +Т-лимфоцитов (у 9 пациентов на 21% ниже нормальных значений; у остальных – на 13% соответственно). При этом уменьшение популяции зрелых Т-лимфоцитов в первую очередь обусловлено снижением представительства CD_4 +Т-хелперных лимфоцитов, т.к. у 11 больных понижение относительного содержания CD_4 +Т-хелперов составило 20%, у 4 – 9-10%. Большой разброс показателей отмечен в популяции CD_8 +Т-эффекторы/супрессорных клеток. У 8 человек выявлено повышенное содержание этого вида Т-лимфоцитов (на 10-12%), тогда как у остальных, наоборот, отмечено снижение показателей на 28-29% от нормы. Отметим, что у пациентов с повышенным содержанием CD_8 +Т-лимфоцитов одновременно наблюдались изменения в лейкоформуле (лейкоцитоз, моноцитоз), что указывает на активную фазу воспалительного процесса и наиболее вероятную напряженность эффекторного звена иммунитета. Снижение количественного представительства CD_8 +Т-эффекторы/супрессорных клеток может свидетельствовать либо о миграции эффекторов в очаг воспаления, либо, что наиболее вероятно, истощении данного пула клеток в связи с длительно текущим процессом. У 75% пациентов выявлялся количественный дисбаланс между популяциями Т-клеток, характеризующийся сниженными показателями иммунорегуляторного индекса. У 6 пациентов снижение составило 33%, у 5 – 16%, у остальных – в пределах нормы. Нормальные значения ИРИ определялись у больных с одновременным уменьшением количества обеих субпопуляций Т-лимфоцитов. Количество естественных киллерных клеток изменялось односторонне с популяцией CD_8 +Т-эффекторы/супрессоры клеток, т.е. увеличение содержания последних выявлялось параллельно

с повышением пула натуральных киллерных клеток. В этой группе пациентов показатели гуморального звена иммунитета имели следующие значения: у 60% больных отмечено повышение сывороточного IgM (до 2,3-2,7 мкг/мл), у остальных – концентрация IgM соответствовала верхним пограничным значениям (1,9-2,0 мкг/мл). Концентрация остальных классов сывороточных иммуноглобулинов не имела выраженных отклонений от нормы.

Показатели спонтанного фагоцитоза у 12 пациентов характеризовались повышенными значениями, что указывает на функциональную напряженность этого звена иммунитета. Добавление пирогенала не приводило к активации кислородзависимого фагоцитоза, что может свидетельствовать о невозможности фагоцитов реагировать на дополнительный стимул и об истощении резервных возможностей этих клеток. Уровень циркулирующих иммунных комплексов в данной группе соответствовал показателям нормы.

ВЫВОДЫ

1. Во всех группах, включая условно здоровых пациентов, отмечались отклонения показателей системного иммунитета, характеризующиеся неоднородностью изменений, указывающие на ответ иммунной системы на внешний антигенный стимул. Наличие отклонений при однократном обследовании само по себе не может доказывать нарушение функционирования соответствующих звеньев. Так, перечисленные изменения значений клеточного и гуморального иммунитета могут отражать результат адаптации организма к условиям внешнего воздействия.

2. Необходимо проведение массового анализа иммунного статуса условно здоровых лиц для установления региональных норм.

3. Изменения показателей иммунитета в группах с аллергическими и хроническими воспалительными заболеваниями характеризовались неоднородностью и различной степенью выраженности, независимо от клинической симптоматики, что указывает на необходимость индивидуального подхода к назначению иммунокорригирующей терапии каждому пациенту.

4. Наиболее выраженные изменения наблюдались при исследовании фагоцитарного звена иммунитета как первично реагирующего при нарушении антигенного гомеостаза организма. Следовательно, для достижения максимальной эффективности комбинированного лечения с применением иммунокорректоров необходимо назначать препараты с преимущественным воздействием на популяцию фагоцитирующих клеток.

5. Повышение циркулирующих иммунных комплексов при аллергических и воспалительных заболеваниях на фоне снижения фагоцитарной активности является неблагоприятным прогностическим признаком.

6. Определение показателей иммунного статуса является полезным при воспалительных заболеваниях, характеризующихся рецидивирующим лечением, для достижения большего терапевтического эффекта комплексного лечения; аллергических заболеваниях, в основе которых лежит извращенная реакция иммунной системы, для определения наиболее вероятного типа гиперчувствительности, диагностики трансформации в системную аутоиммунную патологию и мониторинга терапевтического и побочного действия лекарственных средств.

Поступила 16.08.07

M. G. Bulegenova, T. T. Nurpeissov, R. B. Akpeissova
IMMUNE STATUS SPECIALTIES IN PATIENTS WITH ALLERGIC, CHRONIC INFLAMMATORY DISEASES AND HEALTHY PERSONS

The results of semiannual research of immune status determination in patients with allergic pathologies, chronic airway inflammatory diseases and conditionally healthy persons are given. The aim is the investigation of the modern specialties of immune status and its difference from commonly accepted values. The questions of immune-modulating drugs administration in allergology and common therapeutic practice are discussed.

М. Г. Бөлегенова, Т. Т. Нұрпейісов, Р. Б. Ақпейісова
АЛЛЕРГИЯ ЖӘНЕ ҚАБЫНУДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ТҮРІМЕН АУЫРАТЫН АУРУЛАРДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНІ САУ АДАМДАРДЫҢ ИММУНДЫҚ СТАТУСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Иммундық статустың қазіргі ерекшеліктерін табу және оның жалпы қабылданған мөлшерден айырмашылығын білу мақсатында шартты түрде сау адамдар мен аллергиялық патологиямен, тыныс алу жолдарының созылмалы қабынуымен ауыратындардың жарты жыл бойғы иммунограмма нәтижесі берілген. Жалпытерапевтік және аллергология практикасында иммунмодульдеуші дәрі-дәрмекті белгілеу сұрақтары талқыланды.

Д. Г. Магзумова

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ

Кафедра глазных, ЛОР-болезней с реаниматологией Карагандинской государственной медицинской академии

Вопрос о профессиональной ориентации и трудовом устройстве при близорукости не может решаться однозначно по отношению ко всей категории лиц с этой патологией, а требует сугубо индивидуального подхода в зависимости от ряда клинических и социально-профессиональных факторов. Важное значение среди них имеет течение близорукости, так как благоприятная динамика процесса и хороший функциональный прогноз у лиц с миопией, возникшей в школьном возрасте, обеспечивают длительную трудоспособность в различных сферах профессиональной деятельности. Напротив, при близорукости, формирующейся в дошкольном возрасте, или резко прогрессирующей в юношеские годы, функциональный прогноз часто неблагоприятен, что суживает профессиональные возможности больных и обуславливает необходимость их ранней правильной профессиональной ориентации, профессионального обучения и рационального трудового устройства. Ведущую роль при этом играют величина аметропии, стадия процесса и степень функциональных расстройств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 1200 пациентов с близорукостью. По степени близорукости больные распределились следующим образом: слабой степени – 200, средней степени – 550, высокой – 450 человек. У 730 больных близорукость была осложненной окологидроидной или хориоретинальной, у 634 имела место центральная и периферическая хориоретинальная дегенерация сетчатки. 374 больных с ПХРД прошли лазербарраж сетчатки. Лиц мужского пола среди обследованных больных было 565, женского – 635. Средний возраст больных 33,3 г. Всем больным проведено полное офтальмологическое обследование, в том числе УЗИ, рефрактометрия, кератопахиметрия, экзобиометрия, компьютерная периметрия и т.д.

Прогрессирование близорукости наблюдалось в 116 случаях, этой группе больных проведены склероукрепляющие операции (склеропластика). 87 больным осуществлены рефракционные операции (Lasik, кератотомия).

После проведения медицинского этапа возникает вопрос о профессиональной и социальной реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Лицам со слабой и средней степенью близорукости при незначительно выраженных изме-

нениях структур глазного дна и начальных нарушениях регионарного кровообращения с сохранением высоких функциональных возможностей органа зрения доступны все виды труда, в том числе и физического (легкого и средней тяжести).

У лиц с миопией до 10,0 Д, особенно возникшей в школьном возрасте, структурные изменения ограничиваются в основном начальной стадией процесса при длительной функциональной сохранности органа зрения. Это обеспечивает им широкие профессиональные возможности почти во всех отраслях производства: квалифицированный физический, умственный труд, счетно-канцелярскую, административно-хозяйственную деятельность, некоторые виды неквалифицированного физического труда, несопровождающиеся тяжелой физической нагрузкой. Однако ввиду того, что у большинства больных с миопией до 10,0 Д определяются функциональные нарушения гемодинамики глаза, им может быть рекомендован физический труд только легкой или средней тяжести, так как тяжелый физический труд, обуславливая значительную гравитационную и инерционную нагрузку на оболочки глаза и соответствующие изменения регионарного кровообращения, может оказывать неблагоприятное воздействие на течение процесса и вызывать различные осложнения. В силу этих причин таким больным противопоказан труд, связанный с вынужденной рабочей позой, резким сотрясанием туловища и вибрацией.

У лиц с миопией от 10,0 до 15,0 Д преобладает развитая или далекозашедшая стадия процесса с умеренным снижением функциональной активности различных структур сетчатки, главным образом ее скотопического отдела, и отчетливыми гемодинамическими сдвигами. Структурные и функциональные нарушения, сомнительность прогноза увеличивают перечень работ, противопоказанных этой категории больных. Из их трудовой деятельности должны быть исключены, помимо вышеперечисленных, работы, связанные с некоторыми видами излучений, с ангиотропными и нейротропными веществами, труд в условиях резких барометрических, атмосферных и температурных колебаний и т.д. Однако длительная сохранность фотопического аппарата сетчатки и относительно высокая острота зрения, особенно у больных с окологидроидной и экваториальными формами процесса, обеспечивают подобной категории лиц достаточно широкий круг доступных видов труда в обычных условиях производства.

У лиц с высокой близорукостью без грубых органических изменений тканей глазного яблока имеются большие приспособительные возможности зрительно-нервного аппарата, обуславливающие их достаточно высокую зрительную работоспособность. Адаптационные механизмы, обеспечивающие функционирование зрительной системы в условиях низкого качества ретинального

изображения, снижение чувствительности остроты зрения к расфокусировке изображения на сетчатке, длительная сохранность фотопического аппарата сетчатки, избирательная фиксация предмета на конечном от глаз расстоянии, соответствующем дальнейшей точке ясного видения, дают возможность больным с миопией выполнять зрительные работы вблизи в течение продолжительного времени без явлений утомляемости. Наличие качественного бинокулярного восприятия и способности к относительно правильной оценке местоположения объектов в пространстве у большинства больных позволяет рекомендовать им обучение и трудовое устройство (особенно в условиях оптимальной оптической коррекции при отсутствии общих для миопии противопоказаний) в различных профессиях умственного и квалифицированного физического труда, в том числе требующих относительно высокой зрительной нагрузки вблизи, бинокулярного, стереоскопического зрения, точной оценки местоположения объектов в пространстве и правильного зрительно-моторного поведения. При этом целесообразна индивидуальная проверка состояния бинокулярных функций и определение их качества, прежде всего в тех случаях, когда рекомендуемый труд предъявляет повышенные требования к бинокулярному восприятию. При своевременной профессиональной ориентации большинство этих лиц могут работать в обычных условиях производства с обеспечением при необходимости благоприятных условий труда по линии ВКК и лишь часть из них нуждается в ограничении трудоспособности при продолжении работы в условия обычного производства.

При миопии свыше 15,0 Д и особенно свыше 20,0 Д преобладает далекозашедшая стадия процесса, в основном заднеполюсная форма, нередко с влажным типом изменений в макулярной области. Тяжелые поражения различных структур глаза, выраженные гемодинамические сдвиги приводят к резким нарушениям функционального состояния сетчатки, страданию не только скотопического, но и фотопического аппарата и резкому снижению зрительных функций. Резервы компенсации дефекта у больных минимальны или отсутствуют; круг доступных работ резко сужен. Они могут выполнять лишь некоторые виды умственного труда, административно-хозяйственные работы небольшого объема, а также определенные виды неквалифицированного физического труда.

