

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223 - 2931

Издается с 2002 г.

№ 2. 2011 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК.
Свидетельство о постановке на учет средства мас-
совой информации № 2178-Ж от 01.08.2001 г.

Журнал включен в перечень научных изданий, ре-
комендованных Комитетом по контролю в сфере
образования и науки МОН РК для публикации ос-
новных результатов диссертаций.

Рекламодатели предупреждены об ответственности
за рекламу незарегистрированных, не разрешенных
к применению МЗ РК предметов медицинского
назначения.

Ответственность за содержание публикуемых мате-
риалов несут авторы.
Редакция не несет ответственности за достоверность
информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской
правки статей. При перепечатке ссылка на журнал
«Актуальные вопросы формирования здорового
образа жизни, профилактики заболеваний и укреп-
ления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 1000 экз.

Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Карайганова К.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Айтмурзаева Г.Т. (Кыргызстан), Муталова З.Д.
(Узбекистан), Дурумбетов Е.Е.,
Кудайбергенов Т.К., Жандосов Ш.У.,
Каржаубаева Ш.Е. Булемешев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,
Палтушева Т.П., Локшин В.Н.

Научный совет:

Девятко В.Н., Ахметов В.И.,
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А.,
Абильдаев Т.Ш., Кульжанов М.К.,
Омарова М.Н., Беркимбаев С.Ф.

Редакционный совет:

Тогайбаева Ж.Е. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Курганов К.К. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)



МАЗМҰНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚУРАСТАРЫ ЖҮЙЕСІНІң ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҮЙЫМДАСТАРЫШЫЛЫҚ ЖЕТІЛДІРУ СҮРАҚТАРЫ

Сулейменова Г.Р. Алматы қалалық салауатты өмір салтын калыптастыру орталығы Алматы қаласы тұрғындарының дәрігерлік және гигиеналық білімдерін насихаттау бойынша үйымдастыру - әдістемелік қызметі.....	8
Шарков С.М. Ең жұмсақ орындардың ең жұмсақ коргаулары.....	11
Хайдарова Т.С., Мусабаева А.А. Жүрек - қан тамырлары ауруларының алғашкы алдын алуы.....	16
Адаева А.А. Жас өспірімдердің денсаулыктың өздігінен бағасы және тамактану факторының себепті-тергеулі байланысын зерттеуі.....	19
Колотилова И.Е. Адамның психикалық қызметтің еркіті саласының факторының бірі - тәртіп.....	22
Колотилова И.Е. Мүмкіндіктері шектеулі жасөспірімдердің әлеуметтік оналтуы.....	24
Нурбаев М.М. Ультра дыбыстың және инфра дыбыстың адам ағзасына әсері.	25
Нурбаев М.М. Алматы қала автокөлігінің жүргізушилерінің жұмыска кабілеттілігінің күйіне шудың ықпалы және инфра дыбыстың гигиеналық бағасы.....	27

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Кайыргали Ш.М., Исаева Б.Г., Нуралиев Б., Рахметова Б. Қазақстан Республикасындағы дәнекер ұлпаның жүйелік ауруларын ауру-сырқаудың көрсеткіштері.....	29
Крылдакова А.С. Жұмыстың алғашкы жылышының корытындылары бойынша Жамбыл облысындағы біртұтас ұлттық денсаулық сактау жүйесін енгізу жолы және мәселелері.....	30
Гизатуллина А.М., Ермаканова Г.Ә., Зейтын М.К., Мергентай А. Дәрілік заттарды бағалау мемлекеттік жүйесі мен қауіпсіздігі.....	32
Шульгач Н.Ә., Сидорук Т.А., Горшкодёров А.В. Қанның донорларында инфекциялардың таңбалағыштарының скринингі.....	36
Кенжебаева Ж.Д. Ажал арашасысы – донор.....	38
Дендибаева К.Ж., Медеубаева К.К. Ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету.....	40
Сидорук Т.А., Кенжебаева Ж.Д., Горшкодёров А.В., Шульгач Н.Ә. Қанның пішілген затының жаңында бактериологиялық бақылау.....	43
Горшкодёров А.В. Донорлықтың дамуындағы қан орталықтарының орта медицина қызметкерлері.....	44
Горшкодёров А.В. Донорлықтың насихаттауын үйымдастыру қағидалары.....	45
Коробова Е.А. Алматы облысындағы родонның көлемді белсенделігі көрсеткіштерінің бақылау нәтижесі.....	46

ПОПУЛЯЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЕКЕ ДЕНГЕЙЛЕРДЕГІ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТАРЫ ЖӘНЕ ИНФЕКЦИЯ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

Медеубаева К.К., Колокина Р.С., Шумилина Л.Н. Қазіргі кездегі мектеп оқушыларының тиімді тамактануды үйымдастыру сұрақтары.....	48
Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсекенов С.Ж. Фосфолипидке карсы синдромы және кардиоваскуляр патологиясы..	51
Морозова Л.Ф. Артериалды гипертонияның алдын алуы.....	53
Раймуков Б.А. Сауыктыру жаттығуының физиологиялық негіздері.....	54
Мырзалиева Н.Ж., Шайхина А.М., Байсалбекова З.Т. Бала тағамындағы және азық-түлік өнімдеріндегі микотоксинды аса тиімді сұйықтық хроматография әдіспен анықтау.....	56
Гончарова М.И. Оргалық Қазақстанның балаларындағы ішектердің микробиоценозының мінездемесі.....	58
Тасыбекова Г.Т. Семіздіктің алдын алу.....	60

АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРГАУ

Колокина Р.С. Әйелдердің репродуктивті денсаулығын коргау аспектінде енбекті реттеуінің ерекшеліктері.....	62
Гончарова М.И. Балалардағы анемия диагностикасында скригинг зерттеулері.....	64
Байзатова Г.А., Махмутжанова З.А. Қауіпсіз ана болу.....	66
Рахимжанова Ш.К. Жатыр мойыны катерлі ісіктің алдын алу.....	70
Юлдашева И.Ә. Балалардағы сінір тартылу синдромның карқынды терапиясы.....	71
Дендибаева К. Ж., Длімбетова Д.О. Ауылдық ауруханаларда жатыр мойының эрозиясын емдеу максатында Солковагин әдісін тәжірибе жүзінде колдану.....	73
Тагиева Т.А. Жүктілік және жүрек - колқасы жүйенің аурулары.....	75
Тагиева Т.А. Жүкті әйелдерді босануға дайындау.....	77
Тастайбекова С.С., Байжұманова Ф.Н., Занилова Т.П., Васильева В.А., Маткаримова К.М. Гинекологиядағы іш теспесі..	78
Тастайбекова С.С. Туганнан кейінгі мерзімнің патологиясы.....	80
Тастайбекова С.С., Байжұманова Ф.Н., Занилова Т.П., Васильева В.А., Маткаримова К.М., Бессонова Г.Ж., Тагиева Т.А. Өздігінен түсік және желбуаз.....	83
Занилова Т.П. Сепсис.....	84
Маткаримова К.М. Жақсы орналаскан жолдастың мезгілсіз қабаттануы.....	86
Байжұманова Ф.Н. Акушерлік тәжірибелегі перитонит.....	88
Байжұманова Ф.Н. Тромбоэмболикалық аурулар.....	90
Занилова Т.П. Мастит.....	92



КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДІ МЕДИЦИНА

Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсекенов С.Ж. Қызылжегі жүйесінде жүректің және тамырларының закымдалуы.....	94
Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсекенов С.Ж. Қызылжегі жүйесі ауруларында тамыр гипертензиясы.....	95
Чигирбаева С.М., Джумагулова Ж.К., Смирнова Л.Н., Ермакова И.А., Шидерова Н.Д., Сек А.Р. Темір жетіспейтін қаны аздық: патогенез және емдеу.....	97
Алиева Т.Д., Алиев Ш.Т. Эндометриоид ауруында кешенді терапиясында гормоналды емес ісік өсуін одактасуды колданудың клиникалық – патогенетикалық негіздемесі.....	99
Джамаледдинов В.С., Курбанов Н.К., Давлетбаев М.Ж., Смелов Г.В., Сулейменов Б.Т. Ұзын жілік сүйектердің сынуларын емдеуде батыл өдістерін тандауы.....	104
Сидорук Т.А. Емдеу мекемелеріндегі трансфузия терапиясын ұйымдастыруы.....	106
Тастайбекова С.С., Байжуманова Ф.Н., Занирова Т.П., Васильева В.А., Даненова Б.А., Нурымова М.А., Бессонова Г.Ж., Тагиева Т.А. Септиялық естен тану.....	109

ИНФЕКЦИЯ АУРУЛАРЫНЫҢ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ, МАСКУНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ

Байжуманова А.М. Алматы облысының бала түрғындарының арасында ротавирустардың таралуы туралы.....	111
Баскинбаева Х.С. Туберкулез.....	113
Утегенова Н.А. Штурге-Вебер синдромы.....	116
Утегенова Н.А. Бала қалалық клиникалық инфекциялық ауруханасының материалы бойынша сібір энцефалитінің ерекшеліктері.....	118
Сидорук Т.А. Жаңадан мұздатылған плазманың карантинизациясы.....	120
Мухамбетова Р.У. Малярия.....	122

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Чигирбаева С.М. Созылмалы үйкі безінің қабынуының алдын алу және емдеу.....	124
Изтелеуов С.И. Мұрынның ісіп қызыру және танау манындағы койнауы ауруларын жан-жакты емдеудегі жұып-шаю... Тасыбекова Г.Т. Іш қашкан кездегі ішектіңкернеу синдромын емдеу және диагностика.....	126
Сарбаева М.Х. 2011 жылға Тараз қаласының №2 қалалық өмханасының ауруханаға жоспарлы жатқызуды ұйымдастыруы жөнінде.....	127
Нуровеа М.Р. Балаларда орташа құлактың еткір қабынуларының алдын алу.....	129
Майшенова Ж.Т. Егде жастың тұлғаларында шеттетілген систола тамыр гипертензияны индапамидпен емдеу.....	131
Майшенова Ж.Т. Жүректің ишемиялық ауру науқастарындағы гиперхолестеринемияны вазипилмен емдеу.....	132
Рахимжанова Ш.К. Аналық бэздердің эндометриозының ультра дыбыс диагностикасы.....	134
Камысбаева Б.М. Акромегалия аурулардың алғашқы терапиясындағы Соматулинның тімділігінің бағасы (Онтүстік Казакстан көрсеткіштері бойынша).....	136
Ақиева С.Х. Жүрек - қан тамыры ауруларының алдын алу.....	138
Ақиева С.Х. QT интервалды ұзарту.....	140
Бессонова Г.Ж. Миокардиодистрофия.....	142
Бессонова Г.Ж. Асқазан және соқыр ішектің тесілетін жарасы.....	145
Нязова А.Б. Жедел панкреатит.....	147
Нурымова М.А. Кеуде құысының жаракаты.....	149
Даненова Б.А., Нурымова М.А., Есемуратова Г.Д., Шакибаева А.М., Бессонова Г.Ж., Маткаримова К.М. Күйгендерге емдеу және медициналық жедел жәрдем көрсету.....	151
	153

ЖАС ФАЛЫМДАР

Толебаева И.К. Алматы қаласы бойынша 0-5 жас аралығындағы балалар арасындағы пневмококкты пневмонияны зерттеу нәтижелері.....	155
Балғынбеков Ш.А., Шілдебаев Ж.Б., Аманова Г.Т. Атмосфералық ауаның ластануының балалар мен жасөспірімдер ағзаларына зиянды өсері.....	157
Қази Ахан. Жасөспірімдердің антропометрлік қан қысымына физикалық жүктеменің өсері.....	159
Қайратхан Л., Дудикова Г.Н., Савицкая И.С., Сагындықов Ф.З. Ішек инфекцияларына қарсы түйе сүті негізінде пробиотикалық препаратты дайындау үшін сұтқышқыл бактерияларының бірлестігі.....	162
Шілдебаев Ж.Б., Балғынбеков Ш.А. Казақстандағы экологиялық проблемалар және оны шешу мүмкіндіктері.....	164
Қаяшев С.К, Балғынбеков Ш.А. Алматы қаласындағы коршаған ортаның ластану деңгейі.....	167
Бияшева З.М., Кенжебаев Н. Біздің университеттің ойшыл, белсенді және салауатты студенттер.....	169



СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Сулейменова Г.Р. Организационно-методическая деятельность Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни по пропаганде медицинских и гигиенических знаний среди населения г.Алматы.....	8
Шарков С.М. Самая мягкая защита самых мягких мест.....	11
Хайдарова Т.С., Мусабаева А.А. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.....	16
Адаева А.А. Изучение причинно-следственной связи фактора питания и самооценки здоровья подростков.....	19
Колотилова И.Е. Дисциплина как один из факторов эмоционально – волевой сферы психической деятельности человека.....	22
Колотилова И.Е. Социальная реабилитация подростков с ограниченными возможностями.....	24
Нурбаев М.М. Влияние ультразвука и инфразвука на организм человека.....	25
Нурбаев М.М. Гигиеническая оценка влияния шума и инфразвука на состояние работоспособности водителей городского автотранспорта г.Алматы.....	27

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Кайыргали Ш.М., Исаева Б.Г., Нуралиев Б.Г., Рахметова Б. Показатели заболеваемости системными заболеваниями соединительной ткани в Республике Казахстан.....	29
Крылдакова А.С. Пути и проблемы внедрения ЕНСЗ в Жамбылской области по итогам первого года работы.....	30
Гизатуллина А.М., Ерманханова Г.А., Зейтын М.К., Мергентай А., Соловьевников М.П. Безопасность и государственная система оценки лекарственных средств.....	32
Шульгач Н.Э., Сидорук Т.А., Горшкодёров А.В. Скрининг маркеров инфекций у доноров крови.....	36
Кенжебаева Ж.Д. Донор – преграда смерти.....	38
Дендибаева К.Ж., Медеубаева К.К.Оказание медицинской помощи сельскому населению.....	40
Сидорук Т.А., Кенжебаева Ж.Д., Горшкодёров А.В., Шульгач Н.Э. Бактериологический контроль при заготовке крови...	43
Горшкодёров А.В. Средний медицинский персонал центров крови в развитии донорства.....	44
Горшкодёров А.В. Принципы организации пропаганды донорства.....	45
Коробова Е.А. О результатах наблюдения за объемной активностью радона в Алматинской области.....	46

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФЗОЖ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Медеубаева К.К., Колокина Р.С., Шумилина Л.Н. Вопросы организации здорового питания школьников в современных условиях.....	48
Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсенеков С.Ж. Антифосфолипидный синдром и кардиоваскулярная патология.....	51
Морозова Л.Ф. Профилактика артериальной гипертонии.....	53
Раймкулов Б.А. Физиологические основы оздоровительной тренировки.....	54
Мырзалиева Н.Ж., Шайхина А.М., Байсалбекова З.Т. Определение микротоксинов в пищевых продуктах и детском питании методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.....	56
Гончарова М.И. Характеристика микробиоценоза кишечника у детей Центрального Казахстана.....	58
Тасыбекова Г.Т. Профилактика ожирения.....	60

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Колокина Р.С. Особенности регулирования труда женщин в аспекте сохранения репродуктивного здоровья.....	62
Гончарова М.И. Скрининговые исследования в диагностике анемии у детей.....	64
Байзатова Г.А., Махмутжанова З.А. Безопасное материнство.....	66
Рахимжанова Ш.К. Профилактика рака шейки матки.....	70
Юлдашева И.Э. Интенсивная терапия судорожного синдрома у детей.....	71
Дендибаева К. Ж., Длимбетова Д.О. Опыт применения Солковагина при лечении эрозии шейки матки в условиях сельской больницы.....	73
Тагиева Т.А. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.....	75
Тагиева Т.А. Подготовка беременных женщин к родам.....	77
Тастайбекова С.С., Байжуманова Ф.Н., Занилова Т.П., Васильева В.А., Маткаримова К.М. Острый живот в гинекологии...	78
Тастайбекова С.С. Патология послеродового периода.....	80
Тастайбекова С.С., Байжуманова Ф.Н., Занилова Т.П., Васильева В.А., Маткаримова К.М., Бессонова Г.Ж., Тагиева Т.А. Самопроизвольный аборт и внематочная беременность.....	83
Занилова Т.П. Сепсис.....	84
Маткаримова К.М. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.....	86
Байжуманова Ф.Н. Перитонит в акушерской практике.....	88
Байжуманова Ф.Н. Тромбоэмбические заболевания.....	90
Занилова Т.П. Мастит.....	92



КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсекенов С.Ж. Поражение сердца и сосудов при системной красной волчанке.....	94
Исаева Б.Г., Кайыргали Ш.М., Сарсекенов С.Ж. Артериальная гипертензия у больных системной красной волчанкой....	95
Чигирбаева С.М., Джумагулова Ж.К., Смирнова Л.Н., Ермакова И.А., Шидерова Н.Д., Сек А.Р. Железодефицитная анемия: патогенез, лечение.....	97
Алиева Т.Д., Алиев Ш.Т. Клинико-патогенетическое обоснование применения негормонального блокирования опухолевого роста в комплексной терапии эндометриоидной болезни.....	99
Джамаледдинов В.С., Курбанов Н.К., Давлетбаев М.Ж., Смелов Г.В., Сулейменов Б.Т. Выбор радикального метода лечения переломов длинных трубчатых костей.....	104
Сидорук Т.А. Организация трансфузионной терапии в лечебных учреждениях.....	106
Тастайбекова С.С., Байжуманова Ф.Н., Занилова Т.П., Васильева В.А., Даненова Б.А., Нурымова М.А., Бессонова Г.Ж., Тагиева Т.А. Септический шок.....	109

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИДА, ТУБЕРКУЛЕЗА, АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Байжуманова А.М. О циркуляции ротавирусов среди детского населения Алматинской области.....	111
Баскинбаева Х.С. Туберкулез.....	113
Утегенова Н.А. Синдром Штурге-Вебера.....	116
Утегенова Н.А. Особенности клещевого энцефалита на материале Детской городской клинической инфекционной больницы г.Алматы.....	118
Сидорук Т.А. Карантинизация свежезамороженной плазмы.....	120
Мухамбетова Р.У. Малярия.....	122

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Чигирбаева С.М. Профилактика и лечение хронического панкреатита.....	124
Изтелеуов С.И. Промывание носовой полости в комплексном лечении воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух.....	126
Тасыбекова Г.Т. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Диагностика и лечение.....	127
Сарбаева М.Х. Об организации плановой госпитализации на уровне городской поликлиники №2 г.Тараз за 2011 год.....	129
Нурова М.Р. Профилактика острых воспалений среднего уха у детей.....	131
Майшенова Ж.Т. Лечение изолированной систолической артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста Индапамидом.....	132
Майшенова Ж.Т. Лечение гиперхолестеринемии у больных ИБС Вазилипом.....	134
Рахимжанова Ш.К. Ультразвуковая диагностика эндометриоза яичников.....	136
Камысбаева Б.М. Оценка эффективности Соматулина в первичной терапии больных акромегалией.....	138
Акиева С.Х. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.....	140
Акиева С.Х. Удлинение интервала QT.....	142
Бессонова Г.Ж. Миокардиодистрофия.....	145
Бессонова Г.Ж. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.....	147
Нязова А.Б. Острый панкреатит.....	149
Нурымова М.А. Травма грудной клетки.....	151
Даненова Б.А., Нурымова М.А., Есемуратова Г.Д., Шакибаева А.М., Бессонова Г.Ж., Маткаримова К.М. Лечение и оказание скорой медицинской помощи при ожогах.....	153

МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ

Тулебаева И.К. Результаты исследования пневмококковой пневмонии среди детей от 0 до 5 лет, проживающих в городе Алматы.....	155
Балғынбеков Ш.А., Шидебаев Ж.Б., Аманова Г.Т. Влияние загрязненного атмосферного воздуха на организм и здоровье детей и подростков.....	157
Кази Ахан. Влияние физической нагрузки на антропометрическое давление подростков.....	159
Кайратхан Л., Дудикова Г.Н., Савицкая И.С., Сагындыков О.З. Консорциум молочнокислых бактерий для приготовления пробиотического препарата на основе верблюжьего молока при желудочных инфекциях.....	162
Шидебаев Ж.Б., Балғынбеков Ш.А. Экологические проблемы в Казахстане и пути их решения.....	164
Каяшев С.К., Балғынбеков Ш.А. Уровень загрязнения окружающей среды г. Алматы.....	167
Бияшева З.М., Кенжебаев Н. Креативные, активные и здоровые студенты нашего университета.....	169



CONTENTS

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE IN PUBLIC HEALTHCARE OF KAZAKHSTAN

<i>Suleimenova G.R.</i> Organizational-methodical activity of the Almaty city center of formation of a healthy way of life on propagation of medical and hygienic knowledge among the population of Almaty.....	8
<i>Sharkov S.M.</i> Softest protection of the softest places.....	11
<i>Khaidarova T.S., Musabaeva A.A.</i> Primary preventive maintenance of cardiovascular diseases.....	16
<i>Adaeva A.A.</i> Research of cause-effect relation of food factor and self-rating of teenagers' health.....	19
<i>Kolotilova I.E.</i> Discipline as one of the factors of emotional-volitional human mental activity.....	22
<i>Kolotilova I.E.</i> Social rehabilitation of adolescents with disabilities.....	24
<i>Nurbayev M.M.</i> Effect of ultrasound and infrasound on the human body.....	25
<i>Nurbayev M.M.</i> Hygienic evaluation of noise and infrasound influence on work capacity of urban transport drivers in Almaty.....	27

PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM

<i>Kaiyrgali Sh.M., Isayeva B.G., Nuraliev B.G., Rakhetmetova B.</i> Morbidity rates of systemic connective tissue diseases in Kazakhstan.....	29
<i>Kryldakova A.S.</i> Ways and problems of united national health care system in Zhambyl oblast after the first year of work....	30
<i>Gizatullina A.M., Ermakhanova G.A., Zeityn M.K., Mergentay A.</i> Security and the state assessment system drugs.....	32
<i>Shulgach N.E., Sidoruk T.A., Gorshkoderov A.V.</i> Screening for infection markers in blood donors.....	36
<i>Kenzhebayeva Zh.D.</i> Donor-barrier for death.....	38
<i>Dendibaeva K.Zh., Medeubaeva K.K.</i> Providing medical care to rural population.....	40
<i>Sidoruk T.A., Kenzhebayeva Zh.D., Gorshkoderov A.V., Shulgach N.E.</i> Bacteriological control during blood procurement.....	43
<i>Gorshkoderov A.V.</i> Nurses of blood centers in donorship development.....	44
<i>Gorshkoderov A.V.</i> Principles of donorship promotion.....	45
<i>Korobova E.A.</i> About monitoring results on radon volume activity in Almatinskaya oblast.....	46

PREVENTION OF NONINFECTIOUS DISEASES, FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE AT POPULATION AND INDIVIDUAL LEVELS

<i>Medeubaeva K.K., Kolokina R.S., Shumilina L.N.</i> Questions of the healthy food organization for schoolchildren in modern conditions.....	48
<i>Isayeva B.G., Kaiyrgali Sh.M., Sarsekenov S.Zh.</i> Antiphospholipid syndrome and cardiovascular pathology.....	51
<i>Morozova L.F.</i> Prevention of arterial hypertension.....	53
<i>Raiymkulov B.A.</i> Physiological basis of fitness training.....	
<i>Myrzalieva N.J., Shaykhina A.M., Baisalbekova Z.T.</i> Mycotoxins identification in food and baby nutrition by high performance liquid chromatography.....	54
<i>Goncharova M.I.</i> Characteristic of intestinal microbiocenosis in children of Central Kazakhstan.....	56
<i>Tasybekova G.T.</i> Prevention of obesity.....	60

MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

<i>Kolokina R.S.</i> Features of women labour adjustment in aspect of genesial health conservation.....	62
<i>Goncharova M.I.</i> Screening studies in diagnosis of anemia among children.....	64
<i>Baizatova G.A., Makhmutzhanova Z.A.</i> Safe motherhood.....	66
<i>Rakhimzhanova Sh.K.</i> Prevention of cervical cancer.....	70
<i>Yuldasheva I.E.</i> Intensive treatment of seizures in children.....	71
<i>Dendibaeva K.Zh., Dlimbetova D.O.</i> Application experience of Solkovagin in treatment of cervical erosion in rural hospital conditions.....	73
<i>Tagiyeva T.A.</i> Pregnancy and diseases of cardiovascular system.....	75
<i>Tagiyeva T.A.</i> Preparation of pregnant women for birth.....	77
<i>Tastaybekova S.S., Bayzhumanova F.N., Zanilova T.P., Vasilyeva V.A., Matkarimova K.M.</i> Acute abdomen in gynecology.....	78
<i>Tastaybekova S.S.</i> Pathology of postpartum period.....	80
<i>Tastaybekova S.S., Bayzhumanova F.N., Zanilova T.P., Vasilyeva V.A., Matkarimova K.M., Bessonova G.Zh., Tagiyeva T.A.</i> Spontaneous abortion and ectopic pregnancy.....	83
<i>Zanilova T.P.</i> Sepsis.....	84
<i>Matkarimova K.M.</i> Abruptio placenta.....	86
<i>Bayzhumanova F.N.</i> Peritonitis in obstetric practice.....	88
<i>Bayzhumanova F.N.</i> Thromboembolic diseases.....	90
<i>Zanilova T.P.</i> Mastitis.....	92



CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

<i>Isayeva B.G., Kaiyrgali Sh.M., Sarsekenov S.Zh.</i> Heart and vascular damage in systemic lupus erythematosus.....	94
<i>Isayeva B.G., Kaiyrgali Sh.M., Sarsekenov S.Zh.</i> Arterial hypertension in patients with systemic lupus erythematosus.....	95
<i>Chigirbaeva S.M., Gumagulova Zh.K., Smirnova L.N., Ermakova I.A., Shiderova N.D., Sek A.R.</i> Iron deficiency anemia: pathogenesis and treatment.....	97
<i>Alieva T.D., Aliev Sh.T.</i> Clinical and pathogenetic substantiation of non-hormonal blocking of tumor growth in complex therapy of endometriod disease.....	99
<i>Jamaleddinov V.S., Kurbanov N.K., Davletbayev M.Zh., Smelov G.V., Suleimenov B.T.</i> Choice of radical treatment of long bone fractures.....	104
<i>Sidoruk T.A.</i> Organization of transfusion therapy in hospitals.....	106
<i>Tastaybekova S.S., Bayzhumanova F.N., Zanilova T.P., Vasilyeva V.A., Danenova B.A., Nurymova M.A., Bessonova G.Zh., Tagiyeva T.A.</i> Septic shock.....	109

PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES, HIV/AIDS, TUBERCULOSIS, ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION

<i>Bayzhumanova A.M.</i> About circulation of rotavirus among children in Almatinskaya oblast.....	111
<i>Baskinbaeva H.S.</i> Tuberculosis.....	113
<i>Utegenova N.A.</i> Shturge-Weber syndrome.....	116
<i>Utegenova N.A.</i> Features of tick-borne encephalitis on data of children's clinical infectious diseases hospital, Almaty.....	118
<i>Sidoruk T.A.</i> Quarantine of fresh frozen plasma.....	120
<i>Mukhambetova R.U.</i> Malaria.....	122

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

<i>Chigirbaeva S.M.</i> Prevention and treatment of chronic pancreatitis.....	124
<i>Iztleuov S.I.</i> Rhinenchysis in complex treatment of inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses.....	126
<i>Tasybekova G.T.</i> Irritable bowel syndrome with predominance of constipation. Diagnosis and treatment.....	127
<i>Sarbaeva M.H.</i> About the organization of planning hospitalization on the level of town hospital №2 of Taraz city for 2011.....	129
<i>Nurova M.R.</i> Prevention of acute inflammation of the middle ear in children.....	131
<i>Mayshenova Zh.T.</i> Treatment of isolated systolic hypertension in the elderly by Indapamide.....	132
<i>Mayshenova Zh.T.</i> Hypercholesterolemia treatment by Vasilip in patients with coronary heart disease.....	134
<i>Rakhimzhanova Sh.K.</i> Ultrasound diagnosis of endometriosis ovarian.....	136
<i>Kamysbaeva B.M.</i> Estimation of the efficiency of Somatulin in primary therapy of sick with acromegalia (according to the data of the South Kazakhstan area).....	138
<i>Akiyeva S.H.</i> Prevention of cardiovascular diseases.....	140
<i>Akiyeva S.H.</i> QT interval prolongation.....	142
<i>Bessonova G.Zh.</i> Myocardiodystrophy.....	145
<i>Bessonova G.Zh.</i> Perforated peptic ulcer.....	147
<i>Niyazova A.B.</i> Acute pancreatitis.....	149
<i>Nuryanova M.A.</i> Chest injuries.....	151
<i>Danenova B.A., Nurymova M.A., Esemuratova G.D., Shakibaeva A.M., Bessonova G.Zh., Matkarimova K.M.</i> Treatment and ambulance care for burn victims.....	153

YOUNG ACADEMICS

<i>Tulebayeva I.K.</i> Results of searching of the pneumonia among children from 0 till 5 years living in Almaty.....	155
<i>Balgynbekov Sh.A., Shyldebaev Zh.B., Amanova G.T.</i> Influence of air pollution on children and adolescents.....	157
<i>Kazi Akhan.</i> Effect of physical loading on anthropometric blood pressure in adolescents.....	159
<i>Kayratkhan L., Dudikova G.N., Savitskaya I.S., Sagyndykov O.Z.</i> Association of bacteria for preparation of probiotic medicines on the basis of camel's milk against intestinal infections.....	162
<i>Shyldebaev Zh.B., Balgynbekov Sh.A.</i> Environmental problems in Kazakhstan and the opportunities of their solution.....	164
<i>Kauashev S.K., Balgynbekov Sh.A.</i> About Almaty environment pollution.....	167
<i>Biyasheva Z.M., Kenzhebaev N.</i> Creative, active and healthy students of our university.....	169

*Қазақстан Республикасының қоғамдық деңсаулық сақтауындағы салауатты өмір салтын құрастыру жүйесінің теориялық және үйымдастырушылық жетілдіру сұрақтары –
Теоретические и организационные вопросы совершенствования системы формирования здорового образа жизни в общественном здравоохранении Республики Казахстан*

УДК 614.2:374:613

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АЛМАТИНСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПО ПРОПАГАНДЕ МЕДИЦИНСКИХ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г.АЛМАТАЫ

Г.Р. СУЛЕЙМЕНОВА

Алматинский городской центр формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Резюме

В работе представлены результаты и оценка проводимых мероприятий по формированию здорового образа жизни населения г.Алматы. Отмечено, что сочетание разнообразных форм и методов мероприятий по ФЗОЖ имеют наибольший успех и результативность.

Тұжырым

Алматы қаласы тұрғындары салауатты өмір салтын қалыптастыру барысында өткізген іс-шараларының нәтижелері және бағасы жұмыс барысында анықталды. Салауатты өмір салтын қалыптастыру барысында әртүрлі формалар және шаралардың нәтижесі және жетістіктері көрсетілген.

Summary

In work results and an estimation of spent actions for formation of a healthy way of life of the population of Almaty are presented. It is noticed that the combination of various forms and methods of actions on ФЗОЖ make the greatest success and productivity.

Известно, что уровень здоровья человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Однако первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением [1-6]. Под здоровым образом жизни понимаются такие формы и способы повседневной жизнедеятельности, которые соответствуют гигиеническим принципам, укрепляют адаптивные возможности организма, способствуют успешному восстановлению, поддержанию и развитию его резервных возможностей, полноценному выполнению личностью социально-профессиональных функций.

В своем Послании народу Казахстана от 29 января 2010 года Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев подчеркнул, что здоровье народа – это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей. Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот, что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения. Тема улучшения здоровья казахстанцев продолжается и в Послании Президента «Построим будущее вместе!

те!» (2011), где подчеркивается, что нужно серьезно взяться за профилактику и внедрить комплекс национальных программ мониторинга за состоянием здоровья целевых групп населения.

В данном сообщении излагаются организационно-методические подходы Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни по реализации приоритетных направлений Послания Президента страны по формированию здорового образа жизни населения г.Алматы. На современном этапе решение проблемы формирования здорового образа жизни населения Казахстана определены в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года. В 2010 году, в соответствии вышеуказанному программному документу, деятельность Алматинского городского центра ЗОЖ строилась на следующих основополагающих принципах:

1. Комплексный, научный подход.
2. Инновационность в решении вопросов здорового образа жизни, охват всех слоев населения независимо от пола, национальности, социального расслоения и возрастного уровня.
3. Целенаправленность, реальность действий на постоянной основе.
4. Сочетание индивидуальных, групповых и массовых методов и форм оздоровительной работы.

Отметим, что, именно, сочетание разнообразных форм и методов организации и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни имеет наибольший успех и результативность. В 2010 году АГФЦЗОЖ осуществлял свою деятельность по 16 программам: было проведено около 3 тыс. мероприятий (лекции, семинары, тренинги, «круглые столы», дебаты, дни «открытых дверей» и т.д.) с охватом более 1200 тыс. человек. Особое внимание уделялось проблемам профилактики наркомании, алкоголизма, табакокурения. Например, только в рамках программы «Пропаганда знаний о профилактике наркомании и содействие сокращению употребления наркотиков» было проведено 63 мероприятия, с охватом 218,5 тыс. человек, по программе «Профилактика чрезмерно потребления алкоголя» - 66 мероприятий, с охватом 25 тыс. человек.

