

Адрес редакции:

100008, Республика Казахстан,
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 239
редакционно-издательский отдел
тел.: (721-2)-51-34-79 (138)
сот. тел. 87021141267
факс: 51-89-31
e-mail: rio@kgmu.kz

Начальник редакционно-
издательского отдела
Л. Н. Журавлева

Редакторы: Л. Н. Журавлева,
Т. М. Ермекбаев

Собственник:

Республиканское
государственное
казенное предприятие
«Карагандинский
государственный
медицинский университет»
Министерства
здравоохранения
Республики Казахстан
(г. Караганда)

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры и
информации
Республики Казахстан
14 ноября 2009 г.
Регистрационный номер 10488-ж.

Журнал отпечатан в типографии
КГМУ
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
Комитета по контролю в сфере
образования и науки МОН РК

Тираж 500 экз., объем 12 п. л.,
печать офсетная. Подписан в печать
05.01.2010

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

**№ 4 (53) 2009
(октябрь, ноябрь, декабрь)**

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1996 году

Главный редактор — доктор медицинских наук,
профессор М. К. Телеуов

Редакционная коллегия:

М. Г. Абдрахманова, доктор медицинских наук

К. А. Алиханова, профессор

Р. Х. Бегайдарова, профессор

Р. С. Досмагамбетова, профессор

С. К. Жаугашева, профессор

Н. В. Козаченко, профессор

А. Г. Курашев, доктор медицинских наук

С. В. Лохвицкий, профессор

Л. Е. Муравлева, профессор

К. Ж. Мусулманбеков, профессор

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

И. А. Скосарев, профессор

Е. Н. Сраубаев, профессор

С. П. Терехин, профессор

Е. М. Тургунов, профессор

М. М. Тусупбекова, профессор,

ответственный секретарь

Ю. А. Шустеров, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- | | | |
|--|----|--|
| <p>Абилов К. У. Пищевод Барретта в современном представлении и новые подходы к лечению</p> | 6 | <p>Әбілов Қ. У. Баррет өңеші жөнінде қазіргі заманғы көзқарас, оны емдеудің жаңа әдістері</p> |
| <p>Ахметова С. Б., Тимченко Н. А., Лосева И. В., Дедова О. Ю., Алмагамбетов К. Х. Эффективность использования фитопрепаратов в лечении различных паразитарных инвазий</p> | 9 | <p>Ахметова С. Б., Тимченко Н. А., Лосева И. В., Дедова О. Ю., Әлмағамбетов К. Х. Әртүрлі паразитарлы инвазияларды емдеудегі фитопрепараттарды қолдану тиімділігі</p> |
| <p>Жанасова М. М. Хирургическое лечение сложных свищей прямой кишки</p> | 16 | <p>Жанасова М. М. Тік ішектің жыланкөзін хирургиялық емдеу</p> |

ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА

- | | | |
|--|----|---|
| <p>Сраубаев Е. Н., Хамитов Т. Н., Кочегаров Н. А., Солод А. В., Жакенова С. Р. Профессиональная заболеваемость шахтеров угольного департамента АО «АрселорМиттал Темиртау» за период 2005-2008 гг. и меры ее профилактики</p> | 23 | <p>Сраубаев Е. Н., Хамитов Т. Н., Кочегаров Н. А., Солод А. В., Жакенова С. Р. 2005-2008 ж.ж. кезеңіндегі АҚ «Арселор Миттал Теміртау» көмір департаментінің шахтерлерінің кәсіптік аурушандығы және оларды алдын алу шаралары</p> |
|--|----|---|

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- | | | |
|--|----|--|
| <p>Мусин А. М. Некоторые особенности антигипертензивной терапии на фоне гипотиреоза средней степени тяжести</p> | 29 | <p>Мусин А. М. Орта ауырлық дәрежелі гипотиреоз фонындағы артериальді гипертония кезіндегі антигипертензивті терапияның кейбір ерекшеліктері</p> |
| <p>Кошеров Б. Н., Досмагамбетова Р. С., Колмогорова Е. Л., Ким А. А., Жунусов Е. С. Клинико-биохимические проявления хронического вирусного гепатита у жителей Карагандинской области</p> | 31 | <p>Кошеров Б. Н., Досмағамбетова Р. С., Колмогорова Е. Л., Ким А. А., Жүнісов Е. С. Созылмалы вирусты гепатиттің Қарағанды облысы территориясындағы клинико-биохимиялық көріністері</p> |
| <p>Рахыпбеков Т. К., Адылханов Т. А., Масадыков А. С. Стратегия повышения качества диагностики и лечения узловых заболеваний щитовидной железы на основе критерия качества жизни</p> | 34 | <p>Рахыпбеков Т. Қ., Әділханов Т. А., Масадыков Ж. С. Өмір сүру сапасы критерілері негізінде қалқанша бездің түйінді ауруларын анықтау мен емдеу сапасын жоғарылату стратегиясы</p> |
| <p>Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Джашибекова Ж. Ж., Саурбаева А. К., Кан В. Т. Клинико-эпидемиологическая характеристика лямблиоза у детей</p> | 38 | <p>Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Джашибекова Ж. Ж., Саурбаева А. К., Кан В. Т. Балалардағы лямблиоздың клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасы</p> |
| <p>Борцова С. Р. Оптимизация лечения компрессионно-корешковых синдромов шейного остеохондроза у горнорабочих</p> | 41 | <p>Борцова С. Р. Кен жұмысшыларындағы мойын омыртқасының компрессиондық-талшық синдромдарын емдеуді оңтайландыру</p> |

- Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Жанбасинова Н. М., Туганбаева Ж. А., Михалева Л. В.** Сравнительная оценка современного лечения лямблиоза **44**
- Мусулманбеков К. Ж., Шауенов Е. С.** Хирургическое лечение опухолей средостения **48**
- Абильмажинова Г. Д.** Нарушения метаболизма оксида азота при ишемической болезни сердца у женщин **50**
- Ержанов О. Н., Хасенов Ж. Д.** Применение хирургического тубусного скальпеля для лечения цирроза печени **53**
- Маукаева С. Б.** Интерлейкиновая регуляция иммунной системы у больных вирусным гепатитом В **56**
- Итжанова Х. И., Медешова А. Т., Ахметова С. Б., Адекенов С. М.** Исследование антимикробной активности мази на основе эфирного масла аянии кустарничковой **58**
- Мағзұмова Д. Г.** Оценка признаков ограничения жизнедеятельности и степени их выраженности у детей с офтальмопатологией **60**
- Садуақасова А. Б.** Методика предоперационной маркировки непальпируемых образований молочной железы **63**
- Алдашева Н. А.** Частота псевдоэкзофликтивного синдрома среди больных ишемической болезнью сердца по данным патологоанатомического обследования **66**
- Баймуканов Е. А., Сайлауұлы Г., Гольберг Л. И., Наздротенко В. А., Жданов А. И.** Лечение операционным путем перелома суставного конца лучевой кости у лиц старческого возраста **68**
- Краморенко Ю. С., Есимова А. А., Кадралиева Э. И., Степанова И. С.** Показатели липидемии при сосудистой патологии глаза **70**
- Сайлауұлы Г., Баймуканов Е. А., Баймуканова А. Е.** Результаты нового метода лечения при переломе суставного конца лучевой кости **72**
- Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Жанбасинова Н. М., Туганбаева Ж. А., Михалева Л. В.** Лямблиоздың қазіргі кезеңдегі емін салыстырмалы түрде бағалау
- Мұсылманбеков Қ.Ж., Шауенов Е.С.** Көкірек қуысы ісіктерін хирургиялық жолмен емдеу
- Абілмәжінова Г. Д.** Әйелдердің ишемиялық жүрек ауруының азот қышқылдарының метаболизмдік бұзылулары
- Ержанов О. Н., Хасенов Ж. Д.** Бауыр цирроз емінде колданылатын хирургиялық тубус скальпелі
- Маукаева С. Б.** В вирусты гепатитпен ауыратын науқастардың иммундық жүйесін интерлейкиндік реттеу
- Итжанова Х. И., Медешова А. Т., Ахметова С. Б., С. М. Адекенов** Ajanía fruticulosa эфир майы негізіндегі жағар майдың микробқа қарсы белсенділігін зерттеу
- Мағзұмова Д. Г.** Офтальмопатология дертіне шалдыққан балалардағы өмір белсенділігі шектелуінің бағасы және оның байқалу деңгейлері
- Сәдуақасова А. Б.** Сүт безіндегі құрылымның операция алдындағы маркировкасының әдістемесі
- Алдашева Н. А.** Патологиялық зерттеулер деректері бойынша ишемиялық жүрек аурулар арасындағы жалған экзофликтивті синдром жиілігі
- Баймұқанов Е. А., Сайлауұлы Г., Гольберг Л. И., Наздротенко В. А., Жданов А. И.** Қарт адамдардың тоқпан жілігінің хирургиялық мойнының сынуын операциялық жолмен емдеу
- Краморенко Ю. С., Есимова А. А., Кадралиева Э. И., Степанова И. С.** Көздің тамырлы патологиясында липидемия көрсеткіштерінің өзгерістері.
- Сайлауұлы Г., Баймұқанов Е. А., Баймұқанова А. Е.** Тоқпан жіліктің хирургиялық мойнының сынуы кезінде ұсынылған жаңа әдіспен емдеудің нәтижелері

Ким А. А., Кошеров Б. Н., Жантакбаева Б. М., Жунусов Е. С., Алькина С. В. Нежелательные явления противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов

75

Баймуқанов Е. А., Сайлауұлы Г., Ершова Д. В., Наздротенко В. А., Феоктистов В. А. Новый метод в лечении перелома суставного конца лучевой кости операционным путем

77

Ким А. А., Кошеров Б. Н., Жантакбаева Б. М., Жүнісов Е. С., Алькина С. В. Созылмалы вирусті гепатиттердегі вирусқа қарсы терапияның қолайсыз жағдайлары

Баймұқанов Е. Сайлауұлы А., Ғ., Ершова Д. В., Наздротенко В. А., Феоктистов В. А. Тоқпан жіліктің хирургиялық мойыны сынуының операциялық емінің жаңа тәсілі

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Досқалиев Ж. А., Дисюкеева Е. П. Механизм терапевтического действия клеточных медиаторов при экспериментальном перитоните

80

Дисюкеева Е. П. Клеточные «медиаторы» в комплексной терапии экспериментального перитонита

82

Сраубаев Е. Н., Серғалиев Т. С., Абдилда А. Ж., Байменова Д. М., Белан Н. Г. Особенности распространения самоубийств в Республике Казахстан

84

Досқалиев Ж. А., Дисюкеева Е. П. Эксперименттік перитонит кезінде жасушалық медиаторлардың емдік әсері

Дисюкеева Е. П. Эксперименттік перитонитті кешенді емдеу кезіндегі жасушалық медиаторлар

Сраубаев Е. Н., Серғалиев Т. С., Әбділда А. Ж., Бәйменова Д. М., Белан Н. Г. Қазақстан республикасында өзін өзі өлтірудің таралу ерекшеліктері

МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Калиева Ш. С., Риклефс В. П. Анализ результатов мониторинга реализации направления Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан «Внедрение новых подходов к отбору и приему граждан в медицинские организации образования республики»

89

Итжанова Х. И. Современное состояние потребительского рынка противопаразитарных, гепатопротекторных средств в Карагандинском регионе

94

Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Кузгибекова А. Б., Кемелова Г. С. Совершенствование финансирования медицинского образования в Республике Казахстан

99

Құлмағамбетов И. Р., Нұрманбетова Ф. Н., Қалиева, В. П. Риклефс Ш. С. «Республиканың медициналық білім беру ұйымдарына азаматтарды саралау және қабылдауға жаңа әдістерді енгізу» Қазақстан Республикасының медициналық және фармацевтикалық білімін қайта құру Концепциясының бағытын жүзеге асыру мониторингісінің нәтижелерін сараптау

Итжанова Х. И. Қарағанды аймағындағы гепатопротекторлы, паразитке қарсы заттардың тұтынушы нарығындағы қазіргі кездегі жағдайы

Кулмағамбетов І. Р., Нұрманбетова Ф. Н., А. Б. Күзгібекова, Кемелова Г. С. Қазақстан республикасында медициналық білім беруді қаржыландыруды жетілдіру

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Алшынбекова Г. К., Тютеебаева Г. К., Агмалова Р. К., Савченко Л. Ф., Кан В. Т. Неотложная терапия при ОРВИ

102

Алшынбекова Г. К., Тютеебаева Г. К., Агмалова Р. К., Савченко Л. Ф., Кан В. Т. ЖРВИ кезіндегі жедел көмек терапиясы

Указатель статей, опубликованных в журнале «Медицина и экология» в 2009 году	104	«Медицина және экология» журналында 2009 жылы жарияланған мақалалар көрсеткіші
Алфавитный именной указатель	109	Алфавиттік атаулы көрсеткіш

К. У. Абилов

ПИЩЕВОД БАРРЕТТА В СОВРЕМЕННОМ ПРЕДСТАВЛЕНИИ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Национальный научный медицинский центр (Астана)

Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) были сформулированы относительно недавно – в октябре 1997 г. на Генвальской конференции [16, 17]. Вместе с тем в последнее десятилетие этой проблеме в медицинской литературе посвящено огромное количество публикаций, что обусловлено как ее широчайшей распространенностью, так и расшифровкой основных патогенетических механизмов ГЭРБ [3, 6, 11].

Результаты обширных популяционных исследований свидетельствуют о том, что в экономически развитых странах доля населения, страдающая ГЭРБ, достигает 20-40%. Только в США насчитывается не менее 25 млн больных ГЭРБ, причем этот показатель, по-видимому, сильно занижен [7, 12, 14, 15, 18].

В России количество пациентов сопоставимо с мировыми показателями со значительным доминированием жителей крупных городов [2, 10]. В отечественной литературе, к сожалению, нет сведений об эпидемиологии ГЭРБ в нашей стране.

Среди гастроэнтерологов популярно представление о ГЭРБ как о «феномене айсберга», заключающееся в том, что к врачу обращается меньшая часть больных («надводная часть айсберга», около 25%), тогда как остальные пациенты («подводная часть») лечатся самостоятельно или не лечатся вообще [4, 5, 9].

Одним из грозных осложнений ГЭРБ является пищевод Барретта (ПБ), который характеризуется формированием метаплазии, при которой один тип полностью дифференцированных клеток (цилиндрический) замещает другой тип полностью дифференцированных клеток (плоский) [1, 8].

Метаплазия возникает в результате постоянного контакта тканей с агрессивными веществами, повреждающими зрелые клетки, и одновременно стимуляцией искаженной дифференцировки незрелых, пролиферирующих клеток [13, 19, 20]. ПБ развивается примерно у 5-8% больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [21, 25, 26, 28, 34].

ПБ с признаками кишечной метаплазии – наиболее серьезный из известных факторов риска возникновения аденокарциномы пищевода и пищеводно-желудочного перехода, частота которых резко увеличилась за последние 20 лет [35, 36]. У пациентов с эндоскопически выявляемым пищеводом Барретта частота злокачественной трансформации составляет 0,8% (1 случай на

125 больных в год), что в 40 раз выше, чем в остальной популяции (США) [37, 42, 44].

Считается, что при ПБ, как и при поражении других тканей, рак развивается в результате серии последовательных генетических повреждений. Начало канцерогенеза связано с активацией протоонкогена (например, *c-erb-B*) и выведением из строя генов, тормозящих опухолевый рост (например, *p53*), т. е. изменениями, приводящими к появлению клеток с определенными преимуществами в росте.

Эти клетки усиленно пролиферируют, вследствие чего формируется новообразование с автономным ростом клеток. Со временем происходит накопление достаточного числа аномалий ДНК и злокачественная трансформация клон клеток – они приобретают способность к инвазивному росту в другие ткани и пролиферации вне зависимости от внешних стимулов [39].

Для выявления специфических генетических дефектов цилиндрических клеток при ПБ используются современные методы молекулярной биологии [36, 40].

Однако до момента накопления достаточного для злокачественной трансформации количества аномалий ДНК ранние генетические аномалии вызывают морфологические изменения, которые описываются при рутинном морфологическом исследовании образцов ткани пищевода как дисплазия.

Дисплазия у больных с пищеводом Барретта описывается как неопластическое повреждение цилиндрического эпителия, ограниченное базальной мембраной желез [29, 38]. По гистологическим признакам различают дисплазию высокой и низкой степени, в зависимости от уровня нарушения архитектоники желез, полиморфизма и полярности ядер.

Большинство исследователей считают дисплазию стадией, предшествующей инвазивному злокачественному поражению; именно поэтому данное состояние представляет большой интерес для клиницистов [33, 43].

Выявление дисплазии у пациента с пищеводом Барретта предоставляет возможность своевременно начать лечение и предотвратить перерождение заболевания в злокачественное.

Консервативная антирефлюксная терапия при пищеводном Барретте не эффективна, поскольку не влияет на протяженность участков цилиндрического эпителия на слизистой оболочке пищевода и не устраняет желудочно-пищеводный рефлюкс [31].

Существуют данные о применении для лечения ГЭРБ и пищевода Барретта метода радиочастотной абляции [30, 41].

Помимо этого, недавно появились сообщения об эффективности удаления метаплазированного эпителия с помощью лазера [23, 27].

Однако на сегодняшний день не ясно, снижают ли данные манипуляции заболеваемость раком пищевода, способны ли предотвратить ре-

цидив кишечной метаплазии и необходимо ли проведение пожизненной активной антирефлюксной терапии, направленной на уменьшение кислотной желудочной секреции.

Резекция пищевода – единственный метод лечения, который при пищеводе Барретта полностью предотвращает прогрессирование дисплазии в инвазивный рак.

Однако этот метод, к сожалению, связан с осложнениями и значительной летальностью, частота летальных исходов при резекции пищевода составляет 4-10 %, в связи с чем его роль в лечении таких больных составляет предмет дискуссий [45].

В настоящее время появились очень скудные сообщения об использовании фотодинамической терапии у пациентов с пищеводом Барретта высокой степени дисплазии, тем не менее на сегодняшний день применение данного экспериментального метода лечения ограничено только исследовательскими центрами [33].

В последнее время широко применяются антирефлюксные хирургические вмешательства, однако сложность самой операции, а также наличие послеоперационных осложнений являются сдерживающими факторами широкого применения данной методики.

По нашему мнению, в настоящее время не полностью изучены возможности лапароскопической антирефлюксной хирургии в лечении ГЭРБ и пищевода Барретта.

В отечественной медицинской литературе, к сожалению, нет данных о морфологических процессах в слизистой нижней трети пищевода и проксимального отдела желудка после выполненных лапароскопических антирефлюксных операциях при пищеводе Барретта, способность указанных методов снижать заболеваемость раком пищевода, предотвратить рецидив кишечной метаплазии, может ли пациент с диагнозом пищевод Барретта, перенесший лапароскопическую антирефлюксную операцию, полностью отказаться от пожизненной антирефлюксной, консервативной терапии.

В связи с этим, считаем актуальным изучение морфологических изменений у пациентов с пищеводом Барретта после перенесенных лапароскопических антирефлюксных операций.

ЛИТЕРАТУРА

- Аллахвердян А. С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций // *Анналы хирургии*. – 2005. – №2. – С. 8 – 14.
- Васильев Ю. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, диагностика, медикаментозное лечение // *Consilium Medicum*. – 2002. – №1. – С. 5 – 10.
- Василенко В. Х. Болезни пищевода. Недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит /В. Х. Василенко, П. Я Григорьев // *Рос. мед. журн.* – 1999. – №5. – С. 11.
- Вуколов А. В. Рефлюкс-эзофагит: терапия или хирургия /А. В. Вуколов, В. А. Кубышкин // *Эндоскопическая хирургия*. – 1999 – №1. – С. 25 – 29.
- Ивашкин В. Т. Болезни пищевода // *М.: Триада-Х*. – 2000. – 179 с.
- Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2000. – Т. 6, №2. – С. 6 – 11.
- Калинин А. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (патогенез, диагноз, лечение). – *Тер. арх.* – 1999. – №8. – С. 71.
- Кубышкин В. А. Лапароскопическая хирургия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России и за рубежом // *Эндоскопическая хирургия*. – 2001. – №4. – С. 43 – 47.
- Кубышкин В. А. Ошибки, опасности и осложнения хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /В. А. Кубышкин, Б. С. Корняк // *Эндоскопическая хирургия (приложение)*. – 2003. – С. 65 – 66.
- Кузин И. М. Пищевод Барретта – проблема медицины XXI века // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2001. – №5. – С. 7 – 10.
- Лапина Т. Л. Изжога: распространенность, клиническое значение, ведение пациентов // *Фарматека*. – 2003. – №3. – С. 10 – 15.
- Маев И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // *Рос. мед. журн.* – 2002. – №3. – С. 43 – 45.
- Маев И. В. Современные принципы лечения кислотозависимых заболеваний /И. В. Маев, Е. С. Вьючнова, Е. Б. Грищенко // *Клиническая медицина*, 2003. – №1. – С. 56 – 62.
- Старостин Б. Д. Современные концепции выявления, лечения и мониторинга пищевода Барретта // *Гастроэнтерология*. – СПб. – 2002. – №4. – С. 6 – 11.
- Таланкина И. Е. Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеального рефлюкса /И. Е. Таланкина, Т. П. Абакумов // *РМЖ*. – 2004. – №2. – С. 19 – 24.
- Трухманов А. С. Клинические перспективы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 1999. – №1. – С. 59 – 61.
- Трухманов А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пищевод Барретта // *Болезни органов пищеварения*. – 1999. – №1. – С. 3 – 8.
- Цуканов В. В. Клинико-морфологические особенности Н. pylori-ассоциированных заболеваний /В. В. Цуканов, О. Л. Гаркун // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2002. – №5. – С. 41.
- Barr H. Barrett's esophagus: treatment with 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy // *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*. – 2000. – V. 10 (3). – P. 421 – 37.
- Barrett N. R. The lower esophagus lined by columnar epithelium // *Surgery*. – 1999. – V. 41. – P. 881 – 894.

21. Barrett's esophagus: Development of dysplasia and adenocarcinoma /W. Hammeeteeman, G. N. J. Tytgat, H. J. Houthoff et al. //Gastroenterology. – 1999. – V. 96. – P. 1249 – 1256.
22. Barrett's esophagus as an extension of severe esophagitis: Analysis of radiologic signs in 29 cases /Y. M. Chen, D. W. Gelfand, D. J. Ott et al. //Amer. J. Radiol. – 1999. – V. 145. – P. 275 – 281.
23. Barrett's esophagus: Its prevalence and association with adenocarcinoma in patients with symptoms of gastroesophageal reflux /M. G. Sarr, S. R. Hamilton, G. C. Marrone et al. //Amer. J. Surg. – 2001. – V. 149. – P. 187 – 193.
24. Barrett's esophagus: Does an antireflux procedure reduce the need for endoscopic surveillance? /M. L. McDonald, V. F. Trastek, M. S. Allen et al. //J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1999. – V. 111. – P. 1135 – 1140.
25. Bremner C. G. «Barretts Esophagus» in «Surgery of the esophagus» /C. G. Bremner, R. M. Bremner //Surg. Clin. North Amer. – 1999. – V. 77. – P. 1115 – 1138.
26. Bremner C. G. Columnar-lined oesophagus: Support for the acquired theory in a patient with adenocarcinoma //J. R. Coll. Surg. Edinb. – 1999. – V. 20. – P. 266 – 269.
27. Cuschieri A. Laparoscopic and open Nissen fundoplication. A.Cuschieri //World. J. Surg. – 2002. – V. 17. – P. 40 – 45.
28. DeMester T. R. The diagnosis and management of Barrett's esophagus /T. R. DeMester, S. R. DeMester //Surgery. – 1999. – V. 33. – P. 29 – 68.
29. Effective and safe endoscopic reversal of non-dysplastic Barrett's esophagus with thermal electrocoagulation combined with high-dose acid inhibition: a multicenter study /R. E. Sampliner, D. Faigel, M. B. Fennerty et al. //Gastrointestinal Endoscopy. – 2001. – V. 53 (6). – P. 554 – 558.
30. Effect of segment length on risk for neoplastic progression in patients with Barrett esophagus /R. E. Rudolph, T. L. Vaughan, B. E. Storer et al. //Ann. Intern. Med. – 2000. – V. 32. – P. 612 – 620.
31. Endoscopic biopsy can detect high grade dysplasia or early adenocarcinoma in Barrett's esophagus without grossly recognizable neoplastic lesions /B. J. Reid, W. M. Weinstein, K. J. Lewin et al. //Gastroenterology. – 1999. – V. 94. – P. 81 – 90.
32. Endoscopic spray cryotherapy: a new technique for mucosal ablation in the esophagus /C. M. Johnston, L. P. Schoenfeld, J. V. Mysore, A. Dubois //Gastrointestinal Endoscopy. – 1999. – V. 50(1). – P. 86 – 92.
33. Flow cytometric and histologic progression to malignancy in Barrett's esophagus prospective endoscopic surveillance of a cohort /B. J. Reid, P. L. Blount, C. E. Rubin et al. //Gastroenterology. – 2002. – V. 102. – P. 1212 – 1219.
34. Hamilton S. R. Prevalence and characteristics of Barrett esophagus in patients with adenocarcinoma of the esophagus or esophagogastric junction /S. R. Hamilton, R. R. L. Smith, J. L. Cameron //Hum. Pathol. – 1999. – V. 19. – P. 942 – 948.
35. Hayward J. The lower end of the esophagus //Thorax. – 2001. – V. 16. – P. 36 – 41.
36. In vivo optical coherence tomography of esophagitis, Barrett's esophagus and adenocarcinoma of the esophagus /S. Jackle, N. Galdkova, F. Feldstein et al. //Endoscopy. – 2000. – V. 32, №10. – P. 750 – 755.
37. Koak Y. Lower esophageal columnar metaplasia induced by mixed reflux increases with proton pump inhibition /Y. Koak, S. Davies, M. Winslet //Dis. Esoph. – 2001. – V. 14. – P. 461.
38. Laser and multipolar electrocoagulation ablation of early Barrett's adenocarcinoma: long-term follow-up /P. Sharma, P. E. Jaffe, A. Bhattacharyya, R. E. Sampliner //Gastrointestinal Endoscopy. – 1999. – V. 49 (4 Pt 1). – P. 442 – 446.
39. Lerut T. The prognosis of Barrett's Esophagus and its relations with Gastroesophageal Reflux Disease //Karger. – 1999. – V. 23. – P. 98 – 105.
40. Lim K. N. Therapeutic options in patients with Barrett's esophagus. /K. N. Lim, P. J. Waring, R. Saidi //Digestive Diseases. – 1999. – V. 17 (3). – P. 145 – 52.
41. Reflux esophagitis and ectopic columnar epithelium in the esophageal stump after cervical esophagogastricoplasty: a reappraisal based on 17 years follow-up /J. Rocha, I. Cecconello, A. Raimondi et al. //Dis. Esoph. – 2001. – V. 14. – P. 466.
42. Risk of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia in patients with gastroesophageal reflux diseases and after antireflux surgery /W. Ye, W. H. Chow, J. Lasergren et al. //Gastroenterology. – 2001. – V. 121. – P. 1286 – 1293.
43. Siersema P. D. Photodynamic therapy for Barrett's esophagus: not yet ready for the premier league of endoscopic interventions //Gastrointestinal Endoscopy. – 2005. – V. 62(4). P. 503 – 507.
44. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma /J. Lagergren, R. Bergstrom, A. Lindgren O. Nyren //New Engl. J. Med. – 1999. – V. 340, №11. – P. 825 – 831.
45. Visick A. H. A study of failures after gastrectomy, A.H. Visick //Ann. Coll. Surg. Engl. – 2000. – V. 3. – P. 266 – 284.

Поступила 16.09.09

K. U. Abilov

MODERN REPRESENTATION ABOUT BARRETT ESOPHAGUS, NEW APPROACHES TO TREATMENT

Barrett esofagus is one of complications gastroesophageal reflux disease. At the present stage with the purpose of correction of symptoms gastroesophageal reflux disease and elimination gastroesophageal reflux are widely applied laparoscopic antireflux the surgical of surgical intervention.

Қ. У. Әбілов

БАРРЕТ ӨҢЕШІ ЖӨНІНДЕ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КӨЗҚАРАС, ОНЫ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ӘДІСТЕРІ

Барретт өңеші ауруы гастроэзофагеальдық рефлюкстік аурудың өте күрделі түрі. Қазіргі медициналық дамыған заманда гастроэзофагеальдық рефлюкстік ауруды лапароскопиялық хирургия жолымен емдеу кеңінен қолданылады.

**С. Б. Ахметова, Н. А. Тимченко, И. В. Лосева,
О. Ю. Дедова, К. Х. Алмагамбетов**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ
ПАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ**

Кафедра микробиологии и иммунологии
Карагандинского государственного
медицинского университета

Исторически сложилось так, что лекарственные растения, наряду с другими природными лечебными средствами, явились основой для формирования фармакотерапии как главенствующего раздела клинической медицины.

Научное применение лекарственных растений начинается со времен знаменитого врача Древней Греции Гиппократ (460-377 гг. до н. э.). В своей врачебной деятельности Гиппократ широко использовал многочисленные растительные препараты. Им описано более 200 видов растений, признанных древнегреческой медициной в качестве лечебных средств [1, 13, 21].

Среди средств современной фармакотерапии лекарственные препараты растительного происхождения занимают значительное место. Они представлены отдельными растениями, их частями, извлечениями, приготавливаемыми с помощью различных экстрактов (вода, спирт, эфир, альдегиды, масла и другие), галеновыми и новогаленовыми препаратами. В составе отечественной и иностранных фармакопей насчитываются сотни лекарственных средств из растений. В настоящее время формируется стройная концепция фитотерапии, основанная на использовании опыта медицины разных народов, существующих медико-философских платформ (аллопатическая, гомеопатическая, натуралистическая, аюрведическая и другие), современных научных достижений фитофармаций и фитофармакологии. Внедряются дифференцированные способы применения фитопрепаратов [3].

Новый всплеск интереса к иммуноактивным препаратам, который наблюдается в течение последних 15-20 лет, обусловлен, прежде всего, расширением возможностей оценки иммунного статуса человека и более глубоким пониманием иммунопатогенеза первичных и вторичных иммунодефицитов, аутоиммунных, аллергических и опухолевых заболеваний, а также получением новых поколений иммуноактивных препаратов разного происхождения [4, 5, 6]. Среди неспецифических стимуляторов иммунитета различного происхождения иммуномодулято-

ры растительного происхождения в настоящее время занимают особое место. Их преимущества очевидны: многие растения содержат ряд биологически активных соединений, являющихся близкими аналогами продуктов метаболизма в живом организме, которые более естественно включаются в биохимические и другие жизненные процессы в организме человека, чем чуждые ему синтетические лекарственные препараты [9].

Несомненный интерес представляет влияние фитотерапии на клиническое течение различных паразитарных инвазий и аллергических заболеваний в сочетании со специфической антигельминтной терапией [8, 19]. В проблеме лечения гельминтозов на данный момент много нерешенных вопросов и она остается актуальной как в плане распространения возбудителя, так и в плане диагностики и отработки рациональной комплексной терапии с учетом развития иммунологической недостаточности и аллергических заболеваний, осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и др. [7, 10, 11, 13, 14, 16].

Заболеемость паразитарными болезнями играет выраженную роль в формировании отрицательного воздействия на здоровье населения, приводит к значительным экономическим потерям. В стране ежегодно заражается паразитами около 20 млн. человек. Наиболее пораженной группой остаются дети и жители сельских населенных мест. Главенствующая роль среди паразитов принадлежит гельминтозам, на которые приходится 89,5% всей паразитарной заболеваемости. Кроме того, ежегодно увеличивается заболеваемость лямблиозом и трихомониазом [20].

Вопросы описторхоза относятся к числу весьма актуальных, представляют собой важную медицинскую и социально-экономическую проблему, оказывая существенное влияние на экономику страны, здоровье людей, увеличивают заболеваемость, приводят к потере трудоспособности, (клинические маски). В настоящее время становится очевидным повсеместное распространение этого паразита и возможность выделения европейской, казахстанской и сибирской разновидностей. Наиболее обширным очагом описторхоза является территория Обь-Иртышского бассейна, куда входят многие районы Казахстана. Очаги описторхоза обнаружены в бассейнах рек Иртыша, Ишима, Камы, Волги, Дона, Нуры, в районах Западной Сибири, Казахстана, где пораженность местного населения достигает до 95% [4, 15].

Описторхоз – гельминтоз из группы плоских червей, который в дальнейшем был назван кошачьей или сибирской двуусткой – *Opisthorchis*

felineus был, впервые описан русским ученым К. Н. Виноградовым в 1891 г.

Заражение человека в основном происходит при употреблении в пищу сырой (строганина), недостаточно термически обработанной, малосоленой или вяленой рыбы, содержащей живые личинки гельминта – метацеркарии.

Попадая в кишечник человека, метацеркарии освобождаются от оболочек, и проникают по общему желчному протоку во внутривенечные желчные протоки и ходы, в протоки поджелудочной железы, где спустя 2-4 нед. превращаются в половозрелые мариты, выделяющие яйца. Продолжительность жизни гельминта в организме человека составляет 20-30 лет. Паразиты, попадая в организм человека, разрушают печень, желчный пузырь, поджелудочную железу. Ведущими патогенетическими механизмами являются токсические и аллергические воздействия гельминтов и их метаболитов и яиц на организм человека, механическое повреждение билиарной системы, нарушение секреции и моторики желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки, что способствует активации вторичной инфекции, возникновению холангита, холелитиаза. В очагах инвазии наблюдается более высокая частота первичного рака печени, чем в свободных от этого гельминтоза районах. Нередко наблюдаются такие осложнения данного заболевания, как абсцессы печени, разрыв паразитарной кисты, перитонит. Кроме того, описторхоз неблагоприятно влияет на течение ряда инфекционных заболеваний. Таким образом, описторхоз является тяжелым паразитарным заболеванием ввиду развития осложнений.

Неблагоприятный прогноз в России и Казахстане складывается по лямблиозу. Лямблиоз – широко распространенное заболевание человека, эпидемиологическая обстановка по заболеваемости которого обусловлена прежде всего неудовлетворительным обеспечением населения доброкачественной питьевой водой и загрязнением открытых водоемов неочищенными канализационными стоками [27]. По данным статистики, лямблиоз наблюдается у 10% взрослого и 40% детского населения.

Более ста лет назад Д. Р. Лямбль открыл никому не известный до этого микроорганизм, которому позднее было присвоено наименование лямблии – *Lambliа intestinalis*, – соответственно фамилии ученого [19].

Лямблии – исключительно паразитические простейшие, существующие в виде вегетативной и цистной стадий развития, обитают в просвете тонкой кишки. В инцистированном состоянии и происходит распространение лямблий [20]. Они способны сохраняться во внешней среде до трех месяцев. Заглатывание цист возможно при употреблении в пищу немытых овощей, фруктов, воды, взятой из случайного источника. Возможен контактно-бытовой путь заражения цистами, особенно в детских коллективах [32]. Лямблии инва-

зируют тонкую кишку, вызывая различные клинические проявления, – от бессимптомных форм до диареи, нередко вызывают воспалительные процессы в тонкой кишке. Большое количество паразитов, покрывающих обширные поверхности кишечной стенки, нарушает процессы всасывания и пристеночного пищеварения.

Существуют различные формы заболевания лямблиозом: печеночная, кишечная или их смешанные формы. Однако необходимо отметить, что лямблиоз является общим заболеванием организма:

- чаще всего с патологическими явлениями со стороны желудка в виде гастрита с секреторной недостаточностью
- отмечаются определенные нарушения со стороны системы крови (эозинофилия, моноцитопения, лимфоцитоз, лейкоцитоз, анемия)
- функциональные нарушения со стороны нервной системы.

Таким образом, лямблиоз – паразитоз, поражающий не только тонкий кишечник человека, но и способный вызвать осложнения других органов и систем, повлиять на развитие осложнений.

Трихомониаз в научной литературе описывается как одна из трех главных причин вагинитов, наряду с кандидозом и бактериальным вагинозом, и занимает большой удельный вес среди заболеваний, передаваемых половым путем. Трихомонады вызывают тяжелую патологию не только нижних отделов мочеполовых органов, но и верхних (поражение яичников, эпителия маточных труб), что в конечном счете может привести к бесплодию [17]. Зараженность женщин составляет 20-40%, мужчин – до 15%.

Род *Trichomonas*, относящийся к жгутиконосцам. Данный род насчитывает большое количество видов, однако наибольшее значение в патологии человека играет *Trichomonas vaginalis*, вызывающий у мужчин и женщин трихомоноз (трихомониаз, трихомонадоз), открытый в 1936 г. Донне.

В литературе описаны следующие клинические стадии течения трихомониаза: острая, хроническая (обостренная, асимптомно-протекающая), трихомонадоносительство.

Заболевание трихомониазом часто бывает малосимптомным или асимптомным, нередко наблюдается хронизация процесса даже при назначении современных антипротозойных средств, развитие резистентности паразитов к проводимому лечению. Массивность и продолжительность терапии в этих случаях могут приводить к побочным явлениям.

Указанные заболевания имеют социальное значение, так как они провоцируют многие другие болезни, чаще всего с патологическими явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, отмечаются определенными нарушениями со стороны крови (появление эозинофилии, моноцитопении, лимфоцитоза, лейкоцитоза, анемии). Ситуация ухудшается еще

и тем, что в редких случаях встречается моноинфекция, обычно встречается две-три, иногда полиинфекция, что требует применения нескольких препаратов различных химиотерапевтических групп. Таким образом, поиск новых противопаразитарных препаратов с комбинированным воздействием на различные возбудители и низкой токсичностью является актуальной задачей [18, 21, 25, 26].

В настоящее время арсенал синтетических препаратов для лечения приведенных паразитозов ограничен. Одним из первых препаратов для лечения описторхоза явился хлосил. С 1962 г. советскими учеными Н. Н. Плотниковым, Л. А. Ярыгиной, Ю. В. Теплухиным, Н. Д. Лычко были проведены исследования, связанные с эффективностью и изучением побочных действий на организм человека. В связи с низкой эффективностью от 14 до 85% и высокой токсичностью хлосил был снят с производства лекарственных средств [28, 29, 30].

На сегодняшний день одним из наиболее часто применяемых препаратов для лечения описторхоза является синтетический препарат празиквантел.

Празиквантел (эмбай 8440, дронцит, бильтрицид, цезол) – препарат из группы пирозиноизохинолов, синтезированный фирмами «Merk» и «Bayer». Изучение фармакологических свойств празиквантеля показало, что его противопаразитарная активность не превышает 85%.

Экспериментальное изучение противопаразитарных свойств препарата показало его высокую эффективность при шистомозах и ряде других трематодозов, а также цестодозах.

Механизм действия празиквантеля заключается в развитии мышечной контрактуры, т.е. открывая поры клеточных мембран, способствуют усиленному выходу ионов кальция и нарушению вследствие этого функции клеточных мембран [29, 34].

Применение празиквантеля при лечении описторхоза апробировалось многими авторами, ими были изучены также его побочные действия и противопоказания. Некоторые авторы (В. Д. Завойкин, С. Б. Парфенов, Д. Г. Баянкина, А. Н. Страженских и др.) отмечают такие побочные действия, как нарушение функциональной активности печени и лимфоидных органов, аллергические реакции и угнетение иммунного статуса [20, 21, 22, 23].

Лечение заболеваний, вызванных паразитическими простейшими, обычно комплексное, так как возбудители резистентны к большинству антибактериальных средств. Более того, сходство метаболических процессов, происходящих у простейших и млекопитающих, значительно снижает количество мишеней для активного воздействия химиотерапевтическими средствами. Необходимо отметить и то обстоятельство, что формирование резистентности к химиотерапевтическим средствам у простейших выражено больше, чем у

бактерий [24, 40].

Для лечения лямблиоза и трихомониаза также применяется ограниченное количество синтетических препаратов, которые имеют свои побочные действия и противопоказания. Ввиду своей токсичности некоторые были сняты с производства, такие как акрихин, хлосил и др.

Метронидазол. Синонимы: Флагил и «Клион» (Венгрия), Трихопол (Польша). Производное имидазола.

Метронидазол обладает широким спектром действия в отношении простейших (лямблии, трихомонады, амебы). Препарат высокоактивен в отношении облигатных анаэробных грамотрицательных (споро- и неспорообразующих) бактерий и грамположительных палочек и кокков. Однако против аэробных бактерий и грибов препарат не активен.

В микробных клетках нитрогруппа, являясь акцептором электронов, восстанавливается в гидроксиламиновую, встраивается в дыхательную цепь микроорганизмов и вызывает нарушение дыхательных процессов, что приводит к их гибели. Кроме того, при биотрансформации метронидазола образуется активный метаболит, который вызывает потерю спиральной структуры ДНК, нарушая репликацию ДНК, функции ДНК, вызывает ее деградацию [33, 34, 45].

Тинидазол. Синонимы: Фазижин (Болгария), Тиниб (Индия), Тридазол, Тинигин (Финляндия), Тинидазол (Россия). Производное имидазола. Применяется для лечения лямблиоза, острого и хронического трихомониаза, амебной дизентерии, кожного лейшманиоза, анаэробных инфекций. Благодаря высокой липофильности, препарат легко проникает внутрь микроорганизмов, где восстанавливается нитроредуктазой, а образовавшийся в результате биотрансформации промежуточный продукт разрушает ДНК микроорганизма.

Для лечения острого и хронического трихомониаза, кроме вышеобозначенных препаратов, применяются также трихомонацид, поливидон-йод, поликрезулен (ваготил), фуразолидон.

Поливидон-йод (PVP-йод). Является комплексным препаратом, в состав которого входят йод и поливинилпирролидон. Препарат оказывает антибактериальное, противогрибковое и антипротозойное действие. Бактерицидный эффект обусловлен ионами йода, высвобождающимися из комплекса с поливинилпирролидоном. Йод связывается с аминокислотными группами клеточных белков, образуются йодамины. Белки при этом коагулируются, а клетки погибают.

Поликрезулен (ваготил). Выпускается промышленностью в виде 36% раствора поликрезулена в воде. В химическом отношении является сополимером гидроксиметилбензолсульфоновой кислоты с формальдегидом.

Препарат обладает выраженной антибактериальной и противопротозойной активностью. Кроме того, обладает прижигающим, сосудосуживающим

вающим и гемостатическим действием. Препарат коагулирует белки как у микроорганизмов, так и у макроорганизма.

В ряде случаев осложненного течения заболевания при комплексном лечении трихомониоза может быть использован *фуразолидон*. Синонимы: Диафурон, фуроксон и др. Производное нитрофурана.

При применении вышеперечисленных синтетических препаратов часто отмечаются следующие побочные явления: нарушение со стороны центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, дисбактериозы различной степени тяжести, селекция устойчивых штаммов, потеря аппетита, сухость и неприятный вкус во рту, рвота, диарея, головная боль и аллергические реакции. Возможна лейкопения. При применении препаратов также необходимо учитывать следующие противопоказания: беременность и период лактации, заболевания крови и центральной нервной системы, при нарушении функции почек.

Кроме того, общим недостатком всех вышеперечисленных препаратов является то, что при их воздействии большая часть паразитов погибает непосредственно в месте обитания. Выделяемые при этом токсины и продукты разложения оказывают отрицательное влияние на все системы организма человека и вызывают воспалительные процессы. Кроме того, эффективность вышеперечисленных препаратов не превышает 80% излечиваемости при первом курсе лечения, что требует повторного курса. Не лишены синтетические препараты и ряда противопоказаний. Поэтому в настоящее время актуальной остается проблема поиска новых препаратов, которые должны быть нетоксичными и в то же время обладать высокой противопаразитарной активностью, сочетающие в себе противомикробный, противовоспалительный эффекты [28, 29, 36].

Широкое распространение паразитозов (описторхоза, лямблиоза, трихомониоза) диктует необходимость создания нетоксического препарата, обладающего комплексным фармакологическим действием, включающим не только противопаразитарную, но и противовоспалительную, желчегонную, спазмолитическую активность. Такими свойствами обладают, как правило, фитопрепараты, содержащие сумму биологически активных веществ [36, 37, 38].

С этим связано появление на фармацевтическом рынке ряда пищевых добавок. ООО «Биолит», ЗАО «Эвалар», «Нутрифарм» (Россия) производят парафармацевтики – фитопрепараты, зарегистрированные Минздравом России в качестве БАДов к пище: «Экорсол», «Популин», «Версугельмин» как противоописторхозные средства и «Танаксол», «Тройчатка Эвалар», «Версультамбин» как противолямблиозные средства. Все перечисленные пищевые добавки имеют сложный состав, в них входят экстракты из травы солянки холмовой, тысячелистника; полыни горькой, ко-

ры осины и крушины, цветков пижмы, сенны, толокнянки, солодки, девясила, зверобоя, бессмертника песчаного в различных сочетаниях [39, 40, 41, 42, 43, 44].

Применяемые БАДы являются фармакологически малоизученными, содержащиеся биологически активные вещества в сумме из разных растений не всегда благоприятно воздействуют на организм человека. Увеличение качественного и количественного состава группы БАВ могут привести к повышению токсичности, изменению лечебного эффекта, вызвать аллергические реакции и проявить другие побочные действия.

В Тюменском НИИ краевой инфекционной патологии с 1988 по 1990 гг. проводились серии экспериментов скрининговой оценки противоописторхозной активности экстрактов из растительного сырья флоры Западной Сибири. Экстракты и вытяжки из растений были подготовлены на кафедре фармакологической химии Томского медицинского института. В опыты были включены препараты из растений семейства ивовых, березовых, гвоздичных, сложноцветных. Высокую активность по отношению к нематодам проявил препарат из коры осины (сухой экстракт, полученный путем реперколяции сырья). Химические и фармакологические исследования позволили предположить нематодоцидное действие данного экстракта, которое, возможно, обусловлено влиянием фенолгликозидов, производными салигенина.

Поэтому исследование отдельных растений с целью получения лекарственного средства, а также выделение из них индивидуальных соединений или активных фракций с достаточно высокой активностью является актуальной задачей [15, 18, 21].

Среди огромного разнообразия лекарственных растений значительный интерес в этом плане представляет род *Saussurea* DC, многие виды которых издавна применялись народами Дальнего Востока, Сибири, Тибета, Монголии, Китая для лечения целого ряда заболеваний: бронхиальной астмы, глаукомы, гипертонии, гепатитов, холециститов, а также воспалительных процессов легких, сердца, суставов [20, 23].

Использование различных растений с лекарственной целью известно с глубокой древности. Так, из литературных источников известно, что экстракт из надземной части *Saussurea lappa* применяли для лечения бронхиальной астмы, а корневище использовали для получения эфирных масел [13, 14, 15, 16, 17, 46].

Кроме того, исследованиями ряда отечественных и зарубежных авторов доказано, что экстракт из *Saussurea lappa* обладает желчегонной активностью. Соскорея Сумневича при клинических испытаниях проявила активность при заболеваниях печени [30]. Экстракт из *Saussurea involucrata* используется в терапии простудных заболеваний, поясничных и суставных болей, ушибов, ран и гинекологических заболеваний [31]. В народной медицине *Saussurea amurensis*

применяется в качестве общеукрепляющего средства [32].

Установлено также, что настойка из соссуреи амурской обладает высокой антипротозойной активностью [33, 34]. Настои из травы и корней *Saussurea amara* (L.) DC используют как кровоостанавливающее средство. Водно-метанольный экстракт из *Saussurea amara* обладает высокой цитотоксической, противоопухолевой и антимикробной активностью [35]. Издавна *Saussurea salsa* (Pall.) Speng. и *Saussurea japonica* (Thunb.) DC использовали как жаропонижающее и болеутоляющее средство при ревматизме. *Saussurea glomerata* Poir применяли для лечения воспаления легких, при инфекционных заболеваниях, для успокоения сухого кашля. Экстракт из надземной части *Saussurea Dorogostaiskii* Palib. применяли как противотуберкулезное средство в монгольской медицине.

Согласно сведениям М. Н. Варлакова (1963) и Шретера (1975), надземная часть *Saussurea pulchella* (Fisch) Fisch. используется в тибетской медицине в качестве рвотного, жаропонижающего и болеутоляющего средства, а также при хроническом суставном ревматизме. Кроме того, в народной медицине Забайкалья отвар надземной части соссуреи хорошенькой принимали при диарее. Экспериментальные данные показали, что настои из надземной части (листья, соцветия) соссуреи хорошенькой характеризуются отчетливо выраженной антипротозойной активностью в отношении дизентерийной амебы *Entamoeba histolytica* (в разведении 1:1280-1:10000) и вагинальной трихомонады *Trichomonas vaginalis* (в разведении 1:320) [36]. Установлено, что настой надземной части обладает более высокой антимикробной активностью, чем таковой подземных органов (корни и корневища).

В литературных данных описано широкое применение *Saussurea salicifolia* (L.) DC. Самые первые сведения об этом растений можно встретить в древних медицинских трактатах. Тибетские мудрецы использовали сборы, отвары, настои в качестве кровоостанавливающего, ранозаживляющего, жаропонижающего средства.

Такое широкое, всестороннее применение растений этого рода в народной медицине привлекало и привлекает внимание современных ученых. Биологически активные вещества некоторых видов *Saussurea* DC исследованы на фармакологическую активность.

Многолетние поиски антипротозойных препаратов, проводимые во Всероссийском научно-исследовательском институте лекарственных растений методом скрининга, показали, что именно природные сесквитерпеновые лактоны обладают избирательным ингибирующим действием в отношении паразитических простейших и микроорганизмов.

Установлена антибактериальная активность следующих лактонов: арктиопикрина,

кницина, выраженное ингибирующее действие в отношении туберкулезных микобактерий отмечено для алантолактона. Анализ литературных данных показывает, что многие природные сесквитерпеновые лактоны оказывают антимикробное действие. Из протестированных 36 лактонов [38] выраженную антибактериальную активность в отношении грамположительных штаммов *Staphylococcus aureus* PS 80-81 и *Bacillus subtilis* PCI 219 проявили 20 лактонов. Так, например, исследование показало антимикробную активность геленалина по отношению к *S. aureus* (МПК 100 мг/мл), к *B. subtilis* (МПК 100 мг/мл); пленолина к *S. aureus* (МПК 100 мг/мл), к *B. subtilis* (МПК 600 мг/мл); мексиканина-Е к *S. aureus* (МПК 300 мг/мл), к *B. subtilis* (МПК 400 мг/мл); энцелина к *S. aureus* (МПК 400 мг/мл), к *B. subtilis* (МПК 100 мг/мл).

Goren и соавт. провели изучение 10 сесквитерпеновых лактонов, извлеченных из надземной части растения *Tanacetum praeteritum* subs. *Praeteritum*. В ходе эксперимента установлена выраженная антибактериальная активность лактонов в отношении грамположительных микроорганизмов *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus epidermidis* и грамотрицательных – *Klebsiella pneumoniae* [39].

Выделенные из *Mikania monagasensis* лактоны дермакранолид, миканолид и дигирдомиканолид проявили выраженную антимикробную активность против *Staphylococcus aureus* и *Candida albicans* [40].

Гелеганин, полученный из растений рода *Helenium*, проявил активность по отношению к *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton acriminatum*, *Epidermophyton* spp. [41].

Партенин, лактон из *Pharthenium hysterophorus* активен в отношении *Sclerospora graminicola* и *Aspergillus flavus* [42].

Сесквитерпеновые лактоны елемантин, контунолид и β-циклоконтунолид, выделенные из бразильских деревьев семейства *Compositae* (*Eremanthus elaeagnus*, *Vanillosmopsis erythropappa* and *Mosqueana velutina*), проявили выраженную активность в отношении *Schistosoma manzoni*.

Заслуживает внимания работа, связанная с изучением протистостатической активности 134 сесквитерпеновых лактонов, относящихся к наиболее распространенным типам углеродного скелета, а именно: гвайана, амброзана, гермакрана, эвдесмана, псилостахана, а также карабрана. Исследование проведено методом серийных разведений в отношении двух штаммов патогенных простейших: *Entamoeba histolytica* и *Trichomonas vaginalis*. В результате изучения выявлена четкая взаимосвязь между строением сесквитерпеновых лактонов и их антипротозойным действием [43].

Выраженная антимикробная, противогрибковая, антипротозойная, противоямблиозная

активность сесквитерпеновых лактонов, возможно, обусловлена наличием в их структуре экзотической метиленовой группы, находящейся в сопряжении с лактонной карбонильной группой.

Сесквитерпеновый лактон саурин, выделенный из *Saussurea pulcheila* Fisch., обладает выраженным антиамебным действием *in vitro* в отношении *Entamoeba histolytica* в концентрации 0,5-1 мкг/мл и *Trichomonas vaginalis* – 32 мкг/мл [44, 45]. Саурин *in vivo* также оказывает выраженное химиотерапевтическое действие [46, 47].

Фармакологические исследования суммы биологически активных веществ, также индивидуально выделенных сесквитерпеновых лактонов из растений рода *Saussurea*, показывает их высокую активность, что представляет несомненный интерес для изучения этого рода растений.

Химико-фармакологические исследования растений рода *Saussurea* были начаты с 1996 г. на базе ИФХ МОН РК совместно с учеными СибГМУ (Томск) и ОмГМА (Омск). Проведен сравнительный химический анализ трех видов соссуреи: иволжистой, солончаковой и горькой на содержание биологически активных веществ, в результате которого установлен их близкий состав, были обнаружены следующие группы соединений: кумарины, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты, сесквитерпеновые лактоны, полисахариды, эфирные масла, дубильные вещества.

Анализ доступной литературы свидетельствует о перспективности использования эфирных масел растений, их компонентов в качестве перспективных источников лекарственных средств с разнообразными фармакологическими свойствами. Одним из достоинств фармакодинамики эфирных масел является сочетание нескольких терапевтических эффектов. При этом, несмотря на явные преимущества эфирных масел, в том числе и низкую токсичность, необходимо отметить крайне низкое число разработанных препаратов на их основе. Большинство исследований завершаются на уровне скрининговых работ. Таким образом, на сегодняшний день имеются единичные углубленные исследования фармакологических свойств эфирных масел растений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атажанова Г. А. Биологически активные терпеноиды – эфирных масел и экстрактов полыни: Автореф. дис. ...канд. хим. наук. – К.: КарГУ, 1999. – 22 с.
2. Бейсенбаева А. А. Ранозаживляющие свойства эфирных масел полыни гладкой и цитварной. Автореф. дис. ...канд. биол. наук. – Б.: КыргМА, 2004. – 20 с.
3. Беклемишев Н. Д. Костикостероиды, иммунитет и аллергия //Н. Д. Беклемишев, Ж. А. Сатыбалдиева. – Алматы: Баспа, 1999. – 160 с.
4. Взаимосвязь паразитов с аллергическими и инфекционными заболеваниями среди детей //В. В. Исаева, В. Н. Грязнов, А. А. Жукова и др. //Международ. конф. «Современные методы диагностики и лечения аллергии, астмы и иммунодефицитов.

5. Гольштейн С. Крапивница и отек Квинке //Клиническая иммунология и аллергология //М.: Практика, 2000. – С. 315 – 334.
6. Емельянова А. В. Респираторные Аллергозы у детей //А. В. Емельянова, Т. Н. Тренделева, О. И. Краснова //Аллергология. – 2001, №3. – С. 3 – 5.
7. Исследование токсического и местно-раздражающего действия эфирного масла полыни гладкой *Artemisia glabella* Kar. et Kir //А. А. Бейсембаева, В. А. Узбеков, К. Д. Рахимов и др. //Фарм. бюлл. – 2001, №5. – С. 20 – 21.
8. Кесарвала Х. Иммунологические методы диагностики инфекционных заболеваний //Х. Кесарвала, Дж. Кишияма. – М.: Практика. – 2000. – С. 650 – 678.
9. Кульмагамбетова Э. А. Флавоноиды из *Artemisia glabella* Kar. et Kir. //Э. А. Кульмагамбетова, Л. Н. Прибыткова, С. М. Адекенов //Хим. прир. соед. – 2000, №1. – С. 20 – 21.
10. К физико-химическому изучению эфирных масел //Р. Б. Сейдахметова, А. А. Бейсембаева, Е. Ф. Буракова и др. //В сб.: «Поиск, разработка и внедрение новых лекарственных средств и организационных форм фармацевтической деятельности». – Томск, 2000. – С. 11.
11. Лебедев К. А. Физиологические механизмы воспаления и атопическая аллергия //К. А. Лебедев, И. Д. Понякина //Физиология человека. – 2000. – Т. 26, №6. – С. 84 – 88.
12. Левчик Н. К. Типы течения атопического дерматита у детей младшего возраста: особенности взаимосвязи клинической картины и лабораторных иммунологических параметров //Н. К. Левчик, Ю. В. Кениксфест, М. М. Кохан //Аллергология и иммунология. – 2001. – Т. 2, №2. – С. 93.
13. Проблемы иммуностимулирующей терапии с позиций доказательной медицины //В. С. Ширинский, Н. В. Старостина, Ю. А. Сенникова и др. //Мед. иммунология. – 2000. – Т. 2, №1. – С. 17 – 24.
14. Роль паразитарных инфекций у больных хронической рецидивирующей крапивницей //Н. Е. Чахирева, Л. В. Луканов, Л. В. Осипова, М. Ф. Борисова //Аллергология и иммунология – 2001. – Т. 2, №2. – С. 87.
15. Сенцова Т. Б. Особенности гуморального иммунитета при атопической дерматите у детей //Аллергология и иммунология. – 2001. – Т. 2, №2. – С. 95.
16. Солдатченко С. С. Ароматерапия //С. С. Солдатченко, Г. Ф. Кашенко, А. В. Пидеев. – Симферополь, 1999. – 208 с.
17. Флейшер Т. Иммунодиагностика //Т. Флейшер, Д. Грейси //Клинич. иммунология и аллергология. – Москва: Практика. – 2000. – С. 607 – 623.
18. Хаитов Р. М. Современные подходы к оценке иммунного статуса человека //Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин //Аллергология и иммунология. – 2001. – Т. 2, №2. – С. 7.
19. Ханина М. А. Полыни Сибири и Дальнего Востока (Фармакогностическое исследование и

- перспективы использования в медицине). Автореф. дис. ...д-ра. фарм. наук. – П.: ПФармА, 1999. – 46 с.
20. Химический состав и биологическая активность эфирного масла полыни гладкой /Р. Б. Сейдахметова, А. А. Бейсенбаева, Г. А. Атажанова и др. //Хим.-фарм. журн. – 2002, №3. – С. 27 – 30.
 21. Химический состав эфирного масла *Artemisia glabella* Kar. et Kir /Г. А. Атажанова, А. Д. Дембицкий, Н. И. Жижин, С. М. Адекенов //Хим. прир. соед. – 1999, №2, С. 193 – 196.
 22. Цеденова Л. Н. Антимикробная активность эфирного масла *Artemisia lerchiana* Web. ex stehm., произрастающей в Калмыкии /Л. Н. Цеденова, О. Е. Романов, Т. О. Романова //Раст. ресурсы. – 1999. – Т. 35, №4. – С. 58 – 61.
 23. Abdollahi M. Antinociceptive effects of *Teucrium polium* L. total extract and essential oil in mouse writhing test /M. Abdollahi, H. Karimpour, H. R. Monsef-Esfehani //Pharmacol. Res. – 2003. – V. 48, №1. – P. 31 et al. 35.
 24. Analgesic, antipyretic and anti-inflammatory effects of essential oil of *Lippia multiflora* /A. A. Abena, M. Diatwa, G. Gakosso et al. //Fitoterapia. – 2003. – V. 74, №3. – P. 231 – 236.
 25. Antimicrobial activity of essential oil and methanol extracts of *Achillea sintenisii* Hub. Mor. (Asteraceae) /A. Sokmen, G. Vardar-Unlu, M. Pollisiou et al. //Phytother. Res. – 2003. – V. 17, №9. – P. 1005 – 1010.
 26. Antibacterial and antioxidant activities of *Artemisia annua* essential oil /F. Juteau, V. Masotti, J. M. Bessiaare //Fitoterapia. – 2002. – V. 73, №6. – P. 532 – 535.
 27. Antimicrobial activity of essential oils isolated from Portuguese endemic species of *Thymus* /M. L. Faleiro, M. G. Miguel, F. Ladeiro et al. //Lett. Appl. Microbiol. – 2003. – V. 36. – P. 35 – 40.
 28. Burits M. The antioxidant activity of the Essentials Oils of *Artemisia afra*, *Artemisia abyssinica* and *Juniperus procera* /M. Burits, K. Asters, F. Bucar //Phytother. Res. – 2001. – V. 5, №15. – P. 103.
 29. Carson C. F. Mechanism of action of *Melaleuca alternifolia* (Tea tree) oil on *Staphylococcus aureus* determined by time-kill, lysis, leakage, and salt tolerance assays and electron microscopy /C. F. Carson, B. J. Mee, T. V. Riley //Antimicrob. Chemother. – 2002. – V. 46, №6. – P. 1914 – 1920.
 30. Chemical composition and antibacterial activity of essential oil of *Artemisia iwayomogi* /H. Yu, Y. Kim, B. Kil //Planta. Med. – 2003. – V. 69. – P. 1159 – 1162.
 31. Chemical composition, plant genetic differences, and antifungal activity of the essential oil of *Helichrysum italicum* G. Don ssp. *microphyllum* (Willd.) Nym /A. Angioni, A. Barra, M. Arlorio et al. //J. Agric. Food Chem. – 2003. – V. 51, №4. – P. 1030 – 1034.
 32. Composition and antimicrobial activity of *Achillea clavennae* L. essential oil /N. Bezic, M. Skocibusic, V. Dunkic, A. Radonic //Phytother. Res. – 2003. – V. 17, №9. – P. 1037 – 1040.
 33. Composition and antimicrobial activity of the essential oil of *Murraya exotica* L. /F. S. TI-Sakhawy, M. E. El-Tantawy, S. A. Ross, M. A. El-Sohly //Phytother. Res. – 2001. – V. 15, №3. – P. 54 – 55.
 34. Composition and antimicrobial activity of the essential oil of *Salvia ringens* /O. Tzakou, D. Pitarokili, I. B. Chinou, C. Harvala //Planta Med. – 2001. – V. 67, №1. – P. 81 – 83.
 35. Cox C. D. Interactions between components of the essential oil of *Melaleuca alternifolia* /C. D. Cox, C. M. Mann, J. L. Markham //J. Appl. Microbiol. – 2001. – V. 91, №3. – P. 492 – 497.
 36. Eosinophilic colitis associated with larvae of the pinworm *Enterobius vermicularis* /L. X. Liu, J. Chi, M. P. Upton, L. R. Ash //Lancet. – 1995. – V. 346. – P. 410 – 412.
 37. Kishore N. Antimycotic activity of the essential oil of *Artemisia nilagrica* /N. Kishore, N. K. Dubey, J. P. N. Chansouria /Flav. Fragr. J. – 2001. – V. 16, №1. – P. 61 – 63.
 38. Kruner D. S. Anti-inflammatory activity of the essential oil of *Cymbopogon merrittii* Planta Med. – 2000. – V. 54, №3. – P. 376 – 379.
 39. Linalool produces antinociception in two experimental models or pain /A. T. Peana, P. S. D'Aquila, M. L. Chessa //Eur. J. Pharmacol. – 2003. – V. 460, №1. – P. 37 – 41.
 40. Profile of spinal and supra-spinal antinociception of (–)-linalool /A. T. Peana, M. G. De Montis, E. Nieddu //Eur. J. Pharmacol. – 2004. – V. 485, №4. – P. 853 – 860.
 41. Santos F. A. Anti-inflammatory and Antinociceptive effects of 1,8-Cineole a Terpenoid Oxide Present in many Plant Essential oils /F. A. Santos, V. S. N. Rao //Phytother. Res. – 2000. – V. 14. – P. 240 – 244.
 42. Saradha V. Karunai Antimicrobial activity of the essential oil of *Notonia grandi* flora DC (Asteraceae) /V. Saradha, S. Govindarajan, M. Raj //Indian J. Pharm. Sci. – 2001. – V. 63, №3. – P. 244 – 245.
 43. Tzakou O. Composition and antimicrobial activity of the essential oil of *Satureja parnasica* subsp. *parnasica* /O. Tzakou, H. D. Skaltsa //Planta Med. – 2003. – V. 69. – P. 282 – 284.
 44. Venturini M. E. In vitro antifungal activity of several antimicrobial compounds against *Penicillium expansum* /M. E. Venturini, D. Blanco, R. Oria //J. Food Prot. – 2002. – V. 65, №5. – P. 834 – 839.
 45. Williamson E. M. Synergy and other interactions in phytomedicines //Phytomedicine. – 2001. – V. 8, №5. – P.401 – 409.