Снижение лабильности нервных процессов, отмеченное у части больных и инвалидов с прогрессивными формами высокой близорукости, может стать причиной появления у них слабости, повышенной утомляемости, невозможности длительной работы, ослабления внимания и т. п. Это следует учитывать при трудовом устройстве этих лиц, в работе которых необходимо предусмотреть снижение нервно-психической нагрузки, устранение монотонно-

сти, предписанных темпов, уменьшение напряжения внимания, сокращение рабочего дня. Этой категории инвалидов показано трудовое устройство в специально созданных условиях производства системы обществ слепых.

Среди различных санитарно-гигиенических условий труда особую роль имеет освещенность. Учитывая, что глаз при всех вариантах близорукости адаптирован к фотопическим условиям, для реализации имеющихся функциональных резервов необходимо создание оптимальной освещенности рабочих мест. В связи с ранними нарушениями функциональной активности скотопического аппарата лицам с высокой близорукостью не рекомендуются работы, требующие сумеречного зрения, в ночное время.

Лицам с высокой близорукостью противопоказана работа, связанная с воздействием вибрации, производственного шума, вредных веществ, излучения, ультразвука, в условиях «горячего» и «холодного» цехов, требующая значительной физической нагрузки, вынужденной рабочей позы, постоянных наклонов туловища, значительного нервно-психического напряжения. Эти неблагоприятные факторы приводят к утяжелению основного заболевания. Для слабоблидающих и лиц с практической слепотой вследствие высокой близорукости при трудовом устройстве необходимо учитывать допустимую нагрузку на орган зрения, определяемую уровнем зрительных функций. Так, при остроте зрения лучше видящего глаза 0,01-0,04 и выше допустима работа со зрительным контролем только в ориентировке на рабочем месте; при остроте зрения, равной нулю (счет пальцев у лица), показана работа без зрительного контроля, «слепому».

Реабилитационные мероприятия оказывают разное влияние на восстановление трудоспособности, снижение ограничений жизнедеятельности и социальную недостаточность. Поэтому использование результатов реабилитации в качестве дополнительных критериев при медико-социальной экспертизе является вполне обоснованным. Однако для широкого внедрения таких критериев в практику необходим единый методический подход при оценке качества и эффективности реабилитационных мероприятий.

Качество медицинской реабилитации определяет выполненный объем реабилитационных мер (полный или частичный). При этом оценивается не только проведенное курсовое, но и поддерживающее лечение.

Эффективность проведенного в достаточном объеме лечения оценивается при определении трудоспособности по следующим показателям: снижение (повышение, без динамики) степени нарушения функций; стабилизация (ухудшение, без динамики) течения заболевания с изменением частоты и тяжести обострений; повышение (снижение, без динамики) физической работоспособности (в том числе по резуль-

татам нагрузочного тестирования); уменьшение (увеличение, без изменения) объема необходимого поддерживающего лечения; положительные

(отрицательные) результаты психологической коррекции отношения к болезни и лечению.

Поступила 01.07.07

D. G. Magzumova

INDIVIDUAL PROGRAM OF REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH MYOPIA

The quality of medical rehabilitation determines the volume of rehabilitation measures. First of all the medical rehabilitation is the regular course treatment, the prophylaxis of myopia progress by the opportune realization of sclera tonic operations, opportune correction of anisometropia and astigmatism, the prevention of amblyopia. The elaborated individual program of rehabilitation of the patients with myopia will promote the fuller recovery of the ability to work.

Д. Г. Мағзұмова

АЛЫСТАН КӨЗІ КӨРМЕЙТІН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫҢ ЖЕКЕ БАҒДАРЛАМАСЫ

Медициналық оңалтудың сапасын оңалту шараларының көлемі айқындайды. Бірінші кезекте медициналық оңалту – бұл тұрақты түрдегі курстық емдеу, склеронығайту операцияларын уақытында өткізу арқылы көз ауруының алдын алу, анизометропия мен астигматизмге уақытында коррекция жасау, амблиопияға жол бермеу. Алыстан көзі көрмейтін науқастарды оңалтудың жеке бағдарламасын әзірлеу еңбек қабілетін толыққа жақын қалпына келтіруге ықпал етеді.

В. Б. Молотов-Лучанский

ВЛИЯНИЕ САЛСОКОЛЛИНА НА ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ КРЫС С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Доцетский курс доврачебной подготовки
Карагандинской государственной медицинской
академии

Поражение почек при сахарном диабете является одним из наиболее тяжелых осложнений. Интернисты и эндокринологи пользуются понятием «диабетическая нефропатия» (ДН) как собирательным, включающим в себя ряд вариантов поражений почек, в том числе гломерулосклероз, инфекцию мочевых путей с пиелонефритом, папиллярный некроз [9]. Однако в последние годы ряд исследователей считает необходимым изменить концепцию ДН в пользу преимущественно сосудистого осложнения, завершающегося развитием гломерулосклероза и утратой функции почек [1]. Это принципиально меняет взгляды на патогенез и возможности коррекции ДН, что особенно важно в отношении поиска средств, влияющих на клеточный метаболизм.

Цель работы – исследование эффектов салсоколлина как препарата с известными антиоксидантными свойствами в отношении окислительного метаболизма при экспериментальной диабетической нефропатии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была использована хорошо апробированная модель аллоксанового диабета [11]. Раствор аллоксана вводили в бедренную вену животных из расчета 0,1 мл раствора на 25 г массы. Контрольным животным однократно вводили в бедренную вену стерильный физиологический раствор в объеме, равном объему аллоксана. После введения аллоксана для получения стойкого гипергликемического состояния животные выдерживались в течение 30 сут. Для контроля уровня глюкозы кровь 2 раза в нед. отбирали из хвостовой вены. Уровень глюкозы в крови определяли с помощью тест-полосок фирмы Boehringer Mannheim. На протяжении этих 30 сут уровень глюкозы в крови крыс был в пределах 11,8 – 12,8 ммоль/л. Стойкая гипергликемия на протяжении 30 сут приводит к развитию начальных проявлений диабетической нефропатии [15]. Через 30 сут животные с начальными проявлениями ДН были разделены на 2 группы. I группа животных получала салсоколлин в течение 14 сут для коррекции начальных проявлений диабетической нефропатии. Салсоколлин вводили натошак в эффективной дозе 100 мг/кг. Препарат растворяли в 1 мл физиологического раствора, после чего вводили внутривентрикулярно. Животные II группы получали внутривентрикулярно в таком же объеме физиологический раствор, но без салсоколлина.

Салсоколлин – гепатопротектор растительного происхождения. Препарат разработан в Институте фитохимии МОН РК и содержит комплекс биологически активных веществ солянки холмовой (*Salsolla collina* pall). Препарат обладает широким механизмом действия и направлен не только на стимуляцию репаративных процессов, но также на перехват и инактивацию свободных радикалов. Входящие в его состав полифенолы могут образовывать хелатные комплексы с ионами железа, выключая их из процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Салсоколлин потенцирует функцию эндогенных антиоксидантов – витамина Е и глутатионпероксидазы и способствует сохранению высокого уровня восстановленного глутатиона [3].

Все манипуляции с животными проводили в утренние часы с учетом влияния циркадианных ритмов. Животных умерщвляли путем неполной декапитации под легким эфирным наркозом, согласно правилам работы с экспериментальными животными [7].

Объектом исследования были кровь и почки экспериментальных животных. Кровь стабилизировали гепарином. Плазму отделяли от эритроцитов центрифугированием в течение 10 мин при 3000 об/мин на центрифуге ОПН-1. Эритроциты трижды промывали охлажденным физиологическим раствором.

Почки промывали охлажденным физиологическим раствором, затем замораживали жидким азотом, растирали в ступке и использовали для биохимических исследований.

В гомогенате ткани почек определяли содержание диеновых конъюгатов (ДК) по методу И. Д. Стальной [13]. Определение содержания малонового диальдегида (МДА) в тканях проводили по методике В. А. Костюка и А. И. Потапович [5]. Уровень оснований Шиффа (ШО) определяли, используя методический прием Е. А. Львовской и соавт. [12]. Активность глутатионпероксидазы (ГПО), глутатионредуктазы (ГР) и глутатион-S-трансферазы (GST) определяли по методу В. Б. Кругликова и Ц. М. Штутман [6].

Интенсивность окислительной модификации белков (ОМБ) плазмы крови определяли по методу Е. Е. Дубининой [10].

Интенсивность процессов ПОЛ в эритроцитах крови оценивали по содержанию продуктов, образующихся на разных стадиях перекисного каскада. В эритроцитах определяли содержание диеновых конъюгатов (ДК) и кетодиенов (КД) по методу В. Н. Ушкаловой и Г. Д. Кадочниковой [14]. Содержание малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах выявляли по методу М. С. Гончаренко и А. М. Латыповой [4]. Содержание суммарных первичных (СПП), суммарных вторичных (СВП) продуктов и оснований Шиффа (ШО) оценивали по методу [12].

Активность КАТ в эритроцитах определяли по методу М. А. Королюк и соавт. [8], активность ГПО в эритроцитах – по методу С. И. Власовой и

Теоретическая и экспериментальная медицина

соавт. [2]. Результаты обрабатывали методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы результаты изучения влияния салсоколлина на показатели ПОЛ и активность ферментов обмена глутатиона в тканях почек крыс с начальными проявлениями диабетической нефропатии (табл. 1).

В тканях почек крыс с начальными проявлениями ДН, получавших салсоколлин, уровень ДК, МДА и ГПО достоверно превышал значения контроля. В то же время отмечено уменьшение содержания ДК и МДА на 59,4% и 23% соответственно по сравнению с группой без коррекции. Также зафиксировано торможение образования ШО, уровень которых был ниже, чем в группе сравнения, на 30,3%. Кроме того, обнаружено возрастание активности ГР и ГПО в 3,4 раза и 2,5 раза соответственно по сравнению с группой без лечения. В то же время не зафиксировано позитивной динамики со стороны глутатион-S-трансферазы. При этом активность ферментов глутатионового цикла в почках пролеченных крыс достоверно отличалась от контрольной группы.

Следовательно, салсоколлин способствует торможению образования катаболитов ПОЛ в тканях почек крыс с начальными проявлениями

ДН, повышению активности некоторых ферментов обмена глутатиона. Но несмотря на позитивную динамику со стороны изучаемых показателей, их нормализации не наблюдается

Изучены результаты исследования влияния салсоколлина на показатели окислительной модификации белков в плазме крови крыс с начальными проявлениями ДН (табл. 2).

В плазме крови крыс с ДН, получающих салсоколлин, содержание катаболитов ОМБ было сопоставимо с таковыми без лечения и достоверно превышало значения контроля.

Изучены результаты влияния салсоколлина на показатели ПОЛ в эритроцитах крови крыс с начальными проявлениями ДН (табл. 3). При использовании салсоколлина наблюдалась тенденция к снижению содержания ДК и КД в эритроцитах на 20% по сравнению с группой животных без лечения.

Содержание МДА и ШО в эритроцитах крови крыс с ДН, получавших салсоколлин, было сопоставимо с контролем. Достоверное снижение зафиксировано только для одного параметра – суммарных вторичных продуктов, содержание которых было ниже, чем в группе сравнения, на 44%. Не влиял салсоколлин на активность каталазы эритроцитов, но способствовал снижению активности ГПО.

Таблица 1.

Влияние салсоколлина на показатели ПОЛ и активность ферментов обмена глутатиона в почках крыс с начальными проявлениями ДН

Показатель	Контроль (n=6)	Начальные проявления ДН (n=6)	Начальные проявления ДН+салсоколлин (n=6)
ДК (М ⁶ /г)	5,4±0,342	88,3±0,432*	55,4±1,84*
МДА (ммоль/г)	18,14±3,22	42,8±0,872*	34,9±0,93* #
ШО (у. е)	0,09±0,0031	0,45±0,067*	0,354±0,002*
ГР (мкМ/мин/г)	4,2±0,054	0,56±0,025*	1,89±0,245* #
ГПО (мкМ/мин/г)	17,8±0,89	3,29±0,854*	8,3±0,45* #
ГТ (мкМ/мин/г)	175,5± 14.8	79,9±3,27	82,7±2,12*

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем, # p<0,05 и ниже по сравнению с группой без коррекции

Таблица 2.