Большое внимание по этой проблеме уделялось организации и проведению общественных рейдов на предмет нарушения антитабачного и антиалкогольного законодательства. Для их осуществления привлекались специалисты социальных отделов районных акиматов, отдел общественной безопасности ДВД, журналисты, представители Народно-демократической партии «Нур-Отан». Было организовано посещение 139 объектов, в том числе предприятия общественного питания, торговли, организаций образования, здравоохранения, государственные организации. В ходе рейдов наиболее частыми нарушениями являлись – отсутствие объявлений, информирующих о запрете продажи табачных изделий лицам до 18 лет и продажа алкогольной продукции лицам, не достигшим 21 года, продолжалась реклама алкогольной продукции в местах продаж, имелись факты поштучной продажи сигарет и отсутствие лицензии на продажу алкогольной продукции. По выявленным нарушениям было направлено 28 информаций на имя Акимов районов для принятия мер. Необходимо отметить, что в 2010 годы несколько улучшилась ситуация с соблюдением антитабачного законодательства в пунктах общественного питания Медеуского и Алмалинского районов, о чем свидетельствуют результаты последних рейдовых проверок. Нами отмечено, что по результатам социологических исследований изучения распространения табакокурения среди различных групп населения, по-прежнему, остается достаточно высокий уровень распространения среди подростков (13,9%), что на 0,4% выше запланированного, хотя отмечено снижение по сравнению с прошлым годом на 6,1%. Обращает на себя вни-

мание высокий уровень распространения табакокурения среди педагогов (8,4%). Этот показатель в 2,2 раза выше запланированного и в течение 2 последних лет находится на одном уровне. На 0,2% выше плановых показатель среди государственных служащих (6,7% против 6,5%), хотя по сравнению с предыдущим годом отмечается снижение на 4%. Радуют рассматриваемые показатели среди молодежи в возрастной категории от 18 до 24 лет, где показатель - ниже плановых на 5%. Социологические исследования показали, что распространение употребления алкоголя, в том числе пива, остается на уровне 31,4%, а употребление алкоголя в опасных дозах, ежедневно, составляет 16,4%, что на 0,5% ниже республиканского (16,9%).

В 2010 году деятельность АГФЦОЖ по проблемам формирования здорового образа жизни была заслушана на 2 Координационных советах по охране здоровья при Акимате г.Алматы и 1 Координационном совете по внедрению ЕНСЗ. По нашей инициативе был создан Экспертный Совет по оценке информационно-образовательных мероприятий, уже проведены 4 заседания. Финансирование программ из местного бюджета за последние 3 года составила 363,8 млн. тенге, в том числе по профилактике наркомании оно увеличено с 6,8 млн. тенге до 8,6 млн. тенге в 2011 году. В организации и проведении мероприятий по здоровому образу жизни принимали участие все заинтересованные городские управлении и ведомства. В настоящее время налажено сотрудничество с 32 организациями негосударственного сектора, что на 16% больше, чем в 2009 году.

В работе Центра особое внимание уделяется мероприятиям организационно-методического характера. В течение 2010 года организовано 552 тыс. ротаций аудио- и видеороликов созданных АГЦФЗОЖ (ТК «Алматы», «Hit TV», «Тан», «СТВ», «Digital TV», на радио – «Энерджи», «FM+», «Тенгри FM», «Kosanostra online», 5 LED дисплеях), в т.ч. 76,5 тыс. по наркомании, что в 1,8 раза больше чем в 2009 году. Разработано и издано более 170 тыс. экз. ИОМ, что на 20% больше, чем в 2009 году. Изготовлено и размещено на транспортных магистралях 50 наружных носителей (билбордов) по различным аспектом ЗОЖ, в том числе о прохождении профилактических осмотров. Необходимо отметить их недостаток на территориях Алатауского и Жетысуского районов, из-за отсутствия конструкции. Обеспечено широкое освещение вопросов ФЗОЖ и профилактики заболеваний в СМИ: в 2010 году было организовано 352 публикации в печатных и

электронных СМИ, 44 выступления на телевидении и радио, что в 1,5 раза больше чем в 2009 году. Благодаря нашей инициативе были оснащены мебелью, компьютерной техникой и информационными материалами для проведения профилактической работы 7 районных филиалов ЗОЖ, 3 МЦЗ, 27 ЦУЗ и 12 немедицинских антитабачных центров. Количество антитабачных центров пропагандирующих вред табакокурения возросло до 45.

Следует отметить, что здоровый образ жизни и физическая культура органически едины в своей гуманистической направленности, ориентированы на конкретную личность. Физическая культура создает необходимые предпосылки и условия для здорового образа жизни. В целях реализации задач, поставленных Президентом страны по развертыванию общественной кампании за здоровый образ жизни, нами, впервые были проведены зондовые исследования по изучению доли лиц ежедневно занимающихся физической нагрузкой в среднем более 30 минут. Данный показатель составил по городу 30%, что на 16% выше республиканского показателя, запланированного Стратегическим планом развития Казахстана.

Таким образом, оценивая полученные результаты, следует отметить, что важное место в нашей работе занимает оптимизация организационно-методических подходов, которые бесспорно дают положительные результаты и, очевидно, будут способствовать укреплению здоровья на-

селения и дальнейшему совершенствованию мероприятий по здоровому образу жизни населения на региональном уровне.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аканов А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в 21 веке / А.А. Аканов // Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. – 2001. – v. 1. - №1. – С.18-23.
2. Абдрасилов Б.С. Формирование здорового образа жизни в высшей школе Республики Казахстан / Б.С. Абдрасилов // Матер. Межд. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы здоровья человека и формирование среды обитания». – Караганда, 2002. – С. 3-7.
3. Акылбаев Ж.Ж. Здоровый образ жизни – путь к здоровью / Ж.Ж. Акылбаев, Н.Т. Ержанов // Матер. Межд. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы здоровья человека и формирование среды обитания». – Караганда, 2002. – С.7-11.
4. Гридин Л.А. Общественное здоровье как показатель благополучия и стабильности общества / Л.А. Гридин // Росс.мед.журнал. - 2001. - №3. – С. 9-13.
5. Слажнева Т.И. Научное обоснование современных организационно управлеченческих подходов к формированию здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения / Т.И. Слажнева // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2009. - №4. – С. 28-32.
6. Хайдарова Т.С., Нурмуханбетова Р.Н. Общество и здоровье / Т.С. Хайдарова, Р.Н. Нурмуханбетова // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2009. - №1. – С. 24-26.

УДК 612.79-053.3:616.5-002-053.3:613.952

САМАЯ МЯГКАЯ ЗАЩИТА САМЫХ МЯГКИХ МЕСТ

С.М. ШАРКОВ

НИИ Педиатрии ГУ НЦЗД РАМН, г.Москва

Резюме

Следование простым правилам гигиены (регулярная смена подгузника каждые 3-3,5 часа, очищение кожи ребенка и т.д.), а также использование подгузников высокого качества, таких как Pampers Premium Care, поможет сохранить кожу малыша сухой и здоровой.

Тұжырым

Гигиенанын қарапайым ережелерін ұстанып (әрбір 3-3,5 сағаттың кішкене жаялықшасының жүйелі аудысмы, нөрестенің сүрігінің тазартуы және тағы басқалар), сонымен бірге биік сапалы кішкене жаялықшаларды қолдану, сондай Pampers Premium Care, балдырганың терісін сактауга және сау курап қалғанына көмектеседі.

Summary

Following simple hygienic rules such as (regular change a diaper every 3-3,5 hours, cleanse baby's skin, etc.), as well as the use of high-quality diapers such as Pampers Premium Care, will help keep baby's skin dry and healthy.

Не секрет, что каждая заботливая мама старается окружить свое чадо нежной и ласковой заботой. И не секрет, что самое главное для мамы – это забота о здоровье малыша. Кожа играет ключевую роль для здоровья ребенка раннего возраста, как отмечает в своих работах Сильвия Бэли (акушер-гинеколог, Англия) «это самый большой и развитый сенсорный орган ребенка». Рассмотрим более подробно особенности строения кожных покровов у детей раннего возраста.

Строение кожи новорожденного и ребенка раннего возраста. Кожа – одна из основных барьерных систем организма, имеющая морфологические и функциональные различия в разные периоды детства. В строении кожи ребенка, как и у взрослого человека, различают эпидермис и дерму, между которыми располагается базальная мембрана (рисунок 1, 1а).

Эпидермис состоит из поверхностного рогового слоя, представленного 2-3 рядами слабо связанных между собой постоянно слущивающихся эпителиальных клеток, и базального слоя, в котором происходит разрастание клеток эпителия, обеспечивающих пополнение ороговевающих элементов. Роговой слой эпидермиса новорожденного и ребенка первых лет жизни очень тонкий и чувствительный, содержит намного больше влаги (80-90%), чем кожа взрослого человека (65-68%). Дерма, или собственно кожа, состоит из сосочковой и ретикулярной частей со слабо развитой соединительной тканью, эластическими и мышечными элементами. В детском возрасте, особенно у новорожденных, базальная мембрана очень нежная и рыхлая, что определяет слабую связь между эпидермисом и дермой.

В течение первых лет жизни ребенка кожа имеет очень хорошо развитую капиллярную сеть.

Потовые железы сформированы уже к моменту рождения, однако в течение первых 3-4 месяцев они функционируют недостаточно и имеют недоразвитые выводящие протоки, закрытые эпитетальными клетками. Дальнейшее созревание структур потовых желез, вегетативной нервной системы и терморегулирующего центра центральной нервной системы обеспечивает совершенствование потоотделения. Развитие проходит особенно интенсивно в первые два года жизни ребенка. Структура кожи меняется и находится в постоянном развитии, в основном в течение первых двух лет жизни. В последующих возрастных периодах эти различия между кожей детей и кожей взрослых исчезают.

Функциональные особенности кожи новорожденного и ребенка первых лет жизни. Кожа ребенка выполняет те же функции, что и кожа взрослого человека, однако характер этих функций и их проявления существенно отличаются. Все они осуществляются с большими трудностями, так как кожа ребенка находится в состоянии развития, а слабое развитие центральной нервной системы препятствует их адекватной регуляции. Терморегулирующая функция кожи развита слабо, так как становление центров температурной регуляции происходит только к 3-4 месяцам; потовые железы функционируют также недостаточно. Это затрудняет поддержание постоянной температуры тела ребенка.

Защитная функция кожи от неблагоприятных внешних воздействий (механических, химических, инфекционных) выражена недостаточно.

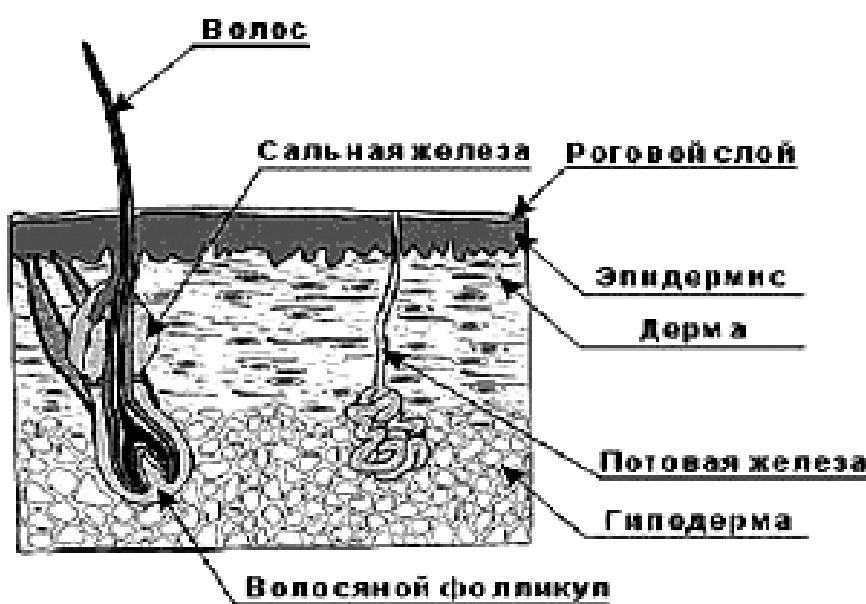


Рисунок 1. Схема строения кожи ребенка

Слабое развитие рогового слоя и низкая активность местного иммунитета определяют более легкую ранимость кожи. Тонкий роговой слой и хорошо развитая сосудистая система обуславливают повышенную резорбционную функцию кожи. По этим же причинам опасность генерализации инфекций у детей первых лет жизни гораздо больше, чем в более старшем возрасте. В коже представлено обширное поле экстрапрепторов, обеспечивающих осязательную, температурную, поверхностную болевую чувствительность. Чрезмерное раздражение кожи при плохом уходе (мокрые грязные пеленки) может явиться причиной беспокойства ребенка, вызовет нарушение сна.

Пигменто- и витаминообразующая функции кожи заключаются в образовании пигмента и витамина D3 под воздействием ультрафиолетового облучения. В формировании и стабильности иммунитета важную роль играет резидентная и транзиторная микробная флора кожных покровов. Огромное количество микробов неравномерно распределяется на коже различных областей туловища и конечностей. Функцию комменсализма (выработка микробами антибиотиков, ингибиторов и пр.) могут нарушать многочисленные повреждающие внешнесредовые факторы, что особенно важно учитывать при уходе за ребенком. Дыхательная функция кожи выражена во много раз сильнее, чем у взрослых. Она обеспечивается своеобразным строением сосудистой стенки, что по-

зволяет газам довольно легко диффундировать через стенку сосудов. Загрязнения кожи выключают ее из процесса дыхания, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья ребенка.

Кожа выполняет функцию органа чувств. Через кожу (например, при кормлении грудью) грудной ребенок устанавливает первые всеобъемлющие контакты со своим окружением, у него складывается опыт ощущения своей жизненной безопасности, необходимый для последующего социального развития. Кожа новорожденных и младенцев представляет собой главный резервуар влаги - в ней находится 17 % всей влаги, содержащейся в теле ребенка, что имеет важное значение с точки зрения водного обмена. Перечисленные функциональные особенности определяют необходимость специального ухода за кожей новорожденных и детей первых лет жизни.

Современные одноразовые подгузники – средство, которое помогает маме в ежедневной заботе по уходу за кожей ребенка. Сейчас уже трудно представить сколько хлопот может доставить каждодневная стирка испачканных пеленок. За свою 50-летнюю историю одноразовые подгузники претерпели большое количество изменений и усовершенствований. Каждое из этих усовершенствований значительно улучшило здоровье кожи большого числа детей (рисунок 2). Как видно из диаграммы, постепенный переход от марлевых подгузников к одноразовым целлюлозным и дальнейшее постепенное развитие техно-

логии впитывающего слоя, привело к снижению процента детей, страдающих сильной формой пеленоочного дерматита с 60 до 9% (!) и средней степени самого дерматита с 2.6 до 1.3.

Новым подгузником, разработанным с учетом всех потребностей и ребенка, и матери, специально для непревзойденной защиты, мягкости каждого прикосновения стал Pampers Premium Care – самая мягкая защита от Pampers. Этот подгузник имеет целый ряд функциональных особенностей, создание каждой из которых было основано на наблюдениях и отзывах большого количества мам со всего мира (в том числе из России) и долгой кропотливой работы научно-исследовательского центра Procter&Gamble в Германии. Другими словами, подгузник Pampers Premium Care воплотил в себе самые последние достижения и инновации в технологиях по уходу.

Во-первых, верхний слой представляет собой уникальный пористый слой со структурой пчелиных сот, что позволяет этому подгузнику лучше других впитывать не только мочу, но и жидкий стул ребенка. Это очень важно для здорового развития кожи малыша, потому что энзимы, содержащиеся в стуле при контакте с карбамидом угольной кислоты, значительно повышают pH баланс кожи в этой области, что значительно ослабляет защитную функцию этого участка тела, и может способствовать появлению раздраже-

ний. Уникальный пористый слой со структурой пчелиных сот, приведен на рисунке 3.

Впитывающая способность жидкого стула усиливается за счет того, что основное волокно пропитано специальным гидрофобным составом, который затрудняет пропускание любой влаги, в том числе и мочи. За счет этого, моча попадает в впитывающий слой только через отверстия-соты, что способствует большему разжижению жидкого стула и значительно увеличивает впитывающую способность подгузника.

Во-вторых, данный подгузник обладает мягкой, как хлопок, текстурой. С применением специальных технологий этот подгузник стал самым мягким подгузником от Pampers. В-третьих, самые тянувшиеся эластичные боковинки – помогают подгузнику хорошо сидеть на ребенке, препятствуя протеканию и не стесняя при этом его самых активных движений и дыхания. На рисунке 5 приведены результаты измерений напряжений в области пояса ребенка (исследования Procter&Gamble, Германия). Из рисунка видно, что максимальное растяжение приходится именно на боковые места, а не на спинку. Именно поэтому тянувшиеся боковинки от Pampers гораздо эффективнее, чем тянувшаяся спинка.

В-четвертых, микропористый внешний слой данного подгузника дышит, тем самым обеспечивая воздухообмен между внешней средой и кожей «под подгузником». И в-пятых, создатели

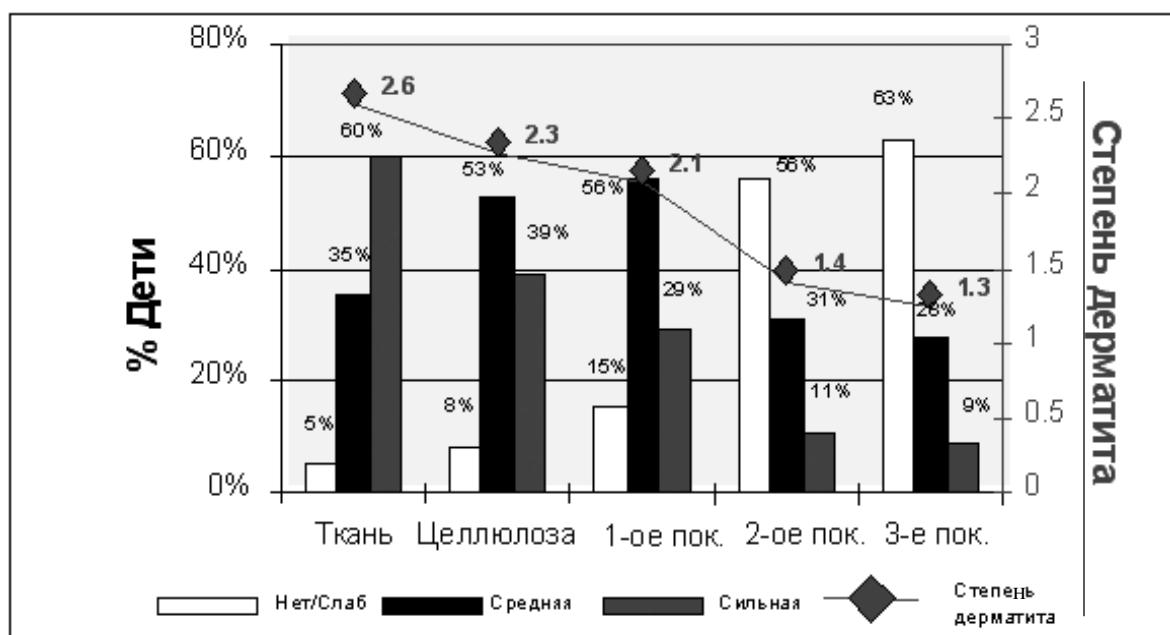


Рисунок 2. Уменьшение процента заболеваний пеленоочным дерматитом и степени самого заболевания (1-е, 2-е и 3-е – технологические поколения впитывающего слоя (адсорбента)).

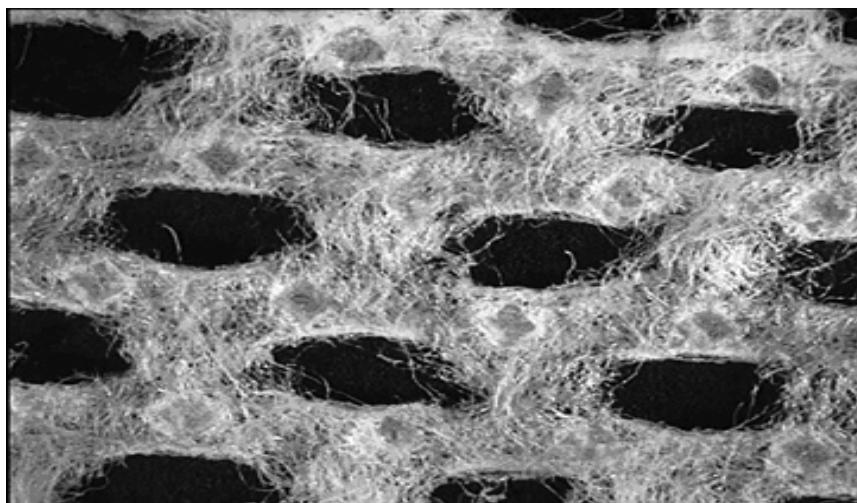


Рисунок 3. Уникальный пористый слой, вид со структурой пчелиных сот

Pampers Premium Care уже позаботились о коже малыша, добавив специальный слой, содержа-

щий бальзам Pampers на основе алоэ барбадосского, который обеспечивает защиту кожи «как после купания».

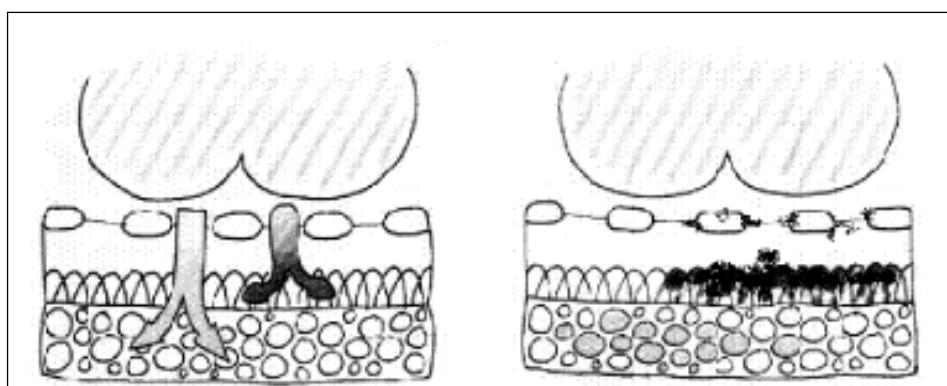


Рисунок 4. Схематическое впитывания мочи и жидкого стула

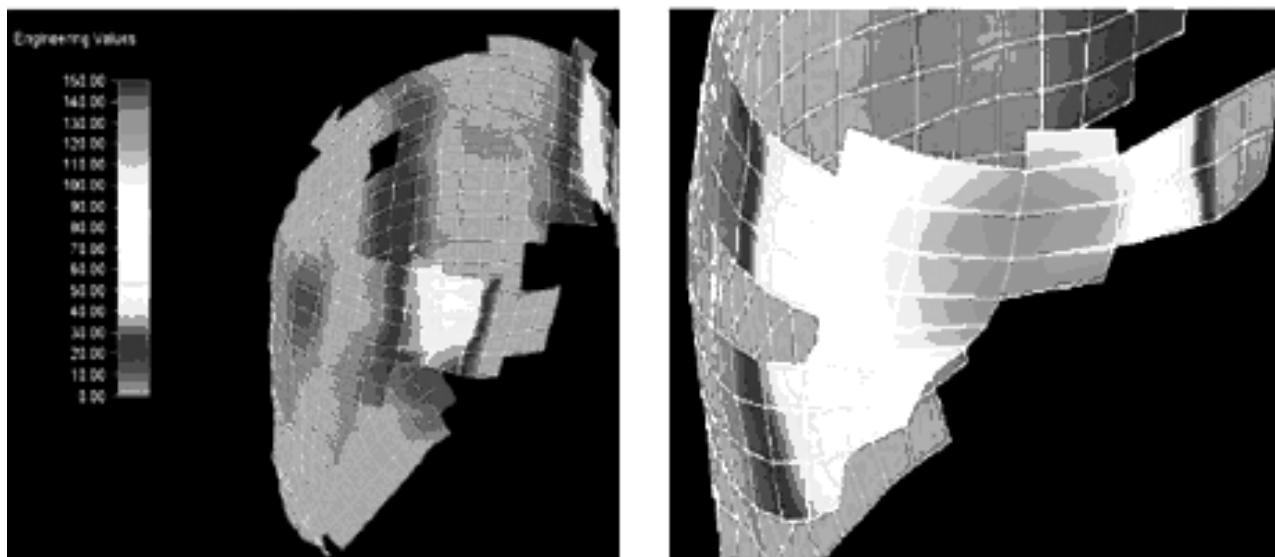


Рисунок 5. Карта напряжений в области пояса (Procter&Gamble, Германия)

**Таблица 1. Состав уникального бальзама Pampers по INCI
(международная номенклатура косметических ингредиентов)**

Ингредиент	Функция
Алоэ барбадосское	Смягчающее средство
Стеариловый спирт	Смягчающее средство
Вазелин	Влагозащитный барьер
Минеральное масло	Растворитель
Все ингредиенты широко применяются в косметических продуктах, включая средства для ухода за детской кожей, и имеют длительную историю безопасного использования	

Именно кожа является самым важным для связи маленького нового человека с окружающим миром тогда, когда зрение и слух пока еще только начинают формироваться и развиваться. Через тактильные ощущения и язык прикосновений малыш впервые узнает мамины теплые руки. Поэтому очень важно, чтобы кожа малыша была окружена такой же нежностью как мамины руки и такой защитой, которую дает подгузник Pampers Premium Care.

Гигиенические аспекты ухода за кожей ребенка. Основные цели ухода за кожей новорожденных и детей первых лет жизни включают предотвращение раздражения или повреждения эпидермиса, а также поддержание необходимой микрофлоры на поверхности кожи.

Для достижения этих целей:

- исключают применение раздражающих и сенсибилизирующих веществ и тщательно подбирают средства ухода за кожей;
- предотвращают контакт кожи с выделениями ребенка (мочой и калом) за счет использование одноразовых подгузников;
- устраняют механические факторы (трение);
- уменьшают воздействия физических факторов (влага);

Следует учитывать конституцию ребенка и, в частности, возможную наследственную предрасположенность к аллергиям. Нужно обращать внимание на структурные и функциональные изменения кожи вследствие врожденной повышенной чувствительности или недостаточной толерантности, особенно при общем ослаблении иммунитета, который в раннем детском возрасте первоначально пассивно приобретается от матери. Кроме того, сле-

дует принимать во внимание конкретные иммунопатологические реакции у детей с атопией. Также существуют психофизиологические факторы, которые, возможно, влияют на функции потовых и сальных желез, что может являться причиной беспокойства и зуда. Возможно механическое повреждение кожи самим ребенком.

Нежная чувствительная кожа детей раннего возраста требует мягкого, но регулярного и тщательного очищения, особенно в области анального отверстия и гениталий. В целом кожа новорожденного имеет более низкий порог раздражимости, чем кожа взрослого человека, поэтому не следует избыточно применять очищающие средства. Считается, что мыло может раздражать кожу из-за щелочных компонентов, а синтетические моющие средства – вследствие производимого ими обезжиривающего эффекта. Раздражение кожи может быть вызвано не только составом моющего средства и его высокой концентрацией, но и продолжительностью и частотой купаний, а также температурой воды, типом используемых полотенец и губок, различными добавками при купании (пены для ванны и т. д.). Очень удобным и полезным средством в этом смысле могут служить специальные детские салфетки Pampers, позволяющие не только бережно очистить нежную кожу малыша, но также и быстро восстановить pH до естественного и позаботится о защите кожи за счет специального бальзама. Регулярное купание – важная составляющая правильной гигиены.

В жаркое время года необходимо купать ребенка ежедневно независимо от возраста. Мыть ребенка с мылом нужно 2-3 раза в неделю. В

Таблица 2. Схема купания ребенка

Возраст	Младше 6 месяцев	Старше 6 месяцев
Частота купания	Ежедневно	Через день
Продолжительность	5 минут	До 10 минут
Температура воды	36.5-37.0 °C	36.0 °C

конце купания ребенка следует обливать водой, температура которой на 1-2 градуса ниже температуры воды в ванне. Необходимо предусмотреть проведение регулярных воздушных ванн для кожи ребенка, а также регулярных подмываний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Студеникин В.М. Уход за кожей детей первых лет жизни: нейропедиатрические аспекты / В.М. Студеникин, Н.И. Студеникина. - Леч. врач. - 2008. - №3. - С. 66-70.

2. Balch P.A. Dermatitis. In: Prescription for nutritional healing / P.A. Balch. – New York: Avery, 2006. – P. 357-359.

3. Baddeley S. Touch. Your baby's window to the world / S. Baddeley. – London, 2008. – 20 p.

4. Urpe M. Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology / M. Urpe. - Dermatol. Clin., 2005. – v. 23. – P. 609-617.

5. Chuh A. The skin and the mind / A. Chuh. - Aust. Fam. Physician, 2006. – v. 35. – P. 723-725.

6. Whitlock F.A. Psychophysiological aspects of skin disease / F.A. Whitlock. – London: Saunders, 1980.

УДК 616.1-084

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т.С. ХАЙДАРОВА, А.А. МУСАБАЕВА

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,
Городская поликлиника №10, г.Алматы

Резюме

Современные возможности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) - одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения развитых стран - весьма высоки. Развитие теоретической и методологической базы доказательной медицины в течение последних десятилетий обеспечило существенный прогресс в разработке и пропаганде среди врачей и пациентов научно обоснованных подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также в оценке ее результатов. Вместе с тем до недавнего времени весьма широко рекомендуемые в качестве лекарственной сердечно-сосудистой профилактики витамины и антиоксиданты после рандомизированных исследований должны неминуемо «сойти со сцены», поскольку их эффективность оказалась равной нулю.

Тұжырым

Жүрек-кан тамырлары ауруларының алғашқы және екінші алдын алуы казіргі мүмкіндіктері - дамыған елдердің тұрғынның мүгедектік, өлім-жітімінің бастауышы себептерінің бірі - тіпті биқ. Жүрек кан тамырлары аурулардың алдын алуша, сонымен бірге оның нәтижесі бағасында дәрігерліктің теориялық және әдістемелік базасының дамытуы соңғы он жылдықтар ішінде дәрігерлердің арасындағы ғылыми қысынды жолдардың емделушілерінің өндеуге және насиҳаттаудағы маңызды өрлеумен камтамасыз етті. Сонымен бірге жақын уақыттан витаминдер және карсы оксиданттар жүрек-кан тамырлары аурулардың алдын алуға ұсынылған, рандомизациялған зерттеулерінен кейін олардың тиімділігі тен нөлге келтірілді, сондықтан «сахнадан кеткен жөн».

Summary

Modern possibilities of primary and secondary preventive maintenance of cardiovascular diseases (CVD) - one of the main reasons of disability and mortality of the population in the developed countries - are rather high. Development of theoretical and methodological base of demonstrative medicine within last decades has provided essential progress in working out and propagation among doctors and patients of scientifically well-founded approaches to preventive maintenance of cardiovascular diseases, and also in an estimation of its results. At the same time until recently vitamins rather widely recommended as medicinal cardiovascular preventive maintenance and antioxidants after randomized researches should «quit the stage» inevitably as their efficiency has appeared equal to zero.

Введение. Сотрудниками Национального центра проблем ФЗОЖ МЗ РК проведены четыре широкомасштабных социологических исследований поведенческих факторов риска среди населения 5 регионов страны с охватом более 5000 человек в каждом регионе (1998,2001 г.,2004 г., 2007 г.). Не смотря на информативность социо-

логических опросов населения, наиболее полное выявление и последующее оздоровление (профилактическое вмешательство) среди лиц с факторами риска возможно при профилактических обследованиях населения. Согласно приказа МЗ РК № 145 от 16 марта 2011 года начаты на уровне поликлиник городских и сельских регионов про-

филактические и скрининговые осмотры целевых групп населения для выявления наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, в т.ч. и сердечно-сосудистых (ССЗ) [1].

Благодаря этим мероприятиям уже на доврачебном этапе с помощью краткого опроса о привычках, а также при измерении артериального давления, роста и массы тела можно выявить лиц с тремя основными факторами риска (курение, повышенная масса тела, АД). Проведение дополнительных методов обследования, таких как исследования крови на содержание липидов (как минимум общего ХС, а наиболее целесообразно - ХС-ЛВП и триглицеридов), позволит более полно выявить группы риска по развитию ССЗ. Таким образом, с реализацией данного приказа профилактический подход приобретает индивидуальную направленность - на конкретного человека.

Цель исследования – организация первичной профилактики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и разработка практических рекомендаций по коррекции образа жизни конкретного гражданина.

Результаты исследования. В соответствии с ранее проведенными нами широкомасштабными социологическими исследованиями нами установлено, что в среднем (по всем возрастным группам) курят 27% населения, возрастание доли курящих всего на 4,3% в сравнении с третьим исследованием, однако, если посмотреть на приведенные ниже данные более внимательно, вызывает опасение, что курение возросло по всем возрастным группам (от 4,3% -9,1%), кроме двух групп – это дети 11-14 лет и подростки 15-17 лет.

Среди взрослого населения (старше 20 лет) курят 32,6%, и если учесть, что данные социологического опроса имеют несколько субъективный характер, то можно предположить, что курят больше [2]. В России при проведении профилактических осмотров установлено, что более половины (56%) населения трудоспособного

возраста имеет те или иные факторы риска, причем у половины лиц этой группы факторы риска встречаются в разнообразных сочетаниях, в результате чего суммарный риск заболевания значительно увеличивается. Эта категория людей нуждается не только в общих сведениях по здоровому образу жизни, но и в индивидуальных советах врача [3]. Значение первичной профилактики заболеваний возрастает у лиц с наследственной предрасположенностью к наследственным неинфекционным заболеваниям, особенно у тех, кто имеет факторы риска.

Практические рекомендации (по курению). Согласно данным ВОЗ, в Казахстане на семь ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (13,4%), потребление алкоголя в опасных дозах (12,8%), повышенное артериальное давление (12,3%), гиперхолестеринемия (9,6%), избыточная масса тела (7,4%), недостаточное потребление фруктов и овощей (5,5%), низкая физическая активность (3,5%) [3].

Какими должны быть конкретные мероприятия по первичной профилактике заболеваний и укреплению?