Поступила 03.11.09

S. B. Ahmetov, N. A. Timchenko, I. V. Losev, O. J. Dedova, K. H. Almagambetov
THE EFFECTIVENESS OF HERBAL MEDICINES IN THE TREATMENT OF VARIOUS PARASITIC DISEASES

There are a lot of unresolved questions in the issue of treatment of helminthiasis up today and it remains relevant, both in terms of distribution of the pathogen, and in terms of diagnosis and working through a rational complex therapy with a glance the development of immune deficiency and allergic diseases, complications associated with disturbances in the body caused by the life activity of parasites. Of interest are chemical and pharmacological studies of plants, the effect of herbal medicine on the clinical course of various parasitic infestations.

С. Б. Ахметова, Н. А. Тимченко, И. В. Лосева, О. Ю. Дедова, К. Х. Элмағамбетов
ӘРТҮРЛІ ПАРАЗИТАРЛЫ ИНВАЗИЯЛАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ
ТИІМДІЛІГІ

Қазіргі кезде гельминтоздарды емдеу мәселесінде шешілмеген сұрақтар көп. Сондықтан ол қоздырғыштың таралу мақсатында да, диагностика және асқынулар, паразиттердің өмір сүру қабілеттілік процестеріне байланысты туындайтын адам ағзасындағы бұзылыстары, аллергиялық аурулар және иммундыжетіспеушіліктердің дамуын ескере отырып рациональды кешенді терапияны өңдеу мақсатында да өзекті мәселенің бірі болып табылады. Әртүрлі паразитарлы инвазиялардың клиникалық ағымына фитопрепараттардың әсері және өсімдіктердің химико-фармакологиялық зерттеулері қызығушылық тудырады.

М. М. Жанасова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ
СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Областная клиническая больница (Караганда)

Классификация свищей прямой кишки

В структуре хирургических заболеваний прямокишечные свищи составляют 0,8-1,2% [9, 16, 33]. Отмечаются морфологические разнообразия свищей прямой кишки с наличием разветвленных или подковообразных ходов, которые образуются при самопроизвольном вскрытии гнойника [7, 17, 19, 23, 25].

Существует большое количество классификаций хронического парапроктита, однако не всегда в них отражается многообразие клинических форм и их осложнений. Чаще используется классификация свищей прямой кишки, основанная на отношении свищевого хода к волокнам анального сфинктера [3, 6, 17]. Согласно этой классификации, свищи разделяют на интрасфинктерные или подкожно-подслизистые, трансфинктерные и экстрафинктерные [19, 22, 29, 41].

В 15-20% отмечаются экстрафинктерные свищи, при которых ход располагается высоко, как бы огибая наружный сфинктер, но внутреннее отверстие находится в области крипт, то есть ниже. Такие свищи образуются как исход острого ишио-, пельвио- и ретроректального парапроктита [30]. Для них характерно наличие длинного извитого хода, часто обнаруживаются гнойные затеки, рубцы. Очередное обострение воспалительного процесса приводит к образованию новых свищевых отверстий, иногда воспалительный процесс переходит из клетчаточного пространства одной стороны на другую – возникает подковообразный свищ, который может быть и задним, и передним [31].

А. М. Аминев [1] предложил клиническую классификацию, в которой различал хронический парапроктит:

I. По этиологии и патогенезу: врожденные; приобретенные: травматические, симптоматические, воспалительные, опухолевые.

II. По характеру инфекции: вульгарные; анаэробные; специфические парапроктиты (туберкулезные, сифилитические, актиномикотические и др.).

III. По анатомическому признаку:

1) в зависимости от отношения к просвету прямой кишки: полные и неполные; внутренние и наружные;

2) в зависимости от отношения к наружному сфинктеру прямой кишки: расположенные кнутри от сфинктера, чрессфинктерные, внесфинктерные;

3) в зависимости от первичной локализации воспалительного процесса: подкожные, подслизистые, седалищно-прямокишечные, тазово-прямокишечные;

4) в зависимости от расположения наружных и внутренних свищевых отверстий (по стрелке циферблата): кожные; маргинальные; отверстие открывается на переходной кайме; отверстие открывается в одной из крипт; отверстие открывается выше крипт.

IV. По рентгенологическим данным:

1) простые – прямолинейные;

2) сложные: спиральные, опоясывающие, ветвистые, с наличием полостей, бухт.

V. По клиническому течению: острые парапроктиты; хронические парапроктиты (со свищами, без свищей, рецидивирующие).

Свищи крипто-глангулярного происхождения, или банальные свищи, разделяют на интрасфинктерные, трансфинктерные и экстрафинктерные [6, 22]. При этом доля экстрафинктерных свищей составляет от 2 до 20%.

В классификации Г. Е. Островерхова [24] выделены характер свища и отношение его к сфинктерному аппарату:

- полные свищи, которые открываются своим внутренним отверстием в прямую кишку и наружным в перианальной области
- неполные свищи, которые открываются только внутренним отверстием в прямую кишку или перианальную область и заканчиваются слепо.

По отношению к сфинктеру:

- экстрасфинктерные (канал свища не проходит через анальный сфинктер)
- транссфинктерные (свищ проходит через мышцу)
- интрасфинктерные (свищ подкожно-подслизистый, краевой).

В классификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ [23] свищи подразделяют:

- по этиологическому признаку: на неспецифический (банальный), специфический, посттравматический
- по активности воспалительного процесса: на острый, рецидивирующий, хронический (свищи прямой кишки)
- по локализации гнояников, инфильтратов, затеков: на подкожный и подслизистый, седалищно-прямокишечный, тазово-прямокишечный
- по расположению внутреннего отверстия свища: на передний, задний, боковой
- по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера: на интрасфинктерный (подкожно-подслизистый), транссфинктерный, экстрасфинктерный.

Различают несколько вариантов свищей: интрасфинктерные, транссфинктерные и экстрасфинктерные, то есть огибающие мышцы наружного сфинктера [12].

Подробная классификация НИИ проктологии [34] подразделяет хронический парапроктит по следующим признакам:

- 1) этиологическому признаку – неспецифический (банальный) парапроктит, который вызывается смешанной микрофлорой, где в 98% в посевах присутствуют стафилококки и кишечная палочка; специфический парапроктит (туберкулез 1-2 %; актиномикоз 0,14%; сифилис); посттравматический парапроктит (хирургические операции, лечебные манипуляции, огнестрельные и бытовые ранения). Посттравматические парапроктиты иногда выделяют в отдельную группу, так как они имеют необычные пути внедрения инфекции, отличную от других форм клиническую картину и требуют других методов лечения;
- 2) по активности воспалительного процесса на: острый парапроктит; рецидивирующий парапроктит; хронический парапроктит (свищи прямой кишки).
- 3) по локализации гнояников, инфильтратов, затеков на: подкожный и подслизистый парапроктит; седалищно-прямокишечный парапроктит; тазово-прямокишечный парапроктит.
- 4) по расположению внутреннего отверстия сви-

ща на: передний парапроктит; задний парапроктит; боковой парапроктит.

5) по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера на: интрасфинктерный парапроктит; транссфинктерный парапроктит; экстрасфинктерный парапроктит (I-IV степени сложности).

Экстрасфинктерные свищи прямой кишки делятся по степени сложности:

I степень: внутреннее отверстие узкое, без рубцов вокруг него, нет гнояников и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой

II степень: в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке

III степень: внутреннее отверстие узкое, без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс

IV степень: широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах.

Эта классификация дает точное описание анатомического расположения свищевых ходов и может служить руководящим принципом для выбора метода лечения [29].

Частота свищей прямой кишки

Хронический парапроктит занимает 4 место после геморроя, анальных трещин, колитов и составляет 20-40 % всех болезней прямой кишки [12, 29, 38].

При профилактических осмотрах населения на 1000 условно здоровых людей выявляют 5 больных со свищами прямой кишки (0,5%). Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель колеблется от 6,1% до 22,4%. Мужчины болеют парапроктитом чаще, чем женщины, это соотношение равно 7:3 [29, 30].

По данным В. Д. Федорова и Ю. В. Дульцева (1984), К. Н. Саламова (1981), В. М. Темирбулатова (1998), параректальные свищи в структуре колопроктологических заболеваний встречаются в 20-40% наблюдений. Более чем у 30% больных выявляются сложные формы хронического парапроктита с экстрасфинктерным и глубоким транссфинктерным расположением свищевого хода, наличием дополнительных свищевых ходов и гнойных полостей в параректальной клетчатке, упорным рецидивирующим течением [8, 11].

Пациенты, страдающие хроническим парапроктитом, составляют до 15% контингента специализированных проктологических отделений [22, 29]. Социальная значимость этой проблемы определяется тем, что подавляющее большинство пациентов (более 75%) составляют лица трудоспособного возраста и нередко это заболевание сопровождается длительной и стойкой инвалидностью [7, 20].

Хирургическое лечение

Операции по поводу хронического парапроктита составляют 12-15% от всего объема оперативных вмешательств колопроктологических отделений.

Для лечения больных со свищами прямой кишки предложено много способов оперативных вмешательств. Однако даже в специализированных проктологических отделениях частота рецидивов свищей прямой кишки достигает 18% [1].

Простое вскрытие острого парапроктита зачастую проводят в различных общехирургических отделениях, в результате частота рецидивов заболевания составляет 50-98% [12, 38]. Такая тактика нередко приводит к рецидивам острого парапроктита или к хроническому свищу прямой кишки, причем даже у специалистов-проктологов [4, 12, 13, 31]. Рецидивы после радикальных операций колеблются от 1,7 до 12%, недостаточность анального сфинктера развивается у 7-15% [6]. По данным Ustynowski K et al. [42], после операции по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки недостаточность анального сфинктера развивается в 5-83%, рецидивы возникают в 4,7-33%. Эти осложнения зачастую приводят к повторным хирургическим вмешательствам, что крайне неблагоприятно сказывается на функциональном состоянии запирающего аппарата прямой кишки и подчас приводит к инвалидизации больного.

Основной причиной возникновения рецидива острого парапроктита являются трудности в ликвидации внутреннего отверстия гнойного свищевого хода. При традиционных методах лечения средние сроки временной нетрудоспособности составляют 30-35 сут [4, 12, 14].

Таким образом, основными причинами рецидивов свищей прямой кишки являются нерадикальность хирургического вмешательства (оставление внутреннего отверстия свища, свищевых разветвлений и гнойных полостей), неправильное определение разновидности свища и недооценка характера изменений окружающих тканей, вследствие этого выполнение неадекватного оперативного пособия, отсутствие контроля за заживлением раны [14].

Соблюдение принципа адекватности оперативного вмешательства с учетом особенностей свища прямой кишки, лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и динамическое наблюдение за больными в течение 3 мес. после операции являются основными мерами профилактики рецидива заболевания [28]. Неправильное ведение пред- и послеоперационного периода может стать причиной рецидива свища прямой кишки в любое время после операции, в т. ч. и в отдаленные сроки [21, 24, 28].

Тщательное соблюдение комплекса диагностических мероприятий, рекомендаций по амбулаторному долечиванию, своевременное проведение противовоспалительной терапии, наблюдение у специалиста способствует адекватному заживлению раны и предотвращает развитие рецидива заболевания [8].

Диагностика свищей прямой кишки не столь уж сложна. Обычно пациенты сами обращаются к врачу с жалобами на наличие свища в

области промежности или на гнойные, либо серозные выделения из заднего прохода. При наружном осмотре, если это полный свищ прямой кишки, можно увидеть наружное отверстие. При неполном внутреннем свище есть только внутреннее отверстие, наружного отверстия на коже нет [8].

Диагностика свищей прямой кишки основывается на наружном осмотре, пальцевом исследовании, зондировании и аноскопии. Если при осмотре создается впечатление, что у больного имеется транс- или экстрасфинктерный свищ прямой кишки, обследование дополняют фистулографией с целью выявления направления хода свища, его протяженности, разветвлений, образования полостей и взаимоотношений со смежными органами и тканями, наличия затеков в параректальных клетчаточных пространствах, а также для приблизительного установления локализации внутреннего отверстия свища [15].

В оценке функции анального сфинктера, особенно при длительном существовании свища и повторных операциях по поводу него, наиболее информативным методом исследования является сфинктерометрия [23].

У пациентов со свищами прямой кишки иногда приходится проводить и другие дополнительные исследования при подозрении на наличие конкурирующих заболеваний, а также дифференциальную диагностику для выявления сопутствующих заболеваний других органов и систем. Но основными методами диагностики при наличии свища прямой кишки до операции являются: наружный осмотр, пальпация, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, исследование свищевого канала с помощью зонда и введения в него красителей, ано-, ректороманоскопия, сфинктерометрия, проктография, фистулография при высоких свищах, обильных выделениях и баллотировании зонда [28].

С целью уточнения топической диагностики сложных форм парапроктитов К. А. Жакипбаев, Н. В. Мун [23] используют эндоректальную электротермометрию, которая основана на измерении температурной реакции тканей стенки прямой кишки.

Е. М. Островский [25] разработал метод трансвагинальной эхографии, позволяющий уточнить выраженность рубцового процесса и особенности свищевого хода, наличие или отсутствие гнойных полостей в параректальной клетчатке.

М. А. Каленбаев [13] для диагностики посттравматических свищей прямой кишки предложил компьютерно-томографическую фистулографию.

Новый метод, основанный на измерении скорости распространения поверхностных акустических волн (СРПАВ) в окружающих гнойную рану тканях, позволяет объективизировать данные местной клинической картины и может служить диагностическим и прогностическим критерием течения раневого процесса [2].

Для исключения патологии вышележащих отделов толстой кишки проводят эндоскопические исследования: ректороманоскопию, фиброколоноскопию, при невозможности выполнения этих обследований – рентгенологическое исследование – ирригоскопию.

Фистулография, несмотря на высокую информативность, имеет ограниченную ценность в анатомической оценке свищей прямой кишки, поскольку при использовании этого метода не всегда возможно установить точную локализацию внутреннего отверстия свища и удается лишь косвенно судить о соотношении свищевого хода и мышц анального канала [7, 28]. Вид свища прямой кишки определяется на рентгеновских снимках по приблизительной высоте внутреннего отверстия [15].

В диагностике свищевой формы парапроктита в настоящее время широко используется ультразвуковая диагностика [7, 15, 28]. При сложных формах хронического парапроктита у Dong-Joon Choo (1999) из 139 больных со сложными свищами прямой кишки только у 8 метод не дал точной локализации внутреннего отверстия свища в кишке. K. S. Chappie et al. (2000) применял с этой целью исследование с помощью ядерно-магнитного резонанса и также получил хорошие результаты.

Для оценки жизнеспособности проводится изучение эффективности кровоснабжения низводимого лоскута при применении сегментарной проктопластики методом лазерной доплеровской флуорометрии [3].

Условием, обеспечивающим ликвидацию свища, является иссечение внутреннего отверстия свища, основного хода и затеков. Точное знание локализации и протяженности свищей имеет важное практическое значение. Недостаток информации ведет к неполному иссечению свищевого хода, оставлению истинного и удалению "ложного" внутреннего отверстия. Хирургическое лечение хронических парапроктитов основывается на удалении свищевого хода и сохранении при этом сфинктерного аппарата прямой кишки. Поэтому очень важно до операции иметь представление о характере и сложности свищевого хода, его соотношении с мышечным аппаратом анального канала, локализации внутреннего отверстия свища, а также наличии затеков в клетчаточных пространствах таза [1].

Эхография с контрастированием свищевого хода с помощью перекиси водорода является наиболее информативным методом среди других методик исследования свищей прямой кишки, в том числе и стандартного ультразвукового обследования. Однако необходимо последовательное применение обеих методик эндоректального ультразвукового исследования [15].

Также применяется эндосонография прямой кишки с помощью датчика 7-MHz, которая является простым и недорогим методом установления места внутреннего отверстия параректаль-

ного свища и помогает в определении его хода по классификации Паркса [39].

Варианты хирургического лечения сложных форм хронического парапроктита

Если хирургическое лечение интрасфинктерных и трансфинктерных свищей в достаточной мере разработано и дает хорошие результаты, то лечение экстрасфинктерных свищей до настоящего времени представляет определенные трудности. Актуальность проблемы обусловлена неудовлетворительными результатами лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, заключающихся в высоком риске развития анальной инконтиненции, а также высокой частоте рецидивирования заболевания [37].

В настоящее время известно более 100 оперативных вмешательств при лечении этого заболевания. Доказано, что предоперационная подготовка путем промывания свищевых ходов растворами антисептиков, чрескожной ультразвуковой кавитации гнойных полостей, обработки свищевых ходов низкоинтенсивным лазерным излучением, применения методов фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении хронических воспалительных заболеваний мягких тканей различных локализаций благотворно влияет на общее состояние больного, уменьшает воспаление в параректальной клетчатке, улучшает результаты лечения. Однако сложность хирургии экстрасфинктерных параректальных свищей, многообразие клинических форм заболевания, большая частота возникновения рецидивов заставляют искать новые подходы к терапии данного заболевания [15].

Хирургическое лечение свищей прямой кишки имеет следующие цели: удаление свищевого канала вместе с рубцовой тканью; иссечение заднепроходной пазухи как источника дремлющей инфекции; ликвидация внутреннего отверстия свища; снятие спазма наружного сфинктера заднего прохода. Невыполнение хотя бы одной из этих задач может привести к рецидиву заболевания. Ликвидация внутреннего свищевого отверстия является наиболее ответственным этапом операции, так как от него в большей степени зависят непосредственные и функциональные результаты лечения [22].

Выделяют три принципиально разные группы по способу ликвидации внутреннего свищевого отверстия – лигатурный метод, иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера, пластические способы. Каждый метод имеет несомненные преимущества и также существенные недостатки. При иссечении свища с ушиванием сфинктера велик риск нагноения послеоперационной раны и, как следствие – расхождение швов, наложенных на анальный сфинктер [23].

При лигатурном методе возможно формирование грубого рубца при пересечении лигатурой сфинктера, что может вызвать развитие анальной инконтиненции. Перемещение слизистой оболочки прямой кишки нарушает кровоснабжение трансплантата с последующим его

некрозом и ретракцией [38]. Это может привести к рецидиву свища и анальной инконтиненции.

В ГНЦ колопроктологии разработан и широко применяется метод лечения сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения сегмента стенки прямой кишки в анальный канал, – сегментарная проктопластика. Принципиальным отличием его от известных вмешательств является то, что перемещаемый лоскут включает в себя все слои кишечной стенки, при этом низведение производится по фронтальной оси, что обеспечивает минимальные нарушения трофики сегмента. Преимуществом этого метода перед остальными является его универсальность – он может быть применен как для транссфинктерных свищей прямой кишки, проходящих через глубокую порцию анального сфинктера, так и для экстрасфинктерных свищей любой степени сложности. Применение метода обеспечивает хорошие функциональные результаты [3].

Способ операции при экстрасфинктерных свищах обусловлен степенью сложности свища. Если ход прямой, без затеков и гнойных полостей в параректальной клетчатке и нет рубцов, можно иссечь ход и ушить рану либо иссечь свищ и выполнить пластическое перемещение слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки [6].

Для устранения экстрасфинктерного свища прямой кишки применяют иссечение свища с ушиванием его культи в ране промежности и задней дозированной сфинктеротомией – метод А. Н. Рыжих (в 2 вариантах); иссечение свища с зашиванием рассеченного наружного сфинктера заднего прохода; иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки заднепроходного канала; иссечение свища с проведением лигатуры. Выбор метода операции основывается на классификации экстрасфинктерных свищей [7].

Иссечение свища прямой кишки с зашиванием наружного сфинктера заднего прохода обычно выполняют с хорошим результатом у больных с неразветвленными экстрасфинктерными свищами I и II степени сложности. Однако операция не всегда выполнима, особенно при наличии воспалительных инфильтратов и гнойных полостей в параректальной клетчатке [37].

При экстрасфинктерных свищах прямой кишки чаще всего выполняют иссечение свища с проведением лигатуры. Эта операция также имеет недостатки: образование большой длительно незаживающей раны промежности после вскрытия затеков и вследствие наличия лигатуры, развитие на месте раны глубокого рубца, деформирующего заднепроходный канал и промежность, а также недостаточности наружного сфинктера заднего прохода [6].

Лигатурный метод был модифицирован [37]: лигатуру затягивают во время операции, а рану частично зашивают. Лигатура прорезывает-

ся на 10-12 сут после операции. Преимущество этого предложения заключается в уменьшении длительности госпитализации после операции с 37,7 до 25,8 сут, частоты рецидива – с 10,6 до 7%, возникновения недостаточности наружного сфинктера заднего прохода – с 8,7 до 6% [37].

В последние годы применяют иссечение свища с низведением слизистой оболочки заднепроходного канала по полуокружности [31]. После такой операции недостаточность наружного сфинктера заднего прохода возникает реже, чем после операции по методу А. Н. Рыжих. Однако успех этой операции может быть достигнут только при отсутствии рубцов вокруг внутреннего отверстия свища (I и III степени сложности).

Операция перемещения свищевого канала не получила широкого распространения в силу технической сложности, часто возникающих осложнений и рецидивов заболевания в отдаленном периоде.

Пластические способы хирургического лечения свища прямой кишки, предложенные А. А. Абражановым и А. В. Мошковым предусматривают закрытие полости раны кожными и мышечными лоскутами. Эти операции не решают главной задачи лечения – ликвидации внутреннего отверстия свища, но они могут применяться как этап радикальной операции. После низведения слизистой оболочки по Джадду-Рабле в 35% возникают осложнения и рецидив свища прямой кишки [22].

При восстановлении стенки прямой кишки после удаления свищевого канала без повреждения наружного сфинктера заднего прохода частота рецидива свища прямой кишки в отдаленном периоде составляет 13,1% [1].

S. Omanik [40] предложил обшивать наружное отверстие свища прямой кишки, вводить в него тонкий катетер, через который медленно (со скоростью 60 капель в мин) вливать 66% раствор глюкозы. Через несколько сут свищ уплотняется, тогда катетер удаляют, наружное отверстие свища зашивают, свищ вворачивают в просвет кишки и культю его перевязывают у основания, оставляя лигатуру до наступления некроза. В дальнейшем внутреннее отверстие свища зашивают со стороны слизистой оболочки.

При лечении экстрасфинктерных свищей I-II степени сложности применяли модификацию операции Backhaus, что позволило оперировать больных в один этап и максимально сократить время их лечения [39].

При верхних транссфинктерных и экстрасфинктерных свищах операцию выполняли в два этапа: сначала рассекали свищевой ход до мышечных волокон, вводили во внутреннее отверстие свища эластичную трубку. Через 8-10 сут рассекали наружный сфинктер заднего прохода путем постепенного затягивания введенной трубки. У всех больных отдаленный результат лечения хороший: не отмечено ни рецидивов свища прямой кишки, ни недержания газов и кала [22].

Частота рецидива свища прямой кишки, обусловленного неадекватностью выбранного метода лечения, составляет 3,1 % [6].

ВЫВОДЫ

Наиболее распространенными при экстрасфинктерных свищах являются операции с перемещением слизистой в различных модификациях, однако из-за несостоятельности швов нередко возникают рецидивы свищей, что обуславливает разработку более эффективных способов оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. «Учебное пособие по проктологии», издание 2. – М., Медицина, 1977. – 206 с.
2. Берикханова К. Е. «Современные принципы диагностики и лечения парапроктита», Медицина и экология. – 2005, №3. – С. 85 – 86.
3. Бородин А. С. Сегментарная проктопластика в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 127 с.
4. Борсова Ф. З. Комплексное лечение острого парапроктита с применением озона и эритроцитарных фармакоцитов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук – Астана. – 2001. – 23 с.
5. Воробьев Г. И. Клиническая классификация и методы лечения больных с острым рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерным ходом /Г. И. Воробьев, А. М. Комплатадзе, Ю. Л. Бондарев //Хирургия. – 1995. – №3. – С. 8 – 11.
6. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. – М., 2006. – 432 с.
7. Гайнутдинов Ф. М. Результаты лечения острого рецидивного парапроктита /Ф. М. Гайнутдинов, А. В. Куляпин, В. М. Лопатин //Сб. науч. конф. – М., 2005. – С. 45 – 47.
8. Генри М. М. Колопроктология и тазовое дно /М. М. Генри, М. Свош //Медицина. – 1988. – 451 с.
9. Джозеф М. Хендерсон. Патофизиология органов пищеварения. Перевод с английского. – М. – СПб.: 1997. – 287 с.
10. Жакипбаев К. А. Особенности диагностики и лечения парапроктита /К. А. Жакипбаев, А. К. Макишев, Н. В. Мун //Пробл. Колопроктологии – 1998. – Вып. – С. 46 – 49.
11. Жумадилов Ж. Ш. Результаты лечения больных с парапроктитом в общехирургической клинике /Ж. Ш. Жумадилов, К. Е. Берикханова //Наука и здравоохранение. – 2003. – №3. – С. 87 – 89.
12. Ишимов М. С. Хирургическое лечение глубоких форм острого парапроктита с применением аллотрансплантата: Автореф. дис. ...канд. мед. наук – М., 1990. – 20 с.
13. Каленбаев М. А. Хирургическая тактика при посттравматических свищах прямой кишки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Алматы, 2001. – 21 с.
14. Канделаки С. М. Возможности эндоректальной эхографии с контрастным усилением в диагностике свищевой формы парапроктитов /С. М. Канделаки, Г. И. Гаджиев //Мед. журн. по ультрасонографии. – №12. – 2004. – С. 14 – 18.
15. Канделис Б. А. Неотложная проктология. – Рига, 1980. – С. 103 – 140.
16. Капитанов А. С. Лечение свищей прямой кишки /А. С. Капитанов Т. В. Нарциссов, В. П. Брежнев //Клиническая хирургия. – 1991. – №2. – С. 35 – 38.
17. Лопатин В. М. Выбор метода операций при чрессфинктерных свищах прямой кишки: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 22 с.
18. Макишев А. К. Комплексная диагностика и способ хирургического лечения сложных форм парапроктита /А. К. Макишев, Н. В. Мун, К. А. Жакипбаев //Астана медициналык журналы. – 1999. – №1. – С. 42 – 44.
19. Мансуров Ю. В. Хирургическое лечение хронического парапроктита с рецидивными экстрасфинктерными свищами прямой кишки /Ю. В. Мансуров, В. И. Помазкин, Д. П. Соловьев //Общая колопроктология. – 2004. – Вып. 17. – С. 37 – 40.
20. Наврузов С. Н. Причины и профилактика рецидивов свищей прямой кишки /С. Н. Наврузов, Ю. В. Дульцев, К. Н. Саламов //Вестник хирургии. – 1981. – №7. – С. 43 – 46.
21. Наврузов С. Н. Проблема рецидивов свищей прямой кишки /С. Н. Наврузов, В. В. Чиркин, Б. П. Шадрин //Мед. журн. Узбекистана. – 1982. – №7. – С. 57 – 59.
22. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки (хронический парапроктит). – М.: Медицина, 1966. – С. 12 – 17.
23. Нурбеков А. А. Посттравматическая анальная инконтиненция: диагностика, лечение и профилактика: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук. – Астана, 2009. – 36 с.
24. Островерхов Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия /Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. – Курск: Литера, 1995. – 720 с.
25. Островский Е. М. Хирургическая тактика при лечении ректовагинальных свищей прямой кишки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Алматы. – 1998. – 23 с.
26. Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении больных сложными формами хронического парапроктита /Б. Н. Жуков, В. Р. Исаев, А. И. Савинков и др. //Сб. науч. конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». – М., 2005. – С. 57 – 60.
27. Пугач В. В. Парапроктит и лечение геморроя. – Киев, 1997. – 237 с.
28. Результаты хирургического лечения свищей прямой кишки методом низведения полнослойного лоскута ее стенки /А. М. Кузьминов, А. С. Бородин, М. В. Волков и др. //Колопроктология. – 2004. – С. 117 – 120.
29. Ривкин В. Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала /В. Л. Ривкин, Ю. В. Дульцев, Л. Л. Капуллер. – М., 1994. – 240 с.
30. Ривкин В. Л. Руководство по колопроктологии. /В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн, С. Н. Файн. – М., 2001. – 298 с.

31. Свищи прямой кишки (хронический парапроктит) /А. М. Кузьминов, А. С. Бородкин, Ю. Ю. Чубаров и др. //Хирургия. – 2007. – №2. С. 44 – 47.
32. Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом /А. С. Акопян, Г. Э. Эксюзян, Э. В. Манукян и др. //Пробл. Колопроктологии. – 2002. – Вып.18. – С. 24 – 28.
33. Федоров В. Д. Клиническая оперативная колопроктология /В. Д. Федоров, Г. И. Воробьев, В. Л. Ривкин. – М., 1994. – 427 с.
34. Федоров В. Д. Проктология. /В. Д. Федоров, Ю. В. Дульцев. – М., 1984. – 290 с.
35. Шнигер Н. У. Рентгенология прямой и ободочной кишок. – М., 1989.
36. Энциклопедия клинического обследования больного, перевод с английского /Б. Бэйтс, Л. Бикли, Р. Хекельман и др. – М.: Геотар медицина. – 1997. – 227 с.
37. Adjustable seton in the management of com-

- plex anal fistula /J. J. Thompson, R. S. Bennion, G. Hilliard et al. //Surg. Gynecol. Obstet. – 1989. – V. 169 (6). – P. 551 – 552.
38. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence /J. Garcia-Aguilar, C. Belmonte, W. D. Wong et al. //Dis. Colon. Rectum. – 1996. – V. 39. – P. 723 – 729.
39. Endosonographic evaluation of fistula-in-ano /H. Hadziak, C. Goudot, J. P. Bronowicki et. al. – 1996. – P. 13 – 14.
40. Omanik S. //Coloproctology. – 1983. – V. 5. – №3. – P. 154 – 157.
41. Poen A. C. "Hydrogen Peroxide-Enhanced Transanal Ultrasound in the Assessment of Fistula-In-Ano" /A. C. Poen, R. J. F. Felt-Bersma //Dis. Colon. Rectum. – September. – 1998. – 327 p.
42. Ustynoski K. ASCRS American Society of Colon&Rectal Surgeons. – 1990. – 276 p.

Поступила 02.12.09

M. M. Janasova

SURGICAL TREATMENT OF INTRICATE RECTAL FISTULAS

In extrasphincteric perianal fistulas, mainly used surgical method is transposition of the mucous in various modifications. But relapse of a fistula is not a kind of rare complication because of suture incompetence that determines elaboration of new more effective methods of surgical correction.

М. М. Жанасова

ТІК ІШЕКТІҢ ЖЫЛАНКӨЗІН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Экстрасфинктерлі жыланкөздерде кеңінен шырышты қабатты ығыстыру операция түрі қолданылады, дегенмен салынған тігістердің жетімсіздігінен жыланкөздердің қайталануы туындайды. Осының салдары тиімді операция әдістерін өңдеп, жасауға ықпал етеді.

**Е. Н. Сраубаев, Т. Н. Хамитов,
Н. А. Кочегаров, А. В. Солод,
С. Р. Жакенова**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШАХТЕРОВ УГОЛЬНОГО ДЕПАРТАМЕНТА АО «АРСЕЛОРМИТТАЛ ТЕМИРТАУ» ЗА ПЕРИОД 2005 – 2008 ГГ. И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Кафедра гигиены труда, профессиональных заболеваний, гигиены детей и подростков Карагандинского государственного медицинского университета, ГУ «Департамент КГСЭН МЗ РК по Карагандинской области» (Караганда)

Глобальная стратегия ВОЗ определяет ряд приоритетов, которые включают вопросы научно-го обоснования защиты от воздействия вредных и опасных факторов производственной среды. В связи с этим внедрение новых технологий в обеспечение профилактики развития неблагоприятных изменений состояния здоровья работающих стало социально значимой задачей [1].

Казахстан является республикой развитого промышленного производства, в сфере которого занято 3,5 млн работающего населения. Ведущую роль в макроструктуре экономики Центрального Казахстана играет горнодобывающая промышленность, где значительная часть экономически активного населения задействована в данной отрасли [2].

В связи с этим особое значение приобретают меры по улучшению условий труда, сохранению и укреплению здоровья трудящихся, повышению уровня их трудоспособности [3]. Наиболее актуально этот вопрос стоит в Карагандинской области на предприятиях угольного департамента «АО «АрселорМиттал Темиртау».

Изучение условий труда горнорабочих нашли свое отражение во многих научных исследованиях ученых ближнего и дальнего зарубежья [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

В последние годы на угольных шахтах произошли определенные изменения в хозяйственной деятельности, но тем не менее, это не устранило полностью значительный физический компонент труда и характер воздействия комплекса опасных и вредных производственных факторов [6].

Цель исследования: провести анализ профессиональной заболеваемости по шахтам Угольного Департамента АО «АрселорМиттал Темиртау» за 2005 – 2008 гг., дать оценку условий труда шахтеров и влияния вредных производственных факторов на возникновение профессиональных заболеваний; разработать комплекс организационно-технических, санитарно-гигиенических и медико-профилактических мероприятий, дать рекомендации по улучшению условий труда шахтеров и по профилактике профессиональных заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами исследования являются подземные рабочие 8 угольных шахт УД АО «АрселорМиттал Темиртау»: им. Костенко, им. Кузембаева, «Абайская», «Казахстанская», им. Ленина, «Шахтинская», «Тентекская», «Саранская».

В работе использованы физические, химические, токсикологические методы изучения заболеваемости по результатам профилактических медицинских осмотров, а также методы медико-статистического анализа. Гигиеническая оценка воздействия реальных физических факторов на работающих проводилась в соответствии с Р.2.2.2006-05 – «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация труда».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На данный период количество работающих в УД АО «АрселорМиттал Темиртау» составляет 21 757 человек, из них женщин – 4 571 человек. Заняты во вредных условиях труда – 19 871 человек, из них женщин – 1 377.

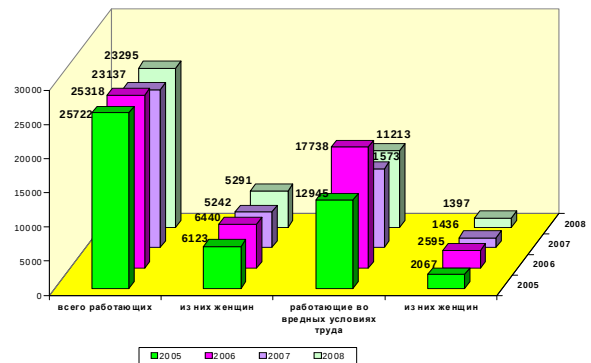


Рис. 1. Количество работающих в УД АО «АрселорМиттал Темиртау»

Отрабатываемые шахтами угольные пласты относятся к Карагандинской свите. В свите имеется 35 угольных пластов, которые характеризуются сложным строением и имеют пологие углы от 0 до 50°. Выработки проходятся по углю, по породе и смешанному забою.

Шахты Карагандинского угольного бассейна разрабатывают угольные пласты на глубине 250-350 м. Имеются обводненные пласты.

Результаты микроклиматических замеров показали, что температура воздуха в теплый период колеблется в пределах от 12 до 15°C и характеризуется как субнормальная. Температура воздуха в холодный период года колеблется в пределах 6-11°C. Показатели относительной влажности воздуха остаются высокими (в пределах от 85% до 100%), что связано со значительными испарениями грунтовых вод и широким использованием воды для пылеподавления.

Подземная разработка угля включает подготовительные (вскрытие месторождения и подготовка к очистной выемке) и очистные (выемка угля) работы. Помимо этих работ при буровзрывной работе проходчики проводят бурение и за-

рядку шпуров взрывчатыми веществами.

В результате многолетних исследований, проведенных на угольных шахтах Карагандинской области сотрудниками Национального центра гигиены труда и профзаболеваний, Карагандинского государственного медицинского университета, Департамента Госсанэпиднадзора Карагандинской области, лаборатории Министерства труда и социальной защиты населения, выявлено, что гигиенические условия труда шахтеров подземных выработок остаются до настоящего времени наиболее неблагоприятными по пыли, шуму, общей и локальной вибрации, охлаждающему микроклимату и физической напряженности труда [6].

Анализ профессиональной заболеваемости рабочих шахт УД АО «АрселорМиттал Темиртау» за последние 3 г. остается на высоком уровне: 2005 г. – 28 случаев, 2006 г. – 73 случая, 2007 г. – 69 случаев, 2008 г. – 114 случаев.

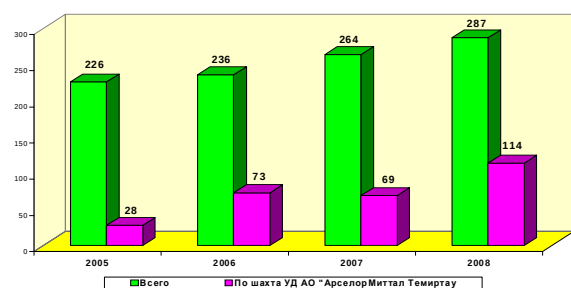


Рис. 1. Профессиональная заболеваемость по Карагандинской области за 2005 – 2008 гг.

Наибольший процент заболевших в возрасте 41-50 лет – 52,5%, в возрасте 51-60 лет – 36,5%, в возрасте 31-40 лет – 11%, в возрасте 61-70 лет – 1,4%.

Чаще всего профессиональные заболевания регистрируются у рабочих в возрасте 41 – 50

лет, т.к. в этом возрасте люди имеют достаточно большой стаж работы (20 и более лет), в том числе и во вредных условиях труда.

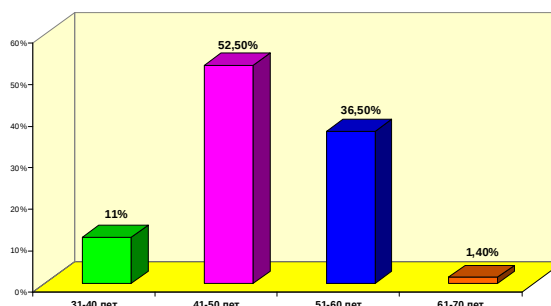


Рис. 2. Возрастная структура профессиональной заболеваемости шахтеров АО УД АО «АрселорМиттал Темиртау» по Карагандинской области за 2005 – 2008 гг.

Чаще всего профессиональное заболевание наблюдается у рабочих, проработавших во вредных условиях труда 21-30 лет – 59,6%, затем 10-20 лет – 24,5% (среди работающих). Рабочие со стажем работы во вредных условиях труда 31-40 лет – 14,9%, до 10 лет – 0,7% и 41-50 лет – 0,4% - это в основном люди, у которых профессиональное заболевание установлено в пенсионном возрасте.

Это связано с отсутствием ранней диагностики профессиональных заболеваний во время периодических медицинских осмотров, несвоевременного проведения реабилитационных мероприятий, предусматривающих полное выздоровление рабочих, а также с отказом самих больных от дальнейшего обследования из-за боязни потерять работу и заработную плату.

Следствием этого является высокая инвалидизация больных с установлением II или III группы инвалидности.

Таблица 1.
Возрастная структура случаев профзаболеваний по шахтам УД АО «АрселорМиттал Темиртау»

Годы	Всего	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет
2005	28	4	12	11	1
2006	71	10	42	19	-
2007	69	11	34	23	1
2008	114	6	57	49	2
Итого	282	31 (11%)	148 (52,5%)	103 (36,5%)	4 (1,4%)

Таблица 2.
Профессиональная заболеваемость по стажу работы во вредных условиях труда

Годы	Всего	До 10 лет	10-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет
2005	28	-	8	17	3	-
2006	71	-	18	47	6	-
2007	69	-	17	39	13	-
2008	114	2	26	65	20	1
Итого	282	2 (0,7%)	69 (24,5%)	168 (59,6%)	42 (14,9%)	1 (0,4%)

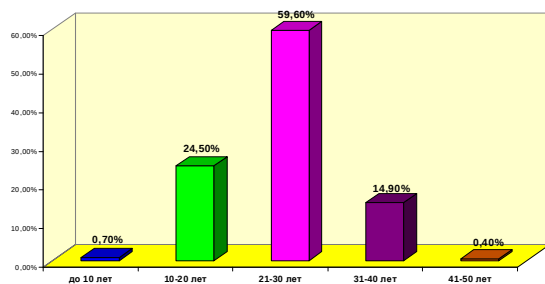


Рис. 3. Профессиональная заболеваемость шахтеров АО УД АО «АрселорМиттал Темиртау» по Карагандинской области за 2005 – 2008 гг. (по стажу работы во вредных условиях труда)

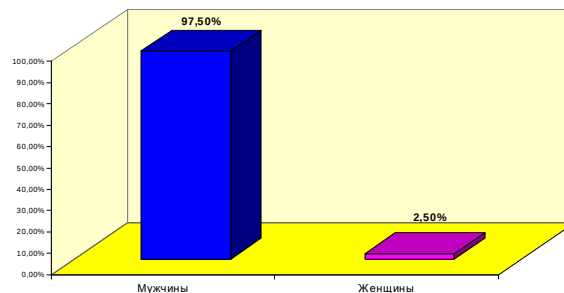


Рис. 3. Профессиональная заболеваемость шахтеров АО УД АО «АрселорМиттал Темиртау» по Карагандинской области за 2005 – 2008 гг. (мужчины, женщины)

Таблица 3.

Анализ профессиональной заболеваемости среди мужчин и женщин, работающих во вредных условиях труда

Годы	Всего	Мужчины	Женщины
2005	28	26	2
2006	71	69	2
2007	69	68	1
2008	114	112	2
Итого	282	275 (97,5%)	7 (2,5%)

В основном случаи профессиональной заболеваемости регистрируются у мужчин – 97,5%, заболеваемость среди женщин остается на низком уровне, стабильна и составляет – 2,5%.

Анализ профессиональной заболеваемости женщин, работающих во вредных условиях труда, показывает, что у них регистрируются радикулопатии – 57%, обструктивный бронхит –

14,3% и прочие заболевания (ринофарингит, бронхиальная астма) – 28,6%.

Профессиональная заболеваемость среди женщин, остается на стабильно низком уровне, т.к. в подземных выработках и на тяжелых работах труд женщин запрещен.

В структуре профессиональной заболеваемости наибольший удельный вес составляют заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата – радикулопатии, полиневропатии и артрозы – 64,5%, второе место занимают заболевания органов дыхания – антракосиликоз, пневмокониоз и хронический пылевой бронхит – 17,7%, третье – вибрационная болезнь – 11%, на четвертом месте – заболевания органов слуха – 5% и прочие – 1,8%.

Причиной заболеваемости опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы главным образом является тяжелый физический труд, в процессе которого шахтеры вынуждены поднимать и перемещать грузы (обо-

Таблица 4.

Анализ профессиональной заболеваемости женщин, работающих на шахтах УД АО «АрселорМиттал Темиртау», за 2005 – 2008 гг.

Профзаболевания	Всего	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Радикулопатии	4	-	1	1	2
Обструктивный бронхит	1	-	1	-	-
Прочие	2	2	-	-	-
Итого	7	2	2	1	2

Таблица 5.

Структура профессиональной заболеваемости за 2005 – 2008 гг. рабочих шахт УД АО «АрселорМиттал Темиртау»

Нозология	Всего	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Заболевания периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата (радикулопатии, артрозы, полиневропатия)	182 (64,5%)	15	46	45	76
Заболевания органов дыхания	50 (17,7%)	10	8	13	19
Вибрационная болезнь	31 (11%)	1	14	9	7
Заболевания органов слуха	14 (5%)	-	-	2	12
Прочие	5 (1,8%)	2	3	-	-
Итого	282	28	71	69	114

рудование, крепежный материал и т.д.) весом выше регламентированных норм.

Кроме того, на возникновение заболеваний этой группы оказывают влияние следующие вредные производственные факторы: вынужденная поза, сквозняки, высокая загазованность. Следует отметить, что при прохождении горнорабочих по выработкам, примыкающим к клетевому стволу, скорость движения воздуха достигает 5,6–8,5 м/сек.

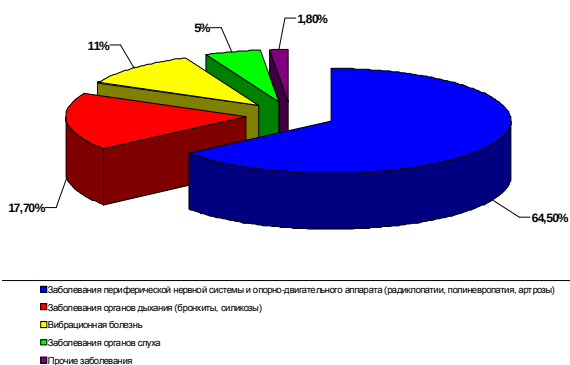


Рис. 6. Структура профессиональной заболеваемости шахтеров АО УД АО «АрселорМиттал Темиртау» по Карагандинской области за 2005 – 2008 гг.

Причиной заболеваемости органов дыхания является загрязнение воздуха угольной и породной пылью, различной по характеру и степени выраженности. Максимально-разовые концентрации пыли в воздухе при работе проходческих комбайнов превышают нормы в 45 – 132 раза, при работе выемочных (очистных) комбайнов в 23 – 27 раз, а при передвижке секций механизированной крепи в 70 – 163 раза выше санитарных норм.

Причиной вибрационной болезни является то, что уровни вибрации поступающего на шахты виброоборудования (отбойных молотков, электросверл и т.п.) превышают санитарные нормы, а регламентированный режим работы с виброинструментом на шахтах не разрабатывается.

Контакт с вибрацией имеет место при работе ручного оборудования. Время контакта горняков с вибрацией достигает 47-50% продолжительности смены, уровни виброскорости на низких и средних частотах значительно превышают ПДУ при работе отбойных молотков (на 24 и 16дБ), соответственно в октавной полосе 16-31 Гц, высокие уровни вибрации отмечались при работе горных сверл СЭР-19Д. Эквивалентные по энергии уровни и среднесменные дозы вибрации, получаемые горнорабочими при работе с ручными инструментами и оборудованием, превышали допустимые дозы в 10-15 раз.

При эксплуатации отбойных молотков, электросверл и буровой установки превышения уровня звука в среднем достигали 15-22 дБ, а уровни виброскорости в среднем на 5-10 дБ. Причиной нейросенсорной тугоухости является то, что работа горных машин и механизмов при вы-

емке и добыче угля сопровождается интенсивным шумом, источниками которых являются двигатели комбайнов, конвейеры, молотки, электро-сверла и работа вентиляторов проветривания и пылеулавливания.

Спектральный анализ шума при работе очистных и проходческих комбайнов показал, что наиболее высокие уровни звукового давления отмечаются на частоте 1000 Гц и более: при работе ПК ГПКС (выше ПДУ на 8 дБА), при работе породопогрузочной машины 2ПНБ-2Б (на 3-11 дБА), при работе буровой установки СБГД (на 10 дБА), при работе очистного комбайна 1 КЭШ (на 3-6дБА).

При использовании отбойных молотков и электросверл интенсивность шума составляла 84-89 дБА с максимум звуковой энергии в октавных полосах 63-500 Гц. Уровень шума при работе ручных инструментов колебался в пределах 88-94 дБА. Уровни эквивалентного шума за смену превышали допустимые в 40 раз.

Шумовая нагрузка при работе ручных инструментов колебалась в пределах от 86,5 до 101,8 дБ, а вибрационная нагрузка – от 89 до 124 дБ.

Условиями и обстоятельствами возникновения хронических профессиональных заболеваний на шахтах УД АО «АрселорМиттал Темиртау» за период 2005-2008 гг. послужили:

- несовершенство технологических процессов – 40,7%,
- конструктивные недостатки машин, механизмов, оборудования, приспособлений и инструментов – 25,3%,
- нарушение установленного режима труда и отдыха – 21,8%,
- неприменение средств индивидуальной защиты (СИЗ) – 14,5%.

Имеют место недостатки и в бытовом обслуживании рабочих: на всех шахтах в АБК отсутствуют ингалятории, химчистки и помещения для приема ручных теплых ванночек для рук, отсутствует контроль за посещением фотариев рабочих подземной группы.

Для улучшения условий труда и оздоровления шахтеров, а также с целью профилактики профессиональных заболеваний на шахтах УД АО «АрселорМиттал Темиртау» разрабатывается комплекс организационно-технических, санитарно-гигиенических и медико-профилактических мероприятий.

Организационно-технические мероприятия:

1. Применяемое горнотехнологическое оборудование должно отвечать гигиеническим требованиям, предъявляемым к горным машинам и механизмам для угольных шахт.

2. Для вновь создаваемой и модернизируемой горной техники необходима гигиеническая экспертиза, начиная с процесса разработки, проектирования и испытания специалистами НИИ гигиенического профиля и проектных организаций в соответствии с требованиями гигиениче-

ской экспертизы.

3. Для снижения запыленности воздуха необходимо проводить:

- регулярно и своевременно предварительное увлажнение угля и породы в массиве с применением специальных жидкостей, химических добавок и синтетических веществ (растворов хлористого натрия, хлористого кальция, растворов жидкого стекла и смачивателей и др.), которые должны отвечать действующим техническим условиям и руководствам по применению этих материалов и веществ;
- секционную систему орошения (удельный расход воды должен быть не менее 20-25 л/т, давление 4,0-4,5 МПа) с призабойных консолей перекрытий секций крепи;
- использование орошения в местах пересыпки угля и погрузочных пунктов должны быть заблокированы с работой конвейерных линий;

4. Для снижения уровней шума и вибрации следует:

- своевременно проводить техническое обслуживание машин и механизмов, планово-предупредительные ремонтные работы, организацию послеремонтного контроля;
- оборудовать забои средствами коллективной защиты по пути распространения шума: глушители шума, звукопоглощающие и звукоизолирующие элементы;
- обеспечить регулярное применение инструментов с меньшей виброактивностью, виброгасящих рукояток пневмоподдержки;

5. Для защиты от переохлаждения следует применять:

- утепленную спецодежду с шерстяным бельем, портянками и подкасками;
- обязательно применять накладки и наколенники из пористой резины (укладываемые в специальные карманы на брюках и в рукава куртки), резиновые сапоги и др.

6. Для снижения тяжести и напряженности труда необходимо:

- механизировать доставку материалов до забоя и по всей длине лавы, использовать средства малой механизации при ведении вспомогательных работ (временное крепление забоя и сопряжения, ремонт оборудования и др.).

Санитарно-гигиенические мероприятия:

1. Обеспечить регулярное применение средств индивидуальной защиты органов дыхания, слуха.

2. Обеспечивать горнорабочих средствами защиты от шума, вибрации.

3. Проводить постоянное измерение уровней вибрации виброинструментов при работе с ручными перфораторами и отбойными молотками, разработать строгое регламентирование режима труда.

4. Соблюдать требования, предъявляемые к комплексному обеспыливанию в подземных выработках.

5. Соблюдать регламентированные нормы

переноса тяжести металлических и деревянных креплений, деталей и оборудования.

Медико-профилактические мероприятия:

1. Осуществлять медико-профилактическое обслуживание горнорабочих в соответствии с действующими положениями МЗ РК.

2. Проводить обязательные профилактические медицинские осмотры (предварительные и текущие), согласно Приказу №243 МЗ РК от 12.03.04 г. в целях раннего выявления начальных признаков заболеваний.

3. Проводить ультрафиолетовое облучение в осенне-зимний период 2-3 курсами с перерывом 1-1,5 мес. по 15-18 сеансов или применять для аэроионизации воздуха лампы «Чижевского».

4. Проводить щелочно-масляные ингаляции по 12-14 процедур, с перерывом 1-2 месяца.

5. Оборудовать в АБК помещения для организации профилактических и лечебных ингаляций.

6. Организовать профилактические процедуры противовибрационного воздействия.

7. Организовать выдачу витаминов, обустроить помещения для приема ручных ванн АБК шахт (гидропроцедуры, массаж).

Существенную роль в снижении общей и профессиональной заболеваемости может оказать оздоровление переболевших лиц в санатории «Жартас».

Все работники шахты, подвергающиеся воздействию вредных производственных факторов, обеспечиваются СИЗ в соответствии с действующими отраслевыми нормами выдачи бесплатной спецодежды, обуви и других СИЗ (противо-пылевые респираторы, противовибрационные рукавицы, антифоны противораздражающие пояса). Все рабочие шахты должны быть обучены правилам использования СИЗ. Рабочих, контактирующих с раздражающими химическими веществами, обеспечивать защитными мазями и пастами. Всех работающих с подозрением на профессиональное заболевание переводить на работу, не связанную с вредными факторами.

ВЫВОДЫ

1. Работа шахтеров связана со значительными физическими нагрузками, по степени тяжести труда они соответствуют классу 3.3 и по напряженности – классу 3.2 в условиях высокой запыленности углеспородистой пылью, интенсивными уровнями шума, неблагоприятным микроклиматом.

2. Наибольший процент (61,6%) занимают заболевания, вызываемые функциональным перенапряжением и физической перегрузкой (радикулиты, артрозы), по 19,2% – заболевания, вызываемые воздействием пыли (бронхиты, антракосиликозы, пневмокониозы, бронхиальная астма) и заболевания, вызываемые воздействием физических факторов (вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость и полиневропатии).

3. Несовершенство технологических про-

цессов, конструктивные недостатки машин, механизмов, оборудования, приспособлений и инструментов, нарушение установленного режима труда и отдыха и неприменение средств индивидуальной защиты способствовали возникновению хронических профессиональных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдикулулы А. Гигиена труда на угольных разрезах. – Караганда, 2001. – С. 4 – 11.
2. Алтынбеков Б. Е. Борьба с угольной пылью и профилактика заболеваний пневмокониозом // Безопасность труда в промышленности. – 1987. – №1. – С. 43 – 44.
3. Измеров Н. Ф. Условия труда как фактор риска развития сердечно-сосудистой системы // Вестник РАМН. – 2003. – №4. – С. 38 – 41.
4. Исмаилова А. А. Санитарно-гигиеническая характеристика запыленности рабочих мест угольных шахт // Современные проблемы профзаболеваний бронхолегочной системы: мат. межд. науч. конф. – Караганда, 2001. – С. 59 – 64.
5. Кулкыбаев Г. А. Гигиеническая характеристика условий труда на угольных разрезах /Г. А. Кулкыбаев, А. Абдикулов. – Караганда, 1995. – С. 55.
6. Кулкыбаев Г. А. Распространенность пылевых заболеваний легких в Казахстане /Г. А. Кулкыбаев, С. К. Карабалин //Современные проблемы профзаболеваний бронхолегочной систе-

мы: мат. межд. науч. конф. –Караганда, 2001. – С. 86 – 91.

7. Мухаметжанова С. Е. Перспективы изучения центральных синдромов у больных с профессиональными заболеваниями легких пылевой этиологии /С. Е. Мухаметжанова, С. К. Карабалин // Нац. центр гиг. труда и профзаболеваний МЗ РК г. Караганда. – 2003. – С. 195 – 199.
8. Проблемы здоровья шахтеров Кузбасса /К. В. Щипачев, Г. К. Додонова, О. Л. Барбараш, Г. В. Кирилкина //Мед. труда и пром. экол. – 2002, №10. – С. 12 – 13.
9. Сраубаев. Е. Н. Оказание медицинской помощи при профпатологии, пути совершенствования /Е. Н. Сраубаев., С. Е. Мухаметжанова, Г. М. Джакупбекова //Гигиена труда и медицинская экология. – Караганда, 2007. – С. 64 – 75.
10. Тепловое истощение у шахтеров глубоких подземных рудников. – РЖМ. – 2001. – №5. – С. 2289.
11. Death and injury caused by land mines in Burma /H. J. P. Hougen, H. D. Petersen, J. Lykke, M. Mannstaedt //Sci. and Justice. – 2000. – №1. – С.21 – 25.Смерть и повреждение, вызываемые шахтами в Бирме. – РЖМ. – 2002. – №2. – С. 2663.
12. Donoghue A. Michael Heat exhaustion in a deep underground metalliferous mine /A. M. Donoghue, M. J. Sinclair, G. P. Bates //Occup. and Environ. Med. – 2000. – № 3. – С. 165 – 174.

E. N. Sraubaev, T. N. Hamitov, N. A. Kochegarov, A. V. Solod, S. R. Zhakenova PROFESSIONAL DISEASE OF MINERS OF COAL DEPARTMENT OF THE «AMT» FOR THE PERIOD 2005-2008 YY. AND METHODS OF ITS PROFILACTICS

Present article contains the analysis of the occupational morbidity of the «AMT» cooperative association s coal department s miners over 2005-2008. Miners working conditions and the impact of harmful industrial factors on occupational diseases arising are evaluated. A package of technical-organizational, sanitary and hygienic, medico-preventive measures is worked out. Author gives advises on miners work environment improvement and occupational diseases prevention.

Е. Н. Сраубаев, Т. Н. Хамитов, Н. А. Кочегаров, А. В. Солод, С. Р. Жакенова 2005-2008 Ж.Ж. КЕЗЕҢІНДЕГІ АҚ «АРСЕЛОР МИТТАЛ ТЕМІРТАУ» КӨМІР ДЕПАРТАМЕНТІНІҢ ШАХТЕРЛЕРІНІҢ КӘСІПТІК АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Берілген мақалада 2005-2008 ж.ж. кезеңіндегі АҚ «Арселор Миттал Теміртау»көмір департаментінің шахталары бойынша кәсіптік аурушаңдығының анализі жүргізілген. Кәсіптік аурулардың пайда болуына зиянды өндірістік факторларының әсері және шахтерлердің еңбек жағдайына баға берілген. Ұйымдастыру-техникалық, санитарлы-гигиеналық және медико-профилактикалық шаралар жиынтығы өңделген. Шахтерлердің еңбек жағдайын жақсарту бойынша және кәсіптік ауруларды алдын алу бойынша ұсыныстар берілген.

А. М. Мусин

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического факультетов медико-профилактического дела и интернатуры Государственного медицинского университета (Семей)

Тиреоидной патологии в современных условиях придается все большее значение в клинике внутренних болезней. Это связано с ее распространенностью и той уникальной ролью, которую щитовидная железа играет в организме человека. Как гипер-, так и гипофункция ее приводят к развитию целого комплекса патологических изменений, проявляющихся в отношении всех органов и систем. В частности, очень значительные изменения при нарушениях тиреоидного статуса формируются со стороны сердечно-сосудистой системы [3]. У больных гипотиреозом определяется повышенный тонус центральных артерий и более высокий уровень центрального АД. Указанные отклонения приводят к увеличению постнагрузки и дисфункции миокарда. Вопреки традиционным представлениям о том, что гипотиреоз сопровождается артериальной гипотензией, развитие диастолической артериальной гипертензии (АГ) наблюдается у 15 – 28% больных [1, 3, 4]. Оно связано с повышенным общим периферическим сосудистым сопротивлением.