Показатели спонтанной окислительной модификации белков плазмы крови крыс с начальными проявлениями ДН на фоне коррекции салсоколлином

Группа	Показатель			
	КДНФГ нейтр. у.е. /мл	АДНФГ нейтр. у. е./мл	КДНФГ основ. у.е./мл	АДНФГ основ. у.е./мл
Контроль (n=6)	3,7±0,49	3,65±0,27	3,0±0,17	0,55±0,006
Начальные проявления ДН (n=6)	8,8±0,76*	10,4±0,304*	6,39±0,345*	1,1±0,36*
Начальные проявления ДН+салсоколлин (n=6)	8,5±0,14*	9,8±0,28*	6,1±0,43*	1,5±0,06*

* p<0,05 и ниже по сравнению с контролем

Показатели ПОЛ эритроцитов крови крыс с аллоксановым диабетом и ДН на фоне коррекции салсоколлином

Показатель	Контроль (n=6)	Начальные проявления	Начальные проявления
ДК (у.е.)	19,9±0,97	94,51±7,95*	78,71±2,44*
КД (у.е.)	7,12±0,35	75,2±14,93*	62,5±3,95*
МДА (мкмоль/мл)	6,4±0,17	11,4±0,672*	10,1±0,345*
СПП (у.е.)	0,48±0,023	0,71±0,036*	0,64±0,036*
СВП (у.е.)	0,11±0,022	0,56±0,067*	0,39±0,058*#
ШО (у.е.)	0,039±0,004	0,26±0,005*	0,23±0,002*
КАТ (нмоль/Н ₂ O ₂ / мл эр./мин)	0,47± 0,002	0,24±0,019*	0,22±0,014*
ГПО (нмоль GSH/мл эр./мин)	78,0±2,03	121,0±4,17*	110,0±3,81*

* $p < 0,05$ и ниже по сравнению с контролем, # $p < 0,05$ и ниже по сравнению с группой без коррекции

Таким образом, салсоколлин существенно тормозил процессы ПОЛ в почках крыс с начальными проявлениями ДН, но не оказывал положительного влияния на ПОЛ в эритроцитах и окислительную модификацию белков в плазме крови. Это свидетельствует о возможном протективном действии салсоколина в отношении ткани почек и отсутствии системного эффекта в отношении окислительного метаболизма при развившейся ДН. В этой связи, очевидно, можно прогнозировать эффекты салсоколина как средства профилактики, но не лечения ДН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь И. А. Сахарный диабет типа 2: стандарты диагностики и лечения: Учеб.-метод. пособие /И. А. Бондарь, В. В. Климонтов. – Новосибирск: Сибмедииздат НГМА, 2005. – 56 с.
2. Власова С. Н. Активность глутатионзависимых ферментов при хронических заболеваниях печени у детей /С. Н. Власова, Е. И. Шабунина, И. А. Переслегина //Лаб. дело. – 1990. – №8. – С. 19 – 22.
3. Влияние салсоколина на метаболические показатели печени крыс после введения этанола и его отмены /М. И. Селевич, В. В. Лелевич, А. Г. Виницкая и др. //Патол. физиология и эксперим. терапия. – 2001. – №3. – С. 26 – 28.
4. Гончаренко М. С. Метод оценки перекисного окисления липидов /М. С. Гончаренко, А. М. Латипова //Лабораторное дело. – 1985. – №1. – С. 60 – 61.
5. Костюк В. А. Определение продуктов перекисного окисления липидов с помощью тиобарбитуровой кислоты в анаэробных условиях /В. А. Костюк, А. М. Потапович //Вопр. мед. химии – 1987. – №3. – С. 115 – 118.
6. Кругликова Г. О. Глутатионпероксидаза и глутатионредуктаза печени крыс после введения селенита натрия /Г. О. Кругликова, Ц. М. Штутман //Укр. биохим. журн. – 1976. – №2. – С. 223 – 227.

7. Международные рекомендации по проведению медико-биологических исследований с использованием животных //Хроника ВОЗ. – 1985. – Т. 39, №3. – С. 3 – 9
8. Метод определения активности каталазы /М. А. Королук, Л. И. Иванова, И. Г. Майорова и др. //Лаб. дело. – 1988. – №1. – С.16 – 19.
9. Мухин Н. А. Диабетическая нефропатия /Н. А. Мухин, М. В. Шестакова //Нефрология: Рук. для врачей /Под ред. И. Е. Тареевой. – М.: Медицина, 2000. – С. 448 – 454.
10. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека. Метод ее определения /Е. Е. Дубинина, С. О. Бурмистров, Д. А. Ходов, И. Г. Поротов //Вопр. мед. химии. – 1995. – №1. – С. 24 – 26.
11. Садовникова Н. В. Моделирование сахарного диабета у крыс: латентная и манифестная формы /Н. В. Садовникова, Я. Ю. Кондратьев, В. П. Федотов //Пробл. эндокринологии. – 1988. – №5. – С. 69.
12. Спектрофотометрическое определение конечных продуктов перекисного окисления липидов. /Е. И. Львовская, И. А. Волчегорский, С. Е. Шемяков, Р. И. Лифшиц //Вопр. мед. химии. – 1991. – №4. – С. 92–93.
13. Стальная И. Д. Метод определения диеновой конъюгации ненасыщенных высших жирных кислот //Современные методы в биохимии. – М., Медицина, 1977. – С. 63 – 64.
14. Ушкалова В. Н. Исследование параметров, характеризующих активность перекисного окисления липидов при изучении адаптации человека к новым климатогеографическим условиям /В. Н. Ушкалова, Г. Д. Кадочникова //Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 1987. – №5. – С. 571 – 573.
15. Mogensen C. E. Predictions of clinical diabetic nephropathy in IDDM patients. Alternatives to microalbuminuria? //Diabetes. – 1990. – №7. – P. 761 – 767.

Поступила 31.07.07

V. B. Molotov-Luchanskij

INFLUENCE OF SALSOCOLLIN ON OXIDATIVE METABOLISM IN RATS WITH THE FIRST DIABETIC NEPHROPATHY MANIFESTATIONS

The influence of Salsocollin on the processes of oxidative metabolism in the debut of diabetic nephropathy in rats with alloxanic diabetes had been researched. It was revealed the positive activity of Salsocollin on the processes of oxidative metabolism in the kidneys tissue of laboratory animals to the moment of the development of the first stage of diabetic nephropathy manifestations. At the same time it had not been revealed the trustworthy positive effect in the treatment with Salsocollin at the oxidative metabolism on the system level (blood plasma and erythrocytes). It was concluded, that Salsocollin may be used as the remedy of local protection of oxidative metabolism breaches.

В. Б. Молотов-Лучанский

ДИАБЕТТИК НЕФРОПАТИЯНЫҢ БАСТАПҚЫ БЕЛГІЛЕРІ БАР ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ ҚЫШҚЫЛДЫ МЕТАБОЛИЗМІНЕ СЛСОКОЛЛИННІҢ ӘСЕРІ

Диабеттік нефропатияның бастапқы белгілері бар егеуқұйрықтардың қышқылды метаболизміне «Салсоколлин» препаратының әсері зерттелді. Науқастың бастапқы кезеңінде егеуқұйрықтардың бүйректеріндегі қышқылды метаболизм процестеріне салсоколлиннің оң әсер ететіні анықталды. Сонымен қатар, жүйелік деңгейде (плазмада және қан эритроциттерінде) салсоколлиннің қышқылды метаболизмге тиімді емдік әсері айқын анықталған жоқ. Салсоколлинді қышқылды метаболизмнің бұзылуларына оқшауланған ем түрі ретінде қолдану мүмкіндігі туралы қорытынды жасалды.

С. А. Шалина, А. И. Добрецов, В. И. Новиков

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ НА ТРУПАХ С РЕЗКИМИ ГНИЛОСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Карагандинский филиал ГУ ЦСМ, Темиртауское отделение

Одной из задач судебно-медицинской экспертизы является установление причины смерти. Однако в ряде случаев этому в значительной степени препятствуют развившиеся гнилостные изменения, которые протекают с разной интенсивностью в зависимости от температуры и состояния окружающей среды, влажности, причины смерти, длительности агонии и ряда других причин. Известно, что на темп гниения оказывают влияние многие факторы, которые следует учитывать эксперту при решении вопроса о давности наступления смерти [1, 2, 3].

Общеизвестно, что в независимости от состояния трупа его исследование должно осуществляется в полном объеме согласно предъявляемым требованиям правил организации и производства судебно-медицинской экспертизы. Наличие гнилостных изменений не может служить основанием отклонения от судебно-медицинской экспертизы трупа в должном объеме. Напротив, резко выраженные изменения обязывают эксперта проводить детальное исследование с использованием современных дополнительных методов, необходимых для исчерпывающего ответа на вопросы органов расследования. Ошибочно, когда эксперт по визуальным данным судит о невозможности проведения экспертизы с использованием дополнительных методов для качественной оценки трупных изменений. Только

всестороннее исследование трупа, даже при глубоких гнилостных изменениях, может дать важные сведения для органов расследования.

Необходимо учитывать, что детальной экспертизе гнилостного и вмененного трупа порой препятствует психологический момент, когда внешний вид объекта производит отталкивающее, глубоко неэстетическое впечатление, усугубляемое резким гнилостным запахом. В связи с этим эксперт должен преодолеть психологический барьер и особенно внимательно провести наружный и внутренний осмотр. До начала исследования трупа, в частности, при подозрении на повреждение внутренних органов, костей скелета, целесообразна рентгенография головы, позвоночника, плечевого и тазового пояса, конечностей для выявления возможных скрытых повреждений костей. В случаях обнаружения трупа неизвестного лица или когда имеются сомнения в принадлежности его полу, следует выявить и детально описать его индивидуальные особенности при наружном осмотре, учитывая, что трупы с выраженными гнилостными процессами трудно идентифицировать. Особое внимание заслуживает описание характерологических признаков кожных покровов в местах соприкосновения с поверхностью. Если труп длительное время лежал на спине, кожа и глубжележащие ткани в области спины при разрезе темно-красного цвета, как бы пропитаны кровью, что является признаком гнилостной имбибиции. Гнилостные процессы и явления проявляются в виде гнилостных газов, кожные покровы зеленовато-грязной окраски, выражен рисунок венозных сетей, характерно наличие пузырей, тканевой эмфиземы, расплавление органов и тканей, которые в дальнейшем превращаются в однородную грязно-зеленую массу. При судебно-

медицинской экспертизе необходимо учитывать, что процесс гниения отдельных органов и тканей в трупе протекает неравномерно.

Цель исследования – изучение результатов судебно-медицинских исследований трупов, подвергшихся резким гнилостным изменениям. При этом принималось во внимание то, учитывались ли факторы, влияющие на ход гнилостных процессов; достаточно ли подробно описаны гнилостных изменений кожных покровов, тканей и органов; использовались ли в полном объеме современные лабораторные методы исследования и их трактовка; почему в некоторых случаях не установлена причина смерти на трупах, подвергшихся гнилостным изменениям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 102 экспертиз трупов с резко выраженными гнилостными изменениями, осуществленных в 2004 г. на базе Карагандинского филиала ГУ ЦСМ Темиртауского отделения. Среди них 64 были лица мужского пола, 38 – женского. Наибольшая частота умерших отмечена в возрастных группах 41-50, 51-60 и 71-80 лет (табл. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке сезонности в судебно-медицинский морг в состоянии резкого гниения поступили зимой 18 трупов, весной – 24, летом – 48 и в осенний период – 12. Следовательно, чаще выраженные гнилостные трупные изменения выявлялись в весенний и летний периоды года, когда большое влияние оказывают внешние климатические и биологические факторы.

Трупы доставлялись на экспертизу с различных мест происшествия. Среди них из дома доставлено 66 трупов, из водоемов (рек, озер, прудов, карьеров, водохранилищ) – 16, с полей – 6, по 3 трупа из колодцев теплотрасс, подвалов, погребов, стройплощадок и заброшенных домов (12 случаев), по 1 случаю с улицы и прочих мест. Данные анализа указывают, что чаще трупы доставлялись из дома или водоемов.