Наиболее распространенными факторами риска среди трудоспособного населения, особенно среди мужчин, является курение. У курящих, по данным ВОЗ, чаще развиваются сердечно-сосудистые, онкологические (с поражением дыхательной системы), бронхолегочные заболевания. Выраженность патологии, частота осложнений связаны не только с фактом курения, но и с его интенсивностью. По мнению экспертов ВОЗ, нет «неопасных» видов табачных изделий, так как спектр вредных веществ в табачном дыме настолько широк, что меры по уменьшению одного-двух из них (например, с помощью специальных фильтров и др.) в целом не снижают опасность курения [3].

Привычка к курению - сложная психосома-

Табакокурение в зависимости от возраста, 2007г.

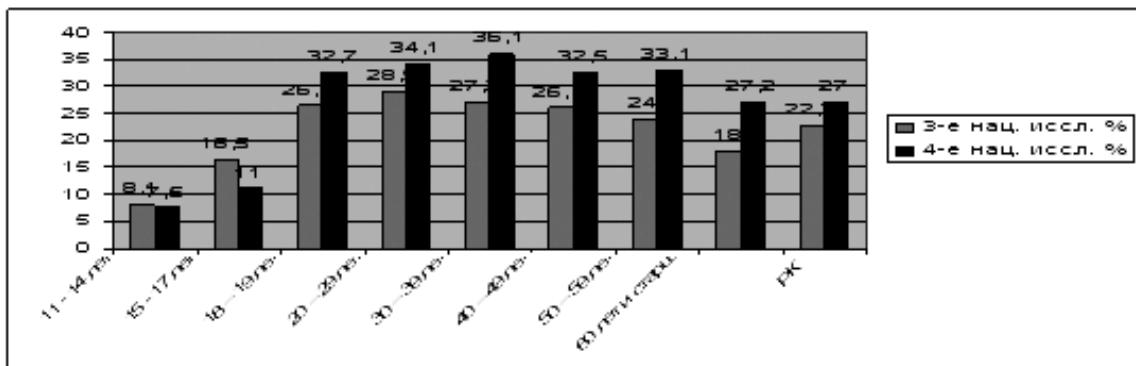


Рисунок 1 Табакокурение в зависимости от возраста по РК, 2007

тическая зависимость, нередко определяемая типами курительного поведения. Врач должен терпеливо, но настойчиво ставить акцент на поиск «альтернативной» замены курения в каждом конкретном случае, вовлекая курильщика в «сотрудничество», постепенно подводя его к мысли о необходимости и реальной возможности прекращения курения. Нужно создать у курильщика положительную мотивацию к отказу от этой привычки и убедить его, что всегда предпочтительнее одномоментный отказ от курения. Рекомендуется научить пациента элементам аутотренинга с введением специальных формул («Прекратив курение, я подарил себе пять-шесть лет полноценной жизни», «Бросив курить, я почувствовал прилив здоровья» и т.п.).

Большинство курильщиков свое нежелание бросить курить объясняют тем, что опасаются прибавить в весе. Действительно, отказ от курения, постепенная ликвидация симптомов хронической табачной интоксикации сопровождается улучшением вкусовой чувствительности, аппетита, нормализацией секреции пищеварительных желез, что в целом приводит к увеличению приема пищи и, следовательно, прибавке массы тела. Этого нежелательного для многих явления можно избежать, если следовать некоторым несложным диетическим советам: избегать переедания и соблюдать основы рационального питания. Физиологическое равновесие у курильщика восстановится быстрее при употреблении продуктов, содержащих витамин С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамин В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамин В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамин РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамин А (овощи, особенно морковь), витамин Е (хлеб грубого помола, растительное масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы). Никотиновую зависимость, сопровождающуюся, как правило, «закислением» внутренней среды организма, уменьшает щелочное питье - минеральные воды, соки, овощные отвары.

Особенно внимательно следует относиться к жалобам, появляющимся сразу после отказа от курения, чтобы вовремя прервать формирование у пациента причинно-следственной связи своего состояния с отказом от курения и убрать повод к возврату этой вредной привычки. Это касается в первую очередь развития невротических расстройств, явлений абstinенции, нежелательной прибавки в весе. Следует рекомендовать пациенту избегать ситуаций, провоцирующих курение. Психологическая поддержка окружаю-

щих, одобрительное отношение к не курению способствуют закреплению отказа от этой вредной привычки.

Как уже отмечалось, риск развития ИБС возрастает пропорционально количеству факторов риска, но среди нескольких десятков выделяют три основных фактора риска: артериальную гипертензию, курение и гиперхолестеринемию (нарушение липидного обмена). Особое место занимает артериальная гипертензия, имеющая значение не только как фактор риска при ИБС, но и как самостоятельное патологическое состояние, опасное для жизни [4-5].

Профилактическое вмешательство требуется начинать:

- Если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше, или обнаруживается наличие в анамнезе артериальной гипертонии у лиц, принимающих в момент обследования гипотензивные препараты вне зависимости от регистрируемого уровня АД

- Если индекс массы тела Кетле равен 29,9 и более (Индекс массы тела (ИМТ) = масса тела (кг) / рост (м) 2 , 18,5 - 24,9 - норма, 25 - 29,9 - предожирение, свыше 30,0 - ожирение)

- Если уровень общего ХС крови натощак составляет 250 мг/дл или 6,5 ммоль/л и более; уровень триглицеридов (ТГ) достигает 200 мг/дл или 2,3 ммоль/л и более; уровень ХС ЛВП падает до 39 мг/дл или 1 ммоль/л и ниже у мужчин и 43 мг/дл или 1,1 ммоль/л и ниже у женщин

- При регулярном курении даже по одной сигарете в сутки

- При низкой физической активности - то есть когда более половины рабочего времени проводится сидя, а на досуге ходьба, подъем тяжестей и т. п. занимают менее 10 часов в неделю

У больных с АГ в три раза чаще, чем среди здоровых, встречается избыточная масса тела, в два раза - дислипопротеинемия (гиперлипидемия). Немедикаментозная профилактика - по снижению курения по рекомендациям ВОЗ является основой оценки сердечно-сосудистого риска [3-6].

Таким образом, данные литературы свидетельствуют, что современные возможности первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний - одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения развитых стран - весьма высоки. Развитие теоретической и методологической базы доказательной профилактики в течение последних десятилетий обеспечило существенный прогресс в методологии пропаганды среди врачей и пациентов научно обоснованных и доказанных рандомизиро-

ванными клиническими исследованиями подходов к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, а также в оценке ее результатов, направленных на коррекцию поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Основные методы первичной профилактики заболеваний в развитых странах направлены на конкретного человека и приобретают индивидуальный характер.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 / Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения // Приказ МЗ РК. - 2011.

2. Хайдарова Т.С. Возможности профилактики в организациях ПМСП по Республике Казахстан / Т.С. Хайдарова, Р.Н. Нурмуханбетова // Сб. материалов 5-ой международной НПК «Глобальный научный потенциал». – Тамбов, 2009. – С. 122-124.

3. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями / WHO Regional Office for Europe. - 2006.

4. Оганов Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваск. тер и проф. – 2002. - № 3. – С. 4-8.

5. Рано умирать / Департамент развития человеческого потенциала. - Всемирный банк, 2006. - 145 с.

6. Шальнова С.А. Оценка и управление риском сердечно-сосудистых заболеваний для населения России / С.А. Шальнова, Р.Г. Оганов, А.Д. Деев // Кардиоваск тер и проф. – 2004. - № 4. – С. 4-11.

УДК 613.21:371.7:614.2(574-25)

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННОЙ СВЯЗИ ФАКТОРА ПИТАНИЯ И САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

А.А. АДАЕВА

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены результаты социологического исследования по изучению причинно-следственной связи фактора питания и самооценки здоровья подростков, обучающихся в средних учебных заведениях города Алматы.

Тұжырым

Бұл мақалада Алматы қаласындағы орта оку орындарында оқитын жас өстірімдердің өз денсаулықтарын бағалайтын және тамактану факторының себеп-салдар байланысын анықтау мақсатында өткізілген әлеуметтік зерттеу мәліметтері берілген.

Summary

This article presents the results of sociological research on the causation factor of power and self-health of adolescents, enrolled in secondary educational institutions in Almaty.

В подростковом возрасте формируются привычки здорового питания, которые могут оказать благотворное воздействие на физическое и психологическое состояние и снизить вероятность развития связанных с питанием хронических заболеваний. Значение рациона и режима питания возрастает в условиях повышенной учебной нагрузки, а также с ускорением физического развития и ранним половым созреванием. В связи с этим, один из изучаемых нами аспектов образа жизни подростков средних учебных заведений касается вопросов режима и рациона питания.

Материалы и методы исследования. В настоящей статье приводятся результаты социологического исследования, проведенного среди 400

школьников г. Алматы в возрасте 15, 16 и 17 лет. Путем использования метода кластерной рандомизации была сформирована выборочная совокупность из кластера общеобразовательных школ, участвующих в проекте ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» (ШСУЗ) и общеобразовательных школ, не участвующих в проекте ВОЗ, с казахским и русским языком обучения. Согласно поставленным задачам и тематической направленности исследования была разработана анкета для социологического опроса школьников. Один из разделов анкеты включал вопросы по режиму и рациону питания. Статистическая обработка материалов исследования проведена с помощью программы SPSS 15.0 for

Windows Evaluation Version (Statistical Package for the Social Science).

Результаты исследования. Изучение вопроса о соблюдении режима питания старшеклассниками показало, что $63,0 \pm 2,79\%$, по их мнению, придерживаются правильного режима питания, $26,0 \pm 2,53\%$ ответили отрицательно, и затруднились ответить $10,7 \pm 1,78\%$ школьников без достоверно значимых различий между респондентами мужского и женского пола. При сравнении данных, полученных в школах, участвующих в проекте «Школы, способствующие укреплению здоровья» (ШСУЗ) с данными, полученными в школах, не участвующих в проекте «ШСУЗ», статистически значимых различий выявлено не было (соблюдают режим питания $68,0\%$ и $58,0\%$ соответственно, не соблюдают $22,7\%$ и $29,3\%$ соответственно, $\chi^2 = 2,814$). Анализ показателей в разрезе отдельных возрастных групп также не выявил достоверно значимых различий.

С целью изучения причинно-следственной связи между режимом питания и оценкой здоровья подростка - субъективным мнением о состоянии своего здоровья, был проведен анализ результатов исследования путем расчета параметров, отражающих шансы возникновения нарушений состояния здоровья у данного возрастного контингента школьников. При расчете для каждой группы были взяты переменные «отличное здоровье» и «слабое здоровье». С помощью показателя отношения шансов (odds ratio) была показана сила воздействия факторов нарушения режима питания на самочувствие школьников: $or = 12,222$; $95\% \text{ Confidence interval} = 3,384 - 14,143$. Данные показатели подтверждают, что шансы возникновения нарушения состояния здоровья у исследуемых, не соблюдающих правильный режим питания выше, чем у школьников, соблюдающих режим, так как $or > 1$, нижняя граница 95% доверительного интервала также > 1 . При сравнении отдельных групп путем теста χ^2 по Пирсону была проверена взаимная независимость двух переменных таблицы сопряженности по положительному и отрицательному ответу в вопросе о соблюдении режима питания и субъективной оценке здоровья, которая подтвердила наличие статистически значимых различий в указанных группах: $\chi^2 = 18,409$, число степеней свободы = 1, $p < 0,001$.

Для достоверности собранных данных о режиме питания школьников дополнительно в анкету были включены вопросы относительно приема завтрака, регулярности приема горячей пищи во время обеда и ужина. В ходе исследования было выявлено, что ежедневно завтракают $47,7 \pm 2,88\%$ старшеклассников, еще $15,0 \pm 2,06\%$

ответили, что завтракают «почти каждый день». Ответ «иногда» выбрали $25,7 \pm 2,52\%$ респондентов. Никогда не завтракают $11,8 \pm 1,85\%$.

Результаты, которые были получены при проведении сравнительного анализа между ШСУЗ и школами, не участвующими в данном проекте, показали что, среди учащихся ШСУЗ ежедневно завтракают $45,3\%$, «почти каждый день» - $13,3\%$, «иногда» - $28,0\%$, «никогда» - $13,3\%$. Среди учащихся в обычных школах распределение ответов было следующим: «каждый день завтракают» - $50,0\%$, «почти каждый день» $16,7\%$, «иногда» - $23,3\%$, «никогда» - $10,0\%$ респондентов. Разделение по половозрастному признаку также не выявило достоверно значимых различий между группами.

При анализе показателя отношения шансов возникновения жалоб со стороны здоровья («слабое здоровье») при наличии фактора «завтракаю иногда» и «завтракаю каждый день», установлено, что шансы возникновения жалоб на здоровье выше у респондентов, ответивших «завтракаю только иногда», что подтверждают ниже перечисленные показатели: шансы возникновения жалоб со стороны здоровья среди подвергшихся воздействию (респонденты, «завтракающие только иногда») $A/B = 0,9$; шансы возникновения жалоб со стороны здоровья среди не подвергшихся воздействию (респонденты, «завтракающие ежедневно») $C/D = 0,1$; соотношение шансов (or) = $8,1$; 95% доверительный интервал = $2,229 - 29,432$. Проведение теста χ^2 подтвердило наличие достоверно значимых различий между изучаемыми группами: $\chi^2 = 11,888$, число степеней свободы = 1, $p < 0,01$.

Показатели, отражающие систематичность приема горячих блюд на обед, были распределены следующим образом: обедают ежедневно – $63,0 \pm 2,78\%$, «почти каждый день» - $19,7 \pm 2,30\%$, «иногда» - $16,3 \pm 2,13\%$, «никогда не обедают» - $1,0 \pm 0,57\%$ респондентов. Выявлены статистически значимые различия по данному вопросу среди учащихся ШСУЗ и школ, не участвующих в проекте «ШСУЗ». Ежедневно обедают $70,0\%$ школьников ШСУЗ, вариант «почти каждый день» выбрали $16,7\%$ учеников, иногда обедают – $13,3\%$, вариант ответа «никогда» среди данной группы выбрано не было. В школах, не участвующих в проекте, распределение ответов было следующим: ежедневно обедают $56,0\%$ старшеклассников, «почти каждый день» - $22,7\%$, «иногда» - $19,3\%$ и $2,0\%$ не обедают совсем. Тест χ^2 по Пирсону = $8,359$, число степеней свободы 3, $p < 0,05$.

Сравнительная оценка данных в отдельных возрастных категориях 15 и 17 лет также показала наличие статистически значимых различий. Так, Тест χ^2 по Пирсону = $8,347$, число степеней свободы 3, $p < 0,05$. Процентное соотноше-

Таблица 1. Распределение респондентов 15 и 17 лет по вопросу «Ежедневно ли Вы обедаете?» (%)

Возрастная группа	Каждый день	Почти каждый день	Иногда	Никогда
15 лет	70	14	15	1
17 лет	52	29	17	2

ние результатов представлено в таблице 1.

Разделение респондентов по половому признаку не выявило достоверно значимых различий. Статистические данные, полученные в результате определения причинно-следственной связи между обедом и субъективной оценкой здоровья подростка («слабое здоровье» и «отличное здоровье»), также подтверждают обусловленность жалоб со стороны здоровья нарушением режима питания: $or = 15,90$; 95% доверительный интервал = 3,333 – 75,854. Для подтверждения статистически значимых различий показателей в оценке здоровья отдельных групп (респондентов, обедающих ежедневно, и респондентов, обедающих только иногда) рассчитан χ^2 по Пирсону: $\chi^2 = 16,605$, число степеней свободы = 1, $p < 0,001$.

Статистический анализ полученных данных по вопросу: «Всегда ли Вы ужинаете?» (подразумевается горячее питание), не выявил достоверно значимых различий между половозрастными группами респондентов и изучаемыми школами. В целом, ежедневно ужинают $79,7 \pm 2,32\%$, вариант ответа «почти каждый день» предпочли – $8,7 \pm 1,63\%$, «иногда» ужинают – $10,3 \pm 1,75\%$, «никогда» не ужинают $1,3 \pm 0,65\%$ подростков. По данной переменной также было рассчитано отношение шансов возникновения жалоб со стороны здоровья («слабое здоровье») при наличии фактора «ужинаю только иногда», который подтвердил негативное влияние нарушения режима питания на здоровье: $or = 9,231$; 95% доверительный интервал = 1,526 – 55,852 (Рисунок 1) Дополнительно для определения статистической достоверности различий в изучаемых группах

вычислен тест χ^2 по Пирсону: $\chi^2 = 7,875$, число степеней свободы = 2, $p < 0,02$.

Относительно вопроса анкеты о времени ужина, можно сказать, что четверть ($24,7 \pm 2,5\%$) исследуемых ужинают менее, чем за 2 часа до сна, $37,0 \pm 2,79\%$ – более, чем за 3 часа до сна, $37,7 \pm 2,80\%$ респондентов ужинают обычно за 2-3 часа до сна. При сравнении данной переменной в разрезе школ, выяснилось, что в ШСУЗах ($16,9\%$) достоверно реже встречаются подростки, ужинающие менее, чем за 2 часа до сна, в сравнении с учащимися школ, не входящих в сеть ШСУЗ ($32,7\%$), $p < 0,05$. Статистически значимых различий в группах, разделенных по половозрастному признаку, выявлено не было.

В целях получения некоторого представления о рационе питания старшеклассников, выяснялся вопрос, где подросток должен был охарактеризовать свое привычное питание, указав, является оно преимущественно однообразным или разнообразным (употребление в пищу морепродуктов, овощей, фруктов, зерновых, мясных и молочных продуктов) В ходе опроса, выяснилось, что у подавляющего большинства ($77,3 \pm 2,4\%$) рацион питания зачастую разнообразен, оставшиеся $22,7\%$ респондентов охарактеризовали свой рацион питания как преимущественно однообразный.

Таким образом, в ходе проведенного исследования по вопросам питания подростков установлено, что, в среднем, треть старшеклассников не соблюдают режим питания. Изучение причинно-следственной связи фактора питания и субъективной оценки здоровья школьников выявило негативное влияние нарушения режима и рациона питания на здоровье.



Рисунок 1. Субъективная оценка здоровья респондентов, ужинающих «ежедневно» и «иногда»

УДК 613.862:37.034

ДИСЦИПЛИНА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

И.Е. КОЛОТИЛОВА

Государственное учреждение «Центр психического здоровья», г. Алматы

Резюме

Дисциплина относится к категории нравственной. Без дисциплины нет и творческого раскрытия личности, нет полного согласия с окружающими и с самим собой. Поэтому всегда, во все времена и во все эпохи, уделялось и уделяется много внимания воспитанию дисциплинированности с ранних лет жизни человека.

Тұжырым

Дисциплина өнегелі санатқа жатады. Дисциплинасіз тұлғаның шығармашылық түрде толық ашылмайды және өзінің өзіменен, қоршағандармен де толық келісімде жок. Сондыктан әрдайым, барлық дәуірлерде барлық заманда, адам өмірінде ерте кезінен тәртіптік тәрбиесіне ықыласты көп болды.

Summary

Discipline is classified as a moral aspect. Without discipline there is no disclosure of creativity, and no full agreement with others and with yourself. Therefore, always, at all times, there is much attention given to promote discipline from early years of life.

Дисциплина как определенный порядок поведения, соответствующий сложившимся в обществе нормам права и морали, необходима не только в интересах общества. Она становится важным условием благополучия человека. И не только потому, что, следуя общепринятым распорядку, человек чувствует себя более комфортно. Дисциплина – закон жизни, существующий на всех ее уровнях. Сама природа преподносит нам урок упорядоченности – день и ночь, восход и закат, прилив и отлив, смена фаз луны и смена времен года строго цикличны. А что такое жизнедеятельность организма, как не постоянное приведение беспорядка в порядок? Организм стойко охраняет постоянство своей внутренней среды, ежечасно и ежеминутно пускает в ход десятки своих регулирующих механизмов, подстраивая отдельные процессы к нуждам единой системы. Внутренние ритмы организма, конечно, не всегда соответствуют тем ритмам, которые требует от нас жизнь. Но человек обладает уникальной способностью саморегуляции. Он может выработать необходимый стереотип поведения, приспосабливая естественные, непроизвольные ритмы к нужным, произвольным. Это касается, например, ритма сна и бодрствования, быстроты реакций, способности к со-средоточенному вниманию. Самодисциплина позволяет человеку достигнуть оптимальных возможностей, компенсировать свои природные недостатки, излечивать болезни и в этом смысле она великий учитель, воспитатель и доктор. Установлено, что чем более значима для человека его деятельность, чем лучше он осознает необходимость решения той или иной задачи, тем легче

ему дисциплинировать себя. Именно в этом и заключена огромная творческая сила сознательной дисциплины. И именно тогда из необходимости она превращается в потребность, в тот рычаг, с помощью которого личность совершенствует себя. Психологический эффект сознательной дисциплины состоит в том, что она снимает противоречие между «хочу» и «должен»; человек хочет делать то, что он должен, долженствующее превращается для него в желаемое. А это – главное условие внутреннего равновесия, душевного покоя и благополучия, а, следовательно, и его здоровья. Ведь практически все болезни возникают из-за стрессов – «на нервной почве», а если желаемое совпадает с должным поведением, то и стресса и конфликтов меньше. Роль дисциплины, как нравственного фактора, была ярко подтверждена еще в уникальном психологическом эксперименте, поставленном самой жизнью. Этот эксперимент провел талантливый педагог А.С. Макаренко, организатор и руководитель колонии для беспризорных детей. Из группы искалеченных годами бездомной жизни подростков, он создал коммуну – дружный и сплоченный коллектив, отличительной чертой которого была высочайшая организованность. Воздействие коллектива, ответственность друг за друга, сознательное стремление к успеху коммуны создали чудо: дети, казалось бы, воплощающие собой анархию, стали считать серьезным проступком пятиминутное опоздание на линейку.

А.С.Макаренко был убежден в том, что дисциплина необходима коллективу не только для того, чтобы он лучше и быстрее достигал своих целей, но и для того, чтобы каждый отдельный

человек развивался и воспитывал в себе целеустремленность, ответственность перед обществом и коллективом, умел преодолевать любые трудности. Дисциплина, как один из факторов становления личности, обладает многосторонним эффектом, например, защищающим. Суть его заключается в том, что человек ощущает слитность со своими коллегами и своим коллективом. Если он не нарушает принятых правил, выполняет требования администрации, если он со всеми и за всех, значит, и все за него, значит, и он может рассчитывать на поддержку в любой ситуации. Это так называемый принцип «один за всех и все за одного», а это существенно. Многочисленные социально-психологические исследования показали, что мнение окружающих может очень сильно влиять на самочувствие и поведение человека.

Воздействие на личность через коллектив позволяет успешно решать важные воспитательные задачи. Оказавшись в атмосфере дружного и сплоченного коллектива, человек воспринимает существующие здесь ценности, стремится не нарушать принятых правил, старается влиться и быть «своим». Стремление не подвести товарищей - один из сильнейших стимулов воспитания самодисциплины. Особенно это относится к воспитанию детей и подростков: сначала в школе, потом в колледжах и лицеях. В период смены одного учебного заведения на другое, адаптация у них проходит быстрее, если они попадают в дисциплинированный коллектив. О молодом человеке, подростке часто говорят: «С ним нет сладу! Он никого не слушает! Для него вообще не существует авторитетов!» Однако не может быть, чтобы для личности действительно не существовало авторитетов. Если подросток не считается с родителями и педагогами, со своим наставником или мастером, значит, он считается с кем-то другим. И надо постараться выяснить, кто для него составляет «авторитетную группу» и, смотря по обстоятельствам, взять ее под свой контроль, стараясь изменить нежелательные тенденции или развенчать ее в глазах подростка, найти для него другие ориентиры. Воспитание дисциплинированности в человеке – это, прежде всего, важная задача семьи, но ее решение не должно сводиться к муштре, к стремлению сделать ребенка пассивно послушным. Сознательная дисциплина рождается как результат всей суммы воспитательных воздействий, направленных, прежде всего на формирование чувства долга и ответственности, силы воли идержанности, целеустремленности и исполнительности, требовательности к себе и доброжелатель-

ности к людям. Всем известно гигиеническое значение режима дня, труда и отдыха. Его строгое соблюдение становится универсальным методом профилактики и важнейшим условием успешного лечения многих психических и физических заболеваний, эффективным методом сохранения и укрепления здоровья. Если человек ест всегда в одно и то же время, то органы пищеварения рефлекторно активизируются к привычному сроку, что в свою очередь, регулирует аппетит и способствует лучшему усвоению пищи. Вот вам и профилактика гастрита, панкреатита, энтероколита и других соматических расстройств. Ложась спать и подымаясь по расписанию, можно соответственно настроить свою нервную систему, и тогда удастся быстро засыпать без снотворных и просыпаться без будильника. А хороший сон – основа бодрого самочувствия и профилактика развития психических отклонений, нервозности, раздражительности и утомляемости. Когда человек принимается за работу точно в определенное время, то и состояние врабатываемости наступает быстрее, «раскачка» не требуется, дело идет хорошо с первых минут. Режим имеет и важный психологический, воспитательный аспект. Его точность, определенность, недопущение отклонений без серьезных на то причин уже сами по себе организуют поведение не только детей, но и всех членов семьи.

Важно и то, какие поручения вы даете ребенку, как вы их даете и как следите за их исполнением. Распоряжения нельзя отдавать со злостью и раздражением, но и не так, чтобы это было похоже на упрашивание. Требования должны быть разумны и посильны для ребенка и не должны противоречить другим вашим распоряжениям. Поручив что-то, надо обязательно проверить, сделано ли это и как сделано: к сроку или с опозданием, аккуратно или кое-как. Когда работа интересна, необходимость в самом принуждении практически отпадает. Однако надо приучать себя делать и то, что неинтересно, но необходимо. Это, конечно, труднее. Радость преодоления, сознание исполненного долга, эффект достижения цели, вообще все то, из чего складывается приятное чувство морального удовлетворения, станет компенсацией за напряжение и волевое усилие. Собственная неисполнительность, как правило, угнетает человека. С молодых лет надо воспитывать нетерпимость и к неисполнительности других людей, ко всяkim проявлениям неаккуратности, разгильдяйства, к нарушениям общественных норм. Это тоже необходимое условие жизни и работы в коллективе, одна из тех черт характера, которая высоко оценивается людьми.

УДК 376-053.6:316.346:364.444

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

И.Е. КОЛОТИЛОВА

*Государственное учреждение «Центр психического здоровья», г. Алматы***Резюме**

Чтобы добиться какого-то положительного результата и получить полноценную трудоспособную личность, приносящую пользу обществу и живущую полноценной жизнью, важен комплексный подход в обучении молодежи с ограниченными возможностями.

Тұжырым

Оң нәтижеге қол жеткізу үшін, бағалы енбекке жарамды, қоршаған ортага пайда әкелетін тұлғаны тәрбиелеу жолында мүмкіндіктері шектеулі жастарды оқытуда кешенді көзкарас қажет.

Summary

To achieve some positive result and get a full able-bodied person, benefiting society and living a full life, an integrated approach is important in teaching young people with disabilities.

Психические заболевания у подростков довольно нередкое явление в наше время. Это в основном умственная отсталость разной степени тяжести, начальные формы шизофрении, психопатии, психоорганические синдромы, эпилепсия. Нельзя забывать и о неврозах различной этиологии и многих других пограничных состояниях. Такие дети живут и учатся в специальных домах-интернатах и детских домах. В Республике Казахстан 22 дома для детей-инвалидов, в которых находится 3342 ребенка. В 100 школах-интернатах для детей с ограниченными возможностями в развитии воспитывались 14424, функционирует 7 школ-интернатов для детей с девиантным поведением. Всего по данным Министерства образования и науки Республики Казахстан на сегодня 766 детских домов и интернатных учреждений на 77600 мест.

Закончив 9 классов по специальной программе в возрасте 15-17 лет, они должны получить среднее образование и профессию. После этого молодые люди войдут в социальное трудовое общество, чтобы полноценно и уверенно чувствовать себя, обеспечивать себя, приносить пользу. Для этого существуют специальные профессиональные учреждения со специальной учебной программой для детей с психическими отклонениями. Здесь их обучают не только теоретическим предметам, но и профессиональным навыкам и умениям. Но для этого нужны профессионалы, которые знают особенности психопатологии каждого подростка. Вот здесь и необходимо тесное сотрудничество педагогов и врачей-психиатров. Во-первых, каждый педагог знает основы психологии. А особенности патогенной личности необходимо изучать специально. Это нуж-

но для правильного общения с больными детьми, чтобы вовремя заметить изменения поведения при обострениях. Но самое главное, правильно организовать учебный процесс с учетом всех психофизических особенностей здоровья этих подростков.

К сожалению, в Казахстане эти вопросы изучены недостаточно. Но современные реалии заставляют коснуться целого ряда сложных и во многом спорных, проблем, таких, как проблема личности подростка, соотношение структуры психических процессов и личности, девиантное поведение, являющееся предвестником психических заболеваний, и социальный аспект - адаптация и реабилитация в трудовом обществе. Это не искусственное нагромождение случайно выхваченных понятий, желание усложнить задачу врача-психиатра, практического психолога или социолога. Практика профессионального обучения молодежи с ограниченными возможностями нередко объединяет эти проблемы в один сложный узел, который нельзя разрубить одним ударом и распутать, используя только методы клинической психиатрии. Разрешение этих проблем требует комплексного подхода, объединенных усилий клинической психиатрии, педагогики, психологии и социологии.

Задача усложняется еще и тем, что некоторые из этих проблем не имеют решения ни в одной из указанных наук, другие, получив достаточную разработку в одной области, оказываются не разработанными в другой. В настоящее время нет единого, разделяемого представителями различных областей знаний понятия личности, хотя большинство специалистов согласно с тем, что наиболее полно личность выражает себя через

отношения и взаимоотношения. В.Н. Мясищев пишет, что «...отношения есть то субъективное и объективное, которое, реализуясь в действиях, характеризует подлинное лицо личности, основанное на процессе взаимодействия с людьми». («Личность», МЛ 1971 г). Именно этот аспект недостаточно разработан клинической психиатрией. Более весомый вклад в этом вопросе сделала социальная психология, а в период становления личности - педагогическая психология.

Педагогическая психология раскрывает взаимоотношения педагога и учащегося, педагога и родителей, процессы обучения, воспитания, раскрывает проблемы в подростковом возрасте, дает психологическую характеристику личности. При наличии у подростка отклонений в психическом здоровье, на первый план выходит клиническая психиатрия. С учетом психологических особенностей, социального положения, симптомов психического отклонения врач-психиатр составляет общую картину развития ребенка, то есть медицинский анамнез, который является лишь частью анализа и не может решить вопрос о применении педагогических методик.

Таким образом, в формуле обучения молодежи с ограниченными возможностями представлены три аспекта: аспект медицинский - психиатрический, аспект психологический - педагогический и аспект социальный - адаптация в социуме. Все эти три аспекта характеризуют один и тот же объект и не являются чем-то изолированным, обособленным. Все они взаимозависимы и взаимосвязаны. Эта взаимосвязь может проявиться как зависимость изменений личности от характера позитивных (болезненных) расстройств, или наоборот, зависимость структуры и динамики психотических расстройств манифестного этапа от выраженности характера личностных изменений до манифестного периода, то есть состояние до болезни и начала ее. Здесь важную роль играет педагог, который должен знать патологические проявления и вовремя обратить внимание психиатра на неадекватность подростка. Врач анализирует и решает, в какой помощи нуждается ребенок - психологической, психиатрической, психотерапевтической или социальной. Необходимы усилия врача, преподавателя, психолога и социального работника.

УДК 614.872.4:612.014.5:534.838

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКА И ИНФРАЗВУКА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

М.М. НУРБАЕВ

РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г.Алматы

Резюме

В статье дается оценка механической природы и происхождения шума, а также его негативное воздействие на биологические объекты. Исходя из этого, должны быть организованы индивидуальные и общие превентивные меры.

Тұжырым

Шудың табигатта пайда болуы, сонымен қатар жағымсыз әсер ету мақалада көрсетілген. Осыған байланысты жеке басты және жалпы алдын алу іс шараларын журғізу керек.

Summary

The article gives mechanical evaluation of the noise's nature of origin, and also its negative impact on biological subjects. Based on this, individual and general character of preventive measures should be arranged.

В последнее время все более широкое распространение в производстве находят технологические процессы, основанные на использовании энергии ультразвука. Ультразвук нашел также применение в медицине. В связи с ростом единичных мощностей и скоростей различных агрегатов и машин растут уровни шума, в том числе

и в ультразвуковой области частот. Ультразвуком называют механические колебания упругой среды с частотой, превышающей верхний предел слышимости - 20 кГц.

Ультразвук обладает главным образом локальным действием на организм, поскольку передается при непосредственном контакте с ультра-

звуковым инструментом, обрабатываемыми деталями или средами, где возбуждаются ультразвуковые колебания. Ультразвуковые колебания, генерируемые ультразвуком низкочастотным промышленным оборудованием, оказывают неблагоприятное влияние на организм человека. Длительное систематическое воздействие ультразвука, распространяющегося воздушным путем, вызывает изменения нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, слухового и вестибулярного анализаторов. Наиболее характерным является наличие вегетососудистой дистонии и астенического синдрома.

Степень выраженности изменений зависит от интенсивности и длительности воздействия ультразвука и усиливается при наличии в спектре высокочастотного шума, при этом присоединяется выраженное снижение слуха. В случае продолжения контакта с ультразвуком указанные расстройства приобретают более стойкий характер. При действии локального ультразвука возникают явления вегетативного полиневрита рук (реже ног) разной степени выраженности, вплоть до развития пареза кистей и предплечий, вегетативно-сосудистой дисфункции. Характер изменений, возникающих в организме под воздействием ультразвука, зависит от дозы воздействия. Малые дозы - уровень звука 80-90 дБ - дают стимулирующий эффект - микромассаж, ускорение обменных процессов. Большие дозы - уровень звука 120 и более дБ - дают поражающий эффект.