Очевидна необходимость поиска препаратов, которые будут способствовать снижению артериального давления (АД). В современных условиях при гипотиреозе чаще всего рекомендуется применение антигипертензивных препаратов из группы антагонистов ионов кальция, в частности, амлодипина [2].

Однако амлодипин не обеспечивает достижения целевого уровня АД и имеет ряд побочных эффектов (периферические отеки), которые могут усугублять изменения, имеющиеся при гипотиреозе [5]. В результате основной рекомендацией для применения амлодипина является коррекция артериальной гипертензии у больных гипотиреозом в фазе эутиреоза при сохраняющейся потребности в антигипертензивных средствах вследствие нестабильности уровня АД. При клинически значимом снижении содержания тиреоидных гормонов в крови данный способ лечения малоэффективен.

Цель исследования – оценить влияние 12-недельной комбинированной медикаментозной терапии с применением пролонгированного антагониста кальция дигидропиридинового ряда – леркамен с проведением гормонзаместительной терапии гипотиреоза эутироксом на состояние уровня АД у больных АГ II степени на фоне гипотиреоза средней степени тяжести.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 43 больных с гипотиреозом и АГ II ст., из них 39 (90%) женщин и 4 (10%) мужчины, средний возраст которых составил $52,0 \pm 3,2$ г.

В ходе исследования больные были разделены на две группы: I группа – 31 больной с гипотиреозом и АГ, получавшие антигипертензивное средство леркамен – пролонгированный антагонист кальция дигидропиридинового ряда (Берлин-Хеми, таблетки 10 мг) в суточной дозе 5 мг 1 раз в сут, на фоне гормонзаместительной терапии. В качестве гормонзаместительной терапии у больных первичным гипотиреозом назначали эутирокс (NYCOMED, таблетки 100 мкг, №100). Суточную дозу устанавливали индивидуально в зависимости от лабораторных данных, начиная с 25-50 мкг с последующей коррекцией в среднем через 4-6 нед. под контролем содержания ТТГ и Т4 св. в крови до достижения эутиреоза. Средняя поддерживающая доза при достижении эутиреоза составляла 50-125 мкг/сут.

II группа – 12 больных с эссенциальной АГ, получавшие амлодипин.

Комплексное клинико-инструментальное обследование включало: клиническое обследование, регистрацию ЭКГ, эхокардиографическое исследование в покое, лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи (в динамике), биохимический анализ крови с определением общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛВП и ЛНП), мочевой кислоты, мочевины, креатинина, исследование уровня тиреоидных гормонов крови, УЗИ щитовидной железы.

Всем больным проводился контроль уровня АД методом Короткова и суточное мониторирование АД (СМАД) с анализом средних значений систолического и диастолического АД (САД, ДАД) за сут, день и ночь; вариабельность САД и ДАД в разные периоды сут; индексы времени гипертензии (ИВ) САД и ДАД днем и ночью.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные, характеризующие показатели АД в результате лечения леркаменом с проведением гормонзаместительной терапии гипотиреоза эутироксом в динамике лечения обследованных больных, представлены в табл. 1 (средняя продолжительность лечения составила 16 нед).

Как видно из табл. 1, в результатах исследования по данным СМАД в обеих группах отмечалось снижение средних значений систолического артериального давления: в контрольной группе с $163,03 \pm 3,99$ до $155,46 \pm 3,82$ ($p < 0,05$) и в основной группе с $175,02 \pm 5,24$ до $152,31 \pm 7,87$ ($p < 0,05$). Также отмечалось снижение средних значений диастолического артериального давления в контрольной с $101,06 \pm 2,05$ до $94,31 \pm 3,18$ ($p < 0,05$), в основной группе с $108,89 \pm 4,78$ до $92,14 \pm 6,63$ ($p < 0,05$) соответственно. Снижение индекса времени гипертензии систолического

Таблица 1.

Показатели СМАД у обследованных больных АГ

Показатель СМАД	АГ		Гипотиреоз+АГ	
	До лечения	На фоне лечения	До лечения	На фоне лечения
Ср. САД сут. (мм. рт. ст.)	163,03±3,99	155,46±3,82*	175,02±5,24	152,31±7,87*
Ср. ДАД сут. (мм. рт. ст.)	101,06±2,05	94,31±3,18*	108,89±4,78	92,14±6,63*
ЧСС, уд/мин сут	80,85±2,21	78,24±4,43	64,94±1,99	61,72±3,28
ИБ САД день	71,91±4,67	63,38±4,02*	78,15±6,0	62,18±3,46*
ночь	94,08±6,16	82,42±4,56*	94,29±4,78	78,29±5,89*
ИБ ДАД день	81,45±4,99	73,26±3,16*	98,74±4,99	62,38±6,12*
ночь	88,08±6,55	79,32±3,86*	95,54±3,99	73,34±5,78*

артериального давления до 62,18±3,46 ($p<0,05$) днем, при исходном значении 78,15±6,0 и 78,29±5,89 ($p<0,05$) при исходном значении 94,29±4,78 ночью. При исследовании индекса времени гипертензии диастолического артериального давления отмечалось достоверное снижение днем до 62,38±6,12, при исходном значении 98,74±4,99 и 73,34±5,78 ($p<0,05$), при исходном значении 95,54±3,99 ночью.

По данным нашего исследования, терапия леркаменом оказывает многоплановое корректирующее влияние на параметры суточного профиля АД в течение сут: стойкое снижение АД, отсутствие подъемов АД в утренние часы, достоверное снижение "нагрузки давлением" в течение сут.

Достоверно выраженный гипотензивный эффект в группе больных АГ на фоне гипотиреоза свидетельствует о влиянии препарата на патогенетические звенья гипотиреоза.

Кроме того, в результате долгосрочной терапии леркаменом не было зарегистрировано неблагоприятного влияния препарата на показатели липидного спектра, содержание мочевой кислоты, мочевины, креатинина, что отражено в табл. 2.

Как видно из представленных данных, в исходе исследования у больных с АГ на фоне гипотиреоза наблюдалась умеренная гиперхолестеринемия со снижением липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). В результате лечения уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) имел тенденцию к снижению, содержание ЛПВП имело тенденцию

к повышению.

Ни в одном случае не было выявлено побочных эффектов применяемой антигипертензивной и заместительной терапии.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате долгосрочной терапии многоплановый суточный контроль, а также метаболическая нейтральность свидетельствуют об эффективности и безопасности сочетания антигипертензивного препарата леркамен с коррекцией тиреоидного статуса эутироксом при терапии АГ на фоне гипотиреоза средней степени тяжести.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селиванова Г. Б. Новые перспективы клинического применения антагонистов кальция: артериальная гипертензия у больных гипотиреозом // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 8, №11. – С. 109 – 113).
2. Ben-Noun L. Drug-induced disorders: incidence, prevention and management // Drug Saf. – 2000. – V. 23 (2). – P. 143 – 164.
3. Mariotti S. Cardiovascular risk in elderly hypothyroid patients /S. Mariotti, V. M. Cambuli // Thyroid. – 2007. – V. 17 (11). – P. 1067 – 1073.
4. Gasiorowski W. Arterial hypertension associated with hyper and hypothyroidism /W. Gasiorowski, M. T. Płazińska // Pol. Tyg. Lek. – 1992. – V. 47 (44-45). – P. 1009 – 1010.
5. Heart and thyroid /M. Klein, V. Pascal, V. Aubert et al. // Ann. Endocrinol. (Paris). – 1995. – V. 56 (5). – P. 473 – 486.

Поступила 25.05.09

Таблица 2.

Динамика липидного спектра и метаболических показателей у обследованных больных при комбинированной терапии

Показатель	АГ		Гипотиреоз+АГ	
	До лечения	На фоне лечения	До лечения	На фоне лечения
Общий холестерин, мм/л	3,97±0,26	3,86±0,30	4,55±0,35	4,42±0,29
Холестерин ЛПНП, мм/л	1,25±0,09	1,17±0,08	1,40±0,12	1,35±0,09
Холестерин ЛПВП, мм/л	0,93±0,06	0,92±0,07	0,84±0,05	0,89±0,06
Мочевина, мм/л	6,6±0,3	6,4±0,5	7,1±0,5	6,9±0,4
Креатинин, мкм/л	91,5±4,2	92,3±5,0	87,6±3,8	85,8±3,5

A. M. Musin

SOME PECULIARITIES OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY ON THE BACKGROUND OF MEDIUM DEGREE GRAVITY HYPOTHERIOSIS

At arterial hypertony on the background of medium degree hepotheriosis application of Calcium Lercamen Antagonist on the background of hormonesubstitution therapy with euthyrox according to the 24 hour monitoring of the arterial pressure the following was observed: true constant decrease of pressure during 24hours; absence of its increase at morning hours and normal variability within 24 hours. In neither cases the concomitant effects of applied substitutive antihypertensive therapy have not been detected.

Thus, at arterial hypertension on the background of medium degree hypotheriosis it is effective and reliable to prescribe a combination of antihypertensive drug Lercamen with correction of thyroid status by euthyrox.

А. М. Мусин

ОРТА АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕЛІ ГИПОТЕРЕОЗ ФОНЫНДАҒЫ АРТЕРИАЛЬДІ ГИПЕРТОНИЯ КЕЗІНДЕГІ АНТИГИПЕРТЕНЗИВТІ ТЕРАПИЯНЫҢ КЕЙБІР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Орта ауырлық дәрежелі гипотиреоз фонындағы артериальді гипертензия кезінде эутирокспен гормонорынбасушы терапия фонында кальций антагонисін - леркаменді қолдануда артериальді қысымды тәуліктік мониторлауда тәулік бойы артериальді қысымның тұрақты дәлелденген төмендеуі, таңертеңгі уақытта жоғарлауының болмауы және тәулік бойы қалыпты вариабельдігі байқалған. Антигипертензивті терапия және орынбасушы терапияның ешбіреуінде де жанама әсерлері байқалған жоқ.

Сол себепті орта ауырлық дәрежедегі гипотиреоз фонындағы артериальді гипертензия кезінде антигипертензивті препарат леркаменді тиреоидті статусты коррекциялайтын эутирокспен бірге қолдану әсерлі және қауіпсіз әдістің бірі болып табылады.

**Б. Н. Кошеров, Р. С. Досмагамбетова,
Е. Л. Колмогорова, А. А. Ким, Е. С. Жунусов**

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ЖИТЕЛЕЙ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета

В последние годы отмечена тенденция к росту хронических гепатитов, среди них ведущее место занимают гепатиты вирусной этиологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, наибольшая заболеваемость приходится на вирусный гепатит С: в мире инфицировано вирусом гепатита С около 200 млн. человек (или 3% населения).

Сравнительно недавнее открытие вируса, недостаточные знания о его тонкой биологии, а также широчайшее распространение во всем мире определяют пристальный интерес специалистов различных областей медицины к этой проблеме. Причина одна – огромная социальная значимость этого вида хронического гепатита, так как последствиями его могут быть цирроз, первичный рак печени и гепатоцеллюлярная карцинома. Все это требует углубленного изучения данной проблемы [1, 2, 3, 4].

Цель исследования – изучение клинико-биохимических проявлений хронического вирусного гепатита С в зависимости от генотипа вируса у больных, проживающих в Карагандинской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 73 больных, которые проходили стационарное лечение в Об-

ластной инфекционной больнице (ОИБ) г. Караганды с диагнозом «Хронический вирусный гепатит С» (ХВГС). Клинический диагноз был выставлен на основании комплекса клинико-эпидемиологических, биохимических, серологических и инструментальных методов исследования. Маркеры вирусного гепатита были обнаружены с помощью иммуноферментного анализа. РНК вируса и его генотип был выявлен методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При обследовании больных ХВГС методом ПЦР было диагностировано 3 генотипа вируса. У 22 (30,1%) больных установлен 1в генотип, у такого же количества – за генотип, 2а – у 10 (13,7%), у 4 больных было обнаружено несколько генотипов вируса – 1в+3а (1,4%), 1в+2а (2,8%), 1а+2а+3а (1,4%). У 15 (20,5%) пациентов генотип вируса не дифференцирован (рис. 1). Таким образом, на территории Карагандинской области преобладают генотипы 1в и 3а ХВГС.

Количественный анализ ПЦР ХВГС показал, что при 1в генотипе высокий уровень вирусемии был у 54,6% больных, низкий – у 45,4%, при 2а генотипе – 40% и 60% соответственно, при 3а генотипе ХВГС – 45,5% и 54,6%.

В зависимости от возраста больные были распределены по группам (табл. 1). Основную часть составили больные молодого возраста – 26 – 35 лет (33,9%), наименьший процент – 36 – 45 лет (16,4%). Нами было установлено, что с 1в генотипом преобладали лица в возрасте от 46 до 55 лет (36,3%), а с 2а и 3а – 26 – 35 лет (соответственно 50% и 40,9%).

Анализ длительности заболевания ХВГС показал, что минимальные и максимальные сроки заболевания составили от 6 мес до 20 лет, в

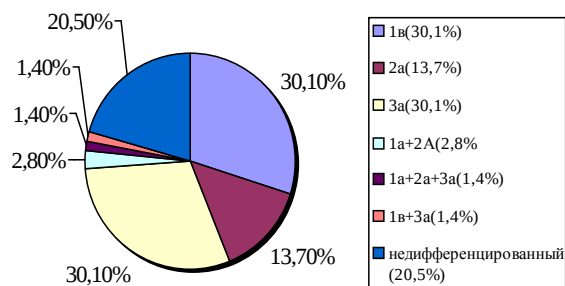


Рис. 1. Варианты генотипов вируса гепатита С среди больных Карагандинской области

среднем 4,1 – 5,3 лет. Среди больных хроническим вирусным гепатитом С преобладали лица мужского пола – 44 (60,3%). Однако при 1в и 2а генотипах было равное количество как мужчин, так и женщин (11:11 (50%) и 5:5 (50%) соответственно), при генотипе 3а – больше было мужчин (16 (73%)), хотя по литературным данным при 1в генотипе болеют чаще мужчины [5, 6].

При сборе эпидемиологического анамнеза выявлены следующие данные (табл. 2), при всех генотипах заражение происходило преимущественно после посещения стоматологического кабинета, связанного с оперативным лечением или экстракцией зуба (43,8% больных), инфицирование при гемотрансфузии – 26,0%, операции – 19,2%, использование чужих бритвенных принадлежностей – 2,7%. К категории риска относятся: доноры – 4,1%, наркоманы – 2,7%, медицинские работники (хирурги, акушеры) – 4,1%. Нами было установлено, что заражение больных с 1в генотипом в основном происходило посредством гемотрансфузии (36,4%) и посещения стоматоло-

гического кабинета (36,4%), а при 2а, 3а и у больных с недифференцированным генотипом в большей степени после стоматологических манипуляций (50,0% и 45,4%, 40% соответственно).

Изучение клинических проявлений показало, что при 1в генотипе ХГС протекал латентно, а при 2а и 3а генотипах наблюдался вялотекущий вариант течения заболевания. Из рис. 2 видно, что при всех генотипах болезнь преимущественно протекала с умеренной степенью активности (63%).

Основными симптомами при всех генотипах ХВГС были слабость (79,5%), снижение аппетита (53,4%), боли в правом подреберье (82,2%). Наиболее длительно сохранялись слабость, быстрая утомляемость и боли в правом подреберье. Почти у всех больных наблюдалась гепатомегалия, размеры печени были увеличены на 1-2 см. Весь период наблюдения лабораторные показатели оставались в норме при латентном течении заболевания. При вялотекущем варианте течения были характерны частые обострения. Повышение уровня трансаминаз, а именно АЛТ сохранялось длительное время на одинаковых цифрах и было выявлено у больных с 1в генотипом в 50% случаев, при 2а генотипе – 40%, 3а – 36% больных, недифференцированный генотип – 73%. Количественные изменения в протеинограмме характеризовались повышением уровня γ -глобулинов при 1в – у 36%, 2а – у 50%, 3а – у 36%, при недифференцированном генотипе – у 53,3% больных. Диспротеинемия сопровождалась изменением осадочных проб, в частности, увеличением тимоловой пробы, максимальные показатели достигли 17-18 ед. Данные изменения (увеличение тимоло-

Распределение больных по возрастным группам

Генотип \ Возраст	1в	2а	3а	1в+2а	1в+3а	1в+2а+3а	Генотип не определен
15 – 25 лет	4	5	5	1	–	–	4
26 – 35 лет	5	5	9	–	2	1	5
36 – 45 лет	5	–	3	–	–	–	4
46 – 55 лет	8	–	5	–	–	–	2

Таблица 2.

Факторы заражения ХВГС у больных Карагандинской области

Эпидемиология \ Генотип	1в	2а	3а	1в+2а	1в+3а	1в+2а+3а	Не определен
Гемотрансфузии	8	3	2	–	–	1	4
Стоматологические вмешательства	8	5	10	2	1	–	6
Операции	4	–	5	–	–	–	4
Наркоманы	1	–	–	–	–	–	1
Доноры	–	–	3	–	–	–	–
Бритвенные принадлежности	–	2	–	–	–	–	–
Профессиональный фактор	1	–	2	–	–	–	–

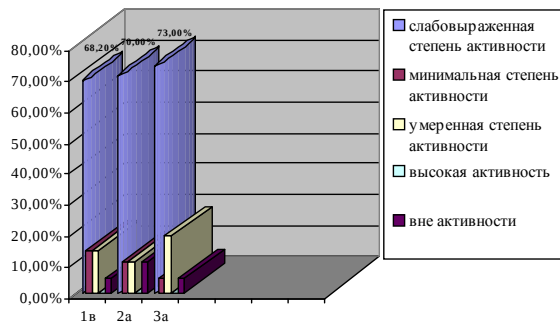


Рис. 2. Степени активности в зависимости от генотипа
вой пробы, повышение γ -глобулинов) свидетельствовали о стойком и прогрессирующем фиброзе паренхимы печени, несмотря на отсутствие яркой клинической картины. Для пациентов с различными вариантами течения гепатита не были характерны глубокие изменения билирубинового обмена. Так, у больных с 1b генотипом повышение билирубина отмечалось в 23,0%, 2a – 0%, 3a – 24,5%, при недифференцированном генотипе – в 33,3% случаях. При ультразвуковом обследовании печени в 98% случаев отмечаются диффузные изменения паренхимы печени.

Таким образом, отличительной особенностью хронического вирусного гепатита С является вялотекущее, скрытое или малосимптомное течение. В течение длительного времени заболевание часто остается нераспознанным. Вирус гепатита С является основной причиной развития хронического диффузного заболевания печени. Проведенные исследования показали, что при генотипе 1b наблюдается наиболее высокий уровень вирусемии, латентное течение заболевания, что согласуется с литературными данными. Так как хроническим вирусным гепатитом С чаще болеют лица молодого возраста с неотягощенным преморбидным фоном, это является абсолютным показанием для проведения противовирусной терапии с целью ранней профилактики развития цирроза печени, первичного рака печени и гепатоцеллюлярной карциномы [6, 7, 8, 9].

ВЫВОДЫ

1. На территории Карагандинской области преобладают 1b и 3a генотипы ХВГС.
2. Среди больных с генотипом 1b преобладают люди в возрасте от 46-55 лет, одинаково болеют как мужчины, так и женщины: заражение происходит в равной степени, как при гемотрансфузии, так и при стоматологических вмешательствах.
3. Генотип 2a, 3a чаще встречаются у больных в возрасте от 26-35 лет, заражение происходит в основном во время стоматологиче-

ских операций.

4. В группе больных с недифференцированным генотипом инфицирование чаще происходит во время стоматологических манипуляций, течение заболевания более тяжелое.

5. Превалирование лиц молодого возраста с ХВГС с неотягощенным преморбидным фоном требует раннего проведения противовирусной терапии с целью профилактики развития цирроза печени, первичного рака печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блюм Х. Е. Гепатит С: современное состояние проблемы //Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колонопроктологии. – 2002. – Т. XII. – №2. – С. 20 – 30.
2. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика и лечение /Ю. В. Лобзин, К. В. Жданов, В. М. Воложанин, Д. А. Гусев. – СПб.: Фолиант. – 2003.
3. Горбаков В. В. Современные подходы к диагностике и лечению хронического гепатита С //Рос. жур. гастроэнтерологии, гепатологии. – 1998. – Т. 8, №5.
4. Лакина Е. И., А. А. Куц РНК вируса гепатита С в организме больных хроническим гепатитом С /Е. И. Лакина, А. А. Куц. – Вопросы вирусологии. – 2002, №2. – С. 4 – 11.
5. Никитин И. Г. Хронический гепатит С: актуальные вопросы диагностики и лечения. Российский государственный медицинский университет //Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии /И. Г. Никитин, Г. И. Сторожаков. – 2001. – №3. – С. 7 – 11.
6. Соринсон С. Н. Особенности патогенеза и течения гепатита С. Оптимальные сроки лечения интерфероном //Вирусные гепатиты. Достижения и перспективы. – 1998. – Т. 1, №3. – С. 3 – 8.
7. Сторожаков Г. И. Хронические вирусные заболевания печени – системные инфекции? /Г. И. Сторожаков, И. Г. Никитин //Тер. арх. – 1998. – №2. – С. 80 – 82.
8. Сарыбаева М. А. Варианты течения хронической HCV-инфекции //Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – 2006. – №6. – С. 60 – 62.
9. Хронический вирусный гепатит – одна из наиболее важных проблем медицины /В. В. Серов, З. Г. Апросина, П. Е. Крель и др. //Журн. арх. патологии. – 2004. – №6. – С. 6 – 11.
10. Хронические вирусный гепатит у лиц, употребляющих и не употребляющих наркотики /С. Т. Доскожаева, С. С. Садыкова, М. А. Сарыбаева и др. – Терапевт. вестн., 2006, №2 (10). – С. 15 – 16.

Поступила 24.07.09

B. N. Kosherova, R. S. Dosmagambetova, Y. L. Kolmogorova, A. A. Kim, Y. S. Zhunusov CLINIC-BIOCHEMICAL DISPLAY OF CHRONIC VIRUS HEPATITIS ON THE TERRITORY OF KARAGANDA REGION

There are results of examining patients living in Karaganda region with chronic virus hepatitis C in this work. Determined that there are predominate 1b and 3a genotypes of chronic virus hepatitis C on the territory of Karaganda region.

Among patients with 1b genotype predominate persons at the age from 46 to 55 years, men and women are ill equally, and infection is going on different degrees as while visiting dentist cabinet. There are frequently patients with 2a, 3a genotypes at the age from 26 to 35 years and infection is going during stomatological operations. Infection is often going during stomatological manipulation in the group of patients with non differential genotypes, tendency of disease was more difficult.

Б. Н. Кошеров, Р. С. Досмағамбетова, Е. Л. Колмогорова, А. А. Ким, Е. С. Жүнісов СОЗЫЛМАЛЫ ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТИҢ ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ ТЕРРИТОРИЯСЫНДАҒЫ КЛИНИКО-БИОХИМИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Бұл жұмыста Қарағанды облысында тұратын СВГС-пен науқастардың тексеру қорытындысы берілген. Қарағанды территориясында СВГС 1b және 3a генотиптері кездескен.

46-55 жастар арасында 1b генотиптері жиі кездеседі, еркек және әйел адамдар біркелкі ауырады, жұқтыру гемотрансфузия және стоматолог кабинетінде бірдей жүреді. Генотип 2a, 3a 26-35 жас арасында жүреді, негізінен стоматологиялық операция кезінде жұқтырылады. Генотиптері ажырылмаған науқастарында жұғу жолы негізінен стоматологиялық манипуляциялар кезінде жүрді, ауру ағымы ауыр түрде өтті.

**Т. К. Рахыпбеков, Т. А. Адылханов,
А. С. Масадыков**

СТРАТЕГИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ КРИТЕРИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Государственный медицинский университет
(Семей)

Большая часть заболеваний щитовидной железы носит четко определенный возрастной характер, т.е. они возникают в процессе жизни, претерпевают закономерную динамику развития и достигают пика частоты клинических проявлений в определенном возрасте.

Особенно четко это проявляется в регионах, эндемичных по наличию тиреоидной патологии [2, 6]. Закономерности патогенеза эндемического зоба при отсутствии профилактики и лечения приводят к развитию его наиболее существенных клинических проявлений через 15-20 лет от начала формирования заболевания – обычно у лиц в возрасте старше 40 лет [4]. Имеющаяся тенденция к старению населения, наличие ухудшения качества жизни при клинически манифестированных формах патологий щитовидной железы, высокая стоимость методов диагностики и лечения превращают проблему своевременного выявления и выбора рациональной терапии узловой патологии щитовидной железы (УПЩЖ) в социально значимый фактор. При этом вопросы сохранения и повышения качества жизни больных в этой проблеме занимают особое место и тесно связаны с экономическими аспектами.

Функции управления здравоохранением за

последнее время претерпели существенное изменение, используются научно обоснованные рекомендации, методики, учитывается баланс между экономической целесообразностью, гуманистическими подходами и интересами государства [3].

Цель исследования: оценка диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы с учетом критерия качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные протоколов диагностики и лечения (утв. приказом МЗ РК №764 от 28.12.2007 г.), а также истории болезни (759) и амбулаторные карты (617) больных с различными узловыми заболеваниями щитовидной железы (узловой эутиреоидный и гипотиреоидный зоб – 860, аденома – 124 и дифференцированные формы рака щитовидной железы – 392), результаты анализа качества жизни с использованием методики SF36 (в 655 случаях) [1, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ имеющихся научных работ и клинических рекомендаций, посвященных диагностике и лечению основных форм узловой патологии щитовидной железы, позволил определить круг проблем, непосредственно связанных и существенно влияющих на качество этих процессов. К основным из них относятся:

1. Отсутствие системного подхода и четкой стратегии, направленной на своевременное выявление узловой патологии щитовидной железы.

2. Не определены показатели и не установлены критерии оценки качества диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы.

3. Отсутствие стройной системы управления качеством, интегрированной в общую систему управления ЛПУ и адаптированной к процессу диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы.

Как следствие – невозможность целенаправленного совершенствования самого процесса диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы.

4. Отсутствие четкой системы параметров, характеризующих вспомогательные процессы, обеспечивающие функционирование основного процесса – процесса диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы. К вспомогательным процессам в данном случае относятся процессы, связанные с формированием людских, материально-технических, и в первую очередь, финансовых ресурсов, необходимых для функционирования основного процесса.

5. Отсутствие использования критерия качества жизни больных в числе ведущих клинических параметров и его ассоциации с экономической эффективностью проводимой терапии.

Выявление заболеваний узловой патологии щитовидной железы может происходить в результате скрининга населения и при самостоятельном обращении к эндокринологу или врачу других специальностей.

Основываясь на таком подходе, можно предположить, что качество диагностики и организации лечебного процесса при узловой патологии щитовидной железы – многофакторная проблема, включающая в себя:

- компетентность специалистов;
- качество медицинских услуг и качество их организации;
- качество аппаратуры, инструментария, лекарственных препаратов, информационного обеспечения.

При этом обеспечение необходимого качества возможно только при комплексном системном подходе, когда методология обеспечения качества реализована во всех сферах деятельности, имеющих отношение к проблеме диагностики и организации лечебного процесса при узловой патологии щитовидной железы.

Для каждой из стадий заболевания проводится ранжирование наиболее эффективных методов лечения по клинико-экономическим критериям. Предлагается использование также критериев качества жизни и анализа их связи с экономической эффективностью лечения [5]. Если наиболее предпочтительные методы лечения для нескольких стадий или форм заболевания совпадают, то эти стадии объединяются в одну группу. Отнесение больного к одной из этих групп и будет являться целью диагностики, поскольку более точное стадирование внутри группы (учитывая однородность методов лечения) является нецелесообразным.

При оказании медицинской помощи необходимо учитывать важнейший фактор – последствия лечения. Главная задача: обеспечение по возможности наилучшего результата с точки зрения качества жизни конкретного пациента, корректное прогнозирование этого результата и информирование пациента (или его родственни-

ков) о последствиях.

Клинические критерии эффективности в случаях отсутствия прямой угрозы жизни пациента имеют наибольшее значение при анализе причин неудовлетворенности пациента результатами лечения.

Следует выделить следующие причины неудовлетворенности и снижения качества жизни:

1. Несвоевременная диагностика.
2. Неадекватный выбор метода лечения для данной стадии или формы заболевания.
3. Несоблюдение методики в проведении диагностики или лечения.
4. Неспособность самого метода привести к улучшению качества жизни больного.

На основе анализа этих причин появляется возможность четко обосновывать необходимость внесения изменений в практику применения диагностических и лечебных методик.

Нами проведена оценка влияния особенностей медицинской помощи больным с послеоперационным гипотиреозом на качество жизни.

При этом у пациентов обследованной группы была проведена коррекция заместительной терапии на основании определения показателей содержания ТТГ в динамике. Полученные данные представлены в табл. 1 и 2.

Из представленных в табл. 1 данных видно, что проведение и оптимизация заместительной терапии у больных с субклиническим гипотиреозом, хотя и не привели к полной коррекции показателей качества жизни, но в значительной и достоверной степени способствовали их улучшению.

Практически все исследованные показатели были повышены. В частности, среднее значение по шкале ФА увеличилось через 6 мес. после первичного обследования на 13,0% ($p < 0,05$), РФ – на 42,5% ($p < 0,01$), ТБ – на 26,3% ($p < 0,05$), ОЗ – на 20,1% ($p < 0,05$), ЖС – на 35,3% ($p < 0,05$), ПЗ – на 48,0% ($p < 0,01$), СС – на 20,6% ($p < 0,05$). В наибольшей степени в результате повышения эффективности коррекции гипотиреоза увеличилось среднее значение показателя РЭ (на 58,2% относительно исходного, $p < 0,01$) и в наименьшей – СА (недостоверно).

В то же время, достоверные различия с контрольной группой практически здоровых лиц отсутствовали через 6 месяцев лечения именно по шкале СА, а также ПЗ и СС. Показатель по шкале СС превысил уровень контрольной группы.

Степень коррекции показателей качества жизни у больных с исходно клинически выраженным гипотиреозом были менее значительными, чем при субклиническом. Это, на наш взгляд, связано с рядом особенностей пациентов данной группы, состояние здоровья которых препятствовало нормализации качества жизни, независимо от тиреоидного статуса, в частности: предшествующим проведением оперативных вмешательств у больных со злокачественными новообразованиями щитовидной железы (в 22% случа-

Таблица 1.
Динамика показателей качества жизни у больных, перенесших операции на щитовидной железе, с исходным субклиническим гипотиреозом

Показатели шкал	Контроль – здоровые лица	Больные, перенесшие операции на ЩЖ, с исходным субклиническим гипотиреозом, n=392		P1	P2	P3
		до коррекции заместительной терапии	через 6 мес. после коррекции заместительной терапии			
ФА	85,5±3,0	65,4±2,1	73,9±2,6	<0,01	<0,05	<0,05
РФ	77,1±3,2	39,5±1,5	56,3±2,3	<0,01	<0,01	<0,01
ТБ	78,3±2,7	47,7±1,5	60,2±2,1	<0,01	<0,01	<0,05
ОЗ	83,5±3,4	45,8±1,7	55,0±2,2	<0,01	<0,01	<0,05
же	74,9±3,2	46,7±1,9	63,2±2,7	<0,01	<0,05	<0,05
СА	80,7±3,1	71,1±2,6	76,5±2,9	<0,05	>0,05	>0,05
РЭ	67,8±2,8	31,0±1,2	49,1±2,0	<0,01	<0,01	<0,01
ПЗ	78,2±3,2	51,2±2,0	75,8±3,1	<0,01	>0,05	<0,01
СС	64,0±2,6	57,0±2,2	68,7±2,8	<0,05	>0,05	<0,05

ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, ТБ – телесная боль, ОЗ – общее восприятие здоровья, ЖС – жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье, СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом
P1 – степень достоверности различия между контролем и больными до коррекции заместительной терапии, P2 – степень достоверности различия между контролем и больными через 6 мес. после коррекции заместительной терапии, P3 – степень достоверности различия между больными до и после коррекции заместительной терапии

Таблица 2.
Динамика показателей качества жизни у больных, перенесших операции на щитовидной железе, исходно с клинически манифестированным гипотиреозом

Показатели шкал	Контроль – здоровые лица	Больные, перенесшие операции на ЩЖ с исходным клинически манифестированным гипотиреозом		P1	P2	P3
		до коррекции заместительной терапии	через 6 мес. после коррекции заместительной терапии			
ФА	85,5±3,0	53,2±1,8	64,9±2,2	<0,01	<0,01	<0,05
РФ	77,1±3,2	40,5±1,7	51,7±2,0	<0,01	<0,01	<0,05
ТБ	78,3±2,7	44,9±1,5	56,4±1,8	<0,01	<0,01	<0,05
ОЗ	83,5±3,4	41,0±1,6	53,2±1,0	<0,01	<0,01	<0,05
ЖС	74,9±3,2	37,7±1,6	48,8±2,0	<0,01	<0,01	<0,05
СА	80,7±3,1	59,1±2,2	63,7±2,3	<0,01	<0,05	>0,05
РЭ	67,8±2,8	30,6±1,2	42,5±1,7	<0,01	<0,01	<0,01
ПЗ	78,2±3,2	48,4±1,9	56,4±2,2	<0,01	<0,01	<0,05
СС	64,0±2,6	36,7±1,5	49,0±1,9	<0,01	<0,05	<0,05

ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, ТБ – телесная боль, ОЗ – общее восприятие здоровья, ЖС – жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье, СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом
P1 – степень достоверности различия между контролем и больными до коррекции заместительной терапии, P2 – степень достоверности различия между контролем и больными через 6 мес. после коррекции заместительной терапии, P3 – степень достоверности различия между больными до и после коррекции заместительной терапии

ев), более пожилым возрастом и соответствующим наличием тяжелой сопутствующей патологии (в 35,5% случаев), низким исходным социальным статусом и наличием психоэмоционального стресса, непосредственно не ассоциированного с патологией щитовидной железы.

В результате по всем показателям уровень качества жизни в данной группе оказался достоверно ниже, чем в контроле. Тем не менее, до-

стоверное повышение КЖ было зарегистрировано по шкалам: ФА – на 22,0% (p<0,05); РФ – на 27,7% (p<0,05); ТБ – на 25,6% (p<0,05); ОЗ – на 29,8% (p<0,05); ЖС – на 29,4% (p<0,05); РЭ – на 38,9% (p<0,01); ПЗ – на 16,5% (p<0,05); СС – на 33,5% (p<0,05).

Не было достоверных различий с исходным уровнем только по шкале социальной активности.

Наиболее значительные различия с кон-

трольной группой сохранялись по шкале РЭ – на 37,3% и 03 – на 36,3% ($p < 0,01$ в обоих случаях).

ВЫВОДЫ

Совершенствование качества медицинской помощи больным с узловой патологией щитовидной железы требуют учета качества жизни больных вне зависимости от стадии заболевания и примененного метода лечения.

Анализ качества жизни может быть сопряжен с оценкой экономической эффективности в рамках общей процедуры.

Разработка и внедрение стандартных подходов к лечению щитовидной железы должны учитывать необходимость оценки качества жизни и дифференцированного комплексного подхода к лечению на основании полученных результатов.

Коррекция заместительной терапии позволяет добиться повышения качества жизни больных, перенесших операции по поводу узловых образований щитовидной железы с формированием тиреоидной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов Б. В. Качество жизни /Б. В. Бойцов,

Ю. В. Крянев, М. А. Кузнецов //Стандарты и качество. – 1997. – №8. – С. 18 – 19.

2. Болезни щитовидной железы //Под ред. Л. И. Бравермана. – М.: Медицина, 1999. – 419 с.

3. Вялков А. И. Здравоохранение Российской Федерации: Развитие медицины, основанной на доказательствах /А. И. Вялков, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С. 90 – 91.

4. Фадеев В. В. Иододефицитные заболевания //Эндокринология. – 2002. – Т. 2, №4. – С. 173 – 174.

5. Шевченко Ю. Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России //Исследование качества жизни в медицине. Матер. науч. конф. – СПб., 2000. – С. 3 – 22.

6. Oppenheimer J. H. Thyroid hormone action 1994: the plot thickens /J. H. Oppenheimer, H. L. Schwartz, K. A. Strait //Eur. J. Endocrinol. – 1994. – V. 130, №1. – P. 15 – 24.

7. Ware J. E. The MOS 36-item short health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection /J. E. Ware, C. D. Sherbourne //Mod. Care.

T. K. Rakhypbekov, T. A. Adylhanov, A. S. Masadykov

STRATEGY OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NODULAR DISEASES OF THE THYROID GLAND ON THE BASIS OF CRITERION OF QUALITY OF LIFE

Research objective. Working out of organizational forms of improvement of quality of diagnostics and treatment of a nodular pathology of a thyroid gland taking into account quality of life criterion.

Orders and standard documents of Ministry of Health care of Kazakhstan, case records and out-patient cards of patients with various central diseases of a thyroid gland, results of the analysis of quality of life with use of technique SF-36 are analysed.

Perfection of quality of medical care by the patient with a central pathology of a thyroid gland demand the account of quality of life of patients without dependence from a stage of disease and the applied method of treatment.

The analysis of quality of life can be interfaced to an estimation of economic efficiency within the limits of the general procedure.

Working out and introduction of standard approaches to thyroid gland treatment should consider necessity of an estimation of quality of life and the differentiated complex approach to treatment on the basis of the received results.

Т. Қ. Рахыпбеков, Т. А. Әділханов, Ж. С. Масадыков

ӨМІР СҰРУ САПАСЫ КРИТЕРИЛЕРІ НЕГІЗІНДЕ ҚАЛҚАНША БЕЗДІҢ ТҮЙІНДІ АУРУЛАРЫН АНЫҚТАУ МЕН ЕМДЕУ САПАСЫН ЖОҒАРЫЛАТУ СТРАТЕГИЯСЫ

Өмір сүру сапасын есепке ала отырып, қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу сапасын жақсартудың ұйымдастыру формаларын жасау.

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігінің нормативтік құжаттары мен бұйрықтары талданды, қалқанша бездің әртүрлі түйінді аурулары бар науқастардың сырқатнамалары мен амбулаторлық карталары, SF-36 әдісін қолданудағы өмір сүру сапасының нәтижелері талданды.

Қалқанша бездің түйінді патологиясы бар науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру ауру сатысына және оған қолданылған емдеу әдісіне қатысы болмайтын науқастардың өмір сүру сапасын есепке алуды талап етеді.

Өмір сүру сапасын талдау жалпы процедура шеңберінде экономикалық тиімділік бағасымен бірге жүруі мүмкін.

Қалқанша безді емдеудің стандартты жолдарын жасау мен енгізуде өмір сүру сапасын бағалау қажеттігі мен алынған нәтижелер негізінде емдеудің дифференцирленген кешенді жолы ескерілуі керек.

**Р. Х. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева,
Ж. Ж. Джашибекова, А. К. Саурбаева,
В. Т. Кан**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета, Областная инфекционная больница (Караганда)

Важность проблемы заболеваемости паразитами заключается не только в масштабах данных заболеваний, но и в том, какой ущерб здоровью населения наносят осложнения, провоцируемые ими. Это аллергия и иммуносупрессия, канцерогенез, анемия, поражения желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, дисбактериоз. У детей, больных паразитозом, отмечается отставание в нервно-психическом развитии, раздражительность, ослабление памяти. Все эти факты ставят паразитозы в ряд важнейших проблем современного здравоохранения [3, 5].

Giardia lamblia – простейшее класса жгутиковых, возбудитель лямблиоза. В цикле развития простейшего выделяют две стадии – вегетативную форму и цисты. Цисты, выделяемые с фекалиями, устойчивы к факторам окружающей среды: в воде они остаются жизнеспособными до 3 месяцев, устойчивы к хлору. Это самый распространенный патогенный паразит, причиной, способствующей этому, является неудовлетворительное состояние систем водоснабжения и очистных сооружений. Основным резервуаром инфекции служит человек, а также и млекопитающие (собаки, кошки) могут быть заражены лямблиями и выделять цисты [1].

Лямблиоз – широко распространенное заболевание человека, вызываемое простейшими и характеризующееся расстройствами функции пищеварительной системы. Лямблии поражают преимущественно желудочно-кишечный тракт, при этом поражение двенадцатиперстной кишки, желчевыводящей системы и тонкого кишечника являются доминирующим в клинической картине болезни.

По оценке научной группы ВОЗ, лямблиоз отнесен к числу паразитарных болезней, имеющих наибольшее значение для общественного здравоохранения [4].

Клинические проявления лямблиоза регистрируются во всем мире почти у 500 млн. больных в год. Лямблиоз встречается повсеместно, в среднем выявляется у 20% практически здорового населения, является наиболее распространенной инвазией кишечника в развитых странах, во всех климатогеографических зонах. Лямблиоз регистрируется во всех возрастных группах. В развитых странах инвазированность среди взрослых составляет 3-5%, а в развивающихся – свыше 10%. Среди детей пораженность лямблиями составляет от 27 до 70%, причем наибольший процент приходится на детей младшего возраста. В США и в других развитых странах повышенная частота лямблиоза отмечается в детских и закрытых учреждениях. Лямблиоз был отмечен почти у 100% детей из развивающихся стран, которых наблюдали с рождения и до 2 лет [2].

Цель исследования – современная клинико-эпидемиологическая характеристика лямблиоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под клиническим наблюдением находились 99 детей в возрасте от 1 г. до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной инфекционной больнице (ОИБ) по поводу лямблиоза. По возрасту дети распределялись следующим образом: от 1 до 3 лет – 10 (10,1%); от 3 до 10 лет – 57 (57,6%); с 10 до 16 лет – 32 (32,3%). По полу распределение было следующим: 51 (51,5%) девочка и 48 (48,5%) мальчиков.

Лямблиоз диагностировался с помощью копрологических методов исследования, путем обнаружения в нативных мазках цист лямблий и (или) вегетативных форм простейших в дуоденальном содержимом. Дополнительно всем больным проводилось ультразвуковое исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характерной эпидемиологической особенностью лямблиоза в Казахстане является сезонное повышение заболеваемости (лето-осень) с алиментарным путем передачи в течение всего года и с контактно-бытовым путем передачи у детей первых трех лет жизни.

Ежегодно в Казахстане свыше 10 тыс. детей страдают лямблиозом. По Карагандинской области в разные годы эти цифры варьируют от 1,5 до 2,5 тыс. Данные представлены в табл. 1.

По данным статистического исследования, установлена более высокая частота лямблиоза у

Таблица 1.
Показатель заболеваемости лямблиозом по данным эпидемиологического отдела Областной СЭС г. Караганды с 2006 по 2008 гг.

Годы	Всего заболеваний	В том числе дети до 14 лет	Заболеваемость на 100 тыс. населения	Заболеваемость на 100 тыс. детского населения
2006	2111	688	152,6	243,2
2007	1206	437	86,9	156,2
2008	1012	333	72,7	117,3

взрослых, которая в 2-3 раза превышает таковую у детей. Изучение заболеваемости лямблиозом за 2006-2008 гг. по Карагандинской области показало, что идет тенденция к снижению. Если в 2006 г. заболеваемость лямблиозом всего составила – 2111, то в последующие годы отмечается снижение – до 1012. Интенсивный показатель на 100 тыс. населения колеблется в пределах (152,6 %) до (72,7%) с 2006 по 2008 г. Показатели заболеваемости среди детей до 14 лет составили 688 случаев в 2006 г. с последующей тенденцией к снижению в 2008 г. – до 333 случаев. Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. детского населения был в пределах (243,2 %) в 2006 г., а в 2008 г. равнялся (117,3%).

Ниже представлены данные по анализу заболеваемости лямблиозом в инфекционной боль-

Таблица 2.
Сравнительный анализ заболеваемости лямблиозом по данным инфекционной больницы г. Караганды с 2006 по 2009 гг.

Годы	Взрослые и подростки	Дети	Дети до года
2006	211	56	3
2007	262	42	0
2008	278	41	2

нице г. Караганды с 2006 по 2008 г. (табл. 2).

Анализ заболеваемости лямблиозом, по данным инфекционной больницы с 2006 по 2008 г., показывает, что число госпитализированных больных повышается в обратной проекции относительно данных по Карагандинской области. Что же касается детей до 14 лет, то количество больных несколько уменьшилось по сравнению с взрослыми, включая и детей до 1 г.

Диагностика лямблиоза строилась на основе комплексного клинического, копрологического и дуоденального анализов. Дуоденальное зондирование проводилось детям старше 10 лет,

из которых у 5 (5,05%) были обнаружены вегетативные формы лямблий.

У исследуемых больных чаще встречалась кишечная форма – у 75 (75,8%), а смешанная – у 24 (24,2%), которая проявлялась поражением гепатодуоденальной зоны.

Обычно выделяют две клинические формы кишечного лямблиоза:

1. Первичная инфекция с диареей, клиническими и лабораторными признаками нарушения всасывания в пищеварительном тракте. Течение этой формы лямблиоза кратковременное, обычно происходит быстрое самостоятельное купирование болезни, она легко поддается лечению.

2. Затяжное рецидивирующее течение встречается чаще всего у больных с нарушением резистентности слизистой кишечника специфической или неспецифической природы. Развитие этой формы возможно даже при благоприятных санитарно-гигиенических условиях среды пребывания человека.

Наиболее частыми проявлениями лямблиозной инфекции были: тошнота, анорексия, вздутие кишечника и урчание в животе. Стул учащенный, зловонный, жироподобный, пенистый; рвота, схваткообразные боли в эпигастриальной области. У большинства детей, больных лямблиозом, клинические проявления были обусловлены дискинетическими расстройствами, что, вероятно, было связано с нарушением функции двенадцатиперстной кишки. У 63 (63,6%) больных отмечался неустойчивый характер стула – разжиженный со слизью и непереваженными комочками. Ниже представлены данные по основным клиническим параметрам лямблиоза (табл. 3).

Из представленных данных видно, что наиболее частыми проявлениями лямблиоза были – анорексия, обложенный язык, запавший живот и жидкий стул с патологическими примесями.

Печеночная форма дает клиническую картину холецистита, гепато-холецистита или холангита, может стимулировать приступы желчнока-

Клинические проявления лямблиоза у исследуемых детей

Таблица 3.

Симптомы	Количество больных	Относительный показатель (%)
Анорексия	60	60,6
Лихорадка	38	38,4
Тошнота	43	43,4
Рвота	48	48,5
Обложенность языка	66	66,7
Вздутие живота	36	36,4
Запавший живот	63	63,6
Увеличение печени	43	43,4
Болезненность в правом подреберье	43	43,4
Жидкий стул	63	63,6
Запоры	36	36,4

менной болезни. При обеих (кишечной и печеночной) формах лямблиоза часто отмечается нарушение всасывания жиров и жирорастворимых витаминов в кишечнике. Нередки невротические симптомы (особенно у детей): слабость, раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость, головные боли, головокружения, боли в области сердца. Может наблюдаться также нарушение обменных процессов, задержка увеличения массы тела, возникновение анемии гипохромного типа.

Болевой синдром проявлялся болями в животе, чаще в правом подреберье у 43 (43,4%) больных. У этих больных наблюдалась незначительно увеличенная и умеренно болезненная печень. Нарушений основных функциональных проб печени при этом не наблюдалось.

Детям всех возрастных групп проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), которое позволило выявить тип нарушения билиарной системы. На УЗИ отмечались незначительное увеличение размеров, диффузные изменения и повышенная эхогенность pancreas у 5 (5,05%) больных. Гипокинетическая форма дискинезии чаще выявлялась у детей старше 10 лет – у 32 (32,3%), с длительным течением заболевания. Гиперкинетическая функция – у 27 (27,3%) детей в возрасте от 7 до 10 лет. При гипокинетической форме выявлялись изменения со стороны стенок желчного пузыря в виде их утолщения и уплотнения, наблюдалась эхогенная взвесь или застойная желчь; при гиперкинетической – уплот-

нение стенок внутрипеченочных протоков с перифокальным фиброзом. У 100% обследованных больных изменялось состояние желчи в виде появления мелкодисперсной взвеси, занимающей весь объем желчного пузыря.

ВЫВОДЫ

1. В результате проведенного анализа выявлено, что, в Карагандинской области лямблиоз одинаково регистрируется как у детей, так и у взрослых.

2. Наиболее распространенной формой лямблиоза является кишечная (75,8%), реже – смешанная (24,2%), которая проявлялась поражением гепатодуоденальной зоны, что подтверждалось данными УЗИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т. И., Константинова Т. Н. Лямблиоз: Учебное пособие. М., 2003. – 31 с.
2. Елисеев Ю. Ю. Полный справочник инфекциониста. – М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 992 с.
3. Лобзин Ю. В. Руководство по инфекционным болезням //СПб.: Издательство Фолиант, 2003. – 678 с.
4. Погребижская Н. Г. Комплексная терапия лямблиоза у детей /Матер. V Российского конгресса детских инфекционистов. Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей. – М., 2006. – С. 128 – 129.
5. Тумольская Н. И. Роль лямблий в патологии человека //Врач. – 2000. – №8. С. 23 – 25.

Поступила 28.10.09

R. H. Begajdarova, G. E. Nasakaeva, Z. Z. Dzhashibekova, A. K. Saurbaeva, B. T. Kan **CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC LAMBIASIS AT CHILDREN**

According to epidemiological department regional sanitation service and regional infectious hospital the comparative analysis of disease lambiasis at 99 ill children at the age from 1 year till 16 years with 2006 for 2008 on the Karaganda area is carried out.

As a result of the spent analysis on prevalence lambiasis in the Karaganda area for last years the tendency to decrease, both at an adult contingent, and at children is marked. The most widespread form was intestinal and is more rare mixed which was shown by defeat hepatoduodenal zones, that proved to be true the given ultrasonics. As directing clinical signs lambiasis it is possible to allocate - the anorexia, the imposed language, the sunk down stomach and a liquid chair which with hight a probability share can focus the practical doctor on the given pathology.

P. X. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева, Ж. Ж. Джашибекова, А. К. Саурбаева, В. Т. Кан **БАЛАЛАРДАҒЫ ЛЯМБЛИОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ**

Облыстық СЭС эпидемиологиялық бөлімі мен облыстық жұқпалы аурулар ауруханасында Қарағанды облысы бойынша 2006 жылдан 2008 жылға дейінгі аралықта емделген лямблиозбен ауырған 1 жастан 16 жасқа дейінгі 99 науқасқа салыстырмалы талдау жүргізілді.

Жүргізілген талдау нәтижесінде Қарағанды облысында соңғы жылдары лямблиоздың таралуы төмендегенін байқаймыз, ол ересек адамдар арасында да, балаларда да төмендеген. Аурудың кең таралған түрлері ішектік түрі, ал УДЗ анықталған гепатодуоденальдік аймақтың зақымдануымен жүретін аралас түрі сирегірек кездеседі. Тәжірибелік дәрігерге дұрыс диагноз қоюға бағыт беретін клиникалық белгілері ретінде анорексияны, қақты жабындымен қапталған тілді, іштің тартылуын және сұйық нәжісті анықтауға болады.

С. Р. Борцова

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
КОМПРЕССИОННО-КОРЕШКОВЫХ
СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА
У ГОРНОРАБОЧИХ**

Восточно-Казахстанский филиал РГКП
«Национальный центр гигиены труда
и профзаболеваний» (Усть-Каменогорск)

Лечение больных компрессионно-корешковыми синдромами шейного остеохондроза у горнорабочих представляет известные трудности и, несмотря на широкий комплекс методов терапии, зачастую оказывается не эффективным. Согласно современным представлениям о лечении остеохондроза в предупреждении прогрессирования заболевания большую роль играет включение саногенетических реакций организма. В этой связи особое значение приобретают методы рефлексотерапии как методы, запускающие многие механизмы естественной защиты органов и тканей [3]. Как известно, в ответ на повреждение в позвоночно-двигательном сегменте происходит развитие ряда компенсаторных процессов в организме, направленных на создание локального мышечного напряжения, «блокирование» пораженного участка позвоночника, уменьшение или полное исключение движения в нем, чтобы предотвратить дальнейшее повреждение позвоночных структур. Если саморегуляция организма не снижена, то происходит приспособление его к новым условиям существования и наступает выздоровление. По существу остеохондроз является защитным репаративным процессом, а его неврологические осложнения можно предупредить усилением локальной мышечной фиксации, оптимизацией двигательного режима, применяя при этом в комплексном лечении методы рефлексотерапии. Если новый двигательный стереотип будет адаптирован и адекватен пораженному участку позвоночника, то ремиссия будет стойкой и полной. Применение медикаментозных обезболивающих средств «выключает» многие защитные реакции организма, поэтому одно их применение может привести к переходу острого заболевания в хронически текущий прогрессирующий процесс. При воздействии методов рефлексотерапии создается поток дополнительной афферентной импульсации, что способствует усилению локальной мышечной фиксации, созданию покоя для пораженного позвоночно-двигательного сегмента, уменьшению болевого синдрома [2]. Из методов рефлексотерапии хорошо зарекомендовал себя метод чрескожной динамической электростимуляции, или ДЭНС-терапия соответствующих биоактивных точек и зон. Метод ДЭНС-терапии быстро купирует болевой синдром, является наиболее безопасным, несложным, имеет минимум противопоказаний, возможно применение его в быту. Кроме того,

электрический ток является физиологически адекватным раздражителем для возбудимых тканей организма и, благодаря динамически изменяющейся импульсации, отсутствует эффект привыкания к нему нервных элементов. ДЭНС-терапия заключается в воздействии на проекцию патологического очага, определенные рефлексогенные зоны и точки короткими импульсами тока, постоянно реагирующими трансформацией своей формы на изменение сопротивления кожи в подэлектродной зоне. В основе лечебного воздействия на патологический очаг в позвоночнике непосредственно или через биологически активные точки лежат многоуровневые рефлекторные и нейрохимические реакции, при которых запускается каскад регуляторных и адаптационных механизмов организма. В результате купируются болевые синдромы, улучшается местное и системное кровообращение, оказывается противовоспалительное действие, активизируется образование биологически активных веществ, а также обменных процессов в тканях, что способствует удалению продуктов метаболизма из патологических очагов, нормализуется тонус мышц и сосудов, ускоряется формирование нового двигательного стереотипа в условиях блокированного сегмента [4]. Наиболее прямые и короткие рефлекторные связи между высшими отделами центральной нервной системы и точками соответствия находятся на ушной раковине, которая представляет собой особую сигнальную рефлексогенную или мини-акупунктурную информационную систему, систему внешнего представительства внутренних органов и частей тела. Существует схема топографии на поверхности ушной раковины активных точек, каждая из которых имеет определенный номер, согласно международной акупунктурной номенклатуре [1]. Целесообразно сочетать корпоральную и аурикулярную рефлексотерапию. Таким образом, целью настоящего исследования был поиск наиболее эффективных методов коррекции патологических нарушений при компрессионно-корешковых синдромах шейного остеохондроза у горнорабочих.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ динамики основных показателей клинических и инструментальных методов обследования лечения у представителей 3 групп горнорабочих с компрессионно-корешковым синдромом шейного остеохондроза, пролеченных разными способами. В каждой группе было по 17 человек, сопоставимых по возрасту и стажу, занятых подземной добычей полиметаллических руд на Риддерском горнообогатительном комплексе.

При повторной госпитализации на контрольное обследование через год больные были опрошены на предмет изменений в течении заболевания (стойкость ремиссии – урежение обострений). В I группе было проведено лечение традиционным способом, но без рефлексотерапии (НПВС, мочегонные, седативные, метаболиты,

антихолинэстеразные препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию, магнитолечение или фонофорез, массаж) – базисная терапия (БТ). II группа получала лечение в виде БТ в сочетании с ДЭНС-терапией аппаратом «ДЭНАС» (Россия, г.Екатеринбург). При этом, чтобы подчеркнуть значимость рефлекторного воздействия на организм, не применялись НПВС и физиолечение. III группа получала лечение аппаратом «ДЭНАС» в качестве монотерапии. Процедуры проводились путем воздействия на биоактивные точки и зоны в течение 20 минут, курс лечения – 10-12 сут. Воздействие осуществлялось на активные триггерные зоны встроенным электродом на частотах 10 и 77 Гц при комфортном энергетическом уровне в течение 15 мин, а также на аурикулярные точки соответствия шейному отделу позвоночника (АТ 37) – 4 мин и «общего» действия (АТ 13) – 1 мин выносным электродом на частоте 77 Гц с пораженной стороны. Точка «общего» действия (АТ 13) соответствует надпочечникам и ее стимуляция применяется для достижения противовоспалительного, противоревматического, рассасывающего, иммуностимулирующего, нормализующего сосудистый тонус эффекта и т.д. ДЭНС-терапия на шейной области осуществлялась в зоне прямой проекции боли в течение 10 мин вращающимися движениями и в зоне «3 дорожки» – последовательное аппаратное воздействие на паравerteбральные области и проекцию остистых позвонков в течение 5 мин. Из инструментальных методов обследования были применены: реовазография верхних конечностей (РВГ), проведенная с помощью Российского четырехканального компьютерного реографа «Рео-Спектр-3», электромиография заинтересованных мышц (ЭМГ), электронейромиография – исследование проксимального моторного проведения по локтевому и срединному нервам (F-волна). Миографические исследования были сделаны на компьютерном двухканальном электромиографе «Нейро-ЭМГ-Микро» фирмы «Нейрософт» (Россия, 2001 г.). Исследования проводились на стороне корешковой симптоматики – А и противоположной стороне – В. По прошествии лечения был проведен статистический анализ изменений данных клинического и инструментального обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинически компрессионно-корешковый синдром у больных был представлен жалобами на боли в нижнешейном отделе позвоночника с иррадиацией в плечо, парестезиями в зоне надплечья и плеча, слабостью мышц верхнеплечевого пояса с пораженной стороны. При объективном обследовании выявлялось одностороннее тоническое напряжение заднешейных мышц, снижение объема движений в шейном отделе позвоночника, гипотрофия заинтересованных мышц, нередко отечность и цианоз кисти со стороны радикулярной симптоматики, синдромы раздражения и выпадения по корешковому типу. Клиническое улучшение после лечения произо-

шло во всех 3 группах. Значительное снижение болевых ощущений на 4 – 5 день от начала лечения отмечали 7 больных из первой группы – 41%, 13 больных – из II и 10 больных – из III группы, то есть 68% больных. У всех больных произошло увеличение объема движений в шейном отделе, сокращение зон дизестезий, повышение силы задействованных мышц.

При проведении РВГ до лечения отмечалась асимметрия кровенаполнения со снижением объемного кровотока по гипертоническому типу с пораженной стороны с увеличением градиента изменений в дистальном направлении и затруднением венозного оттока. После лечения произошло достоверное увеличение объемного кровотока (увеличение реографического индекса – РИ) за счет снижения тонуса сосудов (снижение коэффициента α – времени заполнения сосудов и диастолического индекса – ДКИ) как в проксимальных, так и в дистальных отделах верхних конечностей в первых двух группах со снижением асимметрии сторон. При этом достоверность изменений в этих группах была сопоставима по значениям и была выше, чем в третьей группе, где произошло значимое увеличение объемного кровотока со снижением сосудистого тонуса только в проксимальных отделах на стороне поражения – А (табл. 1).

При проведении поверхностной ЭМГ до лечения отмечалось одностороннее снижение средней амплитуды интерференционной кривой соответствующих пораженному корешку мышц надплечья, плеча. После лечения произошло достоверное и равнозначное улучшение показателей в первых двух группах: увеличение средней амплитуды интерференционной кривой произвольного сокращения заинтересованных мышц и снижение асимметрии сторон (табл. 2).

При исследовании проведения по моторным волокнам проксимальных отделов нервных структур (F-волны) до лечения отмечалось снижение скоростных показателей проведения импульса, увеличение тахеодисперсии, снижение амплитуды F-волны, большое количество блоков и повторных волн с пораженной стороны. После лечения в первых двух группах произошло достоверное увеличение скорости проведения импульса минимальной и средней, увеличение средней амплитуды F-волны, снижение количества повторных волн с обеих сторон со снижением междусторонней асимметрии; снижение тахеодисперсии, блоков и увеличение отношения F/M со стороны поражения. В III группе значимо увеличилась минимальная скорость проведения импульса, средняя амплитуда F-волны, уменьшилось количество блоков и повторных волн на стороне поражения (табл. 3).

При этом достоверность изменений в I и II группах была примерно одинакова и превышала таковую в III группе.

При последующей госпитализации (через год) больные I и III групп, у которых обострения

Таблица 1.