При оценке срока доставки трупов на судебно-медицинскую экспертизу в 55 из 102 случаев был известен срок, прошедший от дня смерти до момента обнаружения тела. В 25 случаях этот срок исчислялся до 1 нед., в 16 – до 2 нед., в 4 – до 3 нед., в 2 – до 4 нед. и в 8 наблюдениях труп был обнаружен в течение месяца и более. В 79 наблюдениях пострадавшие были доставлены как скоропостижно умершие, в 7 случаях – с признаками повешения, в 16 – с подозрением на утопление. Причиной смерти в 35 случаях выставлен атеросклеротический коронаркардио-

склероз, хроническая ишемическая болезнь сердца, в 9 – отравление этиловым спиртом и суррогатами алкоголя. Отравление окисью углерода как причина смерти выявлено в 2 случаях, такое же количество отмечено с инфарктом миокарда, также регистрировалось отравление феноталом, аминозином и элениумом. По одному случаю причиной смерти установлены автотравма, повешение, эпилепсия. Следует отметить, что в 21 случае причина смерти не была установлена, как указывается – из-за резко выраженных гнилостных изменений в тканях и органах. Исследование на алкоголь проведено в 77 случаях из 102, при этом в 37 случаях этиловый спирт был выявлен в различных концентрациях. Из них в количестве 0,3-0,5‰ алкоголя обнаружено в 3 случаях, 0,5-1,5‰ – в 11 наблюдениях, 1,5-2,5‰ – в 6 случаях, 2,5-3,0‰ – в 3, 3,0-5,0‰ – в 10 и более 6,0‰ алкоголя – в 4 случаях. При выявлении алкоголя и степени опьянения не указывалось, что наличие алкоголя в трупном материале могло быть обусловлено самим процессом гниения.

Результаты анализа экспертиз показали, что, как правило, на судебно-медицинское исследование направлялись кровь или мышцы бедра и только в 3 экспертизах осуществлено исследование мочи. Необходимо отметить, что в актах экспертизы не всегда отмечалось, откуда была взята кровь на исследование, а также влияние процессов гниения на результаты исследования, что имеет существенное значение при оценке результатов экспертизы. Гистологическое исследование внутренних органов при судебно-медицинской экспертизе проводилось лишь в 8 из 102 наблюдений, что позволило уточнить и объективизировать причину смерти, установить давность ее наступления даже при наличии гнилостных изменений. Исследование на карбоксигемоглобин применялось в 4 случаях. Из них в 3 наблюдениях результаты оказались положительными, при этом концентрация составляла от 30 до 40%, что свидетельствует о качественной характеристике. Групповая принадлежность определялась в 3 случаях, мазки и тампоны на наличие спермы, а также рентгенологическое исследование использовались в единичных наблюдениях. Следует подчеркнуть, что смерть от утопления установлена в 16 случаях, но ни при одной экспертизе не проводилось исследования на планктон, что не дает объективной оценки причины смерти.

Таким образом, необходимо разработать алгоритм обязательных исследований при прове-

Таблица 1.

Распределение трупов с гнилостными изменениями по возрастным группам

Возраст	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80
Количество	1	10	10	21	20	13	20	7

дении судебно-медицинской экспертизы для объективной оценки трупов, подвергшихся глубоким гнилостным изменениям.

ВЫВОДЫ

1. Трупы в состоянии резкой степени гниения чаще поступают в морг в весенне-летний период года.

2. Обнаружение большого количества этилового спирта в трупе с выраженными гнилостными изменениями позволяет эксперту высказать мнение об имевшем месте остром отравлении алкоголем.

3. Необходимо широко использовать дополнительные методы исследования, в частно-

сти, на неизвестный яд, рентгенологическое исследование на наличие планктона, а также спектральный анализ, что позволит дать объективную оценку причины смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза трупа. – М., 1976. – С. 114 – 120.
2. Сундуков В. А. Судебно-медицинская экспертиза трупа /В. А. Сундуков, Г. П. Джувалыков. – Астрахань, 1995. – 282 с.
3. Хохлов В. В. Судебная медицина: Практич. пособие. – Смоленск. – 1999. – 218 с.

Поступила 10.08.07

S. A. Shalina, A. I. Dobretsov, V. I. Novikov PECULIARITIES OF ASCERTAINMENT OF DEATH CAUSE ON THE CADAVERS WITH DEEP SAPROGENIC CHANGES

The authors studied the peculiarities of ascertainment of death cause on the cadavers with deep saprogenic changes, that flow with different intensity depending on the temperature and condition of surroundings, humidity, death cause, duration of agony and some the other causes. The authors made a conclusion about the necessity of elaboration of the algorithm of the compulsory measures at the forensic medical examination for objective estimation of the cadavers with deep saprogenic changes.

С. А. Шалина, А. И. Добрецов, В. И. Новиков ЖЕДЕЛ БҰЗЫЛУ ӨЗГЕРІСТЕРІНЕ ҰШЫРАҒАН МӘЙІТТЕРДЕ ӨЛІМ СЕБЕБІН АНЫҚТАУДЫҢ ЕРЕК- ШЕЛІКТЕРІ

Авторлар жедел бұзылу өзгерістеріне ұшыраған мәйіттердегі өлім себептерін анықтауды зерттеген. Бұған температура және қоршаған ортаның жағдайы, дымқылдық, өлім себептері, агонияның ұзақтығы және бірқатар басқа да жағдайлар себеп болады. Авторлар өте бұзылып кеткен мәйіттерге объективті баға беру үшін сот-медициналық сараптама өткізу барысында міндетті зерттеулер алгоритмін әзірлеу қажет деген қорытынды жасаған.

**И. Р. Кулмагамбетов, Ф. Н. Нурманбетова,
Ш. С. Калиева**

НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ НАЦИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ПО АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Карагандинская государственная медицинская академия

Реализация Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан предполагает создание системы обеспечения качества медицинского образования и разработки национальных стандартов по аккредитации базового медицинского образования в Республике Казахстан на основе Международных стандартов Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО) по улучшению качества медицинского образования.

Миссия ВФМО заключается в стремлении к улучшению оказания медицинской помощи населению во всем мире через внедрение высоких научных и этических стандартов в медицинское образование.

Деятельность ВФМО охватывает все этапы медицинского образования: базовое медицинское образование, последиplomное медицинское образование, подготовку специалистов и непрерывное профессиональное образование/непрерывное профессиональное развитие.

ВФМО – зонтичная организация, имеющая в своем составе шесть региональных ассоциаций по медицинскому образованию. ВФМО имеет тесные взаимоотношения со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Региональными Бюро ВОЗ, а также ЮНЕСКО и другими агентствами ООН. ВФМО тесно сотрудничает с Всемирной медицинской ассоциацией (World Medical Association – WMA), Международной федерацией ассоциации студентов-медиков (International Federation of Medical Students Associations – IFMSA) и другими международными организациями, ответственными за улучшение качества медицинского образования в странах Европы, США и Великобритании. Центральный офис ВФМО находится в Дании в Копенгагенском университете с 1996 г., осуществляя сотрудничество с Лундским университетом Швеции. По инициативе двух педагогических коллективов и ВФМО учрежден Копенгагенско-Лундский университетский центр по международному медицинскому образованию (Copenhagen-Lund University Centre for International Medical Education – CLUCIME).

Международная деятельность ВФМО по улучшению качества медицинского образования началась в 1984 г. с проведения Международной программы сотрудничества по переориентации медицинского образования. Важнейшими этапами этого процесса стали Эдинбургская декларация (1988 г.), принятая Всемирной ассамблеей

здравоохранения (World Health Assembly – WHA), Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 42.38 (1989 г.) и Рекомендации Всемирного саммита по медицинскому образованию (1993 г.), нашедшие отражение в Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 48.8, Переориентация медицинского образования и медицинской практики во имя здоровья каждого (1995 г.). В 2004 г. ВОЗ и ВФМО создали международную рабочую группу по аккредитации в медицинском образовании. В октябре 2004 г. в Копенгагене 26 членов рабочей группы из 23 стран, представляющих 6 региональных офисов ВОЗ/ВФМО, обсудили, каким образом можно внести вклад в создание системы аккредитации с целью обеспечения высокого качества медицинского образования. Эта встреча явилась началом деятельности стратегического партнерства этих международных организаций. Стратегическое партнерство ВОЗ и ВФМО основано на взаимном сотрудничестве в качестве партнеров, объединенных общими ценностями и стандартами, такими как взаимосвязь между профессиональным медицинским образованием и потребностями общества в охране здоровья.

Существующие проблемы в медицинском образовании и их взаимосвязь с системой здравоохранения обуславливают потребность в аккредитации или эквивалентной системе обеспечения качества базового медицинского образования.

Основные этапы инициативы ВФМО:

- Осуществление Программы по Международным стандартам по улучшению качества медицинского образования в 1997 г.;
- Определение Международных стандартов ВФМО в базовом медицинском образовании как часть трилогии Международных стандартов по улучшению качества медицинского образования, разработанных тремя международными рабочими группами, опубликованной ВФМО в 2003 г.;
- Широкое международное одобрение Программы по Международным стандартам на Всемирной конференции медицинского образования «Международные стандарты для медицинского образования – для улучшения оказания медицинской помощи» в марте 2003 г. в Копенгагене, Дания;
- Валидация стандартов в пилотных исследованиях в 2002 – 2005 гг.;
- Внедрение Программы по Международным стандартам ВФМО: распространение информации, перевод и широкое использование Международных стандартов образовательными институтами и органами по аккредитации;
- Разработка руководства для советников ВФМО в 2004 – 2005 гг.;
- Определение Руководящих принципов ВОЗ/ВФМО по аккредитации базового ме-

дицинского образования, разработанное международной рабочей группой в 2004 г. и опубликованное ВОЗ/ВФМО в 2005 г.

ВОЗ/ЕвроБюро и ВФМО в рамках стратегического партнерства оказывают поддержку странам СНГ по улучшению качества медицинского образования через создание системы аккредитации базового медицинского образования. Инициативы ВОЗ и ВФМО в рамках стратегического партнерства включают в себя проведение международных совещаний (г. Санкт-Петербург, Россия, 2005 г.; г. Киев, Украина, 2005 г.; г. Астана, Республика Казахстан, 2005 г.; г. Бишкек, Кыргызстан, 2005 г.; г. Кишинев, Молдова, 2006 г.; г. Москва, Россия, 2007 г.) по созданию и внедрению системы аккредитации и обеспечения качества медицинского образования в странах СНГ.

Международный опыт и рекомендации ВОЗ/ВФМО подтверждают необходимость создания системы аккредитации специально для медицинского образования, разработки национальных стандартов по аккредитации и нормативного обеспечения процедуры аккредитации на основе Руководящих принципов ВОЗ/ВФМО по аккредитации базового медицинского образования. В настоящее время принята Европейская спецификация к Международным стандартам ВФМО по улучшению качества медицинского образования, которая одобрена ВОЗ и Комиссией Европейского союза и рекомендована к использованию национальными органами в области аккредитации медицинского образования для создания системы обеспечения качества в медицинском образовании.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан считает целесообразным разработку отдельных национальных стандартов по аккредитации медицинского образования для проведения институциональной аккредитации медицинских вузов и их образовательных программ. Принимая во внимание специфику медицинского образования, которая обусловлена тесной взаимосвязью с системой здравоохранения, требованием к клиническому обучению на додипломном

уровне и клинической подготовке на последипломном уровне, к клиническим базам, образовательным ресурсам, к оценке клинической компетентности, к компетентности преподавателей медицинского вуза, к системе управления медицинского вуза, созданию самостоятельной системы обеспечения качества медицинского образования на основе международных требований становится необходимым.

Создание надежной системы аккредитации медицинского образования в Республике Казахстан на основе международных рекомендаций при консультативной поддержке ВФМО и привлечении экспертов ВОЗ/ВФМО создаст прочную основу для обеспечения качества медицинского образования, улучшения охраны здоровья граждан Республики Казахстан и будет способствовать достижению целей по установлению высоких стандартов качества деятельности медицинских организаций образования Республики Казахстан для повышения конкурентоспособности национальной системы медицинского образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. – Copenhagen, 2003. – 34 p.
2. World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. – Copenhagen, 2003. – 30 p.
3. World Federation for Medical Education. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors WFME Global Standards for Quality Improvement. – Copenhagen, 2003. – 30 p.
4. WHO/WFME Guidelines for Accreditation for Basic Medical Education. – Geneva/Copenhagen, 2005. – 14 p.
5. Promotion of Accreditation of Basic Medical Education. A programme within the Framework of the WHO/WFME Strategic Partnership to Improve Medical Education. WFME Office, the Panum Institute, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2003. – 6 p.