Чтобы исключить воздействие ультразвука при контакте с жидкими и твердыми средами, необходимо устанавливать систему автоматического отключения ультразвуковых преобразователей при операциях, во время которых возможен контакт (например, загрузка и выгрузка материалов). Для защиты рук от контактного действия ультразвука рекомендуется применение специального рабочего инструмента с виброзолирующей рукойяткой. Если по производственным причинам невозможно снизить уровень интенсивности шума и ультразвука до допустимых значений, необходимо использование средств индивидуальной защиты - противошумов, резиновых перчаток с хлопчатобумажной прокладкой и др.

Инфразвуком называют акустические колебания с частотой ниже 20 Гц. Этот частотный диапазон лежит ниже порога слышимости и человеческое ухо не способно воспринимать колебания указанных частот. Производственный инфразвук возникает за счет тех же процессов что и шум слышимых частот. Наибольшую интенсивность инфразвуковых колебаний создают ма-

шины и механизмы, имеющие поверхности больших размеров, совершающие низкочастотные механические колебания (инфразвук механического происхождения) или турбулентные потоки газов и жидкостей (инфразвук аэродинамического или гидродинамического происхождения). Максимальные уровни низкочастотных акустических колебаний от промышленных и транспортных источников достигают 100-110 дБ.

Исследования биологического действия инфразвука на организм показали, что при уровне от 110 до 150 дБ и более он может вызывать у людей неприятные субъективные ощущения и многочисленные реактивные изменения, к числу которых следует отнести изменения в центральной нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах, вестибулярном анализаторе. Имеются данные о том, что инфразвук вызывает снижение слуха преимущественно на низких и средних частотах. Выраженность этих изменений зависит от уровня интенсивности инфразвука и длительности действия фактора. По временным характеристикам инфразвук подразделяется на постоянный и непостоянный.

Нормируемыми характеристиками инфразвука на рабочих местах являются уровни звукового давления в децибелах в октавных полосах частот со среднегеометрическими частотами 2, 4, 8, 16 Гц. Допустимыми уровнями звукового давления являются 105 дБ в октавных полосах 2, 4, 8, 16 Гц и 102 дБ в октавной полосе 31,5 Гц. При этом общий уровень звукового давления не должен превышать 110 дБ Лин. Выполненное в последнее время теоретическое обоснование течения нелинейных процессов в поглотителях резонансного типа открывает реальные пути конструирования звукопоглощающих панелей, кожухов, эффективных в области низких частот. В качестве индивидуальных средств защиты рекомендуется применение наушников, вкладышей, защищающих ухо от неблагоприятного действия сопутствующего шума.

Наше ухо слышит звуки различной частоты - от 16 герц (нижняя граница слуха) до 20 тысяч (верхняя граница). Инфразвуки и ультразвуки человек не слышит. Однако, человек к ультразвукам достаточно восприимчив. Частота в 6 герц может вызвать у нас ощущение усталости, тоски, морскую болезнь. Инфразвук в 7 герц особо чувствителен: смерть наступает от внезапной остановки сердца. Попадая в естественный резонанс какого-нибудь органа, инфразвуки могут разрушить его. Скажем, частота в 5 герц повреждает печень. Другие низкие частоты способны вызвать приступы безумия. Определенные низ-

кочастотные звуки, действуя на слуховые анализаторы мозга, даже могут «убеждать» человека бросить курить, спокойно спать, соблюдать диету, быстро читать, усваивать иностранные языки, преодолевать стрессы и испытывать нежные чувства.

Начиная с 24-й недели утробной жизни, ребенок постоянно реагирует на шумы. Но ритмичное биение сердца матери доминирует над всеми звуками. Не случайно на него ориентируются композиторы. Походные марши пишутся обычно в ритме сердцебиения. Такая музыка облегчает долгий путь, снижает усталость. А вот темп парадных маршей доводят до 72 шагов в минуту, что чаще нормального ритма сердца. Поэтому они поднимают настроение, бодрят, заряжают энергией. Эффект музыкотерапии основан на успокаивающих, тихих, монотонных напевах, шелесте листьев, рокоте моря, мерных ударах лопастей парохода. С помощью звуков производили даже обезболивание операций в зубной практике. Позднее метод стал успешно применяться в акушерстве.

В природе существуют звуки с частотой менее 16 Гц (инфразвуки) и более 20 Гц (ультразвуки). Человеческий голос - главное, на что ори-

ентировано ухо, имеет частоты в диапазоне 500-3000 Гц, следовательно, наш слух обеспечивает восприятие речи с большим запасом. Звукоспринимающая часть внутреннего уха (расположенная в глубине височной кости, в так называемой улитке) была открыта в 1851 году итальянским ученым А.Корти, потому и называют ее кортиевым органом. По пути в кортиев орган звук усиливается на несколько дБ в наружном ухе, затем передается через барабанную перепонку и косточки среднего уха с усилием в 20 раз.

В нашей стране за последнее время многое делается для борьбы с шумом. Разработан ряд государственных стандартов на допустимый уровень шума для различного оборудования, введены специальные правила для проектирования зданий с учетом звукоизоляции. Однако повторим, что борьба с шумом требует участия всего населения. Шум одного мотоцикла без глушителя, промчавшегося по безлюдным улицам ночью, может разбудить несколько тысяч человек. Входная дверь, хлопающая в подъезде, или испорченный водопроводный кран могут в несколько раз увеличить уровень шума в квартирах.

УДК 613.644:656-1574.25

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ШУМА И ИНФРАЗВУКА НА СОСТОЯНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ВОДИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОГО АВТОТРАНСПОРТА г.АЛМАТЫ

М.М. НУРБАЕВ

РГКП «Центр санитарно–эпидемиологической экспертизы», г.Алматы

Резюме

Статья определяет негативное воздействие шума и инфразвука на производительность и здоровье дорожных рабочих пассажирского транспорта. Для управления сообществом здравоохранения, одним из приоритетов должна быть борьба с шумом.

Тұжырым

Шу және инфрадыбыстың адам таситын автокөлік жүргізушілерінің жұмыска деген кабілеттілігі және деңсаулыққа негативті әсерлері, макалада аныкталған. Профилактикада жүргізілген іс шаралар деңсаулық қорғау, шумен күресуге бақты, приоритеттік негіз болып табылады.

Summary

The article defines the negative effects of noise and infrasound on the performance and health of road passenger transport workers. For control of the community health care, one of the priorities should be the fight with noise.

Алматы является одним из самых экологически загрязненных городов Казахстана. Этому способствует как его географическое расположение, так и наличие огромного количества различного типа автотранспорта. Алматы находится в крайне неблагоприятных метеорологических ус-

ловиях, препятствующих естественному самоочищению автотранспортного воздуха, так как с трех сторон окружен горами. В последние годы наметились тенденция роста профессиональной заболеваемости у водителей пассажирского автотранспорта во всем мире, так как труд их свя-

зан с большим нервно-эмоциональным напряжением, требующим постоянной устойчивости и концентрации внимания. Кроме того, на водителей автобусов оказывает влияние ряд вредных производственных факторов: неблагоприятный производственный микроклимат (температура, влажность, скорость движения воздуха): шум, вибрация, инфразвук и ультразвук; различные газы и пары химических веществ (окись углерода углеводороды, окись азота и др.).

Одним из главных показателей состояния здоровья водителей является его работоспособность, которая определяется состоянием физиологических систем организма. В течение рабочего дня организм водителя может проходить следующие фазы функционального состояния: мобилизация, первичная реакция, гиперкомпенсация, компенсация, субкомпенсация, декомпенсация, срыв (стадия переутомления). Если работа приведет только к появлению фаз компенсации и субкомпенсации, то перед окончанием работы, возможно, некоторое повышение работоспособности. Эта повышение объясняется мобилизацией резервных сил организма с помощью второй сигнальной системы. Период повышения работоспособности называется стадией конечно-го порыва. К факторам вызывающим эту стадию, относят чувство ответственности, сознание важности решаемых задач, соревновательный интерес и т.д.

На работоспособность водителя, по результатам проведенных исследований, большое влияние оказывает суточная (циркадная) ритмика возбудимости центральной нервной системы (ЦНС). В период повышения возбудимости ЦНС повышается работоспособность. У большинство водителей в течение суток имеется два пика

повышения работоспособности – от 9 до 12-13 часов, и от 16 до 18 часов. Вочные часы работоспособность гораздо ниже, чем в дневные. Наибольшее снижение работоспособности наблюдается в промежутке между 2 и 4 часами ночи. В зависимости от индивидуальных особенностей нервной системы у одних водителей работоспособность выше в утренние часы, а у других в вечерние. Это обстоятельство, вероятно, следует учитывать при подборе водителей. Помимо суточной существуют недельный, месячный и годовой периоды работоспособности водителя. Производственный инфразвук возникает за счет тех же процессов что и шум слышимых частот.

Наибольшую интенсивность инфразвуковых колебаний создают машины и механизмы, имеющие поверхности больших размеров, совершающие низкочастотные механические колебания (инфразвук механического происхождения) или турбулентные потоки газов и жидкостей (инфразвук аэродинамического или гидродинамического происхождения). Максимальные уровни низкочастотных акустических колебаний от промышленных и транспортных источников достигают 100-110 дБ. Исследования биологического действия инфразвука на организм показали, что при уровне от 110 до 150 дБ и более он может вызывать у людей неприятные субъективные ощущения и многочисленные реактивные изменения, к числу которых следует отнести изменения в центральной нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах, вестибулярном анализаторе. Имеются данные о том, что инфразвук вызывает снижение слуха преимущественно на низких и средних частотах. Выраженность этих изменений зависит от уровня интенсивности инфразвука и длительности действия фактора.

*Когамдық денсаулық сақтау –
Общественное здравоохранение*

УДК 616.5-002.525.2(574)

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ш.М. КАЙЫРГАЛИ, Б.Г. ИСАЕВА, Б. НУРАЛИЕВ, Б. РАХМЕТОВА

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

Резюме

Системные заболевания наносят существенный вред здоровью населению Республики Казахстан. В свою очередь требуется усилить выявляемость этих заболеваний и добавить в лечебные программы доказанные препараты.

Тұжырым

Әлеуметтік жағынан Казакстан Республикасы үшін дәнекер тіннің жүйелі ауырулары тараپынан әкелінетін кесір әліде жогары. Бұл өз кезегінде бұл ауыруларды анықтауды қүшейтуді және әсері дәлелденген препараттарды емдеу бағдарламасына қосуды талап етеді.

Summary

Systemic connective tissue diseases remain socially significant diseases for the Republic of Kazakhstan, delivering material and moral damage to society that requires increased attention to diagnosis and inclusion in the program of treatment drugs with proven effectiveness.

Актуальность. Проблема изучения системной красной волчанки (СКВ) является актуальной, ввиду существенного снижения качества жизни пациентов, высокой летальности, ранней инвалидизации у лиц, в основном, молодого и среднего возраста.

Цель. Определить изменения за период 2001-2009 гг. в количестве зарегистрированных в лечебно-профилактических учреждениях Казахстана больных с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ).

Материал и методы. Анализ ежегодных отчетов Министерства здравоохранения по заболеваемости населения Республики Казахстан (форма №12) болезнями костно-мышечной ткани (БКМС), в том числе СЗСТ и СКВ.

Результаты. В 2009 году было зарегистрировано 684396 пациентов с БКМС (4297,6 на 100 тыс.), из них впервые зарегистрированных 282530 (1774,1), динамика прироста по сравнению с 2001 годом составила 23,4% (14,9%) и 21,9% (13,6%) соответственно. Распространенность СЗСТ в 2001 году составила 14867 (100,2 на 100 тыс.), первичная заболеваемость – 3533

(23,8). К 2009 году отмечается уменьшение показателей до 6872 (43,15) и 1972 (12,4) соответственно, что объясняется выделением с 2006 года СКВ в отдельную группу. Распространенность СКВ в 2006 году была 1762 (11,5 на 100 тыс.), к 2009 году достигла 2183 (13,7) соответственно, что свидетельствует о динамике прироста (23,9%). Анализ первичной заболеваемости СКВ выявил динамику прироста в 10,5%: число больных в 2006 г. - 237 (1,5 на 100 тыс.), в 2009 г.-262 (1,7 на 100 тыс.). Наибольшая распространенность СКВ в 2009 году отмечалось у взрослого населения - 18,2 на 100 тыс., реже у подростков и детей - 8,5 и 1,7 соответственно (2009). Изучение распространенности СКВ, в зависимости от пола, выявило преобладание среди больных женщин в 4 раза, нежели мужчин.

Заключение. Системные заболевания соединительной ткани остаются социально значимыми заболеваниями для Республики Казахстан, доставляющими моральный и материальный ущерб обществу, что требует усиления внимания к диагностике и включения в программу лечения препаратов с доказанной эффективностью.

УДК 614.2 (574.52)

ПУТИ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЕНСЗ В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ ПЕРВОГО ГОДА РАБОТЫ

А.С. КРЫЛДАКОВА

Жамбылский областной филиал РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Тараз

Резюме

В данной статье дан анализ проблем внедрения в области ЕНСЗ. В автоматизированной информационной системе АИС «Стационар» предусмотрено формирование счетов – реестров для оплаты пролеченного случая в стационаре по фактическим расходам. Предложены перспективы для развития ЕНСЗ и переходу ко второму этапу внедрения. Внедрение всех этих мер повысит качество оказываемой медицинской помощи населению нашей области, повысит мотивацию работы медицинских работников, и в целом позволит усовершенствовать систему здравоохранения в области.

Тұжырым

Мәтінде Біртұтас ұлттық денсаулық сактау жүйесінде талдау мәселелер карастырылған. Автоматты ақпараттық жүйеде нақты шығындар бойынша стационарда емдеу уақыт өткізілген жағдайдың төлеуі үшін тізілімдер есепке алынады, барлық көрсеткіштер есептердің құрастыруы стационарда ескерілген. Біртұтас ұлттық денсаулық сактау жүйесін дамытуы және енгізуі екінші кезеңге өткел үшін болашаққа ұсынылып отыр. Мына барлық шаралардың енгізу біздің облыс тұрғындарға дәрігерлік жәрдем сапасын, дәрігерлік қызметкерлердің жұмысқа деген ынталының жоғарылатады және денсаулық сактау жүйесінің төнірегінде ұлғайтуға негізінен мүмкіндік береді.

Summary

The article analyzes the application problems of United National Health Care System (UNHCS). The Automated Information System «Stationar» provides for the formation of accounts - registers to pay for the case treated in hospital for actual costs. Prospects for UNHCS development and transition to the second stage of implementation are offered. Implementing all these measures will improve the quality of medical care to population of our oblast, increase the motivation of health care workers, and, in general, allow improving health care system in the oblast.

Для совершенствования действующей модели гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее ГОБМП) была внедрена с 1 января 2010 года единая национальная система здравоохранения (далее ЕНСЗ).

ЕНСЗ включает в себя:

- формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг;
- свободный выбор пациентом врача и медицинской организации;
- прозрачность оказываемых медицинских услуг (оплата по фактическим затратам);
- ориентация на конечный результат.

Как известно, в 2010 году прошел 1 этап внедрения, который включил в себя централизацию ГОБМП (стационарная и стационарозамещающая помощь). В результате внедрена совершенно новая модель финансирования, ориентированная на конечный результат и оплату за фактические расходы на оказание медицинской помощи.

Новая модель финансирования здравоохранения принципиально отличается от старой, в новой модели учитывается: оплата фактических расходов за лечение каждого конкретного заболевания, оплата за результат, учитывается исход лечения, оплата на основе контроля качества, про-

зрачность оплаты медицинских услуг. Все эти показатели учитываются в программном комплексе АИС «Стационар» автоматизированная информационная система, которая предназначена для автоматизированного ведения истории болезни, оперативной обработки данных, облегчающих дифференциальную диагностику и контроль состояния, оперативного представления медицинской информации по вопросам лечения. Данная программа включает в себя два комплекса: «приемный покой» и «статотдел». На основе ежедневных данных, поступающих из приемного отделения и данных статотдела (обработка «статистической карты выбывшего из стационара пациента ф.0-66/у) формируются различные выходные документы (формы 7 и 16 «состав больных» и 13-14, 32 – годовые отчетные показатели и др.), а также из формы 0-66/у формируется реестр на оплату медицинских услуг. На уровне нашего филиала (Жамбылский областной филиал) «РИАЦ» формируется персонифицированная база данных пролеченных больных, далее происходит формирование документов по оплате, выборка случаев, подлежащих контролю качества и объема медицинских услуг по оказанию ГОБМП, финансируемого за счет средств республиканского бюджета.

Согласно нормативным документам необходимо отметить, что на уровне ЖОФ РИАЦ база данных, передаваемая медицинскими организациями с наличием логических и технических ошибок, не принимается. После проведения соответствующей подготовки врачей экспертов филиалом проводится 100% первичная экспертная оценка базы данных на основе статистических карт выбывших из стационара ф.0-66/у. Состояние и заполнение стат.карт абсолютным большинством стационаров области оставляет желать лучшего. АИС «Стационар» является совершенной автоматизированной информационной системой, которая, как было указано выше, формирует и статистические данные. Система обеспечивает оперативность, достоверность информации, и в конечном счете - оценку качества оказания медицинской помощи и исход каждого случая заболевания.

Одним из достоинств программы является предусмотренная возможность выбора различных показателей из базы данных для анализа качества проведенного лечения оперативно и за любой период. При экспертной оценке статистических карт (статкарт) на уровне ЖОФ РИАЦ врачи эксперты столкнулись со многими проблемами, существующими на уровне медицинских организаций, которые снижают эффективность всей политики ЕНСЗ.

В первую очередь страдает качество заполнения статкарт. Имеет место множество ошибок при шифровке основного клинического диагноза по МКБ X! Зачастую вместо основного диагноза врачи ограничиваются шифровкой предварительного диагноза который был установлен на уровне ПМСП или при поступлении в стационар. Это приводит к неверному выбору медико-экономического тарифа (далее МЭТ). С целью попадания в число «бездефектных» карт специально показываются обычные случаи с дешевым МЭТом и попаданием в коридор. При этом не указываются сопутствующие и осложнения основного заболевания, что ведет к искажению в целом статистических данных по заболеваниям. На данном этапе мы столкнулись с тем, что врачи не владеют техникой работы со справочниками МКБ - X, тарификатором услуг, операций, и т.д. Одной из причин данной проблемы является необеспеченность медицинских организаций компьютерами и оргтехникой в достаточных количествах и соответствующей литературой.

В процессе анализа стало очевидным, что повсеместно с программой работают в основном средние медработники, врачи практически не участвуют в работе с программным комплексом, что ведет к потере заинтересованности, и врачи не могут предвидеть конечного результата, а значит показать истинное качество и результат своего нелегкого труда.

Во многих организациях слабо функционирует работа внутреннего аудита, о чем свидетельствует бесконтрольное заполнение статкарт, выражающееся не только в оформлении основных диагнозов, но и в проводимом лечении. Указанные препараты в лечении не соответствуют протоколам лечения, имеет место полипрагмазия. Назначались в больших количествах витамины, отвергнутые доказательной медициной, что конечно отражается на качестве оказания медицинской помощи. В оказанных услугах указываются не все манипуляции или, наоборот, обследование, не показанное при указанном основном диагнозе и отсутствие сопутствующих или осложнений основного заболевания. Допускаются статкарты с так называемыми «пустографками», с логическими ошибками.

Заполнение статкарт должно быть на данном этапе подвергаться тщательному анализу на уровне медицинской организации с привлечением не только средних медицинских статистиков, а подвергаться внутренней экспертизе, что продиктовано временем. В результате практических наработок стало понятно, что нуждается в пересмотре вопрос ежедневного предоставления базы данных с уровня РИАЦ в КОМУ. Таким образом, учитывая, требования современной ситуации, когда система здравоохранения переходит к совершенно новым подходам к оказанию стационарной и стационарозамещающей помощи, ориентированному на конечный результат, при наличии автоматизированного информационного сопровождения, которая обеспечивает наглядность, прозрачность оперативных данных и исходя из анализа по итогам года в нашей области почти повсеместно по всем стационарам наглядно перевыполнение предельных объемов.

С целью дальнейшего развития ЕНСЗ необходимо проведение дальнейшей разъяснительной работы по ЕНСЗ среди медицинской общественности и населения через медицинские организации, средства массовой информации.

УДК 614.35:615.076

БЕЗОПАСНОСТЬ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А.М. ГИЗАТУЛЛИНА, Г.А. ЕРМАХАНОВА, М.К. ЗЕЙТИН,
А. МЕРГЕНТАЙ, М.П. СОЛОДОВНИКОВ

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана

Резюме

Безопасность лекарственного средства - приоритет для современной медицины и фармацевтики. Его уместность определена динамическим ростом фармацевтической промышленности, гарантируя создание и поощрение огромного числа новых препаратов.

Тұжырым

Дөрі қауіпсіздігің қазіргі дәрігерлік және фармацияның басым бағыттарының бірі болып табылады. Оның өзектілігі дәрі шығару өнеркәсібінде жана дәрі-дәрмектерді жасау және базарда алға басуын қамтамасыз ететін динамикалық өсуімен анықталады.

Summary

Drug safety is a priority for modern medicine and pharmacy. Its relevance is determined by the dynamic growth of the pharmaceutical industry, ensuring the creation and promotion a huge number of new drugs.

В развитых странах с высоким уровнем здравоохранения и отложенной системой контроля безопасности применения лекарственных средств, неблагоприятные эффекты фармакотерапии, как основной причины госпитализации, составляют внушительный процент (Англия - 16%, Франция 13%, Норвегия 11,5%, США 6-7%). Только в США ежегодные затраты, связанные с осложнениями медикаментозной терапии, достигают 70 миллиардов долларов. Побочное действие или неправильное назначение лекарственных средств в этой стране ежегодно является причиной более чем 100 000 смертей.

В Казахстане утвержден технический регламент «Требования к безопасности лекарственных средств» от 14 июля 2010 года № 712. Технический регламент утвержден в целях реализации закона РК от 9 ноября 2004 года «О техническом регулировании» и устанавливает требования к лекарственным средствам. Как указывается в тексте постановления, объектами регулирования Технического регламента являются лекарственные средства, входящие в Единую товарную номенклатуру внешнеэкономической деятельности Таможенного союза. Положения Технического регламента распространяются на субъекты здравоохранения, осуществляющие фармацевтическую деятельность независимо от их организационно-правовой формы.

При обращении лекарственных средств должны соблюдаться требования к безопасности лекарственных средств, регламентированные Техническим регламентом. В частности, не допускается реализация лекарственных средств: 1) не

прошедших государственную регистрацию в РК, за исключением лекарственных субстанций, произведенных в условиях Надлежащей производственной практики; 2) с истекшим сроком годности; 3) не соответствующих требованиям Технического регламента; 4) без сертификата соответствия; 5) медицинскими работниками в медицинских организациях, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РК; 6) через склады временного хранения лекарственных средств; 7) без рецепта врача, предусмотренных для отпуска по рецепту; 8) выявленных фальсифицированных, контрафактных; 9) без полной и достоверной информации для потребителя (маркировки, инструкции по медицинскому применению) [2].

В современной клинической практике достаточно часто используется комплексное медикаментозное лечение и в этой связи важным аспектом является взаимное влияние лекарственных средств друг на друга. Комплексы препаратов применяются для лечения гипертонии, сахарного диабета, астмы, психических расстройств, онкологических заболеваний и других болезней. Иногда, впрочем, комплексное медикаментозное лечение обусловлено наличием у пациента нескольких заболеваний одновременно. В большинстве случаев такое лечение оказывает положительный и желаемый эффект, однако иногда последствия подобного лекарственного взаимодействия могут быть отрицательными [3].

Согласно результатам различных исследований, за время пребывания в больнице пациент получает в среднем 11 лекарственных препара-

тов, хотя иногда их количество доходит и до 20-ти. Британские специалисты выяснили также, что в 13,6% случаев назначается комбинация препаратов с высокой вероятностью взаимного влияния, причем в 1,4% случаев их взаимодействие может привести к самым опасным последствиям, а в 8,1% случаев неприятных последствий взаимного влияния лекарств можно избежать, изменив дозировку. В соответствии с итогами другого исследования, проведенного в США, в 8% случаев причиной опасных побочных эффектов является именно взаимное влияние лекарств, используемых одновременно [3, 4].

Вероятность проявления взаимного влияния лекарств и побочных эффектов зависит также от возраста больного и количества принимаемых им в комплексе лекарств.

Врачу следует помнить о возможном взаимном влиянии лекарственных препаратов, подбирать безопасную дозировку и проводить систематический контроль за концентрацией этих веществ в крови пациента [4].

В больницах пациенты страдают от отрицательных побочных эффектов лекарственного взаимодействия чаще (в 2% случаев), нежели пациенты поликлиник (0,3% случаев). Нежелательные изменения в состоянии больного врачи не всегда связывают с взаимным влиянием прописанных ему в комплексе лекарственных препаратов, однако забывать о такой возможности никогда нельзя.

Риск появления отрицательных побочных эффектов комплексного медикаментозного лечения высок в следующих случаях: при использовании препаратов с ограниченной безопасной дозировкой; при приеме большого комплекса лекарств; при наличии фоновых заболеваний (заболеваний печени, почек, дыхательных путей, сердца); при пассивности пациента (отсутствии активного участия в процессе лечения и незаинтересованности в приеме лекарств) – в большинстве случаев это относится к пожилым больным или больным, страдающим психическими расстройствами; у стариков – в связи со снижением физиологических и защитных функций организма, уже не способного справиться с отрицательным влиянием лекарства, и наличием множества заболеваний, требующих продолжительного медикаментозного лечения; снижение реакций организма на лекарства может привести к ошибкам при их приеме; у наркоманов – поскольку они склонны к бесконтрольному приему рецептурных и безрецептурных лекарств.

Лекарственное взаимодействие проявляется в усиении или, наоборот, значительном уменьше-

нии лечебного эффекта либо его продолжительности, а также может привести к отравлению. Лекарственная безопасность является одним из приоритетных направлений современной медицины и фармации. Её актуальность определяется динамическим ростом фарминдустрии, обеспечивающим создание и продвижение на рынок огромного количества новых медикаментов; мощными биологическими эффектами лекарственных средств, способных существенно модифицировать структурно-функциональные взаимоотношения органов и систем человеческого организма; повышением сенсибилизации пациентов к химическим и биологическим веществам в результате полипрагмазии, применения недоброкачественных медикаментов (нарушение правил их хранения, использование подделок, которые содержат плохо очищенные субстанции, токсичные наполнители и т.п.); ростом числа случаев развития у пациентов тяжелых осложнений фармакотерапии, требующих не только экстренных госпитализаций, но и являющихся причиной летальных исходов.

Система оценки безопасности лекарственных средств включает 7 уровней контроля [4]:

1. разработка, целью которой является создание безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств, в соответствии с требованиями государственных стандартов;

2. производство лекарственных средств осуществляется в соответствии с правилами производства и нормативными документами по стандартизации субъектами в сфере обращения лекарственных средств, получившими лицензию на право производства лекарственных средств. Правила производства и контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники утверждаются уполномоченным органом. Существует запрет на производство лекарственных средств, если они не прошли государственную регистрацию в РК, при отсутствии лицензии на право производства и наличии нарушений Правил производства и контроля качества медицинских средств (Госстандарт РК 1617-2006).

3. процедура регистрации лекарственного средства проводится с целью определения правомерности присутствия на фармацевтическом рынке, оценки безопасности, эффективности и качества лекарственного средства и в последствии внесении его в Государственный реестр, осуществляемые в установленном порядке уполномоченным органом. Государственный реестр создан с целью обеспечения единого государственного учета лекарственных средств и содер-

жит полную информацию по всем зарегистрированным в РК зарубежным и лекарственным средствам, формируемый на основе приказа Комитета контроля качества фармацевтической и медицинской деятельности (далее ККФиМД). Обязательным условие государственной регистрации и перерегистрации является проведение экспертизы лекарственного средства, проводимая государственной экспертной организацией.

4. маркировка – лекарственные средства должны поступать в обращение с маркировкой, нанесенной на потребительскую упаковку, отвечающей требованиям порядка, утвержденного уполномоченным органом. Стикеры допускаются при ввозе ограниченного количества дорогостоящих, редко применяемых, орфанных препаратов (ст.75). Условие маркировки необходимы для обеспечения безопасной политики лекарственных средств, с целью сокращения ошибок при дозировке и др.

5. хранение и транспортировка проводится в условиях обеспечивающих сохранение их безопасности, эффективности и качества, в соответствии с правилами, утвержденных уполномоченным органом. Продление срока годности препаратов запрещено.

6. мониторинг побочных действий - комплекс мероприятий, направленных на обнаружение, оценку, анализ и принятие решений по побочным действиям лекарственных средств, регулируемый приказами МЗ РК №52 от 14.02.2005 и №63 от 6.05.2005.

Приказом Минздрава РК №63 от 6 мая 2005 г. Национальный центр экспертизы лекарственных средств определен уполномоченной организацией по проведению мониторинга побочных действий ЛС. В составе Фармакологического центра создан отдел мониторинга побочных действий лекарственных средств.

Инструкция по проведению мониторинга побочных действий лекарственных средств», утвержденная Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 февраля 2005 года № 52 регламентирует процедуру формирования единых требований к системе мониторинга побочных действий лекарственных средств, определения форм сбора, анализа, оценки, создания базы данных о побочном действии лекарственных средств и управления информацией.

Субъекты здравоохранения обязаны письменно информировать государственный орган о фактах проявления особенностей взаимодействия ЛС с другими ЛС и о побочных действиях, в том числе не указанных в инструкциях по применению ЛС. В случае несоблюдения этого требова-

ния, субъекты здравоохранения несут ответственность, установленную нормативными актами.

В случае выявления побочного действия лекарственных средств заполняется карта-сообщение, которая направляется в органы управления здравоохранением в течение 15 дней с момента выявления побочного действия и 48 часов с момента выявления серьезного побочного действия. Карта содержит информацию о подозреваемом лекарственном средстве (далее – ПЛС) (разовая и суточная доза, частота приема и способ введения, с указанием сроков использования средства), побочном действии и его исходу, приему сопутствующих лекарственных средств. Сообщению подлежат все случаи возникновения побочного действия при медицинском применении лекарственного средства. ККФиМД на основании обобщенного отчета и рекомендаций уполномоченной организации принимает решение: об утверждении соответствующих изменений; о необходимости проведения дополнительных доклинических исследований и/или клинических испытаний, а также специализированной экспертизы или контроля качества лекарственного средства; о приостановлении действия регистрационного удостоверения на лекарственное средство до получения результатов дополнительного доклинического, клинического исследований, специализированной экспертизы или контроля качества и об отзыве решения о государственной регистрации лекарственного средства.

7. Испытания фармакологических препаратов проводятся как на стадии разработки, с целью получения заключения о безопасности исследуемого вещества (лекарственного средства) и отображают все возможные стороны потенциально-го действия исследуемого вещества (лекарственного средства), так и непосредственно после производства при проявлении побочных явлений. С целью создания единых требований к проведению и документальному оформлению доклинических исследований биологически активных веществ (далее - вещества), являющихся потенциальными лекарственными средствами, с целью обеспечения качества и достоверности результатов доклинических исследований в Республике Казахстан разработан приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 февраля 2005 года № 51 «Об утверждении Инструкции по проведению доклинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств в Республике Казахстан», с учетом норм и правил, применяемых в международной практике.

С целью гармонизации с международными правилами проведения клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, утвержден приказ МЗ РК от 14 февраля 2005 года № 53 «Об утверждении Инструкции по проведению клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств в Республике Казахстан». Инструкция разработана в соответствии с учетом норм, применяемых в международной практике, для детализации процедуры проведения клинических испытаний и установления единых требований к планированию, проведению, документальному оформлению и контролю клинических испытаний в Республике Казахстан, призванных гарантировать защиту прав, безопасность и охрану здоровья лиц, участвующих в испытаниях, а также обеспечить достоверность и точность получаемой в ходе испытания информации.

В п.10 данного нормативного документа указывается о необходимости проведения оценки безопасности и решение этических и правовых вопросов клинического испытания:

- 1) определение и правомерность перечня показателей безопасности;
 - 2) методы и сроки оценки, регистрации и статистической обработки показателей безопасности;
 - 3) требования к отчетности, процедуры регистрации и сообщение о побочных реакциях/явлениях исследуемого лекарственного средства и интеркуррентных заболеваниях;

- 4) вид и продолжительность наблюдения за испытуемыми после возникновения побочных реакций/явлений.

- 5) наличие общих принципов защиты прав и здоровья субъектов испытания;

- 6) наличие описательной процедуры информирования субъектов испытания и способ получения от них письменного согласия.

Указанная семиуровневая система государственной политики в области организации лекарственной помощи населению основана на принципах создания гарантий для реализации права граждан на лекарственную помощь путем обеспечения доступа к получению безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств; организации научных исследований с целью изыскания новых безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств и государственного контроля за фармацевтической деятельностью; лицензирования производства, импорта, экспорта и реализации лекарственных средств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Проблемы безопасности пациентов в современном здравоохранении / И.Б. Шикина [и др]. - М.: - 2006.
 2. Allen G. Meeting infection control standards in the OR / G. Allen, A. Josephson. - AORN J. -1995.
 3. Saunders W.B. AMA Drug Evaluations / W.B. Saunders. - Philadelphia. - 1999.
 4. Кузденбаева Р.С. Развитие системы мониторинга побочных действий лекарственных средств в Республике Казахстан: первые результаты / Р.С. Кузденбаева // Казахстанский фармацевтический вестник. – 2007. - №9 (277).

УДК 615.38-093/-098:616.9

СКРИНИНГ МАРКЁРОВ ИНФЕКЦИЙ У ДОНОРОВ КРОВИ

Н.Э. ШУЛЬГАЧ, Т.А. СИДОРУК, А.В. ГОРШКОДЁРОВ

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

В результате системного ввода доноров будет происходить уменьшение инфицирования гепатитом В, С, ВИЧ-антител. В связи с увеличением гетеросексуальных отношений возрастают случаи ВИЧ-инфекций между донорами.