Динамика показателей РВГ после лечения ($M \pm m$)

Параметры		1 группа, n=17, БТ		2 группа, n=17, БТ+ДЭНС		3 группа, n=17, ДЭНС	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
РИ пр.	A	0,53±0,14	0,62±0,05*	0,51±0,14	0,58±0,08*	0,51±0,15	0,59±0,1*
	B	0,59±0,07	0,62±0,05	0,58±0,08	0,62±0,06	0,57±0,09	0,60±0,07
РИ дис.	A	0,78±0,24	1,0±0,26**	0,73±0,26	0,93±0,19**	0,74±0,27	0,91±0,28
	B	0,92±0,27	1,14±0,28*	0,86±0,26	1,08±0,27*	0,91±0,29	1,01±0,25
α пр. (с)	A	0,1±0,02	0,09±0,01*	0,1±0,02	0,09±0,01*	0,1±0,03	0,09±0,02
	B	0,1±0,02	0,09±0,02	0,1±0,02	0,09±0,02	0,1±0,02	0,09±0,02
α дс. (с)	A	0,14±0,02	0,12±0,02**	0,14±0,03	0,12±0,02**	0,14±0,03	0,13±0,02
	B	0,13±0,03	0,11±0,02*	0,13±0,03	0,11±0,02*	0,13±0,03	0,12±0,02
ДКИ пр. (%)	A	43,76±4,21	40,12±4,06**	44,71±3,97	40,35±3,92**	43,94±4,28	41,35±4,31*
	B	42,41±4,86	39,71±4,34*	43,65±4,48	40,18±4,11*	42,18±5,10	39,82±4,49
ДКИ дис. (%)	A	46,88±4,69	41,94±4,35**	47,47±4,73	42,24±4,25**	47,47±5,33	44,59±4,24
	B	44,47±4,54	40,82±4,26*	45,59±4,23	42,00±4,17*	45,12±5,1	42,76±4,81

* ($P < 0,05$), ** ($P < 0,01$) – достоверность различий показателей до и после лечения

Таблица 2.

Динамика показателей ЭМГ после лечения ($M \pm m$)

Параметры	1 группа, n=17, БТ		2 группа, n=17, БТ+ДЭНС		3 группа, n=17, ДЭНС	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Средняя A	698,06±47,58	729,06±49,76*	700,24±53,06	736,47±51,01*	702,35±57,02	724,18±52,39
КА	1,53±0,12	1,45±0,13*	1,51±0,12	1,43±0,11*	1,50±0,13	1,46±0,13

* достоверность различий показателей до и после лечения ($P < 0,05$)

Таблица 3.

Динамика показателей F-волны (проксимального моторного проведения) после лечения ($M \pm m$)

Параметры		1 группа, n=17, БТ		2 группа, n=17, БТ+ДЭНС		3 группа, n=17, ДЭНС	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Скорость мп (м/с)	A	41,55±2,67	44,61±2,56**	41,96±2,61	45,49±2,80***	41,49±3,47	44,41±3,56*
	B	48,31±2,34	50,35±2,48*	47,54±2,39	49,88±2,39**	48,21±2,50	49,57±2,56
Скорость средняя (м/с)	A	48,64±3,32	51,75±3,41**	48,39±3,25	51,34±3,33**	47,95±3,56	50,07±3,54
	B	53,87±2,56	55,41±2,53*	53,12±3,14	55,2±3,22*	53,78±3,04	55,28±2,88
Тахеодисперсия (м/с)	A	11,81±1,68	10,61±1,46*	11,55±1,56	10,39±1,44*	11,91±1,65	11,06±1,35
	B	9,08±1,08	8,58±0,91	9,41±1,26	9,04±0,72	8,97±1,23	8,64±0,75
Средняя амплитуда (мкВ)	A	192,18±56,08	244,18±61,25**	192,76±54,23	244,18±55,29**	201,35±68,54	250,41±64,8*
	B	253,12±59,8	303,71±57,48*	235,71±59,5	277,94±59,5*	255,18±69,27	296,29±70,19
F/M (%)	A	2,83±0,92	3,37±0,89*	2,71±0,88	3,26±0,89*	2,73±1,11	3,39±1,16
	B	3,72±0,72	4,13±0,70	3,51±0,76	3,95±0,78	3,71±0,87	4,22±0,84
Блоки (%)	A	36,62±4,45	30,59±5,11***	35,0±5,07	29,56±5,16**	36,03±6,07	31,75±5,78*
	B	19,41±5,25	17,65±3,97	21,32±4,63	19,53±3,09	20,44±5,83	18,38±3,83
Повторные волны (%)	A	27,0±6,09	19,94±6,57**	26,53±7,12	20,29±4,62**	28,12±7,38	23,29±7,02*
	B	16,24±4,61	13,59±3,24*	17,47±5,58	14,53±4,06*	17,0±5,69	15,41±4,24

* ($P < 0,05$), ** ($P < 0,01$), *** ($P < 0,001$) – достоверность различий показателей до и после лечения

были более 2 раз в год, указывали на урежение обострений до 2 раз за прошедший период, у 6 больных II группы не было обострений и у 11 больных этой же группы было 1 обострение.

ВЫВОДЫ

Метод ДЭНС-терапии является высокоэффективным в комплексном лечении шейно-плечевых радикулопатий. Он позволяет добиться быстрого анальгетического эффекта без применения медикаментозных обезболивающих средств и физиотерапии, обеспечивает стойкость ремиссии. Даже в виде монотерапии метод ДЭНС достоверно улучшает многие показатели периферического кровотока и невралгической проводимости. Необходимо рекомендовать методы рефлексотерапии как обязательные в лечении компрессионно-корешковых синдромов шейного остео-

хондроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аурикулярная динамическая электростимуляция и основы ее практического применения /К. Ю. Черемхин, В. В. Малахов, А. А. Сафронов и др. – Екатеринбург, «Токмас-пресс», 2007. – 144 с.
2. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. С. 189 – 204.
3. Кузнецов В. Ф. Вертеброневрология. – Минск, 2004. – С. 380.
4. Пинаева В. М. ДЭНС в комплексном лечении больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника /В. М. Пинаева, Д. В. Иванова //Арх. науч.-практ. тр., Т.3, Екатеринбург, ДЭНАС МС. – 2005. – С. 62 – 63.

S. R. Borzova

OPTIMIZATION OF TREATMENT COMPRESSION ROOT SYNDROMES OF THE CERVICAL OSTEOCHONDROSIS AT MINERS

The present research has been carried out with the purpose of optimization of methods of correction of pathological infringements at compression root syndromes of a cervical osteochondrosis of miners. Three groups of the miners, who occupied with underground extraction of polymetallic ores on Ridder Mining & Processing Complex, received treatment by three ways: by a standard technique without reflexotherapy, medicamentous treatment with reflexotherapy and reflexotherapy as monotherapy. The analysis of dynamics parameters of objective and tool methods of inspection after treatment, by results of which the conclusion about high efficiency of reflexotherapy in complex treatment of patients has been done.

С. Р. Борцова

КЕН ЖҰМЫСШЫЛАРЫНДАҒЫ МОЙЫН ОМЫРТҚАСЫНЫҢ КОМПРЕССИОНДЫҚ-ТАЛШЫҚ СИНДРОМДАРЫН ЕМДЕУДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Осы зерттеу жұмыстары мойын омыртқасымен зардап шегетін тау-кен жұмыскерлерінде болатын компрессиондық-талшық синдромында кездесетін патологиялық өзгерістерді коррекциялау әдістерін оңтайлау үшін жүргізілген. Бұл үшін Риддер тау-кен кешенінің жер-астындағы тау-кен жұмысшыларын үш топқа бөліп, оларға үш түрлі әдіспен емдеу жұмыстары: рефлексотерапиясыз стандартты тәсілмен, медикаментермен қоса рефлексотерапия және тек қана рефлексотерапия тәсілі арқылы жүргізілді. Емдеу барысында және ем алып болған соң жүргізілген тексерулердің қорытындыларын сараптағанда, жан-жақты емдеу тәсілімен қоса рефлексотерапия тәсілімен емдеу көрсеткіштері жақсы нәтиже береді деген тұжырым жасалды.

**Р. Х. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева,
Н. М. Жанбасинова, Ж. А. Туганбаева,
Л. В. Михалева**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Кафедра детских инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета, Областная инфекционная больница, Акционерное общество «Научно-производственный центр «Фитохимия» (Караганда)

Лямблиоз – широко распространенное протозойное заболевание, протекающее бессимптомно или в манифестной форме, нередко с длительной персистенцией [4, 5].

Известно, что основные патологические процессы при лямблиозе развиваются в верхних отделах тонкой кишки и сопровождаются симпто-

мами дискинетических расстройств гастродуоденальной зоны, дуоденита, энтерита, мальабсорбцией и значительной потерей массы тела.

Лямблии поражают преимущественно желудочно-кишечный тракт, при этом поражение двенадцатиперстной кишки, желчевыводящей системы и тонкого кишечника являются доминирующим в клинической картине болезни. Среди детей пораженность лямблиями составляет от 27 до 70%, причем наибольший процент приходится на детей младшего возраста. Клинические проявления лямблиоза регистрируются во всем мире почти у 500 млн. больных в год [3, 6].

Сложность лечения больных с лямблиозом во многом обусловлена полисимптоматикой заболевания. Несмотря на большие успехи в создании высокоэффективных противопаразитарных препаратов, лечение лямблиоза, остается одной из нерешенных и сложных проблем [1].

Цель исследования – сравнительное изу-

чение клинических проявлений лямблиоза и совершенствование эффективности антипаразитарной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под клиническим наблюдением находились 83 больных в возрасте от 18 до 50 лет, госпитализированных в Областную инфекционную больницу (ОИБ) по поводу лямблиоза.

Диагностика лямблиоза строилась на основе комплексного клинического, копрологического и дуоденального анализов. При копрологическом методе исследования обнаруживались в нативных мазках цист лямблий и (или) вегетативных форм простейших в дуоденальном содержимом. Дополнительно всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У исследуемых больных чаще встречалась кишечная и реже – смешанная форма, которая проявлялась поражением гепатодуоденальной зоны. Среди клинических форм, как в основной группе, так и в контрольной, соответственно преобладала кишечная форма: у 25 из 43(58,1%) и у 32 из 40 (80,0%) пациентов. Также встречались и смешанные формы лямблиоза соответственно у 18 (41,8%) больных основной и у 8 (20,0%) контрольной групп.

В исследовании придерживались клинической классификации лямблиоза по Ю. Ю. Елисееву (2004) [2].

1. Лямблиоз без клинических проявлений (латентный).

2. Лямблиоз с клиническими проявлениями:

* кишечная форма – функциональные расстройства кишечника;

* билиарно-панкреатическая форма – дискинезии желчевыводящих путей, реактивный панкреатит;

* форма с внекишечными проявлениями – асте-

ноневротический синдром, аллергические проявления;

* смешанная форма.

В качестве клинических признаков лямблиоза чаще всего обнаруживались обложенный язык и наличие на нем трещин («географический рисунок») в единичных случаях, боли в животе, метеоризм и урчание, периодически неустойчивый стул и склонность к запорам, слабость, нарушение аппетита, раздражительность и явления атопического дерматита (шелушение). Данные представлены в табл. 1.

В зависимости от проводимой терапии больные с хроническим лямблиозом были разделены на 2 группы. Группы лечения комплектовались методом случайной выборки.

В 1 группе у 40 больных (контрольная) в лечении использовали антипаразитарный препарат метронидазол по 1 таб.х3 раза в сут в течение 7 сут.

Во 2 группе у 43 больных (основная) применяли растительный препарат саусалин (0,12 г) – в терапевтической дозе 2 таб.х3 раза в день в течение 10 сут. Данные представлены на рис. 1.

Критериями оценки терапевтической эффективности проводимой терапии являлись сроки обратного развития основных проявлений болезней.

После приема 10-дневного курса растительного препарата саусалин у всех больных отмечалось улучшение общего состояния и самочувствия (в виде уменьшения слабости), нормализовался характер стула, практически у всех улучшился аппетит, стали угасать явления атопического дерматита и уменьшения очага поражения. Данные представлены в табл. 2.

В связи с тем, что у наблюдаемых больных были смешанные формы лямблиоза, дополнительно проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ). Как показали данные УЗИ- обследо-

Таблица 1.

Частота клинических симптомов у исследуемых больных при лямблиозе

Симптомы заболевания	Основная		Контрольная	
	абс	%	абс	%
Обложенный язык	30	69,7	34	85,0
Трещины на языке	2	4,6	3	7,5
Боли в животе	26	60,4	31	77,5
Метеоризм, урчание	28	65,1	22	55,0
Неустойчивый стул	35	81,3	20	50,0
Склонность к запорам	23	53,4	21	52,5
Атопич.дерматит	17	39,5	11	27,5
Слабость	24	55,8	25	62,5
Нарушение аппетита	18	41,8	16	40,0
Раздражительность	21	48,8	17	42,5
Всего	43	100	40	100

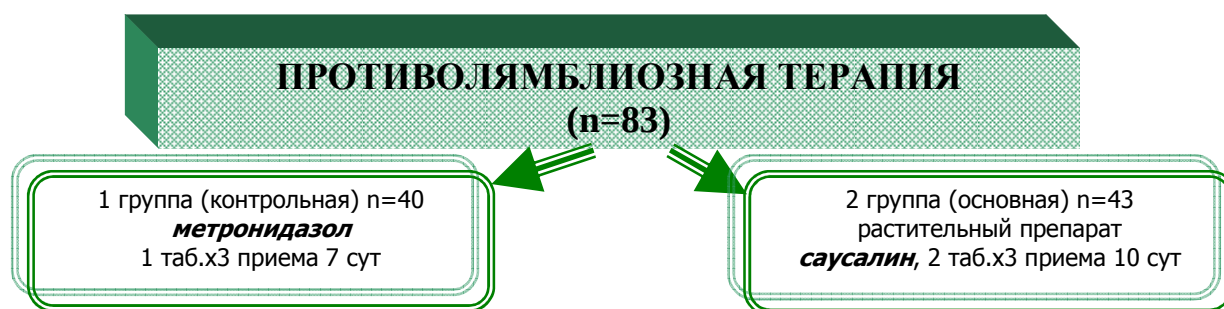


Рис. 1. Схема лечения лямблиоза

вания гепатодуоденальной зоны (ГДЗ), чаще встречаются изменения билиарного тракта. У 10 (55,5%) больных основной группы отмечалось деформирование желчного пузыря с уплотненными стенками, диффузные изменения в поджелудочной железе у 7 (38,8%), явления застойной желчи у 6 (33,3%) и явления холелитиаза – у 2 (11,1%). В контрольной группе деформирование желчного пузыря регистрировали у 5 (62,5%) больных, диффузные изменения в поджелудочной железе – у 3 (37,5%), явления застойной желчи – у 4 (50,0%) и явления холелитиаза – у 1 (12,5%). Признаком паразитарного поражения стенок желчных протоков является их уплотнение в виде гиперэхогенных структур, выраженность этих изменений вариабельна и зависит от длительности заболевания. В связи с этим больным обеих групп назначались препараты, способствующие улучшению моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих и желудочно-кишечной системы, а также препараты, корректирующие токсико-аллергические реакции.

До лечения у 100% больных обеих групп

при копрологическом исследовании были обнаружены цисты лямблий. При дуоденальном зондировании в основной группе у 8 (44,4%) были обнаружены единичные лямблии, в контрольной же группе – у 3 (37,5%) больных.

На момент выписки при исследовании кала на простейшие и при дуоденальном зондировании через 2 сут от момента отмены препарата практически у всех больных в основной группе отмечалась санация от цист лямблий, по сравнению с контрольной группой. Данные представлены в табл. 3.

Эффективность терапии в группе больных, получавших в лечении саусалин, равнялась 93,0%, в контрольной же группе – 80,0%. У 20,0% больных контрольной группы отмечено повторное выделение цист лямблий, в основной же группе только у 6,9%. Процент элиминации цист лямблий в основной группе выше в 2,9 раза, чем в группе контроля, что свидетельствует о хорошей эффективности использованного растительного препарата саусалин.

Так как эффективность лечения в кон-

Таблица 2.

Динамика клинических симптомов после лечения

Симптомы заболевания	Основная		Контрольная	
	абс	%	абс	%
Обложенный язык	14	32,5	21	52,5
Боли в животе	5	11,6	12	30,0
Неустойчивый стул	5	11,6	10	25,0
Склонность к запорам	3	6,9	7	17,5
Атопич.дерматит	2	4,6	6	15,0
Слабость	4	9,3	10	25,0
Нарушение аппетита	3	6,9	6	15,0
Раздражительность	3	6,9	7	17,5
Всего	43	100	40	100

Таблица 3.

Динамика антипаразитарной эффективности в зависимости от используемой терапии

Показатели	Основная группа (n=43)				Контрольная группа (n=40)			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Кал на простейшие	43	100	40	93,0	40	100	32	80,0

Таблица 4.

Градация показателей гемограммы

Показатели крови	Основная группа (n=43)		Контрольная группа (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
Лейкоцитоз	7	16,2	7	17,5
Эозинофилия	9	21,0	11	27,5
СОЭ, мм/ч	5	11,6	5	12,5

трольной группе не превысила 80,0%, то это послужило основанием для назначения повторного курса антипаразитарного лечения.

В дальнейшем эффективность противоямблиозной терапии оценивалась через 21 сут после лечения по результатам повторного исследования испражнений на цисты лямблий. В контрольной группе у 5 (12,5%) больных при копрологическом исследовании отмечено повторное выделение лямблий, в основной же группе произошла полная санация.

Растительный препарат саусалин побочным действием не обладает, только у 2 (4,6%) больных отмечалось чувство горечи во рту и усиление урчания в животе.

При проведении общего анализа крови в основной группе до лечения отмечались изменения, которые сопровождались умеренным лейкоцитозом у 7 (16,2%) больных, незначительно выраженной эозинофилией у 9 (21,0%) пациентов. В контрольной же группе результаты общего анализа крови представлены следующим образом: умеренный лейкоцитоз у 7 (17,5%) больных, умеренно выраженная эозинофилия у 11 (27,5%), повышение СОЭ – у 5 (12,5%) пациентов. Данные представлены в табл. 4.

Со стороны биохимических показателей сыворотки крови, у пациентов 2 групп каких-либо патологических отклонений выявлено не было как до, так и после лечения.

ВЫВОДЫ

1. Исследованиями была определена и доказана позитивная клиническая динамика на фоне

применения препарата растительного происхождения – саусалин (процент элиминации цист лямблий в основной группе выше в 2,9 раза, чем в группе контроля).

2. Эффективность терапии в группе больных, получавших в лечении саусалин, равнялась 93,0%, в контрольной же группе – 80,0%. У 20,0% больных контрольной группы отмечено повторное выделение цист лямблий, в основной же группе – у 6,9%.

3. Полученные клинические данные позволяют расценивать саусалин как эффективное противоямблиозное средство, которое можно рекомендовать в качестве инновационной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т. И. Лямблиоз: Учебное пособие / Т. И. Авдюхина, Т. Н. Константинова. – М., 2003. – 31 с.
2. Елисеев Ю. Ю. Полный справочник инфекциониста. – М., Изд-во Эксмо, 2004. – 992 с.
3. Лобзин Ю. В. «Руководство по инфекционным болезням» //СПб.: «Издательство Фолиант». – 2003. – 592 с.
4. Марри Д. Инфекционные болезни у детей. Пер. с англ. – М., Практика, 2006 – 928 с.
5. Сергиев В. П. Значение паразитарных болезней в патологии человека /В. П. Сергиев, Н. А. Малышев, И. Д. Дрынов. //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1999, №4. – С. 4 – 9.
6. Тумольская Н. И. Роль лямблий в патологии человека //Врач. – 2000. –№8. – С. 23 – 25.

Поступила 28.10.09

R. H. Begajdarova, G. E. Nasakaeva, N. M. Zhanbasinova, Z. A. Tuganbaeva, L. V. Mikhaleva COMPARATIVE ESTIMATION OF MODERN TREATMENT OF LAMBLIASIS

During research efficiency of a preparation sausalin which has been more expressed, than most often used on the treatment present stage lamblasis a preparation metronidazole is defined. Our researches had been defined and proved positive clinical dynamics against application of a preparation of a phytogenesis – sausalin, action possessing a wide spectrum: antiparasitic and anti-inflammatory concerning activators hepatobiliary systems. The obtained clinical data allow to regard sausalin as effective antilambialis means which it is possible to recommend as innovative therapy.

Р. Х. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева, Н. М. Жанбасинова, Ж. А. Туғанбаева, Л. В. Михалева ЛЯМБЛИОЗДЫҢ ҚАЗІРГІ КЕЗЕҢДЕГІ ЕМІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ БАҚАЛАУ

Зерттеу барысында саусалиннің тиімділігі қазіргі кезеңде лямблиоздың еміне қолданылып жүрген дәрі метронидазолмен салыстырғанда анағұрлым жоғары екендігі анықталды. Зерттеу нәтижесінде гепатобилиарлық жүйенің қоздырғыштарына қатысты паразиттерге қарсы және қабынуға қарсы кең спектрлі әсері бар, табиғаты өсімдіктерге жататын дәрі – саусалинді қолданудың позитивті клиникалық әсері дәлелденді. Саусалинді лямблиозға қарсы тиімді дәрі ретінде инновациялық емге ұсынуға болады.

К. Ж. Мусулманбеков, Е. С. Шауенов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Кафедра хирургии и онкологии с курсом пластической хирургии ФПО и НПУ Карагандинского государственного медицинского университета КГКП «Областной онкологический диспансер (Караганда)

Опухоли средостения представляют собой один из наиболее сложных разделов в клинической онкологии. Актуальность проблемы обусловлена тем, что их эмбрио- и гистогенетическое разнообразие, топографо-анатомические особенности, своеобразие клинической картины затрудняют диагностику и уточнение нозологической принадлежности патологических процессов этой области, соответственно нет достаточно четкой тактики лечения больных с учетом современных требований онкологии.

На долю опухолей и кист средостения приходится 3-7% всех злокачественных и около 3% доброкачественных новообразований органов грудной полости. Заболевают мужчины и женщины преимущественно молодого и среднего возраста с одинаковой частотой [1, 3, 4].

Вопросы диагностики и лечения при новообразованиях средостения относятся к числу непростых, об этом свидетельствуют и многочисленные публикации в литературе. Казалось бы, основные принципы ведения больных давно сформулированы в известных монографиях и статьях [2, 5]. Тем не менее, проблема не утратила актуальности.

В течение болезни при новообразованиях средостения можно выделить бессимптомный период и период выраженных клинических проявлений. Длительность бессимптомного проявления зависит от локализации и размеров новообразования, его характера (злокачественное, доброкачественное), скорости роста, взаимоотношений с органами и образованиями средостения.

Деление опухолей средостения на злокачественные и доброкачественные является условным, так как иногда точную границу между ними провести нельзя. Например, при тератоме или тимоме вообще трудно определить границу перехода доброкачественного новообразования в злокачественное. Клиники как таковой нет, состоит из синдромов:

- сдавления (зависит от органа или тканей, на которые оказывается давление);
- гипо- или гиперфункции железы, из которой развивается опухоль (миастенический синдром, гипертиреозы);
- раздражение симпатического нерва (энофтальм, птоз, миоз – триада Горнера, обусловлена атрофией позадиглазничной клетчатки).

Наиболее частыми симптомами являются боли, возникающие вследствие сдавления или

прорастания опухоли в нервные стволы или нервные сплетения, что возможно как при доброкачественных, так и при злокачественных новообразованиях средостения. Боли, как правило, неинтенсивные, локализующиеся на стороне поражения и нередко иррадиирующие в плечо, шею, межлопаточную область. Боли с левосторонней локализацией часто похожи на боли при стенокардии.

Диагностика складывается из хорошо собранного анамнеза и рентгенологических методов исследования. Всем больным необходимо производить прямую и боковую рентгенограмму органов грудной клетки. У ряда больных очень показательные данные удается получить путем томографии, морфологической верификации диагноза, для которой используют бронхоскопию, трансторакальную пункцию, пункцию прескаленных лимфоузлов, торакотомии.

Ведущим методом лечения опухолей средостения является хирургический [6, 7, 8]. В зависимости от места расположения и объема опухолевого процесса используются определенные хирургические доступы:

- 1) Боковая торакотомия по IV – V межреберью является оптимальной и используется при новообразовании как переднего, так и заднего средостения.
- 2) Стернотомные доступы применяются при новообразованиях переднего средостения, если опухоль незначительно выступает в плевральную полость и глубоко уходит в средостение. К ним относятся полная стернотомия, неполная стернотомия, неполная стернотомия с частичным поперечным пересечением грудины.
- 3) Комбинированные доступы часто применяют в хирургическом лечении опухолей средостения, особенно когда новообразования достигают больших размеров. К ним относятся: торакотомия плюс полная или неполная стернотомия; торакотомия плюс поперечное пересечение грудины по Фридриху; передняя торакотомия плюс воротничкообразный разрез на шее по Кохеру.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2008 – 2009 гг. в торакальном отделении КГКП «Областной онкологический диспансер» проведено оперативное лечение 18 больным с диагнозом опухоли средостения. Возрастной состав больных распределился следующим образом: 7 лет – 1, до 20 лет – 2 пациента, от 20 до 29 лет – 8, от 30 до 39 лет – 1, от 40 до 49 лет – 1, от 50 до 59 лет – 2, от 60 до 69 лет – 3 больных. Мужчин – 7 и женщин – 11.

Чаще опухоли средостения встречались в возрасте 20–29 лет. В диагностике опухолей средостения широко использовали рентгенологические и томографические исследования. По результатам данных исследований установлены опухоли средостения у 18 больных, из которых у 9 опухоль располагалась в переднем, у 9 – в заднем средостении.

При локализации опухоли в заднем средо-

стении и в переднем средостении с выходом границы опухоли в грудную полость оперировали боковым торакотомным доступом в IV – V межреберье. Данный доступ использован у 9 больных. В случаях локализации опухоли в переднем средостении в основном операции выполнялись продольным стернотомным доступом, который был применен 8 больным. В одном случае неполная стернотомия дополнена правосторонней торакотомией.

В процессе оперативного лечения и последующего морфологического исследования установлены следующие формы опухолей, которые приведены в табл. 1.

Таблица 1.
Морфологические формы опухолей средостения

Морфологические формы опухолей	Количество
Невринома заднего средостения	5
Киста заднего средостения	2
Киста переднего средостения	1
Загрудинный узловый зоб	1
Рак щитовидной железы в заднем средостении	1
Липома заднего средостения	1
Тимома	4
Миастения, генерализованная форма	3
Всего:	18

Интерес представляют 2 случая оперативного лечения опухолей средостения.

Пример 1. Больной М-ов Р., 33 г., поступил в торакальное отделение КГКП «Областной онкологический диспансер» 16.10.2008 г. с жалобами на наличие образования на шее справа. Во время осмотра обнаружено опухолевидное образование на боковой поверхности шеи справа размером до 4 см мягкой консистенции. На рентгенограмме от 18.06. 2008 г. в прямой проекции (рис. 1) определяется расширение тени средостения в обе стороны. Верхняя граница выше I ребра на 3 см, средний размер 6х8 см. Деформирован легочный рисунок, корни не дифференцируются. Заключение: больше данных за образование переднее-верхнего средостения.

На компьютерной томографии от 11.09.2008 г. признаки объемного образования переднего средостения с переходом на боковую поверхность шеи справа. Заключение: больше данных за липому.

Клинический диагноз: липома средостения. 20.10.2008 г. произведена боковая правосторонняя торакотомия в IV межреберье. Опухоль занимала полностью переднее-верхнее и среднее средостение с выходом в правую плевральную полость и к верхней границей выше

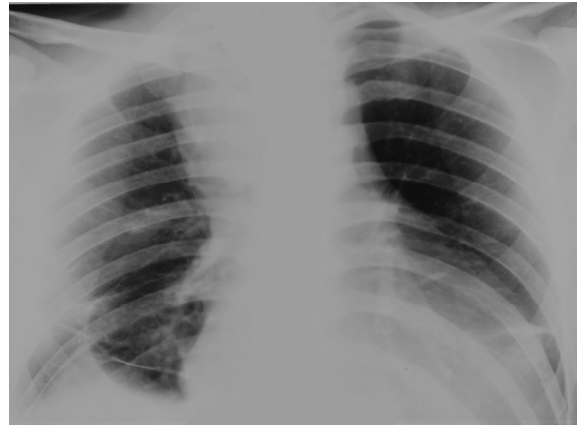


Рис. 1. Прямая рентгенограмма грудной клетки больного М-ова Р. с образованием передне-верхнего средостения

ключицы на боковую поверхность шеи. Опухоль полностью удалена. Размер опухоли 24х20 см. Послеоперационный период протекал без осложнения и больной в удовлетворительном состоянии выписан 29.10.2008 г.

Патогистологический диагноз №1945 от 20.10.2008 г.: образование представлено липоцитами с тонкими соединительно-тканными прослойками. Заключение: липома.

Пример 2. Больная Р-ва Ж, 27 лет, поступила в торакальное отделение КГКП «Областной онкологический диспансер» 14.09.2009 г. с жалобами на общую слабость, осиплость голоса, нарушения глотания. Больная с февраля 2007 г. неоднократно лечилась у эндокринолога с временным улучшением общего состояния. Резкое ухудшение состояния с августа месяца. От консервативного лечения эффект не отмечен и больная эндокринологом направлена в онкодиспансер.

При поступлении состояние больной средней тяжести. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. А/Д 120/80, пульс – 74 в минуту удовлетворительных свойств.

На компьютерной томографии от 26.06.2009 г. в переднем средостении определяется увеличение размеров вилочковой железы ≈ 2,4х3,4 см, протяженность в кранио-каудальном направлении ≈ 4 см, структура образования неоднородна, плотность образования от ≈14ну до ≈24 ну.

Заключение КТ: признаки увеличения объема вилочковой железы (гиперплазия (тимома?). Установлен клинический диагноз: тимома, миастенический синдром, бульбарно – лицевая форма.

Произведена продольная стернотомия 17.09.2009 г. При ревизии средостения выявлена вилочковая железа в виде бабочки, увеличена в размере за счет правой доли 5х10 см и левой доли в размере 4х7 см, ткань вилочковой железы вместе с жировой клетчаткой средостения удалена. Ушивание грудины и швы на кожу. Гистологическое исследование за №16979-87 от 23.09.2009 г.: гиперплазия лимфоидного и эпителиального

компонентов, тельца Гассала крупные. Заключение: гиперплазия вилочковой железы. Послеоперационный период осложнился застойной правосторонней пневмонией, которая разрешилась после медикаментозного лечения. Состояние больной после операции улучшилось, глотательный рефлекс восстановлен, начал восстанавливаться голос, уменьшилась слабость. Выписана в удовлетворительном состоянии 01.10.2009 г.

ВЫВОДЫ

1. Хирургический метод является приоритетным в лечении новообразований средостения.
2. Выбор хирургического доступа зависит от места расположения опухоли.
3. Правильный выбор хирургического доступа в лечении опухолей средостения является профилактикой послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и результаты хирургического лечения внутригрудных нейрогенных опухолей / Р. О. Гагуа, М. И. Мачарашвили, В. О. Кучава и др. // Хирургия. – 2002. – №10. – С. 15 – 17.
2. Диагностика и хирургическое лечение при новообразованиях средостения / В. И. Тришин, О.

В. Оржешковский, А. В. Решетов и др. // Вестн. хирургии. – 2001. – Т. 120, №1. – С. 11 – 15.

3. Пищук В. Г. Новообразования средостения: принципы дифференциальной диагностики и хирургического лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 48 с.

4. Тимомы с миастеническим синдромом / О. К. Шкроб, П. С. Ветшев, И. Х. Ипполитов и др. // Хирургия. – 1998. – № 6. – С. 95 – 99.

5. Хирургическое лечение мезенхимальных опухолей средостения / З. О. Меладзе, М. И. Давыдов, Б. Е. Полонский и др. // Хирургия им. Н. И. Пирогова. – 2008. – №4. – С. 43 – 47.

6. Primary mediastinal mass / K. S. Azarow, R. H. Pearl, R. Zuzucher et al // Z. Thorac. cardiovasa. Surg. – 1993. – V. 106, №1. – P. 67 – 71.

7. Fletcher C. D. Soft tissue tumours. In: Diagnostic Histopathology of Tumors. Fletcher C.D. ed 3 nd ed. Churchill livingstone: London 2006.

8. World Health organization classification of Tumors of the central nervous system / B. W. Schaitauer, D. K. Luis, S. Hunter et al // Eds. Luis. David. – Lyon, 2007. – P. 150 – 162.

Поступила 10.11.09

K. Zh. Musulmanbekov, E. S. Shauenov SURGICAL TREATMENT OF MEDIASTINAL TUMORS

In this article are presented the results of surgical treatment of 18 patients with mediastinal tumors, performed in Thoracic Unit of Karaganda Regional Cancer Center. The surgical approaches were emphasized, depending on tumor localization. Basically, operative treatment was performed in patients with benign tumors. All patients satisfactory handled the operations, postoperative complications weren't observed.

Қ. Ж. Мұсылманбеков, Е. С. Шауенов КӨКІРЕК ҚҰЫСЫ ІСІКТЕРІН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ

Бұл жұмыста Қарағанды облыстық онкология диспансерінің кеуде ісігін емдеу бөлімінде көкірек қуысының ісігіне байланысты 18 ауруға жасалған операцияның нәтижесі берілген. Ісіктің көкірек қуысында орналасқан орнына байланысты хирургиялық емдеу тәсілдері келтірілген. Операция негізінде көкірек қуысының катерсіз ісіктеріне жасалған. Барлық науқастар операцияны сәтті көтеріп, операциядан кейін қабынулар байқалмаған.

Г. Д. Абилямажинова

НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИДА АЗОТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Кафедра внутренних болезней Государственного медицинского университета (Семей)

При любых формах ишемической болезни сердца (ИБС) ишемия миокарда возникает вследствие дисбаланса между доставкой кислорода и потребностью миокарда в нем, который в случае стабильной стенокардии обусловлен ограничением коронарного кровотока из-за критического коронарного стеноза [2, 6]. Уже давно было установлено, что вазодилатирующие и вазоконстрикторные стимулы могут существенно изменить состояние тонуса коронарных артерий, «внося» дополнительный динамический стеноз к уже име-

ющемуся фиксированному. Однако только относительно недавно стало известно, что решающую роль в этом процессе играет эндотелий как регулятор сосудистого тонуса, причем его дисфункция является начальным этапом развития атеросклеротического процесса, даже до появления атеромы [1, 4, 5, 8]. Эндотелий играет ключевую роль в сосудистом гомеостазе. Он отвечает за локальную продукцию оксида азота (II) (NO) из L-аргинина с помощью эндотелиальной NO-синтетазы. Наряду с мощным вазодилататором NO, эндотелий секретирует простаглицлин, другой вазодилататор, а также тканевой активатор плазминогена. В непораженных коронарных артериях любое увеличение потребности миокарда в кислороде сопровождается немедленной дилатацией артериол (около 0,1 мм в диаметре), что обеспечивается «выбросом» вазоактивных факторов (NO, простаглицлины, аденозин). Это, в свою очередь, приводит к поток-обусловленной дилата-

ции более крупных артериол и в конечном итоге увеличению коронарного кровотока, обеспечению увеличенной потребности миокарда в кислороде. Все классические коронарные факторы риска (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, курение) вызывают функциональные и морфологические изменения эндотелия, "слушивание" его участков и, что важно, снижение продукции NO. Установлено, что нарушение эндотелий-зависимой дилатации коронарных сосудов коррелирует с факторами риска ИБС.

Другим важным свойством эндотелия, дисфункция которого приводит к прогрессированию коронарного атеросклероза, являются его антикоагулянтные характеристики [9]. Целостный эндотелий препятствует активации, адгезии и миграции лейкоцитов и регулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки. Повреждение эндотелия приводит к активации пролиферативных процессов, увеличиваются его проницаемость для холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛНП) [3, 7]. В настоящее время не вызывает сомнений отношение всех этих событий к росту и последующему разрыву атеросклеротической бляшки.

Цель исследования – изучение нарушения метаболизма оксида азота при ишемической болезни сердца у женщин, а также влияние его на клиническое течение заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы женщины, средний возраст которых составил $56,3 \pm 2,1$ г. Все обследованные были разделены на 2 основные группы – с резким снижением содержания метаболитов NO в крови (свыше 50% от уровня контрольной группы здоровых лиц) на 1-2 сут заболевания и с умеренным снижением. В I группу вошли 33 пациента, из них 17 – с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) и 16 – с нестабильной стенокардией (НС), во II – 23 (9 – с мелкоочаговым инфарктом и 14 – с нестабильной стенокардией). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей с отсутствием в анамнезе ИБС и повышения АД. Лица контрольной группы были адекватны по полу и возрасту основной группе.

Исследование метаболитов NO в крови осуществляется по методике J. A. Navarro, J. A. Molina, 1993 в модификации В. Б. Карпюк и соавт., 1998.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для оценки вклада нарушений эндотелиального синтеза NO и эндотелиальной дисфункции в течение ИБС нами был проведен анализ некоторых клинических показателей в зависимости от исходного содержания метаболитов NO в крови и от направленности его динамики. Анализировались следующие параметры клинического течения заболевания: при МИМ – эпизоды рецидивирования инфаркта, частота и сроки развития постинфарктной стенокардии; при НС – частота и продолжительность эпизодов ишемии миокарда, развитие ИМ. Данные о частоте развития клинической и электрокардиографической картины рецидивирования МИМ в зависимости от содержания метаболитов NO представлены в табл. 1.

Таким образом, из полученных данных видно, что частота рецидивирования ИМ явно связана с нарушениями синтеза NO эндотелием. Так, все случаи рецидивов наблюдались в группе с исходно резко пониженным содержанием метаболитов NO, а в подгруппе с выраженной динамикой к снижению данного показателя частота рецидивирования была в 3,5 раза выше, чем в подгруппе с отсутствием изменений или тенденцией к повышению.

Частота развития постинфарктной стенокардии (РПИС) в период стационарного лечения также зависела как от исходного содержания в крови больных метаболитов NO, так и от их динамики (табл. 2).

Таким образом, частота развития РПИС у больных МИМ с резко пониженным содержанием метаболитов NO в 2 раза превышает таковую у пациентов с исходно умеренно пониженным содержанием метаболитов NO.

Еще более существенная разница прослеживается в зависимости от динамики эндотелиального синтеза NO. Из 10 больных с выраженной динамикой к снижению содержания в крови метаболитов NO РПИС развилась у 6 (60,0%), в то время как при отсутствии изменений или тен-

Таблица 2.
Частота развития РПИС у больных МИМ в зависимости от содержания метаболитов NO в крови

Группа	Частота развития РПИС	
	абс.	%
от исходного содержания		
с резко пониженным содержанием метаболитов NO, n=17	4	23,5
с умеренно пониженным содержанием метаболитов NO, n=9	1	11,1
от динамики		
с выраженной динамикой к снижению, n=10	6	60,0
с умеренной и незначительной динамикой к снижению, n=18	4	22,2
с отсутствием изменений или тенденцией к повышению, n=24	3	12,5

Таблица 1.
Частота рецидивирования инфаркта миокарда в зависимости от содержания метаболитов NO в крови

Группа	Частота рецидивирования	
	абс.	%
от исходного содержания		
с резко пониженным содержанием метаболитов NO, n=17	2	11,8
с умеренно пониженным содержанием метаболитов NO, n=9	-	0
от динамики		
с выраженной динамикой к снижению, n=10	2	20,0
с умеренной и незначительной динамикой к снижению, n=18	2	11,1
с отсутствием изменений или тенденцией к повышению, n=24	1	4,2

денции к повышению показателя – только в 12,5% случаев. Сроки развития РПИС также были ассоциированы с динамикой содержания метаболитов NO. Так, в большей части случаев РПИС развилась в период наименьшего уровня концентрации метаболитов NO в крови у больных с ее снижением (3-4-5 сут и пребывания больных в стационаре).

Частота и продолжительность болевых и безболевых приступов ишемии миокарда при НС оценивалась путем холтеровского мониторирования ЭКГ в исходный период (1-2 сут пребывания больных в стационаре), анализировалась в зависимости от содержания метаболитов NO в крови (табл. 3).

Отмечалось достоверное превышение частоты болевых и безболевых эпизодов ишемии

миокарда у больных с резко пониженным содержанием метаболитов NO в крови. Так, число болевых ишемических эпизодов в данной группе было на 67,8% выше, чем у пациентов с умеренно пониженным содержанием ($p<0,01$), безболевых – на 74,4% ($p<0,05$), а средняя продолжительность безболевых эпизодов – на 35,4% ($p<0,05$). В результате общая продолжительность ишемических эпизодов за сут в 1 подгруппе больных была больше на 104,5% ($p<0,01$).

Распределение случаев ИМ, наблюдавшихся на стационарном этапе лечения больных с НС, согласно нашим наблюдениям, зависело от динамики содержания метаболитов NO в крови и не зависело от их исходной концентрации (табл. 4). У больных с резко пониженным исходным содержанием метаболитов NO частота инфаркта мио-

Таблица 3.
Характеристика частоты и продолжительности ишемических эпизодов при НС в зависимости от содержания метаболитов NO в крови

Группа	Число ишемических эпизодов		Средняя продолжительность ишемических эпизодов		Общая продолжительность ишемических эпизодов за сутки
	болевых	безболевых	болевых	безболевых	
с резко пониженным содержанием метаболитов NO, n=70	14,6±1,0**	21,8± 1,9*	6,1±0,4	4,2±0,5*	180,6±15,2**
с умеренно пониженным содержанием метаболитов NO, n=58	8,7±0,7	12,5±1,0	5,7±0,5	3,1±0,2	88,3±7,7

* различия между группами достоверны, $p<0,05$

Таблица 4.
Частота развития ИМ у больных НС в зависимости от метаболитов NO в крови

Группа	Частота развития ИМ	
	абс.	%
от исходного содержания		
с резко пониженным содержанием метаболитов NO, n=16	2	12,5
с умеренно пониженным содержанием метаболитов NO, n=14	1	7,1
от динамики		
с выраженной динамикой к снижению, n=7	2	28,6
с умеренной и незначительной динамикой к снижению, n=9	1	11,1
с отсутствием изменений или тенденцией к повышению, n=14	-	0,0

карда составила 12,5%, с умеренно пониженным – 7,1%, в то время как у пациентов с выраженной динамикой к снижению данного показателя частота развития ИМ достигала 28,6%, с умеренной и незначительной динамикой к снижению – 11,1%, с отсутствием изменений или тенденцией к повышению развития ИМ не зарегистрировано.

ВЫВОДЫ

Таким образом, анализ некоторых клинических показателей свидетельствовал о наличии достоверной зависимости тяжести клинического течения ИБС от состояния эндотелиального синтеза оксида азота и, соответственно, степени выраженности дисфункции эндотелия. В ходе изучения уровня метаболитов NO в крови у женщин с ИБС обнаружено, что динамика данного показателя различна в зависимости от степени риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затейщикова А. А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение /А. А. Затейщикова, Д. А. Затейщиков //Кардиология. – 1999, №9. – С. 68 – 81.
2. Angiographic progression of coronary artery disease and the development of myocardial infarction /J. A. Ambrose, M. A. Tannenbaum, D. Alexopoulos et al. //J. Amer. Coll. Cardiol. – 1999, №92. – P. 657 – 671.
3. Busse R. Regulation and functional consequences of endothelial nitric oxide formation /R.

Busse, J. Fleming //Amer. Med. – 2005. – V. 27. – P. 331-340.

4. Endothelin and pathophysiological concentrations mediate coronary vasoconstriction via the endothelin receptor /C. K. Cannan, J. L. Burnett, R. R. Brandt, A. Lerman //Circulation. – 2005. – V. 92, №11. – P. 3312 – 3317.
5. Endothelin in coronary endothelial dysfunction and early atherosclerosis in humans /A. Lerman, D. R. Holmes, M. R. Bell et al. //Circulation. – 1999. – V. 92. – P. 2426 – 2431.
6. Hackett D. Pre-existing coronary stenosis in patients with first myocardial infarction are not necessarily severe /D. Hackett, G. Davies, A. Maseri //Europ. Heart J. – 1998, V. 9: – P. 1317 – 1323.
7. Mathew V. The role of endothelin in coronary atherosclerosis /V. Mathew, D. Hasdai, A. Lerman //Mayo. Clin. Proceedings. – 2006. – V. 71, №8. – P. 769 – 777.
8. Reactive oxygen species are involved in smoking-induced dysfunction of nitric oxide biosynthesis and upregulation of endothelial nitric oxide synthase: an in vitro demonstration in human coronary artery endothelial cells /R. S. Barua, J. A. Ambrose, S. Srivastava et al. //Circulation. – 2003. – V. 13, №107 (18). – P. 2342 – 2347.
9. Vaughan D. E. Endothelial function, fibrinolysis, and angiotensin-converting enzyme inhibition //Clin. Cardiology. – 2001. – V. 20 (SII): II-34-II-37.

Поступила 12.11.09

G. D. Abilmazhinova

NITROGEN OXIDE METABOLISM'S ABNORMALITIES OF THE FEMALE'S ISCHEMIC HEART DISEASE

The present paper examines the influence of the nitrogen oxide metabolite's content in blood on the clinical course of the ischemic heart disease. Middle-aged women were researched. There is the reliable dependence between the clinic course severities of the disease mentioned, the endothelial synthesis of the nitrogen oxides condition and the intensity degree of the endothelium's dysfunction, respectively.

Г. Д. Әбілмәжінова

ӘЙЕЛДЕРДІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫНЫҢ АЗОТ ҚЫШҚЫЛДАРЫНЫҢ МЕТАБОЛИСТІК БҰЗЫЛУЛАРЫ

Зерттеуде орта жастағы әйелдердің ишемиялық жүрек ауруы кезіндегі қандағы азот қышқылдары метаболиттері құрамының әсері туралы талдаулар мен анализдер жасалған. Ишемиялық жүрек ауруының ауыр клиникалық ағымы мен қышқылды азот эндотелиялды синтезі мен, негізінен, эндотелдер дисфункциясы біліну дәрежесі арасындағы нақты байланысы анықталды.

О. Н. Ержанов, Ж. Д. Хасенов

ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ТУБУСНОГО СКАЛЬПЕЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней №1 Карагандинского государственного медицинского университета

По данным ВОЗ, в мире каждый год регистрируется примерно 50 млн. случаев гепатита В. Более 1 млн. заболевших умирают (примерно 100

тыс. – от фульминантных форм, 300 тыс. – от первичной гепатокарциномы, 700 тыс. – от цирроза печени). В мире более 390 млн. человек – носители вируса гепатита С. Его острая форма в подавляющем большинстве случаев протекает в безжелтушном варианте, но у 60-70% заболевших развивается хронический гепатит. Это, по прогнозам ВОЗ, приведет в ближайшие 15-20 лет к увеличению числа больных циррозом печени: на 68% – гепатокарциномы и на 80% – печеночной декомпенсации, что в свою очередь увеличит смертность от заболевания печени (В. Ф. Корсун, 2005).

Низкая эффективность терапевтического лечения цирроза печени послужила причиной появления разнообразных методов хирургического воздействия на патологически измененный орган. Перспективным направлением в лечении диффузных поражений печени являются, по мнению Т. В. Нарцисова (1983), С. А. Пышкина (1986), активация регенераторных механизмов больного органа. Однако, несмотря на широкий диапазон хирургических методов воздействия, им присущи ряд недостатков: высокая степень операционного риска, сложность технического исполнения, также недостаточная эффективность воздействия на процесс регенерации пораженного органа.

Больные циррозом печени составляют основной контингент нуждающихся в ортотопической трансплантации печени (ОТП). Независимо от этиологии, цирроз печени становится причиной гибели пациентов, как правило, в связи с развитием одного или нескольких осложнений: кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и/или кардии, асцита, энцефалопатии, геморрагического синдрома, трансформации в гепатоцеллюлярную карциному (С. В. Готье, О. М. Цирульников, А. В. Филин и соавт. 2001).

В СНГ первую трансплантацию печени в клинике осуществил профессор Ерамишанцев А.К. в 1990 г. Однако, эта операция до сих пор не получила широкого распространения в связи с различными причинами, в том числе с плохой организацией донорства.

Определенной перспективой в хирургическом лечении цирроза печени является разработка способа туннелирования печени как органосохраняющего вида оперативного вмешательства (О. Н. Ержанов, соавт. 2008). Для проведения туннельной резекции печени было необходимо разработать соответствующий инструментарий.

Цель работы – описать применение инструмента для создания туннеля – соустья в цирротически пораженной печени. Инструмент разработан и использован при операциях на экспериментальных животных и 30 больных с циррозом печени.

Хирургический тубусный скальпель состоит из режущего конца лезвия – 1, тела-тубуса – 2, имеющей гладкую, ровную внутреннюю и наружную поверхности, полости – 3, рукоятки – 4, язычка – 5, угла язычка 45° – 6, деления – 7 на 50, 100, 150, 200 мм от начала лезвия, окна – 8, шомпола – 9, защитных колпачков – 10 (рис. 1).

Хирургический тубусный скальпель работает следующим образом.

Тубусный скальпель держат в виде «кулака» в области рукоятки – 4, обратив лезвие – 1 вверх. Под круглой связкой печени, перпендикулярно направляют лезвие в печень и небольшим усилием, вращательными движениями лезвия иссекается печеночная ткань. Иссеченная ткань, вследствие давления и вращения тубусного скальпеля, продвигается по телу – 2, язычок – 5 прижимается к внутренней стенке тела, при этом

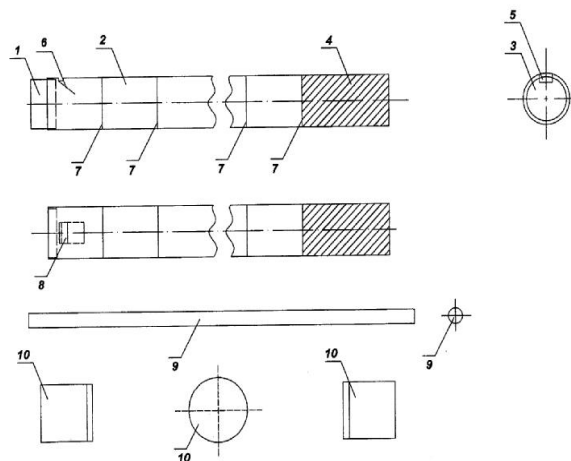


Рис. 1. Строение модели хирургического тубусного скальпеля

угол – 6 уменьшается до 5° , пропуская печеночную ткань. В зависимости от сегмента печени хирург по указанным делениям – 7 иссекает ткань до требуемого уровня. Тело-тубуса – 2 обратно передвигается для изъятия из печени, при этом язычок – 5, опускается вниз, пересекая удаляемую печеночную ткань. Полость – 3 одновременно является контейнером для удаления резецированной ткани печени. После полного извлечения хирургического тубусного скальпеля из печени, шомполом-9 резецированная ткань удаляется из полости – 3 тубуса выталкиванием со стороны лезвия, таким образом, очищая просвет тубуса – 3.

Схема введения тубусного скальпеля в печень при туннельной резекции представлена на рис. 2.

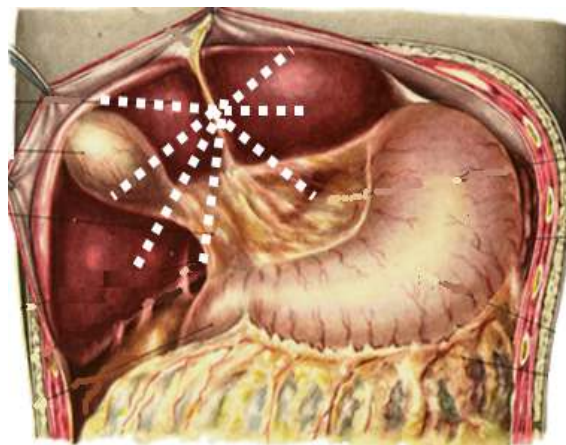


Рис. 2. Схема направлений введения тубусных скальпелей при туннельной резекции печени (схема туннелей указана пунктиром)

Разработанная конструкция хирургического тубусного скальпеля является технически продуманной в плане подготовки инструмента к хирургической операции в асептических (стерильных) условиях. Для соблюдения требуемых санитарных правил и норм тело – 3 тубусно-

го скальпеля является полым, внутренняя и наружные поверхности ровные и гладкие, имеется окно – 8. Перечисленные элементы обеспечивают доступ для моющих и дезинфицирующих средств, а также для беспрепятственного проникновения текучего пара во все элементы устройства при автоклавировании (термической стерилизации). Защитные колпачки – 10 на оба конца устройства предохраняют от механического повреждения элемент лезвия – 1 при транспортировке, хранении и защищают полость тубуса – 3 от различного вида загрязнений.

Преимуществами хирургического тубусного скальпеля являются:

1. Иссекает ткань печени, создавая туннель-соустье в ткани печени между системой портальной и нижней полой вены.
2. Резецирует печеночную ткань внутривнутрипеченочно.
3. Позволяет удалить внутривнутрипеченочную резецированную ткань.
4. Облегчает техническое выполнение операции.
5. Позволяет сохранить внешнюю целостность органа.

Таким образом, нами получены хорошие результаты, так как предлагаемый хирургический тубусный скальпель позволяет резецировать определенный объем цирротической ткани, способствуя снижению портального давления за счет транспеченочного шунтирования, а также стимулирует регенерацию клеток печени и облегчат техническое выполнение резекции печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быченков В. П. К вопросу о репаративных процессах в печени при циррозе: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Свердловск, 1967. – 22 с.
2. Губергриц И. Б. Хронические гепатиты и циррозы печени. //Современная классификация, диагностика и лечение. – 2002. – С. 15 – 19.
3. Корсун В. Ф. Лекарственные растения в гепа-

тологии //Издательский дом «русский врач». – М., 2005. – 179 с.

4. Пальгова Л. К. Цирроз печени. //Современная фармакотерапия основных клинических симптомов и синдромов. – М., №3 – 2003. – С. 123 – 125.
5. Пышкин С. А. Возможности хирургического лечения хронических гепатитов и цирроза печени: Дис. ...д-ра мед. наук. – Челябинск, 1988. – 56 с.
6. Современные подходы в хирургии хронических заболеваний печени /М. А. Алиев, Г. Н. Андреев, Н. А. Ташев, Ж. Р. Нашанов. – Акмола медициналык журналы. – 1998. – №1. – С. 28 – 30.
7. Семенов Г. М. Современные хирургические инструменты. – СПб. – Москва, 2006. – С. 34 – 55.
8. Суевров А. О. Место гепатопротекторов в лечении заболеваний печени //Болезни органов пищеварения. – РМЖ. – Т. 111, №1. – 2001. – С. 93 – 95.
9. Современные принципы и методы исследования на инфицированность эмбрионального материала, используемого для тканевой фетальной терапии /А. З. Файзулин, А. В. Жданов, О. В. Бурменская и др //Трансплантация фетальных тканей и клеток человека. – М. – 1998. – С. 31 – 32.
10. Туннельная резекция печени /Ж. Д. Хасенов, В. А. Цхай, О. Н. Ержанов и др. //Матер. областной научно-практической конф., посвященной 10-летию Областного медицинского центра. Инновационные технологии в медицине и фармации. – Караганда, 2008. – С. 306 – 307.
11. Хирургическое лечение хронического гепатита и цирроза печени в стадии компенсации /А. В. Береснев, Ш. С. Чургосиев, Л. И. Шестирко и др. //Клиническая хирургия. – №9 – 1990. – С. 1 – 3.
12. Huguet C., Nordlinger B., Vacher B et al. //Gastroent. Clin. Biol. – 1985. – V. 9, №3. – P. 244 – 249.

Поступила 18.11.09

О. Н. Erjanov, J. D. Khassenov

SURGICAL TUBS SCALPEL FOR TREATMENT OF THE CIRRHOSIS LIVER

It is Designed and approved in experiment surgical tubs scalpel for performing the tunnel resection liver at cirrhosis. This instrument allows to perfect the results of the surgical treatment of the cirrhosis liver.

О. Н. Ержанов, Ж. Д. Хасенов

ХИРУРГИЯЛЫҚ ТУБУС-СКАЛЬПЕЛДІ БАУЫР ЦИРРОЗЫН ЕМДЕУ ҮШІН ҚОЛДАНУ

Бауыр циррозы кезінде туннельді резекцияға қолданылатын хирургиялық тубус скальпелі эксперименте тексеріліп қолданылған. Бұл құрал бауыр циррозының хирургиялық емінің сапасын жоғарылатады.

С. Б. Маукаева

ИНТЕРЛЕЙКИНОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Кафедра инфекционных болезней Государственного медицинского университета (Семей)

Парентеральные вирусные гепатиты занимают ведущее место среди инфекционных заболеваний ввиду их широкой распространенности и высокой заболеваемости [3, 4]. До настоящего времени они остаются серьезной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой здравоохранения многих стран мира. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, смертности и летальности. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 2 млрд. людей, имеющих признаки текущей или завершившейся инфекции вирусного гепатита.

Благодаря последним достижениям вирусологии, иммунологии и генной инженерии, изучены клинические проявления, особенности патогенеза, диагностика и этиотропное лечение заболеваний печени вирусной этиологии. Вместе с тем мало изучены иммунные реакции, формирующиеся в процессе ответа на специфические антигены [5].

Цель – исследование показателей иммунитета и интерлейкиновой регуляции иммунной системы у больных вирусным гепатитом В.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 60 больных вирусным гепатитом В в возрасте от 16 до 68 лет. Диагноз был подтвержден на основании клинко-эпидемиологических, лабораторных данных и маркерной диагностики. У больных вирусным гепатитом В в крови определяли HBsAg, anti-coreAg IgM, HBeAg, anti-HBeAg. В качестве здоровых обследовались 30 доноров городской станции переливания крови. Все больные с диагнозом «Вирусный гепатит В» были обследованы в период разгара заболевания, на высоте клинических проявлений, с выраженными симптомами интоксикации и желтухи.

У больных были следующие показатели субпопуляционной структуры иммунокомпетентных клеток периферической крови: CD3+ – зрелые Т-лимфоциты; CD3+CD4+ – Т-хелперы; CD3+CD8+ – Т-супрессоры и киллеры; CD3+CD56+CD16+ – Т-киллеры; CD19+ – В-лимфоциты; CD4+CD25+ – активированные CD4+ клетки; CD95+ – активированные лейкоциты всех кластеров дифференцировки методом моноклональных антител с использованием тест-систем. Кроме того, были изучены следующие соотношения: CD3+CD4+/CD3+CD8+ – иммунорегуляторный индекс; CD4+CD25+/CD95+ – индекс активации; реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ по А. Г. Артемовой). Содержание в сыворотке крови ряда цитокинов

(IL-2, IL-6, IL-10, IL-12, ФНО-α) определяли количественным иммуноферментным методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика показателей клеточного иммунитета у больных вирусным гепатитом В представлена в табл. 1.

У больных ВГВ происходило угнетение продукции иммунокомпетентных клеток. Так, число лимфоцитов в периферической крови было ниже, чем в контрольной группе практически здоровых лиц. Однако различия с контролем по данному показателю были недостоверные.

Абсолютное содержание CD3+ клеток было достоверно сниженным на 15,3% ($p < 0,05$) а относительное – на 28,7% ($p < 0,05$). Количество CD3+CD4+ клеток было достоверно сниженным по абсолютным (на 49,6%, $p < 0,05$) и относительным значениям (39,3%, $p < 0,05$).

Также отмечалось достоверное уменьшение числа CD3+CD8+лимфоцитов по их абсолютному и относительному числу (32,7% и 21,9% соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Достоверное снижение было выявлено в отношении содержания в периферической крови CD3+CD56+CD16+ клеток. Данный показатель снижался у пациентов с вирусным гепатитом В, различия по абсолютному значению показателя достигали 33,3%, а по относительному – 21,8% ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Не было выявлено достоверных различий по абсолютному и относительному содержанию В-лимфоцитов (CD19+клеток) в крови.

Количество CD4+CD25+лимфоцитов имело направленность на снижение. Абсолютные значения показателя были ниже контрольных на 28,6% ($p < 0,05$), а относительные уменьшались недостоверно.

Имелась тенденция к превышению абсолютного содержания CD95+ лимфоцитов в крови обследованных больных. Относительное содержание достоверно повышалось на 18,5% ($p < 0,05$).

Соотношение CD3+CD4+/CD3+CD8+ в группе обследованных больных было достоверно снижено относительно контроля. При этом различия по данному показателю составили 24,7% ($p < 0,05$).

Аналогичное снижение было определено и по соотношению CD4+CD25+/CD95+. Его величина составила 38,1% ($p < 0,05$).

Индекс миграции лимфоцитов в РТМЛ был достоверно повышенным. Степень его превышения составила у больных гепатитом В – 112,5% ($p < 0,01$).

Выявленные изменения в клеточном звене иммунитета свидетельствуют о выраженном угнетении клеточного звена иммунитета, что соответствует выраженным клиническим проявлениям заболевания. У всех больных диагностированы симптомы интоксикации, желтушный синдром.