I. R. Kulmagambetov, F. N. Nurmanbetova, Sh. S. Kaliyeva

NECESSITY OF ELABORATION OF NATIONAL STANDARDS ON MEDICAL EDUCATION ACCREDITATION

It was described in the article the basic direction of World Federation of Medical Education. The authors made the conclusion, that the creation of reliable system of medical education accreditation in the Republic of Kazakhstan on the base of international recommendations at the consultative support of World Federation of Medical Education and experts of World Health Organization will create the stable foundation for ensuring the medical education quality, the improvement of health protection of the Republic of Kazakhstan citizens and will promote the achievement of the purpose on ascertainment of the high quality standards of medical educational organizations activity for the increasing of competition ability of the national system of medical education.

І. Р. Құлмағамбетов, Ф. Н. Нұрманбетова, Ш. С. Қалиева **МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ АККРЕДИТАЦИЯЛАУ БОЙЫНША ҰЛТТЫҚ СТАНДАРТТАРДЫ** **ДАЙЫНДАУДЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІ**

Мақалада Бүкіләлемдік медициналық білім беру федерациясы қызметінің басты бағыттары қарастырылды. Авторлар Қазақстан Республикасында халықаралық нұсқаулықтар негізінде Бүкіләлемдік медициналық білім беру федерациясының және Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымы сарапшыларының консультативтік қолдауы арқылы медициналық білім беруді аккредитациялаудың сенімді жүйесін құру Қазақстан Республикасында медициналық білім берудің сапасын жақсартуды және азаматтардың денсаулығын қорғауды жақсартуды қамтамасыз етуге берік негіз болады деген қорытындыға келген. Бұл отандық медициналық білім беру жүйесінің бәсекеге қабілеттілігін арттыру үшін медициналық білім беру ұйымдарының қызметінің сапасына жоғары стандарттар белгілеу мақсатына жетуге ықпал етеді.

К. Б. Жактаева

КЛИНИЧЕСКАЯ ИГРА – ЭФФЕКТИВНЫЙ **МЕТОД ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО** **ВРАЧА**

Кафедра педиатрии ФПО и НПУ Карагандинской государственной медицинской академии

В педагогической практике разных вузов нашей страны и особенно в ближнем и дальнем зарубежье широкое распространение получили методы активного обучения, получившие название игровых занятий или деловых игр. Под игрой понимаются описание моделей конкретной профессиональной деятельности, модели принятия решения в условиях, которые в достаточной мере не известны или с которыми играющий встречается впервые [3].

Известно, что освоение игровых методов обучения является для преподавателей сложным и трудоемким процессом, требующим большой подготовительной методической работы.

По определению Л. Б. Наумова, деловая игра – это метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям, с обязательным разветвлением, динамическим развитием решаемой ситуации или проблемы в строгом соответствии последующих событий с характером решений и действий, принятых играющими на предыдущих этапах [2].

В настоящее время убедительно доказано влияние игрового обучения на эффективность профессионального становления будущего специалиста. Ролевая игра отличается от традиционных методов обучения тем, что максимально приближает студента к реальной врачебной практике, создавая определенный эмоциональный настрой, и усиливает интерес к будущей профессии. Широкое использование ролевых игр позволяет уменьшить время, отводимое на изучение конкретной темы, повышая показатель усвоения учебного материала. Процесс обучения становится более творческим и увлекательным. Активность студентов в ролевых играх проявляется ярко, носит продолжительный характер и сама обстановка деловой игры не оставляет участников пассивными [1].

Цели деловых клинических игр значительно шире, чем цели традиционного практического занятия на клинической кафедре. Они рассчитаны на формирование умений четко ориентироваться в моделируемой клинической ситуации, принимать грамотные решения и добиваться их реализации. Кроме того, игра содействует совершенствованию способностей самовыражения, пониманию студентами самих себя и позиции других, снятию эмоционального напряжения, развитию чувства ответственности за свои решения, приобретению умения действовать слаженно в профессиональном коллективе. В игре студенты могут сколько угодно обучаться методом проб и ошибок, и, что особенно важно, это помогает предотвратить профессиональные ошибки, которые могут возникнуть у неопытных специалистов при переходе к самостоятельной работе. Более того, если студент будет квалифицированно действовать в игре, есть все основания полагать, что он будет действовать так же грамотно и в своей работе.

Деловая клиническая игра отличается тем, что студенты – участники игры не могут достичь своих целей, действуя по одиночке. В ее ходе они принимают на себя роли, соответствующие реальной практике в имитируемой ситуации (врач приемного покоя, дежурный врач, хирург, анестезиолог, медсестра, нефролог, инфекционист и др.). Центральным звеном в подготовке клинической игры является разработка ее сценарного плана, основа которого берется из реальной действительности.

Клинические игры включают в себя несколько методических аспектов:

Определение целей игры.

Выбор сферы профессиональной деятельности (ситуации). При этом ситуации должны быть реальными, актуальными и нетипичными. Маловажную роль студенты будут рассматривать без интереса, полагая, что это не принесет им практической пользы. Ситуация с явно надуманными, неестественными условиями не сможет заинтересовать будущих врачей.

Определение основных участков – набор ролей, необходимых для развития избранной ситуации.

Определение целей каждого участника, исходя из содержания роли (чего должен

достичь каждый или к чему он должен стремиться).

Определение последовательности взаимодействия участников игры (кто, с кем и на каких этапах должен взаимодействовать).

Подготовка реальных медицинских документов (ЭКГ, рентгенограммы, лабораторные анализы и т.п.), наглядных средств (таблицы, слайды), муляжей, фантомов, приборов.

Основной принцип руководителя игры – дать ей развиваться при минимальном вмешательстве. Вместе с тем преподаватель направляет развитие игры введением информации. Результаты решений, принятых участниками, являются одним из важных источников информации в ходе игры. При этом преподаватель должен обыграть любую ошибку, любое неправильное решение или действие, принять санкции к наиболее бездеятельным участникам и, конечно, поощрить наиболее отличившихся. Он должен быть как бы играющим тренером в команде участников. По ходу игры он может задавать наводящие вопросы студентам, по их просьбе обсуждать возникшие сложные вопросы, содействовать переводу спора в дискуссию. Обязательное условие – обстановка свободы и непринужденности, благоприятная атмосфера межличностных взаимодействий.

Поскольку деловая клиническая игра для многих является малоизвестным методом активного обучения, предлагается методика подготовки и проведения клинической игры.

1. Выбор курса и темы. Считаем, что клиническая игра наиболее подходит для студентов VI курса и для врачей-интернов, когда у них уже достаточно сформированы знания и умения по смежным дисциплинам. Выбор тем для игры должен, главным образом, отражать неотложные, экстремальные состояния. В работе выбрана тема «Боли в животе», изучаемая врачами-интернами на VII курсе.

2. Предварительная организация. Определение цели игры. Выделение практических умений и навыков, которые должны быть продемонстрированы студентами в игре. Повторение и проверка базовых знаний предшествующих дисциплин. Теоретический разбор темы с использованием диагностического алгоритма.

3. Подготовка сценарного плана и распределение ролей

А. Задание исходной ситуации: Вызов на дом к ребенку 6 лет с болями в животе. Пациент осмотрен участковым врачом и направлен в стационар с диагнозом острого аппендицита. В приемном покое осмотрен хирургом. Срочно прооперирован. Послеоперационный диагноз: катаральный аппендицит. Резекция кишечника. Через 3 сут состояние вновь ухудшилось: появились схваткообразные боли в животе, интоксикация, несколько раз был жидкий стул со слизью и зеленью. В анализе крови лейкоцитоз, ускоренное

СОЭ. В анализе мочи эритроциты 17-18 в поле зрения.

Б. Роли: участковый врач-педиатр, хирург, реаниматор, врач-педиатр соматического отделения, гастроэнтеролог, нефролог, инфекционист, медсестра, больной, мать.

В. Место действия: дом, приемный покой, ординаторская, палаты, палаты интенсивной терапии.

Г. Оснащение: стетоскоп, шприцы, лекарство для больного, история болезни.

4. Ход игры. Преподаватель назначает студентов на роли, соответствующие должностям. Каждый студент прикрепляет к халату карточку с названием должности. Действие происходит поочередно в доме, приемном покое, палатах и ординаторской. Каждый из участвующих составляет план ведения больного и ответы при беседе с родственниками, которые изъявили желание поговорить с врачом. В ходе этих бесед студенты демонстрируют деонтологическую подготовку и коммуникативные навыки. В процессе игры преподаватель может вносить разную информацию об изменении состояния пациента (в данной игровой ситуации у больного через 3 сут после перевода в инфекционную больницу появилась геморрагическая сыпь на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей), моделируя различные возможные осложнения ситуации. Это требует от участников деловой игры соответствующих знаний и умений, взаимодействия друг с другом.

Метод клинической игры позволяет закрепить знания и умения, приобретенные на кафедрах детской хирургии, детской инфекции, анестезиологии и реанимации, педиатрии, и применить их для решения клинической ситуации. Этот эффективный метод дает возможность охватить в одной игре практику лечения заболевания со всеми вариантами течения и осложнений. Особенно важно то обстоятельство, что каждый студент является не только исполнителем данной ему роли, но и одновременно как бы проигрывает роли других участников, играя, наблюдая и контролируя ход принятых решений и выполнения мануальных приемов.

Этот метод активного обучения помогает достижению одной из главных задач высшего медицинского образования – подготовки профессиональной врачебной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жаугашева С. К. Новые образовательные технологии на кафедре общей фармакологии. /С. К. Жаугашева, Л. И. Пивень, Т. В. Ким //«Повышение эффективности государственного регулирования в сфере обращения лекарственных препаратов»: – Матер. междунар. науч.-практ. конф. – Караганда, 2005. – С. 235 – 236.
2. Наумов Л. Б. Учебные игры в медицине – Ташкент, 1986. – 62 с.
3. Хай Г. А. Теория игр в хирургии. – М.: Медицина, 1978. – 148 с.

K. B. Zhaktayeva

CLINICAL PLAY – ONE OF THE EFFECTIVE METHODS OF CLINICAL DOCTOR TRAINING

It is described in the article, that the clinical play is one of the effective method of future doctor training. The clinical play promotes the achievement of the one of the main purposes of the high medical education – the training of professional medical activity.

Қ. Б. Жақтаева

КЛИНИКАЛЫҚ ОЙЫН – КӘСІБИ ДӘРІГЕРДІ ДАЙЫНДАУДЫҢ ТИІМДІ ТӘСІЛІ

Жазылған мақалада клиникалық ойын, яғни «іскерлер ойыны», оқу барысында ең тиімді тәсілдердің бірі, өйткені ол студенттердің клиникалық ой өрісін жоғарылатып, дұрыс шешімді қабылдауға және практикалық қызметінде көмектеседі. Бұл тәсіл оқытудың белсенді түрі, ол жоғары медициналық білім алу қызметінің мақсатына жеткізіп және дәрігерлік мамандығының қызметін жоғарылатады.

Н. Ф. Ломан, Ш. С. Калиева

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ФИЛОСОФИИ

Кафедра истории Казахстана и социально-политических дисциплин, отдел научно-педагогического эксперимента Карагандинской государственной медицинской академии

Основная задача высшего образования заключается в формировании творческой личности специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности. Решение этой задачи вряд ли возможно только путем передачи знаний в готовом виде от преподавателя студенту. Необходимо, чтобы студент из пассивного потребителя знаний превратился в активного их творца, умеющего сформулировать проблему, проанализировать пути ее решения, найти оптимальный результат и доказать его правильность. Именно решению этого вопроса способствует реализация цели, поставленной перед открытым обществом в любом геополитическом пространстве. Во Всемирной декларации о высшем образовании для XXI века, принятой на Всемирной конференции ЮНЕСКО в Париже в 1998 г., отмечалось: «Высшие учебные заведения должны обеспечить такое образование учащихся, которое воспитывает в них хорошо информированных и глубоко мотивированных граждан, способных к критическому мышлению, анализу общественной проблематики, к поиску и использованию решений проблем, стоящих перед обществом, а также и к тому, чтобы брать на себя социальную ответственность» [3]. В настоящее время реформа высшего образования связана, по своей сути, с переходом от парадигмы обучения к парадигме образования [4]. В этом плане следует признать, что самостоятельная работа студентов является не просто важной формой образовательного процесса, но и его основой [2]. Это предполагает ориентацию на активные методы овладения знаниями, развитие творческих способностей студентов, переход от поточного к индивидуализированному обучению с учетом потребностей и возможностей личности.