Тұжырым

Жүйелі еркіті донорларды тарту жұмысының нәтижесі В, С гепатит түрлері мен ВИЧ-антиденелерінің азаюына комектеседі. Гетеросексуалық жынысық карым-қатынастың өсуіне байланысты, донорлар арасында ВИЧ-инфекциясының өсуіне әкеп соктырады.

Summary

Rate of HIV and viral hepatitis markers was evaluated among blood donors by screening and confirmatory assays. Systemic recruiting of voluntary nonremunerated blood donors leads to decreasing of prevalence of viral hepatitis markers among blood donors.

Введение. Обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов определено в качестве вида основной деятельности организаций службы крови. Основной опасностью, привлекающей внимание общества, является передача с трансфузионной средой инфекций от донора к реципиенту. К наиболее опасным гемотрансмиссионным инфекциям относят ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, сифилис. Последним барьером на пути таких инфекций в сосудистое русло реципиента является лабораторное обследование донорской крови [1, 2].

Наряду с высокой чувствительностью методов скрининга маркёров инфекций важна и специфичность с тем, чтобы не допустить необоснованного отвода от донорства здоровых лиц и сокращения донорского контингента. Порядок медицинского обследования донора крови и её компонентов определяет необходимость скрининга при каждой донации поверхностного антигена вируса гепатита В, антител к вирусу гепатита С, ВИЧ-1 и ВИЧ-2, антител к антигену возбудителя сифилиса [3].

Для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служба крови использует алгоритм. Этот алгоритм предполагает три этапа исследования:

1. Проведение первичной лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции с помощью иммуноферментных тест-систем, выявляющих одновременно антиген и антитела к ВИЧ;

2. Проведение подтверждения результатов и арбитраж первичных исследований сывороток крови;

3. Постановку окончательного лабораторного анализа и подтверждения наличия антител к вирусу иммунодефицита человека методом иммун-

ного блота. Для проведения анализа по подтверждению наличия HbsAg и анти-ВГС обязательно использование тест-систем другого производителя или тест-систем другой серии и проведения подтверждающего тестирования.

Цель. Оценить частоту выявления маркеров ВИЧ, вирусных гепатитов В и С, сифилиса у доноров крови при скрининге и в подтверждающих тестах.

Материалы и методы. Скрининг антигена/антител к ВИЧ -1/2, маркёров гепатитов В и С, антител к сифилису проводился в лаборатории диагностики инфекций. Для скрининга использовали тест-системы:

- Genscreen ULTRA HIV (Bio-Rad, Франция), (% исследований с 2008 года);
- «КомбиБест ВИЧ -1,2 АГ/АТ» («Вектор-Бест», Новосибирск);
- «ДС — ИФА-ВИЧ-АГАТ-Скрин» («Диагностические системы», Нижний Новгород).

Для скрининга анти-ВГС использовали тест-системы:

- «ИФА - Анти-HCV» («Диагностические системы», Нижний Новгород);
- «Бест анти - ВГС» («Вектор Бест», Новосибирск);
- «Monolisa HCV Ag-Ab ULTRA» (Bio-Rad, Франция);
- «ДС-ИФА Анти- HCV-Спектр GM» («Диагностические системы», Нижний Новгород).

Для скрининга HbsAg использовали тест-системы:

- «ДС-ИФА- HbsAg» («Диагностические системы», Нижний Новгород);
- «Вектогеп В- Hbs-антител», производство Вектор - Бест Новосибирск;

Таблица 1. Результаты скрининга ВИЧ у доноров в 2008-2010 гг.

Год	Всего исследований	Первично-позитивные		Направлено образцов в ОЦ СПИД	Подтверждено	
		Абс.	%		Абс.	%
2008	5697	8	0,14	4	2	50
2009	6156	22	0,35	1	1	10
2009	4484	14	0,31	0	0	0

Таблица 2. Результаты скрининга анти-ВГС у доноров 2008-2010 гг.

Год	Всего исследований	Первично-позитивный		Подтвержденный результат		
		Абс.	%	Абс.	%	% верификации
2008	5697	62	1,08	50	0,87	80,64
2009	6156	93	1,51	77	1,25	82,79
2010	4484	56	1,2	43	0,95	76,78

«Monolisa HbsAg ULTRA» (Bio-Rad, Франция).

Результаты. Вирус иммунодефицита человека. В течение 3 лет наблюдения доля первично-положительных результатов значительно увеличилась.

Повторно реактивный результат регистрируется по итогам перестановки на тест-системе другого производителя и подтверждает начальный в 35-50% случаев. Доля повторного исследований с 2008 по 2010 гг. сократилась в 2 раза. Однако значимых изменений доли положительных результатов перестановки скрининговых тестов в 2008-2010 гг. не зарегистрировано. В 2008 году доля повторно реактивных результатов скрининга составила 50%. Подтверждение положительных результатов скрининга проводится методом иммуноблота. Доля подтвержденных результатов снизилась в течение 3 лет более в 5 раз.

Вирус гепатита С. Распространённость позитивных результатов скрининга и подтверждающего теста на наличие анти ВГС в 2008-2010 гг. увеличилась.

По итогам подтверждающего теста доля анти-ВГС - позитивных доноров в 2009 году по сравнению с 2008 годом увеличилась в 1,5 раза на

12,1%. В 2010 году зарегистрировано значимые сокращения, выявляемые анти-ВГС, как по сравнению с 2008 годом, так и по сравнению с 2009 годом.

Вирус гепатита В. Доля HbsAg-положительных результатов первичного ИФА-скрининга не превышает 1% общего количества донаций и с 2008 по 2010 год сократилась на 70%.

Сокращение числа ВГС-позитивных безвозмездных доноров равно как и число вновь выявленных носителей HbsAg связано, во-первых, с отсевом лиц с факторами риска на до лабораторном этапе; во-вторых, с увеличением числа постоянных безвозмездных доноров.

Выводы. Систематическая работа по привлечению добровольных безвозмездных доноров среди здоровой части населения приводит к сокращению распространённости маркеров гепатитов В и С в донорском контингенте. Распространённость ВИЧ-инфекции среди потенциальных доноров возрастает в связи с активизацией гетеросексуальной передачи ВИЧ. Систематическая работа по привлечению добровольных безвозмездных доноров приводит к сокращению распространённости маркеров гепатитов В и С в донорском контингенте.

Таблица 3. Результаты скрининга HBsAg у доноров 2008-2010 гг.

Год	Всего исследований	Первично-позитивный результат		Подтвержденный результат		
		Абс.	%	Абс.	%	% верификации
2008	5697	61	1,07	35	0,61	57,37
2009	6156	58	0,94	31	0,5	53,44
2010	4484	12	0,26	8	0,17	66,66

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранова Е.И. Возможности современных тест-систем для подтверждения ранней ВИЧ-инфекции / Е.И. Баранова, И.Н. Шарипова, Н.М. Денисова. - Вопрос вирусологии. – 2009. - Т.52, № 5. - С. 37-40.

2. Гаврилова Н.И. Гепатит В, С, Д - проблемы изучения, лечения и профилактики / Н.И. Гаврилова. - Москва, 1997. - С. 44-45.

3. Жибурт Е.Б. Иммуноблот в подтверждении результатов скрининга антител к вирусу гепатита С у доноров крови / Е.Б. Жибурт, А.Х. Асади, Е.Г. Черкасов, Е.В. Кузнецова / / Вопрос вирусологии. - 2004. - Т. 49, № 6. - С. 44-46.

УДК 615.38-093/-098

АЖАЛ АРАШАСЫ – ДОНОР

Ж.Д. КЕНЖЕБАЕВА

МКҚҚ «Рудный қалалық қан орталығы», Рудный қаласы

Резюме

В статье описана важная задача комплектования доноров – это привлечение к донорству тех слоев населения, которые принимают участие истинно безвозмездно по моральным соображениям.

Тұжырым

Бұл мақалада донорлардың жинақтауын маңызды міндегі сипатталған - бұл моралдік пікірлер бойынша тегін шын араласатын қалып бұқара топтары донорлыққа тарту.

Summary

In that article described the main recruitment for the blood-donors- it's draw humans in donor that take participation free of charge.

Адамға қайтадан жан кіргізу ғаламатын күн сайын кез келген емханадан, әрбір перзентханадан кездестіруге болады. Мындаған адам қан алмастырып құюдың арқасында сап-сау тіршілік етіп жатыр Босанар кезде көп қаннан айырылған аналар, хирургиялық операция кездейсок оқиғалар мен авариялар кезінде қансыраған адамдар қаншама десенізші. Медицина табыстарының мәнділерінің бірі-қанның құрамын оның бөлшектеріне компоненттеріне бөлу мүмкіндігінің табылуы. Қазіргі уақытта донор қанын сол күйінде тұтас пайдаланбай, оның құрамды бөліктерін – плазма, эритроцит, тромбоконцентрат, лейкоцит етіп пайдалану қажеттігін тәжірибе көрсетіп отыр. Өте тиімді кан препараторын дайындау да ғалымның зор жетістігі болып табылады. Қан препараторын даярлау үшін көп мөлшерде донор қаны, плазмасы керек. Нағыз қынқыстау сәтте дәрігердің қолында шипалы донор қанының жеткілікті мөлшерде дозасы болса , онда адамды ажал тырнағына іліктірмей аман алып қалуына оның мүмкіндігі мол. Медицина ғылымының және көп жылғы тәжірибелін көрсетуіне қарғанда , азгана қан берген донордың денсаулығына, көніл күйіне ешқандай нұқсан келмейтіні баяғыда айқындалған шындық. Қанның бестен бір бөлігін, яғни 1 литрге

жуығын жоғалтқаның өзінде ересек дені сау адамның өміріне қауіп төнбейтіні белгілі.

Донорлар денсаулығына ешқандай зиян келтірмей-ақ жылына бір бергенде 500 текше сантиметр қанды 4-6 рет өткізеді. Әрине бұл айтылғандардың барлығы тек денсаулығы құшті адамдарға ғана қатысты. Қан тапсыруышылық тек қан құюды қажет еткен ауру адамға ғана емес, сонымен катар донордың да денсаулығына аса пайдалы. Мұндай жәйт қан тапсыруышылықты ең алдымен адамгершілік деп санайтын адамдардың да ойына келе бермейді. Донор болғаннан кейін оның денсаулығы өзінің жеке ісі болудан калады. Ол қан тапсырап алдында немесе қан тапсыратын күні алкоголь ішімдіктерін ішуге ешқандай болмайтынын білуге тиіс. Әр қан тапсырап алдында, әсіресе алғаш рет қан тапсыруға келген адамның денсаулығын тәжірибелі дәрігерлер үқыпты тексереді. Әрине, бұл тексеруді аурухана мен емханада денсаулықты арнаулы зерттеумен салыстыруға болмайды, дегенмен ол участке дәрігеріне барумен бірдей. Жайшылықта адам жанға батпаса, өзін зорлап дәрігерге профилактикалық тексеріліске келе бермейді. Егер сіз жылына ең болмаса бір рет қан өткізетін донор болсаныз, әнгіме басқаша. Бұл жағдайда сіз міндегі түрде өз денсаулығынызды тексересіз.

Қан қызметі мекемесінде донорларды қабылдау өзін күеландыратын құжаттар негізінде тіркеу жүргізіледі. Донорды тіркегеннен кейін оны компьютерлік мәліметтер банкісінен тексеруден өткізеді (тері - венерология, нашақорлық, инфекциялық ауруханаларда есепке алынғандар) Доно-рға типтік анкета (Қазақстан Республикасы Денсаулық сактау ісі жөніндегі агенттігінің 23.10.2000 жылғы бұйрығы) беріледі, оны өз бетімен немесе медициналық тіркеушінің көмегімен толтырады. Сонан соң донордың қан тобы мен резус факторы және гемоглобині аныкталады. Терапевт дәрігердің қабылдауында анкета сұраптары бағаланып, дәрігер одан денсаулығы және қандай аурумен ауырғаны туралы сұрайды.Дәрігермен өткізген өнгіме кезінде донор еріксіз қөп нәрсе үйренеді. Ол, мысалы қөп ауруларда жасырын өтетін кезең болатынын, бұл кезде адам ауруды жұқтырғанымен оның әлі біліне қоймайтынынан хабардар болады. Донордың семьясында немесе жұмысындағы жолдастарының арасында кейінгі жарты жыл ішінде сары аурумен ауырған жағдайдың болған-болмағанын, дәрігердің мүншалықты неге қадала сұрайтыны оған енді түсінкіті. Егер мұндай аурумен қарым-қатынаста болса, дәрігер донордың кейіндеу келуін өтінеді. Донордан соңғы уақытта хирургиялық операция, тіпті тіс жұлғызы, укол салу, татуировканы өшіру фактісі болды ма деп те сұрайды. Егер дәрігерде нендей бір күмән болса, ол қосымша сұраптар қояды. Егер жөтел, көкірегінде шашшу, жиі бас ауру сияқты симтомдар табылса, онда ол адамды толық тексеру үшін тиісті мамандарға жібереді. Дәрігерлік тексеру кезінде әрбір донордың қан қысымын, гемоглобиннің аз-көптігін анықтайды. Қан қысымын өлшеу донорлыққа қан қысымының жоғары немесе тәмен адамдарды жібермес үшін қажет. Қан қысымы жоғары адамдар дәрігерден қан алуын жиі өтінеді. Шынында, гипертониядан зардап шегіп жүрген адамдардың қаны әдет-

те, қан құю үшін және препараттар дайындау үшін пайдалы, бірақ оны тек ерекше сактықпен және емдеуші дәрігердің кенесі арқылы ғана алуға болады. Қан тапсырған донорлардың қандары зертханалық тексеруден толық өтіп ,зерттеу нәтижелерін алғаннан кейін ғана, дұрыс анализдер берген донорлар қаны емдеу мекемелерінің сұранысымен босатылады.

Рудный қан орталығында 2009 жылы-3915 ақысыз донорлар келіп қан тапсырса ,2010 жылы-3102 донор қабылданған екен. Құн сайын келіп жатқан донорлардың төрттен бірі донорлық қайшылықтарға байланысты аластатьып отырады. Донорлық біздің елімізде гуманизмнің енбір көрінісі,жолдастық көмектің айқын бір айғағы. Мұндай ерлік көрсеткендер әрқашан құрметтеледі де қадірленеді, адамның азаматтық парызы болып есептеледі. 18 жастан былайғы дені сау адамдардың бәрі де донор бола алады. Дәрігерлер донор болатын адамды іріктең уақытта «сырқатқа шипасы тисін,донор денсаулығына еш зиян тимесін» деген принципті қолданады . Донорлар біздің елімізде қадірлейтін ,камкорлыққа алынған абзал жандар. Қан берген құні донор бір құн дем алуына болады, жалақысы сакталады,немесе ол құнді жылдық демалысына қосуға да болады. Донор қанының қайнар көзі бір минутка болса да суалып қалды делік? Сонда не болар еді? Қазірге медицинаның тұрғысынан қарағанда,адам айтқысыз кеселге душар болар едік. Адам жанын ажалдан арашалап қалатын операциялардың бәрі де тоқталар еді. Естен тану, қан кету, жансыздану, қансырау сияқты ұмтылып бара жатқан кеселдер тағы да соры қайнаған адамдардың жоралғысына айналар еді. Бакыттың қарай, мұндай құбылыстың біздің елімізде болуы мүмкін емес .Әйткені ары таза ақ көніл ,адал жандар баршылық. Олар өздерінің шипалы қандарымен талай адамдарды ажалдан арашалап аман алып қалады.

УДК 616-082 (1-22)

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

К. Ж. ДЕНДИБАЕВА, К.К. МЕДЕУБАЕВА

ГККП сельская больница с.Боралдай,
Национальный Центр проблем формирования здорового
образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Резюме

Есть успехи на пути у сельского здравоохранения. Реальные, действенные шаги по улучшению качества здравоохранения, повышению комфортности лечения, приближению нашей медицинской помощи к стандартам европейского масштаба в последнее время весьма ощутимо заметны. Следует отметить, что это современное лечебное учреждение, не уступающее городскому виду, оснащено необходимым медицинским оборудованием, компьютерной техникой, санитарным автотранспортом. Также нас порадовали результаты работы сельских медиков.

Тұжырым

Аулдағы денсаулық сактау жолдағы жетістіктер бар. Бұғынгі күні денсаулық сактау саласында сапанын жақсаруы, дәрігерлік жәрдемі, емдеудін жоғары деңгейі еуропалық масштабының стандарттарына жуықтауы соңғы кезде адымдарға тіпті өсерлі көрінеді. Бұл емдеу мекеме жұмыс нәтижесімен қуантып, қажетті дәрігерлік жабдықпен, компьютер техникасы, санитарлық автокөлікпен камтылып, сонымен қатар қалалық емханасынан айырмашылығы шамалы екендігі туралы айтуды керек.

Summary

There is a progress in the way of rural health care. Real, practical steps to improve the quality of health care, superior treatment, the approximation of our health care to the standards of European dimension in recent times have been significantly noticeable. And we must say this medical institution, its modern, not inferior to urban form state, with the whole necessary medical equipment, computer equipment, sanitary transport, pleased with the results of rural physicians.

Основной целью Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны и направлена на повышение эффективности по вопросам охраны здоровья населения.

На период до 2015 года основным приоритетом в отрасли здравоохранения станет значительное усиление профилактической медицины и социальной направленности здравоохранения. Для обеспечения доступности медицинской помощи, особенно для сельских жителей, проживающих в отдаленных и труднодоступных регионах, государством поддержано развитие транспортной медицины, в том числе санитарной авиации.

Больница с. Боралдай имеет в своем составе стационар на 50 коек и поликлинику на 150 посещений в смену. В больнице развернуты отделения: терапевтическое на 15 коек, хирургическое 15 коек, гинекологическое 20 коек. В процессе совершенствования больницы организовывались новые специализированные службы, в коллектив вливались новые специалисты, и больница заявила о себе как современное лечебно-профилактическое учреждение, в поликлинике организованы специализированные приемы. Основное направление больницы - это оказание качественной медицинской помощи сельскому населению,

улучшение материально-технического оснащения, совершенствование амбулаторно-поликлинической службы, внедрение в практику новых медицинских технологий, новых форм и методов организации труда и бесплатное лечение в стационаре [4].

Руководство больницы уделяет значение профессиональному росту сотрудников, духовному и физическому развитию, организации культурного досуга медицинских работников. На высоком уровне организовано наставничество, работа художественной самодеятельности, спортивно-массовая работа. Работники больницы явились инициаторами проведения мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, пользующихся огромной популярностью у населения. Работа гинекологического отделения на 15 коек направлена на оказание гинекологической помощи сельским женщинам.

Один из самых распространенных поводов для обращения к врачу гинекологу является патология шейки матки, которые составляют 35-40 обращений в день, из них 20 беременных. С патологией шейки матки около 20 человек, в том числе 15 с эрозией шейки матки. Эрозия шейки матки представляет собой патологический процесс на влагалищной части шейки матки. Он заключается в дистрофии и слущивании плоского многослойного эпителия, на смену которому при-

ходит цилиндрический эпителиальный покров. Это довольно распространенное гинекологическое заболевание, встречающееся приблизительно у 15% пациенток, обратившихся к врачу, но по разным данным, страдают им до половины женщин репродуктивного возраста [2]. При врачебных осмотрах болезнь чаще всего диагностируется на стадии заживления. Причины возникновения данной патологии до конца не выяснены. Решающую роль в ее развитии имеет наличие хронического воспалительного процесса шейки матки — цервицита, которое сопровождается значительным повышением секреции слизистой оболочки. Меньшее значение имеют патологические выделения из маточной полости. Они негативно воздействуют на клетки плоского эпителия, вызывают их разрушение и отторжение. Пораженная поверхность заселяется микроорганизмами, проникающими преимущественно из влагалища. Иногда происхождение очагов эрозии шейки матки связывают с механическими травмами, полученными в результате родов или хирургических абортов. Существует и теория о решающей роли эндокринного дисбаланса, прежде всего это касается содержания половых стероидных гормонов [3]. Подтверждением данного мнения является появление патологического процесса в период вынашивания ребенка, прекращение которого наблюдается после родов и связывается с нормализацией гормонального статуса. Спровоцировать заболевание могут и не вылеченные вовремя половые инфекции, и снижение общего иммунитета. Участок пораженной ткани представляет собой благодатную почву для размножения патогенных микроорганизмов. Определенную роль способно сыграть травмирующее действие на слизистую оболочку половых органов химических и барьерных контрацептивов, раннее начало половой жизни, частые и грубые сексуальные контакты. Иногда встречается врожденная форма заболевания, она характерна для пациенток детского возраста.

Актуальной остается проблема перехода патологического процесса в злокачественное русло. Вероятность такой трансформации довольно велика, особенно при наличии вируса папилломы человека (ВПЧ), именно поэтому эрозию шейки матки часто называют предраковым состоянием. Особенно опасными в этом отношении считаются длительно существующие, устойчивые к медикаментозным способам лечения, а также склонные к повторным обострениям случаи. Вероятность развития опухолевого процесса значительно увеличивается при наличии кровоточивости. Симптомы эрозии шейки матки

различаются, в зависимости от разновидности патологического процесса. Принято выделять три формы этого заболевания — врожденную, истинную и псевдоэрозию. Первая проявляется в смещении границы между многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. При этом последний выстилает небольшую область вокруг наружного зева цервикального канала. Это происходит в результате незавершенности дифференцировки эпителиальных тканей на этапах внутриутробного и раннего постнатального развития.

Врожденная форма заболевания характеризуется наличием округлых или неправильной формы очагов поражения, которые имеют алую окраску и гладкую поверхность. Признаки воспалительного процесса или повышенной секреции слизистой оболочки отсутствуют. Обычно они встречаются в детском и подростковом возрасте, не требуют лечения и имеют выраженную тенденцию к обратному развитию. При сохранении их до репродуктивного возраста в результате сексуальных контактов возможно инфицирование, влекущее за собой развитие воспалительного процесса, но они редко подвержены злокачественному перерождению. Основным симптомом истинной эрозии шейки матки является наличие раневой поверхности, которая имеет ярко-красный цвет и кровоточит при касании. Она содержит расширенные кровеносные сосуды, слегка отечна, иногда характеризуется присутствием слизисто-гнойных выделений. Причиной их появления становится воспалительный процесс (цервицит). Эта стадия заболевания довольно непродолжительна, около одной - двух недель, вследствие чего редко диагностируется при врачебных осмотрах. Псевдоэрозия развивается на основе истинной и выражается в постепенном заживлении очага поражения. Это происходит в результате замены отторгнутого плоского эпителия на цилиндрический. Подобная ситуация приводит к излишнему размножению железистых эпителиальных клеток и образованию довольно крупных кист, выявляемых при осмотре. На этом фоне наблюдается также гипертрофия шейки матки. Псевдоэрозия способна к стабилизации и может сохраняться в этом состоянии до нескольких лет, являясь при этом очагом хронического воспаления.

Итак, симптомами эрозии шейки матки являются кровянистые или гнойные выделения из половых путей, болевые ощущения при половом акте, нарушения менструального цикла. Однако не следует забывать, что болезнь может совершенно не проявлять себя внешне, угрожая при этом хроническим воспаление половых органов,

и, что более опасно — злокачественными новообразованиями. Поэтому для ее предупреждения и своевременного лечения необходимо регулярно посещать гинеколога, так как только полноценное диагностическое обследование позволяет точно подтвердить или опровергнуть наличие патологии.

Для диагностики этого заболевания используют осмотр с помощью гинекологического зеркала и метода кольпоскопии, а также исследование взятых на анализ образцов ткани с целью выявления атипичных (опухолевых) клеток. Данная патология является предраковым состоянием и потому нуждается в своевременной терапии, при этом пациентки с врожденной формой находятся под наблюдением врача. Подбор лечебных мероприятий основывается на установлении причины, вызвавшей заболевание, его стадии, широте распространения очагов пораженной ткани.

Прежде всего, лечение эрозии шейки матки направлено на обнаружение и устранение инфекции и признаков воспалительного процесса. Для этого женщина сдает необходимые анализы, на основании которых ей назначаются те или иные медикаментозные препараты. При терапии этого заболевания необходимо учитывать важную функцию шейки матки при вынашивании беременности и последующих родах, поэтому предпочтение должно отдаваться неинвазивным лечебным методикам, особенно у нерожавших пациенток. Истинную эрозию и псевдоэрозию с выраженным воспалительным процессом рекомендуется сначала пролечить щадящими методами (тампоны с лекарственными средствами), а затем уже прибегать к перечисленным выше про-

цедурам. В настоящее время постепенно отказываются от различных способов прижигания, например, электрокоагуляции пораженных участков, в связи с появлением рубцов и негативным воздействием на соседние ткани.

На сегодняшний день существует несколько основных методов лечения эрозии шейки матки. Наиболее эффективный метод, применяемый нами в лечении, является антибактериальная терапия и химическая коагуляция с применением препаратов на основе органических кислот. Эта процедура совершенно безболезненна, не оставляет на тканях рубцов, препятствует появлению рецидивов и онкологических процессов. Есть успехи на пути у сельского здравоохранения. Реальные, действенные шаги по улучшению качества здравоохранения, повышению комфорта лечения, приближению медицинской помощи к стандартам европейского масштаба в последнее время весьма заметны. Больница с.Боралдай - это современное лечебное учреждение, по виду не уступающий городской организации, оснащенный необходимым медицинским оборудованием, компьютерной техникой, санитарным автотранспортом, оказывает положительную роль на результаты работы сельских медиков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр.- Москва, ГЭОТАР, 2002.
2. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. - Москва, МЕДПРЕССИНФОРМ, 2002.
3. Кулакова В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулакова, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. - Москва, 2007.

УДК 615.38-093/-098:614.4 (574.21)

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПРИ ЗАГОТОВКЕ КРОВИ

Т.А. СИДОРУК, Ж.Д. КЕНЖЕБАЕВА, А.В. ГОРШКОДЁРОВ, Н.Э. ШУЛЬГАЧ

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

Для обеспечения безопасного использования своих продуктов (компонентов, препаратов крови) необходимо строго контролировать безопасность комплекса асептических мер в течение всего процесса сбора и переработки донорской крови.

Тұжырым

Қан орталығынан шығарылатын өнімнің (компоненттер мен препараттары) қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қан дайындау барысында бүкіл технологиялық үрдіс барысын қатты қадағалау жөн.

Summary

To ensure the safe use of its products (components, blood products) necessary to strictly control the security complex aseptic measures during the entire process for harvesting and processing of donated blood.

Госпитальные (нозокомиальные) инфекции остаются актуальной проблемой здравоохранения всех стран мира в связи с уровнем заболеваемости, значимым социально-экономическим ущербом, наносимым ими. Основной путь профилактики госпитальных инфекций - разрушение цепочки инфекции (воздействие на разные звенья эпидемического процесса) [1,2].

Способы разрушения цепочки инфекции:

1. Осуществление эффективного контроля за внутригоспитальной инфекцией (инфекционный контроль);
2. Изоляция источника инфекции;
3. Уничтожение возбудителей инфекции (дезинфекция и стерилизация);
4. Прерывание путей передачи;
5. Повышение устойчивости организма (иммунитета) человека;

Во главе всей многогранной работы стоит медсестра, которая организует, выполняет и отвечает за выполнение мероприятий по профилактике внутригоспитальных инфекций.

Цель: Проведение анализа бактериологического самоконтроля крови за 2008-2010 гг.

Результаты: Важной задачей науки и практики является разработка и создание безопасных условий пребывания человека в медицинском учреждении. В ГККП «Рудненский центр крови» проводится работа по созданию безопасных условий пребывания доноров в центре крови, и в равной степени относится к реципиентам компонентов крови. Важнейший составляющий инфекционной безопасности является предупреждение передачи микроорганизмов через компоненты крови. У нас проводится регулярный инфекционный самоконтроль.

Таблица 1. Результаты бактериологического самоконтроля крови за 2008-2010 гг.

год	обследовано крови		обследовано плазмы		обследовано эритроцитной массы	
	кол-во анализов	результат обслед.-й	кол-во анализов	результат обслед.-й	кол-во анализов	результат обслед.-й
2008	152	отр	80	отр	57	0
2009	199	отр	106	отр	84	0
2010	181	отр	137	отр	86	0

Таблица 2. Результаты бактериологического инфекционного самоконтроля с рук, локтевых сгибов доноров, стерильного материала и воздуха.

год	смывы с рук		смывы с рук		бакпосев со стерил. материала	
	кол-во анализов	результат обслед.-й	кол-во анализов	результат обслед.-й	кол-во анализов	результат обслед.-й
2008	152	отр	80	отр	57	0
2009	199	отр	106	отр	84	0
2010	181	отр	137	отр	86	0

Как видно из таблицы 1, за последние 3 года проведено 688 баканализов крови и её компонентов – все результаты анализов отрицательные.

Как видно из таблицы 2 за последние 3 года 4598 баканализов, один баканализ посева воздуха после работы положительный – общее микробное число (ОМЧ) после работы составило 15 колоний в 1м³ (норма в конце работы 10 колоний в 1м³). Бактериологическое исследование – микробной обсеменённости предусматривает выявление патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Проводятся эти исследования с целью самоконтроля и с целью контроля санитарно-противоэпидемического режима в центрах крови.

Выводы: 1. Необходимо уделять большое внимание бактериологическому исследованию с целью контроля над соблюдением санитарно-противоэпидемического режима. 2. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима способствует инфекционной безопасности компонентов крови.

Таблица 2а. Результаты бактериологического инфекционного самоконтроля воздуха.

год	бакпосев воздуха	
	кол-во анализов	результат обслед. й
2008	514	1 – полож 513 - отр
2009	750	0
2010	736	0

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амиреев С.А. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях / С.А. Амиреев, Т.А. Муминов, Б.Л. Черкасский, К.С. Оспанов // Т.1. - Алматы, 2007.
2. Кулешова Л.И. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова, Л.А. Рубашкина. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.

УДК 615.38-051/-052:614.2 (574.21)

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ ЦЕНТРОВ КРОВИ В РАЗВИТИИ ДОНОРСТВА

A.B. ГОРШКОДЕРОВ

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

Работники здравоохранения должны быть инициаторами и играть ведущую роль в содействии гуманного и патриотического движения за сдачу крови.

Тұжырым

Дәрігерлер энтузиаст болуы және бастаушы рөлді ойнау және адамгершілікпен отан сүйгіштік қозғалыстың насыхаттаудың канының тегін тапсыруына ықпал болу керек.

Summary

Health workers must be enthusiastic and play a leading role in promoting humane and patriotic movement for the grant giving blood.

Учреждения службы крови осуществляют обследование и взятие крови у доноров. Этим определяются особенности участия среднего медперсонала. Основная задача среднего медицинского персонала центров крови состоит в комплектовании различных групп доноров путём привлечения к повторным дачам крови лиц с заранее известными показаниями групп крови, резус-принадлежности и т.д. Это объясняется необходимостью обеспечения заявок лечебных учреждений. Если медсестра понимает важ-

ность проведения такой работы и хочет ею заниматься, то обращение к донорам звучит убедительно и авторитетно, и они откликаются на её призыв. Донора нужно убедить, но нельзя заставить, а поэтому нужно заслужить его доверие.

Работа среднего медперсонала службы крови складывается из следующих этапов:

- 1) вызов донора на повторную дачу крови;
- 2) регистрация доноров, явившихся на дачу крови, и оформление донорской документации;

- 3) лабораторное обследование перед дачей крови;
- 4) подготовка и направление доноров на дачу крови, взятие крови доноров.

Внимательное, приветливое и доброжелательное отношение к донору во время его пребывания в центре крови играет решающую роль в сохранении и увеличении донорских кадров. Вызов донора на повторную дачу крови можно письменно или по телефону. Регистрация доноров и оформление донорской документации только после предъявления удостоверения личности. К оформлению документов донора на всех этапах необходимо относиться ответственно и внимательно. Каждый медработник обязан предельно внимательно и серьёзно относиться к заполнению документов донора и на заготовленные компоненты крови.

Лабораторное обследование доноров. Техника взятия крови на анализы и методы их проведения не отличаются от принятых в практике

клинико-биохимических лабораторий. При обслуживании доноров в лаборатории необходимо подготовить рабочее место и организовать работу, чтобы доноры затрачивали максимальное время на обследование. Подготовка доноров к направлению на дачу крови проводится под наблюдением среднего медперсонала. Взятие крови у доноров проводит опытная медсестра-эксфузионист в присутствии врача. На среднем медперсонале лежат следующие основные обязанности: подготовка операционной, материала, систем, гемаконов для взятия крови.

Круг обязанностей медсестры определяется в зависимости от того участка, на котором она работает. Следует подчеркнуть, что внимательное отношение к донору на всех этапах его следования, а также лишний раз сказанное «спасибо» являются своеобразной формой пропаганды донорства, которая целиком зависит от персонала центров крови.

УДК 615.38:614.2:374.74 (574.21)

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОПАГАНДЫ ДОНОРСТВА

А.В. ГОРШКОДЕРОВ

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

Формы и методы пропаганды пожертвований разнообразны. Успех зависит от инициативы адвокатов, пожертвования работников здравоохранения на их способность использовать различные методы в конкретных условиях, хорошей организации, работающей по содействию донорству крови на способность лектора войти в контакт с аудиторией. Это должно быть сделано не как компании, но систематически и методично.

Тұжырым

Донорлықтың насыхаттау үйімінде форма мен әдістері түрлі. Истің жетістігі донорлықтың үгіттеуші-дөрігерлердің әрекетіне байланысты, олардың әр түрлі әдістердің накты шарттарда пайдалана білу, насыхаттау жұмысты жаксы үйымдастырудан және лектордың дәрісінанамен байланыс жолдарын табу. Бұл жұмыс, серіктестік түрде емес, жоспарлы да жүйелі түрде болғаны жөн.