Вместе с тем, число лимфоцитов было в пределах нормы, что свидетельствует о компен-

Таблица 1.
Особенности показателей клеточного иммунитета у больных с вирусным гепатитом В

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=30	Больные вирусным гепатитом В, n=60
Лимфоциты, $10^9/\text{л}$	$2,24 \pm 0,15$	$1,87 \pm 0,14$
CD3+, %	$57,5 \pm 2,7$	$49,2 \pm 2,5^*$
CD3+, $10^9/\text{л}$	$1,29 \pm 0,11$	$0,92 \pm 0,09^*$
CD3+CD4+, %	$40,1 \pm 2,3$	$24,3 \pm 1,5^{**}$
CD3+CD4+, $10^9/\text{л}$	$0,903 \pm 0,082$	$0,455 \pm 0,045^*$
CD3+CD8+, %	$26,0 \pm 1,7$	$20,3 \pm 1,5^*$
CD3+CD8+, $10^9/\text{л}$	$0,565 \pm 0,042$	$0,380 \pm 0,031^*$
CD3+CD56+CD16+, %	$5,5 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,3^*$
CD3+CD56+CD16+, $10^9/\text{л}$	$0,12 \pm 0,01$	$0,08 \pm 0,01^*$
CD19+, %	$11,9 \pm 2,6$	$13,6 \pm 3,3$
CD19+, $10^9/\text{л}$	$0,242 \pm 0,038$	$0,255 \pm 0,044$
CD4+CD25+, %	$9,7 \pm 0,7$	$8,0 \pm 0,6$
CD4+CD25+, $10^9/\text{л}$	$0,21 \pm 0,01$	$0,15 \pm 0,01^*$
CD95+, %	$43,8 \pm 2,1$	$51,9 \pm 2,7^*$
CD95+, $10^9/\text{л}$	$0,91 \pm 0,06$	$0,97 \pm 0,07$
CD3+CD4+/CD3+CD8+	$1,59 \pm 0,09$	$1,20 \pm 0,07^*$
CD4+CD25+/CD95+	$0,25 \pm 0,02$	$0,15 \pm 0,01^*$
РТМЛ, ИМ, %	$22,4 \pm 1,0$	$47,6 \pm 2,3^{**}$

* различия с показателем контрольной группы здоровых лиц достоверны, $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

саторных возможностях организма и адекватности иммунного ответа.

Динамика цитокинового профиля при вирусном гепатите В представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, достоверные различия по содержанию исследованных цитокинов установлено у больных вирусным гепатитом В. По отношению к контрольной группе здоровых лиц отмечалось значительное и многократное превышение содержания ФНО α , IL-6 и IL-12.

Так, степень ФНО α при вирусном гепатите В составила 138,9% ($p < 0,05$). Напротив, содержание IL-2 достоверно снижалось на 44,5%, $p < 0,01$. Степень превышения содержания IL-6 над контролем составила 121,0% ($p < 0,01$).

Установленные нами нарушения в цитокиновом профиле отражают противовоспалитель-

ный ответ организма, который носит адекватный характер наряду с угнетением клеточного иммунитета.

Содержание основного противовоспалительного цитокина (IL-10) достоверно снижалось. Различия с контролем составили 38,2% ($p < 0,01$).

Было зарегистрировано выраженное повышение концентрации в крови IL-12, достигающее 163,0%.

Таким образом, полученные данные снижения CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8, CD+CD56+CD16+ в результате иммунологического исследования больных вирусным гепатитом В свидетельствуют об угнетении клеточного звена иммунитета, о достоверном повышении противовоспалительной регуляторной активности и достоверном снижении полифункциональных и пре-

Таблица 2.
Состояние цитокиновой регуляции у больных вирусным гепатитом В

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=30	Больные вирусным гепатитом В, n=60
ФНО α , пг/мл	$1,8 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,5^*$
IL-2, пг/мл	$11,9 \pm 0,7$	$6,6 \pm 0,3^{**}$
IL-6, пг/мл	$8,1 \pm 0,5$	$17,9 \pm 1,2^{**}$
IL-10, пг/мл	$8,9 \pm 0,4$	$5,5 \pm 0,3^{**}$
IL-12, пг/мл	$2,7 \pm 0,2$	$7,1 \pm 0,4^{**}$

* различия с показателем контрольной группы здоровых лиц достоверны, $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

имущественно противовоспалительных цитокинов (ФНО₂, IL-2, IL-10).

Результатами исследований показана необходимость проведения больным ВГВ ранней корригирующей патогенетической терапии – иммуномодулирующей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Е. Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии). Дис. ...д-ра мед. наук. – СПб, 1997. – 46 с.
2. Жданов В. М. Вирусные гепатиты /Жданов В. М., Ананьев В. А., Стаханова В. М. – М.: Медицина 1986. – 256 с.

3. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты 2-е изд. СПб, Теза, 1997. – 325 с.

4. Подымова С. Д. Болезни печени. – М.: Медицина, 1993. – С. 137 – 154.

5. Alter H. J. The hepatitis C virus and its relationship to the clinical spectrum of NANB hepatitis // J. Gastroenterol. 1990; (suppl.1). – P. 78 – 94.

6. Bredley D. W. Enterically transmitted non-A, non-B hepatitis //Br. Med. Bull. – 1990. – 46. – P. 442 – 61.

7. Ярилин А. А. Основы иммунологии. – М.: Медицина, 1999. – 608 с.

Поступила 18.11.09

S. B. Maukayeva

INTERLEUKIN REGULATION OF IMMUNE SYSTEM AT PATIENTS WITH HBV-INFECTION

60 patients with viral hepatitis B are examined. The aim of investigation is to study cellular immunity and interleukin regulation at patients with viral hepatitis B. Results of investigation revealed depression of cellular immunity, increase of proinflammatory regulatory activity, and reliable decrease of polyfunctional and mostly anti-inflammatory cytokines.

С. Б. Маукаева

В ВИРУСЫ ГЕПАТИТ ПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕСІН ИНТЕРЛЕЙКИНДІК РЕТТЕУ

В вирусы гепатит пен 60 науқас зерттелінді. Зерттеудің мақсаты – В вирусы гепатит пен ауыратын науқастардың иммундық жүйесін интерлейкиндік реттеу және иммунитет көрсеткіштерін зерттеу. Зерттеудің нәтижесінде ВГВ-мен ауыратын науқастарда жасушалық деңгейдегі иммунитеттің төмендеуі, қабынулық реттеу белсенділігінің артуы және полифункционалдық және көбінесе қабынуға қарсы цитокиндердің төмендеуі анықталды.

**Х. И. Итжанова, А. Т. Медешова,
С. Б. Ахметова, С. М. Адекенов**

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ МАЗИ НА ОСНОВЕ ЭФИРНОГО МАСЛА АЯНИИ КУСТАРНИЧКОВОЙ

Кафедра фармацевтических дисциплин с курсом химии Карагандинского государственного медицинского университета, АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия» МОН РК (Караганда)

Современная медицина имеет в своем арсенале разнообразные по характеру и назначению лекарственные препараты для профилактики и лечения гнойно-воспалительных инфекций кожи и слизистых оболочек. Тем не менее, потребность в высокоэффективных доступных отечественных лекарственных препаратах удовлетворяется не полностью. Наиболее часто применяемые для лечения данной патологии лекарственные средства – антибиотики, синтетические антимикробные препараты, как правило, быстро вызывают развитие лекарственной устойчивости у микроорганизмов и обладают побочными действиями.

Среди лекарственных средств интересную группу представляют препараты растительного происхождения с широким спектром антимикроб-

ной активности. Применение таких средств имеет гораздо меньшую вероятность возникновения резистентности к ним микроорганизмов. Преимуществом препаратов из лекарственных растений является также их высокая эффективность, хорошая переносимость в терапевтических дозах, малая токсичность и возможность длительного применения без риска возникновения побочных явлений, что позволяет использовать их для всех возрастных групп [1, 2].

Выбор эфирного масла аянии кустарничковой в качестве субстанции для получения мази обусловлен его широким спектром антимикробного действия и эффективностью в отношении ряда патогенных микроорганизмов [3, 4]. В результате предшествующих исследований установлен спектр антибактериального действия эфирного масла аянии кустарничковой и его основных компонентов (1,8-цинеола). Показано, что оно обладает выраженным антибактериальным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, что послужило теоретической предпосылкой для разработки ранозаживляющих препаратов на ее основе.

Для расширения ассортимента антимикробных средств нами разработан состав и технология получения мази с эфирным маслом аянии кустарничковой.

Целью данного исследования явилось изучение антимикробной активности мази на основе

эфирного масла аянии кустарничковой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования служили следующие образцы: образец №1 (ЭМАК 1,0, димексид 10,0; полиэтиленгликоль (ПЭГ) 1500 19,0; полиэтиленгликоль 400 до 100,0), образец №2 (ЭМАК 1,0, Твин 80 2,0; натрия карбоксиметилцеллюлоза 5,8; вода очищенная 81,48; глицерин 0,7), образец №3 (ЭМАК 1,0, полиэтиленгликоль 1500 29,0; (ПЭГ) 400 до 100,0).

Образцы мази подвергали исследованию на антимикробную активность. Изучение антимикробной активности вышеуказанных образцов проводилось методом диффузии в агар. В качестве тест-культур были взяты музейные штаммы грамположительных бактерий видов *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*; грамотрицательных бактерий *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, а также дрожжеподобных грибов *Candida albicans*. В качестве препаратов сравнения использовали мазевую форму препаратов: левосин (Левосин) для бактерий и нистатин для культуры грибов *C. albicans*. В качестве контроля использовали образцы мазевых основ.

Культуры выращивали на жидкой среде (рН 7,3±0,2) при температуре от 30 до 35°C в течение 18-20 ч. Культуры разводили 1:1000 в стерильном 0,9% растворе натрия хлорида изотоническом, вносили по 1 мл в чашки с соответствующими элективными питательными средами для изучаемых тест-штаммов и засевали по методу «сплошного газона». После подсушивания на поверхности агара формировали лунки размером 6 мм, в которые вносили исследуемые образцы мази, препараты сравнения и контроль. Посевы инкубировали при 37°C, учет результатов проводили через 24 ч.

Антимикробную активность образцов определяли по диаметру зон задержки роста тест-штаммов (мм). Диаметр зон задержки роста меньше 10 мм и сплошной рост в чашке оценивали как отсутствие антибактериальной активности, 10-15 мм – слабая активность, 15-20 мм – умеренно выраженная активность, свыше 20 мм – выраженная. Каждый образец испытывался в

трех параллельных опытах. Статистическую обработку проводили методами параметрической статистики с вычислением средней арифметической и стандартной ошибки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования антимикробной активности образцов приведены в табл. 1.

ВЫВОДЫ

Мы считаем, что в технологии мягкой лекарственной формы наибольшее значение имеет используемая мазевая основа, имеющая в составе только полиэтиленгликоль (ПЭГ-400 и ПЭГ-1500), так как образец №3 обладает умеренно выраженной активностью в отношении грамположительных бактерий видов *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*, менее выраженной активностью в отношении грамотрицательных видов *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, а также дрожжеподобных грибов *Candida albicans*, тогда как образцы №1 и №2 избирательно активны только в отношении *Bacillus subtilis*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Динамика анатомического строения *Ajania fruticulosa* (Ledeb.) Poljak. В период вегетации и антимикробная активность эфирных масел /А. Д. Дукенбаева, Д. Б. Дукенбаев, С. Б. Ахметова и др. //Фармация Казахстана. – 2005. – спец. вып. – С. 17 – 19.
2. Зюбр Т. П. Разработка состава и технологии получения дерматологической мази с рододендрона золотистого экстрактом сухим Т. П. Зюбр, И. А. Мурашкина, Н. А. Ковалева //Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: Сб. науч. тр. – Вып. 61. – Петригорск, 2006. – С. 92 – 93.
3. К стандартизации отечественных фитопрепаратов на основе эфирных масел /Б. М. Танагузова, С. А. Ивасенко, Г. А. Атажанова и др. //Фармация Казахстана. – 2005. – спец. вып. – С. 25 – 26.
4. Разработка состава и технологии мази для лечения II фазы раневого процесса /И. В. Алексеева, Л. Н. Олешко, Т. Л. Малкова и др. // Фармация. – 2003. – №5. – С. 34 – 37.

Поступила 19.11.09

Таблица 1.
Антимикробная активность мази на основе эфирного масла аянии кустарничковой

Шифр	<i>S. aureus</i>	<i>Bacillus Subtilis</i>	<i>E. coli</i>	<i>Ps. aeruginosa</i>	<i>Candida albicans</i>
Образец №1 (1% ЭМАК мазевая форма)	13,0±1,0	15,0±1,0	12,0±1,0	11,0±1,0	11,0±1,0
Основа №1	-	-	-	-	-
Образец №2 (1% ЭМАК мазевая форма)	14,0±1,0	15,0±1,0	11,0±1,0	11,0±1,0	11,0±1,0
Основа №2	-	-	-	-	-
Образец №3 (1% ЭМАК мазевая форма)	15,0±1,0	15,0±1,0	12,0±1,0	11,0±1,0	11,0±1,0
Основа №3	-	-	-	-	-
Мазь левосин	13,0±1,0	14,0±1,0	12±1,0	-	-
Нистатиновая мазь	-	-	-	-	22,0±1,0

H. I. Itjanova, A. T. Medeshova, S. B. Ahmetova, S. M. Adekenov
RESEARCH OF ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF OINTMENT THAT IS MADE IN BASE
OF ETHER OIL OF AJANIA FRUTICULOSA

In this article are cited results of antimicrobial activity of ointment that is made in base of ether oil of *Ajania fruticulosa*.

Х. И. Итжанова, А. Т. Медешова, С. Б. Ахметова, С. М. Әдекенев
AJANIA FRUTICULOSA ЭФИР МАЙЫ НЕГІЗІНДЕГІ ЖАҒАР МАЙДЫҢ МИКРОБҚА ҚАРСЫ
БЕЛСЕНДІЛІГІН ЗЕРТТЕУ

Бұл мақалада *Ajania fruticulosa* эфир майын әртүрлі негіздерде дайындалған жағар майлардың микробқа қарсы белсенділіктері нәтижелері берілген.

Д. Г. Магзумова

ОЦЕНКА ПРИЗНАКОВ ОГРАНИЧЕНИЯ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ
ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ У ДЕТЕЙ
С ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЕЙ

Карагандинский государственный медицинский университет

Проблема лечения детей с патологией органа зрения приобретает актуальное направление, так как имеет не только медицинскую, но и социальную значимость [2, 3, 4, 5, 6, 7].

У детей с нарушением зрения отмечаются недостатки прослеживающей функции, что нередко обусловлено сужением полей зрения [1, 2]. При этом возникают трудности в двигательном развитии, развитии функции равновесия, координации движения, отмечается нарушение осанки, отсутствует уверенность при выполнении заданий. У таких детей зачастую плохо развита речь, ограничен словарный запас, они затрудняются в овладении образными выражениями. Дети с нарушением зрения нуждаются в специально организованных условиях воспитания (определенный двигательный режим, соблюдение норм освещенности помещений, необходимый дидактический и игровой материал) и обучения (система специальных коррекционных и общеобразовательных занятий, проводимых тифлопедагогами, логопедами и психологами), а также общеобразовательных занятий, проводимых воспитателями и учителями [1, 3, 4, 6].

Цель исследования: определить признаки ограничения жизнедеятельности и степень их выраженности у детей с патологией органа зрения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящей работе использованы результаты обследования и лечения 115 детей в возрасте до 16 лет (мальчиков – 65, девочек – 50), анализ 1 321 дел МСЭ за период 2003-2009 гг.

Обследование включало визометрию, тонометрию, определение рефракции методом скиаскопии и рефрактометрии, осмотр оптических сред и глазного дна методом обратной и прямой офтальмоскопии в условиях медикаментоз-

ного мидриаза, периметрию, циклоскопию, характер зрения – при помощи цветотеста Е. М. Белостоцкого, угол косоглазия определяли по методу Гиршберга, степень амблиопии устанавливалась согласно классификации Аветисова (1960), ЭФИ, ЭРГ, УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем детям с косоглазием сначала проводилась коррекция аметропии, подбирались очки, назначалась окклюзия в зависимости от степени девиации и тяжести амблиопии. Далее детям подбирались индивидуально комплекс лечебно-тренировочных занятий (зрительные нагрузки, аппаратное лечение). В лечении использованы аппараты: амблиотренер АТР-1, синаптофор, мускултренер МТ-1, прибор для исследования бинокулярного зрения проекционный ПБИ-1, макулолестер поляризационный МТП-2, локальное световое раздражение центральной ямки сетчатки «спящим светом».

После проведенного лечения у 5 детей с высокой амблиопией острота зрения повысилась до 0,1, у 7 – амблиопия средней степени стала слабой. Положительная динамика наблюдалась и по углу косоглазия: у 93% детей угол косоглазия уменьшился, у 5 детей отмечается переход из монолатерального в альтернирующее косоглазие.

После проведенного лечения 8 детям с содружественным сходящимся косоглазием и остротой зрения 0,8-1,0, альтернирующим характером зрения и сохраняющимся углом косоглазия 15-20° проведено оперативное лечение (устранение косоглазия). У всех детей девиация после операции 0°.

Хирургическое лечение врожденной, травматической и осложненной катаракты проводилось по стандартной методике, включающей факоаспирацию с имплантацией ИОЛ (модель Acrysof IQ Alcon), в случае травматической и осложненной катаракты проводилась реконструкция передней камеры.

По результатам хирургического лечения врожденной, травматической и осложненной катаракты у 38 детей острота зрения повысилась до 0,4-0,5, у 12 детей – до 0,6-0,7, у 9 детей – до 0,8-1,0. Полученная острота зрения сохранялась у 63% пациентов, сроки наблюдения до 3 лет.

Прогрессирование близорукости было

устранено методом склеропластики по – Пивоварову-Приставко у 25 пациентов, фибринообразующими компонентами крови (5 пациентов).

Гипотензивные операции проведены 58 пациентам (в 89% случаев уровень ВГД снизился до нормального).

Консервативное лечение по поводу дис-

трофических заболеваний глаз проведено 387 пациентам. Использованы препараты, улучшающие гемодинамику глаза, усиливающие обменные процессы в сетчатой и сосудистой оболочках глаза, ангио-, ретинопротекторы. Во всех случаях достигнуто улучшение и стабилизация зрительных функций, что подтверждено данными биохи-

Таблица 1.

Зрительные нарушения и вызванные ими ограничения жизнедеятельности у детей с офтальмопатологией

Возрастной период	Функциональный класс	Характеристика зрительных функций	Ограничение жизнедеятельности, степень их выраженности
От 0 до 3 лет	Проводится только качественная оценка		Игровая деятельность – ФК-IV, общение – ФК-IV, ориентация – ФК-IV
От 3 до 7 лет	ФК-I Легкое нарушение зрительной функции	Острота зрения 0,3, поле зрения – норма или сужено до 40°, ЭФИ: пророк МА – до 80 (мкА), лабильность – до 45 (Гц)	Игровая деятельность – ФК-I, общение – ФК-I, ориентация – ФК-I
	ФК-II Умеренное нарушение зрительной функции	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,1-0,3, двустороннее концентрическое сужение полей зрения более 20, но менее 40° ЭФИ – порог МА до 120 (мкА), лабильность до 30 (Гц)	Игровая деятельность – ФК-II, общение – ФК-II, ориентация – ФК-II
	ФК-III, Выраженные нарушения зрительной функции	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,1-0,05. Двустороннее концентрическое сужение полей зрения более 10 но менее 20°, единичные, множественные несливные скотомы; ЭФИ – порог МА до 300 (мкА), лабильность до 20	Игровая деятельность – ФК-III, общение – ФК-III, ориентация – ФК-III, самообслуживание – ФК-I-II, передвижение – ФК-I-II
	ФК-IV Значительно выраженные нарушения зрительных функций	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0 до 0,04. Двустороннее концентрическое сужение полей зрения от 0 до 10°, центральные скотомы ≥ 10 ; ЭФИ – порог МА более 30 (мкА), лабильность менее 20 (Гц) или отсутствует	Игровая деятельность – ФК-III, общение – ФК-III, ориентация – ФК-IV, самообслуживание – ФК-III, передвижение – ФК-IV
От 7 до 18 лет	ФК-I Легкое нарушение зрительной функции	Острота зрения 0,3, поле зрения – норма; скотом нет; ЭФИ: порог МА – до 80 (мкА), лабильность – до 45 (Гц);	Обучение – ФК-I, общение – ФК-I, ориентация – ФК-I, передвижение – ФК-I, трудовая деятельность – ФК-I
	ФК-II Умеренное нарушение зрительной функции	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,1-0,3, двустороннее концентрическое сужение полей зрения более 20, но менее 40°, скотом нет ЭФИ – порог МА до 120 (мкА), лабильность до 30 (Гц);	Обучение – ФК-I-II, общение – ФК-I, ориентация – ФК-I-II, передвижение – ФК-I, трудовая деятельность – ФК-I, самообслуживание – ФК-I
	ФК-III, Выраженные нарушения зрительной функции	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу до 0,1-0,05. Двустороннее концентрическое сужение полей зрения более 10 но менее 20°, единичные, множественные несливные скотомы; ЭФИ – порог МА до 300 (мкА), лабильность до 20	Обучение – ФК-II-III, общение – ФК-II-III, ориентация – ФК-II-III, самообслуживание – ФК-II, передвижение – ФК-II, трудовая деятельность – ФК-II
	ФК-IV Значительно выраженные нарушения зрительных функций	Снижение остроты зрения в лучше видящем глазу от 0 до 0,04. Двустороннее концентрическое сужение полей зрения от 0 до 10°, центральные скотомы ≥ 10 ; ЭФИ – порог МА более 300 (мкА), лабильность менее 20 (Гц) или отсутствует	Обучение – ФК-III, общение – ФК-III, ориентация – ФК-IV, самообслуживание – ФК-III, передвижение – ФК-III-IV, трудовая деятельность – ФК-III

мических исследований крови и слезы, ЭФИ, ЭРГ.

Лечение спазма аккомодации проведено 87 пациентам, в 91% случаях спазм аккомодации устранен. Степень ограничения жизнедеятельности в основном напрямую зависит от степени нарушения зрительной функции:

1. Легкая (I) степень нарушения зрительной функции, как правило, не приводит к ограничению жизнедеятельности.

2. Умеренное (II степени) нарушение зрительной функции приводит к легкому (I степени) ограничению практически во всех категориях ограничения жизнедеятельности.

3. Выраженное (III степени) нарушение зрительной функции приводит к ограничению жизнедеятельности средней (II) степени в тех же его категориях.

4. Значительно выраженные (IV степени) нарушения зрительной функции сопровождаются тяжелым (III степени) ограничением в таких категориях, как способность к самообслуживанию, к самостоятельному передвижению и к ориентации в окружающем пространстве. Что касается способности к обучению и к общению, то их ограничение далее не усугубляется и остается на уровне средней (II) степени.

ВЫВОДЫ

1. Степень ограничения жизнедеятельности зависит от степени нарушения зрительных функций.

2. Эффективность лечения обусловлена непрерывностью лечения и постоянным контролем и наблюдением со стороны офтальмолога.

3. Необходимо создание лечебно-коррекционных групп (центров) для детей с патологией органа зрения с участием офтальмологов и педагогов, создание специальных реабилитационных программ, включающих комплекс лечебно-трени-

ровочных мероприятий и мер социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глинская Т. Н. Подходы к оценке ограничения жизнедеятельности у детей /Т. Н. Глинская, Т. Н. Бузенкова //Медико-социальная экспертиза и реабилитация: сб. науч. статей. – Минск, 2002. – Вып. 4. – С. 19 – 22.

2. Комплексная реабилитация (абилитация) детей-инвалидов в условиях детской поликлиники: Метод. рекомендации //Белорусский науч.-исслед. Институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов; под редак. Т. С. Щуплецов. – Минск, 2000. – 80 с.

3. Либман Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России /Е. С. Либман, Е. В. Шахова //Съезд офтальмологов, 7-ой. тез. докладов. – 2000. – Ч. 2. – С. 209 – 215.

4. Попова Т. В. Медико-социальная характеристика детей – инвалидов и пути их реабилитации: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – СПб., 1995. – 28 с.

5. Результаты лечения детей с косоглазием /А. Ж. Аубакирова, Г. К. Токсамбаева, Л. К. Кейкина, С. К. Пучко //Актуальные вопросы детской офтальмологии. – Мат. респуб. конф. – Алматы, 2007.

6. Смычек В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация детей с органическими поражениями ЦНС /В. Б. Смычек, Бузенкова Т. Н. – Минск, 2003. – 191 с.

7. Guralnich M. N. The social competence as instruction of the program of the help to children-invalids per early days of disease //J. Ment. Defic. Res. – 1989. – V. 33, №4. – P. 275 – 281.

Поступила 23.11.09

D. G. Magsumova

ESTIMATION OF SIGNS OF RESTRICTION OF ABILITY TO LIVE AND DEGREE OF THEIR EXPRESSIVENESS AT CHILDREN WITH OPHTHALMOPATHY

The analysis of results of inspection and treatment of 115 children, and also the analysis of 1321 affairs MSE has revealed the following: degree of restriction of ability to live (ability to self-service, independent movement, to orientation in surrounding space) directly depends on degree of infringement of visual functions. Ability to training and to dialogue thus remains.

Мағзұмова Д. Г.

ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯ ДЕРТІНЕ ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДАҒЫ ӨМІР БЕЛСЕНДІЛІГІ ШЕКТЕЛУІНІҢ БАҒАСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ БАЙҚАЛУ ДЕҢГЕЙЛЕРІ

115 сырқат баланы және 1321 медициналық істі зерттеудің талдау нәтижесі келесі көріністерді анықтады: өмір белсенділігінің шектелу деңгейі (өзіне өзі қызмет көрсету, дербес қозғалу, қоршаған ортаға бағдарлану қабілеті) көру қызметі бұзылу деңгейіне тікелей байланысты. Бұл ретте үйренуге және қарым-қатынас жасауға деген қабілет жоғалмайды.

А. Б. Садуакасова

МЕТОДИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АО «Медицинский университет Астана», РГП
«Национальный научный медицинский
центр» (Астана)

Стремление к получению исчерпывающей информации о топографической локализации патологического образования и уменьшении объема операции вызывает необходимость точного предварительного определения местонахождения непальпируемого очага в железе.

Известно, что далеко не все диагностические задачи в маммологической практике решаются с необходимостью хирургу однозначностью, даже при оптимальном использовании всего арсенала методов визуализации, включающего в себя рентгеноконтрастные методы исследования, рентгеновскую компьютерную томографию и ядерно-магнитно-резонансное исследование. Именно от эффективного использования основных диагностических методов в определяющей степени зависят результаты лечения заболеваний молочной железы [4, 6].

Целью исследования явилось определение оптимального способа предоперационной маркировки образований молочной железы по данным маммографии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 26 больных, оперированных в хирургическом отделении Национального научного медицинского центра. Всем больным была проведена дооперационная маркировка патологического образования с последующей интраоперационной секторографией и морфологическим анализом полученного материала. По возрасту боль-

ные распределились следующим образом: от 28 до 35 лет – 4 (15,4%) человека, от 36 до 40 лет – 8 (30,8%), от 41 до 45 лет – 6 (23%), от 46 до 50 лет – 4 (15,4%) человека, с 51 до 61 г. – 4 (15,4%). Всем женщинам проводилось ультразвуковое исследование и маммография в стандартных проекциях. Маммография проведена на аппарате «Mammodiagnost 4000» фирмы Philips. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «HDI-1500» фирмы «Philips», с частотой датчика 7,5 – 9,0 МГц, с применением линейного формата, в режиме реального времени. По локализации патологического образования выделены следующие группы: в правой молочной железе опухоль располагалась у 7 (27%) женщин, в левой – у 16 (61,5%), двусторонняя локализация отмечена у 3 (11,5%) женщин. В проекции верхненаружного квадранта патологическое образование располагалось у 13 (50%) женщин, на границе 2 верхних квадрантов – у 4 (15,4%) женщин, в проекции центрального квадранта – у 7 (27%) пациентки, на границе 2 наружных квадрантов – у 2 (7,6%) женщин.

Результаты гистологического исследования оперативного материала представлены в табл. 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применяемые в современной маммологии устройства и методики для предоперационной стереотаксической маркировки непальпируемых новообразований молочной железы разнообразны и не лишены определенных недостатков. Поиск выявленного на маммограммах узлового уплотнения в молочной железе вызывает серьезные затруднения, так как маммография выполняется в условиях дозированной компрессии молочной железы, которую невозможно воссоздать на операционном столе, где молочная железа распластана на грудной стенке. Попытка удаления опухоли «наугад» приводит к напрасному удалению значительных по объему участков ткани молочной железы, что, наряду с серьезными косме-

Гистологические варианты, выявленные при операции

Таблица 1.

Гистологические варианты	Количество больных	
	абс	%
Периканаликулярная фибroadенома	7	27
Интраканаликулярная фибroadенома	4	15,4
Фибroadенома смешанного строения	4	15,4
Ангиофиброма	1	3,8
Внутрипротоковый рак	2	7,7
Инфильтрирующая карцинома	1	3,8
Фиброзно-кистозная болезнь с признаками пролиферации	4	15,4
Фиброзно-кистозная болезнь, склерозирующий аденоз	2	7,7
Фиброзно-кистозная болезнь, пролиферативная форма, хронический продуктивный мастит	1	3,8
Всего	26	100

тическими и хирургическими недостатками, отнюдь не гарантирует адекватного удаления опухоли, это зачастую выявляется только на контрольных маммограммах [5].

Уточнение локализации патологического очага, выявленного на маммограммах, некоторыми авторами проводилось на основании изучения снимков, выполненных в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Авторы дополняли изучение маммограмм вычерчиванием схемы молочных желез в двух проекциях, на которую наносили изображение патологического очага, а затем в сантиметрах измеряли расстояние от очага до продольного и поперечного перпендикуляров, проведенных через центр железы, и расстояние от очага до кожи. Ориентируясь на произведенные измерения, в соответствующий сектор железы вводили иглу с мандреном или иглу в рентгеноконтрастном пластиковом чехле. Повторной двухпроекционной маммографией уточнялось положение иглы по отношению к патологическому очагу. Затем игла извлекалась, а мандрен или пластиковый чехол оставался в ткани железы и служил ориентиром для хирурга, выполняющего операцию [1]. Этот метод не обладал достаточной точностью за счет того, что молочная железа не являлась фиксированным в пространстве геометрическим объектом, и при изучении двух перпендикулярных проекций оказывались сравнимыми железы с несколько разным пространственным расположением опухоли в них.

В настоящее время применяют несколько методик искусственного контрастирования непальпируемых образований: внутритканевая маркировка патологического очага перед операцией, рентгенография удаленного сектора молочной железы и разметка его для последующего патоморфологического исследования [6]. Методика внутритканевой маркировки заключается в следующем: перед операцией по рентгенограммам на коже молочной железы размечают локализацию непальпируемого образования, затем, ориентируясь на полученные точки, с помощью пункционной иглой вводят не более 0,3-0,5 мл смеси водорастворимого рентгеноконтрастного препарата и метиленового синего, которые служат ориентиром хирургу и затем патоморфологу [2].

Большое количество разных методик, и, наряду с этим, отсутствие одной, общепризнанной, свидетельствуют о необходимости поиска оптимального способа предоперационной маркировки образований молочной железы, обеспечивающей достаточную точность, отличающейся простотой, возможностью массового использования и экономической эффективностью. Современные маммографические аппараты снабжены специальной стереотаксической установкой. Но многие стационары, диспансеры не имеют такой дорогостоящей аппаратуры, поэтому вопрос о предоперационной маркировки непальпируемых образований на сегодняшний день остается от-

крытым.

В нашем исследовании предоперационная маркировка проводилась по данным маммограмм следующим образом. Молочную железу располагали между компрессионными пластинами в маммографе в прямой проекции. На верхнюю пластину устройства помещали маммограмму, выполненную накануне либо в день исследования. Создавали дозированную компрессию до момента, чтобы контур железы на снимке соответствовал таковому, расположенному в аппарате маммографа. Таким образом, получали соотношение тканей молочной железы в пространстве, аналогичное таковому при выполнении маммографии. Наносили отметку 1 на коже, в проекции образования на снимке. Затем молочную железу перемещали в медиолатеральную проекцию, под углом 45° . Ставили отметку 2 на коже, соответствующей локализации образования на рентгено-

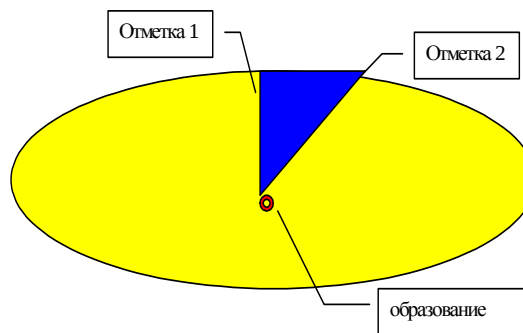


Рис. 1. Фронтальный разрез молочной железы в прямой проекции (схема)

грамме в косой проекции (рис. 1). После осуществления отметок проводили измерение расстояния между ними. Основываясь на законе геометрии о прямоугольном равнобедренном треугольнике, расстояние от уровня кожи до образования в ткани молочной железы всегда является равным расстоянию между отметками 1 и 2, поскольку эта линия является катетом прямоугольного равнобедренного треугольника, острые углы которого равны 45° , что подтверждает перемещение молочной железы в пространстве между пластинами маммографа под углом 45° – косая проекция и 90° – прямая проекция. Таким образом, образуется прямоугольный равнобедренный треугольник, вершинами треугольника являются отметки 1 и 2, первый катет – расстояние между данными отметками, второй катет – расстояние от интересующего образования до кожи (рис. 2)

Контроль адекватности выполненной маркировки мы осуществляли путем проведения маммографии удаленного сектора молочной железы и последующим макроскопическим и микроскопическим анализом.

Клинический пример. Больная С., 1956 г.р. Диагноз до операции: Фиброаденома правой молочной железы. При осмотре данное образование не пальпируется. На маммографии в проекции верхненаружного квадранта визуализируется

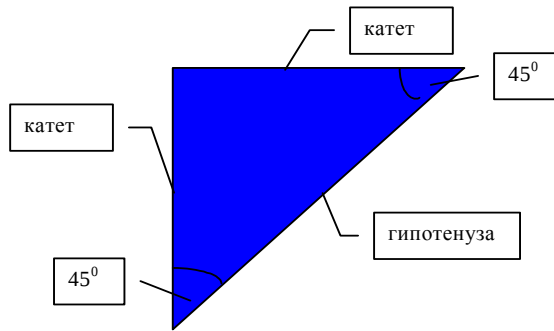


Рис. 2. Схема получаемого прямоугольного равнобедренного треугольника, с равными катетами и углами 45°

округлой формы интенсивная тень с четкими, ровными контурами, размером 1,4х1,3 см, окруженная «ободком» просветления по периферии, что характеризует экспансивный рост образова-

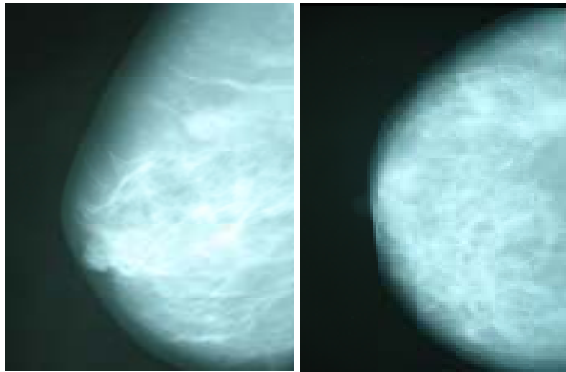


Рис. 3. Маммограммы в прямой и косой проекции правой молочной железы больной С., 1956 г.р.

ния — фиброаденомы (рис.3).

При ультразвуковом исследовании в проекции верхненаружного квадранта определяется гипоэхогенная тень размером 1,3х1,2 см, с четкими, несколько неровными контурами, без эффекта «дистального усиления звука» и боковых те-



Рис. 4. Эхотомограмма правой молочной железы больной С., 1956 г.р.

ней (рис. 4).

При интраоперационной секторографии визуализируется данное образование размером

1,4х1,3 см, с четкими ровными контурами (рис. 5). При гистологическом исследовании: фиброзно-кистозная болезнь, пролиферативная форма,

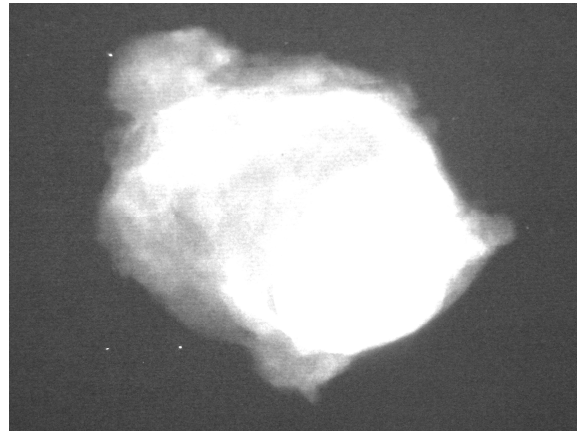


Рис. 5. Интраоперационная секторография (больная С., 1956 г.р.)

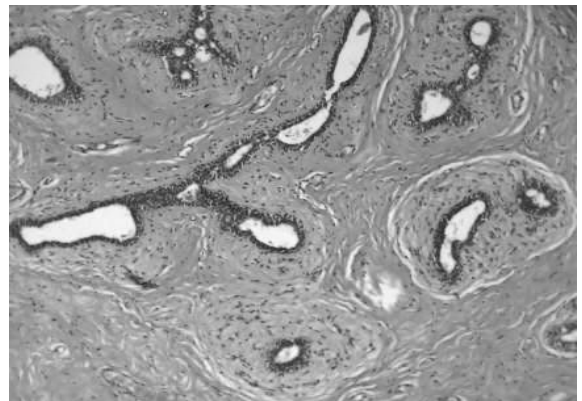


Рис. 6. Гистологическая картина периканаликулярной фиброаденомы (окраска гематоксилин и эозин, $\times 100$)

периканаликулярная фиброаденома (рис. 6).

Таким образом, благодаря такому способу маркировки, мы смогли дать информацию о локализации, глубине расположения патологического процесса и подсказать доступ к секторальной резекции. Становится возможным выполнение так называемых «малых» хирургических операций, что способствует избежанию осложнений в послеоперационном периоде и значительно снижает ущерб психо-эмоциональному статусу пациентов. Данная методика отличается простотой выполнения и доступна для использования в любом лечебном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Методика и техника выявления «непальпируемых» (доклинических) форм рака молочной железы /Э. Л. Нейштадт, Р. Т. Попова, В. Ф. Семиглазов, М. Ф. Черномордикова //Ранняя диагностика рака молочной железы. — Л. — 1980. — С. 128 — 133.
2. Рожкова Н. И. Современный взгляд на диагностику узловой мастопатии /Н. И. Рожкова, В. П. Харченко, Л. Ц. Якобе //Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1995. — №6. — С. 15 — 18.

3. Школьник А. Д. Современные подходы к диагностике непальпируемых опухолей молочной железы /А. Д. Школьник, А. Ф. Карташова //Анналы пластической и реконструктивной хирургии. – 1999. – №2. – С. 32 – 40.
4. Dershaw D. D. Stereotactic breast biopsy: indications and results /D. D. Dershaw, L. Liberman //Oncology (Huntingt) 2001. – Jun. – V. 12 (6). – P. 907 – 916.

A. B. Saduakassova

PREOPERATIONAL MARKING OF NONPALPABLE FORMATION OF BREAST

Analyzed the results of surgical treatment of 26 patients operated women with breast nonpalpable entities. A preoperational marking entities according to mammography. This technique is simple implementation and is available for use in any hospital.

А. Б. Сәдуақасова

СҮТ БЕЗІНДЕГІ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ОПЕРАЦИЯ АЛДЫНДАҒЫ МАРКИРОВКАСЫНЫҢ ӘДІСТЕМЕСІ

Сүт безінің құрылымдарына операция жасалған 26 әйелдің хирургиялық емдерінің нәтижелеріне талдау жасалынған. Маммография мәліметтері бойынша құрылымдарға операция алдындағы маркировка ұсынылған. Бұл әдіске кез келген емдеу мекемесінде қолжетімді.

Н. А. Алдашева

ЧАСТОТА ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНОГО СИНДРОМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней

С начала 90-х гг. появились исследования о псевдоэксфолиативном синдроме (ПЭС) в глазу как о частном проявлении общего патологического процесса в организме [1, 2, 3]. Этому способствовали сообщения о том, что типичные псевдоэксфолиативные волокна были обнаружены в тканях кожи, печени, почек, мозговых оболочках. Электронно-микроскопические исследования тканей глаза и других органов, содержащих псевдоэксфолиативные волокна, выявили зависимость этого заболевания с нарушением продукции эластических волокон, т.е. с проявлениями системного эластола [4, 5, 6].

Анализ литературных данных также показал, что большинством авторов признается достаточно значимая роль сосудистых нарушений в патогенезе ПЭС. Так, отмечена связь глазных проявлений ПЭС с перенесенным тромбозом центральной вены сетчатки, с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе [7, 8, 9]. На основании проведенных нами ранее исследований выявлено, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) встречается у больных с глаукомой и катарактой в сочетании с ПЭС в 36 – 42% (в 4 раза чаще, чем у такого же контингента больных без ПЭС). Это позволяет предположить, что существуют общие патогенетические механизмы раз-

5. Roentgenographic localisation of small lesions of the breast /H. Simon, G. J. Lesnick, W. H. Lere, A. L. Bachman. – Surg. Gyn. Obst., 2000. – V. 134, № 4. – P. 572 – 574.

6. The percentage of equivocal cases in breast biopsies could be eliminated by computerized analysis of mammograms /S. Fields, I. Leichter, Sklair-Levy et al. //European Radiology. – 2007. – March. – P. 148.

вития ПЭС и ишемической болезни сердца. Однако данных о частоте ПЭС среди больных с патологией сердечно-сосудистой системы в доступной литературе мы не встретили. Выявление этих показателей могло бы способствовать разработке новых организационных мер по активному выявлению ПЭС глаукомы среди этих больных.

Цель исследования – изучить частоту ПЭС среди больных ИБС по данным патологоанатомического исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Частота ПЭС при ИБС изучена по данным патологоанатомических исследований, выполненных в 2004-2007 гг. в патологоанатомическом отделении Центральной городской клинической больницы г. Алматы (зав. отделением врач высшей категории В. М. Ивакин). В основном диагнозе значилась ИБС, тяжелое течение (ФК 3, НК 2, инфаркт миокарда). Оценивалось состояние сердечной мышцы и наличие в ней изменений, характерных для псевдоэксфолиативного синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 2004-2008 гг. произведено 415 вскрытий лиц, у которых в патологоанатомическом диагнозе была выставлена ишемическая болезнь сердца. Признаки системного поражения ПЭС отмечены в 86 случаях. При этом количество женщин и мужчин было одинаковое – по 43 (50%). Распределение лиц с признаками системного поражения ПЭС по возрасту представлено в табл. 1.

Из данных, представленных в табл. 1, следует, что частота ПЭС увеличивается прямо пропорционально возрасту, что соответствует данным литературы.

Распределение случаев системного поражения ПЭС при ИБС по годам (2004-2008 гг.) представлено в табл. 2.

Таблица 1.
Распределение лиц с признаками системного поражения ПЭС по возрасту

Возраст	Кол-во лиц с ПЭС	
	абс	%
До 40 лет	1	1,16
41-50	4	4,7
51-60 лет	10	11,6
61-70 лет	29	33,7
71-80 лет	30	34,9
Старше 80 лет	12	14
Всего	86	100

Из табл. 2 видно, что по данным патологоанатомического исследования ПЭС при ИБС

Таблица 2.
Частота псевдоэксфолиативного синдрома при сердечно-сосудистой патологии по данным патологоанатомического исследования

Годы	Кол-во лиц с ИБС	Кол-во лиц с ПЭС	
	абс.	абс.	%
2004	77	19	24,7
2005	81	26	32,1
2006	74	7	9,4
2007	72	16	22,2
2008	111	18	16,2
Всего	415	86	20,7

встречается в 9,4-32,1% случаев и составляет в среднем 20,7% случаев. Это в 2,5 раза превышает показатели частоты ПЭС среди лиц с ИБС по данным кардиологического стационара – 8,4%. Среди лиц с признаками системного поражения ПЭС в основном патологоанатомическом диагнозе острый инфаркт миокарда отмечен в 39 случаях (45,3%), постинфарктный кардиосклероз в 13 случаях (15%).

Таким образом, на основании полученных

данных можно предположить, что ПЭС является фактором риска развития инфаркта миокарда, повышающим процент летальности при ИБС. Наличие ПЭС выявлено в 2,5 раза чаще при тяжелом течении ИБС, что позволяет использовать его в качестве индикатора тяжести ИБС. Полученные данные предполагают наличие выраженных метаболических нарушений при ПЭС, способствующих развитию атеросклеротических изменений в сосудах, микроциркуляторных изменений и обуславливающих более тяжелое течение псевдоэксфолиативной глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. A possible link between the pseudoexfoliation syndrome and coronary artery disease /M. Citiric, G. Acaroglu, C. Batman et al. //Eye. – 2006. – P. 24.
2. Mitchell P. Association of pseudoexfoliation syndrome with increased vascular risk /P. Mitchell, J. J. Wang, W. Smith //Am. J. Ophthalmol. – 1997. – V. 124, №5. – P. 685 – 687.
3. Netland P. A. Elastosis of the lamina cribrosa in pseudoexfoliation syndrome glaucoma /P. A. Netland, B. W. Streeten, M. R. Hernandez //Ophthalmology. – 1995. – V. 102, №6. – P. 878 – 886.
4. Naumann G. O. Pseudoexfoliation syndrome for the comprehensive ophthalmologist intraocular and systemic manifestations //Ophthalmology. – 1998. – V. 105, №6. – P. 951 – 968.
5. Pseudoexfoliation syndrome and asymptomatic myocardial dysfunction /L. Bojic, R. Ermacora, S. Polic et al. //Graefes. Arch. Clin. Ophthalmol. – 2005. – May, 243 (5), P. 446 – 449
6. Schlotzer-Schrehardt U. Immunohistochemical localization of basement membrane components in pseudoexfoliation material of the lens capsule /U. Schlotzer – Schrehardt, S. Dorfler, G. O. Naumann //Curr. Eye. Res. – 1992. – V. 11, №4. – P. 343 – 355.
7. Schlotzer-Schrehardt U. M. Ocular and systemic pseudoexfoliation syndrome //Am. J. Ophthalmol. – 2006. – May 141 (5). – P. 921 – 937.
8. Segawa K. Trabecular meshwork and elastin //Nippon. Ganka. Gakkai. Zasshi. – 1995. – V. 99, №12. – P. 1291 – 1302.
9. Streeten B. W. Pseudoexfoliative fibrilopathy in visceral organs on the patient with pseudoexfoliation syndrome /B. W. Streeten, Z. Y. Li, R. N. Wallace //Arch. Ophthalmol. – 1992. – V. 110, №12. – P. 1757 – 1762.

Поступила 03.12.09

N. A. Aldasheva

FREQUENCY OF PSENDOEXFOLIATIVE SYNDROME AMONG PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE, BASED ON DATA OF PATHANATOMICAL EXAMINATIONS

Aim of study: to study frequency of pseudoexfoliative syndrome among patients with ischemic heart disease based on data of pathanatomical examinations. The frequency of pseudoexfoliative syndrome among patients with ischemic heart disease was detected on the base of 415 pathanatomical examinations. Ischemic heart disease was the main disease, course of disease was as follow: FC 3, BCD 2, IM. Pseudoexfoliative syndrome was revealed 2,5 times frequently in patients with severe course of ischemic heart disease. Author proposed to use it as an indicator of severity of ischemic heart disease.

Н. А. Алдашева

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЛАР АРАСЫНДАҒЫ ЖАЛҒАН ЭКСФОЛИАТИВТІ СИНДРОМ ЖИІЛІГІ

Зерттеу мақсаты – патологиялық зерттеулер деректері бойынша ишемиялық жүрек аурулар арасындағы жалған эксфолиативті синдром жиілігін зерттеу. Ишемиялық жүрек аурулары арасындағы жалған эксфолиативті синдром жиілігі 415 патологиялық зерттеу бойынша анықталады. Негізгі дерті ишемиялық жүрек аурулар, ауыр ағымы (ФК 3, НК 2, миокард инфарктісі). Жалған эксфолиативті синдромы ауыр ишемиялық жүрек аурулары кезінде 2,5 есеге байқалды, ауыр ишемиялық жүрек аурулары кезінде индикатор ретінде қолдануға рұқсат етеді.

**Е. А. Баймұқанов, Ф. Сайлауұлы,
Л. И. Гольберг, В. А. Наздротенко,
А. И. Жданов**

ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ ТОҚПАН ЖІЛІГІНІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ МОЙНЫНЫҢ СЫНУЫН ОПЕРАЦИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН ЕМДЕУ

Қарағанды Мемлекеттік медициналық университетінің №1 хирургиялық аурулар кафедрасы Қарағанды қаласының №1-ші қалалық ауруханасы

Қазіргі кезеңде тоқпан жіліктің хирургиялық мойынының сынығы жалпы сынықтардың ішінде 4-5%-ын құрайды, оның басым бөлігі егде және қарт адамдарда кездеседі (И. Г. Дахновский 1969; А. В. Каплан 1977; И. Я. Штунин бірлескен авт. 1980; А. Ф. Краснов, Р. Б. Ахмедзянов 1982). Осы тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынықтары 40 жастан асқан адамдарда 76% құрайды. Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынықтарында 80%-н қадалған және бір фрагментальді болып кездеседі, бұл кезде сүйек сынықтары буын қапшасында ұсталынып тұрады, ал қалған 20%-н көп фрагментальді жарықшақты сынықтар болып кездеседі. Осындай көп жарықшақты сынықтар репозицияны қажет етеді және бұдан кейін тұрақсыз болып қала береді [3]. Иық буынында қимыл қозғалысты ертерек келтіру операциялық емдеу нәтижесінде өте қажетті. Қарт адамдарда қосымша ауруларына байланысты консервативті емдеу кезінде ұзақ бекіткіш қолданудың әсерінен қимыл қозғалысқа ертерек келтіруге болмайды [2]. Осыған байланысты операциялық емдеуден кейін тұрақты бекіткіштер ең маңызды болып табылады.

Көптеген бекіткіштерді қолдану (винттер, балкалар, сым темірлер), остеопарозды өзгерген сүйек сынықтарында қолдану мүмкіншілігі шектелген, немесе ол сүйектердің асептикалық некрозына алып келеді және ұзақ уақыт сыртқы таңғыштарды қолдануды талап етеді [1]. Сыртқы иммобилизация қолдану қарт адамдарда қосымша ауруларына байланысты қиыншылық туғызады (60%-65% жағдайда). Қан тамыр жүйесінің бронхоөкпелік және басқа жүйелері ауруларына.

Қазіргі таңда талдауда қарт адамдарда жедел операцияны қажет ете қоймайды, алайда жабық түрдегі репозиция барлық сынықтарда тиімді бола бермейді [4]. Сондықтан қарт адамдардың

тоқпан жілік мойынының сынуының емдеу тәсілдерін таңдау әлі күнге шешімін таппаған мәселе. Тоқпан жілік мойынының сынуын операциялық емдеудегі негізгі тапсырма – тұрақты остеосинтез және аз жарақатты сүйектің қан тамырларымен қоректенуін бұзбау (А. Ф. Лазарев, Э. И. Солод 2003; А. П. Николаев 2001). Егерде сүйектің қоректенуі бұзылса осының себебінен асептикалық өліеттенуге алып келеді, сондықтан да қарт адамдарда көптеген Т-тәріздес немесе басқа да остеосинтездердің орнына қарапайым бекіткіштерді қолданған жөн. Жұмсақ тіндермен сүйектің қан тамырларымен қоректенуі сүйектің тірілігіне және аз қимылдағанына қарамастан тезірек өсіп бекуіне өте қажетті.

Жоғарыда келтірілген кемшіліктерді ескере отырып тоқпан жіліктің хирургиялық мойынының жаңа әдіспен бекітуді зерттеу және жетілдіру, өзекті және аталған жұмысты жүргізуге негіз болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Қарт адамдардың тоқпан жілігінің хирургиялық мойын сынығын операция арқылы нәтижесін жақсарту.

МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Бұл зерттеудің клиникалық материалы Қарағанды қаласының бірінші клиникалық көп-профильді емханасында 95 жарақаттың тоқпан жілігінің хирургиялық мойынының сынып, 1995-2002 жылдар арасында емделген аурулардың емдеу нәтижесінің анализіне негізделген.

Жасалған операцияның тәсіліне байланысты аурулар екі клиникалық топқа бөлінеді. Бірінші топқа (бақылау тобы) 48 науқас кірді. Бұл науқастарға әртүрлі тәсілді операциялар қолданылды және дәстүрлі қайта қалпына келтіру емі істелді. Екінші топқа 47 науқас (зерттеу тобы) жатқызылды да оларға біздің жетілдірілген әдіспен операция жасалды (2003-2008 жылдар), автордың куәлігі №20180 07.09.2006 ж. және №19782 09.10.2006 ж.

Науқастарды жасына қарай бөлу төменгі №1 кестеде көрсетілген

Келтірілген кестеде екі топта да көбінесе жиі кездесетін жарақаттар 65-71 жас аралығында, олардың зерттеу тобында 55,3% және бақылау тобында 43,8% құрайды. Ал 71-75 жас аралығында зерттеу тобында 25,5%, ал бақылау тобында 33,3% құрайды, және 76 жастан жоғары науқастарда зерттеу тобында 19,2 пайыз ал бақылау тобында 22,9 пайызын құрайды. Осы көр-

Ауруларды жасына қарай бөлу

Жасы	Аурулардың тобы				Барлығы	
	Бақылау тобы		Зерттеу тобы		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
65-70 жас	21	48,8	26	55,3	47	49,5
71-75 жас	16	33,3	12	25,5	28	29,5
76 дан жоғары	11	22,9	9	19,2	20	21,0
Барлығы	48	100,0	47	100,0	95	100,0

Науқастардың жасы мен оң және сол тоқпан жілігінің проксимальді бөлігінің сынуына қарай жіктелуі

Жасы	Бақылау тобы		Зерттеу тобы		Абс.	%
	оң	сол	оң	Сол		
65-70 жас	15	6	18	8	47	49,5
71-75 жас	10	6	8	4	28	39,5
76 дан жоғары	7	4	6	3	20	21,0
Барлығы	25	13	28	14	80	100
Топтардың саны	32	16	32	15		
Барлығы	48		47		95	100

сетілген кестені қорытындылай отырып берілген топтағы науқастардың жасына қарай аздаған айырмашылықтарды көреміз.

Науқастардың жас ерекшеліктеріне және тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің зақымдануына байланысты жіктелу 2 кестеде сипатталған.

Бұл кестеде көрсетілген сандарға қарай отырып, зерттеу және бақылау топтарындағы тоқпан жіліктің хирургиялық мойнының зақымдануы көбінесе оң жақ аймағы сол жақ аймағына қарағанда екі еседен артық. Пайыздық есеппен оң жақ аймағы 66,7, ал сол жақ аймағы 33,3 пайыз болды. 65-70 жас аралығында 48,7 пайызын құрайды, ал 71-76 жас аралығында 30,0 пайызын құрайды және 76 жастан жоғары 21,2 пайызын құрайды. Жоғарғы кестеде көрсетілген зерттеу және бақылау тобындағы науқастарда оң жақ аймағының жарақат алуы 25 және 28 науқаста кездесті. Ал 65-70 аралығында бұл топтарда науқастардың оң жақ аймағының жарақат алуы жиілігі 16 және 12, 71-75 жас аралығында 8 және 7 науқас, 76 жастан асқан екі топта да кездесу жиілігі 5 аурудан құралды. Бұның себебі: адамдар құлау барысында жиірек оң жақ қолдарын қорғаныш ретінде тіреп құлайды да жарақат алады.

ҰСЫНЫЛҒАН ӘДІСТІҢ ОРЫНДАЛУЫ

Науқасқа операциялық ем Куленкамппф бойынша 2% новокаинмен жансыздандыру арқылы жасалды. Алдыңғы-сыртқы тілігі арқылы тері, тері асты клетчаткасы, бұлшық ет фасциясы, бұлшық еттер ашылады. Тоқпан жіліктің диафизінде сынықтан 3 см төмен, біз арқылы екі тесік жасалады. Бұл тесіктердің аралығы 1 см. Осы тесік арқылы төменнен жоғары қарай П-тәріздес сым темір қағылады. Сынықтар орынына салынып, сым темір тоқпан жіліктің басына қондырылады. Иллизаров сымынан Г-тәріздес сым темір жасалынады, оның жоғарғы басы ілгекше түрінде болады. Тоқпан жіліктің диафизінде орнатылған П-

тәріздес сым темірдің астынан біз арқылы тесік жасалынады. Г-тәріздес сым темірдің ілгекше ұшы тоқпан жіліктің басына бекітіліп, төменгі Г-тәріздес ұшы тесікке қағылады. Г-тәріздес сым темірдің қызметі П-тәріздес сым темірдің орынынан тайюынан сақтайды. Остеосинтез орнықты. Жараның жұмсақ тіндері толық тігіледі. Науқас ғаныштық таңғышсыз шығады.

Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуы кезінде үш түрлі остеосинтез қолданылды олар: Т-тәріздес пластинамен бекіту, лавсанмен тігіп бекіту және біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісі.

Остеосинтез түрлері 3 кестеде көрсетілген.

Қолданылғын остеосинтез түрлері

Остеосинтез түрлері	Науқастар саны	
	Абс.	%
Т-тәрізді пластина және винттер мен бекіту	34	35,8
Лавсанмен бекітіп тігу	15	15,8
Біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісі	46	48,4
Барлығы	95	100

Ауруханаға жатқызылған науқастардың барлығына остеосинтезге көрсеткіштер қойылды. Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің остеосинтезіне көрсеткіш ретінде тұрақсыз сынықтарды және жарықшақты ығысып сынуларын жатқыздық.

НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛДАУ

Операциялық емдеу барысында науқастарды емдеу нәтижелеріне байланысты үш топқа бөлдік, олар: жақсы, қанағаттанарлық және қанағаттанарлықсыз.

4 кестеде екі топтағы науқастардың операциялық емдеуден кейінгі нәтижелері көрсетілген.

Науқастардың операциядан кейінгі нәтижелері

Топтары	Бақылау тобы				Зерттеу тобы	
Әдістер	Т-тәрізді пластинка		Лавсан		Ұсынылған әдіс	
Саны, %	Саны	%	Саны	%	Саны	%
Нәтижесі						
Жақсы	16	47,0	5	33,3	30	65,2
Қанағаттанарлық	12	35,3	8	53,3	14	30,4
Қанағаттанарлықсыз	6	17,7	2	13,4	2	4,4
Барлығы	34	100,0	15	100,0	46	100,0

Бақылау тобындағы тоқпан сүйегінің хирургиялық мойнын Т-тәрізді пластинкамен бекіткеннен кейін жақсы нәтижесі 47 пайызды құрады, ал қанағаттанарлық пайызы 35,3 және қанағаттанарлықсыз нәтижесі 17,7 пайыз болады. Ал енді лавсанмен тігіп бекіткеннен кейін жақсы нәтижесі 37,5 пайыз болды да, қанағаттанарлықсыз нәтижесі 12,5 пайызды құрады.

Осы сияқты біз ұсынған әдісті қолданғанда жақсы нәтижесі 65,2 пайыз болды да қанағаттанарлықсыз нәтижесі 4,4 пайызды құрады.

Бақылау тобында қанағаттанарлықсыз түрлеріне жоғарыда айтылып кеткен тоқпан жілік басының қан тамырларымен қоректенуінің бұзылыстарына байланысты асептикалық өліеттенулер, жалған буындардың пайда болуы және әр түрлі жағдайларға байланысты (стафилакокк-тар, стрептококк-тар) созылмалы остеомиелиттер жатады. Қанағаттанарлықсыз тобына 7 науқас жатқызылды, оның 4-де тоқпан жілік басының асептикалық өліеттенуі кездесті, ал 2 науқастарда жалған буындарының пайда болуы кездесті. Осы топтағы бір науқаста созылмалы остеомиелит болды.

Зерттеу тобымызда жақсы жағдайда 65,2 пайыз науқастарды құрайды, ал қанағаттанарлық жағдайда 30,4 пайыз және қанағаттанарлықсыз жағдайда 4,4 пайыз науқастарда кездесті. Көрсетілген осы сандарды талқылай отырып, жаңа әдіспен операциялық ем жасалған науқастардың жақсы нәтижелерін байқаймыз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Каплан А. В. Лечение переломов проксимального суставного конца лучевой кости у лиц пожилого и старческого возраста /А. В. Каплан, Лирцман, В. П. Нестеренко //Актуальные вопросы травматологии ортопедии. – 1978. – Вып. 17. – С. 62 – 66.
2. Каплан А. В. Повреждение костей и суставов /А. В. Каплан. – М., Медицина, 1979. – 568 с.
3. Лазарев А. Ф. Биологический наружный остеосинтез на современном этапе /А. Ф. Лазарев, Э. И. Солод //Вест. травматология и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. – 2003, №3. – С. 20 – 26.
4. Симон Р. Р. Неотложная ортопедия конечности /Р. Р. Симон, С. Дж. Кенигсхехт. – М., Медицина, 1998. – 624 с.

Поступила 04.12.09

E. A. Baymukanov, G. Saylauly, L. I. Goldberg, V. A. Nasdrotenko, A. I. Zhdanov

THE NEW METHOD OF OSTEOSINTESIS WAS PRESENTED FOR PROXIMAL PART OF HUMOR BONE

The new method of osteosintesis was presented for proximal part of humor bone. It is used for elder persons with osteoporosis. Interporation of treatment dew to 3 years was presented, 47 patients was treated whey was in edge 65-75 years old. Near end later results was good.

Е. А. Баймуканов, Г. Сайлаулы, Л. И. Гольберг, В. А. Наздротенко, А. И. Жданов

ЛЕЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫМ ПУТЕМ ПЕРЕЛОМА СУСТАВНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Предложен новый способ остеосинтеза проксимального отдела плечевой кости у лиц пожилого возраста на фоне остеопороза. Представлен трехлетний опыт лечения этим способом 47 больных, от 65 до 75 лет с хорошими отдаленными результатами.