Усиление роли самостоятельной работы студентов означает принципиальный пересмотр организации учебно-воспитательного процесса в вузе, который должен строиться так, чтобы развивать умение учиться, формировать у студента способности к саморазвитию, творческому применению полученных знаний, способам адаптации к профессиональной деятельности в современном мире, то есть, по словам великого немецкого философа Иммануила Канта [5], «не мыслям надобно учить, а мыслить». Такой пересмотр учебно-воспитательного процесса осуществлен в Карагандинской государственной медицинской академии в рамках научно-педагогического эксперимента.

Как правило, количество и объем заданий на самостоятельную работу и число контрольных мероприятий по дисциплине определяются преподавателем или кафедрой во многих случаях исходя из принципа «чем больше, тем лучше» [2]. Не всегда проводится даже экспертная, т.е. обоснованная личным опытом преподавателей оценка сложности задания и времени, требуемого на его подготовку. Все эти факторы вызывают у студентов формальное отношение к выполнению работы. Многие учебные задания не настроены на активную работу студентов, их выполнение зачастую может быть осуществлено на уровне ряда формальных действий, без творческого подхода и даже без понимания выполняемых операций. Все это было учтено при планировании занятий по философии и при организации самостоятельной работы. В первую очередь попытались определить мотивацию студентов при выполнении самостоятельной работы, так как активная самостоятельная работа студентов возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации [2]. Одним из самых сильных мотивирующих факторов является подготовка к дальнейшей эффективной профессиональной деятельности [6]. Среди факторов, способствующих активизации самостоятельной работы, можно выделить следующие:

1. Полезность выполняемой работы. Если студент знает, что результаты его работы будут использованы на семинарском занятии, при написании реферата или научной статьи, то от-

ношение к выполнению задания существенно меняется в лучшую сторону, а качество выполняемой работы возрастает. Задача преподавателя — мотивировать студента, показать ему, как необходима выполняемая работа.

2. Участие студентов в творческой деятельности. Это может быть составление тестовых заданий или кроссвордов к семинарским занятиям, разработка вопросов к лекциям, работа над методическими указаниями для преподавателей.

3. Интенсивная педагогика, которая предполагает введение в учебный процесс активных методов, прежде всего, игрового тренинга [4].

4. Поощрение студентов за успехи в учебе. Например, за работу, сданную раньше срока, студент получал повышенную оценку, а за работу плохого качества оценка снижалась.

Таким образом, чтобы сформировать положительное отношение студентов к самостоятельной работе, на каждом ее этапе разъяснялись цели работы, контролировалось понимание этих целей студентами, постепенно формировалось умение самостоятельной постановки задачи и выбора цели.

На занятиях по философии основной акцент сделан как на внеаудиторную самостоятельную работу студентов, так и на самостоятельную работу студентов под руководством преподавателя. На первое место была поставлена любая деятельность, связанная с формированием клинического мышления будущего профессионала, любой вид занятий, создающий условия для зарождения самостоятельной мысли, познавательной активности студента.

Главное в организации самостоятельной работы на кафедре заключалось в создании условий высокой активности, самостоятельности и ответственности студентов в аудитории и вне ее в ходе всех видов учебной деятельности. Основной задачей организации самостоятельной работы студентов на кафедре было создание психолого-дидактических условий развития интеллектуальной инициативы и мышления на занятиях любой формы [6]. Основными принципами организации самостоятельной работы на кафедре стал перевод всех студентов на индивидуальную работу, переход от формального выполнения определенных заданий при пассивной роли студента к познавательной активности, формирование собственного мнения при решении поставленных проблемных вопросов и задач.

Цель самостоятельной работы, проводимой на кафедре — научить студента осмысленно и самостоятельно работать с учебным материалом, с научной информацией, уметь непрерывно повышать свою квалификацию. Таким образом, при изучении философии организация самостоятельной работы была построена на единстве внеаудиторной самостоятельной работы и аудиторной самостоятельной работы, которая осуществлялась под непосредственным руководством преподавателя.

Видами самостоятельной работы студентов были подготовка и написание рефератов, докладов, эссе и других письменных работ на заданные темы. Студенту предоставлялось право выбора домашних заданий: решение логических задач; составление кроссвордов и тестовых заданий; пересказ текстов; изучение философских источников; разработка и составление различных таблиц; выполнение индивидуальных заданий, направленных на развитие у студентов самостоятельности и инициативы.

Самостоятельная работа реализовывалась непосредственно в процессе внеаудиторных и аудиторных занятий — на лекциях непосредственно контролировалось усвоение материала студентами путем проведения экспресс-опросов по конкретным вопросам, поощрялись дискуссии. На семинарских занятиях различные виды самостоятельной работы позволяли делать процесс обучения более интересным и способствовали также повышению активности значительной части студентов в группе. При написании эссе, рефератов студент мог в письменной форме изложить свои мысли относительно той или иной проблемы.

Самостоятельная работа осуществлялась в контакте с преподавателем вне рамок расписания: то есть на консультациях по учебным вопросам, при ликвидации задолженностей, при выполнении индивидуальных и творческих заданий. Таким образом, использовались все возможные варианты выполнения самостоятельной работы.

Из различных форм самостоятельной работы студентов под руководством преподавателя, на наш взгляд, наиболее интересными для студентов являются «деловые игры» [2]. Тематика игры может быть связана с конкретными проблемами. Цель деловой игры — в имитационных условиях дать студенту возможность разработать и принимать решения. При проведении семинаров студенты выполняют самостоятельную работу как индивидуально, так и малыми группами (творческими командами), каждая из которых разрабатывает свой проект (задачу). Выполненный проект (решение проблемной задачи) затем рецензируется другой командой по круговой системе. Публичное обсуждение и защита своего варианта повышают роль самостоятельной работы и усиливают стремление к ее качественному выполнению. Данная система организации семинарских занятий позволяет вводить в процесс обучения научно-исследовательские элементы, упрощать или усложнять задания.

Результативность самостоятельной работы студентов во многом определяется наличием активных методов ее контроля. При проведении занятий по философии осуществлялись следующие виды контроля: контроль исходного уровня знаний, текущий контроль, то есть регулярный мониторинг уровня усвоения материала на лекциях и семинарских занятиях; самоконтроль, осуществляемый студентами в процессе изучения

философии при подготовке к контрольным занятиям; итоговый контроль по дисциплине.

В последние годы наряду с традиционными формами контроля – коллоквиумами, зачетами, экзаменами – достаточно широко вводятся новые формы. В первую очередь следует отметить рейтинговую систему контроля, которая активно используется в КГМА. Использование рейтинговой системы позволяет добиться более ритмичной работы студента в течение семестра, а также активизирует познавательную деятельность студентов путем стимулирования их творческой активности. Весьма эффективно использование тестов непосредственно в процессе обучения, при самостоятельной работе студентов. В этом случае студент сам проверяет свои знания по теме занятия.

Важнейшим условием эффективности самостоятельной работы студентов является разработка комплекса методического обеспечения учебного процесса. Тексты лекций, учебные и методические пособия, банки логических заданий, тестовые задания по всем темам позволяют организовать проблемное обучение, в котором студент является равноправным участником учебного процесса. Необходимо отметить, что для проведения занятий по философии на кафедре имеется большой банк заданий, причем эти задания дифференцированы по степени сложности.

Таким образом, самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя, также как и внеаудиторная самостоятельная работа, является важной составной частью образовательного процесса. Они могут быть разными по форме и методам проведения. Являясь одной из форм обучения, самостоятельная работа студентов расширяет рамки учебной программы. Она требует не только активной мыслительной деятельности студента, но предполагает активную работу со стороны преподавателя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болонина С. В. Научно-методические основы преподавания правовых дисциплин: Автореф. дис. ...д-ра. юрид. наук. – М., 2000. – С. 5 – 16.
2. Волчанский М. Е. Организация самостоятельной работы студентов в медицинском вузе. – Волгоград, 2004. – С. 4 – 10.
3. Высшее образование в XXI веке. Подходы и практические меры. – Париж: Юнеско, 1998. – С. 35 – 40.
4. Гелашвили Н. И. Педагогические основы управления самостоятельной работы студентов в процессе обучения. – М.: Феникс, 2000. – 321 с.
5. Кант И. Метафизические начала естествознания. – М.: Мысль, 1999. – 245 с.
6. Профессиональная педагогика. – М.: Проф. образование, 1999. – 467 с.

Поступила 10.06.07

N. F. Loman, Sh. S. Kalieva

PROBLEMS OF ORGANIZATION OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS IN MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Authors mark, that independent work of students under the direction of the lecturer and out-of-class independent work are the important part of educational process. They can be different under the form and methods of carrying out. Being one of forms of training, independent work of students expands frameworks of the curriculum. It demands not only active cogitative activity of the student, but also assumes active work on the part of the lecturer. In the article a number of the factors promoting activization of independent work of students is established, methods of its control over the lecturer are determined.

Н. Ф. Ломан, Ш. С. Калиева

ФИЛОСОФИЯ САБАҒЫНДАҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ ЖАЙЛЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Авторлар білім беру процесінде студенттердің өзіндік жұмысы өте қажет деп атап көрсеткен. Олар әртүрлі формада және әдістерде өтуге тиіс. Алдағы уақытта студенттердің өзіндік жұмысы кейбір формалары сабақтың ауқымын кеңейтеді. Ол студенттердің жылдам ойлау қабілетін кеңейтіп қана қоймай, оқытушы жетекшілігімен іздену қабілетін де күшейтеді. Студенттердің өзіндік жұмысы және оның әдістері, оқытушы жетекшілігі жайында мақалада бірнеше факторлар келтірілген.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С. А. Калкабаева

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Курс скорой и неотложной медицинской помощи Южно-Казахстанской государственной медицинской академии (Шымкент)

В период реформирования системы здравоохранения очень важными являются вопросы организации и развития службы скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП). В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан указано, что развитие этой службы будет осуществляться путем расширения диапазона деятельности и доступности первичного уровня. В отрасли выделен ряд негативных тенденций, требующих принятия управленческих решений. Во-первых, нарушается важнейший принцип системы здравоохранения – этапность оказания медицинской помощи. Во-вторых, наблюдается неравенство между территориями в пределах области по объему и качеству оказания медицинской помощи, показателям здравоохранения в целом. В-третьих, недостаточно сформированы обязательные компоненты системы управления – мониторинг и оценка деятельности организаций и системы здравоохранения в целом. На основании требований Государственной программы реформирования и развития здравоохранения необходим четкий и ясный подход к управлению службы скорой медицинской помощи области.

В связи с этим целью исследования явилось определение состояния и проблем развития службы скорой и неотложной медицинской помощи Южно-Казахстанской области (ЮКО).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось путем анализа данных Ведомственной статистической отчетности (форма №40, годовой отчет станций (отделений) скорой медицинской помощи), показателей деятельности службы скорой медицинской помощи ЮКО за последние 10 лет и результатов ежеквартального мониторинга показателей деятель-

ности служб скорой медицинской помощи области.

В настоящее время в области развернуто 8 самостоятельных станций и 12 отделений СНМП при центральных и городских больницах, их число с 1997 до 2006 г. фактически не изменилось. В 2006 г. служба СНМП выполнила 464 688 выездов и оказала медицинскую помощь 510 607 пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 2006 г. в области на СНМП работали 202,5 врачей, 605,5 средних медицинских работников и 631,0 младшего и прочего персонала. Укомплектованность врачами составила 86,8%, средним медицинским персоналом – 102,1%, младшим медицинским персоналом – 19,1%, прочими – 100,3%. Соотношение врачи-средний медицинский персонал по штатным должностям составило 1:2,97, по занятым – 1:2,99.

СНМП является самой дорогостоящей из всех видов помощи населению. Стоимость 1 вызова в 2006 г. составила более 1 900 тенге. Частота обращаемости населения за СНМП в последние 10 лет (с 1997 по 2006 г.) возросла с 184,7 до 217,9 на 1 000 населения. При этом частота вызовов городскому населению ЮКО была в 2,7 раза больше, чем сельскому населению.