Summary

Forms and methods of propaganda donation varied. Success depends on the initiative advocates, health professionals' donation on their ability to use various methods to specific circumstances, the good organization working to promote blood donation on the ability of the lecturer to get in touch with the audience. This should be done not as a company, but systematically and methodically.

Основным методом вовлечения населения в ряды доноров – это систематическая, целенаправленная, хорошо организованная работа по пропаганде донорства. Цель пропаганды – довести до сознания каждого здорового человека, что его моральный долг – предоставить часть своей крови для спасения больного. Кровь как лечебное средство не заменима. Источником её получения может быть здоровый человек, добровольно да-

ющий свою кровь – донор. Кровь является ценнейшим биологическим препаратом физиологического действия. В последние годы большое применение нашли отдельные компоненты и препараты крови. Донорство безвредно. Многочисленными исследованиями доказано, что дача крови в физиологической дозе (400-450 мл) под наблюдением специалистов безвредна для здоровья доноров. Население при операциях, травмах, заболеваниях и

так далее получает бесплатно компоненты крови.

Методы пропаганды донорства. 1. Устная пропаганда – основным методом пропаганды являются чтение лекций и бесед. Лекции читают в тех случаях, когда нужно провести пропаганду в большой аудитории или слушатели недостаточно знакомы с вопросами донорства. В женских коллективах при чтении лекций следует акцентировать внимание при послеродовых кровотечениях, операциях, применение препаратов из крови при тяжёлых травмах, ожогах и т.д. В научно-исследовательских институтах лектор должен приводить данные о последних достижениях науки в области трансфузиологии и безвредности донорства. При проведении лекций и бесед с молодёжью подчёркивать их особую роль в развитии донорства. 2. Беседа – предусматривает участие самих слушателей в обсуждении вопросов донорства под руководством врача-пропагандиста. Она проводится с группой людей 10-15 человек. Вопросы, разбираемые во время беседы должны носить конкретный характер. В лекциях и беседах рекомендуется широко использовать конкретные данные о лечении пациентов переливанием компонентов крови и самоотверженности доноров. 3. Метод печати – это массовое средство пропаганды донорства. Оно не ограничено ни временем, ни пространством. К нему относятся: книги, журналы, брошюры, листовки, памятки, статьи в газетах и журналах, специальные бюллетени, лозунги, витрины вопросов и от-

ветов. 4. Метод наглядной агитации – средствами его являются плакаты, лозунги, выставки. Суть состоит в том, чтобы привлечь внимание граждан к проблеме донорства, поэтому наглядная агитация должна быть в виде броского яркого призыва, оформленного плакатом или лозунгом, которые вывешиваются на видном месте. 5. Комбинированный метод – этот метод занимает очень важное место в пропаганде донорства. Он включает в себя кино, радио, телевидение. Использовать их нужно с исключительным тактом и осторожностью. Большую ценность представляют выступления медработников по местному радио и телевидению, на радиоузлах предприятий и учебных заведений.

Организация пропаганды донорства на предприятиях. День донора – это день, когда производят массовое одновременное взятие крови от большого количества людей – безвозмездных доноров. Необходимо помнить, что пропаганду донорства нужно проводить постоянно. Задачей агитации и пропаганды за донорство является создание психологической подготовки к выполнению своего гражданского долга в виде посильной помощи больным. Особое внимание медработник должен уделять вопросу о количестве крови, которое берут у донора. Необходимо акцентировать, что принцип добровольности донорства заключается в том, что здоровый человек выражает своё согласие дать кровьльному человеку. Опыт показал, что многие безвозмездные по активности не уступают кадровым.

УДК 614.73:614.876(574.51)

О РЕЗУЛЬТАТАХ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОБЪЕМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ РАДОНА В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. КОРОБОВА

РГКП «Алматинский областной центр
санитарно-эпидемиологической экспертизы», г.Талдыкорган

Резюме

Из сказанного выше можно сделать вывод о сравнительно хорошей атмосфере для радона и торона в Алматинской области, поскольку есть несколько случаев превышения предельно допустимых уровней. Следует отметить, что эти выводы носят предварительный характер, так как более точные данные требуют систематического наблюдения в определенном районе в течение всего сезона.

Тұжырым

Жоғарыда айтылғандардың негізінде төмендегі қорытындыға токтауға болады: Алматы облысының аумағында радон мен торон бойынша салыстырмалы жағдай қалыптаскан, ейткені шектелген деңгейден асудың бірлі - жарым оқиғалары ғана кездеседі. Жасалған қорытындылар шамалық сипатында екенін атап өту керек, себебі нақты деректер алу үшін жылдың барлық мезгілдері ағымында белгіленген аймақта жүйелі бакылау жүргізу кажет.

Summary

From the above we can conclude about the relatively good atmosphere for radon and thoron in the Almaty region, since there are few cases of exceeding the maximum permissible levels. It should be noted that these conclusions are tentative, since more accurate data requires systematic observation in a certain area during all seasons.

В настоящее время большой научный и практический интерес в отношении радиационной опасности представляет радиоактивный газ – радон. Так как естественные радиоактивные элементы природного происхождения вносят основной вклад в дозу облучения человека, изучение радоновой обстановки остается приоритетным направлением в работе Алматинского областного центра санитарно-эпидемиологической экспертизы. По физическим свойствам радон представляет собой радиоактивный одноатомный газ без цвета и запаха. Растворимость в воде 460 мл/л; в органических растворителях, жировой ткани человека растворимость радона в десятки раз выше. Газ хорошо просачивается сквозь полимерные пленки. Газ-радон распространяется повсеместно, как в одноэтажных домах, так и в домах многоэтажной застройки.

Основным источником поступления радона в воздух помещений, является геологическое пространство под зданием. Граниты, в которых много урана, являются активными источниками радона, в то же время над поверхностью морей радона мало, также концентрация радона зависит от погоды (во время дождя микротрещины, по которым радон поступает из почвы, заполняются водой; снежный покров также препятствует доступу радона в воздух). Перед землетрясениями наблюдалось повышение концентрации радона в воздухе, вероятно, благодаря более активному обмену воздуха в грунте ввиду роста микросейсмической активности. Основные составляющие радиационного фона помещений в значительной степени зависят от деятельности человека. Это вызвано и выбором строительных материалов и конструктивных решений зданий и применяемых в них систем вентиляции.

Изучение радоновой обстановки области специалистами областного центра санитарно-эпидемиологической экспертизы, проводится с помощью прибора радиометра-аэрозолей РАА-10. Обследуются жилые и общественные здания, возведенные из различных строительных материалов (деревянные, кирпичные, саманные, железобетонные, шлакоблокочные и другие). Проанализированы данные по радоновой обстановке области за период с 2008 по 2010 года. Анализ про-

водился по районам, в разные погодные условия и различные периоды года. За данный период времени специалистами лаборатории проведено 5 931 замеров, из них выявлено превышение предельно допустимых уровней (ПДУ) в 2 жилых домах и 3 общественных зданиях. Контрольными точками являются все 19 районов Алматинской области, на всех территориях, кроме Аксуского района и г. Текели максимальные концентрации радона в воздухе жилых зданий и производственных помещений не превысили 100 Бк/м.куб.(при ПДУ -200 Бк/м.куб. Нормы радиационной безопасности – 99).

Превышение предельно допустимого уровня содержания радона отмечалось в 2 жилых зданиях Аксуского района (0,2% замеров) и 3 общественных зданиях г. Текели (0,31%) причем только 1 раз в год из трех наблюдаемых (2008-2010гг.). При оценке показателей содержания радона установлено, превышение ПДУ зарегистрировано в зимне-весенний период (с января по май). Низкие показатели (до 100 Бк/м.куб.) в сентябре, октябре, ноябре месяцах. Так же, измерения не всегда подтверждают сложившийся вывод о том, что в подвальных помещениях и на нижних этажах зданий, радон скапливается в больших концентрациях, чем на верхних.

Анализ различных показателей содержания радона в зависимости от типов здания и используемых строительных материалов показал, что к «неблагополучным» можно отнести кирпичные общественные здания, жилые индивидуальные кирпичные здания, жилые индивидуальные саманные здания. Там зарегистрированы относительно высокие максимальные концентрации от 130 до 184 Бк/м.куб. Следовательно, в качестве «безопасных» строительных материалов для жилья можно рекомендовать как дерево, так и блоки. Также снижение уровня облучения населения от природных источников ионизирующих излучений во многом зависит от конструкционной особенности фундаментной части зданий – подпольного пространства и воздухообмена в нем. Подвальное помещение как промежуточное звено между почвой и надпочвенной частью здания снижает концентрацию радона в 5 ± 3 раза.

*Популяциялық және жеке деңгейлердегі салауды өмір салтын қалыптастыру
және инфекция емес ауырулардың алдын алу –
Профилактика неинфекционных заболеваний,
ФЗОЖ на популяционном и индивидуальном уровнях*

УДК 613.22:371.7:614.2

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

К.К. МЕДЕУБАЕВА, Р.С. КОЛОКИНА, Л.Н. ШУМИЛИНА

Национальный Центр проблем формирования
здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Резюме

Организация школьного питания требует межведомственного подхода при активной поддержке на государственном уровне с использованием своего и опыта других стран. В перспективе будут использованы полуфабрикаты высокой степени готовности, индивидуальная упаковка, контейнерная доставка продуктов. Важнейшим шагом является переход школьного питания на центральное изготовление готовых завтраков, обедов и полдников, обогащенных витаминами и микроэлементами. Это позволит снизить заболеваемость желудочно-кишечной патологией, элементарной анемией, обменными процессами, повысит иммунный статус, улучшит физическое и нервно-психическое развитие учащихся.

Тұжырым

Мектепте тамактануды үйімдастыру басқа елдердің тәжірибесінің колданып, мемлекеттің белсенді катысумен мекеме аралық жол талап етеді. Болашақта дайындықтың биік дөрежесі, оныңдердің жеке ораушы, контейнерлік жеткізулері шикізаттарды пайдаланады. Ең маңызды адым мектептерге тамактану астардың орталық жасауына өткелі болып табылады, дайын танертенгі, тұскі тамактар сонымен қатар витаминдермен және микроэлементпен байытылған кайта ішетін түстен кейінгі ас. Бұл ішек - карын патологиямен, қарапайым қаны аздықпен, зат алмасу үрдістерімен ауру-сырқау азайтуға мүмкіндік береді, иммунды мөртебесін жоғарылатады, окушылардың физикалық және психикалық дамытуын жақсартады.

Summary

School nutrition requires a multisectoral approach with active support at the state level using our own experience as well as experience of other countries. In the long term semi-processed with high level of readiness, individual packing, and container shipping products will be used. The most important step is the transition of school meals at a central manufacturing ready-made breakfast, lunch and afternoon tea, fortified with vitamins and microelements. This will reduce the incidence of gastro-intestinal disorders, elementary anemia, metabolic disorders, and it enhances immune status, will improve physical and neuropsychiatric development of schoolchildren.

Вопросы организации школьного питания в последние годы вызывают повышенный интерес в обществе, поскольку организация здорового полноценного питания детей в школьном возрасте во многом предопределяет успех сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения, как будущего нации.

Известно, что здоровье ребенка, его социально-психологическая адаптация, нормальный рост и развитие в значительной мере обуславливаются средой, в которой он живет. Для ребенка 6-17 лет этой средой является школа и правильное питание, как дома, так и в школе, особенно важно для полноценной жизни, качества учебы, самочувствия и здоровья в целом. В школьные годы происходит бурный рост всего организма, половое созревание и социальная адаптация, которые требуют немалых духовных и психических сил, хорошей физической формы.

В республике, по данным Агентства статистики Казахстана, проживает более 3,2 млн. детей

в возрасте от 0 до 14 лет и около 860 тысяч подростков в возрасте 15-17 лет. Этот огромный контингент детского населения, составляющий 25% от общей численности, требует постоянного контроля и коррекции состояния здоровья.

Данные медицинской статистики и проводимые профилактические осмотры указанного контингента отмечают, что последние годы в Казахстане наметилась негативная тенденция по ряду нозологических форм, среди которых лидируют болезни органов пищеварения. Так, данные осмотров 2002 года — года Здоровья, выявили эту патологию у 16,7% осмотренных, а в 2010 году — у 32,8%. Серьезное беспокойство вызывает распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей, чему способствует гиподинамия, нарушение питания в части кратности приема пищи, качества и сбалансированности, приверженности к фаст-фудам.

Казахстан находится в зоне умеренного йододефицита, и 20-30% населения республики, а в

некоторых районах до 70% населения страдает эндемическим зобом. По данным исследований, распространенность зоба у детей в регионах Казахстана, традиционно считавшихся эндемичными по зобу, составляет 21-59%. [2,3,4].

В цивилизованных странах проблеме школьного питания уделяют очень большое внимание именно на государственном уровне, а не по личной инициативе какого-то предпринимателя [4]. Учитывая глобальность и важность вопроса рационального питания для детей школьного возраста, решение его невозможно без межсекторального взаимодействия и государственной поддержки.

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и условиям обучения в общеобразовательных и интернатных организациях (приказ МЗ РК от 25.07.2003 г. №570, дополнение от 15.01.2008 г. №463 и от 22.06.2010г. №7) регламентируют санитарные нормы помещений, включающих столовые и буфеты и их содержание. В методических рекомендациях «Организация горячего питания учащихся в школьных столовых» (приказ МЗ РК от 13.08.2008 г. № 98) определены основные требования по обеспечению качественным и безопасным питанием школьников с учетом возраста.

В общеобразовательных школах Республики за счет средств местного бюджета организовано и осуществляется бесплатное горячее питание для детей младших классов. Однако возможности обеспечить горячим питанием имеются только в 76,7% школ, которые охватывают 69,5% учащихся. Среди них бесплатным горячим питанием охвачено 34% школьников. В каждой пятой школе имеется буфетная продукция.

Школьные столовые являются субъектами частного предпринимательства, проверки которых осуществляются в соответствии с законом Республики Казахстан «О частном предпринимательстве от 31 января 2006 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.04.2010 г.). Это значительно затрудняет проведение контроля за соблюдением санитарно-эпидемических условий и норм, качеством выпускаемой продукции, что негативно может оказаться на состоянии здоровья учащихся. В условиях современной школы не прививается культура питания, не учитывается физиологическая потребность в биологически ценных веществах, преобладает углеводистая модель питания. Имеет место уменьшение объема и веса блюд, не соблюдаются промежутки времени между приемом пищи. Не учитываются традиции и особенности национальной кухни. Трудно привыкать к «школьной» пище

первоклассникам, особенно тем, кто не посещал детские дошкольные учреждения. Все это требует особых подходов к организации питания в школах с учетом возможностей каждого региона, климатических особенностей, традиций, технического оснащения школьных столовых.

Здоровое полноценное питание – это соблюдение главных правил организации детского питания с учётом возрастного развития. За основу полноценного питания школьников должны быть взяты, прежде всего, «рацион питания». Почти 10 месяцев в году, школьник, как правило, завтракает и ужинает дома, в семье, а основное питание (обед) получает в школе. Поэтому необходимо предоставить такой рацион питания, который бы восполнял энергетические затраты ребенка и позволял поддерживать, сохранять и приумножать его здоровье, работоспособность, обеспечивал гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, а также способствовал успешному усвоению школьных предметов. [5,6].

Существуют определенные нормы, утвержденные Минздравом РК, которые четко регламентируют суточную потребность ребенка в основных пищевых веществах, витаминах и минералах: это 2000 ккал для детей до шести лет, 2600 ккал для подростков 14-17 лет. При этом белки должны составлять 14%, жиры 30% и углеводы 56% от общей калорийности рациона. Оптимальным режимом питания школьников в течение дня следует считать четырехразовый прием пищи с интервалом в 3-4 часа. Для детей шестилетнего возраста в школах рекомендуется трехразовое питание: горячий завтрак, обед, полдник. Учащиеся первой смены могут получать один рацион: завтрак или обед, а второй смены – полдник. Учитывая, что многие дети не очень любят супы и борщи, допускается заменить суп вторым блюдом, включать в меню дополнительно фрукты и салаты. На полдник могут быть бутерброды и выпечка, чай или сок, учитывая вкусы, потребностей и пожеланий детей.

Ребенок должен есть разнообразные пищевые продукты, а его ежедневный рацион – содержать около 15 наименований. В течение недели рацион питания должен включать не менее 30 наименований разных продуктов питания. Каждый день в рационе питания ребенка должны присутствовать такие продукты, как мясо, сливочное масло, молоко, хлеб, крупы, свежие овощи и фрукты. Рыба, яйца, сметана, творог и другие кисломолочные продукты должны присутствовать в рационе питания 2-3 раза в течение недели. [4]

Родителям и работникам школьных столовых рекомендуется четко придерживаться правила употребления и приготовления блюд с добавлением йодированной соли и фортifiцированных продуктов питания. В межсезонье ребенок должен получать витаминно-минеральные комплексы, рекомендованные для детей соответствующего возраста. Надо учитывать и такие психологические моменты, как прием пищи в спокойной и эмоционально комфортной обстановке.

При наличии у ребенка дефицита или избытка массы тела, его рацион питания должен корректироваться с учетом степени отклонения физического развития от нормы, а для школьников-спортсменов составляться с учетом объема физической нагрузки.

При организации питания в школе и дома для ослабленных детей, детей, страдающих диабетом, железодефицитной анемией, различными формами аллергии, желудочно-кишечными, сердечно-сосудистыми, почечными и лёгочными заболеваниями необходим индивидуальный подход, квалифицированные консультации детских диетологов. Рацион питания и особые рекомендации должны сообщаться родителям и контролироваться врачом школы или медсестрой. [6]

В школьных столовых г. Алматы детям предлагается научно-обоснованное четырехнедельное меню блюд, разработанное Казахской академией питания (КАП), и утвержденное управлением образования по согласованию с управлением санитарно-эпидемиологического надзора. Оно направлено на привитие детям культуры здорового питания и предупреждение у детей болезней органов пищеварения, алиментарной железодефицитной анемии, избыточной массы тела и связанных с ними неблагоприятных последствий для здоровья.

С вводом в действие завода КАП «Амир» в январе 2011 года, существенно расширились возможности для обеспечения школьников натуральным молоком и специализированными продуктами на кисломолочной основе. На первом этапе продукция завода будет поставляться в школы г.Алматы и Талгарского района, на территории которого располагается завод. Продукция завода, как важное дополнение к базовому питанию школьников, будет содействовать уст-

ранению микронутриентной недостаточности и гармоничному развитию детей.

Для снижения негативного воздействия на здоровье детей отдельных видов продуктов питания в дошкольных и общеобразовательных организациях Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков. По реализации данного Постановления проводятся рейды совместно со специалистами санитарно-эпидемической службы.

Организация питания учащихся в общеобразовательных учреждениях во время пребывания в школе, является важным направлением деятельности образовательных организаций, определяющим не только состояние здоровья школьников, но и эффективность их обучения. Нужны современные столовые здорового питания, оснащенные новым оборудованием и передовые технологии приготовления пищи на пару, которые позволяют экономить расходы на электроэнергию. Это, в свою очередь требует повышения квалификации школьных поваров, создания школьной индустрии питания. Большое значение для поддержания здоровья и профилактики болезней приобретает культура питания.

В Казахстане в 2011 году в г. Астане начнется строительство первого в республике комбината школьного питания. Разрабатываемая стратегия развития образования до 2020 года, планирует, что таких комбинатов в Республике Казахстан будет в 16-ти регионах. Учитывая актуальность решения проблем, связанных с питанием школьников в октябре текущего года будет проведен Форум для обмена международным и собственным позитивным опытом по организации питания школьников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О здоровье народа и системе здравоохранения / Кодекс Республики Казахстан. – 2009. – 194 с.
2. Германюк Т.А. Йододефицит, остеопороз, железодефицитная анемия: современный взгляд на проблему / Т.А. Германюк, А.А. Турекулова. Алматы, 2004.
3. Маланичева Т.Г. Эпидемиологические особенности заболеваний органов пищеварения у детей преддошкольного и школьного возраста / Т.Г. Маланичева // Вопросы детской диетологии. – Москва, 2011. - № 1. - С. 42-46.

УДК 616.153:915:616.1-008.9

АΝΤИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Б.Г. ИСАЕВА, Ш.М. КАЙЫРГАЛИ, С.Ж. САРСЕКЕНОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Городская поликлиника №14, г.Алматы**Резюме**

АФС представляет высокий риск в отношении развития кардио-васкулярных патологий и связанных с ними осложнений, что диктует необходимость проведения тщательного мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы, своевременного выявления и коррекции модифицируемых факторов риска и выработки тактики лечения этой категории пациентов.

Тұжырым

Антифосфолипидты синдромында кардио - васскулалы патологиялардың даму жолында жоғары қауіп-қатер келтіреді, сонымен қатар жүрек-қолқасы жүйесін мүкіят барлауды өткізуін қажеттілік етеді және белгінің дер кезінде анықталу, түрлендірлетін факторларды коррекциясын және емделушілердің бұл дәрежені емдеуі.

Summary

APS is a high risk for the development of cardio-vascular pathologies and their complications, which dictates the need for careful monitoring of cardiovascular system, timely detection and correction of modifiable risk factors and making treatment approach for this patient group.

В последние годы проблемы изучение антифосфолипидного синдрома привлекло внимание врачей многих специальностей. Согласно современным представлениям, под антифосфолипидным синдромом (АФС) понимают невосполительное аутоиммунное заболевание, определяемое наличием антифосфолипидных антител у пациентов с венозными и/или артериальными тромбозами, различными формами акушерской патологии, тромбоцитопенией, а также широкий спектр неврологических, кожных, сердечно-сосудистых нарушений, характер и выраженность которых зависят от локализации тромбозов и окклюзий в соответствующих сосудистых бассейнах [1]. Антифосфолипидный синдром может встречаться как самостоятельно, так и на фоне другого аутоиммунного заболевания, например системной красной волчанки (СКВ). Известно, что у 6-20% умерших больных СКВ смерть наступала вследствие кардиоваскулярной патологии, а у 4-15% - цереброваскулярной.

Поражение сердечно-сосудистой системы занимает особенно важное место в спектре проявлений антифосфолипидного синдрома (АФС) и характеризуется разнообразными формами патологии: инфаркт миокарда (ИМ), тромбоз крупных ветвей коронарных артерий, множественный интрамиокардиальный тромбоз; рестеноз после аортокоронарного шунтирования; рестеноз после черескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, поражение клапанов сердца, псевдоинфекционный эндокардит с вегетациями, недостаточность и/или стеноз митрального,

аортального и/или трехстворчатого клапанов, утолщение, фиброз и кальциноз створок клапанов, поражение миокарда (хроническая ишемическая кардиомиопатия), внутрисердечный тромбоз, артериальная гипертония, легочная гипертензия, атеросклероз и дислипопротеидемия [2].

В исследовании Середавкиной Н.В. включавшей 72 пациента СКВ с АФС, различные поражения сердечно - сосудистой системы были выявлены у 83% больных. Инфаркт миокарда, поражение клапанного аппарата сердца, внутрисердечный тромбоз и легочная гипертензия достоверна чаще встречалась у больных с АФС ($p<0,05$ по сравнению с пациентами СКВ без АФС) [3]. Тромбоз коронарных артерий является одним из возможных проявлений артериального тромбоза у больных с антифосфолипидными антителами (аФЛ) в крови [4]. Приблизительно у 5% аФЛ-положительных больных развивается ИМ. Asherson R.A. и соавт. описали 13 больных с АФС (преимущественно женщин), перенесших ИМ в молодом возрасте (до 30 лет), при отсутствии в анамнезе известных факторов риска ИБС [5].

Поражение клапанов сердца выявляли почти у 30–80% больных первичным и вторичным АФС. Например, по данным Hojink M. и соавт. которые проанализировали результаты 4 наиболее обширных трансторакальных эхокардиографических исследований (168 пациентов с первичным АФС), поражение клапанов сердца выявлялось у 32–38% пациентов, в то время как в контрольной группе у 0-5%. В работе Казахстан-

ского ученого Каскабаевой А.Ш. частота поражения клапанов сердца у больных СКВ с АФС составила 18,8%, при этом преобладала патология митрального клапана, что соответствует данным зарубежной литературы [6]. Установлено, что обнаружение аФЛ позволяет прогнозировать поражение клапанов у больных СКВ с чувствительностью и специфичностью соответственно 78% и 74%. Важно, что при СКВ вовлечение в процесс клапанного аппарата сердца ассоциируется только с наличием аФЛ, но не других серологических маркеров болезни.

Частым осложнением АФС является артериальная гипертония. Она бывает лабильной, нередко сочетается с сетчатым ливедо и поражением церебральных артерий в рамках синдрома Снеддона, но также может быть стабильной, злокачественной, приводящей к гипертонической энцефалопатии. В публикациях Российских и отечественных авторов артериальная гипертония встречалась в 30-50% случаев больных СКВ с АФС [6,7].

По данным проспективных исследований, примерно у 10% пациентов с СКВ наблюдается клинические проявления атеросклероза: стенокардия, ИМ, поражение мозговых или периферических артерий, а при аутопсии атеросклероз выявляют более чем у половины пациентов. В последние годы активно обсуждается вопрос о причине более раннего и более частого развития атеросклероза и связанных с ним кардиоваскулярных заболеваний при СКВ и АФС. Многие

факторы риска развития тромбоза, присутствуют у больных СКВ и играют роль в развитии атеросклероза [8]. К ним относятся длительный прием глюкокортикоидов, артериальная гипертензия, диабет, ожирение, дислипидемия, высокая активность СКВ, повышения уровня медиаторов и маркеров воспаления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Мартусевич Н.А.* Современные подходы к диагностике и лечению антифосфолипидного синдрома / Н.А. Мартусевич // Медицинские новости. - 2007.- Т. 2, №2. – С. 11-18.
2. *Насонов Е.Л.* Антифосфолипидный синдром / Е.Л. Насонов. - М.: Литера, 2004. - 440с.
3. *Середавкина Н.В.* Маркеры воспаления и кардиоваскулярная патология при антифосфолипидном синдроме: дис.канд.мед.наук / Середавкина Н.В. – Москва, 2008. – 130 с.
4. *Клюквина Н.Г.* Антифосфолипидный синдром: клинические аспекты / Н.Г. Клюквина // Русский медицинский журнал. - 2002. - Т.10, №22.- С. 992-995.
5. *Насонов Е.Л.* Антифосфолипидный синдром: диагностика, клиника, лечение / Е.Л. Насонов // Русский медицинский журнал. - 2000. - №6. - С. 1184-1188.
6. *Каскабаева А.Ш.* Антифосфолипидный синдром у больных системной красной волчанкой клинико-иммунологические особенности и лечение: автореф. дис.канд.мед.-наук / Каскабаева А.Ш. – Семипалатинск, 2002. - 21с.
7. *Решетняк Т.М.* Новые аспекты изучения антифосфолипидного синдрома / Т.М. Решетняк // Научно-практическая ревматология. - 2004. - №1. - С.102-107.
8. *Середавкина Н.В.* Атеросклеротическое поражение коронарных артерий и цереброваскулярные повреждения у больных системной красной волчанкой с антифосфолипидным синдромом / Н.В. Середавкина, Т.М. Решетняк, Д.В. Буренчев // Научно-практическая ревматология. - 2008. - №3. - С. 95-101.

УДК 616.12-008.331.1-084

ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Л.Ф. МОРОЗОВА

НИИ Кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы

Резюме

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Современные принципы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний основаны на борьбе с факторами риска. Основные привычки образа жизни закладываются в детском и юношеском возрасте, поэтому особенно актуальным становится пропаганда здорового образа жизни с раннего возраста для предупреждения развитие привычек, являющихся факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, переедание и другие).

Тұжырым

Аурулар, мұгедектік, тұргындардың өлімі құрлымында жүрек-қан тамырлар ауралары жоғары деңгейде. Жүрек-қан тамырлары аурулардың көзінде алдын алу принциптері кайп-катер факторларға негізделген. Өмір салтының негізгі дағдылары балалық шакта қалыптасады, сондықтан салауатты өмір салтын қалыптастыру жаман әдеттердің(темекі шету, тамақты мөлшерсіз пайдалану) алдын алу жолдары жүрек-қан тамырлары ауруды болуына жол бермейді.

Summary

Cardiovascular diseases are at the leading place in a structure of morbidity, disability and mortality. Modern principles of cardiovascular diseases prevention are based on risk factors control. Major lifestyle habits are laid in childhood and adolescence, so healthy lifestyles promotion from early age becomes especially important to prevent the development of habits that are risk factors for cardiovascular disease (smoking, overeating, and etc.).

В современном мире основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения представляют неинфекционные заболевания, в первую очередь болезни сердечнососудистой системы, которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения. В Европе ежегодно умирают от сердечно-сосудистых заболеваний около 3 млн. человек, в США – 1 млн., что составляет половину всех смертей. Это в 2,5 раза больше, чем смертность от злокачественных новообразований вместе взятых. Умершие от сердечнососудистых заболеваний составляют люди трудоспособного возраста. По данным Агентства РК по статистике ведущей причиной смерти 160 тысяч умерших являются болезни системы кровообращения, на долю которых приходится половина всех случаев [1].

Мужчины трудоспособного возраста (16–62 года) в 3,2 раза чаще умирают от болезней системы кровообращения, чем женщины трудоспособного возраста (16–57 лет) [4]. Такая ситуация обусловлена множеством факторов, основными из которых являются факторы риска, способствующие возникновению различных форм болезней сердечнососудистой системы. Особое внимание уделяется артериальной гипертонии, характеризующейся постоянным или периодическим повышенным артериальным давлением.

Гипертоническая болезнь – болезнь XXI века, которая имеет тенденцию к «омоложению». Уве-

личиваются факторы риска ее развития. Это стрессы, нервное перенапряжение, несоблюдение режима дня в части снижения продолжительности сна; нерациональное и несбалансированное питание в сторону значительного употребления жиров и углеводов при недостаточном количестве микронутриентов и витаминов. Избыточная масса тела на фоне крайне низкой физической активности является пусковым механизмом повышения артериального давления. Курение и чрезмерное употребление алкоголя является бесспорным негативным фактором развития хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно сосудистых [2, 3].

Гипертоническая болезнь не принадлежит к числу не излечимых. Арсенал современной медицины достаточен для того, чтобы поддерживать артериальное давление на необходимом уровне и тем самым препятствовать прогрессированию болезни. Вместе с тем меры профилактики гипертонической болезни чрезвычайно важны и основаны на снижении факторов риска, уменьшение в рационе поваренной соли, насыщенных жиров, белковой пищи при обязательной достаточной физической активности. Полноценный сон, позитивный настрой, умениеправляться со стрессовыми ситуациями позволит удерживать артериальное давление на нормальных цифрах. Важно следить за своим давлением, фиксируя его подъем [2,3].

Из 765 пациентов, прошедших через отделение в 2010 году, 70% составляли мужчины в воз-

расте 38-60 лет. У всех артериальное давление колебалось от 160/100 до 205/120. Анализ причин, способствующих данной ситуации выявил позднюю обращаемость за медицинской помощью, отсутствие желания снизить факторы риска, что характеризует как не внимательное отношение к своему здоровью. В большинстве случаев это энергичные, много работающие люди. Помимо медикаментозной терапии проводилась целенаправленная работа по формированию у пациентов ответственного отношения к своему здоровью, нацеленная на здоровый образ жизни.

У каждого четвертого пациента отмечалась избыточная масса тела, которая была связана (по опросу больных) с поступлением с пищей большого количества калорий и малыми энергозатратами вследствие малоподвижного образа жизни. Распространенность избыточной массы тела, будучи минимальной в возрасте до 40 лет (7,8%), с возрастом неуклонно увеличивается до 11%, у 40-49-летних, до 20,8% - у 50-59-летних, и до 25,7% - у 50-59-летних. Связь между избыточной массой тела и риском развития сердечно-сосудистой системы довольно сложная, так как может являться самостоятельным фактором риска. Избыточная масса тела привлекает большое внимание тем, что она может поддаваться коррекции без использования каких-либо лекарствен-

ных препаратов при желании самого пациента под контролем холестерина. Нормальным считается содержание в крови холестерина до 6,72 ммоль/л (260 мг). Более низкие показатели уровня холестерина в крови, 5,17 ммоль/л (200 мг) и ниже – менее опасны. Повышенный уровень холестерина в крови встречается довольно часто. Уровень холестерина в крови 6,72 ммоль/л (260 мг) и выше у мужчин 40-59 лет отмечен в 25,9 % случаев. Большинство пациентов выписаны со значительным улучшением, нормализованным артериальным давлением с подробными рекомендациями по питанию, физической активности, снижению других факторов риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году / Статистический сборник. - Астана, 2009. - 312 с.
2. Алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде ЗОЖ, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний / Протоколы профилактической деятельности. - Астана-Алматы, 2007. – 48 с.
3. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения / Монография. Алматы, 2008.
4. Женщины и мужчины Казахстана / Статистический сборник. – Алматы, 2005.

УДК 613.73-053.9

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТРЕНИРОВКИ

Б.А. РАЙМКУЛОВ

Жамбылский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Тараз

Резюме

Оптимальные физические нагрузки обеспечивают повышение уровня физического состояния и здоровья.

Тұжырым

Калыпты физикалық ауыртпалық физикалық жағдай мен денсаулық деңгейін жоғарылатады.

Summary

Optimal physical loads provide increased level of physical state and health.