Ю. С. Краморенко, А. А. Есимова, Э. И. Кадралиева, И. С. Степанова

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДЕМИИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗА

Казахский НИИ глазных болезней (Алматы)

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) встречается в 40% случаев среди лиц старше 40 лет и в 58-100% – старше 60 лет [2, 4, 8].

Тяжесть зрительных нарушений при этом заболевании обусловлена центральной и двусторонней локализацией, что приводит к первичной инвалидности в 11% случаев у лиц трудоспособного возраста и в 28% – у пожилых [3].

Как правило, ВМД развивается на фоне генерализованного нарушения церебральной гемодинамики, общих и местных сосудистых заболеваний, приводящих к ухудшению кровоснабжения и трофических процессов в глазу [5]. Важную роль в патогенезе ВМД играет атеросклероз, когда

риск ее развития увеличивается в 3 раза [3, 6].

Среди множества факторов, ассоциирующихся с риском развития атеросклероза, наиболее значимым является нарушение липидного обмена – это преимущественно гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, которые сочетаются с гипохолестеринемией липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и повышением уровня окисленных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) [1, 7].

У больных ВМД выявляются характерные для атеросклероза биохимические нарушения в виде гиперхолестеринемии, повышения уровня ЛПНП. Дефицит рецепторов к ЛПНП приводит к аккумуляции липидов в мембране Бруха и индукции хориоидальной неоваскуляризации при ВМД [3].

Цель исследования – изучение состояния показателей липидемии при ВМД и их изменения в результате применения липотропных препаратов в комплексном лечении данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 38 больным в возрасте от 42 до 84 лет (средний возраст – 63,5), с ВМД в том числе с неэкссудативной формой – 6, экссудативной – 17, рубцовой – 15. Длительность заболевания с момента выявления – от 1 г. до 15 лет (в среднем 5,17±3,4 г.).

Анализ общих анамнестических данных и терапевтическое обследование пациентов выявили атеросклероз (АС) у 24% больных ЦХРД, ишемическую болезнь сердца (ИБС) – у 17%, артериальную гипертензию (АГ) – у 35%. Среди пациентов преобладали женщины (64%).

Исследование показателей липидного обмена проводили путем определения в сыворотке крови общего холестерина (ОХС) унифицированным методом Ильяка, ХС ЛПВП (после осаждения ЛПНП гепарином в присутствии солей марганца), ТГ – ферментативно с помощью биохимических наборов. Рассчитывали также уровень ХС ЛПНП и индекс атерогенности. Забор крови проводили из локтевой вены не менее, чем через 10 ч после последнего приема пищи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех обследуемых были выявлены нарушения липидного обмена. Результаты представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 2, у лиц с ВМД выявлено повышение содержания общего холестерина и триглицеридов по сравнению с контрольной группой соответственно в 73,8% и 63,4% случаев. Обнаружено достоверное повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и содержания бета-липопротеидов до 43,2±1,9 ед. против 36,1±1,6 относительно показателей здоровых лиц. Установлена достоверная положительная корреляция между их уровнем.

Уровень ХС ЛПВП был ниже в 1,7 раза по сравнению с величиной контроля, соответственно значительно повышался индекс атерогенности – в 3,1 раза.

Таблица 1.
Липидный профиль у больных ЦХРД (M±m)

Изучаемый показатель	Обследованные группы	
	больные ЦХРД	здоровые
ОХС, ммоль/л	4,82±0,2*	4,1±0,08
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,9±0,16*	2,4±0,24
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,8±0,07*	1,6±0,2
ТГ, ммоль/л	2,48±0,16*	1,5±0,23
индекс атерогенности	4,6±0,1*	1,56±0,12
МДА	2,5±0,18	1,1±0,08

* достоверность по отношению к здоровым лицам (P<0,05)

Независимо от изменения уровня ХС, ТГ и ХСЛПВП в крови больных ВМД значительно (в 2,6 раза) возрастало содержание МДА – конечного продукта СРО – по сравнению с контрольной группой.

При утяжелении процесса наблюдалось дальнейшее повышение содержания МДА до 3,6 и понижение ХС ЛПВП до 0,67±0,2 ммоль/л (p<0,05).

Характер изменений показателей липидного спектра крови проанализирован в группах больных ВМД с сопутствующими атерогенными заболеваниями, а также с заболеванием печени, поскольку известно, что основная масса холестерина сыворотки крови – печеночного происхождения.

Установлено, что у больных ВМД с сопутствующим атеросклеротическим поражением коронарных артерий уровень в крови общего холестерина и ХС ЛПНП был в 1,5 раза выше, чем у больных с сопутствующими АГ и ИБС (рис. 1).

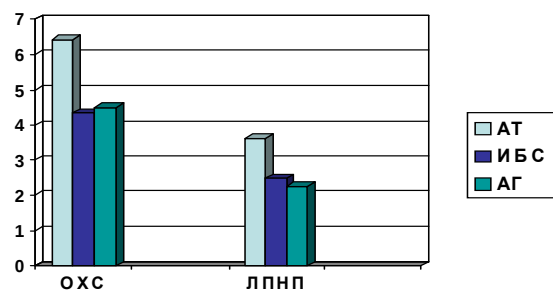


Рис. 1. Уровень общего холестерина и липопротеидов низкой плотности у больных ВМД в зависимости от сопутствующей патологии

У больных ВМД, имеющих в анамнезе заболевание печени, на фоне повышенного уровня прямого билирубина содержание ХС в сыворотке крови не превышало уровня в контрольной группе, а уровень ТГ был даже несколько ниже нормы. Индекс атерогенности был повышен у всех больных с сопутствующей патологией.

Нами проведен анализ изменения уровня показателей липидного обмена при различных формах ВМД, данные представлены на рис. 2.

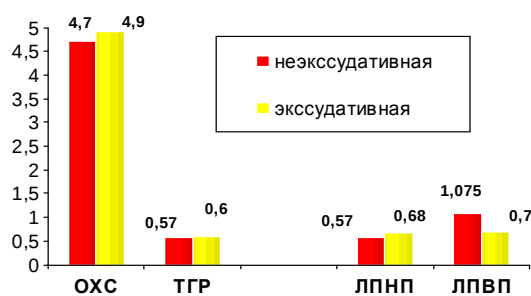


Рис. 2. Показатели липидного обмена при различных формах ВМД

Из рис. 2 видно, что достоверной разницы показателей липидного обмена по формам ВМД не выявлено, что может свидетельствовать о дислипидемии как о факторе риска, влияющем на развитие заболевания, а не на характер его клинического течения.

Таким образом, проведенные биохимические исследования выявили наличие дислипидемии у больных ВМД. Проведенный анализ дислипидемии по формам заболевания показал, что характер течения заболевания не зависит от уровня дислипидемии. Полученные данные обосновывают включение препаратов, корректирующих уровень липидов в крови, в курс лечения больных ВМД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева М. В. Современные аспекты патогенеза возрастной макулярной дегенерации /М. В. Воробьева, Г. С. Полунин, Э. Г. Елисеева //Вестн. офтальмологии. – 2006. – №6. – С. 50 – 53.
2. Changes in visual acuity in a population over a 10-year period. The Beaver Dam Eye Study /R. Klein, B. E. K. Klein, K. E. Lee et al. //Ophthalmology. – 2001. – V. 108, №10. – P. 1757 – 1766.
3. Dominant late-onset retinal degeneration with regional of sub- retinal pigment epithelium deposits, retinal function and photoreceptor degeneration /A. H. Miliam, C. A. Cicio, A.V. Cidaciyan et al. //Ophthalmology. – 2002. – V. 107, №12. – P. 2256 – 2266.
4. Snow K. K. Do age-related macular degeneration and cardiovascular disease share common antecedents /K. K. Snow, J. M. Seddon //Ophthalmol. epidemiol. – 1999. – V. 6, №2. – P. 125 – 143.
5. The prevalence of age-related maculopathy in the Rotterdam Study /J. R. Vingerling, I. Dielemans, A. Hofman et al. //Ophthalmology. – 1995. – V. 102, №1. – P. 205 – 210.
6. Williams R. A. The psychosocial impact of macular degeneration /R. A. Williams, B. L. Brady, R. J. Thomas //Arch. Ophthalmol. – 1998. – V. 116, №4. – P. 514 – 520.
7. Wise G. H. Hyperlipidemia. When does treatment make a difference? /G. H. Wise, T. T. Shultz // Postgraduate medicine. – 1996, juillet. – V. 100 (1). – P. 138 – 149.

Поступила 03.12.09

Ю. С. Краморенко, А. А. Есимова, Э. И. Кадралиева, И. С. Степанова

CHANGES OF INDEXES OF LIPIDEMIA IN PATIENTS WITH VESSEL PATHOLOGY OF EYE FUNDUS

Changes on changes of indexes of general cholesterol, LPLD, LPHD, TGD and atherogenisty in different types of AMD presented in this article. Obtained data laid on the basis of inclusion of lipidemia correcting medicines into treatment course in patient with AMD.

Ю. С. Краморенко, А. А. Есимова, Э. И. Кадралиева, И. С. Степанова

КӨЗДІҢ ТАМЫРЛЫ ПАТАЛОГИЯСЫНДА ЛИПИДЕМИЯ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Мақалада жастың ұлғаюына байланысты макулярлы дегенерацияның әртүрлі үлгілерінде кездесетін жалпы холестерин, ТТЛП, ЖТЛП, ТГР және атерогенді индекстің өзгерістері көрсетілген. Шолу бойынша, липидтердің деңгейін түзейтін дәрі-дәрмектерді жастың ұлғаюына байланысты макулярлы дегенерациясының емдеуіне қосу қажет.

Ғ. Сайлауұлы, Е. А. Баймұқанов, А. Е. Баймұқанова

ТОҚПАН ЖІЛІКТІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ МОЙНЫНЫҢ СЫНУЫ КЕЗІНДЕ ҰСЫНЫЛҒАН ЖАҢА ӘДІСПЕН ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Қарағанды Мемлекеттік медициналық университетінің №1 хирургиялық аурулар кафедрасы Қарағанды қаласының №1-ші қалалық ауруханасы

Ересек адамдарда тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуының 20-30 пайызы көп фрагментті болып келеді, олардың көбісі сүйек

кеміктерінің қысылып зақымдалуымен сипатталады [2, 4]. Көп фрагментті сынықтардың емдеу нәтижелерінде 40-45 пайызы қанағаттанарлықсыз болып келеді. Оның себебі операция кезінде сүйек сынықтарын дұрыстап қарап, дұрыс репозиция жасалмауынан. Көбінесе остеопорозға ұшыраған сүйек сынықтары репозиция кезінде тұрақсыз болып қала береді [1]. Тоқпан жіліктің хирургиялық мойнының сынығы жалпы сынықтардың ішінде 4-5%-ын құрайды, оның басым бөлігі егде және қарт адамдарда кездеседі (И. Г. Дахновский, 1969).

Қазіргі таңда талдауда қарт адамдарда жедел операцияны қажет ете қоймайды, алайда жа-

бық түрдегі репозиция барлық сынықтарда тиімді бола бермейді [3]. Сондықтан қарт адамдардың тоқпан жілік мойынының сынуының емдеу тәсілдерін таңдау әлі күнге шешімін таппаған мәселе. Тоқпан жілік мойынының сынуын операциялық емдеудегі негізгі тапсырма – тұрақты остеосинтез және аз жарақатты сүйектің қан тамырларымен қоректенуін бұзбау (А. Ф. Лазарев, Э. И. Солод 2003; А. П. Николаев 2001). Егер де сүйектің қоректенуі бұзылса, осының себебінен асептикалық өліеттенуге алып келеді, сондықтан да қарт адамдарда көптеген Т-тәріздес немесе басқа да остеосинтездердің орнына қарапайым бекіткіштерді қолданған жөн. Жұмсақ тіндермен сүйектің қан тамырларымен қоректенуі сүйектің тірілігіне және аз қимылдағанына қарамастан тезірек өсіп бекуіне өте қажетті.

Зерттеу мақсаты. Тоқпан жілігінің хирургиялық мойын сығығын операциялық емдеу арқылы нәтижесін жақсарту.

МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Бұл зерттеудің клиникалық материалы Қарағанды қаласының бірінші клиникалық көппрофильді емханасында 95 жарақаттың тоқпан жілігінің хирургиялық мойнының сынып, 2000-2005 жылдар арасында емделген аурулардың емдеу нәтижесінің анализіне негізделген.

Жасалған операцияның тәсіліне байланысты аурулар екі клиникалық топқа бөлінеді. Бірінші топқа (бақылау тобы) 48 науқас кірді. Бұл науқастарға әртүрлі тәсілді операциялар қолданылды және дәстүрлі қайта қалпына келтіру емі істелді. Екінші топқа 47 науқас (зерттеу тобы) жатқызылды да, оларға біздің жетілдірілген әдіспен операция жасалды.

Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігін ұсыну кезінде науқастардың жастары 65-76 жас аралығында, оның ішінде 40 науқас ер адам болса, 55 науқас әйел адамдар болды.

Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуы кезінде үш түрлі остеосинтез қолданылды олар: Т-тәріздес пластинамен бекіту, лавсанмен тігіп бекіту және біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісі. Остеосинтез түрлері 1 кестеде көрсетілген:

Ауруханаға жатқызылған науқастардың барлығына остеосинтезге көрсеткіштер қойылды. Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің остеосинтезіне көрсеткіш ретінде тұрақсыз сынықтарды және жарықшақты ығысып сынуларын жатқыздық.

1 кесте.

Қолданылғын остеосинтез түрлері

Остеосинтез түрлері	Науқастар саны	
	Абс.	%
Т-тәрізді пластина және винттер мен бекіту	34	35,8
Лавсанмен бекітіп тігу	14	14,8
Біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісі	47	49,4
Барлығы	95	100

Операция жасалған науқастар үш топқа бөлінді: бірінші топқа Т-тәріздес пластина және винттермен бекіту 34 науқасқа жасалды, ал екінші топқа лавсанмен тігіп бекіту арқылы 14 ауруға операция жасалды. Біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісімен 47 ауруға операциялық ем жасалды. Т-тәріздес пластина мен винттер сапалы сүйектердің остеосинтезіне қолданылды, ол өте тұрақты және ем кезінде ыңғайлы, кеңінен қолданылатын әдістердің бірі. Бұл остеосинтездің кемшілігі қарт адамдарда остеопорозға ұшыраған сүйектерді бекітуде қосымша сүйектердің сынулары және қан тамырларының қоректенуінің бұзылыстарына байланысты асептикалық өліеттенуге соқтырады.

Ал лавсанмен тігіп бекіту әдісі қарапайым және жиі қолданылады. Бұл әдістің кемшілігі лавсанның жыртылуы немесе үзілуі болады, сол кезде қайталама операция жасауға тура келеді және тағы бір кемшілігі ғаныштық таңғыштың ұзақ уақытқа тағылуы.

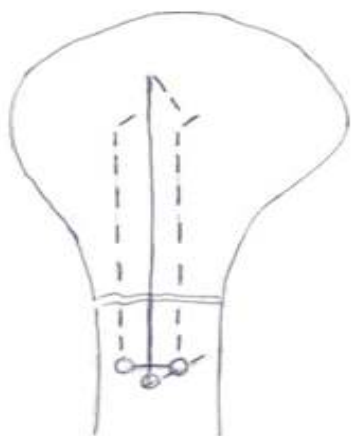
Қарт адамдардың қосымша ауруларына байланысты ғаныштық таңғыштар қарама қайшылық болып табылады.

Біз ұсынған сым темірмен бекіту әдісі қарапайым және операциялық емдеу кезінде тоқпан жіліктің басын аз жарақаттайды. Осы жоғарыда көрсетілген остеосинтез түрлерінің ішінде біз ұсынған әдістің көптеген ерекшеліктері көрсетілді және дәлелденді. Операциялық ем кезінде аз жарақатты және қосымша Г-тәрізді сымның миграцияға ұшырауға қарсы қасиетіне байланысты науқастарды ғаныштық таңғышсыз жеңіл байламмен бекітуге болады. Қарапайым сым темірдің тағы бір қасиеті, остеопорозға ұшыраған сүйектерді бекіткен кезде сүйектердің жарықшақтанып үгілулеріне әкелуден сақтайды және асептикалық өліеттенуден сақтануға болады. Қазіргі заманның нарықтық бағаларына қарай отырсақ сым темірмен бекіту операциясы қаражатты көп мөлшерде қажет ете қоймайды. Сондықтан біз ұсынған қарапайым сым темірмен бекіту әдісі қарт адамдарда қазіргі заманда операциялық емдеу кезінде өте ыңғайлы да өте қажет әдістердің бірі деп есептейміз.

Ұсынылған остеосинтезіміз сүйек сынықтарының тұрақты келтіріліп П-тәріздес сыммен бекітіліп, бір басы Г-тәріздес, ал екінші басы ілгек тәріздес қосымша сым темірді кигізген кезде, сүйек сынықтарының миграцияға ұшырауынан сақтайды. (1 суретте бейнеленген).

1-тоқпан жіліктің проксимальді бөлігі, 2-тоқпан жіліктің хирургиялық мойнының сынығы, 3-тоқпан жіліктің сынығының дистальді бөлігіндегі қолдан жасалынған параллельді орналасқан тесіктері (П-тәріздес сым қағылатын орны), 4-тоқпан жіліктің сынығының дистальді бөлігіндегі қолдан жасалынған тесігі (Г-тәріздес сымның астыңғы бөлігінің бекітетін орны), 5-П-тәріздес сым, 6-Г- тәріздес сым.

Әдісіміз келесі түрмен сипатталып көрсетіледі.



1 сурет. Сым темірмен сынықты бекітудің сызбалық түрі

Жалпы жансыздандыру арқылы алдыңғы сыртқы тілікпен дельта тәрізді және кеуделік жүлгемен сүйектің сынған жері қатпар-қатпарлармен ашылады. Иық сүйегінің сынықтарының диафизінен 3,0 см төмен түсе отырып, сым біздің көмегімен сүйекке көлденең екі тесік жасалады. Осы жасалған тесіктердің аралықтары 1,0 см болады. Жасалынған тесіктер арқылы Илизаров сымынан жасалған екі басты П-тәріздес сым темірді төменнен жоғары қарай сүйек сынықтарының арасынан көрінгенше қағамыз. Әрі қарай сүйек сынықтары орындарына келтіріліп, сым темір тоқпан жіліктің басына қағылады.

Қосымша жасалған бір басы Г-тәріздес, ал екінші басы ілгек тәріздес бекіткішті ала отырып, Г-тәріздес басы алдында қағылған екі басты сым темірдің табан жағынан жасалған қосымша тесікке қағылып ілгек тәріздес, екінші басы тоқпан жіліктің басына қағылады. Осының нәтижесінде сүйек сынығы тұрақты болып бекітіледі және қосымша сым темірден жасалған бекіткіш сүйек сынықтарының жылжымауын қамтамасыз етеді. Жара қатпарымен тігіледі.

Операциялық емдеу барысында науқастарды емдеу нәтижелеріне байланысты үш топқа бөлдік, олар: жақсы, қанағаттанарлық және қанағаттанарлықсыз. 2 кестеде екі топтағы науқастардың операциялық емдеуден кейінгі нәтижелері көрсетілген.

Бақылау тобындағы тоқпан сүйегінің хирургиялық мойнын Т-тәрізді пластинкамен бекіт-

кеннен кейін жақсы нәтижесі 47 пайызды құрады, ал қанағаттанарлық пайызы 35,3 және қанағаттанарлықсыз нәтижесі 17,7 пайыз болады. Ал енді лавсанмен тігіп бекіткеннен кейін жақсы нәтижесі 28,6 пайыз болды да, қанағаттанарлықсыз нәтижесі 14,3 пайызды құрады.

ШЕШІМІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Осы сияқты біз ұсынған әдісті қолданғанда жақсы нәтижесі 80,8 пайыз болды да қанағаттанарлықсыз нәтижесі 4,3 пайызды құрады.

Осылайша жоғарыда көрсетілген кестені қорытындылай отыра біздің ұсынған әдіспен операция жасалынған науқастарды және дәстүрлі әдіспен операция жасалған науқастарды салыстыра отырып операциядан кейінгі асқыныстардың айырмашылықтарын байқадық. Қарт адамдардың операциялық емдеу кезінде жергілікті тіңдердің және сүйек құрылымдарының аз жарақаттауына байланысты операциядан кейінгі асқынулар аз байқалды.

Бақылау тобында қанағаттанарлықсыз түрлеріне жоғарыда айтылып кеткен тоқпан жілік басының қан тамырларымен қоректенуінің бұзылыстарына байланысты асептикалық өліеттенулер, жалған буындардың пайда болуы және әртүрлі жағдайларға байланысты (стафилакоктық, стрептококтық) созылмалы остеомиелиттер жатады. Қанағаттанарлықсыз тобына 8 науқас жатқызылды, оның 5-де тоқпан жілік басының асептикалық өліеттенуі кездесті, ал 2 науқастарда жалған буындарының пайда болуы кездесті. Осы топтағы бір науқаста созылмалы остеомиелит болды.

Зерттеу тобымызда жақсы жағдайда 80,8 пайыз науқастарды құрайды, ал қанағаттанарлық жағдайда 14,9 пайыз және қанағаттанарлықсыз жағдайда 4,3 пайыз науқастарда кездесті. Көрсетілген осы сандарды талқылай отырып, жаңа әдіспен операциялық ем жасалған науқастардың жақсы нәтижелерін байқаймыз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Каплан А. В. Повреждение костей и суставов /А. В. Каплан. – М., Медицина, 1979. – 568 с.
2. Каплан А. В. Лечение переломов проксимального суставного конца лучевой кости у лиц пожилого и старческого возраста /А. В. Каплан, Лирцман, В. П. Нестеренко //Актуальные вопросы травматологии ортопедии. – 1978. – Вып. 17. – С. 62 – 66.
3. Макарова С. И. Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости: Автореф. 2 кесте.

Науқастардың операциядан кейінгі нәтижелері

Топтары	Бақылау тобы				Зерттеу тобы	
Әдістер	Т-тәрізді пластинка		Лавсан		Ұсынылған әдіс	
Саны, %	Саны	%	Саны	%	Саны	%
Нәтижесі						
Жақсы	16	47,0	4	28,6	38	80,8
Қанағаттанарлық	12	35,3	8	57,1	7	14,9
Қанағаттанарлықсыз	6	17,7	2	14,3	2	4,3
Барлығы	34	100,0	14	100,0	47	100,0

дис. ...канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2007. – 19 с.

4. Солод Э. И. Напряженный остеосинтез проксимального отдела плечевой кости в по-

жилом возрасте /Э. И. Солод, А. Ф. Лазарев, В. М. Николаев //Клиническая геронтология. – 2003. – Т. 9, №6. – С. 28 – 33.

Поступила 07.12.09

G. Sailauuly, E. A. Baimukanov, A. E. Baimukanova

RESULTS OF NEW METHOD OF TREATMENT AT TRACTURE OF JOIN EXTREMITY RADIAL BONE

The new method of osteosintesis was presented for proximal part of humor bone. Interporation of treatment dew to 5 years was presented, 47 patients at age of 65-75 years old were treated. Near end later results were good.

Г. Сайлауулы, Е. А. Баймуканов, А. Е. Баймуканова

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СУСТАВНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Предложен новый способ остеосинтеза проксимального отдела плечевой кости. Представлен пятилетний опыт лечения этим способом 47 больных, от 65 до 75 лет с хорошими отдаленными результатами.

**А. А. Ким, Б. Н. Кошерава,
Б. М. Жантакбаева, Е. С. Жунусов,
С. В. Алькина**

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Карагандинский государственный медицинский университет, Областная инфекционная больница (Караганда)

В настоящее время оценка качества жизни представляет одну из наиболее важных составляющих современной методологии обследования больного. Она дает возможность изучать влияние хронических заболеваний на человека и является важным критерием при экспертизе новых методов лечения [2].

Лечение хронической гепатотропной инфекции остается весьма актуальной проблемой. Создание пегилированного интерферона-α (Пег-ИНФ-α) и применение его в комбинации с рибавирином значительно повысило эффективность противовирусной терапии. Доказано, что достижение устойчивого вирусологического ответа у больных хроническим гепатитом В (ХГВ) и хроническим гепатитом С (ХГС) сопровождается значительным повышением качества жизни по сравнению с исходным до лечения. Однако в период проведения терапии, продолжительность которой составляет от 24 до 48 недель, отмечается значительное снижение качества жизни [1, 2, 3, 4, 5]. Особую роль в снижении качества жизни играют нежелательные явления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинико-лабораторные исследования проводились в Областной инфекционной больнице г. Караганды. Изучены нежелательные явления на противовирусную терапию у 36 пациентов хронической гепатотропной инфекцией, из которых 33 (92%) страдали хронической HCV-инфекцией с преобладающим генотипом HCV-1в, 3 (8%) –

хроническим гепатитом В без дельта-агента. Все больные получали комбинированную противовирусную терапию: 24 – интрон А+рибавирин; 10 – Пег-ИНФ α 2в+рибавирин; 2 – Пег-ИНФ α 2а+рибавирин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частыми нежелательными явлениями, как правило, нетяжелыми и не требующими изменения терапии, или требующими снижения дозы противовирусных препаратов, являлся гриппоподобный синдром (89%) – лихорадка, озноб, слабость, миалгии, головная боль; реже диспепсический синдром (9%) – снижение аппетита, тошнота, рвота; со стороны центральной нервной системы (21%) – бессонница, раздражительность, депрессия; со стороны кожных покровов – экзантема, сухость кожи (6%); другие проявления – снижение массы тела (4%); снижение лабораторных показателей – лейкопения, нейтропения, анемия, тромбоцитопения, (37%) (табл. 1).

Редкими тяжелыми нежелательными эффектами противовирусной терапии, требующими отмены препаратов, были нарушения со стороны центральной нервной системы (17%) – выраженный депрессивный синдром с суицидальными тенденциями (14%), острый психоз (3%), потребовавший немедленной специализированной помощи. В одном случае мы наблюдали тяжелое обострение псориаза и также в одном случае – развитие острой почечной недостаточности (табл. 2).

Применение Пег-ИНФ-α в составе комбинированной терапии не связано с появлением каких-либо новых нежелательных явлений по сравнению с терапией стандартным ИНФ-α и рибавирином, об этом свидетельствуют и литературные данные [1, 2, 3]. Однако отмечена несколько более высокая частота развития лейкопении, нейтропении, тромбоцитопении, которые чаще (38%) являлись причиной изменения доз противовирусных препаратов. В то время, как при лечении ИНФ-α и рибавирином, коррекция

Таблица 1.

Наиболее частые нежелательные явления противовирусной терапии интерфероном-α

Нежелательные явления	Симптомы	абс.	%
Гриппоподобный синдром	Лихорадка, озноб, слабость, головная боль	31	89
Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта	Снижение аппетита, тошнота, рвота	3	9
Общие симптомы	Астения, утомляемость Снижение массы тела	30 1	86 4
Изменения со стороны кожи	Сухость кожи, зуд, сыпь	2	6
Изменения со стороны центральной нервной системы	Раздражительность, депрессия, бессонница	8	21
Лабораторные показатели	Анемия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения	13	37

Таблица 2.

Редкие тяжелые нежелательные явления терапии интерфероном-α, требующие отмены препарата

Нежелательные явления по органам и системам	Симптомы	абс.	%
Центральная нервная система	Депрессивный синдром с суицидальными тенденциями Психоз	5 1	14 3
Почки	Острая почечная недостаточность	1	3
Кожа	Тяжелое обострение псориаза	1	3
Система крови	Анемия, нейтропения, тромбоцитопения	1	3

доз противовирусных препаратов потребовалась лишь в 15% случаев.

Исследования показали, что нежелательные явления при проведении комбинированной противовирусной терапии наблюдались чаще у пациентов с ХГС 1в генотипом HCV (42%).

Таким образом, нежелательные явления (наиболее часто лихорадка, озноб, головная боль, утомляемость, анемия, депрессивные расстройства) приводят к существенному снижению качества жизни больных ХГС и ХГВ без дельта-агента на противовирусную терапию, коррекции доз и/или преждевременной отмене противовирусной терапии, что безусловно существенно снижает результативность лечения. С целью безопасного проведения противовирусной терапии необходимо уделять особое внимание активным мерам профилактики и коррекции, в том числе медикаментозной терапии нежелательных явлений.

Приводим клинический пример. Больная Е., 40 лет, служащая. В 1995 г. во время тяжелых родов получила гемотрансфузии. Манифестных симптомов гепатита не было. В 1996 г. при активном обследовании выявлены повышение активности трансаминаз, anti-HCV, HCV RNA в сыворотке крови. Диагностирован хронический вирусный гепатит С. В начале 2008 г. – ухудшение самочувствия, появились слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, тяжесть в правом подреберье. В феврале 2008 г. при тестировании крови вновь обнаружена HCV RNA, anti-HCV, генотипы 1в и 2а, при вирусной нагрузке 10^5 /мл.

В апреле 2008 г. поступила в гепатитное

отделение Областной инфекционной больницы г. Караганды. Объективно: кожные покровы обычной окраски, легкая пальмарная эритема. Печень у края реберной дуги, уплотнена, пальпируется край селезенки. Активность паренхиматозного процесса на уровне минимальной активности. АЛТ увеличена в 1,5 раза. Ультразвуковое исследование: диффузные изменения паренхимы печени, гепатоспленомегалия.

Учитывая длительный период инфицирования (более 10 лет), признаки прогрессирования болезни, было принято решение о проведении противовирусной терапии. В апреле 2008 г. начата комбинированная терапия интерфероном А 4,5 млн х3 раза в нед. и рибавирином 800мг/сут. В первые недели противовирусной терапии развился гриппоподобный (лихорадка, озноб, головная боль) и астено-вегетативный (астения, утомляемость) синдромы. Цитопенический (лейкопения, тромбоцитопения) синдром выявлен через 3 недели лечения. На 4 нед. развился депрессивный синдром. Появилась раздражительность («стало трудно себя сдерживать»), конфликтность, снижение настроения, бессонница. Проводилась попытка коррекции антидепрессантами, однако от их приема пациентка отказалась. На 28-29 нед. противовирусной терапии появились суицидальные мысли, в последующем стали навязчивыми, а в декабре 2008 г. (32 нед. противовирусной терапии) развился острый психомоторный синдром с попыткой суицида, что потребовало немедленной отмены противовирусной терапии и оказания специализированной помощи в област-

ном психиатрическом диспансере.

Динамическое наблюдение больной позволило установить обратимость нежелательных явлений. Через 48 нед. от начала противовирусной терапии была установлена клинко-лабораторная ремиссия ХГС: показатели печеночных функциональных тестов в пределах нормы, HCV RNA в сыворотке крови не выявлялась.

ВЫВОДЫ

1. При лечении хронических вирусных гепатитов противовирусными препаратами наиболее часто развиваются нежелательные явления в виде гриппоподобного синдрома.

2. Развитие нежелательных явлений со стороны центральной нервной системы – депрессии и острые психозы являются абсолютным показателем для отмены противовирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буеверов А. О. Рибавирин – индуцированная анемия у больного хроническим гепатитом С на

фоне противовирусной терапии (клиническое наблюдение) //А. О. Буеверов, М. В. Маевская //Гепатологический форум. – 2006. – №2. – С. 9 – 10.

2. Игнатова Т. М. Качество жизни больных на противовирусной терапии //Гепатологический форум. – 2006. – №2. – С. 4 – 6.

3. Никулкина Е. Н. Успешная противовирусная терапия хронического гепатита С у больной с избыточной массой тела //Гепатологический форум. – 2006. – №3. – С. 13 – 14.

4. Огурцов П. П. Лечение хронического гепатита С у больных с избыточной массой тела //Гепатологический форум. – 2006. – №3. – С. 21 – 27.

5. Эффективность и безопасность 48-недельной терапии пегинтерфероном α-2а и рибавирином у первичных больных хроническим гепатитом С //В. Т. Ивашкин, Ю. В. Лобзин, Г. И. Сторожаков и др. //Клиническая фармакология и терапия. – 2007. – №1. – С. 1 – 5.

Поступила 04.12.09

A. A. Kim, B. N. Kosherova, B. M. Zhantakbaeva, E. S. Zhunusov, S. V. Alkina UNDESIRABLE EFFECT OF ANTIVIRUS THERAPY OF CHRONIC VIRUS HEPATITISES

Application antivirus therapies at sick of a chronic hepatitis In and a chronic hepatitis With is accompanied by substantial increase of quality of a life in comparison with initial before treatment. However long treatment (from 24 till 48 weeks) causes development of the undesirable effect. Most often in a kind influenza syndrome. The undesirable effect from nervous system – depressions and acute psychoses are dangerous. For the purpose of safe conducting patients on antivirus to therapy it is necessary to pay special attention to active measures of preventive maintenance and correction, including medicamentous therapy of the undesirable effect. Acute psychoses are an absolute indicator for cancellation antivirus therapies.

А. А. Ким, Б. Н. Кошерава, Б. М. Жантақбаева, Е. С. Жүнісов, С. В. Алькина СОЗЫЛМАЛЫ ВИРУСТІ ГЕПАТИТТЕРДЕГІ ВИРУСКА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯНЫҢ ҚОЛАЙСЫЗ ЖАҒДАЙЛАРЫ

Созылмалы вирусті гепатит В және созылмалы вирусті гепатит С ауыратын науқастарды вирусқа қарсы терапия жүргізу науқастың өмір сапасын арттырады. Бірақта ұзақ емдеу барысында қолайсыз жағдайлар (24-ден 48 аптаға дейін) жағдайлар туындайды. Жиі грипп тәріздес синдром дамиды. Нерв жүйесі жағынан қолайсыз жағдай – депрессия және жедел психоздар. Вирусқа қарсы терапия қауіпсіз жүргізу үшін алдын-алу шараларына көңіл бөлу керек, әсіресе қолайсыз жағдайлардың медикаментозды терапиясы қажет. Жедел психоз вирусқа қарсы терапияны өткізбеудің абсолютті көрсеткіші болып табылады.

**Е. А. Баймұқанов, Ф. Сайлауұлы,
Д. В. Ершова, В. А. Наздротенко,
В. А. Феоктистов**

ТОҚПАН ЖІЛІКТІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ МОЙЫНЫ СЫНУЫНЫҢ ОПЕРАЦИЯЛЫҚ ЕМІНІҢ ЖАҢА ТӘСІЛІ

Қарағанды мемлекеттік медициналық университетінің №1 хирургиялық аурулар кафедрасы Қарағанды қаласының №1-ші қалалық ауруханасы

Қазіргі таңдағы травматология саласында, тоқпан жіліктің мойынының ығысып сынуы күрделі бөлім болып табылады. Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуы қарт адамдарда жиі кездеседі [1].

Шетел әдебиеттері бойынша тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуы жалпы сынық-

тардың 5 процентің құрайды. Бұл сынықтар 40 жастан асқан адамдардың 76%-ын құрайды [2].

Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігі сынығының 80%-ын бір фрагментарлы сынықтар болып кездеседі [3].

Қазіргі таңда қарт адамдарда тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің ығысып сынуын жабық түрде репозиция жасау әдісі ыңғайлы болып табылады. Бірақ, жабық түрде репозиция кезінде сүйектің орынына түспеуі жиі кездеседі. Бұл кезде операциялық емді қажет етеді. Қазіргі кездегі операциялық емдер сүйектің остеопорозды өзгерістері нәтижесінде әр түрлі асқынуларға әкеледі. Мысалы: сүйектердің жарылулары, шытынаулары. Бұл кезде әр түрлі қарапайым остеосинтездер қолданылады.

Науқастарда тоқпан жіліктің мойынының ығысып сынуы кезіндегі қарапайым оперативті емін жетілдіру.



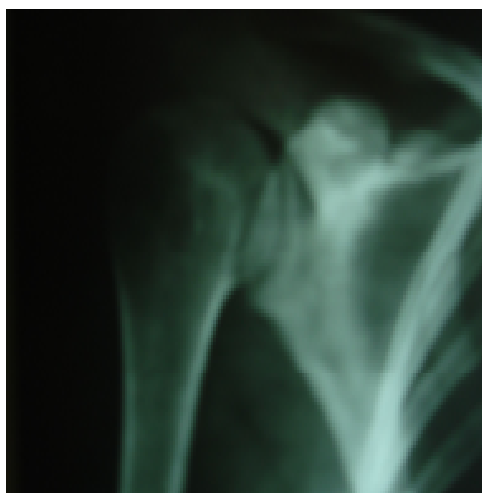
Науқастың операцияға дейінгі суреті



Науқастың операциядан кейінгі суреті



Науқастың 1 жылдан кейінгі рентген суреті



Науқастың сым темірді алғаннан кейінгі рентген суреті

Қарағанды қаласы №1 қалалық аурухана-сының «Бірлескен жарақаттар» бөлімшесінде тоқпан жіліктің проксимальді бөлімінің ығысып сынуы кезінде жаңа операциялық емдеу әдісі қолданылады. Ұсынылған әдіспен науқастарға операциялық ем қолданылған. Барлық науқастарға жалпы клиникалық, лабораториялық, рентгенологиялық зерттеулер жүргізілген.

Науқасқа операциялық ем Куленкамппф бойынша 2% новокаинмен жансыздандыру арқылы жасалды. Алдыңғы-сыртқы тілігі арқылы тері, тері асты клетчаткасы, бұлшық ет фасциясы, бұлшық еттер ашылады. Тоқпан жіліктің диафизінде сынықтан 3 см төмен, біз арқылы екі тесік жасалады. Бұл тесіктердің аралығы 1 см. Осы тесік арқылы төменнен жоғары қарай П-тәріздес сым темір қағылады. Сынықтар орынына салынып, сым темір тоқпан жіліктің басына қондырылады. Иллизаров симынан Г-тәріздес сым темір жасалынады, оның жоғарғы басы ілгекше түрінде болады. Тоқпан жіліктің диафизінде орнатылған П-тәріздес сым темірдің астынан біз арқылы тесік жасалынады. Г-тәріздес сым темірдің ілгекше ұшы тоқпан жіліктің басына бекітіліп, төменгі Г-тәріздес ұшы тесікке қағылады. Г-тәріздес сым

темірдің қызметі П-тәріздес сым темірдің орынынан тайюынан сақтайды. Остесинтез орнықты. Жараның жұмсақ тіндері толық тігіледі. Науқас ғаныштық таңғышсыз шығады.

Операциялық емнен кейін науқастың жіптері оныншы сөткеде алынады. Науқасқа антибактериалды, физитерапия емі және емдік физкультура әдісі қолданылды.

Науқасқа он төртінші және жиырмасыншы сөткеде амбулаториялық травматология бөлімшесінде шынтақ және иық буынын аздап қимыл қозғалысқа келтірдік.

Осылайша жоғарғы аталған әдіс бойынша тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуын операциялық емі кезінде, науқастар ғаныштық таңғышсыз шығады. Қарт адамдарда қосымша ауруларына байланысты (bronхиттер, жүрек аурулары) ғаныштық таңғышсыз қарама қайшылық көрсеткіш болып табылады. Аталған әдіс бойынша науқасқа операциялық ем қолданылды, операциядан кейінгі асқынулары байқалмады. Реабилитация және науқастардың еңбек қабілетін қалпына келу мерзімі орташа екі айға тең.

Тоқпан жіліктің проксимальді бөлігінің сынуы кезінде біз ұсынған жаңа операциялық

емді қолдану өте ыңғайлы болып табылады. Келешекте осы әдістерді жетілдіруді және қолдандуды жөн көреміз.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Каплан А. В. Лечение переломов проксимального суставного конца лучевой кости у лиц пожилого и старческого возраста /А. В. Каплан, Лирцман, В. П. Нестеренко //Актуальные вопросы травматологии ортопедии. – 1978. – Вып. 17. – С. 62 – 66.

2. Каплан А. В. Повреждение костей и суставов /А. В. Каплан. – М., Медицина, 1979. – 568 с.

3. Лазарев А. Ф. Биологический наружный остеосинтез на современном этапе/А.Ф. Лазарев, Э.И. Солод //Вест. травматология и ортопедии им. Н. Н. Пирогова. – 2003, №3. – С. 20 – 26.

4. Симон Р. Р. Неотложная ортопедия конечности /Р. Р. Симон, С. Дж. Кенигскнехт. – М., Медицина, 1998. – 624 с.

Поступила 07.12.09

**Y. A. Baimukanov, G. Sailauuly, D. V. Yershova, V. A. Nazdrotenko, V. A. Feoktistov
NEW METHOD IN TREATMENT OF RADIAL BONE JOINT EXTREMITY FRACTURE**

The new method of osteosintesis for proximal part of humor bone. Was presented with good results of treatment.

**Е. А. Баймуканов, Г. Сайлауулы, Д. В. Ершова, В. А. Наздротенко, В. А. Феоктистов
НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА СУСТАВНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ОПЕРАЦИОННЫМ ПУТЕМ**

Предложен новый способ остеосинтеза проксимального отдела плечевой кости с хорошими результатами лечения.

Ж. А. Доскалиев, Е. П. Дисюкеева

МЕХАНИЗМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕДИАТОРОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

АО «Медицинский университет» (Астана)

Перитонит является одним из наиболее грозных осложнений в хирургической практике. Это обусловлено эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью вследствие сохраняющегося токсического процесса, вторичных гнойно-воспалительных процессов. Бактериальное заражение не только вызывает воспаление брюшины, но также играет значительную роль в патогенезе тяжелых расстройств гемодинамики, дыхания и функционального состояния внутренних органов и систем вплоть до развития необратимых циркуляторных расстройств или септических осложнений [3].

Сложность патогенеза перитонита обуславливает необходимость комплексной терапии этого патологического процесса. Лечебные мероприятия должны предусматривать разностороннее воздействие на основные факторы развития патологических изменений и целенаправленную коррекцию развившихся обменных нарушений. Развивающееся при перитоните воспаление, интоксикация, угнетение кроветворения, нарушение детоксикационных систем организма сопровождаются возникновением вторичного иммунодефицита, нарушением нейрогуморальной регуляции функций организма. [2, 6]. Следовательно, наряду с оптимальной антибактериальной терапией больные перитонитом нуждаются в комплексе мероприятий, способствующих восстановлению нарушенных звеньев гомеостаза.

При выделении изолированных культур клеток фетальных гепатоцитов в качестве сопутствующего компонента, получают надосадочную жидкость, состоящую из белково-пептидного комплекса биологически активных клеточных медиаторов. Экспериментальные исследования последних лет свидетельствуют о наличии у данного комплекса репаративных, ранозаживляющих, гепатопротекторных, антистрессорных, противовоспалительных, иммуномодулирующих свойств [1, 4, 5].

В связи с этим возникла необходимость проведения исследований по выявлению терапевтического действия клеточных медиаторов на состояние различных звеньев гомеостаза при экспериментальном перитоните у крыс. Для решения данной задачи экспериментальные крысы были поделены на 4 группы: контроль 1 – интактные крысы; контроль 2 – нелеченные крысы с перитонитом; контроль 3 – крысы с перитонитом, получавшие гентамицин в дозе 0,05 мл/кг; опытная группа – крысы, которым на фоне гентамицина внутрибрюшинно вводили по 0,3 мл/кг клеточные медиаторы. Лекарственные средства

вводили внутрибрюшинно за 1 ч до моделирования перитонита, а затем ежедневно 1 раз в сут. Для моделирования перитонита проводили катетеры через пункционные отверстия в передней брюшной стенке крысы и через них вводили в брюшную полость аутокровь в объеме 7 мл/кг. Через 24 ч вводили в три этапа через каждые 6 часов микробную взвесь, состоящую в равных соотношениях из стафилококка и кишечной палочки в объеме 3 мл [7].

Проведенные эксперименты показали, что введение в комплексную терапию экспериментального перитонита клеточных медиаторов способствует значительному противовоспалительному эффекту, который проявлялся нормализацией повышенного уровня тимолового теста у крыс опытной группы. При этом использование в комплексной терапии клеточных медиаторов с первого дня эксперимента нормализовало уровень общих белков и фракцию альбуминов.

Моделирование у лабораторных крыс экспериментального перитонита способствовало выраженному угнетению уровня иммунокомпетентных клеток и снижению неспецифической резистентности, которое проявлялось в снижении показателей фагоцитоза макро- и микрофагов. Лечение экспериментальных крыс при вторичном иммунодефиците, вызванном экспериментальным перитонитом клеточными медиаторами на фоне антибиотикотерапии, способствует восстановлению нормального уровня общего количества лимфоцитов в крови, а также повышению абсолютного числа Т-лимфоцитов.

Наши эксперименты показали, что у нелеченных животных на фоне перитонита показатели ПОЛ превышали показатели интактных животных весь период эксперимента (уровень ДК в 2,4-4,5 раз, а уровень МДА – в 1,3-1,6 раз) и имели тенденцию к нарастанию. Лечение перитонита у крыс одним антибиотиком практически не изменяло динамику показателя МДА сыворотки крови, в то время как показатель ДК в этой группе даже имел более значительную динамику к нарастанию, чем у нелеченных животных. Комплексное лечение крыс с перитонитом антибиотиком и клеточными медиаторами способствовало снижению показателей ПОЛ, что можно рассматривать как свидетельство антиоксидантного действия клеточных медиаторов.

Для подтверждения антиоксидантного действия клеточных медиаторов при экспериментальном перитоните у крыс мы изучали динамику биохимических показателей в плазме крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, мочевины и креатинина, показатели которых в опытной группе животных, леченных клеточными медиаторами, мало отличались от аналогичных показателей интактных крыс.

Таким образом, эксперименты, проведенные с моделированием перитонита у крыс, однозначно подтвердили наличие у клеточных медиаторов выраженной терапевтической активности, проявившейся антиоксидантным, противовоспа-

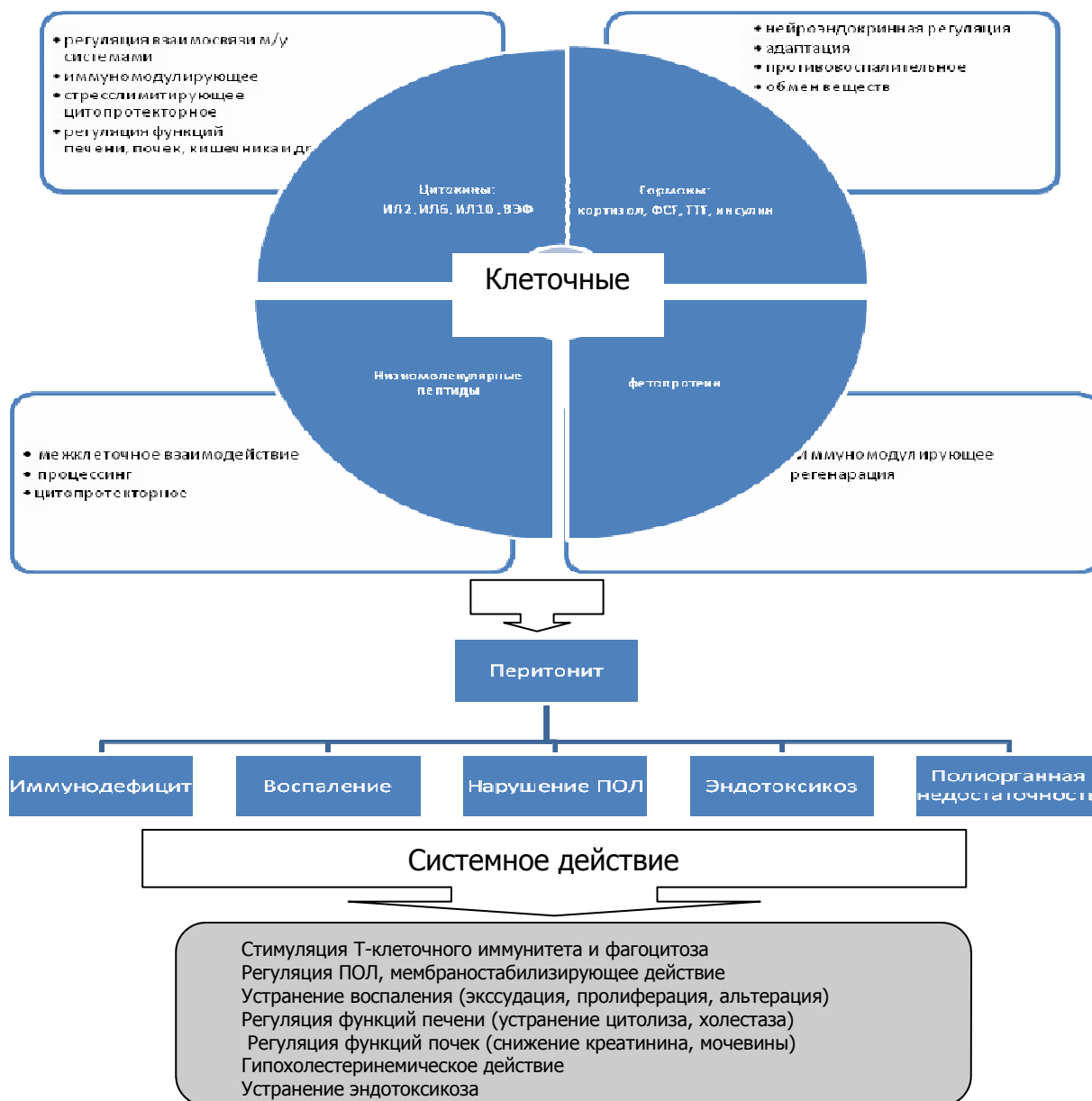


Рис. 1 Механизм действия клеточных медиаторов при экспериментальном перитоните

лительным, иммуномодулирующим, антиоксидантным эффектами.

Содержащиеся в составе клеточных медиаторов цитокины (ИЛ 2,6,10; ВЭФ), являясь факторами межклеточного взаимодействия, участвуют во многих процессах регуляции. Так, ИЛ-2 является регулятором клеточного иммунитета, стимулирует дифференцировку Т-лимфоцитов и фагоцитоз; ИЛ-6 стимулирует Т-клеточный иммунитет, а также регулирует функции печени; ИЛ-10 обладает иммуномодулирующим и противовоспалительным действием.

Выявленные в составе клеточных медиаторов гормоны (ФСГ, ТТГ, кортизол, инсулин) противодействуют воспалительным реакциям, а также регулируют обмен веществ в организме. Кроме того, и цитокины, и гормоны принимают активное участие в нейроиммуноэндокринной регу-

ляции основных функций организма при патологическом процессе, что способствует активизации адаптационных механизмов и стресслимитирующих систем.

Необходимо помнить, что клеточные медиаторы – это комплекс пептидов, созданных природой в растущем и развивающемся фетусе, который дает многокомпонентный ответ, направленный на преодоление возникающего дисбаланса в организме, что ведет, в конечном счете, к восстановлению смещенного метаболического равновесия.

Этому способствуют некоторые особенности действия регуляторных пептидов и цитокинов, такие как: мультифункциональность, способность к процессингу, взаимозависимость. Мультифункциональность действия пептидных структур проявляется в организме как принцип

мультипотентности. Это означает, что конкретный пептид определенной структуры в зависимости от особенностей патологического процесса в данный момент может выполнять функции, порой противоречащие друг другу.

Способность же пептидов в зависимости от изменившихся событий стимулировать синтез других пептидов и цитокинов с различными структурами называется процессингом. По нашему мнению, именно процессинг пептидов играет одну из ключевых ролей в терапевтическом действии клеточных медиаторов, являясь своего рода триггер-механизмом, подключающим защитные силы организма к борьбе с патологией.

Таким образом, именно сложность и физиологичность состава данного супернатанта, напоминающего плотный клубок многочисленных компонентов, взаимосвязанных между собой, неизбежно должны приводить в движение всю систему, способствующую поддержанию гомеостаза в организме при патологическом процессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Букеева Ж. К. Влияние «медиаторных веществ» фетальных клеток на течение острого и хронического гепатита у крыс. Аналитический обзор //Астана, 2007. – 65 с.

2. Гаин Ю. М. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните /Ю. М. Гаин, С. И. Леонович, С. А. Алексеев //Теор. и практ.аспекты диагн. и леч. – Мн.:Молодечно, 2001.– 266 с.

3. Ерюхин И. А. Хирургия гнойного перитонита // Абдоминальная хирургия. – 2003. – №6. – С. 65 – 75.

4. Жетимкаринова А. Д. Клеточные медиаторы в стресс-протекции у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском //Валеология. – 2007. – №2. – С. 84 – 87.

5. Трансплантация супернатанта фетальной ткани печени как медиатора гепаторепарации в программе интенсивной терапии послеоперационной печеночной недостаточности /Ж. А. Доскалиев, А. К. Байгенжин, А. Ш. Асабаев и др. //В материалах XI Российской конференции с международным участием. – «Гепатология сегодня». – Москва. – 2006. – С. 6.

6. Щуркалин Б. К. Гнойный перитонит. М.: Два Мира Принипа. – 2000. – 22 с..

7. Marschall J. C. Small-bowel bacterial overgrowth and systemic immunosuppression in experimental peritonitis /J. C. Marschall, N. V. Christou, J. L. Meakins //Surgery. – 1988. – №2. – Р. 491 – 494.

Поступила 18.11.09

G. A. Doskaliev , E. P. Dissukeeva

THE MECHANISM OF THERAPEUTIC ACTION CELLULAR MEDIATORS AT AN EXPERIMENTAL PERITONITIS

Spent with modelling of a peritonitis at rats, have unequivocally confirmed presence at cellular of mediators the expressed therapeutic activity, manifestate antitoxic, anti-inflammatory, immune-response modulating, antioxidant effects.

Ж. А. Доскалиев, Е. П. Дисюкеева

ЭКСПЕРИМЕНТТІК ПЕРИТОНИТ КЕЗІНДЕ ЖАСУШАЛЫҚ МЕДИАТОРЛАРДЫҢ ЕМДІК ӘСЕРІ

Осылайша егеуқұйрықтарға перитонитті енгізумен жүргізілген тәжірибелер уыттылыққа қарсы, қабынуға қарсы, иммундық моделдеу, оксидантқа қарсы әсер ретінде білінетін айқын терапевтік белсенділіктің болуын дәлелдейді.

Е. П. Дисюкеева

КЛЕТОЧНЫЕ «МЕДИАТОРЫ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА

АО «Медицинский университет» (Астана)

Проблема комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости стоит перед хирургами, вероятно, с момента зарождения медицины. Врачи добились определенных успехов в лечении этой группы патологии, и в наше время перитонит перестал быть фатальным страданием. Но вместе с тем он остается заболеванием, приводящим к недопустимо высокой смертности, достигающей по данным разных авторов от 12 до 30% [2, 4,-6].

Еще недавно успехи, связанные с применением антибиотиков, создавали иллюзию ради-

кального решения проблемы хирургической инфекции. Однако сейчас очевидно, что антибактериальные препараты не в полной мере оправдали возложенных на них надежд, т.к. возрастает число антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, частота аллергических реакций на введение антибактериальных средств.

Сложные патогенетические механизмы приводят при перитоните к нарушениям различных звеньев гомеостаза, сопровождаются процессами воспаления, интоксикации, нарушениями в системе ПОЛ, угнетения кроветворения, нарушения детоксикационных систем организма, возникновения вторичного иммунодефицита, нарушения нейрогуморальной регуляции функций организма, обмена веществ [5].

Следовательно, лечебные мероприятия при перитоните должны предусматривать разностороннее воздействие на основные факторы развития патологических изменений и целена-

Таблица 1.

Влияние клеточных медиаторов на динамику МДА и ДК

Показатель	МДА		ДК	
	5	10	5	10
Контроль-1	5,3±0,7	5,7±0,4	1,2±0,3	0,9±0,3
Контроль-2	8,8±0,5*	7,9±0,6*	2,9±0,7*	4,1±0,8*
Контроль-3	9,1±1,3*	8,7±0,8*	1,9±0,5	1,6±0,6
Опыт	7,2±1,1	5,8±1,2	1,6±0,6	1,3±0,2

* достоверность различий с интактными ($p < 0,05$)

правленную коррекцию развившихся обменных нарушений. Наряду с оптимальной антибактериальной терапией больные перитонитом нуждаются в комплексе мероприятий, способствующих восстановлению нарушенных звеньев гомеостаза.

Известно, что при получении клеточной массы фетальных гепатоцитов получают надосадочную жидкость, состоящую из белково-пептидного комплекса биологически активных веществ. В частности, они содержат цитокины (ИЛ 2,6,10; ВЭФ), гормоны (ФСГ, ТТГ, кортизол, инсулин). Условно данную биологическую жидкость называют клеточные медиаторы. Исследования последних лет показали, что клеточные медиаторы оказывают всестороннее влияние на различные звенья гомеостаза [1, 3].

Цель работы – изучение влияния клеточных медиаторов на обменные процессы в организме и состоянии ПОЛ при экспериментальном перитоните у крыс.

Для достижения поставленной цели экспериментальные крысы были разделены на 4 группы: контроль 1 – интактные крысы; контроль 2 – нелеченные крысы с перитонитом; контроль 3 – крысы с перитонитом, получавшие гентамицин в дозе 0,05 мл/кг; опытная группа – крысы, которым на фоне гентамицина внутрибрюшинно вводили по 0,3 мл/кг клеточные медиаторы. Лекарственные средства вводили внутрибрюшинно за 1 ч до моделирования перитонита, а затем ежедневно 1 раз в сут.

Для моделирования перитонита проводили катетеры через пункционные отверстия в передней брюшной стенке крысы и через них вводили в брюшную полость аутокровь в объеме 7 мл/кг. Через 24 ч вводили в три этапа через каждые 6 ч микробную взвесь, состоящую в равных соотношениях из стафилококка и кишечной палочки в объеме 3 мл [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

К основным клеточным факторам естественной резистентности организма относится система антиоксидантной защиты, которая играет важную роль в патогенезе многих процессов при перитоните. Патологическое действие свободных радикалов, возникающих в результате перекисного окисления фосфолипидов, направлено на повреждение структурного состояния и

функционирования клеточных мембран.

Эксперименты представлены в табл. 1. Анализ данных выявил, что у нелеченных животных на фоне перитонита показатели ПОЛ превышали показатели интактных животных весь период эксперимента (уровень ДК в 2,4-4,5 раз, а уровень МДА – в 1,3-1,6 раз) и имели тенденцию к нарастанию.

Лечение перитонита у крыс одним антибиотиком практически не изменяло динамику показателя МДА сыворотки крови, в то время как показатель ДК в этой группе даже имел более значительную динамику к нарастанию, чем у нелеченных животных.

Комбинирование антибиотикотерапии перитонита с введением клеточных медиаторов способствовало снижению уровня МДА на 5-й день эксперимента в 1,2 раза, а на 15 сут – в 1,4 раза и практически способствовало достижению уровня показателя интактных крыс. Уровень ДК в опытной группе на 5 день эксперимента снизился в 1,8 раза, а на 10 – в 3 раза и также достоверно не отличался от контроля.

Экспериментальный перитонит в наших исследованиях привел к увеличению уровня общего холестерина (рис. 1). Если на 2 день эксперимента уровень холестерина у нелеченных крыс с перитонитом составил $2,4 \pm 0,6$ ммоль/л, то на 15 сут исследования уровень холестерина в контрольной группе с перитонитом достоверно превышал показатель интактных крыс в 2 раза и составил $4,1 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,01$). Включение в комплексную терапию перитонита клеточных

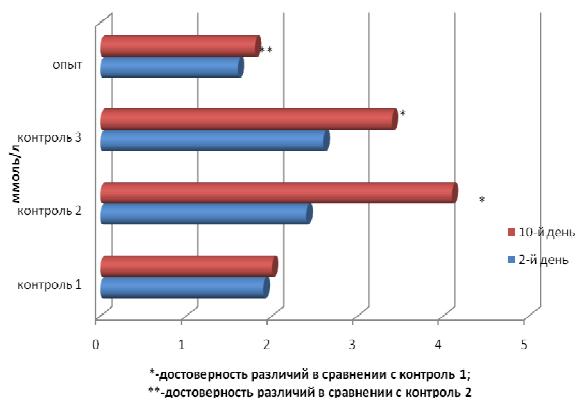


Рис. 1. Динамика уровня холестерина

медиаторов способствовало нормализации уровня холестерина в крови. Во все дни эксперимента его уровень в опытной группе не отличался от показателя интактных крыс и составлял $1,6 \pm 0,4$ ммоль/л и $1,8 \pm 0,3$ ммоль/л

Кроме того, комплексная терапия экспериментальных крыс с перитонитом гентамицином и клеточными медиаторами способствовала значительным улучшениям и других показателей липидного обмена, в частности снизило повышенные уровни ЛПНВ и ЛПВП.

ВЫВОДЫ

Лечение экспериментальных крыс с перитонитом не снижает показателей ПОЛ (МДА и ДК) и не способствует восстановлению нарушенных показателей липидного обмена. В то же время, добавление в терапию клеточных медиаторов способствует выраженному антихолестеринемическому эффекту уже с первых дней эксперимента и до его завершения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Букеева Ж. К. Влияние «медиаторных веществ» фетальных клеток на течение острого и хронического гепатита у крыс. Аналитический обзор // Астана, 2007. – 65 с.
2. Гаин Ю. М. Синдром энтеральной недостаточ-

ности при перитоните /Ю. М. Гаин, С. И. Леонович, С. А. Алексеев // Теор. и практ. аспекты диагн. и леч. – Мн.: Молодечно, 2001. – 266 с.

3. Ерюхин И. А. Хирургия гнойного перитонита // Абдоминальная хирургия. – 2003. – №6. – С. 65 – 75.