Анализ выполненных выездов по разным поводам показал, что в последние 10 лет (с 1997 по 2006 г.) показатели резко возросли с 180,2 до 208,1 на 1 000 населения. Анализ частоты вызовов СНМП в 2006 г. по разным поводам показал, что 174,5 вызова на 1 000 населения были связаны с внезапными заболеваниями (83,9%), велика частота перевозок (7,2%), вызовы на несчастные случаи составили 5,0%, по поводу родов и патологии беременности – 3,9%.

С 1997 по 2006 г. число лиц, которым была оказана медицинская помощь при выездах, увеличилось с 361 025 до 472 873 т.е. на 1,2% (табл. 1).

В 2006 г. показатель на 1 000 населения был равен 211,7. Для городского населения показатель составил 345,7, для сельских жителей – 127,5 на 1 000 сельского населения.

Организация работы СНМП в области имеет много недостатков и нерешенных проблем. Велики непроизводительные затраты времени

Таблица 1.

Показатели оказания населению ЮКО скорой медицинской помощи при выездах в 1997 – 2006 гг. (на 1 000 населения)

Показатель	Год									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Все населения	183,3	183,7	187,8	198,7	202,1	208,4	210,9	215,4	211,0	211,7
Городское население	242,2	248,1	261,8	275,1	269,6	287,2	313,2	333,2	311,9	345,7
Сельское население	148,5	145,6	144,1	153,1	159,2	157,3	145,2	140,3	147,0	127,5

Организация и экономика здравоохранения

врачей СМП. Слабо организована преемственность в работе службы и амбулаторно-поликлинического звена, что приводит к необоснованному увеличению нагрузки на СМП. В территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения пассивно передаются активные вызовы. Велика частота вызовов на дом по оказанию медицинской помощи больным хроническими заболеваниями, не обоснованы затраты времени СМП на транспортировку больных, при этом выезды к больным, нуждающимся в экстренной помощи, выполняются несвоевременно. Неэффективно используются специализированные врачебные бригады. В области в настоящее время организовано всего 9 специализированных бригад по трем профилям: интенсивной терапии, психиатрии и реанимации. С 2002 г. в области перестала функционировать кардиологическая бригада. В силу нерационального использования специализированных и врачебных общепрофильных бригад составление графиков работы выездных бригад без учета потребности населения приводит к низкой оперативности работы службы. Обеспеченность населения врачебными бригадами СМП за последние 10 лет увеличено с 26 до 29 (табл. 2).

Следует отметить, что в 2005 г. количество врачебных бригад увеличилось до 42 за счет сокращения фельдшерских бригад и в связи с пополнением санитарных автомашин. Количество фельдшерских бригад за 10 лет снизилось с 55 до 49.

Основными принципами деятельности СМП в соответствии приказом Министерства здравоохранения РК №756 являются полная доступность для населения, оперативность в работе и своевременность помощи, полнота объема и высокая квалификация, обеспечение беспрепятственной госпитализации в соответствующие медицинские организации. В приказе декларируется мысль о том, что эта работа должна осуществляться в основном врачебными бригадами и следовательно, соотношение бригад СМП

должно постепенно увеличиваться в сторону преобладания врачебных.

В области остается низким процент обслуживания вызовов врачами. Отмечается преобладание фельдшерских бригад. При этом упускается из вида то, что при оказании экстренной помощи лечебно-диагностические мероприятия, кроме коррекции имеющихся расстройств, должны быть направлены и на предупреждение возникновения нарушения жизненно важных функций организма. В предыдущие десятилетия наше здравоохранение ориентировалось в основном на формирование врачебных бригад, несмотря на материальные затраты. Если судить по фонду заработной платы и стоимости одного вызова, то фельдшерские бригады действительно являются более дешевой формой оказания СМП. Вместе с тем, если учесть затраты, связанные с оказанием экстренной медицинской помощи фельдшерами не в полном объеме, с диагностическими и тактическими ошибками, необоснованной и непрофильной госпитализацией, то такая модель может оказаться значительно дороже врачебных бригад.

Мониторинг показателей работы врачебных и фельдшерских бригад показал, что число диагностических и тактических ошибок у фельдшеров СМП в 1,6 раза больше, чем у врачей. При этом число повторных вызовов по вине медицинских работников, количество больных, необоснованно направленных на госпитализацию фельдшерскими бригадами также в 1,3 раза больше.

В условиях не совсем достаточного финансирования стационары в большом объеме осуществляют экстренную госпитализацию и не всегда имеют возможность госпитализации плановых больных, нет адекватной готовности к увеличению приема больных, нуждающихся в экстренной помощи. В целом доля экстренно госпитализированных больных по ЮКО составляет 23,5% от общего числа госпитализированных.

Несмотря на то, что в Республике Казах-

Таблица 2.
Показатели обеспеченности населения ЮКО бригадами СМП за 1997 – 2006 гг.

Наименование бригад	Год									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Общепрофильная	26	26	25	26	28	30	29	29	42	29
Специализированная	7	7	7	7	7	7	8	9	9	9
Кардиологическая	2	2	2	2	2					
БИТ	2	2	3	3	3	5	6	7	7	7
Психиатрическая	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Реанимационная	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Фельдшерская	55	55	51	53	48	49	46	47	39	49
Итого:	88	88	83	86	83	86	83	85	90	87

Организация и экономика здравоохранения

стан функционирует система общеврачебной практики, оказание неотложной круглосуточной помощи больным при внезапном ухудшении здоровья осуществляется только службой скорой помощи. В приказах, регламентирующих работу врачей общей практики, есть только декларативные указания на обязанность оказания ими неотложной помощи населению, но нет механизма ее осуществления. В результате, этот вид работы врачами не осуществляется. В сложившейся ситуации необходимо организовать работу скорой помощи таким образом, чтобы обращаемость населения за помощью была максимально обоснована. Своевременность оказания качественной, квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе часто определяет тя-

жесть течения заболевания, его прогноз. В связи с серьезным ростом заболеваемости населения и снижением качества медицинской помощи требуется кардинальное решение проблемы совершенствования организации службы скорой и неотложной медицинской помощи. Для этого необходима государственная поддержка и конкретная программа организационных основ построения службы скорой медицинской помощи. При обосновании этой программы следует сохранить возможность дифференцированного подхода к выбору модели, ее организации на местах с учетом особенностей региона, имеющегося опыта, количества и структуры вызовов, состояния учреждений здравоохранения.

Поступила 04.07.07

S. A. Kalkabaeva

SITUATION AND PROBLEMS OF THE DEVELOPMENT OF THE FIRST AID IN SOUTH-KAZAKHSTAN REGION

First aid is the most expensive one among all types of medical service for population, that is why it is necessary to organize this work in such a way when the appeal of patients would be maximal determined. In order to achieve this the actual National program of administrative basis of the first aid service development is needed.

С. А. Қалқабәева

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМНІҢ ДАМУ ЖАҒДАЙЫ МЕН ПРОБЛЕМАСЫ

Жедел медициналық жәрдем өте қымбат медициналық көмек түрі болып табылады. Жедел медициналық жәрдем негізді түрде шақырылуы қажет. Ол үшін жедел жәрдем қызметін ұйымдастырудың негізін құрайтын Мемлекет тарапынан нақтылы бағдарлама керектігі айқындалды.

**Н. Г. Деркач, Т. В. Морозова, А. П. Косарева,
Г. И. Кислюк, Л. А. Шамарина**

СЛУЧАЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕГО ПОЛИМИОЗИТА У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Кафедра педиатрии ФПО и НПУ Карагандинской государственной медицинской академии, Областная детская больница (Караганда)

Оссификация мышц является тяжелым осложнением полимиозита у детей, развивается на 2-5 г. болезни. Кальцинаты локализуются в толще пораженных мышц в виде очагов или пластин, или поверхностно, в подкожной клетчатке, в зонах наибольшей травматизации (вокруг локтевых, коленных суставов, вдоль ахиллова сухожилия), значительно реже – в подчелюстной или орбитальной области.

Возникновение кальциатов сопровождается лихорадкой, ощущением неловкости, жжения или боли, появлением упругих, баллотирующих или плотных образований, из которых выделяется мутная жидкость, после высыхания напоминающая зубной порошок и состоящая из солей кальция (гидроксиапатита). Кальцинаты имеют тенденцию к распространению, могут нагнаиваться и усугублять контрактуры и инвалидизацию.

Генез кальциноза полностью не выяснен. Предполагается, что он отражает степень выраженности, распространенности и цикличности воспалительного некротического процесса с исходом в склероз и кальциноз. Исследования функции паращитовидных желез подтвердили нормальные показатели паратгормона, уровня кальция и фосфора в сыворотке крови.

Кальциноз является особенностью юношеского дерматомиозита/полимиозита, его частота составляет от 37 до 44%, причем среди детей школьного возраста он наблюдается у каждого десятого ребенка при непрерывно рецидивирующем, волнообразном и первично-хроническом течении заболевания [1, 2, 3].

Морфологически оссифицирующий полимиозит характеризуется вакуолизацией, фрагментацией и некрозом саркоплазмы мышечных волокон и фагоцитозом детрита макрофагами, атрофией мышечных волокон. Стромальные изменения характеризуются отеком, лимфомакрофагальной инфильтрацией, продуктивными или деструктивными васкулитами с явлениями эндотелиального выпота и некроза. По мере прогрессирования процесса преобладающими становятся склеротические и дистрофические изменения с нередким обызвествлением воспалительных очагов.

Оссифицирующий полимиозит в настоящее время остается недостаточно изученным заболеванием и является одной из актуальных проблем детской ревматологии. В связи с этим

приводим случай развития оссифицирующего полимиозита у ребенка с системной красной волчанкой.

Больная С. 15 лет. Поступила с жалобами на высыпания на коже, слабость, уплотнение мягких тканей. Из анамнеза известно, что девочка от 5 беременности, 3 родов, ребенок от здоровых родителей, наследственность не отягощена. Течение беременности и родов физиологическое. Родилась с массой тела 4000 г, ростом 52 см. Течение периода новорожденности и раннего детства без особенностей, на грудном вскармливании до 6 мес, привита по возрасту. В анамнезе отмечались нечастые ОРВИ и ангины. Впервые заболела в 2001 г. в возрасте 10 лет, когда был поставлен диагноз: СКВ, кожная форма, бабочка, капиллярит, стоматит, активность II ст., острое течение. В течение наблюдаемого периода отмечено непрерывно рецидивирующее течение заболевания с присоединением клинико-лабораторных признаков кардита, люпус-нефрита, гепатоспленомегалии, синдрома Иценко – Кушинга. На фоне постоянной гормональной терапии (доза преднизолона 20-30 мг в сут) состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, появились отеки на лице, нижних конечностях, язвенно-некротические изменения кожи на ягодицах и перианальной области, на внутренней поверхности бедер, артралгии. В 2006 г. впервые появились узелки подкожно-жировой клетчатки на брюшной стенке, поясничной области, верхних конечностях, безболезненные при пальпации, постепенно стала нарастать плотность мышц плеч и предплечий, периодически возникали лимфадениты подчелюстной области, молочница, тогда же повысились показатели мочевины и креатинина, появились признаки функциональных нарушений почек.

Общее состояние девочки тяжелое за счет основного заболевания. Самочувствие страдает, периодически отмечается выраженная утомляемость, эмоциональная лабильность, раздражительность, беспокойство, снижение работоспособности. Физическое развитие ниже среднего, отстает в росте, тургор мягких тканей снижен. Кожные покровы гиперемированы с цианотично-мраморным рисунком, признаками шелушения, сыпь на лице в виде бабочки, на верхней части тела – большое количество эритематозных и багрово-синюшных стрий, рубцовые изменения в подмышечной и паховой областях, в области локтевых сгибов – кератоз, на левом плече – остаточные явления после абсцесса. На подушечках пальцев рук явления капиллярита. Подкожно на верхних и нижних конечностях, на туловище пальпируется масса мелких безболезненных уплотнений в виде кальциатов, в левой подлопаточной области – уплотнение 3х3,5 см без признаков воспаления. Подкожно-жировая клетчатка распределена по типу кушингоида, с избыточным отложением на животе и бедрах. Периферические лимфоузлы 2 размера в околоушной, подче-

Наблюдения из практики

люстной и переднешейной области, плотной консистенции, умеренной болезненности. Костная система без видимой деформации. Разгибательные движения в локтевых суставах резко ограничены, признаков воспаления нет. Мышцы верхних конечностей плотные, сила мышц резко снижена. Дыхание через нос свободное, в легких – везикулярное, ЧД 20-24 в мин, одышка периодически появляется после нагрузки. Область сердца на вид не изменена, отмечается пульсация крупных сосудов шеи. Граница сердца увеличена влево на 0,5 см. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Короткий систолический шум на верхушке и в V точке. Пульс слабого наполнения. Аппетит снижен, изо рта гнилостный запах. Слизистые бледно-розового цвета. Язык обложен беловатым налетом. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень +2,5–3 см, плотная. Селезенка не пальпируется. Стул без патологических примесей. Область почек на вид не изменена, отмечается пастозность лица и голеней. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, адекватное водной нагрузке.