Первоочередной задачей оздоровительной тренировки является повышение уровня физического состояния до безопасных величин, гарантирующих стабильное здоровье. Важнейшей целью тренировки для людей среднего и пожилого возраста является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся основной причиной нетрудоспособности и смертности в современном обществе. Кроме того, необходимо

учитывать возрастные физиологические изменения в организме в процессе инволюции. Все это обуславливает специфику занятий оздоровительной физической культурой и требует соответствующего подбора тренировочных нагрузок, методов и средств тренировки. В оздоровительной тренировке (так же, как и в спортивной) различают следующие основные компоненты нагрузки, определяющие ее эффективность: тип нагрузки,

ки, величину нагрузки, продолжительность (объем) и интенсивность, периодичность занятий (количество раз в неделю), продолжительность интервалов отдыха между занятиями.

Тип нагрузки. Характер воздействия физической тренировки на организм зависит, прежде всего, от вида упражнений, структуры двигательного акта. В оздоровительной тренировке различают три основных типа упражнений, обладающих различной избирательной направленностью: 1 тип - циклические упражнения аэробной направленности, способствующие развитию общей выносливости; 2 тип - циклические упражнения смешанной аэробно-анаэробной направленности, развивающие общую и специальную (скоростную) выносливость; 3 тип - ациклические упражнения, повышающие силовую выносливость. Однако оздоровительным и профилактическим эффектом в отношении атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний обладают лишь упражнения, направленные на развитие аэробных возможностей и общей выносливости. (Это положение особо подчеркивается в рекомендациях Американского института спортивной медицины.) В связи с этим основу любой оздоровительной программы для людей среднего и пожилого возраста должны составлять циклические упражнения, аэробной направленности.

В среднем и пожилом возрасте на фоне увеличения объема упражнений для развития общей выносливости и гибкости снижается необходимость в нагрузках скоростно-силового характера (при полном исключении скоростных упражнений). Кроме того, у лиц старше 40 лет решающее значение приобретает снижение факторов риска ИБС (нормализация холестеринового обмена, артериального давления и массы тела), что возможно только при выполнении упражнений аэробной направленности на выносливость. Таким образом, основной тип нагрузки, используемый в оздоровительной физической культуре - аэробные циклические упражнения. Наиболее доступным и эффективным из них является оздоровительный бег. В связи с этим физиологические основы тренировки будут рассмотрены на примере оздоровительного бега. В случае использования других циклических упражнений сохраняются те же принципы дозировки тренировочной нагрузки.

По степени воздействия на организм в оздоровительной физической культуре (так же, как и в спорте) различают пороговые, оптимальные, пиковые нагрузки, а также сверхнагрузки. Однако эти понятия относительно физической культуры имеют несколько иной физиологический

смысл. Пороговая нагрузка - это нагрузка, превышающая уровень привычной двигательной активности, та минимальная величина тренировочной нагрузки, которая дает необходимый оздоровительный эффект: возмещение недостающих энергозатрат, повышение функциональных возможностей организма и снижение факторов риска. С точки зрения возмещения недостающих энергозатрат пороговой является такая продолжительность нагрузки, такой объем бега, которые соответствуют расходу энергии не менее 2000 ккал в неделю. Такой расход энергии обеспечивается при беге продолжительностью около 3 ч (3 раза в неделю по 1 ч), или 30 км бега при средней скорости 10 км/ч, так как при беге в аэробном режиме расходуется примерно 1 ккал/кг на 1 км пути (0,98 у женщин и 1,08 ккал/кг у мужчин).

Снижение основных факторов риска также наблюдается при объеме бега не менее 15 км в неделю. Так, при выполнении стандартной тренировочной программы (бег 3 раза в неделю по 30 мин) отмечалось отчетливое понижение артериального давления до нормальных величин. Нормализация липидного обмена по всем показателям отмечается при нагрузках выше 2 ч в неделю. Сочетание таких тренировок с рациональным питанием позволяет успешно бороться с избыточной массой тела. Таким образом, минимальной нагрузкой для начинающих, необходимой для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и укрепления здоровья, следует считать 15 км бега в неделю, или 3 занятия по 30 минут.

Дальнейшее увеличение количества пробегаемых километров нецелесообразно, поскольку не только не способствует дополнительному приросту функциональных возможностей организма (создает опасность травматизации опорно-двигательного аппарата, нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (пропорционально росту тренировочных нагрузок).

Так, Купер (1986) на основании данных Далласского центра аэробики отмечает рост травматизации опорно-двигательного аппарата при беге более 40 км в неделю. Наблюдалось улучшение психического состояния и настроения, а также снижение эмоциональной напряженности у женщин при недельном объеме бега до 40 км. Дальнейшее увеличение тренировочных нагрузок сопровождалось ухудшением психического состояния. При увеличении объема беговых нагрузок у молодых женщин до 50-60 км в неделю в ряде случаев отмечалось нарушение менструального цикла (в результате значительного снижения жирового компонента), что может стать причи-

ной половой дисфункции. Некоторые авторы беговым “барьером” называют 90 км в неделю, превышение которого может привести к своеобразной “беговой наркомании” в результате чрезмерной гормональной стимуляции (выделение в кровь эндорфинов). Нельзя не учитывать также отрицательное влияние больших тренировочных нагрузок на иммунитет, обнаруженное многими учеными.

В связи с этим все, что выходит за рамки оптимальных тренировочных нагрузок, не является необходимым с точки зрения здоровья. Оптимальные нагрузки обеспечивают повышение аэробных возможностей, общей выносливости и

работоспособности, т.е. уровня физического состояния и здоровья. Максимальная длина тренировочной дистанции в оздоровительном беге не должна превышать 20 км, поскольку с этого момента в результате истощения мышечного гликогена в энергообеспечение активно включаются жиры, что требует дополнительного расхода кислорода и приводит к накоплению в крови токсичных продуктов. Бег на 30-40 км требует повышения специальной марафонской выносливости, связанной с использованием свободных жирных кислот (СЖК), а не углеводов. Задача же оздоровительной физкультуры - укрепление здоровья путем развития общей выносливости и работоспособности.

УДК 614.31:615.918:613.22:543.544.52

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКОТОКСИНОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ И ДЕТСКОМ ПИТАНИИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Н.Ж. МЫРЗАЛИЕВА, А.М. ШАЙХИНА, З.Т. БАЙСАЛБЕКОВА

РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г. Алматы

Резюме

При исследовании продуктов питания, применяя газохроматографические методы, можно определить микотическую микроконцентрацию и установить, что данные показатели значительно ниже нормативных показателей.

Тұжырым

Тәғам өнімдерін зерттеуде газохроматографиялық әдісті колдану арқылы миқоуыттардың микроконцентрацияларын табуға болады және олардың көрсеткіштері нормативтік көрсеткіштен едәүір төмен деңгейде екені анықталған.

Summary

Application of gas chromatography methods for food products can determine the mycotic trace and establish that the given numbers are much lower than standard indicators.

Методы высокоеффективной жидкостной хроматографии широко используются для воспроизводимого и точного определения таких микотоксинов как афлатоксин, охратоксин, патулин, зеараленон, стеригматоцистин, фумонизин, Т-2 токсин, дезоксиваленол (ДОН). Микотоксины – это вторичные метаболиты микроскопических плесневых грибов вида *Aspergillus flavus*, *Aspergillus parasiticus*, *Fusarium*, отличающиеся своими токсическими, гепатоканцерогенными, мутагенными, эстрогенными, цитотоксичными, иммунодепрессивными и тератогенными свойствами. Микотоксины загрязняют зерновые культуры (пшеницу, рожь, ячмень, рис, овес, сорго, просо, гречиху, кукурузу), бобовые культуры (горох, фасоль, сою), орехи (грецкий орех,

орех пекан, фундук, лещина, миндаль, фисташки, кешью, бразильский орех, арахис), марципан, а также бобы, кофе, чай, какао, семена подсолнечника, хлопчатника, некоторые специи и продукты их переработки. Исследования продуктов животного происхождения показали, что афлатоксин В1 и его гидроксилированный метаболит М1 могут присутствовать в тканях и молоке животных, яйцах домашней птицы, поскольку в корнях содержались высокие дозы афлатоксинов.

Афлатоксины относятся к группе био-фурокумаринов и содержат в своей молекуле лактон, карбонильную, метоксильную группу, бензольное кольцо, изолированную двойную связь. Афлатоксины В1 и G2 являются дигидропроизводными исходных соединений. Афлатоксины

M1 и M2 являются гидроксилированными метаболитами афлатоксинов B1 и B2 соответственно. Афлатоксины интенсивно флуоресцируют при воздействии длинноволнового ультрафиолетового излучения. Это делает возможным определение этих соединений в чрезвычайно низких концентрациях (около 0,5 нг и менее в пятне) методом тонкослойной хроматографии (ТСХ). Известно более 500 химических методов и их модификаций для анализа афлатоксинов методом ТСХ.

Метод ВЭЖХ по сравнению с методом ТСХ обладает такими преимуществами как хорошее отделение от мешающих сопутствующих веществ на высокоэффективных хроматографических колонках, быстрая разделение, воспроизводимость количественного определения разделенных веществ с помощью проточных детекторов (УФ детектор, флуоресцентный детектор), возможность внесения в хроматографическую систему небольших объемов образца и простота автоматизации при большом числе серийных анализов. Недостатком методов ВЭЖХ является более высокая стоимость основного оборудования, более высокие требования к квалификации специалистов. Методы ВЭЖХ являются трудоемкими из-за необходимой подготовки проб, а также требуемого дорогостоящего лабораторного оборудования.

Использование в практике работы лаборатории методов ВЭЖХ с применением жидкостного хроматографа фирмы «Шимадзу LG-20» дает возможность с достаточной точностью провести исследования и получить информацию о нали-

чи и количестве микотоксинов в пищевых продуктах. Основной целью хроматографического процесса является разделение анализируемых веществ. Исследования на микотоксины проводились по ГОСТ 30711-2001 «Продукты пищевые. Методы выявления и определения содержания афлатоксинов B1 и M1», ИСО 15141-2 «Метод определения охратоксина», МВИ-02-01 «Методика выполнения измерений массовой доли микотоксинов в пищевых продуктах и продовольственном сырье методом высокоеффективной жидкостной хроматографии».

В таблице 1 приведены данные исследований по определению микотоксинов в пищевых продуктах и детском питании методом ВЭЖХ. Эти данные свидетельствуют о наличии микотоксинов – афлатоксина B1 в исследованных пищевых продуктах и детском питании (образцы 1-10) в количествах не превышающих допустимых уровней, нормативы которых указаны в Санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к пищевой продукции», Приказ № 611 от 06.08.10г. Микотоксины зеараленон и охратоксин в исследованных пищевых продуктах и детском питании (образцы 1-3, 6-10) не обнаружены. В образцах 4,6 (мармелад «Любимый» и леденцы «Сердечко») определение микотоксинов – зеараленона и охратоксина не требуется. Таким образом, определение микотоксинов в пищевых продуктах методом ВЭЖХ позволяет обнаружить и определить микроконцентрации микотоксинов.

Таблица 1. Результаты исследований микотоксинов в пищевых продуктах и детском питании

№п п	Наименование пищевых продуктов	Наличие и количественное содержание микотоксинов		
		афлатоксин B1	зеараленон	охратоксин
		Допустимые уровни, мг/кг		
1	Мука пшеничная 1 сорта	Не более 0,005 0,00004	Не более 0,2 0	Не более 0,005 0
2	Мука пшеничная 2 сорта	0,00004	0	0
3	Мука пшеничная высшего сорта	0,00002	0	0
4	Мармелад «Любимый»	0,0008	-	-
5	Леденцы «Сердечко»	0,0003	-	-
		Допустимые уровни, мг/кг		
		Менее 0,00015	Менее 0,005	Менее 0,0005
6	Детское питание «Малышка»	0,00013	0	0
7	Детское питание «Винни»	0,00002	0	0
8	Детское питание «Малютка	0,00006	0	0
9	Детское питание «Nestle»	0,000004	0	0
10	Детское питание «Hipp»	0	0	0

УДК 616.34-008.87-053.2(574.3)

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА

М.И. ГОНЧАРОВА

Областной медицинский центр, г. Караганда

Резюме

В статье приведены данные по изучению клинико-анамнестических и лабораторных показателей при дисбактериозе у детей в возрасте от одного месяца до 7 лет. Изучены причины развития дисбактериоза и изменения со стороны облигатной и факультативной микрофлоры кишечника. Проведенные исследования указывают на необходимость разработки индивидуальных программ реабилитации нарушения микробиоценоза кишечника, высокую эффективность препарата Фертал в комплексной терапии дисбактериоза в детском возрасте.

Тұжырым

Бір айдан 7 жас шамасындағы балалардың дисбактериоздың клинико-анамнестикалық және лабораториялық көрсеткіштедің зерттеулері мәтінде көлтірілген. Дисбактериоздың даму себептері сонымен қатар облигаттық және факультативтік ішек микрофлорасы жағынан өзгерістер зерттелген. Откізілген зерттеулер ішектің микробиоценоздың бұзылуы реабилитацияның жеке бағдарламаларды қажет етеді, балалар жасында дисбактериозда кешенді терапияда Фертал препаратын пайдаланғанда жоғары әсер береді.

Summary

The article presents data of the clinical-anamnestic and laboratory indicators of dysbacteriosis in children aged from one month to 7 years. Studied the causes of dysbiosis and changes in the obligate and facultative gut microflora. The studies indicate a need for the development of individual rehabilitation programs for violations of gut microbiota, the high efficiency of drug Fertal in the treatment of child dysbacteriosis.

Введение. Согласно современным представлениям формирование микробиоценоза желудочно-кишечного тракта у детей зависит от многих факторов. При этом видовая перестройка бифидофлоры совпадает с критическими периодами становления организма ребенка. Так, у детей грудного возраста, кроме вида *Bifidobacterium bifidum*, который встречается у людей всех возрастных групп, обнаруживаются преимущественно виды *Bifidobacterium infantis* и *Bifidobacterium breve*. У детей старшего возраста «младенческие виды» бифидумбактерий постепенно вытесняются видом *B.longum* и *B.abolesentis* [2,3].

Кишечная микрофлора выполняет жизненно важные для организма ребенка функции, обеспечивая его необходимыми питательными веществами, витаминами, участвует в процессе секреции электролитов и воды, тканевом гомеостазе, поддерживает формирование пищевой толерантности, функциональную активность иммунной системы [1]. Бактерии инициируют созревание В-лимфоцитов, которые являются продуцентами IgA, стимулирующего фагоцитоз [3,4]. Дисбактериоз кишечника сопровождается угнетением отдельных факторов специфической и неспецифической иммунной защиты [4].

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические особенности, изменение лабораторных показателей при нарушении состава микрофлоры кишечника у детей центрально-

го Казахстана и обоснование проведения комплексной терапии.

Материалы и методы. Нами проведен анализ причинных факторов и состояние микробиоценоза кишечника у детей, проживающих в условиях центрального Казахстана. Изучены клинико-анамнестические данные и результаты лабораторных показателей у 49 детей в возрасте от одного месяца до 7 лет. Проанализированы результаты общего анализа крови, копрограммы, по данным бактериологического исследования изучен состав микрофлоры толстого кишечника, по показаниям проводилась ирригография. Результаты исследования сравнивались с показателями, полученными у 17 здоровых детей контрольной группы. Из числа обследованных, детей первого года жизни было 11, от одного до 3 лет 14 и 4-7 лет 24 ребенка. Распределение по половому признаку было примерно равным во всех возрастных группах.

При анализе анамнестических данных установлено, что у 23 матерей (48,4%) отмечалось осложненное течение беременности и родов (токсикозы, железо-дефицитная анемия, хронический пиелонефрит), у 9 (19,3%) детей был ранний перевод на смешанное и искусственное вскармливание, у 14 (28,5%) обследованных наблюдались проявления аллергического дерматита, 19 (38,7%) детей имели высокий инфекционный индекс, 22 (44,9%) больным проводилась анти-

Таблица 1. Клиническая симптоматика дисбактериоза у детей

Симптомы	Возраст 1мес.-1год (n= 11)		Возраст 1-3 года (n=14)		Возраст 4-7 лет (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Запоры	4	36,9	5	35,7	11	45,8
Жидкий стул	6	54,5	7	50	8	33,3
Боли в животе	-	-	4	28,5	9	37,5
Диспептические нарушения	3	27,2	6	42,8	17	70,8
Анемия	9	69	10	75	13	53,8
Долихосигма и Долихомегаколон	-	-	-	-	4	16,6

биотикотерапия, 4 (8,2%) ребенка перенесли острую кишечную инфекцию , 8 (16,3%) детей получали лечение по поводу глистных и протозойных инвазий, 13 (26,5%) имели нарушения центральной нервной системы и у 5 (10,5%) наблюдались отклонения со стороны эндокринной системы. Основные клинические симптомы дисбактериоза у обследованных детей в зависимости от возраста представлены на таблице 1.

Как видно из таблицы у детей первого года жизни, а также в возрасте 1-3 лет чаще наблюдается жидкий стул, в возрасте 4-7 лет на первом месте запоры, причем у 53,8% детей с отсутствием стула три и более дней при проведении ирригографии диагностированы долихосигма и долихомегаколон. Диспептические расстройства также чаще отмечаются в возрасте 4-7 лет. У большинства больных диагностирована железодефи-

цитная анемия. Нарушения процессов пищеварения выявлены у всех обследованных детей. Так, креаторея выявлена у 22 (44,8%), амилорея у 24(48,9%) и стеаторея у 16(32,6%) больных. У 15(32,2%) обследованных установлены умеренные нарушения гидролиза белка, углеводов, жира. На таблице 2 представлено количество детей, имеющих отклонения от нормы в составе микрофлоры толстого кишечника.

Изменения в составе облигатной микрофлоры выявлены у 15(30,6%), а облигатной и факультативной части микрофлоры диагностированы у 34 (69,4%) обследованных детей. У детей первого года жизни установлен значительный рост условно-патогенных бактерий, а в других возрастных группах имеет место повышение числа дрожжеподобных грибков. Снижение количества Escherichia Coli с нормальной ферментативной активностью наиболее выражено в воз-

Таблица 2. Изменения состава микрофлоры толстого кишечника при дисбактериозе

Показатели	Норма КОЕ/т	Возраст					
		1 мес-1 год (n=11)		1-3 года (n=14)		4-7 лет (n=24)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
E.Coli с нормальной ферментативной активностью <10 ⁷	10 ⁷ - 10 ⁸	4	36,3	6	42,8	19	79,2
Условно патогенные E. Coli >10 ⁴	10 ³ - 10 ⁴	2	18,1	-	-	3	12,5
Гемолитические	10 ³ - 10 ⁴	3	27,2	2	14,3	4	16,6
Лактозонегативные	10 ³ - 10 ⁴	1	9,1	-	-	-	-
Слабоферментирующие	10 ³ - 10 ⁴	-	-	-	-	-	-
Стафилококки >10 ³	10 ³	-	-	-	-	1	4,2
Лактобактерии <10 ⁷	10 ⁷	5	45,4	10	71,4	20	83,3
Бифидумбактерии <10 ⁸	10 ⁸ - 10 ⁹	4	36,3	3	21,4	8	33,3
Дрожжеподобные грибы >10 ²	10 ²	3	27,2	5	35,7	9	37,5
Плесневые грибы >10 ¹	10 ¹	-	-	2	14,3	2	8,3
Условно патогенные бактерии: Pseudomonas, Klebsiella, Proteus, Morganella	-	7	63,6	4	28,5	1	4,2
Энтерококки <10 ³	10 ³ - 10 ⁴	2	18,2	2	14,2	6	25
		1	9,1	-	-	-	-

расте 4-7 лет, лактобактерий в возрасте 1-3 и 4-7 лет, бифидумбактерий у детей первого года жизни, а также в возрасте 4-7 лет. Снижение энтерококков наиболее выражено в возрастной группе 4-7 лет.

Все больные разделены на две группы - первую, которая состояла из 29 пациентов и вторую из 20 обследованных. Больным первой группы проводилась этиопатогенетическая терапия, включающая диетотерапию, назначение синбиотика - препарата Фертал, который назначался в дозе 1 флакон один раз в день детям до 6 лет и 1 капсула 1 раз больным в возрасте 6-7 лет в течение 3 недель. Дети второй группы получали традиционные пробиотики - бифидумбактерин и лактобактерин в возрастных дозах. По показаниям проводилась ферментотерапия, назначались прокинетики.

У больных первой группы по окончании курса лечения препаратом Фертал отмечена значительная положительная клиническая динамика - уменьшение диспептических проявлений, исчезновение болей в животе, нормализация характера стула. Больным второй группы потребовалось достоверно ($p<0,05$) более длительное лечение, с проведением повторных курсов пробиотиков. Показатели копрограммы нормализовались также достоверно раньше ($p<0,05$) в группе больных, получавших препарат Фертал. По сравнению со второй, у детей первой группы отмечен достоверный ($p<0,005$) рост количества бифидумбактерий и лактобактерий.

Выводы. Основными причинами развития дисбактериоза у обследованных нами детей является высокий инфекционный индекс, проведение антибактериальной терапии. Кроме того, немало-

важное значение имеет характер течения беременности и родов. У детей первых трех лет жизни чаще наблюдается жидкий стул, в то время как в возрасте 4-7 лет преобладают запоры. Характерным является изменение в составе облигатной и факультативной микрофлоры. Дисбактериоз кишечника сопровождается нарушением процессов пищеварения и развитием анемии, что отражается на течении метаболических процессов, формировании иммунологической реактивности ребенка. Проведенные исследования указывают на необходимость разработки индивидуальных программ профилактики и коррекции изменений микрофлоры кишечника с включением синбиотиков, к которым относится препарат Фертал, состоящий из 5 представителей нормофлоры - *Lactobacillus Rhamnosus*, *Lactobaillus Acidophilus*, *Bifidobacterium Bifilm*, *Streptococcus Thermophylus*, *Lactobacillus Bulgaricus* в количестве не менее $2,0 \times 10^9$ КОЕ/г живых бактерий, витаминов группы В, концентрированного экстракта *Aloe vera*, активизирующих метаболизм собственной микрофлоры, способствующих повышению иммунитета.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Куттыкужанова Г.Г. Дисбактериоз кишечника у детей / Г.Г. Куттыкужанова, А.А. Курмангалиева. – Алматы, 2010. - 36 с.
2. Антибиотик - ассоциированный дисбактериоз кишечника у детей / А.А. Нижевич [и др.]. - Детская гастроэнтерология . - 2005.- № 2. - С. 3-7.
3. Урсова Н.И. Дисбактериозы кишечника у детей / Н.И. Урсова. - М.: 2006. - 239 с.
4. Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике. Клиническое значение и вопросы терапии. Урсова Н.И. [и др.]. - Consilium medicum. Melia Medica. - 2006. – С.3-8.

УДК 616-056.52-084

ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ

Г.Т. ТАСЫБЕКОВА

Городская поликлиника № 2, г. Тараз

Резюме

В статье представлены основные меры профилактики ожирения, а также рекомендации по режиму питания и физической нагрузке.

Тұжырым

Мақалада семіздіктін алдын алу, сондай-ақ дene қымысы және тамақтану төртібі бойынша усыныстар берілген.

Summary

This article contents the main methods of prophylactic measures from obesity, nourishment and physical load recommendations.

Ожирение - заболевание, характеризующееся избыточным содержанием жировой ткани в организме. За последние годы распространенность

ожирения почти удвоилась. По данным ВОЗ, избыточную массу тела имеют до 30 % жителей планеты. Первичное (алиментарно-конституционное)

ожирение не связано с какими-либо болезнями. Оно вызывается избытком калорий в пище. Может быть связано с семейными традициями, когда ребенка с детства приучают «хорошо кушать» [1]. Обычно в такой семье все страдают избыточной массой тела, для них характерны:

· Приступы обжорства (именно приступы), возникающие 2 раза в неделю, после которых остается осознание недопустимости такого поведения, но нет никакой возможности справиться с собой – это некоторое расстройство поведения, поддающееся коррекции с помощью психотерапии

- Неправильный рацион, который может быть связан как с незнанием того, что нужно есть, чтобы не поправляться, так и с финансовыми возможностями (диетические продукты дороги, например, овощи и фрукты зимой не все могут себе позволить)

• Наследственность

· Неподвижный образ жизни при склонности хорошо питаться

Вторичное ожирение является проявлением некоторых заболеваний: эндокринные болезни: гипотиреоз, гиперинсулинизм, гиперкортицизм; болезни головного мозга (опухоли и т.д.); наследственные генетические синдромы (редкость); прием некоторых лекарств (гормональные контрацептивы, стероидные гормоны и др.)

В предупреждении ожирения главным является приведение в соответствие количества потребляемых пищевых веществ с расходом энергии. Рациональный режим питания с исключением переедания и потребления калорийной пищи в вечерние часы необходимо сочетать с систематическими физическими нагрузками.

При начальной форме ожирения рекомендуется:

- Ежедневная утренняя гигиеническая гимнастика
 - Комплекс специальных физических упражнений

• Рациональный режим питания

- Ходьба 2–3 ч в день в среднем и медленном темпе. Желательно ходить пешком на работу и с работы (особенно тем, кто работает сидя или ведет малоподвижный образ жизни), после еды 20–30 минут

- Бег трусцой до еды или через 1 час после нее, от 10 до 30 минут (по назначению врача)
 - Воздушные ванны (по возможности ежедневно) от 30 мин до 1 ч зимой, от 1 до 3 часов летом

- Сон на воздухе или в помещении с открытым окном или форточкой

- Баня или сауна (количество и продолжительность процедур определяет врач)

- Душ на расстоянии 20–25 см сильной струей по местам отложения жира (на животе, бедрах) 5–10 мин, температура воды 35–36 градусов

- Теннис, волейбол, велосипедные и лыжные прогулки, гребля, катание на коньках, подвижные игры

- Массаж и самомассаж руками и льняным полотенцем, хорошо растирая шею, спину, бедра, голени. Самомассаж рекомендуется делать после выполнения физических упражнений 2 раза в день (утром и вечером)

- Работа на воздухе: в саду, огороде, лесу, на сенокосе и т.п.

- Занятия на тренажерах (беговая дорожка, велотренажер) от 10 до 30 мин в среднем темпе

Переедание и голодание в одинаковой степени усиливают нарушение жирового обмена [2]. Есть лучше в одни и те же часы дробными порциями — 5—6 раз в день. Пища должна быть разнообразной, с преобладанием овощей, фруктов, нежирных молочных продуктов (без сметаны, масла, сливок), а также нежирных сортов рыбы и мяса. Рекомендуются разгрузочные дни 2—3 раза в неделю (например, яблочно-творожный, яблочно-кефирный или винегретный). В разгрузочные дни надо принимать пищу 6—8 раз в день, пить 1—2 л жидкости в сутки (в зависимости от роста и веса, количества и сочности съеденных фруктов и овощей). Очень полезны овощные и фруктовые соки, настойки и отвары трав, усиливающие перистальтику кишечника и выделение пота.

Борьба со злоупотреблением алкогольными напитками также является мерой профилактики ожирения. Необходима разъяснительная работа среди населения о пагубном влиянии тучности на развитие таких тяжелых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и мозга, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гинзбург М.М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Г.П. Котельников. – Самара: Самарский Государственный Университет, 1997. - 48 с.

2. Шурыгин Д.Я. Ожирение / Д.Я. Шурыгин, П.О. Вязецкий, К.А. Сидоров. – Л.: Медицина, 1980. - 262 с.

*Ана мен баланы қорғау –
Охрана материнства и детства*

УДК 614.2:613.88-055.2:331.4

**ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРУДА ЖЕНЩИН
В АСПЕКТЕ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Р.С. КОЛОКИНА

Национальный Центр проблем
формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Резюме

Охрана здоровья работающих женщин, к которым относятся женщины репродуктивного возраста, является важнейшей составляющей социального развития страны, улучшения демографической ситуации и требует безусловного выполнения работодателями Трудового кодекса Республики Казахстан и других нормативно-правовых документов.

Тұжырым

Жұмыс жасайтын әйелдердің деңсаулығын қорғау, еліміздің әлеуметтік дамуындағы маңызды рөлді атқаратын репродуктивті жастағы әйелдер, демографиялық жағдайды жақсарту үшін жұмыс берушілердің Қазақстан Республикасының Еңбек Кодексін және басқа да нормативтік - құқықты құжаттарды сөзсіз орындаудыға талап етеді.

Summary

The health of working women, which include women of reproductive age, is an essential component of social development, improving the demographic situation and demands the unconditional implementation by employers of the Labor Code of the Republic of Kazakhstan and other legal documents.

Охрана репродуктивного здоровья остается приоритетным направлением общественного здравоохранения, подтверждением чего является Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

Важнейшей группой, нуждающейся в сохранении здоровья, являются женщины fertильного возраста, численность которых в Казахстане превышает 4 млн. человек. Индекс здоровья в этой группе не имеет тенденции к снижению, составляя 30-40 %, а в экологически неблагоприятных регионах не превышает 20%. Особое внимание заслуживают беременные, кормящие матери и женщины, имеющие детей в возрасте до 3-х лет, как наиболее уязвимый контингент.

Основными нормативно-правовыми документами, охраняющими здоровье указанной выше группы, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Трудовой Кодекс Республики Казахстан. Последний, основанный на Конституции РК, регламентирует права работающих женщин на сохранение своего здоровья и здоровья своих детей.

Статьями 113, 192 и 193 Трудового Кодекса [2] беременным женщинам и женщинам, родившим ребенка, предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 календарных дней до родов и 56 (а в случае осложненных родов или рождения 2-х или более детей -70) календарных дней после родов. До и после

этого отпуска женщина по ее желанию предоставляется оплачиваемый ежегодный трудовой отпуск.

На основании статьи 195 работодатель обязан предоставить отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет с сохранением места работы женщины и включением этого периода в трудовой стаж.

Важнейшая составляющая в обеспечении ребенка грудным вскармливанием отражена в статье 188, согласно которой предусматривается кормящим матерям перерыв для кормления ребенка в возрасте до полутора лет не менее 30 минут, который присоединяется к перерыву для отдыха и приема пищи и включается в рабочее время. Это способствует оптимальному и естественному вскармливанию детей раннего возраста, что надежно защищает его от инфекционных заболеваний, развития анемии, предотвращает от появления аллергии. Уникальный состав грудного молока, который ничем нельзя заменить, способствует улучшению показателей физического и психического развития, обеспечивает наилучшие условия для функционирования мозга. Кроме этого, устанавливается надежная эмоционально-психологическая связь между матерью и ребенком, которая удерживается на последующие долгие годы.

Трудовой кодекс регламентирует перевод беременных женщин на другую работу, исключающую воздействие вредных или опасных произ-

водственных факторов как на саму женщину, так и на ее будущего ребенка, с сохранением средней заработной платы, а также установление неполного рабочего времени.

С целью создания оптимальных условий для течения беременности работодатель не вправе привлекать беременных женщин к работе в ночное время, в выходные и праздничные дни, сверхурочной работе, направлять в командировки.

Работодатель не должен препятствовать посещению беременной женской консультации, стимулируя раннюю явку (до 12 недель беременности) для своевременного выявления факторов риска, ранних симптомов заболевания, санации хронических очагов инфекции, а в ряде случаев – целесообразности пролонгировать беременность. Ранняя явка регистрируется у 72% женщин, обратившихся за медицинской помощью по поводу беременности [3]. Остальные 28% не получают своевременную консультативную помощь, что негативно сказывается на исходе родов как для самой женщины, так и для ее ребенка. У каждого четвертого новорожденного уже в родильном доме выявляется различная патология, которая нередко требует длительного лечения, включая стационарное.

В соответствии с Приказом МЗ РК №145 от 16.03.2011 г. на территории Казахстана проводятся обязательные медицинские профилактические осмотры различных целевых групп населения, которым должны проводиться за счет средств работодателя. Это чрезвычайно важно для раннего выявления различной патологии, особенно онкологической, что ведет к раннему лечению и позволяет сократить запущенные случаи и тяжелое течение. В итоге, это позитивно повлияет на важнейшие демографические показатели: рождаемость, смертность, инвалидность.

Одной из современных и актуальных проблем является ранняя диагностика рака молочной железы, который ежегодно диагностируется у более 3200 женщин, в основном fertильного воз-

раста [3]. При этом рак 3-4 степени выявляется практически у каждой третьей, что можно избежать только при своевременном прохождении профилактических медицинских осмотров, а также при ответственном и внимательном отношении женщин к своему здоровью.

Работодатели, руководствуясь Трудовым кодексом, как важнейшим юридическим документом, несут ответственность за сохранение здоровья работающих на их предприятиях женщин, особенно в важнейшие периоды их жизни: беременность, кормление грудью, уход за детьми в возрасте до 3-х лет. При этом необходимы желание самой женщины сохранить свое здоровье и здоровье своих детей и профессионально организованная медицинская помощь, включая проведение профилактических медицинских осмотров. Это является важным компонентом солидарной ответственности работодателя и работающего за его здоровье.

Учитывая значимость сохранения здоровья работающих, включена награда в Президентскую номинацию конкурса «Лучший работодатель», обеспечивающий условия для ведения здорового образа жизни на предприятии», подведением итогов которого состоится в 2013 году. Одним из параметров следует учитывать вклад работодателя в сохранение здоровья работающих женщин, как одного из необходимых и чувствительных индикаторов. Участие в конкурсе «Лучший работодатель», обеспечивающий условия для ведения здорового образа жизни на предприятии» является стимулом для создания оптимальных условий труда работающим женщинам при активной их позиции в части сохранения их здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О здоровье народа и системе здравоохранения / Кодекс РК.- Алматы, 2009. - 35 с.
2. Трудовой Кодекс РК / Алматы, 2008. - 40 с.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году // Статистический сборник.- Астана-Алматы, 2009. – 312 с.

УДК 616.155.194-053.2-07

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

М.И. ГОНЧАРОВА

Областной медицинский центр, Караганда

Резюме

В статье приводятся результаты исследования по выявлению латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у детей дошкольного и школьного возраста. Выявлены основные причины дефицита железа у обследованных.

Тұжырым

Бапта мектеп дейінгі және мектеп жас балаларында темір жетіспейтін қаны аздық шамасының бездін жасырын жетіспеушілігі анықталғаны зерттеу нәтижелері көрсетілген. Тексерілгендерде темір жетіспеушіліктің негізгі себебі айқындалған.