4. Жетимкаринова А. Д. Клеточные медиаторы в стресс-протекции у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском // Валеология. – 2007. – №2. – С. 84 – 87.

5. Трансплантация супернатанта фетальной ткани печени как медиатора гепаторепарации в программе интенсивной терапии послеоперационной печеночной недостаточности /Ж. А. Доскалиев, А. К. Байгенжин, А. Ш. Асабаев и др. // В материалах XI Российской конференции с международным участием. – «Гепатология сегодня». – Москва. – 2006. – С. 6.

6. Щуркалин Б. К. Гнойный перитонит. М.: Два Мира Принипа. – 2000. – 22 с..

7. Marschall J. C. Small-bowel bacterial overgrowth and systemic immunosuppression in experimental peritonitis /J. C. Marschall, N. V. Christou, J. L. Meakins // Surgery. – 1988. – №2. – P. 491 – 494.

Поступила 19.11.09

E. P. Dissukeeva

CELLULAR «MEDIATORS» IN COMPLEX THERAPY OF EXPERIMENTAL PERITONITIS

Treatment of experimental rats with a peritonitis does not reduce parameters the ILM and a recreation center and to restoration of the broken parameters lipids an exchange. At the same time, addition in therapy cellular mediators promotes expressed anticholisterinemic effect from first days of experiment and before its end.

Е. П. Дисюкеева

ЭКСПЕРИМЕНТТІК ПЕРИТОНИТТІ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ЖАСУШАЛЫҚ МЕДИАТОРЛАР

Перитониті бар тәжірибелік егеуқұйрықтарды емдеу ПОЛ (МДА және ДК) көрсеткіштерін төмендетпейді және бұзылған липидтік айналым көрсеткіштерін қайта қалпына келтіруге әсер етпейді. Сонымен қатар, емдеуге жасушалық медиаторларды қосу тәжірибенің алғашқы күндерінен бастап-ақ ол аяқталғанға дейін, холестеринге қарсы айқын әсер етуіне ықпалын тигізеді.

Е. Н. Сраубаев, Т. С. Серғалиев,

А. Ж. Абдилда, Д. М. Байменова, Н. Г. Белан

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ САМОУБИЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Карагандинский государственный медицинский университет, ТОО «Абдильдинова», ТОО «Байменова», КГКП РМО Абайский район

Республика Казахстан по показателям самоубийств в мире занимает одно из ведущих мест. Начиная с конца 80 гг., эти показатели неуклонно растут вверх, настораживая высокими цифрами смертности от самоубийств (высоким показателем считается, по данным ВОЗ, если на 100 000 населения приходится 20,0 случаев самоубийств). К сожалению, в нашей стране в некоторые годы показатели самоубийств были 30,0 и больше. Это говорит о том, что проблема вы-

шла из-под контроля и нужны кардинальные меры для решения этих вопросов. Считается, что смертность от самоубийств – это регулируемый процесс: создав какие-то меры по снижению суицидов, мы сможем добиться определенных успехов в улучшении здоровья населения, а именно – поднять СППЖ на 0,7 лет.

Для того чтобы анализ статистических данных имел предупредительную деятельность в отношении самоубийств, информация должна быть полноценной и объективной. В советское время в нашей стране официально и открыто предоставляли данные по самоубийствам [1]. На сегодняшний день статистика самоубийств ведется только по нескольким признакам (пол, возраст, место жительства, социальное положение, профессия, семейное положение), но не учитываются такие данные, как состояние здоровья, мотивы и причины, национальность, вероисповедание и др.

Распространенность самоубийств в Республике Казахстан, а также в составе СССР показывает, что еще в советский период эти показатели были высокими. По СП (суицидальный показатель) лидировали в советское время РСФСР, Прибалтийские государства, Белоруссия, Украина и Казахстан, где показатели были выше 20,0 на 100 000 населения.

Эти данные показывают, насколько СП в республике были выше по сравнению со среднеазиатскими или же закавказскими республиками. Многие зарубежные ученые, которые исследовали эту проблему, отмечают несколько причин, которые являются сдерживающим фактором СП: это религиозность, крепкие родственные связи, высокие моральные устои, теплый, благоприятный климат в семье, в коллективе, в обществе [2, 3]. Вторым фактором высоких СП является индустриализация страны. В частности И. Б. Бойко, изучавший самоубийства в Рязанской области, отмечает сильную корреляционную связь ($r=+0,825$) [4].

При проведении настоящего исследования динамики и распространенности в РК в условиях средней напряженности нами была использована научная парадигма «синергетика». Эту научную терминологию использовала в своей работе при изучении суицидальных случаев полярной части РФ Ж. Л. Варакина [5]. Целью данных научных исследований является выявление общих закономерностей в процессах образования, устойчивости и разрушения упорядоченных временных и пространственных структур, которые в сложных неравновесных системах бывают различными, например природы, биологических, социальных, экономических, географических и т.д. Обоснованием целесообразности синергетических исследований является установленный факт, что кооперация многих подсистем какой-либо системы подчиняется одним и тем же принципам, независимо от природы подсистем [6, 7]. Если взять и изучить отдельно Казахстан в республике, то ситуация по СП с советского периода и до сегодняшнего дня остается очень сложной, хотя показатель был ниже среднесоюзных значений (В СССР СП был

равен 30,0 случаев на 100 000) [8].

Все случаи самоубийств, зарегистрированные на территории Республики Казахстан с 1984 по 2005 г., можно разделить на три периода.

Первый период, начиная с 1984 по 1990 г., – так называемый советский период, где наблюдается с 1985 г. снижение уровня смертности населения от самоубийств до 1987 г., связано с тем, что в эти годы правительством СССР были приняты жесткие меры по борьбе с алкоголизмом населения. Тотальное и весьма жесткое введение на всей территории СССР чрезвычайных мер по борьбе с пьянством и алкоголизмом (в СССР в 1984 г. было 30 случаев самоубийств на 100 000 населения в год, в РСФСР – 37,9, в Республиках Прибалтики – 34,1, в Белоруссии – 29,6, на Украине – 26,5 в Казахстане – 26,1) не могло не сказаться положительно на показателях насильственной преступности, смертности населения и суицидной ситуации.

Повсеместное значительное снижение СП в указанные годы можно объяснить не только одной резкой активизацией борьбы с пьянством и алкоголизмом на государственном уровне, но и наступившими изменениями общественного настроения, появлением в обществе оптимизма и надежд на улучшение экономических и социальных условий жизни.

Второй период начинается с 1991 по 1998 г., когда уже в суверенном государстве СП начинают резко подниматься вверх. На наш взгляд, это произошло ввиду резкого изменения общественно-экономического строя, падения уровня жизни, экономического спада по всем показателям народного хозяйства. Повсеместное сокращение рабочих мест, а на фоне этого – стагнация и маргинализация населения, гиперинфляция и многие другие факторы повлияли как на СП, так и в целом на здоровье населения.

Третий период характеризуется относительно стабильными показателями (1999–2007 гг.)

Высокие показатели СП в Республике Казахстан, многолетнее умалчивание существования этой проблемы, отсутствие исследований в области суицидологии и отсутствие информации о

Динамика самоубийств в СССР и в регионах в 1984–1989 гг.

Таблица 1.

Регионы	1984	1985	1986	1987	1988	1989
СССР	30,0	25,0	18,9	19,1	19,5	20,9
РСФСР	37,9	31,0	23,0	23,2	24,3	25,7
Прибалтика	34,1	31,1	25,8	25,7	26,0	25,9
Белоруссия	29,6	23,1	17,7	19,0	20,4	21,5
Украина	26,5	22,3	18,5	19,6	20,8	21,1
Казахстан	26,1	22,2	16,5	16,2	16,8	19,4
Молдавия	23,3	20,7	18,8	17,1	17,5	16,9
Ср. Азия	9,6	8,3	7,7	7,7	7,9	7,8
Закавказье	3,7	3,5	3,3	3,5	3,6	3,3

факторах, повлиявших на появление суицидальных тенденций среди населения РК, привели к тому, что сейчас мы столкнулись с очень серьезной проблемой – суицидами в нашем государстве.

Анализ динамики СП в Республике Казахстан в 1999-2005 гг. показывает, что тенденция роста самоубийств характерна как для городской, так и для сельской местности в течение 7 исследуемых лет и крайне неоднородна за последние 5 лет, где наблюдается рост самоубийства населения сельской местности.

Данные по суицидальным показателям с 1999 по 2005 г. в республике показывают четкую тенденцию увеличения СП в сельской местности на 19% (23,3 до 28,1 на 100 000 населения), тогда как в городской местности за этот период СП снизился на 17%, но при этом остается довольно высоким суицидальным показателем. Столь высокий показатель последние 4 г. в сельской местности по сравнению с городским, по нашему мнению, заключается в том, что общественно-экономическая, социально-политическая ситуация в стране в первую очередь повлияла на сельскую местность. Урбанизация населения, упадок сельского хозяйства, которое поддерживалось за счёт государства в советское время, стагнация населения (застой жизни сельской местности) – все это привело к маргинализации сельского населения, особенно в тех сельских местностях, где в основном занимались животноводством.

В 2005 г. произошло увеличение суицидальных показателей в сельской местности Казахстана по сравнению с городским: (28,1 против 24,3 $p < 0,01$). Из общего числа лиц, покончивших жизнь самоубийством, в Республике Казахстан на долю жителей сельской местности приходится 47,6% случаев, а для городского населения – 52,4%. Характерно, что эта доля неуклонно возрастала для первых (37,6% в 1999 г. До 46,6% в 2005 г.) и падала для вторых (с 62,3% в 1999 г. до 53,4% в 2005 г.). И это несмотря на то, что на протяжении данного отрезка времени происходило некоторое снижение удельного веса жителей села в структуре всего населения страны (с 43,6% до 42,8%) и рост численности в городах.

В динамике показателей самоубийств в городской и сельской местности прослеживается ряд различий. Если во всех возрастных группах жителей села, кроме интервала 10-19 лет, тенденция роста в 1999-2005 гг. имела устойчивый характер, то в городах эта устойчивость отмечалась только для возрастных групп после 40 лет. В более молодом возрасте в течение 1999-2005 гг. в городской местности произошла стабилизация

и некоторый спад уровня суицидов, особенно в интервале 20-29 лет -10,5% (с 24,2 до 21,4 на 100 000 населения) и 30-39 лет – 13,4% (с 31,7 до 27,9 на 100 000 населения). И все же превышение значений 1999-2000 гг. отмечалось в городах во всех группах населения. Больше всего выросли показатели для лиц 10-19 лет (62,7%). В сельской местности для первой из этих групп прирост был значительно ниже – 5,6%, а для второй выше – 53%. В остальных возрастных группах на селе показатели самоубийств росли еще быстрее.

В группе 10-19 лет в 2005 г. уровень суицидов почти вдвое превышал значения 1999 года (6,8 против 3,6). В группе 50-54 лет в 2000 г. уровень самоубийств вырос почти на 75% по сравнению с 1999 г. Для лиц в возрасте 60-64 г. это увеличение составило 76,5%. Разница между приростом самоубийств в рабочем возрасте для сельской и городской местности также была значительной (54,4 против 5,8%).

Рост частоты самоубийств в 1999-2000 гг. принципиально не изменил ситуации в городах. Особого внимания заслуживает тот факт, что за 20-летний период в возрастном интервале 60 лет и старше распространенность самоубийств была наиболее устойчивой: разница показателей в начале и в конце рассматриваемого отрезка времени составила 26,4% 35,3 против 42,6, $p < 0,001$). В сельской местности в данной группе он вообще не снижался и перевес составил 64,4% (24,9 против 42,3 $p < 0,001$).

Темп прироста показателей суицидов в 1988-1989 гг. в сравнении с 1986-1987 гг., в рабочем возрасте жителей села был также более выражен, чем в городах (соответственно 19,4 и 8,6%). А в сельской местности в отдельно взятых возрастных группах – 20-29 и 30-39 лет он достиг почти 32%. В целом за 20 лет увеличение распространенности самоубийств на селе составило в интервале 20-29 лет – 9 %. 30-39 лет – 27,9%, 40-49 лет – 30,3%, 50-59 лет – 35,1%. Особого внимания заслуживает динамика распространенности суицидов среди сельских мужчин. В 1992-1993 гг. они стали оканчивать жизнь самоубийством в 1,4 раза чаще, чем в 1984-1985 гг. Из отдельных возрастных групп наиболее высокий прирост отмечался среди лиц 40-49 лет (89,5%), 50-59 лет (50,2%), 60 лет и старше (66,7%). Характерно, что преобладание над значениями 1984-1985 гг. наблюдалось во всех без исключения возрастных интервалах и составило в целом для мужчин сельской местности 1,5 раза, а в городской местности прирост для мужчин рабочего возраста был менее выражен (6,7%). В группе 30-39 лет имело

Таблица 2.

Распределение самоубийств по месту жительства (город, село) в Республике Казахстан за 1999-2005 гг.

Население	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Городское население (100000)	29,9	31,4	30,2	29,4	29,4	27,7	24,3
Сельское население (100000)	23,3	28,6	28,9	32,1	29,1	31,8	28,1

место снижение частоты самоубийств на 10,9%. Общее же увеличение показателя за 1984-1993 гг. для мужского населения городов – 0,9 раза.

Предупредительная деятельность в отношении самоубийств в первую очередь должна начинаться с полноценного и объективного анализа статистических данных. В нашей республике официальная статистика ведется с 1988 г., когда включили несколько параметров (пол, возраст, место жительства, семейное положение, профессия).

СП в Республике Казахстан, как и во всем мире, имеет свои отличительные черты. Если взять данные по отдельным регионам, то увидим, что в республике распространенность самоубийств неодинакова, есть регионы, где СП имеют среднее значение (ЮКО, Жамбылская область, Кызыл – Ординская область), а в городах Алматы и Астана эти значения по шкале ВОЗ оцениваются как низкие показатели. В остальных регионах СП выше <20,0 на 100 000 населения.

Данные по Казахстану показывают, что СП очень высоки в таких областях, как Акмолинская – 36,2 на 100 000 населения в 1999 г.; 42,1 – в 2007 г., Актыбинская область – 26,6 на 100 000 населения в 1999 г.; 21,1 – в 2007 г., Алматинская область, где СП выросли на 88%. Если в 1999 г. показатели самоубийств в Алматинской области по шкале ВОЗ оценивались как средние, то есть были равны 13,4 на 100 000 населения, то в 2007 г. они достигли 24,1 на 100 000 населения, В Атырауской области показатели СП за исследуемый период очень сильно колебались, за

исключением 2002 г. (16,2 на 100 000 населения); показатели были очень высокими и составляли в 1999 г. 24,7 а в 2007 г. 25,5 на 100 000 населения.

В ЗКО показатели самоубийств за исследуемый период выросли на 13%. Этот регион по СП занимает вторую позицию в республике, где показатели самоубийств ниже 35% не опускались. В Карагандинской области также очень высокие показатели по самоубийствам, но последние 3 г. есть заметное снижение (в 1999 г. СП – 41,0 на 100 000 населения с последующим увеличением, в 2004 г. – 44,02 на 100 000 населения, в 2007 г. показатели самоубийств в области составили 36,6 на 100 000 населения, снизились на 15%). Костанайская область также имеет одни из высоких показателей в республике. Начиная с 1999 г., СП непрерывно увеличивались и в 2004 г. выросли до 46,2 на 100 000 населения. В 2007 г. они снизились до 35,1.

Самые высокие показатели по республике зафиксированы в ВКО, где за 1999 г. смертность населения от самоубийств была равна 48,0 на 100 000 населения, а в 2007 г. эти показатели выросли до 50,5., что превышает данные по республике в 2 раза.

Такая ситуация в стране требует от государства и от общественных организаций серьезного внимания, если учесть тот факт, что социальный портрет самоубийц в РК – это обычно мужчина 30-55 лет, безработный, разведенный, не имеющий психо-соматических нарушений, ведущий аморальный образ жизни, проживающий

Таблица 3.
Распространение смертности населения от самоубийств в Республике Казахстан

Регионы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
РК	27,1	0,27	29,73	28,99	29,25	29,4	25,87	26,7	26,9
Акмолинская обл	36,2	44,68	50,41	50,16	46,76	46,92	41,1	38,7	42,1
Актыбинская обл	26,6	34,42	37,06	23,19	30,14	38,51	26,95	21,7	21,7
Алматинская обл	13,4	19,67	18,59	20,42	21,46	21,45	23,61	23,8	24,1
Атырауская обл	24,7	22,82	28,06	16,23	29,04	30,63	21,8	23,3	25,5
Западно-Казахстанская обл	36,2	40,63	48,92	44,74	45,27	44,28	39,81	39,6	40,9
Жамбылская обл	16,1	18,8	18,15	17,46	16,69	16,86	16,05	15,8	20,2
Карагандинская обл	41,0	40,43	42,82	41,08	42,33	44,02	37,51	38,8	36,6
Костанайская обл	32,3	40,96	37,68	42,37	45,39	46,02	31,92	32,2	35,1
Кызыл-Ординская обл	20,3	21,53	17,49	22,41	19,65	23,62	17,23	18,7	15,4
Мангыстауская обл	17,2	22,38	24,09	16,79	14,24	18,84	20,65	16,2	24,3
Южно-Казахстанская обл	12,8	16,17	15,4	16,99	15,95	16,16	14,91	15,0	15,0
Павлодарская обл	34,9	34,29	41,68	37,16	37,08	34,25	33,77	34,6	38,6
Северо-Казахстанская обл	44,2	47,73	41,47	43,1	47,32	39,99	32,05	45,3	32,7
Восточно-Казахстанская обл	48,0	55,57	49,23	54,2	48,27	49,28	46,36	47,3	50,5
Астана	25,7	19,73	9,0	3,22	11,46	6,92	12,22	16,0	14,4
Алматы	11,2	6,55	6,63	5,61	4,73	4,03	4,07	8,4	5,9

обычно в сельской местности или же в индустриально развитом регионе (в большинстве случаев там, где развита металлургическая отрасль) [9].

В настоящее время в республике нет специализированной службы, которая занималась бы непосредственно этой проблемой, ведь смертность населения от самоубийств в мире считается регулируемым показателем, достаточно только создать необходимую службу, которая бы изучала бы причины и мотивы суицидов и принимала бы соответствующие меры по ликвидации или же по снижению этих показателей.

Мировой опыт показывает: создание такой службы снижает показатели на 25-30% [10]. Для борьбы с суицидальной проблемой должны объединиться не только врачи психиатры, судебно-медицинские эксперты, врачи-наркологи, но и юристы, социологи, психологи, экономисты и т.д., которые объединившись могут разносторонне изучить эту проблему и дать научный ответ. Пока, к сожалению, есть только попытки общественных организаций поднять эту проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов В. И. К вопросу о суицидальных попытках больных хроническим алкоголизмом // Реабилитация нервно-психически больных. Тезисы к научно-практической конференции. – Томск, 1999. – С. 212 – 215.
2. Актуальные проблемы суицидологии: Сб.

науч. работ. тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 2001. – Т. 92. – 264 с.

3. Бойко Н. А. Некоторые закономерности распространения и причинные факторы суицидальных явлений: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2000. – 24 с.

4. Бойко Н. А. Роль заболеваний в развитии суицидальных явлений // Результаты клин. и эксперим. исследований. – М., 1999. – С. 25 – 27.

5. Бедный М. С. Медико-демографическое изучение народонаселения. – М.: Статистика, 1999. – 136 с.

6. Бедный М. С. Медицинские аспекты современной демографической политики. Науч. обзор /М. С. Бедный, В. И. Дмитриев. – М., 1999. – С. 68.

7. Бородин С. В. Мотивы и причины самоубийств /С. В. Бородин, А. С. Михлин //Тр. Моск. НИИ психиатрии. – М., 2000. – Т. 82. – С. 28 – 43.

8. Демографический ежегодник СССР. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 640 с.

9. Суицидальное поведение как социально-гигиеническая проблема /П. П. Петров, Д. З. Борохов, М. К. Кульджанов и др. //Сов. здравоохранение. – 1991, №11. – С. 27 – 31.

10. Тихоненко В. А. Покушения на самоубийство и их профилактика: Дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2002. – 38 с.

Поступила 14.12.09

Y. N. Sraubaev, T. S. Sergaliev, A. Z. Abdilda, D. M. Baimenova, N. G. Belan PECULIARITIES OF SUICIDE SPREAD IN THE RK

One of the most important problems of local character in the Republic of Kazakhstan is suicide. By the scale of the word organization of health more than 200 people among 100000 citizens in the RK finish their lives by suicide. It is considered to be a very high index. At present as this index was equal 200 people passed 10 years. Kazakhstan enter the first eight of the most developed states of the same time.

Е. Н. Сраубаев, Т. С. Серғалиев, А. Ж. Әбділда, Д. М. Бәйменова, Н. Г. Белан ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨЗІН ӨЗІ ӨЛТІРУДІҢ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Қазақстан Республикасының әлеуметтік маңыздылығы бар мәселесінің бірі болып табылатын жағдай ол өзі – өзіне қол жұмсау мәселесі. Дүниежүзілік Денсаулықсақтау Ұйымының шкаласы бойынша ҚР өзі – өзіне қол жұмсау 100 000 тұрғынға шаққанда 20,0 ден көп болса жоғары көрсеткіштер деп есептелінеді, қазіргі уақытта ҚР бұл көрсеткіш 20,0 ден жоғары болғанға 10 шақты жылдар өтті, ал Қазақстан Республикасы дүниежүзі бойынша алдыңғы сегіз ел қатарында жүрген мемлекет болып саналады.

**И. Р. Кулмагамбетов, Ф. Н. Нурманбетова,
Ш. С. Калиева, В. П. Риклефс**

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОНИТОРИНГА РЕАЛИЗАЦИИ НАПРАВЛЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ОТБОРУ И ПРИЕМУ ГРАЖДАН В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ»

Карагандинский государственный медицинский университет

Внедрение новых подходов к отбору и приему граждан в медицинские организации образования республики определено в Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан (РК) [1] как основное направление реформирования процедуры отбора и приема абитуриентов для обучения в медицинские вузы, которая должна быть нацелена на выбор высокомотивированных кандидатов с предшествующим образованием и естественнонаучной подготовкой, предоставляющей возможность и способность обучаться в медицинском вузе.

Прием в высшие учебные заведения РК осуществляется согласно Типовым правилам приема на обучение в организации образования, реализующие профессиональные учебные программы высшего образования, утвержденные приказом Министра образования и науки РК от 19 декабря 2007 г. №638 [3]. В 2009 г. в данный нормативный документ внесен ряд изменений (приказ Министра образования и науки РК от 5 июня 2009 г. №271, зарегистрирован в Министерстве юстиции РК 22 июня 2009 г. №5707). В Типовых правилах приема в вузы приведены новые названия Национального центра тестирования, а также некоторых вузов, указанных в приложении 1 документа. Пункт 8 Типовых правил приема в вузы дополнен абзацем вторым: «Прием иностранных граждан на обучение на иностранном языке на платной основе осуществляется по результатам комплексного тестирования, проводимого высшими учебными заведениями на языке обучения». Из Типовых правил приема в вузы исключен раздел 3 «Порядок присуждения образовательных грантов». Данный раздел включен в «Правила присуждения образовательных грантов», утвержденные постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 января 2008 г. №58 (с учетом внесенных изменений от 19 февраля 2009 г. №194).

В 2009 г. ЕНТ совместило экзамен на получение аттестата о среднем образовании и экзамен для поступления в высшие учебные заведения и колледжи. В обязательном порядке сдают ЕНТ претенденты на знак «Алтын белгі» и аттестат о среднем образовании с отличием. Для вы-

пускников, не желающих участвовать в ЕНТ, традиционно в школах проходят итоговые экзамены. Тестирование проводилось по 5 предметам: язык обучения, математика, история Казахстана, казахский язык для школ с негосударственным языком обучения (русский язык для школ с казахским языком обучения) и предмет по выбору, который при поступлении в вуз определяет выбор будущей специальности выпускника. Согласно Закону Республики Казахстан «Об образовании» государственный и русский языки являются обязательными предметами ЕНТ для получения аттестата о среднем образовании. Количество тестовых заданий по каждому предмету – 25. В 2009 г. увеличено время тестирования на 30 мин, и, следовательно, на проведение ЕНТ отводится 3,5 астрономических часа, т.е. 210 мин. Результаты ЕНТ оцениваются по 125-балльной системе и оценки по пятибалльной системе для получения аттестата об общем среднем образовании. Перевод баллов в оценки проводится Государственной комиссией (ГК) в соответствии со шкалой, установленной Министерством образования и науки РК. Выпускникам, сдавшим ЕНТ, выдаются: сертификат о результатах ЕНТ по трем обязательным предметам (язык обучения, история Казахстана и математика) и одному предмету по выбору; аттестат об общем среднем образовании. Сумма баллов сертификата для участия в конкурсах на государственные образовательные гранты или для поступления на платное обучение не должна быть ниже 45 баллов (пороговый уровень). Пересдача ЕНТ не разрешается [2].

В 2009 г. Комплексное тестирование для поступающих в вузы проводилось по 4 предметам: математике, родному языку (язык обучения), истории Казахстана и предмету по выбору (география, физика, биология, химия, казах әдебиеті (русская литература), иностранный язык). Количество тестовых заданий по каждому предмету – 25. Всего тестовых заданий – 100. Комплексное тестирование абитуриентов проводится для выпускников прошлых лет, школьников, обучавшихся по линии международного обмена за рубежом и не принявших участие в ЕНТ, а также выпускников средних общеобразовательных учебных заведений с узбекским, уйгурским и таджикским языками обучения, выпускников республиканских музыкальных школ-интернатов, начальных и средних профессиональных учебных заведений; лиц, окончивших учебные заведения за рубежом [3].

Для выпускников, избравших специальности, требующие специальной или творческой подготовки, предмет по выбору – произвольный. При приеме в вузы и колледжи для таких выпускников установлены специальные или творческие экзамены, которые проводились приемными комиссиями избранных ими учебных заведений.

Таким образом, анализ текущего состояния по приему граждан в высшие учебные заведения РК показал, что в 2009 г. прием абитури-

ентов для обучения в медицинские вузы проводился по общей схеме без учета специфики медицинского образования. Предметом по выбору и профильным предметом для абитуриентов, желавших поступить в медицинские вузы, определена биология. Претенденты сдавали следующие предметы: русский (казахский) язык, историю Казахстана, математику, биологию. Такие предметы, как химия, физика в ЕНТ включены не были.

Медицинское образование во всех странах – это процесс длительного и непрерывного обучения, начинающийся с момента поступления на медицинский факультет и продолжающийся на протяжении всей профессиональной деятельности. Обучение в медицинском вузе требует от кандидатов высокой мотивации к будущей профессии и соответствующей допрофессиональной подготовки по естественно-научным дисциплинам, которые являются базой для освоения биомедицинских и клинических наук. В связи с этим к отбору и приему кандидатов для обучения в медицинские вузы необходимо подходить с учетом специфики медицинского образования, а не по общей схеме, которая в настоящее время законодательно закреплена в Республике Казахстан. Во многих странах мира разработаны и внедрены четкие критерии и определен перечень требований к поступающим в медицинский вуз, основанных на выявлении потенциально подготовленных и мотивированных претендентов.

В связи с этим, наибольший интерес представляет изучение мнения профессорско-преподавательского состава и обучающихся по вопросам внедрения новых подходов к отбору и приему абитуриентов в медицинские организации образования РК в рамках проведения мониторинга реализации Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования РК. Проведен опрос студентов I курса и преподавателей из 6 государственных медицинских вузов РК и медицинского факультета Международного Казахско-Турецкого университета им. А. Ясави (МКТУ). Всего в опросе участвовало 1 508 студентов I курса и 714 преподавателей. Были проанкетированы 231 студент первого курса Казахского национального медицинского университета (КазНМУ), 247 студентов Карагандинского государственного медицинского университета (КГМУ), 196 студентов Медицинского университета г. Астаны (МУА), 200 студентов Государственного медицинского университета г. Семей (ГМУС), 413 студентов Западно-Казахстанского государственного медицинского университета (ЗКГМУ), 119 студентов Южно-Казахстанской государственной медицинской академии (ЮКГМА) и 102 студента МКТУ по специальностям «Общая медицина», «Фармация», «Общественное здравоохранение» и «Стоматология». Средний возраст студентов составил $(18,53 \pm 0,06)$ лет, $(73,25 \pm 0,03)\%$ составили девушки и $(26,75 \pm 0,03)\%$ – юноши. В опросе профессорско-

преподавательского состава приняли участие 67 преподавателей КазНМУ, 86 – КГМУ, 94 – МУАстана, 42 – СГМУ, 276 – ЗКГМУ, 100 – ЮКГМА, 49 – МКТУ; в возрасте до 30 лет – $(23,39 \pm 0,02)\%$, 30-50 лет – $(46,50 \pm 0,02)\%$, старше 50 лет – $(29,97 \pm 0,02)\%$, со стажем работы в вузе до 10 лет – $(38,80 \pm 0,02)\%$, 10-20 лет – $(30,11 \pm 0,02)\%$, свыше 20 лет – $(27,45 \pm 0,02)\%$. Из всех ППС, участвовавших в опросе, членов национальной и общественных академий наук РК – $(1,12 \pm 0,00)\%$, докторов наук – $(6,44 \pm 0,01)\%$, кандидатов наук – $(33,19 \pm 0,02)\%$, магистров наук – $(2,80 \pm 0,01)\%$, профессоров – $(7,84 \pm 0,01)\%$, доцентов – $(28,15 \pm 0,02)\%$, ППС без степени – $(41,88 \pm 0,02)\%$.

Результаты анкетирования студентов и ППС представлены на рис 1.

Анализ анкетирования ППС подтвердил отсутствие действующей системы по отбору и приему абитуриентов на основании разработанных вузом дополнительных требований (установленный вузом балл ЕНТ/КТА при поступлении, внедрение собеседования/интервью, рассмотрение рекомендательных писем школ или колледжей и др.) к отбору и приему психологически подготовленных и высокомотивированных абитуриентов для обучения в медицинском вузе: более половины опрошенных $((61,06 \pm 0,02)\%)$ не были осведомлены о наличии в вузе подобных требований.

Анкетирование также показало, что приём абитуриентов для обучения в медицинские вузы проводится по общей схеме без учета специфики медицинского образования и отсутствует взаимосвязь между уровнем довузовской подготовки выпускников средних школ и уровнем успеваемости их на 1 курсе по результатам итогового контроля. Участникам опроса было предложено оценить по пятибалльной шкале, насколько балл ЕНТ отражает уровень естественно-научной подготовки абитуриентов. Средний балл оценки по данному вопросу был наименьшим из всех предложенных в анкете вопросов и составил всего $(2,78 \pm 0,04)$. На вопрос насколько успеваемость студентов по итогам первого курса обучения в вузе взаимосвязана с баллом ЕНТ/КТА при поступлении в вуз был получен средний балл $(2,96 \pm 0,05)$. На вопрос о степени удовлетворённости требованиями к поступлению в медицинский вуз, установленными Типовыми правилами приёма в вузы РК, средний балл по результатам опроса ППС составил $(3,02 \pm 0,04)$.

Большая часть опрошенных считает, что для улучшения качества подготовки студентов медицинского вуза и уменьшения количества плохо успевающих студентов и студентов, отчисляющихся по собственному желанию, необходимо внедрить действенную систему собеседования/интервью для отбора абитуриентов приёмными комиссиями медицинских вузов, что позволит принимать более подготовленных и мотивированных к обучению в медицинском вузе абиту-

Вопросы анкеты для ППС

1. Определите степень Вашей удовлетворенности требованиями к поступлению в медицинский вуз, установленные Типовыми правилами приема в вузы РК
2. Как Вы оцениваете необходимость разработки и внедрения дополнительных требований вуза для отбора и приема абитуриентов (установленный вузом балл ЕНТ/КТА при поступлении, внедрение собеседования/интервью)
3. Оцените, в какой степени ЕНТ отражает уровень естественнонаучной подготовки абитуриентов, необходимый для обучения в медицинском вузе
4. Как Вы оцениваете необходимость введения в ЕНТ вопросов по естественнонаучным дисциплинам (химии, физики, биологии) для поступления в медицинский вуз
5. Оцените, насколько успеваемость студентов по итогам 1 курса обучения в вузе взаимосвязана с баллом ЕНТ/КТА при поступлении
6. Определите степень важности увеличения проходного балла (порога) для абитуриентов, желающих обучаться на платной основе в медицинском вузе
7. Как Вы оцениваете важность для вуза внедрения собеседования/интервью для отбора абитуриентов приемной комиссией вуза
8. Оцените, позволит ли вузу проведение собеседования/интервью с абитуриентами принимать более подготовленных и мотивированных к обучению в мед. вузе абитуриентов
9. Оцените, позволит ли внедрение дополнительных требований вуза к отбору и приему абитуриентов (установленный вузом балл ЕНТ/КТА при поступлении, внедрение собеседования/интервью, рассмотрение рекомендаций) уменьшить количество студентов, отчисленных по собственному желанию

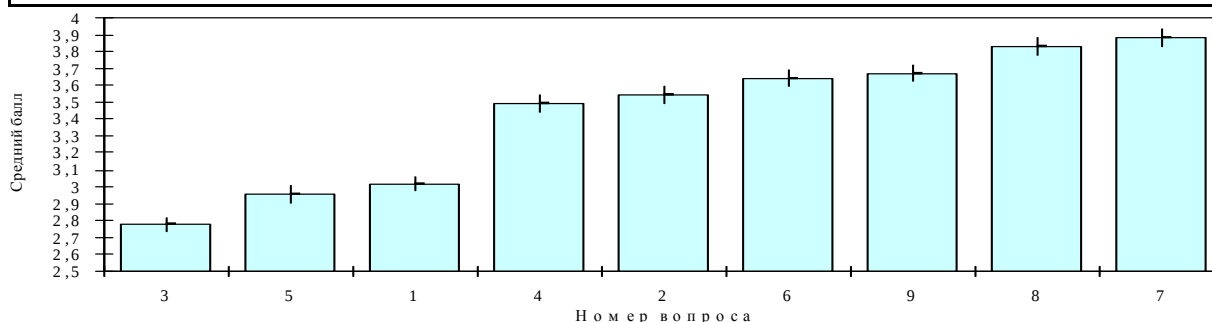


Рис. 1 Результаты анкетирования ППС по вопросам внедрения новых подходов к отбору и приему абитуриентов в медицинские организации образования Республики Казахстан

риентов. Также опрошенные считают, что необходимо увеличить проходной балл (порог) для абитуриентов, желающих обучаться в медицинском вузе на платной основе, так как большая часть данных студентов имеют, как правило, слабую допрофессиональную подготовку и мотивацию к обучению. Для усиления контингента принимаемых абитуриентов, по мнению ППС, необходимо также внести предложение в МОН РК о включении в ЕНТ естественно-научных дисциплин, таких как химия и физика, что позволит определять уровень естественно-научной подготовки абитуриентов, необходимой для обучения в медицинском вузе. Средний балл по результатам опроса по данным вопросам составил от $(3,88 \pm 0,05)$ до $(3,49 \pm 0,05)$, что статистически достоверно ($p < 0,01$) отличалось от среднего балла на вопросы об удовлетворенности требованиями к поступлению в медицинский вуз, установленными Типовыми правилами приема в вузы РК.

Результаты анкетирования студентов подтвердили выводы, полученные при анализе опроса ППС (рис. 2).

Студенты, так же как и профессорско-преподавательский состав, на первое место ставят важность внедрения собеседования и интервью

для определения мотивации и подготовленности к обучению в медицинском вузе и отбора абитуриентов, способных к обучению в медицинском вузе. В отличие от преподавателей студенты удовлетворены условиями приема в вуз по проходному баллу и менее заинтересованы во внедрении дополнительных требований со стороны вуза. Данный факт может быть объяснен тем, что опрашиваемые студенты уже приняты и обучаются в вузе и в связи с этим удовлетворены условиями приема. Однако мнение преподавателей и студентов относительно необходимости получения допрофессиональной подготовки по естественно-научному направлению и включению в ЕНТ естественно-научных дисциплин (химии, физики, биологии) совпадают – средний балл ответов как ППС, так и студентов по данным вопросам имеют один и тот же ранг.

При изучении рангового положения среднего балла по вопросам о достаточности уровня довузовской подготовки студентов по биологии, органической химии, физике и математики, а также важности данных предметов для поступления в медицинский вуз определяется тенденция к минимальному или максимальному рангу этих вопросов – при ранжировании среднего балла

Вопросы анкеты для студентов

1. Оцените степень Вашей удовлетворенности условиями приема для поступления в медицинский вуз (проходной балл)
 2. Как Вы оцениваете достаточность полученной профориентационной информации о медицинском образовании, реформе медицинского образования в РК, об обучении в медицинском вузе?
 3. Как Вы оцениваете степень необходимости разработки и внедрения дополнительных требований вуза для отбора и приема абитуриентов (установленный вузом балл ЕНТ/КТА при поступлении, проведение собеседования/интервью)?
 4. Отражает ли ЕНТ/КТА уровень Вашей подготовки, необходимой для обучения в медицинском вузе?
 5. Оцените степень необходимости введения ЕНТ/КТА вопросов по естественно-научным дисциплинам (химии, физики, биологии)
 6. Оцените, насколько Ваша успеваемость на 1 курсе обучения в медицинском вузе взаимосвязана с баллом ЕНТ/КТА
 7. Определите степень необходимости в Вашей подготовке по естественнонаучному направлению (специальная довузовская подготовка или профильные классы гимназии) для поступления в медицинский вуз
 8. Оцените, достаточны ли Ваши полученные знания в средней школе для обучения на 1 курсе медицинского вуза
 9. Оцените, необходимо ли проведение собеседования интервью при поступлении в медицинский вуз для определения Вашей личной мотивации и подготовленности к обучению в медицинском вузе
 10. Считаете ли Вы, что проведение собеседования и определенный вузом проходной балл ЕНТ/КТА при поступлении абитуриентов, позволят в будущем уменьшить количество студентов, отчисленных по собственному желанию?
- Оцените, насколько достаточен Ваш уровень подготовки для обучения в медицинском вузе по следующим дисциплинам?
11. Биология
 12. Органическая химия
 13. Физика
 14. Математика
- Оцените важность следующих предметов для поступления в медицинский вуз:
15. Биология
 16. Органическая химия
 17. Физика
 18. Математика

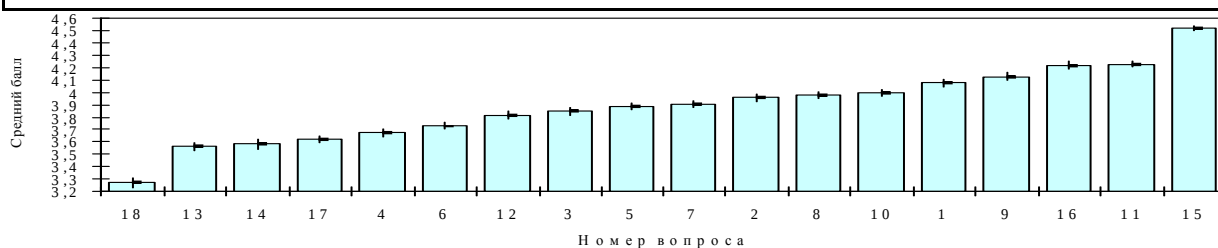


Рис. 2. Результаты анкетирования студентов первого курса по вопросам внедрения новых подходов к отбору

ответов на все вопросы анкеты по величине, данные вопросы занимают или первое или последнее положение, что свидетельствует о важности данных вопросов для опрошенных. Студенты отмечают особую важность биологии и органической химии для поступления в медицинский вуз и отмечают достаточный уровень своих знаний по биологии, что скорее всего объясняется тем, что биология является профилирующим предметом для поступления в медицинский вуз и включена в ЕНТ/КТА. Однако студенты отмечают недостаточность подготовки по органической химии: средний балл ответов по данному вопросу занимает седьмой ранг. Характерно, что средний балл по вопросам о достаточности подготовки студентов по математике и физике, а также о важности данных дисциплин для поступления в медицинский вуз минимален по сравнению с от-

ветами на другие вопросы.

Анализ опыта ведущих зарубежных медицинских вузов по отбору и приёму кандидатов показывает, что хотя вопросы по математике и физике включаются во вступительные экзамены, они носят прикладной характер, позволяющий оценить уровень логического мышления (математика) и понимание физических процессов, происходящих в биологических системах (физика). Вопросы по математике, включённые в ЕНТ/КТА, отражают лишь уровень непосредственных знаний разделов математики, но не уровень логического мышления, а вопросы по органической химии и физике в ЕНТ/КТА не включены. Для приема хорошо подготовленных и мотивированных абитуриентов в медицинские вузы следует рекомендовать вузам РК разработать собственные дополнительные требования

для поступления в виде проведения отдельного экзамена, включающего вопросы по органической химии, биологической физике и математической логике или рассмотреть возможность пересмотра государственных требований для поступающих в медицинские вузы с учетом специфики медицинского образования, одним из которых может быть модификация вопросов по математике, включённых в ЕНТ/КТА, в направлении оценки навыков логического мышления, а не вычислительных способностей абитуриентов и включения вопросов по физике и химии.

Таким образом, мониторинг реализации направления Концепции «Внедрение новых подходов к отбору и приему граждан в медицинские организации образования республики» и анализ анкетирования ППС и студентов медицинских вузов РК показал, что обучающиеся и преподаватели поддерживают мероприятия Министерства здравоохранения РК по внедрению новых подходов к отбору и приему абитуриентов в медицинские вузы, запланированные в Концепции, и согласны с необходимостью внесения изменений и дополнений в единую государственную систему приема студентов в вузы РК, не учитывающей в настоящее время специфику медицинского образования. Анализ результатов мониторинга и анкетирования подтвердил, что задержка реализации реформы среднего и послесреднего образования, препятствующей углубленной профессиональной подготовке по естественно-научному направлению выпускников школ и колледжей,

желающих поступать в медицинские вузы, отсутствие действующей системы собеседования и рекомендаций, рассмотрения рекомендательных писем, не позволяет проводить полноценный отбор и прием высокомотивированных и психологически подготовленных абитуриентов в медицинские вузы. Следует отметить положительную динамику в реализации политики Министерства здравоохранения РК по увеличению мест для абитуриентов, поступающих на обучение в медицинские вузы по государственному образовательному заказу и уменьшению количества абитуриентов, обучающихся на платной основе, что позволит усилить контингент обучающихся в медицинских вузах для подготовки квалифицированных специалистов для системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан» Постановление Правительства РК от 24 апреля 2006 г. №317
2. Официальный сайт Министерства образования и науки Республики Казахстан /www.edu.gov.kz
3. «Типовые правила приема в высшие учебные заведения Республики Казахстан» Приказ Министерства образования и науки Республики Казахстан» от 19 декабря 2007 г. №638 (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2009 г. №271)

Поступила 03.12.09

I. R. Kulmagambetov, F. N. Nurmanbetova, S. S. Kalieva, V. P. Riklifs

THE ANALYSIS OF MONITORING RESULTS OF REALIZATION OF DIRECTION «IMPLEMENTATION OF NEW APPROACHES TO SELECTION AND INTAKE OF CITIZENS TO THE KAZAKHSTAN MEDICAL SCHOOLS» OF THE PROGRAMME FOR REFORM AND IMPROVEMENT OF MEDICAL AND PHARMACEUTICAL EDUCATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The analysis of results of Kazakhstan medical schools faculty and first year students questioning presented in this article. This analysis was carried out within the framework of monitoring of realization of the Programme for Reform and Improvement of Medical and Pharmaceutical Education of the Republic of Kazakhstan. The analysis of results of questioning has shown, that medical teachers and medical students support activities of Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan on introduction of new approaches of selection and intake of citizens to the Kazakhstan medical schools and agree with necessity of modification and additions for uniform State system of students intake to the high schools of the Republic of Kazakhstan that not taking into account now the specificity of medical education.

И. Р. Құлмағамбетов, Ф. Н. Нұрманбетова, Ш. С. Қалиева, В. П. Риклефс

«РЕСПУБЛИКАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНА АЗАМАТТАРДЫ САРАЛАУ ЖӘНЕ ҚАБЫЛДАУҒА ЖАҢА ӘДІСТЕРДІ ЕНГІЗУ» ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БІЛІМІН ҚАЙТА ҚҰРУ КОНЦЕПЦИЯСЫНЫҢ БАҒЫТЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ МОНИТОРИНГІСІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН САРАПТАУ

Мақалада Қазақстан Республикасының медициналық және фармацевтикалық білімін қайта құру Концепциясының бағытын жүзеге асыру мониторингісінің аясында өткізілген Қазақстан Республикасының медициналық жооларының ПОҚ мен I курс студенттерін анкеталау нәтижесін сараптау ұсынылған. Анкеталау нәтижелерін сараптау медициналық жооның білім алушылары мен оқытушылары республиканың медициналық білім беру ұйымдарына азаматтарды саралау және қабылдаудың жаңа әдістерін енгізу бойынша ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің шараларын қолдайтынын және қазіргі кездегі медициналық білім берудің ерекшелігін есепке алмайтын ҚР жооларына студенттерді бірыңғай мемлекеттік жүйеге қабылдауға өзгертулер мен қосымшаларды енгізу қажеттілігіне келісетінін көрсетті.

Х. И. Итжанова

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА ПРОТИВОПАРАЗИТАРНЫХ, ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СРЕДСТВ В КАРАГАНДИНСКОМ РЕГИОНЕ

АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия» МОН РК (Караганда)

Для современных направлений развития мировой системы здравоохранения характерно смещение приоритетов от экономики расходов на оказание медицинской помощи к поиску более эффективных методов их использования. Ранее выбор лекарственных средств (ЛС) при разработке формуляров определялся их клинической эффективностью, фармакодинамическими и фармакокинетическими свойствами препаратов. Впоследствии серьезное значение стали придавать проблемам переносимости, безопасности и удобства приема лекарственных средств.

В некоторых странах проведение фармакоэкономических исследований является обязательным при решении проблем бесплатного или льготного отпуска ЛС. Экономические оценки играют существенную, а иногда определяющую роль в разработке формулярных списков и стандартов, как обязательный инструмент экспертной оценки рынка лекарственных препаратов, особенно в условиях «жесткого лимита» денежных средств и способствует принятию правильных решений потребителями, медицинскими учреждениями и предприятиями фармацевтической промышленности.

Сложная конкурентная среда повышает роль стратегического маркетинга и заставляет отечественные компании усиливать маркетинговую ориентацию своей деятельности. В связи с развитием рыночных отношений и неуклонным ростом товарной номенклатуры фармацевтического рынка данный сектор здравоохранения рассматривается как система, целью которой является обеспечение потребностей и запросов граждан и медицинских учреждений на фармацевтические и парафармацевтические товары. Для такого отечественного производителя, как Карагандинский фармацевтический комплекс, выходящего на фармацевтический рынок Казахстана с оригинальными инновационными препаратами, результаты исследований дают возможность разработки стратегии действий по завоеванию, сохранению и расширению ниши казахстанских препаратов.

Данное маркетинговое исследование базируется на достижениях фармацевтической науки, теоретических основах маркетинга и маркетинговых исследований. Потенциальный и реальный спрос на фармацевтическом рынке определяется не только объективной потребностью в лекарствах, но также платежеспособностью населения

и уровнем финансирования из государственных источников – бюджетов всех уровней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами сегментации выступают целевые аудитории, представляющие собой группы людей которые формируют спрос на продукцию и влияют на положение компании на рынке. Их действия направлены на продвижение продукции и своего имиджа. В работе использованы экономические, статистические, маркетинговые методы исследования. Информационной базой исследования явились первичные и вторичные маркетинговые данные. К первичным необходимо отнести анкетирование фармацевтов и врачей-специалистов. К вторичной информации относим данные по количеству пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, объемы импорта определенных групп лекарственных средств, объемы розничных и госпитальных средств по Карагандинской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным статистического анализа Министерства здравоохранения Республики Казахстан за период 2007-2008 гг. расходы на лечение одного жителя по стране были примерно от 20 до 23 тыс. тенге, по Карагандинской области данные за 2007 г. составили 16 653 тен., в 2008 г. 19 381 тысяча тенге [1]. Результаты анализа представлены в табл. 1.

Таблица 1.
Расходы на лечение 1 жителя в период
2007-2008 гг. (тенге)

Система МЗ РК	2007	2008
Республика Казахстан	20 196	23 578
Карагандинская обл.	16 653	19 381

В настоящее время в Карагандинской области реализуется 15 наименований гепатопротекторов на основе растительного сырья. Большинство гепатопротекторов импортируется в Казахстан из зарубежных стран. Для проведения одного курса лечения расходуется разное количество доз препарата и единиц упаковок, поэтому для достоверности и объективности результатов нами проведен расчет стоимости 1 мг вещества гепатопротекторов. Результаты расчета приведены в табл. 2. По результатам расчета стоимости 1 мг гепатопротекторных препаратов из табл. видно, что лидером в ценовом выражении является препарат гепадиф стоимостью 21,2 тенге.

На II месте – препарат гептрал – 15,6 тенге. Тройку лидеров замыкает гепабене, на его долю приходится 14,6 тенге. На IV месте расположено лекарственное средство карсил, размер стоимости составляет 12,0 тенге, на V месте – эссенциале форте – 3,2 тенге и самая низкая стоимость принадлежит отечественному лекарственному средству Салсоколлин, она равна 2,1 тенге.

Применение салсоколлина в дозе 0,6 г/сутки в течение 3 нед. в клинической практике

Таблица 2.

Сравнительная стоимость 1 мг гепатопротекторов

Наименование препарата	Форма выпуска	Страна производитель	Стоимость (тенге)
Гепадиф	Капсулы 150 мг №50	«Хан Сео Фарм» (Южная Корея)	21,2
Гептрал	таблетки 400мг №10	«Эббот СПА» (Италия)	15,6
Гепабене	капсулы 50 мг №30	«Меркле ГМБХ» (Германия)	14,6
Карсил	драже 35мг №80	АО «Софарма» (Болгария)	12,0
Эссенциале форте	капсулы 300мг №30	«А. Наттерман Сия» (Германия)	3,2
Салсоколлин	таблетки 200мг №25	Казахстан	2,1

приводило к существенному улучшению самочувствия больных (уменьшилась утомляемость, тошнота, метеоризм, размеры печени, нормализовался сон). По сравнению с препаратом эссенциале, салсоколлин в большей степени снижал явления холестаза. Из биохимических показателей наблюдалось достоверное снижение общего билирубина, АлАТ, АсАТ и ЩФ. Результаты прижизненной биопсии печени у больных с хроническим вирусным гепатитом и алкогольным гепатитом свидетельствовали о положительной морфологической динамике, выражавшейся в репаративных и компенсаторных процессах в гепатоцитах [5].

Госпитальный рынок гепатопротекторов на 2009 год определен по государственному закупу препаратов (табл. 3), на основании приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях» от 21 июня 2007 г №376.

Основным лекарственным средством, закупленным лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) области был селимарин, фумарин – в капсулах фирмы «Merkle GbMX» (Германия). На него пришлось 100% закупа всех гепатопротекторных средств.

В 2009 г. ЛПУ осуществляли закуп 4 медицинских препаратов адеметионин в виде инъекционной и таблетированной форм компании «Abbot S.P.A.» (Италия), орнитин – таблетки ком-

пании «Pliwa Krasow pharm», селимарин, фумарин – в капсулах фирмы «Merkle GbMX» (Германия) и урсодезоксихолевая кислота – в капсулах фирмы «Prowmed» (Чешская Республика).

По итогам государственного закупа лекарственных средств победителями тендера 2009 г., по протоколу №3 от 10.03.09, на поставку гепатопротекторных препаратов для ЛПУ области определены такие фирмы, как ТОО «Аманат», ТОО «Стофарм» и ТОО «Медсервис Плюс».

Рассматривая розничный фармацевтический рынок (рис. 1), выявили, что лидером по объемам продаж в количественном выражении является лекарственное средство аллахол – таблетки, покрытые оболочкой 0,3 г №30 – на его долю пришлось 22 924 упаковки.

На II месте по количеству проданных упаковок – 6 985 – препарат гепабене 50 мг в капсулах №30. III позицию по количеству реализованных упаковок – 6 732 – занимает эссенциале форте Н капсулы по 300 мг №30. На IV месте расположен карсил – драже по 35 мг №80, размер которой равен 5 665 упаковок, и пятерку лидеров замыкает лиф-52» №100, его доля рынка составляет 2585 упаковок.

При изучении доли рынка с учетом стоимостного показателя (рис. 2) выяснилось, что лидером в 2009 г является препарат гепа-мерц (Германия) 10,0 №10 для инфузионного применения стоимостью 12 462,00 тенге. На II месте расположен гептрал (Италия) 400 мг по 5 мл №5 лиофилизированный порошок для инъекции – 6694,74 тенге и капсулы 400 мг №20 по цене

Таблица 3.

Гепатопротекторные средства, закупаемые лечебными учреждениями области за 2009 г.

Наименование препарата	Ед. изм.	Кол-во уп.	Цена за 1 ед. тг	Торговое наимен. И форма выпуска	Завод-изготовитель, страна	Общая сумма, тг
Адеметионин, порошок лиофил. для инъекции	фл.	5825	1620	Гептрал, Адеметионин 400мг	«Abbot S.P.A.» (Италия)	9 436 500
Адеметионин, 400мг	табл.	13240	416	Гептрал 400мг		5 507 840
Орнитин 150 мг	табл.	27350	39	Гепатил 150мг, Орнитин 150мг	«Pliwa Krasow pharm» (Польша)	1 066 650
Селимарин	капс.	243550	25	Гепабене	«Merkle GbMX» (Германия)	6 088 750
Урсодезокси-холевая кислота	капс.	25180	108	Уросан 250мг	«Prowmed» Чешская Республика	2 719 440

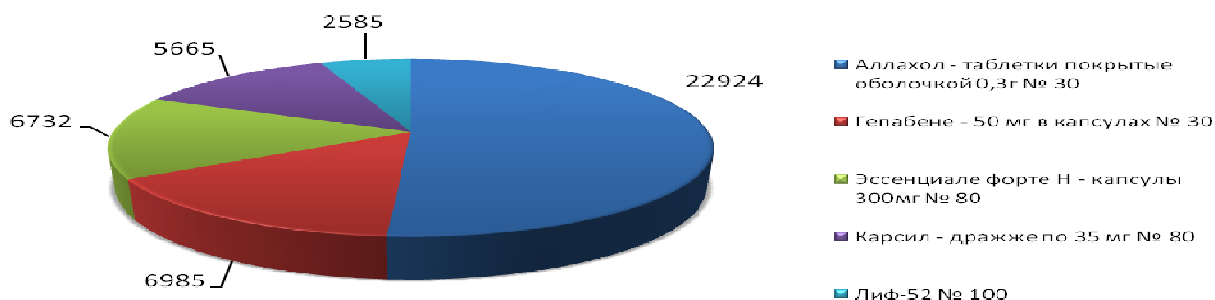


Рис. 1. Сегментирование розничного рынка гепатопротекторов в натуральном выражении за 2009 г.

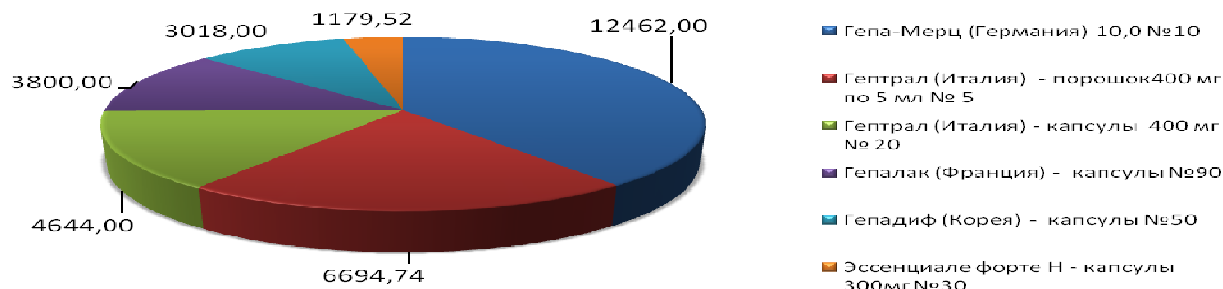


Рис. 2. Сегментирование розничного рынка гепатопротекторов в стоимостном выражении, 2009 г.

4644,00 тенге. Тройку лидеров замыкает гепалак (Франция) капсулы №90 стоимостью 3800,00 тенге. На IV месте расположено лекарственное средство гепадиф (Корея) капсулы №50, размер его рыночной стоимости равен 3018,00 тенге, на V месте – эссенциале форте Н капсулы 300 мг №30 по цене 1179,52 тенге.

Гельминтозы являются актуальной проблемой современной медицины ввиду своей широкой распространенности, наибольшей массовостью, многообразным влиянием их на организм человека как токсическими продуктами, так и механическим влиянием. Вследствие этого развивается нарушение микробной флоры кишечника, угнетение иммунитета, развитие витаминной недостаточности, снижение кислотности желудочного сока. Для гельминтозов характерны неспецифичность клинической симптоматики, хроническое течение с относительно медленным нарушением функции разных органов и систем.

Анализ заболеваемости населения города Караганды и Карагандинской области гельминтозами, по данным СЭС г. Караганды за 2000-2008 гг., показал, что среди паразитозов, регистрируемых в городах и районах области, лидируют энтеробиоз – 518 чел (53,1%), аскаридоз – 301 чел (30,9%), описторхоз – 156 чел (16%). Тениаринхоз, тениоз, эхинококкоз, трихинеллез, дифиллоботриоз, гименолепидоз, трихоцефалез встречаются редко и в единичных случаях. Инвазируемость населения за анализируемый период регистрировалась в различных городах области неравномерно [2, 3, 4].

Исходя из того, что саусалин – отечественный препарат, выпускаемый Карагандинским фармацевтическим комплексом, не имеет возможности полноценно конкурировать с известны-

ми противопаразитарными лекарственными средствами, имеющимися на фармацевтическом рынке, на данном этапе проводится сегментирование синтетических средств, обладающих паразитарным эффектом.

В госпитальный фармацевтический рынок противопаразитарных синтетических средств, закупленных ЛПУ Карагандинской области, вошли такие препараты, как мебендазол, альбендазол, левамизол, метронидазол.

В табл. 4 приведены противопаразитарные средства, закупаемые ЛПУ.

По результатам государственного закупа ЛС победителями итогов тендера протокола №3 от 10 марта 2009 г. на поставку паразитарных препаратов для ЛПУ области стали ТОО «Медикус центр», ТОО «ФК «РОМАТ» и ТОО «Медсервис Плюс».

Розничный фармацевтический рынок синтетических средств с противопаразитарными свойствами в количественном выражении в 2009 г. по объемам продаж отражен на рис. 3.

I позицию занимает лекарственный препарат трихопол (Польша) – таблетки, покрытые оболочкой 0,25 г. №20 – на его долю пришлось 30 074 упаковки. На II месте по количеству проданных упаковок – 10 406 занимает метронидазол (Россия) – таблетки по 500 мг №10. III место по количеству реализованных упаковок – 8 591 – принадлежит препарату тинидазол (Польша) – таблетки 500 мг №4. На IV месте – 6 985 упаковок – препарат фуразолидон (Россия) 50 мг таблетки №10. На V месте препарат – зентел (Франция) 400 мг №1, его доля сбыта составляет 2 376 упаковок. И замыкает позицию лидеров лекарственное средство бильтрицид (Германия) – таблетки 600 мг №6, объем его розничных про-

Противопаразитарные средства, закупаемые лечебными учреждениями области

Таблица 4.

Наименование препарата	Ед. изм.	Кол-во уп.	Цена за 1 ед.	Торговое наимен., форма вып.	Завод-изготовитель, страна	Общая сумма (тенге)
Альбендазол 400мг	табл.	2383	275	Зентел 400мг	Glaxo Wellcom. Produc (Франция)	655 325
Левамизол 150 мг	табл.	2475	192	Декарис 150мг	Гедеон Рихтер (Венгрия)	475 200
Левамизол 50 мг	табл.	4200	129,5	Декарис 50мг	Гедеон Рихтер (Венгрия)	543 900
Мебендазол 100мг	табл.	4500	177	Вермокс, Вормин	Бельгия	796 500
Трихопол 250 мг	табл.	4000	205	Метронидазол 500мг	Польфарма (Польша)	820 000

даж составил 1 560 упаковок.

При исследовании доли рынка с учетом стоимостного показателя лидером в 2009 г. является препарат трихопол (Польша) – таблетки, покрытые оболочкой 0,25г №20 стоимостью 13 473 152,00 тенге. На II месте расположен бильтрицид» (Германия) – таблетки, 10 218 000,0 тенге. Тройку лидеров замыкает метронидазол (Россия) – таблетки по 500 мг №10 стоимостью 3 694 130 тенге. На IV месте расположен препарат зентел (Франция) 400 мг №1, размер его рыночной стоимости равен 1 603 800,00 тенге, на V месте – таблетки тинидазол (Польша), 500 мг №4 на сумму 713 053, 00 тенге и VI позицию по стоимости занимает препарат фуразолидон (Россия) – таблетки по 50 мг №10, он реализован на сумму 125 730,00 тенге.

Следующим этапом нашей работы явилось выявление потребительского спроса населения на медикаменты (табл. 5). Для выявления основных потребительских предпочтений был прове-

ден опрос респондентов, средний возраст составил 45-60лет, 70% опрошенных составляют женщины, 30% – мужчины. Количество респондентов составило 300 человек.