В анализах крови ускоренное СОЭ (40-60 мм/час), нейтрофилез со сдвигом формулы влево до юных, дефицитная анемия легкой степени, СРБ+++ , увеличение фибриногена до 9 г/л, тимоловой пробы – более 20 ед, КФК – до 242,9 ед/л. Периодически обнаруживались Le-клетки.

На рентгенограмме плеча и предплечья в боковой проекции определяется оссификация сосудов различного калибра. Выраженный остеопороз метафизов трубчатых костей и костей кисти (рис. 1)



Рис. 1. Рентгенограмма плеча и предплечья больной С.

На УЗИ внутренних органов – явления жирового гепатоза, хронического холецистопан-

креатита, признаки хронического воспаления чашечно-лоханочной системы почек, ХПН. На ЭКГ – признаки нарушения метаболизма в миокарде, синусовая аритмия, нагрузка на левое предсердие. На ЭХОКС – расширение левых полостей сердца, скопление жидкости в перикарде. Рентгенограмма грудной клетки в динамике – нарастающие признаки застоя в малом круге кровообращения на фоне диффузного заболевания соединительной ткани.

На основании полученных данных поставлен диагноз: Смешанное заболевание соединительной ткани: Системная красная волчанка, хроническое течение. Бабочка. Хронический кардит. НК I ст. Люпус-нефрит. ХПН I ст. Оссифицирующий полимиозит. Сопутствующий диагноз: Синдром Иценко – Кушинга. Жировой гепатоз. Дефицитная анемия легкой степени.

Таким образом, дебют заболевания начался в 10-летнем возрасте с возникновения клинико-лабораторной картины СКВ, имеет непрерывно прогрессирующее течение, полиорганное поражение, на 4-5 г. заболевания присоединились признаки оссифицирующего полимиозита. Девочка получает преднизолон 27,5 мг/сут с аспаркамом (1 таблх3 р/сут), энам 2,5 мг/сут, предуктал 35 мг/сут, плаквенил 0,25 г/сут, диклофенак 75 мг/сут, курантил 75 мг/сут, антибактериальные и противогрибковые препараты. Несмотря на лечение, сохраняются признаки капиллярита, кардита, люпус-нефрита, прогрессирующее течение полимиозита с кальцинозом, периодическое наложение бактериального воспаления лимфоузлов, кожи, подкожной клетчатки, грибковое поражение слизистых. Выраженный кушенизм не позволяет увеличить дозу гормонов, а от приема цитостатиков девочка отказалась.

Приведенное наблюдение демонстрирует необходимость поиска и внедрения новых методов диагностики и лечения для улучшения прогноза оссифицирующего полимиозита при смешанном заболевании соединительной ткани у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая ревматология. – СПб: Питер, 2007. – С. 103 – 136.
2. Педиатрия /Под ред.Н.Н. Володина. – М.: Медицина, 1997. – С. 267 – 276.
3. Эрман М. В. Лекции по педиатрии. – СПб: Фолиант, 2001. – С 373 – 388.

Поступила 30.07.07

N. G. Derkach, T. V. Morozova, A. P. Kosareva, G. I. Kislyuk, L. A. Shamarina INCIDENT OF OSSIFICAL POLIMIOSITIS IN THE GERL OF 15 YEARS WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS SYSTEMICUS

The authors draw a conclusion, that the incident has the clinical incident because the rarity of the investigated disease. The knowledge of the clinical and morphologic peculiarities of this disease will allow to diagnose the disease in proper time and to prescribe the adequate therapy

Н. Г. Деркач, Т. В. Морозова, А. П. Косарева, Г. И. Кислюк, Л. А. Шамарина
15 ЖАСТАДЫ ҚЫЗ БАЛАНЫҢ ҚЫЗЫЛ ВОЛЧАНКАДА ОССИФИЦИРАЛЫҚ ПОЛИМИОЗИТКЕ
АЙНАЛУЫ

Мақалада қызыл волчанкада оссифициралық полимиозитке клиникалық жағдайы келтірілген. Авторлар байқау зерттелген аурудың сиректігіне байланысты диагностикалық қызығушылық тудырады деген қорытындыға келген. Бұл аурудың клиникалық және морфологиялық ерекшеліктерін білу уақытында диагностика қоюға және оңтайлы терапия тағайындауға мүмкіндік береді

Сергей Петрович Терехин

(к 60-летию со дня рождения)

После окончания Карагандинского государственного медицинского института в 1971 году Сергей Петрович начал трудовую деятельность на кафедре гигиены питания в должности ассистента. В 1980 году он стал работать доцентом кафедры, с 1986 года – заведующим кафедрой. В 1992 году Сергей Петрович был назначен первым деканом открывшегося медико-биологического факультета, в 1995 году – проректором по учебно-воспитательной работе. С 2007 года С. П. Терехин является проректором по организационно-экономической работе.

В 1977 году на Специализированном совете при Первом Московском медицинском институте им. И. М. Сеченова защитил диссертацию на соискание степени кандидата наук по теме: «Биологическая ценность новых консервов детского питания и пути ее повышения». В 1992 году на базе Карагандинского государственного медицинского института С. П. Терехин защитил докторскую диссертацию на тему: «Медико-биологическое обоснование применения витаминов для оздоровления и повышения работоспособности шахтеров и металлургов».

Научную деятельность С. П. Терехина отражают более 200 опубликованных научных и методических работ, в том числе монография «Клиническая биохимия» (2000 г.), учебно-методическое пособие «Лечебное питание» (2005 г.), а так же авторские свидетельства. Он является разработчиком нормативно-технических и санитарно-нормативных документов на новые пищевые продукты и технологии. Основные направления научной деятельности С. П. Терехина – фундаментальные и прикладные исследования в области гигиены питания и профилактической витаминологии. Им разработан ряд витаминизированных пищевых продуктов и продуктов профилактической направленности для работающих в особо вредных условиях производства. Несомненный интерес представляют исследования С. П. Терехина в области диетологии и питания беременных женщин, лечебного питания. Он является высококвалифицированным специалистом по нутрициологии, постоянно оказывает помощь органам практического здравоохранения.

С. П. Терехина характеризует плодотворная, эффективная организационная, обществен-



ная и воспитательная работа. Он организует взаимодействие академии с Центрально-Казахстанским отделением Малой академии наук юного исследователя, президентом которого является, осуществляет деятельность по маркетингу и рекламной кампании среди школьников и младшего медицинского персонала по привлечению абитуриентов, курирует в академии профориентационную работу и деятельность приемной комиссии. Сергей Петрович большое внимание уделяет воспитательной работе со студентами и подготовке научно-педагогических кадров.

Под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации, в настоящее время выполняются 1 докторская и 2 кандидатские диссертации.

За годы работы Сергей Петрович показал себя высококвалифицированным научным работником, талантливым, принципиальным руководителем и организатором. С. П. Терехин награжден значком «Отличник здравоохранения», нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі», а за выдающиеся заслуги его имя в 1986 году занесено в Книгу почета Карагандинского государственного медицинского института.

С. П. Терехин является действительным членом Международной академии информатизации, членом ученого совета КГМА, председателем комиссии по присвоению ученых званий, членом ректората, заместителем председателя совета КГМА по профориентационной работе, членом редакционной коллегии журнала «Медицина и экология».

Ректорат, профсоюзный комитет, коллектив Карагандинской государственной медицинской академии, редакционная коллегия журнала «Медицина и экология», сотрудники кафедры гигиены №1 и курса гигиены питания сердечно поздравляют Вас, уважаемый Сергей Петрович, с юбилеем и желают крепкого здоровья, долголетия, благополучия, оптимизма, успехов, творческих дерзаний, вдохновенного труда и новых свершений в благородном деле воспитания и подготовки высококвалифицированных специалистов!

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

1. Принимаются к опубликованию оригинальные и проблемные статьи на казахском, русском и английском языках общим объемом (включая иллюстрации, таблицы и список литературы) до 8-10 (но не менее 6) страниц, обзоры литературы – 10-15 страниц, случаи из практики – не более 3 страниц.

2. Статья предоставляется в редакцию в распечатанном виде в 2 экземплярах и на электронном носителе. Статья должна быть отпечатана на одной стороне стандартного листа и содержать не более 30 строк на странице с полуторным интервалом между строками (Word), шрифт Times New Roman, размер шрифта 14, с полями сверху и снизу 2 см, слева 4 см, справа 1 см и иметь разделы: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература.

3. Статья должна иметь визу руководителя кафедры, учреждения на право опубликования и сопроводительное письмо руководства учреждения, заверенное печатью. К статье должен прилагаться акт экспертизы.

4. В начале первой страницы пишутся инициалы и фамилии авторов (не более 5), название статьи, название учреждения, в котором выполнена работа с указанием кафедры (отдела), города. В конце статьи должны быть подписи каждого автора. На отдельном листе предоставляются сведения об авторах с указанием фамилии, имени, отчества (полностью), должности, ученой степени, ученого звания, точного адреса и контактных телефонов. Координаты и имя автора, с которым будет осуществляться переписка, должны быть точно выверены и выделены жирным курсивом.

5. Статья должна быть тщательно проверена автором. Корректурa автору не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу. Статья, направленная на доработку или не принятая к опубликованию, возвращается только по запросу автора.

6. Фотографии, рисунки, чертежи, графики и диаграммы должны быть выполнены в компьютерном варианте или отсканированы. Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими. Подписи к иллюстрациям обязательны. Место, где в тексте должна быть иллюстрация или таблица, следует отметить квадратом на полях. В подписях к микрофотографиям указываются способ окраски, увеличение.

7. Таблицы и рисунки должны быть озаглавлены, пронумерованы и отпечатаны.

8. Сокращения слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Меры даются по системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого появления в тексте и остаются неизменными.

9. Фамилии авторов пишутся с инициалами, фамилии иностранных авторов – иностранным алфавитом.

10. Список литературы составляется в алфавитном порядке, сначала указываются отечественные, затем зарубежные авторы. Работы русских авторов, опубликованные на иностранном языке, помещаются среди работ иностранных авторов, работы иностранных авторов на русском языке – среди работ русских авторов. В тексте дается библиографическая ссылка на порядковый номер источника в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

При описании статей из журналов указываются фамилия, инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы (от и до). При описании статей из сборников указываются фамилия, инициалы авторов, название статьи, название сборника, место издания, год, страницы (от и до). При описании монографии указываются фамилия, инициалы авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц, при описании главы из монографии – фамилия, инициалы автора главы, название главы, фамилия, инициалы автора монографии, название монографии, место издания, год издания, страницы (от и до). В работе, написанной 1, 2, 3 авторами, указываются фамилия, инициалы первого автора, название работы, через косую черту указываются все авторы. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек), приводится в списке по заглавию. Через косую черту после заглавия указываются фамилии 4 авторов, если же авторов 5 и более – фамилии 3 авторов, затем ставится «и др.».

Количество источников в статье не должно превышать 18, в обзоре литературы – 45 за прошедшие 5-10 лет.

11. К статье обязательно прилагается резюме, содержащее краткое изложение работы и выводы, на казахском, русском и английском языках размером не более 15 строк с указанием инициалов и фамилий авторов и названия статьи. В тексте резюме запрещается использование сокращений и аббревиатур.

12. Статьи можно предоставить в редакцию журнала по адресу: **100008 г. Караганда, ул. Гоголя 40, каб. 239** или присылать по e-mail: **kgma@nursat.kz** с пометкой «в редакцию журнала «Медицина и экология»».

13. Редакция оставляет за собой право сокращения или исправления статей.

14. Направление в редакцию работ, ранее опубликованных или направленных в другие редакции для опубликования, не допускается.

15. Рассматриваются только рукописи, оформленные в соответствии с данными правилами