ВЫВОДЫ

Таким образом, структура лидеров рынка гепатопротекторов в Карагандинской области на 2009 г. располагается в следующем порядке: аллахол, гепабене, эссенциале форте Н, карсил и замыкает лиф-52. По результатам анкетирования в ходе опроса выявлено, что заболеваниями печени и желчевыводящих путей страдают 65% опрошенных респондентов.

По данным анализа розничной реализации противопаразитарных лекарственных средств лидирующее положение на фармацевтическом рынке занимают такие препараты, как трихопол (Польша), метронидазол (Россия), тинидазол (Польша), фуразолидон (Россия), зентел (Франция) и замыкает позицию лидеров лекарственное средство бильтрицид (Германия). Отечественные

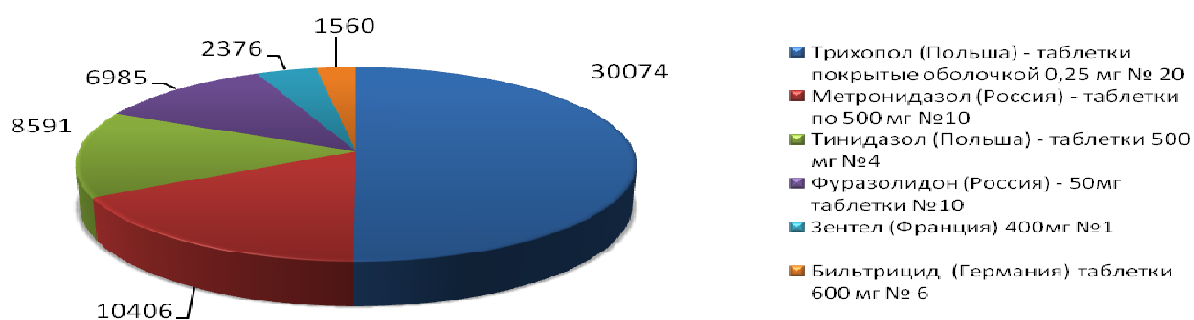


Рис. 3. Сегментирование розничного рынка противопаразитарных средств в натуральном выражении за 2009 г.

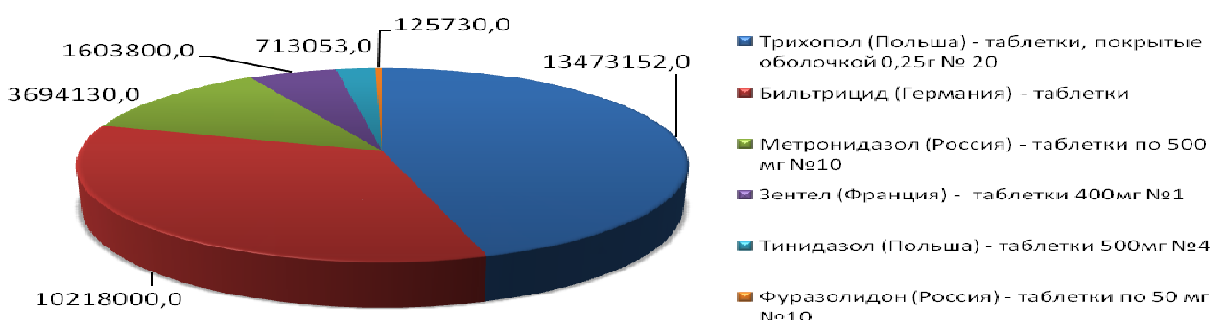


Рис. 4. Сегментирование розничного рынка противопаразитарных средств в стоимостном выражении за 2009 г.

Формирование потребительского спроса у населения

Характеристика выборки	Результаты анкетирования
Проводят ли лечебные или профилактические процедуры болезней печени и желчевыводящих путей ?	- 80% респондентов проводят лечебные или профилактические процедуры болезней печени и желчевыводящих путей; - 20% респондентов ответили, что не страдают заболеваниями печени и не проводят профилактику ее заболеваний.
Кратность проведения процедуры лечения и профилактики печени, желчевыводящих путей?	-18,75 % респондентов осуществляют процедуры лечения и профилактики 1 раз в год, -56,25% респондентов – 2 раза в год лечение и профилактику, -20% респондентов – 4 раза в год, -5% респондентов проводят лечение желчевыводящих путей 12 раз в год.
Какие лекарственные средства предпочитают потребители в зависимости от метода лечения?	- 65 % респондентов полностью доверяют синтетическим ЛС; -30% респондентов оказывают доверие растительным ЛС и БАДам; -15% респондентов проводят лечение заболеваний путем использования лекарственных солей, лечебных процедур.
Какая форма ЛС более удобна для потребления?	- 40% респондентов выбирают таблетки; - 30% респондентов – фиточай в фильтр-пакетах; - 20% респондентов считают удобными препараты в виде суспензии и сиропа.
Медикаментам каких производителей доверяют покупатели ?	- 60% респондентов доверяют медикаментам, произведенным на заводах дальнего зарубежья известных торговых марок; -25% респондентов считают, что наиболее качественные ЛС производятся в странах ближнего зарубежья; - 15% доверяют отечественному производителю.
Какая должна быть оптимальная цена на медикаменты за 1 упаковку?	- 20% считают, что цена на ЛС не должна превышать 300 тенге; - 50% респондентов комфортной ценой считают от 300 до 500 тенге ; - 10% респондентов высказали мнение, что цена должна быть в пределах 500-1000 тенге; - 20% готовы заплатить свыше 1000 тенге.

препараты салсоколлин и саусалин не представлены в данном анализе рыночных долей в силу того, что объемы их реализации слишком низки и не могут сравниться с лидерами фармрынка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьев Б. А. Достижения отечественной науки в изучении патогенеза гельминтов. – Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1998, №2. – С. 8.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения 2008 году //Статист. сб. Министерства здравоохранения РК. – Астана, 2009. – 312 с.
3. Клинико-лабораторная диагностика и лечение лямблиоза у детей /Г. Е. Насакаева, Г. К. Тю-

- тебаева, Ж. А Байбулова и др. //Матер. республ. науч.-практ. конф. (22-23 октября 2009 г.) «Деятельность санитарно-эпидемиологической службы и современные проблемы охраны здоровья населения». – С. 152 – 155.
4. Кусаинова Д. Д. Фармакокинетика фитопрепарата «Салсоколлин»: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Караганда, – 2000. – 22 с.
 5. Состояние здоровья и уровень заболеваемости населения Республики Казахстан по территориям с учетом влияния комплексных факторов /М. К. Кульжанов, Р. Х. Кадырова, П. П. Петров и др. //Здравоохранение Казахстана. – 1994. – №4. – С. 23 – 26.

Поступила 29.11.09

H. I. Itjanova

MODERN CONDITION OF THE CONSUMER MARKET HEPATOPROTECT WEABS AGONIST PARASITE IN KARAGANDA REGION

In given article are studied marketing research is based on achievements of a pharmaceutical science, theoretical bases of marketing and ches. Marketing resear.

Х. И. Итжанова

ҚАРАҒАНДЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ ГЕПОТОПРОТЕКТОРЛЫ, ПАРАЗИТКЕ ҚАРСЫ ЗАТТАРДЫҢ ТҰТЫНУШЫ НАРЫҒЫНДАҒЫ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада маркетингтік зерттеу фармацевтік ғылымдардың жетістіктерімен, маркетингтің теориялық негіздерімен маркетингтік зерттеулер тұрғысында көрсетілген.

**И. Р. Кулмагамбетов, Ф. Н. Нурманбетова,
А. Б. Кузгибекова, Г. С. Кемелова**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Карагандинский государственный медицинский университет

В ряду изменений, произошедших за последнее десятилетие в системе здравоохранения и медицинского образования в РК, наиболее значимыми являются перемены в финансировании. Суть этих изменений состоит в усилении финансовой активности, направленной на развитие и совершенствование здравоохранения и социального обеспечения согласно Закону Республики Казахстан от 27 июля 2007 г. «Об образовании». Основными принципами финансирования образования в РК, в том числе и медицинского, являлись принципы эффективности и результативности, приоритетности, прозрачности, ответственности, разграничения и самостоятельности всех уровней бюджетов. Источниками финансирования медицинского образования, по данным, предоставленным медицинскими вузами и Министерством здравоохранения РК, в соответствии со статьей 61 Закона Республики Казахстан от 27 июля 2007 г. «Об образовании РК», были: бюджетное финансирование государственных учреждений образования и государственного образовательного заказа, доходы от оказания платных услуг, не противоречащих законодательству Республики Казахстан.

Анализ информации, представленной медицинскими организациями образования РК по разделу Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования РК «Совершенствование системы финансирования и укрепление материально-технической базы медицинских организаций образования», подтвердил интенсивное и динамичное финансирование медицинского образования в РК.

Финансирование организаций медицинского образования осуществляется на основе учета контингента обучающихся в разрезе специальностей подготовки, форм обучения и нормативов, определяющих расходы на образование. Анализ индикатора «Результативность выполнения государственного заказа по подготовке специалиста с высшим медицинским образованием», по данным медицинских вузов РК, показал, что с 2005 по 2006 гг. имеет место положительная динамика в выполнении государственного заказа по подготовке специалистов с высшим медицинским образованием. По данным проведенного анализа, количество студентов, закончивших полный курс обучения в медицинском вузе и получивших диплом медицинского вуза, соответствовал количеству грантов, выделенных государством в год их поступления на первый курс. При этом следует

отметить, что во всех медицинских вузах РК – в Медицинском университете Астаны, Казахском национальном медицинском университете, Государственном медицинском университете г. Семей, Западно-Казахстанском медицинском университете, Южно-Казахстанской медицинской академии, Карагандинском государственном медицинском университете – в период с 2005 по 2006 г. и с 2008 по 2009 г. Из года в год отмечается увеличение набора студентов на первый курс (рис. 1).

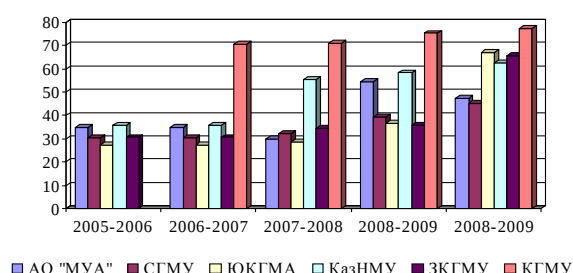


Рис. 1. Динамика набора студентов в медицинские вузы

Уровень эффективности подготовки специалистов по направлению «Здравоохранение и социальное обеспечение» в вузе, по данным анализа, соответствовал в среднем 94,2 %. Следовательно, в 94,2 % выпускники после окончания медицинского вуза и прохождения интернатуры приступали к работе по специальности. В остальных случаях декретный отпуск, уход за ребенком не позволял приступить к работе по специальности. Однако в последующие годы указанные лица приступали к трудовой деятельности по специальности. Переезд в другое государство снижал эффективность отдачи от специалиста, обучавшегося по государственному образовательному гранту в 1,9% случаев. На рис. 2 прослеживается положительная динамика в выполнении государственного заказа – подготовка специалистов по направлению «Здравоохранение и социальное обеспечение» в медицинских вузах РК. Сравнительный анализ индикатора «Уровень эффективности подготовки специалистов по направлению «Здравоохранение и социальное обеспечение» по медицинским вузам РК», выявил закономерность в виде увеличения количества выпускаемых медицинскими вузами специалистов, а вместе с этим, и увеличение трудоустроенных выпускников по всем специальностям, что свиде-

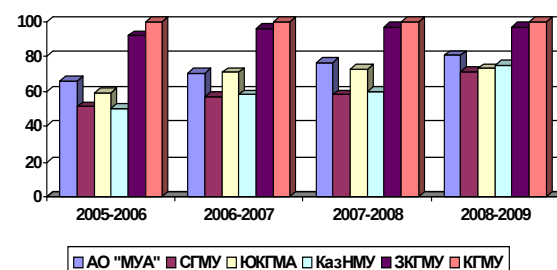


Рис. 2. Выполнение государственного заказа по подготовке специалиста по направлению «Здравоохранение и социальное обеспечение» в вузе

Медицинское и фармацевтическое образование

тельствует о повышении эффективности подготовки специалистов в настоящее время.

Сравнительный анализ данных медицинских вузов по индикатору «Удельный вес студентов, обучающихся на платной основе», позволил выявить преобладание студентов, обучавшихся на платной основе в 2005-2006 гг. В то время как в период 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 гг. отмечается обратная тенденция в виде снижения количества студентов, обучающихся на хозяйственной основе. Например, в 2005-2006 гг. в ЮКГМА количество студентов, обучавшихся на платной основе, достигало 75,9%, в ЗКГМА – 65,8%. Однако в 2008-2009 гг. количество обучающихся на хозяйственной основе снизилось в ЮКГМА до 56,1%, в ЗКГМА до 35,9%. В КГМА удельный вес студентов, обучающихся на платной основе в 2005-2006 гг., составил 60,5% в то время как в 2008-2009 г количество студентов, обучающихся на хозяйственной основе, уменьшилось до 33,0%. Аналогичная ситуация имеет место в других медицинских вузах РК (рис. 3).

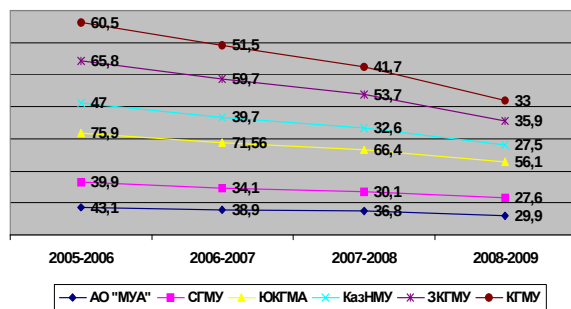


Рис. 3. Удельный вес студентов, обучающихся на платной основе в вузе

Как представлено на рис. 4, всего студентов, обучающихся на платной основе в 2008-2009 гг., по данным МЗ РК, составило 29,8% по сравнению с 43,1% в 2005-2006 гг.

Таким образом, четко прослеживается тенденция уменьшения студентов, обучающихся на платной основе. При этом следует отметить, что значительная часть (97,8%) студентов обучалась на платной основе на основании двусторонних договоров (родители-вуз), и только в 2,2% студенты обучались на основании трехсторонних договоров с акиматами, органами здравоохране-

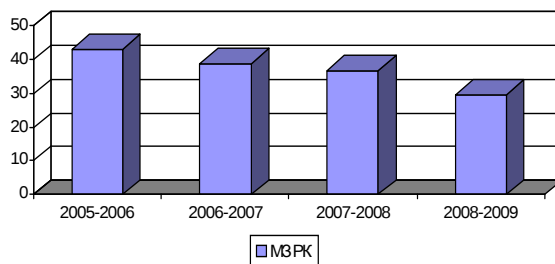


Рис. 4. Удельный вес студентов, обучающихся на платной основе в медицинских вузах

ния, другими организациями.

По данным сравнительного анализа выявлено превалирование трехсторонних договоров в АО «МУАстана», КазНМУ, КГМА значительно реже – в ЮКГМА, СКМА. Преобладание студентов, обучающихся на платной основе в 2005-2006 гг., позволяло руководителям вузов решать финансовые вопросы обучения и укреплять материально-техническую базу вуза в связи с недостаточным финансированием, однако в связи с тем, что в настоящее время финансирование медицинских организаций образования значительно улучшилось, имеет место снижение распространенности двусторонних договоров в медицинских вузах. Иначе говоря, уменьшение приема студентов на договорную форму обучения, зачастую с низким базовым уровнем знаний, позволяет повысить не только требования при приеме в медицинские ВУЗы, но и качество подготовки специалиста.

Анализ индикатора «Удельный вес студентов, обучающихся по государственному образовательному гранту в медицинском вузе» показал преобладание во всех медицинских вузах РК студентов, обучающихся по государственному образовательному гранту (табл 1)

Сравнительный анализ данных, представленных медицинскими вузами, выявил превалирование государственных образовательных грантов в КазНМУ, КГМА, АО «МУ Астана» (65% и более) (рис. 5).

По данным Министерства Здравоохранения РК с 2005-2006 гг. четко прослеживается тенденция увеличения количества государственных образовательных грантов (рис. 6).

При этом важно отметить, что стоимость обучения 1 студента по специальности «меди-

Таблица 1.
Удельный вес студентов, обучающихся по государственному образовательному гранту в медицинском вузе

Наименование вуза	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
« МУА»	56,9	61,1	63,2	70,1
СКГМА	43,4	50,4	51,9	63,1
ЮКГМА	24,4	28,4	33,5	43,8
КАЗНМУ	52,5	60,2	67,3	72,4
ЗКГМА	33,7	40,3	46,3	64,1
КГМА	38,8	48,5	58,2	66,9

цина» в медицинских вузах составила в 2006 г. 191 200 тн, в 2007 г. – 263 000 тн, в 2008 г. –

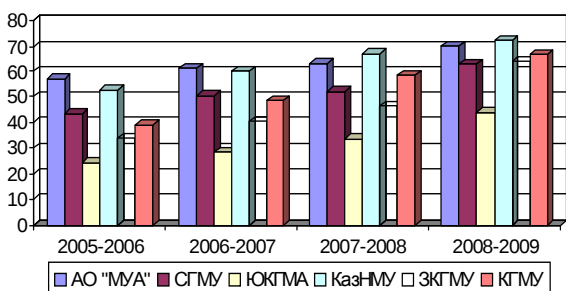


Рис. 5. Удельный вес студентов, обучающихся по государственному образовательному гранту в медицинском вузе

282 200 тн (рис 7). Следовательно, увеличение количества государственных образовательных грантов сопровождается увеличением расходов на обучение одного студента по государственному образовательному гранту, при этом эти расхо-

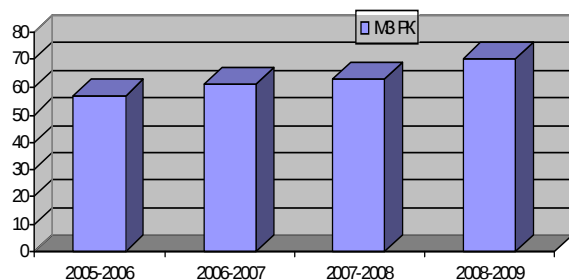


Рис. 6. Удельный вес студентов, обучающихся по государственному образовательному гранту в РК

ды не предусматривают средства на создание соответствующей материально-технической базы, оснащение теоретических и клинических кафедр. В стоимости обучения студентов предусмотрена заработная плата профессорско-преподавательского состава, расходы на приобретение учебно-методической литературы, в том

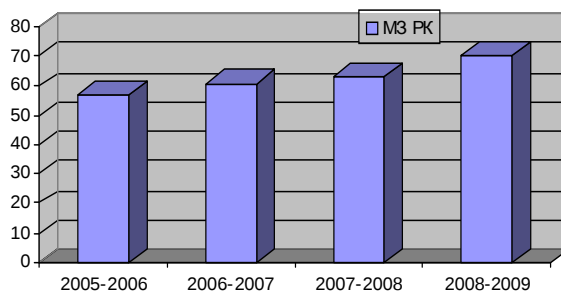


Рис. 7. Стоимость обучения в медицинских вузах (по годам)

числе электронных учебников, оборудования, средств материально-технического оснащения, инвентаря, наглядных пособий, работу в «Интернете» и т.д. Исходя из этого, следует отметить, что ежегодное увеличение стоимости обучения в медицинском вузе осуществляется с увеличением расходов на обучение.

Таким образом, анализ данных медицинских вузов РК и МЗ РК по индикаторам раздела Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования РК «Совершенствование системы финансирования и укрепление материально-технической базы медицинских организаций образования» показал, что на современном этапе определяется тенденция улучшения финансирования медицинских организаций образования РК. На основании этого имеет место увеличение эффективности подготовки специалистов по направлению «Здравоохранение и социальное обеспечение», повышение результативности выполнения государственного заказа по подготовке специалистов с медицинским образованием, а также отмечено внедрение современных образовательных технологий, укрепление материально-технической базы организаций медицинского образования с учетом международных требований.

Поступила 03.12.09

I. R. Kulmagambetov, F. N. Nurmanbetova, A. B. Kuzgibekova, G. S. Kemelova PERFECTION OF FINANCING OF THE MEDICAL EDUCATION IN REPUBLIC OF KAZHSTAN

In article significant changes in financing of system of public health services and a medical education are noted. On concrete examples it is shown, that at the present stage the tendency of improvement of financing of the medical organisations of formation RK is defined, allocation of the state grants increases, the material base taking into account the international requirements becomes stronger.

I. Р. Құлмағамбетов, Ф. Н. Нұрманбетова, А. Б. Күзгібекова, Г. С. Кемелова ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ

Мақалада еліміздегі денсаулық сақтау саласындағы және медициналық білім берудегі елеулі өзгерістер атап көрсетілген. Қазіргі кезеңде Қазақстан Республикасында медициналық білім беру ұйымдарында қаржыландырудың жақсаруы, мемлекеттік гранттарды бөлудің артуы, халықаралық талаптарды ескере отырып, материалдық-техникалық базаның нығайтылуы нақты мысалдар арқылы берілген.

Г. К. Алшынбекова, Г. К. Тютеебаева,
Р. К. Агмалова, Л. Ф. Савченко, В. Т. Кан

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ

Кафедра детских инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета, Областная инфекционная больница (Караганда)

Острая обструкция верхних дыхательных путей вследствие патологических процессов приводит к сужению гортани и бронхов. Экстренность ситуации обусловлена рано развивающейся декомпенсацией.

Заболевание чаще вызывают вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторный синцитиальный вирус (РС-инфекция). Наиболее часто заболевают дети в возрасте от 3 мес. до 6 лет. Во время эпидемии гриппа синдром крупа составляет абсолютное большинство случаев и протекает особенно тяжело, может явиться причиной летальности. Тяжелое течение крупа часто наблюдается и при смешанной вирусно-вирусной и вирусно-бактериальной этиологии. Дифтерийное поражение гортани (истинный круп) благодаря эффективной иммунизации в настоящее время встречается крайне редко [1, 2, 3, 4].

Цель исследования – выбор оптимальной схемы лечения и оценки ее клинической эффективности при острой обструкции верхних дыхательных путей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 125 больных в возрасте от 3 мес. до 18 лет, госпитализированных в инфекционную больницу с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Диагноз заболевания ставился с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических данных, результатов серологического исследования сыворотки крови. Грипп установлен у 50,3% пациентов, парагрипп – у 27,1%, аденовирусная инфекция – у 22,6%. Легкая степень тяжести ОРВИ определена у 17,9%, средняя – у 63,6%, тяжелая – у 18,5% больных.

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки клинической эффективности больные были разделены на 3 группы.

В первой группе у 17,9% со стенозом I степени, кроме отвлекающей терапии, назначали эфедрин, эуфиллин, антигистаминные, спазмолитические и симптоматические средства, которые назначали per os или внутримышечно. При стенозе гортани I степени можно ограничиться применением щелочно-масляных ингаляций или провести лечение в парокислородной палатке дробно, по 2 ч 2 – 3 раза в сут с использованием 2% раствора гидрокарбоната натрия. Показано теплое питье, горячее молоко с содой или боржомом, мукопронт, бисольвон. Необходимо применение 5% раствора натрия бромиды, настоек валерианы с пустырником, десенсибилизиру-

ющие средства: димедрол, супрастин, тавегил в сочетании с эуфиллином в возрастной дозировке. При накоплении мокроты в дыхательных путях проводили стимуляцию кашля шпателем, катетером с последующим отсасыванием слизи электроотсосом.

При наличии общетоксических проявлений, обусловленных вирусной инфекцией, проводили весь комплекс терапевтических мероприятий, необходимых при этих заболеваниях (противогриппозный иммуноглобулин, лейкоцитарный интерферон, инфузии низкомолекулярных коллоидных растворов, глюкозо-инсулино-калиевой смеси. Антибиотики назначали только при наличии бактериальных осложнений (пневмония, гнойный отит).

При стенозе II степени у 63,6% детей проводилась отвлекающая терапия и оксигенотерапия. Дополнительно назначали преднизолон из расчета 2 – 5 мг/кг. Медикаментозная аэрозольная терапия использовалась 2 – 4 раза в сут. При наличии вязкой мокроты ингаляцию проводили с муколитиками. Аэрозоли содержали антигистаминные препараты и ферменты: ацетилцистеин, трипсин, химотрипсин.

В случае беспокойства ребенку назначали оксидибутират натрия, дроперидол, седуксен, ди-празин в возрастной дозировке. Важно добиться успокоения ребенка, так как только в этих условиях возможна полноценная терапия в паракислородной палатке. Медикаментозная терапия проводится в виде аэрозольных ингаляций. При выраженных общетоксических симптомах лечебные мероприятия проводили в таком же объеме, что и при стенозе I степени. В случае длительного лечения стеноза гортани показана диагностическая прямая ларингоскопия.

У 18,5% детей со стенозом III степени лечение проводили в отделении реанимации, число медикаментозных ингаляций увеличили до 4 – 6 раз в сутки. При резком возбуждении ребенка целесообразно начинать лечение сразу с введения оксидибутирата натрия, а затем дроперидола. Эти препараты при необходимости можно вводить, повторно чередуя каждые 3 – 4 ч.

Для разжижения мокроты широко применяли протеолитические ферменты, муколитики, бронхолитики, отсасывание мокроты с помощью электроотсоса. Обязательно назначали антибиотики широкого спектра действия. Гормональную терапию проводили выборочно, из расчета 1,5 – 2 мг/кг массы тела (по преднизолону) в инъекциях или ингаляциях. При стенозе гортани III степени, обусловленном гнойно-некротическим ларинготрахеобронхитом, гормональная терапия не назначалась. В случае необходимости проводили этиотропную и дезинтоксикационную терапию по общим правилам, но под контролем диуреза. Общий объем внутривенно вводимой жидкости рассчитывают по 30-50 мл/кг массы тела в сут. При стенозе III степени в/в или в/м назначали сердечные препараты, гепарин, контрикал.

Кроме общепринятых лекарственных препаратов, всем больным применяли амбробене – амброксола гидрохлорид. Он назначался пациентам со стенозом I, II степени в виде ингаляции 2 раза в сут, а больным со стенозом III степени – в виде ингаляции и в/м инъекций. Детям до 2 лет назначали по 1 мл (1/2 ампулы) 2 раза в сут, от 2 до 5 лет – по 1 мл (1/2 ампулы) 3 раза в сут, старше 5 лет по 2 мл (1 ампула) 2 – 3 раза в сут.

В тесной корреляции с клинической эффективностью находились и сроки выздоровления пациентов. Характерно, что в подавляющем большинстве наблюдений существенное улучшение состояния отмечалось уже на 5 – 6 сут терапии. Осиплость голоса и боль в горле купировались у большинства больных к 4 сут лечения, одышка – к 5 сут. Недомогание, снижение аппетита, слабость, сонливость сократились в 2,6 раза. Явления ларингита – в 2,1 раза, ринита – в 2,2 раза. На фоне амбробене продуктивный кашель с эффектом разжижения мокроты возникал со 2 или с 3 сут. Максимальный клинический эффект, независимо от степени стеноза, отмечен у 67% больных со стенозирующим ларинготрахеобронхитом (СЛТБ) уже на 2 сут приема препарата. В эти же сроки у 72% больных детей наблюдалось разжижение мокроты. Исчезновение гру-

бого кашля на 2 – 3 сут применения амбробене зарегистрировано у 75% пациентов, независимо от степени стеноза.

Таким образом, амбробене является высокоэффективным и безопасным противовоспалительным средством, способным существенно облегчить лечение ОРВИ у детей, кроме того, его можно использовать как дополнительный противовоспалительный препарат наряду с антибиотиками и как основной лечебный препарат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михельсон В. А. Интенсивная терапия в педиатрии. – Москва ГЭОТАР-МЕДИА, 2003. – 552 с.
2. Самарина В. Н. Детские инфекционные болезни /В. Н. Самарина, О. А. Сорокина. – СПб.; М.: «Невский диалект». – «Издательство БИНОМ», 2000. – 318 с.
3. Тимченко В. Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций /В. Н. Тимченко, В. В. Леванович, И. Б. Михайлов. – Санкт-Петербург ЭЛБИ-СПб, 2005. – 384 с.
4. Учайкин В. Ф. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей. Учебник для вузов / В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшеева. – Москва ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 688 с.

Поступила 26.11.09

G. K. Alshynbecova, G. K. Tyutebaeva, R. K. Agmalova, L. F. Savchenko, V. T. Kan EMERGENCY TO ARVI

125 children at the age from 3 months till 15 years are surveyed, hospitalised in infectious hospital with the diagnosis - a acute respiratory virus infection (ARVI). At patients ARVI with SLTB therapy ambrobene promote authentic reduction of duration of a fever, decrease in expressiveness of a stenosis of a throat and occurrence of productive cough.

Г. К. Алшынбекова, Г. К. Тютетебаева, Р. К. Агмалова, Л. Ф. Савченко, В. Т. Кан ЖРВИ КЕЗІНДЕГІ ЖЕДЕЛ КӨМЕК ТЕРАПИЯСЫ

Жұқпалы аурулар ауруханасына жедел респираторлық вирусты инфекция (ЖРВИ) диагнозымен жатқызылған 3 айдан 15 жасқа дейінгі 125 бала тексеруден өтті. ЖРВИ науқастарға стеноздаушы ларинготрахеобронхиттің емін амбробенемен жүргізгенде қызбаның ұзақтығы қысқарып, көмей стенозы азаяды және нәтижелі жөтел пайда болады.

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ «МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ» В 2009 ГОДУ

Обзоры литературы

Kisprayeva T. T. Modern aspects of secondary prophylaxis of cerebral insult III, 19

Тәбріз Н. С. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған туберкулезге қарсы бағдарламаның тиімділігі III, 22

Абдрахманова М. Г. Реперфузионная терапия ишемического инсульта I, 6

Абилов К. У. Пищевод Барретта в современном представлении и новые подходы к лечению IV, 6

Ахметова С. Б., Тимченко Н. А., Лосева И. В., Дедова О. Ю., Алмагамбетов К. Х. Эффективность использования фитопрепаратов в лечении различных паразитарных инвазий IV, 9

Батпенов Н. Д., Абугалиев К. Р., Мокренко В. Н., Филатов В. И., Жумакаева А. К. Озонотерапия при ожогах III, 14

Жанасова М. М. Хирургическое лечение сложных свищей прямой кишки IV, 16

Камалов А. А., Дорофеев С. Д., Ефремов Е. А., Хамзин А. А., Кудеринов С. К. Эректильная дисфункция и сердечно-сосудистые заболевания I, 11

Киспаева Т. Т. Физиотерапевтическая коррекция когнитивных нарушений в клинике нервных болезней III, 9

Кульмаганбетов С. А. Состояние и проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных гипотиреозом II, 6

Мусулманбеков К. Ж., Шауенов Е. С., Раззаков К. К. Новообразования средостения II, 22

Такирова А. Т. Сахарный диабет у детей и подростков: распространенность, заболеваемость, первичная инвалидность III, 5

Тельгузиева Ж. А. Применение ингибиторов ЦОГ-2 в онкологической практике II, 18

Терехин С. П., Ахметова С. В., Мацук Е. В., Кемельбаева Р. К. Проблемы формирования пищевых привычек у детей и подростков I, 16

Фурсов А. Б. Эрозивно-язвенные поражения слизистой гастродуоденальной зоны как одна из проблем хирургии на современном этапе II, 10

Экология и гигиена

Төлемісова А. М., Ералина С. М. Тараз қаласында тұратын мектеп жасындағы балалардың әртүрлі жастық және ұлттық топтарға қатысты скринингтік тексеріс нәтижелері II, 29

Ахунджанов М. М., Каримов М. А. Особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями населения г. Павлодара и Павлодарской области III, 32

Бекембаева Г. С. Корреляция заболеваемости туберкулезом детского населения в зависимости от заболеваемости взрослого и подросткового населения в Республике Казахстан I, 21

Бекембаева Г. С., Хауадамова Г. Т. Математическое моделирование в эпидемиологии туберкулеза детско-подросткового населения в РК I, 31

Жакенова С. Р., Сраубаев Е. Н. Актуальные проблемы условий труда и состояния здоровья работающих в угольной промышленности III, 45

Камарова А. М., Ретунский Н. И., Ташетова А. Б., Кантемиров М. Р., Бейсекова М. М. Роль профилактических прививок в снижении и ликвидации инфекционных заболеваний I, 25

Кенжалин Ж. Ш., Каримов М. А., Доскеева Р. А., Костюк Т. П. Заболеваемость злокачественными опухолями в Восточно-Казахстанской области и загрязнение окружающей среды канцерогенными тяжелыми металлами II, 35

Койгельдинова Ш. С., Ибраева Л. К., Игимбаева Г. Т., Ешмагамбетова Ж. А., Сыдырманов Т. Б. Биохимические изменения крови у рабочих хризотил-асбестового производства III, 37

Кошеров Б. Н., Кусаинова А. С., Сыздыков М. С., Баешева Д. А., Алишева Г. Л. Эпидемиологическая характеристика описторхоза у рыб на примере водоемов Акмолинской области III, 29

Куанышбаев Т. Т., Уйсимбаева Г. У., Жакенова С. Р. Гигиенические аспекты окружающей среды и здоровья населения города Балхаш III, 47

Кусаинова А. С., Кошеров Б. Н. Теоретические основы и принципы эпидемиологического надзора за описторхозом III, 35

Миндубаева Ф. А., Салихова Е. Ю. Адаптивные реакции сердечно-сосудистой системы у учащихся с разным уровнем двигательной активности I, 28

Сембаев Ж. Х. Гигиеническая оценка реальной дозой нагрузки пыли и подход прогнозирования безопасного стажа работы при открытой добыче угля в условиях вахтового производства разреза АО «Шубарколь-Комир» II, 32

Сембаев Ж. Х. Донозологическое состояние работников «Шубарколь-Комир» в динамике смены и интенсивности вахты II, 39

Сраубаев Е. Н., Хамитов Т. Н., Кочегаров Н. А., Солод А. В., Жакенова С. Р. Профессиональная заболеваемость шахтеров угольного департамента АО «АрселорМиттал Темиртау» за период 2005-2008 гг. и меры ее профилактики IV, 23

Талиева Г. Н. Оценка заболеваемости работников предприятий по производству пищевых продуктов по результатам медицинских осмотров III, 27

Тасмагамбетова Н. Н. Статус фолиевой кислоты среди детей до пятилетнего возраста в Южно-Казахстанской области III, 40

Баймұқанов Е. А., Сайлауұлы Ф., Гольберг Л. И., Наздротенко В. А., Жданов А. И. Қарт адамдардың тоқпан жілігінің хирургиялық мойының сынуын операциялық жолмен емдеу IV, 68

Баймұқанов Е. Сайлауұлы А., Ф., Ершова Д. В., Наздротенко В. А., Феоктистов В. А. Тоқпан жіліктің хирургиялық мойыны сынуының операциялық емінің жаңа тәсілі IV, 77

Сайлауұлы Ф., Баймұқанов Е. А., Баймұқанова А. Е. Тоқпан жіліктің хирургиялық мойының сынуы кезінде ұсынылған жаңа әдіспен емдеудің нәтижелері IV, 72

Абильмажинова Г. Д. Нарушения метаболизма оксида азота при ишемической болезни сердца у женщин IV, 50

Алдашева Н. А. Частота псевдоэксфолиативного синдрома среди больных ишемической болезнью сердца по данным патологоанатомического обследования IV, 66

Алмагамбетов К. Х., Шамбилова Н. А., Азизов И. С. Микробиологический взгляд на обоснование априорной терапии внебольничной уроинфекции в Центральном Казахстане II, 88

Арыбжанов Д. Т., Кулакеев О. К., Юнусметов И. Р., Сабуров А. Р. Комбинированное лечение больных раком желудка IV стадии I, 56

Арыбжанов Д. Т., Сабуров А. Р. Внутриартериальная, регионарная химиотерапия в предоперационном лечении больных раком желудка I, 50

Бакирова Р. Е., Қонақбаева Р. Д., Алина А. Р., Қуанышқалиева А. Н. Кәсіптік күйзеліс жағдайында дамыған артериялық гипертензияның ерекшеліктері I, 104

Бакирова Р. Е., Кулмагабетов И. Р., Қонақбаева Р. Д., Қуанышқалиева А. Н., Васильева Н. В. Стажевая структурно-функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы у государственных служащих, больных артериальной гипертензией I, 96

Бегайдарова Р. Х., Абилкасимов З. Е., Азизов И. С., Кустова Ж. А., Аманжолова Г. А. Этиотропная терапия сальмонеллеза у детей с оценкой чувствительности к антибактериальным препаратам клинического штамма s. Typhimurium I, 40

Бегайдарова Р. Х., Баймұқанова К. Ш., Балтынова Р. З., Сагимбаев Б. Ж., Аманжолова Г. А. Эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов у детей и взрослых I, 52

Бегайдарова Р. Х., Баймұқанова К. Ш., Сланбекова Г. А., Аманжолова Г. А., Құрабаева С. Е. Клинико-эпидемиологическая характеристика сальмонеллеза у детей II, 43

Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Джашибекова Ж. Ж., Саурбаева А. К., Кан В. Т. Клинико-эпидемиологическая характеристика лямблиоза у детей IV, 38

Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Жанбасинова Н. М., Туганбаева Ж. А., Ми-

халева Л. В. Сравнительная оценка современного лечения лямблиоза IV, 44

Бегайдарова Р. Х., Стариков Ю. Г., Секербаева Л. Т., Мадиярова И. А., Калиева Э. Н. Анализ заболеваемости вирусным гепатитом В у детей и взрослых в Карагандинской области в довакцинальном и поствакцинальном периодах II, 49

Белеков Ж. О., Ысмайылов К. С., Маманов Н. А., Салибаев О. А. Синдром Мириizzi: интерпретация 59 клинических наблюдений I, 93

Бидайбаев Н. Ш. Клинические особенности и эффективность лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных II, 81

Бидайбаев Н. Ш. Микозы у больных туберкулезом и эффективность их лечения орунгалом II, 85

Борцова С. Р. Оптимизация лечения компрессионно-корешковых синдромов шейного остеохондроза у горнорабочих IV, 41

Ботабекова Т. К., Есимова А. А., Утельбаева З. Т. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении возрастной макулярной дистрофии III, 95

Букенов А. М., Шарипов А. Ж., Крук В. А. Результаты паллиативного лечения распространенных форм немелкоклеточного рака легкого II, 83

Васьковский Г. Г. Отдаленные результаты склеротерапии доброкачественных узлов щитовидной железы препаратом этанол III, 87

Ержанов О. Н., Курмышева Н. Ф., Бабешкин В. П., Махин Б. К. Особенности клинического течения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии, принципы хирургической тактики и комплексной послеоперационной реабилитации III, 69

Ержанов О. Н., Макишева М. О. Эндоскопические методы лечения холедохолитиаза и механической желтухи III, 92

Ержанов О. Н., Хасенов Ж. Д. Применение хирургического тубусного скальпеля для лечения цирроза печени IV, 53

Ефремов Е. А., Хамзин А. А., Кудерин С. К., Мельник Я. И., Охоботов Д. А. Влияние консервативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы на половую функцию I, 101

Жортучиев Р. К. Конверсия лапароскопической холецистэктомии при желчнокаменной болезни и остром калькулезном холецистите I, 83

Итжанова Х. И., Медешова А. Т., Ахметова С. Б., Адекенов С. М. Исследование антимикробной активности мази на основе эфирного масла аянии кустарничковой IV, 58

Кайрбаева М. Ж. Выживаемость больных раком яичников в зависимости от прогностических факторов III, 62

Кайрбаев М. Р., Кузнецов В. В., Смагулова К. К., Шалбаева Р. Ш., Кукубасов Е. К. Возможности неoadъювантной полихимиотерапии местнораспространенного рака шейки матки III, 84

Кайрбаев М. Р., Тельгузиева Ж. А., Нугманов Э. У., Шалбаева Р. Ш., Кукубасов Е. К. Сочетанная лучевая терапия местнораспространенного рака шейки матки III, 89

Каражанова Л. К., Жумагалиева А. Н., Безрукова Н. Н. К вопросу об оптимизации бронхолитической терапии при тяжелой степени тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) I, 37

Ким А. А., Кошеров Б. Н., Жантакбаева Б. М., Жунусов Е. С., Алькина С. В. Нежелательные явления противовирусной терапии хронических вирусных гепатитов IV, 75

Койчубеков Б. К. Расчет нелинейных показателей системы регуляции сердечного ритма I, 66

Койчубеков Б. К. Вовлеченность симпатического и парасимпатического отделов ВНС в регуляцию нелинейной динамики сердечного ритма на различных этапах индивидуального развития человека I, 59

Кошеров Б. Н., Досмагамбетова Р. С., Колмогорова Е. Л., Ким А. А., Жунусов Е. С. Клинико-биохимические проявления хронического вирусного гепатита у жителей Карагандинской области IV, 31

Краморенко Ю. С., Есимова А. А., Кадралиева Э. И., Степанова И. С. Показатели липидемии при сосудистой патологии глаза IV, 70

Кукубасов Е. К., Кайрбаев М. Р., Каирбаева М. Ж. Эффективность комбинации химиопрепаратов таксотер+цисплатин в неоадьювантном режиме при распространенном раке яичников II, 91

Лохвицкий С. В., Нурбеков А. А. Способ пролонгированной медикаментозной миорелаксации при сфинктеролеваторопластике II, 94

Любченко М. Ю., Гершман В. В., Столярова В. В. Опыт применения групповой психотерапевтической работы в комплексном лечении психических заболеваний II, 58

Любченко М. Ю., Жук Т. П., Дудаль Л. В., Янтыкова С. М. Депрессии в психиатрической практике, подходы к терапии на стационарном и амбулаторном этапе I, 44

Магзумова Д. Г. Ограничение жизнедеятельности у детей с патологией органа зрения III, 99

Магзумова Д. Г. Оценка признаков ограничения жизнедеятельности и степени их выраженности у детей с офтальмопатологией IV, 60

Магзумова Д. Г. Реабилитация больных с врожденной и травматической катарактой I, 110

Максумова А. К. Формирование синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) у новорожденных с генерализованными инфекциями в зависимости от гестационного возраста II, 52

Маукаева С. Б. Интерлейкиновая регуляция иммунной системы у больных вирусным гепатитом В IV, 56

Меерманова Ж. Б. Анализ и тактика хирургического лечения отслойки сетчатки III, 58

Муратбеков М. Н. Перспективы паллиативного лечения больных с распространенными

формами рака желудка II, 72

Муратбеков М. Н., Букенов А. М., Мусулманбеков К. Ж. Химиолучевая терапия запущенных форм рака легкого II, 78

Мусин А. М. Комбинированная гипотензивная терапия артериальной гипертензии на фоне гипотиреоза тяжелой степени III, 50

Мусин А. М. Некоторые особенности антигипертензивной терапии на фоне гипотиреоза средней степени тяжести IV, 29

Мусулманбеков К. Ж., Шауенов Е. С. Хирургическое лечение опухолей средостения IV, 48

Ниткалиев К. У. Возможности применения трансуретральной резекции поверхностных опухолей мочевого пузыря I, 69

Нурбеков А. А. Классификация посттравматической анальной инконтиненции I, 75

Нурбеков А. А. Отдаленные результаты лечения посттравматической анальной инконтиненции I, 80

Орымбекова А. К., Садыкова А. М., Баекеева С. Р. Опыт применения препарата «СОЛИАН» в лечении опиоидной (героиновой) зависимости I, 47

Оспанов Т. О., Ержанов О. Н., Бабешкин В. П., Шапуров О. А., Ахмедов Т. С. Дифференцированный выбор способов хирургической тактики при открытых повреждениях сердца и перикарда и пути их коррекции и реабилитации II, 67

Раганин М. У. Распространенность и интенсивность некоторых стоматологических заболеваний у детей младшего школьного возраста в г. Астане I, 78

Рахыпбеков Т. К., Адылханов Т. А., Масадыков А. С. Стратегия повышения качества диагностики и лечения узловых заболеваний щитовидной железы на основе критерия качества жизни IV, 34

Ромашенко Т. И. Визуальная диагностика постгипоксических изменений головного мозга у детей 3 – 4 месяцев жизни I, 108

Ромашенко Т. И. Нейросонография как метод выбора в алгоритме исследований структур головного мозга у детей грудного возраста I, 113

Садуакасова А. Б. Методика предоперационной маркировки непальпируемых образований молочной железы IV, 63

Садуакасова А. Б. Рентгенологическая и ультразвуковая диагностика узловых форм мастопатий II, 96

Скакова А. Б. Бактериологический фон мочи и патоморфологические изменения почек при острых лейкозах III, 74

Сорокина М. А. Реакция адаптационных систем организма на психические нагрузки различной сложности в зависимости от исходного психофизиологического состояния III, 52

Танкибаева Ж. Г. Клиническая характеристика больных с рецидивирующими заболеваниями слизистой оболочки рта II, 55

Танкибаева Ж. Г. Характеристика изменений микробиоценоза у больных с рецидивиру-

ющими заболеваниями слизистой оболочки рта II, 62

Тельгузиева Ж. А. Повышение эффективности сочетанной лучевой терапии ра-ка шейки матки III, 65

Тельгузиева Ж. А. Применение современных ультразвуковых методик в оценке эффективности лучевой терапии рака шейки матки II, 75

Токешева А. М. Оценка тиреоидного объема при многоузловом поражении щитовидной железы у жителей семипалатинского региона II, 47

Токешева А. М., Годзелих Е. В. К проблеме распространенности узловых заболеваний щитовидной железы в экологически неблагоприятных зонах Восточно-Казахстанской области I, 63

Тулеубаев Б. Е. Операционная техника при бесцементном эндопротезировании тазобедренного сустава I, 86

Тулеубаев Б. Е. Параметры внутрикостного давления при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава I, 72

Тусупбекова М. М. Патоморфология ВИЧ-инфекции у детей первых лет жизни при внутриутробном пути инфицирования III, 77

Шустеров Ю. А., Тарлышева И. Н., Оспанова Г. М., Дешко Е. В., Тлеубекова С. Х. Арутимол в лечении первичной открытоугольной глаукомы I, 90

Югай М. Н., Искакова К. А. Определение реабилитационного потенциала у больных и инвалидов вследствие сахарного диабета II, 65

Теоретическая и экспериментальная медицина

Дисюкеева Е. П. Клеточные «медиаторы» в комплексной терапии экспериментального перитонита IV, 82

Доскалиев Ж. А., Дисюкеева Е. П. Механизм терапевтического действия клеточных медиаторов при экспериментальном перитоните IV, 80

Ержанов О. Н., Тусупбекова М. М., Темирбеков Т. З., Феокистов В. А. Экспериментально-клиническое обоснование применения аналогов человеческого соматостатина (сандостатина и соматулина) в лечении панкреонекроза II, 103

Ибраева Л. К. Характер изменений красной крови у экспериментальных крыс при ингаляционном действии полиметаллической пыли и алиментарной коррекции I, 129

Итжанова Х. И., Медешова А. Т., Лосева И. В. Исследование реологических свойств мази на основе эфирных масел аянии кустарниковой III, 110

Меерманова Ж. Б. Сравнительные морфологические исследования эффективности действия различных витреосинеретиков III, 104

Месова А. М., Жетписбаев Б. А., Еспенбетова М. Ж. Влияние сочетанного при-

менения препаратов глюкофаж и оксим пиностробина на состояние липопероксидации и антиоксидантной защиты при сахарном диабете 2 типа в ткани печени у крыс молодого возраста I, 121

Орадова А. Ш. Использование микробиологических и молекулярно-генетических методов для выявления и идентификации *M. tuberculosis* III, 107

Сейсембеков Т. З., Тусупбекова М. М., Козлова И. Ю., Зеленская В. Н. Морфогенез легочной артериальной гипертензии и пути ее коррекции I, 124

Сраубаев Е. Н., Сергалиев Т. С., Абдилда А. Ж., Байменова Д. М., Белан Н. Г. Особенности распространения самоубийств в Республике Казахстан IV, 84

Тусупбекова М. М., Шустеров Ю. А., Карибаева Д. С. Морфологическая характеристика тканей глаза на модифицированный шовный материал I, 118

Фурсов А. Б. Показатели микроциркуляции желудка и n.Vagus в экспериментальной хирургии II, 99

Медицинское и фармацевтическое образование

Итжанова Х. И. Современное состояние потребительского рынка противопаразитарных, гепатопротекторных средств в Карагандинском регионе IV, 94

Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Калиева Ш. С., Риклефс В. П. Анализ результатов мониторинга реализации направления Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан «Внедрение новых подходов к отбору и приему граждан в медицинские организации образования республики» IV, 89

Кулмагамбетов И. Р., Нурманбетова Ф. Н., Кузгибекова А. Б., Кемелова Г. С. Совершенствование финансирования медицинского образования в Республике Казахстан IV, 99

Сербаев М. У., Абрамов А. С., Жарылкасын Ж. Ж. О методике расчета рейтинга деятельности главных государственных санитарных врачей II, 108

Сорокина М. А., Риклефс В. П. Психологические профили преподавателей высшей медицинской школы, формирующиеся в процессе адаптации к деятельности III, 113

Тусупбекова М. М. Принципы сличения и рубрификации клинического и патологоанатомического диагнозов I, 132

Организация и экономика здравоохранения

Каржаубаева Ш. Е., Рахимбекова Д. К. Совершенствование медико-психо-социальной помощи молодежи в Республике Казахстан II, 111

Кульжанов М. К., Исаев Д. С., Абилин Н. А. Новый методологический аппарат исследования в области управления качеством

медицинской помощи III, 120

Наблюдения из практики

**Алшынбекова Г. К., Тютеебаева Г. К.,
Агмалова Р. К., Савченко Л. Ф., Кан В. Т.**
Неотложная терапия при ОРВИ IV, 102

Кудеринов С. К. Инородное тело мочевого пузыря (мигрирующая внутриматочная спираль) II, 118

**Ли И. И., Байназарова А. А., Гериева
М. М., Далиева Г. Ш., Абдужапаров С. С.,
Ибрагимов Р. П.** Случай осложнения внутриматочной контрацепции III, 122

Тургунов Е. М., Баширов А. Б., Калие-

ва Д. К. Интраоперационная электроимпульсная санация остаточной полости эхинококковой кисты печени II, 114

**Тусупбекова К. Т., Егорова В. П., Ким
И. А., Павлова М. С.** Три случая синдрома Чардж-Стросса: грани сходства и различия II, 120

Юбилеи

Майда Масхаповна Тусупбекова (к 60-летию со дня рождения) II, 123

Сабира Кеделевна Жаугашева (к 60-летию со дня рождения) II, 124

АЛФАВИТНЫЙ ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абдилда А. Ж.**, IV, 84
Абдрахманова М. Г., I, 6
Абдужапаров С. С., III, 122
Абилкасимов З. Е., I, 40
Абилов К. У., IV, 6
Абильдинова Н. А., III, 120
Абильмажинова Г. Д., IV, 50
Абрамов А. С., II, 108
Абугалиев К. Р., III, 14
Агмалова Р. К., IV, 102
Адекенов С. М., IV, 58
Адылханов Т. А., IV, 34,
Азизов И. С., I, 40, II, 88
Алдашева Н. А., IV, 66
Алина А. Р., I, 104
Алишева Г. Л., III, 29
Алмагамбетов К. Х., II, 88, IV, 9
Алшынбекова Г. К., IV, 102
Алькина С. В., IV, 75
Аманжолова Г. А., I, 40, I, 52, II, 43
Арыбжанов Д. Т., I, 56, I, 50
Ахмедов Т. С., II, 67
Ахметова С. Б., IV, 58, IV, 9
Ахметова С. В., I, 16
Ахунджанов М. М., III, 32
- Бабешкин В. П.**, II, 67, III, 69
Баекеева С. Р., I, 47
Баешева Д. А., III, 29
Байменова Д. М., IV, 84
Баймуканова К. Ш., I, 52, II, 43
Баймұқанов Е. А., IV, 68, IV, 72, IV, 77
Баймұқанова А. Е., IV, 72
Байназарова А. А., III, 122
Бакирова Р. Е., I, 104, I, 96
Балтынова Р. З., I, 52
Батпенов Н. Д., III, 14
Баширов А. Б., II, 114
Бегайдарова Р. Х., I, 40, I, 52, II, 43, II, 49, IV, 38, IV, 44
Безрукова Н. Н., I, 37
Бейсекова М. М., I, 25
Бекембаева Г. С., I, 21, I, 31
Белан Н. Г., IV, 84
Белеков Ж. О., I, 93
Бидайбаев Н. Ш., II, 81, II, 85
Борцова С. Р., IV, 41
Ботабекова Т. К., III, 95
Букенов А. М., II, 78, II, 83
- Васильева Н. В.**, I, 96
Васьковский Г. Г., III, 87
- Гериева М. М.**, III, 122
Гершман В. В., II, 58
Годзелих Е. В., I, 63
Гольберг Л. И., IV, 68
- Далиева Г. Ш.**, III, 122
Дедова О. Ю., IV, 9
Дешко Е. В., I, 90
Джашибекова Ж. Ж., IV, 38
- Дисюкеева Е. П.**, IV, 80, IV, 82
Дорофеев С. Д., I, 11
Доскалиев Ж. А., IV, 80
Доскеева Р. А., II, 35
Досмагамбетова Р. С., IV, 31
Дудаль Л. В., I, 44
- Егорова В. П.**, II, 120
Ералина С. М., II, 29
Ержанов О. Н., II, 103, II, 67, III, 69, III, 92, IV, 53
Ершова Д. В., IV, 77
Есимова А. А., III, 95, IV, 70
Еспенбетова М. Ж., I, 121
Ефремов Е. А., I, 101, I, 11
Ешмагамбетова Ж. А., III, 37
- Жакенова С. Р.**, III, 45, III, 47, IV, 23
Жанасова М. М., IV, 16
Жанбасинова Н. М., IV, 44
Жантакбаева Б. М., IV, 75
Жарылкасын Ж. Ж., II, 108
Жданов А. И., IV, 68
Жетписбаев Б. А., I, 121
Жортучиев Р. К., I, 83
Жук Т. П., I, 44
Жумагалиева А. Н., I, 37
Жумакаева А. К., III, 14
Жунусов Е. С., IV, 31, IV, 75
- Зеленская В. Н.**, I, 124
- Ибрагимов Р. П.**, III, 122
Ибраева Л. К., I, 129, III, 37
Игимбаева Г. Т., III, 37
Исаев Д. С., III, 120
Искакова К. А., II, 65
Итжанова Х. И., III, 110, IV, 58, IV, 94
- Кадралиева Э. И.**, IV, 70
Каирбаева М. Ж., II, 91, III, 62
Кайрбаев М. Р., II, 91, III, 84, III, 89
Калиева Д. К., II, 114
Калиева Ш. С., IV, 89
Калиева Э. Н., II, 49
Камалов А. А., I, 11
Камарова А. М., I, 25
Кан В. Т., IV, 38, IV, 102
Кантемиров М. Р., I, 25
Каражанова Л. К., I, 37
Каржаубаева Ш. Е., II, 111
Карибаева Д. С., I, 118
Каримов М. А., II, 35, III, 32
Кемелова Г. С., IV, 99
Кемельбаева Р. К., I, 16
Кенжалин Ж. Ш., II, 35
Ким А. А., IV, 31, IV, 75
Ким И. А., II, 120
Киспаева Т. Т., III, 9, III, 19
Кожамжарова А. К., IV, 38
Козлова И. Ю., I, 124
Койгельдинова Ш. С., III, 37

Койчубеков Б. К., I, 59, I, 66
 Колмогорова Е. Л., IV, 31
 Қонақбаева Р. Д., I, 104, I, 96
 Костюк Т. П., II, 35
 Кочегаров Н. А., IV, 23,
 Кошерова Б. Н., III, 29, III, 35, IV, 31, IV, 75
 Краморенко Ю. С., IV, 70
 Крук В. А., II, 83
 Куанышбаев Т. Т., III, 47
 Қуанышқалиева А. Н., I, 104, I, 96
 Кудеринов С. К. I, 11, I, 101, II, 118
 Кузгибекова А. Б., IV, 99
 Кузнецов В. В., III, 84
 Кукубасов Е. К., II, 91, III, 84, III, 89
 Кулакеев О. К., I, 56
 Кулмагамбетов И. Р., I, 96 IV, 89, IV, 99
 Кульжанов М. К., III, 120
 Кульмаганбетов С. А. II, 6
 Курабаева С. Е., II, 43
 Курмышева Н. Ф., III, 69
 Кусаинова А. С., III, 29, III, 35
 Кустова Ж. А., I, 40

Ли И. И., III, 122
 Лосева И. В., III, 110, IV, 9
 Лохвицкий С. В., II, 94
 Любченко М. Ю., I, 44, II, 58

Магзумова Д. Г., I, 110, III, 99, IV, 60
 Мадиярова И. А., II, 49
 Макишева М. О., III, 92
 МаксUTOва А. К., II, 52
 Маманов Н. А., I, 93
 Масадыков А. С., IV, 34
 Маукаева С. Б., IV, 56
 Махин Б. К., III, 69
 Мацук Е. В., I, 16
 Медешова А. Т., III, 110, IV, 58
 Меерманова Ж. Б., III, 104, III, 58
 Мельник Я. И., I, 101
 Месова А. М., I, 121
 Миндубаева Ф. А., I, 28
 Михалева Л. В., IV, 44
 Мокренко В. Н., III, 14
 Муратбеков М. Н., II, 72, II, 78
 Мусин А. М., III, 50, IV, 29
 Мусулманбеков К. Ж., II, 22, II, 78, IV, 48

Наздротенко В. А., IV, 68, IV, 77
 Насакаева Г. Е., IV, 38, IV, 44
 Ниткалиев К. У., I, 69
 Нугманов Э. У., III, 89
 Нурбеков А. А., I, 80, I, 75, II, 94
 Нурманбетова Ф. Н., IV, 89, IV, 99

Орадова А. Ш., III, 107
 Орымбекова А. К., I, 47
 Оспанов Т. О., II, 67
 Оспанова Г. М., I, 90
 Охоботов Д. А., I, 101

Павлова М. С., II, 120

Раганин М. У., I, 78

Раззаков К. К. II, 22
 Рахимбекова Д. К., II, 111
 Рахыпбеков Т. К., IV, 34
 Ретунский Н. И., I, 25
 Риклефс В. П., III, 113, IV, 89
 Ромащенко Т. И., I, 108, I, 113

Сабуров А. Р., I, 50, I, 56
 Савченко Л. Ф., IV, 102
 Сагимбаев Б. Ж., I, 52
 Садуакасова А. Б., II, 96, IV, 63
 Садыкова А. М., I, 47
 Сайлауұлы F., IV, 68, IV, 72, IV, 77
 Салибаев О. А., I, 93
 Салихова Е. Ю., I, 28
 Саурбаева А. К., IV, 38
 Сейсембеков Т. З., I, 124
 Секербаева Л. Т., II, 49
 Сембаев Ж. Х., II, 32, II, 39
 Сербаев М. У., II, 108
 Сергалиев Т. С., IV, 84
 Скакова А. Б., III, 74
 Сланбекова Г. А., II, 43
 Смагулова К. К., III, 84
 Солод А. В., IV, 23
 Сорокина М. А., III, 113, III, 52
 Сраубаев Е. Н., III, 45, IV, 23, IV, 84
 Стариков Ю. Г., II, 49
 Степанова И. С., IV, 70
 Столярова В. В., II, 58
 Сыдырманов Т. Б., III, 37
 Сыздыков М. С., III, 29

Такирова А. Т. III, 5
 Талиева Г. Н., III, 27
 Танкибаева Ж. Г., II, 55, II, 62
 Тарлышева И. Н., I, 90
 Тасмагамбетова Н. Н., III, 40
 Ташетова А. Б., I, 25
 Тәбриз Н. С., III, 22
 Тельгузиева Ж. А. II, 18, II, 75, III, 65, III, 89
 Темирбеков Т. З., II, 103
 Терехин С. П. I, 16,
 Тимченко Н. А., IV, 9
 Тлеубекова С. Х., I, 90
 Токешева А. М., I, 63, II, 47
 Төлемісова А. М., II, 29
 Туганбаева Ж. А., IV, 44
 Тулеубаев Б. Е., I, 72, I, 86
 Тургунов Е. М., II, 114
 Тусупбекова К. Т., II, 120
 Тусупбекова М. М., I, 118, I, 124, I, 132, II, 103,
 III, 77
 Тютеебаева Г. К., IV, 102

Уйсимбаева Г. У., III, 47
 Утельбаева З. Т., III, 95

Феоктистов В. А., II, 103, IV, 77
 Филатов В. И. III, 14
 Фурсов А. Б. II, 10, II, 99

Хамзин А. А., I, 101, I, 11
 Хамитов Т. Н., IV, 23

Хасенов Ж. Д., IV, 53
Хауадамова Г. Т., I, 31

Шалбаева Р. Ш., III, 84, III, 89
Шамбилова Н. А., II, 88
Шапуров О. А., II, 67
Шарипов А. Ж., II, 83
Шауенов Е. С., II, 22, IV, 48

Шустеров Ю. А., I, 118, I, 90

Ысмайылов К. С., I, 93

Югай М. Н., II, 65
Юнусметов И. Р., I, 56

Янтыкова С. М., I, 44

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 менее 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 40 – 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 предоставлять в редакцию журнала по адресу: **100008 г. Караганда, ул. Гоголя 40, каб. 239** или присылать по e-mail: **rio@kgmu.kz**.

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