Summary

The article presents the results of studies to identify latent iron deficiency and iron deficiency anemia in preschool and school-age children. Revealed basic causes of iron deficiency in patients.

Анемии широко распространены среди детского населения, наиболее частой среди них является железодефицитная анемия. По данным Всемирной Организации здравоохранения распространенность дефицита железа среди школьников составляет 17,5% и детей раннего возраста до 30-60%. В некоторых регионах железодефицитная анемия выявляется у 76,5% детей [1,2]. Значимыми причинами дефицита железа в детском возрасте являются повышенная потребность организма ребенка в железе в связи с быстрыми темпами роста, недостаточное поступление железа или нарушение его утилизации в организме, а также кровопотери [3,4]. В регуляции абсорбции железа, помимо других факторов, принимает участие слизистая оболочка кишечника, в результате изменения способности эпителиальных клеток захватывать железо. Снижение концентрации железа и повышение общей железосвязывающей способности плазмы, отражающие уменьшение запасного фонда железа, вероятно, информируют клетки слизистой оболочки кишечника о повышенных потребностях в железе [3].

Материалы и методы. Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-анамнестических данных и показателей периферической крови у детей по результатам планового диспансерного обследования в организованных коллективах города Караганды. Проводился тщательный сбор анамнеза, оценка результатов клинического осмотра, гемограммы. У детей с выявленной анемией оценивались данные коагулограммы, гемолизатагрегационного теста, электрокардиограммы, ультразвукового исследования

органов брюшной полости, эзофагофиброгастроудоденоскопии, копрограммы, а также изучено состояние микробиоценоза толстого кишечника по результатам бактериологического исследования кала.

Цель исследования. Изучить частоту и возможные причины железодефицитной анемии у детей организованных коллективов города Караганды. Установить возможные причинные факторы дефицита железа, взаимосвязь развития анемии с нарушением микробиоценоза кишечника.

Результаты и обсуждение. Нами обследовано 402 ребенка, из них 179 были дошкольного и 223 школьного возраста. Из детей дошкольного возраста было 110 мальчиков и 69 девочек, среди обследованных школьников - 121 мальчик и 102 девочки.

На первом этапе исследования проводилось определение содержания гемоглобина, количества эритроцитов, подсчет цветного показателя. Уровень гемоглобина изучался на аппарате КФК-3 методом Драпкина. Сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина железом определяли методом Henry в модификации Л.И. Идельсона. Полученные результаты сравнивались с показателями 76 здоровых детей контрольной группы того же возраста (таблица 1). Статистически достоверных различий изучаемых показателей в обследованных возрастных группах не установлено. Дети контрольной группы в течение 2-3 месяцев до обследования не болели интеркуррентными заболеваниями и не вакцинировались.

Таблица 1. Показатели периферической крови и обмена железа у здоровых детей (n=76)

Показатели	M	m
Гемоглобин (г/л)	131,20	0,59
Эритроциты (10 ¹² /л)	4,20	0,05
Сывороточное железо (мкмоль/л)	19,74	0,32
Общая железосвязывающая способность (мкмоль/л)	57,87	0,98
Коэффициент насыщения трансферрином (%)	31,26	0,54

По результатам исследования нормальные показатели гемоглобина получены у 67 (37,8%) детей дошкольного возраста, у 112 (62,1%) обследованных этой возрастной группы выявлены сниженные показатели гемоглобина, причем у 45 (25,1%) уровень гемоглобина указывал на наличие латентного дефицита железа и у 67 (37,4%) на железодефицитную анемию. Достоверных различий показателей гемоглобина по половой принадлежности у детей этой группы не установлено ($P<0,05$). В группе детей школьного возраста нормальные показатели гемоглобина получены у 30(29,4%) девочек и 58 (47,4%) мальчиков. Латентный дефицит железа выявлен у 40 (17,9%) школьников, причем у девочек он встречался в три раза чаще, чем у мальчиков.

Анализ анамнестических данных у детей со сниженными показателями гемоглобина и эритроцитов показал, что у 146 (68%) обследованных отмечалось нерациональное питание, 114 (53%) часто болели острыми респираторными вирусными инфекциями, у 95 (44%) раннее искусственное вскармливание, у 45(21%) отмечал-

ся быстрый рост, 30 (14%) детей имели неблагоприятные материально-бытовые условия, у 45 (20,7%) диагностированы хронические очаги инфекции. Показатели периферической крови и обмена железа в зависимости от степени тяжести представлены на таблице 2, в которой показано, что при всех формах железодефицитной анемии отмечается достоверное снижение изучаемых показателей.

Анемия легкой степени диагностирована у 59 (26,4%) девочек и 44 (19,7%) мальчиков. Среднетяжелая форма анемии установлена у 4 (1,8%) мальчиков и 9 (4%) девочек и тяжелая форма анемии выявлена у 2 (0,89%) мальчиков и 3 (1,34%) девочек. Проведенные исследования указывают на преобладание латентного дефицита железа и железодефицитной анемии среди девочек. У детей с анемией при выявлении симптомов повышенной кровоточивости изучено состояние гемостаза по результатам коагулограммы и гемолизат-агрегационного теста, по показаниям оценивалось состояние сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. У 60(26,8%) детей школьного возраста диагностирована дисагрегационная тромбоцитопатия и у 35(16%) системная мезенхимальная дисплазия с явлениями кровоточивости, а также изменениями со стороны костно-мышечной и сердечно-сосудистой системы. Так, у 281(70%) обследованного выявлен функциональный систолический шум, а у 68 (17%) миокардиодистрофия.

У больных железодефицитной анемией школьного возраста с высокой частотой встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта. Из общего числа обследованных у 141(64%) диагностирован хронический гастрит, 46(21%) заболевания кишечника - хронический колит и

Таблица 2. Показатели периферической крови и обмена железа у детей с железодефицитной анемией (M +m)

Показатели	Форма заболевания		
	легкая (n=103)	среднетяжелая (n=13)	тяжелая (n=5)
Гемоглобин г/л	105,15 ± 0,61 P<0,001	81,46 ± 0,56 P<0,001	54,57 ± 1,81 P<0,001
Эритроциты 10 ¹² /л	3,21 ± 0,05 P<0,001	2,81 ± 0,06 P<0,001	2,12 ± 0,05 P<0,001
Цветной показатель, ед.	0,74 ± 0,01 P<0,001	0,69 ± 0,01 P<0,001	0,65 ± 0,02 P<0,001
Сывороточное железо мкмоль/л	9,56 ± 0,28 P<0,001	8,76 ± 0,34 P<0,001	7,96 ± 0,33 P<0,001
Общая железосвязывающая способность мкмоль/л	69,05 ± 1,06 P<0,001	75,52 ± 1,21 P<0,001	84,49 ± 1,39 P<0,001
Коэффициент насыщения трансферрина, %	12,05 ± 0,31 P<0,001	10,95 ± 0,34 P<0,001	9,32 ± 0,43 P<0,001

Примечание: Р - в сравнении с показателями, полученными у здоровых детей.

энтероколит, долихосигма и мегаколон, синдром раздраженного кишечника, у 58(27%) имелись заболевания желчевыделительной системы, 47(22%) лечились по поводу паразитозов. У всех детей с латентным дефицитом железа и железодефицитной анемией установлено нарушение микробиоценоза толстого кишечника, причем у всех обследованных детей установлено снижение количества лактобактерий и бифидумбактерий, у 86 (40%) повышение количества гемолитически активной, лактозонегативной, слабоферментирующей кишечной палочки, стафилококка и других условно патогенных бактерий, у 39(18%) детей отмечалось увеличение дрожжеподобных и плесневых грибов.

Выводы. Таким образом, нами выявлена высокая частота латентного дефицита железа и железодефицитной анемии среди детей дошкольного и школьного возраста. При анализе анамнестических данных обращает на себя внимание низкая осведомленность родителей о принципах здорового питания, высокий инфекционный

индекс, наличие органической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, а также изменение микробиоценоза кишечника, хронические кровопотери, особенно у детей старшего возраста. Полученные результаты указывают на необходимость проведения скринингового обследования детей всех возрастных групп на наличие анемии. При выявлении анемии показано углубленное обследование для верификации диагноза, выявления сопутствующей патологии и проведения комплексной корректирующей терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике / П.А. Воробьев – М.: Ньюдиаменд, 2000. - С. 36-91.
2. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии / Л.И. Идельсон. – М.: Медицина, 1981.- 192 с.
3. Коровина Н.А. Железодефицитные анемии у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, А.Л. Заплатников. - М., 1999. – 399 с.
4. Koblmeier L. Deficient dietary iron intakes among women and children in Russia: evidence from the Russian longitudinal monitoring survey / L. Koblmeier, M. Mendez, S. Shalnova. - Amj Public Health, 1998. - 88(4). - P. 576-580.

УДК 618.2-083:613.2:613.88 (574.52)

ҚАУПСІЗ АНА БОЛУ

Г.Ә. БАЙЗАТОВА, З.Ә. МАХМУТЖАНОВА

Жамбыл облыстық перинаталдық орталығы, Тараз қаласы

Резюме

Данная статья рассматривает аспекты планирования семьи, о качестве нации, о рациональном питании беременной женщины и о квалифицированной помощи каждой матери и ребенка.

Тұжырым

Анамен балаға жоғары деңгейдегі көмек көрсету, жүкті әйелдің тиімді тамактану мен ұлт сапасы сұраптары, жанұя жоспарлау аспекттері осы мәтінде қарастырылған.

Summary

This article examines aspects of family planning, as a nation of rational nutrition of pregnant women and kvalivitsirovannoy help every mother and child.

Ана денсаулығын қорғау біздің мемлекетіміздің басымды мақсаттарының бірі. Соңғы қуанышты жаңалық Қазақстан Республикасы Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығымен бекітілген денсаулық сақтауды дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» бағдарламасындағы негізгі бағыттарының бірі «Ана мен бала денсаулығын қорғауға» арналуы. Сонымен қатар еліміздің Ата Занында жарияланғандай «Отбасы, аналық, әкелік және балалық» коғам мен

мемлекет қорғауында» және 54 бабында келтірілгендей «Әйел ана болу мәселесін өзі шешуге құқылы».

Қазіргі танда Денсаулық сақтаудың Бірынғай ұлттық жүйесіне сәйкес әйел босануы үшін емдеу мекемесін және Қазақстанның кез-келген жерін тандауына және сонда босануына мүмкіндігі бар. Еліміздің барлық босандыратын мекемелері Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының «Тиімді перинаталдық көмек» бағдарламасымен жұмыс жасайды, ол бойынша ай-

рында каражат пен қымбат жабдықтарды қажет етпей, қарапайым өдістерді қарастыру көзделген. Бағдарламаның негізгі ұстанымдары мынадай: әйелдер үйдегі жағдайға барынша жақын, физиологиялық табиғи және мүмкіндігінше ешкімнің араласуының босануы керек. Босандыру мамандарының пікірі бойынша босанудың 85 % тек бақылауды қажет етеді, бірақ 15 % асқынумен өтетіндіктен көмекті қажет етеді. Дүниежүзілік Денсаулық Сактау Ұйымының бағдарламасы босану процесіне дәрігерлердің қай кезде араласуын немесе араласпауы керектігін нақты шектеулермен белгілейді.

Бұрындары барлық босанушы әйелдерге босану өрекетін ширату үшін дәрі-дәрмектер салынатын, ал босанғаннан кейін сақтық үшін антибиотиктер тағайындалатын, ал қазір аналарға дәрілерді мүмкіндігінше аз беруге тырысады. Босану табиғи және физиологиялық жағдайда өту үшін қажет болмаса ешқандай дәрі-дәрмектер тағайындалмайды. Өйткені, жүктілік-ауру емес, бұл физиологиялық жағдай, босануды шешуі киын мәселе-деп, ал жана туылғандарды наукас секілді қарауға болмайды. Сол себептен жүкті әйел жүктіліктің 12 аптасына дейін емдеу алдын-ала мекемесіне есепке тұруы керек. Есепке тұрган сөттен дәрігердің кенесі мен нұсқауын орындауы керек. Бұл кенестер жүктіліктің асқынусызы өтуінен бастап босанудың қауіпсіз болуына кепілдік береді.

Көптеген адамдар жүкті әйел әдеттегіден екі есе көп тамак жеуге тиіс деп ойлады. Бұл пікір дұрыс емес, әрбір жүкті әйел өз денсаулығы мен баланың өсіп-дамуы, денсаулығы үшін ағзаға қажетті заттардың бөрін қамтитын тамакты ішкені маңызды. Тамакты мезгілімен жетітін болса, бойдағы балаға керекті заттар бірқалыпты жеткізіліп тұрады. Сондықтан тамакты уақытында асықпай жеген дұрыс. Тамактың мына төрт түрін күн сайын жеуге тырысу керек:

1. Нан (ақ наннан гөрі кебегі бар қара нан жеген дұрыс), макарон және дәнді дақылдардан, бүршак, жасымықтан жасалған ботқалар.

2. Жана піскен жеміс және көкністер.

3. Ет пен балық.

4. Сұт тағамдары. Мысалы: кальцийге бай ірімшік, сол сияқты сұт айран және т.б.(кем де-генде 1 литр).

Ескерту: Азық-тұлікті таңдағанда, оның құрамында төмөндегі нәрлі заттардың жеткілікті мөлшерде болуы керектігін естен шыгармау керек.

Акуыз (белок). Акуыз дene жасушаларының қалыптасып өсуі үшін, сол себепті ана құрсағындағы нәрестенің өсіп-дамуы үшін өте маңызды.

Ол ұрық клеткалары мен тіндерін құрайтын негізгі құрылыш материалы болып табылады. Ең бастысы, акуыздың жүктілік барысында қажетті мөлшерде түсүі. Өйткені акуыз жатырдың өсуімен бала жолдасының қалыптасуына қажет, сонымен қатар қағанақ сұнының құрамына кіреді. Акуызды мына тағамдармен толықтыруымыз керек: ет және теңіз өнімдері, балық, сұт өнімдері, бүршактар, аскабақ пен күнбағыс дәнектері және жұмыртка.

Дәрумендер (витамины). Дәрумендер-ағзаның зат алмасуының және жұмыс істеу кабілетінің бірқалыпты болуы үшін үлкен маңызы бар. Биологиялық жағынан белсенді органикалық қоспалар-қоректенудің аса қажетті факторларының бірі. Дәрумендердің көвшілігі ферменттердің негізгі құрамдас боллігі болып табылады. Тамактың әр түрімен жеткілікті тамактанған ана ағzasы қажетті дәрумендердің күнделікті астан алады. Жүкті әйелге және ұрықтың дамып жетілуіне қажетті витамины: А, С, Д, Е және В тобының дәрумендері. Осы дәрумендердің жетіспеушілігі ұрықтың дамуының ауытқуына әкеліп соғады. Құнарсыз тағам ұрықтың өсуіне және ананың ағзасындағы гормандардың бұзылуына әкеледі.

А дәрумені (ретинол) – ұрықтың жұмысқа тіндерінің өсуімен бала жолдасының дамуы үшін қажет. Көру пигментінің қалыптасуына, сүйектердің және тістердің құрылуына қатысады. Жүкті әйелдің терісінің, шашының және тырнағының жағдайына оң ықпал етеді. Дәруменнің жетіспеушілігі адам жүзінің күкүл тартуы мен терінің құрғап, қабыршактануынан, безеу мен ірінді бөртпелердің пайда болуынан, шаштың құрғақсып, құнгірттенінен және тырнақтың сынғыш болуынан байқалады.

А дәрумені мал өнімдерінен алынған тағамдарда-мал бауырында, балық майы мен уылдырығында, сары майда, ірімшік және жұмыртканың сарысында болады. Өсімдік тағамдарында ол провитаминдер-каротиноид пигменттері түрінде кездеседі. Сәбіз, қызанақ, салат, қызыл бұрыш, көк пияз, итмұрын, өрік, бүрген, шетен ағаштарының жемістері тағы басқа каротиноидтерге өте бай. Каротиноидтердің ағза маймен аралас болғанда жақсырақ сініреді, сондықтан көкніс қаймақпен немесе өсімдік майымен аралыстырылған (дәмделген) салат түрінде жеген пайдалы.

В тобының дәрумендерінің жетіспеушілігіне жүкті әйелдер өте сезімтал болады, өйткені жүктілік кезіндегі олардың қажеттілігі 2-3 есе өседі. Бұл топқа 11 түрлі дәрумендер кіреді. Олардың ішіндегі ең бастылары- В2 дәрумені (рибоф-

лавин), В1 (тиамин), В6 (пиридоксин), фолий қышқылы, пантотен қышқылы. Олар үрықтың жасушаларының бөлініумен өсүіне, ана ағзасының ақызды қорытуына, қаназдық пен жүкті әйелдердің токсикозын тоқтатуға жауапты. В тобының дәрумендерінің қажетті мөлшерде тұсуі жүйке жүйесінің қозуының және күш-куаттың төмөндеуінің алдын алады.

В тобының дәрумендері бар азық-тұліктер: кара нан, қаракұмық, акталмаған күріш, грек жанғағы, фундук, миндаль, қырыққабат, қызылша, сәбіз, шалқан, пияз, картоп, сүт, ет және жұмыртқа.

Фолий қышқылы барлық жүкті әйелдерге тағайындалады. Әйткені жүктілікке дейін және **жүктіліктің 12 аптасынан қабылдау құрсақтағы** нәрестедегі жүйке тамырының ақауының алдын алады (спинномозговая грыжа, спинно-bifidum).

Д витамині (кальциферол) - ағзада гормонға ұқсас затка айналады да, кальций және фосфор тұздарын сініруге катысады. Мал өнімдерінде Д витамині өте аз, ал өсімдік тағамдарында ол мүлде болмайды. Сондықтан күн сөулесінде мөлшерлі уақыт болу керек.

Д дәрумендері бар азық-тұліктер: дәрумендердірлген сүт, жұмыртқа сарысы, балық майы, өсімдік майы, бауыр, балық иқрасы.

С дәрумені (аскорбин қышқылы)-үрықтың тістерінің және сүйектерінің дұрыс қалыптасуын, бала жолдасының толықтығын, тамыр мен қабыргаларының беріктігін қамтамасыз етеді. С дәрумені ағзада жиналмайды, сондықтан оны күнделікті толықтырып отыруымыз керек. С дәруменінің негізгі көзі-жеміс, көкөніс, жидектер. Ағза күнделікті өзінің қажеттілігін капуста, картоп, көк пияз, томат тағы басқа да тағамдардың есебінен алып отырады. С витамині қараша, итмұрын, апельсин, лимонда көп кездеседі, ал мал өнімдерінде аз.

Магний. Жүкті әйел мен болашақ баланың барлық маңызды энергетикалық процестері осы магнидиң катысуымен жүреді. Бас миының нейрондары, жүрек бұлшықеттері, жүректің өткізгіш жүйесі, сүйек бұлшықеттері мен эритроциттер магниди қатты қажет етеді. Жүктілік кезінде магний бала жолдасының қан айналысын қамтамасыз ете отырып, жатырды тыныштық пен еркін жағдайда ұстап тұрады. Сонымен катарап жүйке жүйесінің қозуын және бұлшықеттердің тартылуын койдырады. Магний жетіспегендеге жүкті әйелдерде басының айналуы, тез шаршауғана байқалып қана қоймай, қан қысымының көтерілу, есте сактау қабілетінің нашарлауы, құсу, іштің катуы, денесінің әр жерінің үюы секілді

келеңсіз жайсыздықтар болады. Халықаралық стандарт бойынша магнидиң ересектер үшін тәуліктік қажеттілігі-350 мг құрайды. Ал, әйелдің жүктілік кезінде магниге қажеттілігі 2-3 есе өседі.

Кальций: Жүктілік басталған күннен бастап кальцийге деген қажеттілік екі есе өседі, әйткені ол нәресте сүйегі мен тістерінің қалыптасуына қажет. Егер ол аз баратын болса жүкті әйелдердің тістері мен үйкесінің бұзыла бастайды және козғыштық пен тырыспалар дами бастайды. Кальций сүт өнімдерінде (ірімшік, құрт, айран), ет, балық, миндаль, арахис пен кептірілген жемістер, карақатта мол.

Темір өкпеден оттегі ана мен болашақ баланың ағзасына тасымалдайтын гемоглобиннің қызыл түйіршіктерін қалыптастыруға қажет. Мына азық-тұлік түрлері темірге аса бай: сиыр еті, бауыр, қызылша шырыны, бүршак тұқымдастар, яғни жасымық (чечевица), фасоль, ала ак және жалпақ бүршактар. Жүктілік кезінде қанда темір деңгейінің төмен болуы (анемия) – жиі ұшырасатын жайт. Қанында темір деңгейі төмен адам өзін өте шаршағандай, тіпті ауа жетпей жатқандай сезінеді. Темір деңгейін қалыпты дәрежеде сактау үшін дәрігердің рүқсатымен құрамында темірі мол арнайы дәрілерді қабылдауға болады. С дәрумені темірдің ағзага жақсы сінірліуіне көмектеседі. Сондықтан темірі бар дәріні осы дәруменге бай апельсин, лимон, мандарин, грейпфрут, бүрыш, жасыл тұсті көкөніс, жемістермен косып қабылдаған дұрыс. **Ескерту:** дайын шырындарға қараганда жаңа піскен жеміс-жидектер әлдекайда пайдалы әрі арзан.

Ал кофе, шай, сүт тағамдары темірдің ағзага сінірліуіне кедергі жасайды. Сондықтан оларды дәріні қабылдаудан бір сағат бүрын не кейін ішу керек. Кейде темірі бар дәрі іштің қатуына себепші болады. Ондайда сүйкеті қөбірек ішкен дұрыс. Кейде осы дәрілер керісінше, ішті айдайды. Бұл жағдайда, дәрігермен кенесесіз.

Тұз. Біз тұзды күнделікті жайтін тағаммен-ак қажетті мөлшерде қабылдаймыз. Сондықтан оны дәмдеуіш ретінде болмаса тамакқа қосудың қажеті жок. Тұздың йодталған түрін қолданыңыз. Йодтың ағзадағы зат алмасу реакциясына тигізетін септігі мол. Йод теңіз балдырының (морская капуста) құрамында өте көп.

Өсімдік талшығы (клечатка): ас қорытуды женілдетіп, іш қату мен геморройдың алдын алады. Талшық кебегі алынбаған тұтас дәнде, бидай дәнінде, капуста (қырыққабат) мен қызылшада мол. Мына азық-тұлік түрлерінде талшық азырақ, бірақ жетерлік: жасыл көкөністер (салат

жапырағы, шпинат, қымыздық (шавель, саумалдық), ғұлді капуста, бұршақ, шабдалы, алма, алмұрт, қауын және жидектер.

Майды мүмкіндігінше аз пайдалану керек, өсірепе еттің майын. Жұрт оны еттің ең дәмді бөлігі деп ойлайды, алайда майдан адам қатты толысады. Тамақ дайындағанда өсімдік майын (мысалы, құнбағыс не зәйтүн майын) және маргаринді пайдаланған дұрыс.

Көмірсулар (углеводтар): наңда, дәнді дақылдарда және макарон сияқты үн тағамдарында нәрлі заттар көп. Олар адам денесін мол энергиямен қамтамасыз ететін углеводтар. Түрлі сусындар, тәтті тағамдар және тәттілердегі қант та ағзаны қуатпен қамтамасыз етеді. Бірақ қанттың құнарлық құндылығы жоқ.

Сүйиқтық: оны (сүт, айран, су, сүйик шай, жеміс шырындары т.б.) жеткілікті мөлшерде ішу өте маңызды. Денеден зиянды заттарды несеп, тер арқылы сыртқа шығару үшін кос бүйрекке күніне 1-1,5 литр су керек. Жұкті әйелдің аяғы суды көп ішкеннен іседі деген пікір дұрыс емес. Аяқ ісуінің негізгі себебі гормондық өзгерісте, демек бұл әйелдің өзіне төуелді емес. Сол бездер әйел ағзасына арнағы заттарды бөліп шығарады да, солардың әсерінен жасушалар босансып, оларға су бұрынғыға қарағанда көбірек жинала бастайды. Сондықтан, бірқалыпты өтіп жатқан жүктілік кезінде су ішуді шектеу дұрыс емес. Су бүйректің дұрыс жұмыс істеуі үшін өте маңызды. Жоғарыда айтылғандай аяқ аздал ісінкіреле, бұл қалыпты жағдай. Ол туралы аландамауға болады. Кофе, шай, кока-кола, пепси сияқты кейбір алкогольсіз сусындарда және шоколадта кофеин бар. Кофеинді көп қабылдау жүктілік барысы мен балаға зиян келтіруі мүмкін, сондықтан кофе мен шайды құніне үш кеседен артық ішпеу керек.

Тамақтанудың дұрыс көрсеткіші –дене салмағының өсуін реттеу болып табылады. Жүктіліктің 2-ші жартысында оны ерекше қадағалау кажет, дene салмағы 20 аптаның (4-5 апта)

ішінде 2 кг-ға, одан кейін өр апта сайын 0,5 кг-ға артып отырады. Жүктілік кезінде әйел 10-15 кг салмақ қосады. Бірақ айта кететін жайт, әрбір жүктілік өзінше өтеді, сондықтан салмақтың өсуі осы келтірлген өлшемнен ауытқуы өбден мүмкін. Дегенмен де салмақ тұракты өсіп, ол не тым аз, не тым артық болмаса болғаны. Қазіргі танда жүкті әйелдің тамақтануына шектеу қойылмайды. Дені сау анадан-дені сау бала десек, жүктілік кезінде ұтымды тамақтанудың маңызы өте зор.

Әр ана мен өке баланы өмірге үлкен сүйіспеншілікпен әкелу қажет, сондықтан жанұяны жоспарлау әрбір отбасы үшін міндетті болу керек. Жанұяны жоспарлау:

1. Жасанды түсік пен қалаусыз жүктіліктің алдын алу.
2. Ана ауруы және өлімін азайту.
3. Балалардың өлімін азайту.
4. Жыныстық жолмен таралатын аурулардың алдын алу.
5. Жүктілік аралығын реттеу.
6. Дүниеге қалаулы сәби әкелу.

Ана мен бала денсаулығын қорғайтын барлық үйымдар КР ДСМ 07.05.2010, № 325 «Қазақстан Республикасында перинаталдық қомекті аймактандыру» бүйректерінде сәйкес жабдықталуы, медициналық қызмет пен қомекті қөрсету денгейі бойынша санаттарға бөлінген. 4 денгей-ен жоғарғысы. 4 денгейдегі мекеме көрсететін және жасайтын медициналық қомекті 3 денгейдегі мекеме жасамайды. Ал, 3 денгей қамтамасыз ететінді 2 және одан төмендегілер қамтамасыз ете алмайды. 3-4 денгейдегі мекемелер жүктілік барысы асқынумен өтіп жатқан жоғары қауіпті топтағы жүкті әйелдермен жұмыс жасайды.

«Дені сау анадан-дені сау бала» демекші болашак аналарымыз өздерінің денсаулығына және болашак сәбілерінің өміріне үлкен жауапкершілікпен қараса, дүниеге дені сау сәби келіп, қоғам мен отбасын қуанышпен бақытқа кенелтері сөзсіз.

УДК 618.146-006-084

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ш.К. РАХИМЖАНОВА

Городская поликлиника №9, г. Тараз

Резюме

На сегодняшний день основная задача заключается в грамотном внедрении разработанных вакцинальных препаратов в повседневную клиническую практику, причем успешное решение этой задачи обеспечит существенное снижение показателей первичной заболеваемости и частоту летальных исходов от РШМ.

Тұжырым

Негізгі міндет бүтінгі күнге күнделікті клиникалық тәжірибеге игерілген вакцина препараторының сауаттылық енгізуінде болады, және де бұл есептің табысты шешімі алғашқы ауру-сырқаудың көрсеткіштерінің маңызды тәмендетуі және жатыр мойыны көтерлі ісігінен өліммен аяқталуларды тәмендедеді.

Summary

Nowadays, the main challenge is competent administration of the developed vaccines in daily clinical practice. Successful solution of this problem will provide a substantial decline in primary disease rate and death rate from cervical cancer.

Рак шейки матки (РШМ) – одна из наиболее частых злокачественных опухолей женской репродуктивной системы. По частоте среди злокачественных опухолей женских половых органов занимает второе место. Ежегодно в мире регистрируется свыше 600000 новых случаев заболевания. Ежегодно в мире около 273000 женщин погибают от РШМ, из них три четверти в развивающихся странах. В Казахстане от РШМ ежегодно умирает более 600 женщин, внедрение скрининговых программ во многих странах позволило значительно снизить заболеваемость.

Широкая и смертность от РШМ должна предупреждаться, прежде всего, за счет своевременного выявления и адекватного лечения предопухолевых заболеваний. Ранняя диагностика предрака предусматривает возможность первичной и вторичной профилактики. В Республике Казахстан в государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010гг согласно приказа № 607 от 15.10.2007 “О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения” предусмотрено 4 основных компонента: первичная профилактика, раннее выявление за счет повышения осведомленности населения и проведения программ организованного скрининга, диагностика и лечение, паллиативная помощь при запущенных стадиях.

Применение цитологического скрининга позволяет диагностировать неопластические изменения шейки матки на начальном этапе трансформации в стадии дисплазии и преинвазивной карциномы. Считается, что за последние 50 лет обследование на атипичные клетки с использованием цитологического метода Папаниколау на

три четверти уменьшило заболеваемость РШМ. Мировой опыт свидетельствует, что может проводиться с интервалом 2-3-5 и более лет. Однако важно, чтобы он был качественным и охватывал как можно более широкий круг женщин. Подсчитано, что такой скрининг в возрасте 25-64 лет с интервалом в 5 лет может снизить смертность от РШМ на 84%.

Альтернативным методом скрининга может стать исследование на ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ – тест), который выявляется практически у больных с предраковыми состояниями и РШМ. Международное агентство по исследованию рака официально объявило ВПЧ – инфекция – РШМ порождает новые подходы к предупреждению РШМ по двум направлениям: обнаружение ВПЧ – инфекции в качестве биологической субстанции, представляющей собой бессимптомный предвестник РШМ, а также иммунизация против ВПЧ – инфекции с целью предотвращения возникновение подобных поражений.

Доказательство того, что РШМ является последствием ВПЧ – инфекции, поставило его в ряд заболеваний, потенциально предотвратимых с помощью вакцинации. На сегодняшний день вакцинация против онкогенных штаммов ВПЧ – 16 и 18 признана мировыми экспертами как эффективный способ защиты женщин от развития РШМ. Создание вакцин для профилактики ВПЧ в частности вакцин против 2-х типов ВПЧ, обладающих наибольшей онкогенностью, является большим достижением биомедицинской научно-исследовательской области в целом. Вакцины против онкогенных штаммов ВПЧ зарегистрированы во всех странах Европейского союза и США, Канаде и Австралии. На сегодняшний

день разработаны и успешно прошли процедуру лицензирования 2 профилактические вакцины, эффективность и иммуногенность которых подтверждена результатами масштабных рандомизированных клинических исследований: бивалентная (адьювант – ASO4) – Церварикс для профилактики инфекционных процессов, вызванных ВПЧ 6, 11, 16 и 18-го типов. По мнению

европейских экспертов, если сегодня начать масовую вакцинацию девочек до начала половой жизни, то в будущем это позволит предотвратить более 70% случаев РШМ. Таким образом, несмотря на всеобщий прогресс в уменьшении частоты заболеваемости РШМ посредством цитологического обследования и выявления атипичных клеток, РШМ остается важной проблемой здравоохранения.

УДК 618.8-009.24-053.2-085

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

И.Э. ЮЛДАШЕВА

Городская детская больница № 1, г. Тараз

Резюме

В данной статье рассматриваются вопросы этиологии, эпидемиологии, интенсивной терапии судорожного синдрома у детей в связи анатомо-физиологическими особенностями детского возраста; предлагается один из эффективных методов, опробованных в нашем стационаре, пошаговой противосудорожной терапии в условиях реанимационного отделения для купирования тяжелых судорожных статусов; приведены необходимые лабораторно-инструментальные методы обследования; рекомендованы оптимальные дозы лекарственных средств; методы мониторинга и ухода.

Тұжырым

Тап осы мақалада қаралады этиология сұраптары, эпидемиологиянын, балаларға ұрынып-соғылған синдром қарқынды терапиясының анатомо осымен орайлас - балалар жасы физиологиялық ерекшеліктерімен; нәтижелі әдістерден бір ұсыныс жасап жатыр, байқалғандардың біздін күндізгі бөлімімізде - ауыр ұрынып-соғылған статустардың купированијасына арналған реанимациялық айырылу шарттарында терапияның; лабораторномен қажетті келтірілген - тексеру аспалтық әдістері; дәрілік құралдардың үйлесімді мөлшерлері ұсынылған; мониторингі әдістері және кетудін.

Summary

In given article are considered questions aetiology, epydemiology, intensive therapy of the convulsive syndrome beside of childrens in relationship anatomist-physiological particularity of the baby age; it is offered one of the efficient methods, tested in our permanent establishment, incremental anticonvulecsing therapy in condition reanimotology branches for discontinue heavy convulsive status; necessary laboratory-instrumental methods of the examination are brought; the optimum doses of the medicinal facilities are recommended; the methods of the monitoring and care.

Судорожный синдром (СС) – клинический симптомокомплекс, характеризующийся потерей сознания и гипермоторикой поперечно-полосатой мускулатуры. Встречается у 3-5% детей, чаще в первые три года жизни. Ввиду анатомо-физиологических особенностей головного мозга детей (незаконченная миелинизация проводящих путей, незрелость тормозных механизмов коры, высокая гидрофильность тканей мозга и повышенная проницаемость сосудов) судороги чаще носят общий характер. Могут быть клоническими, тоническими, клонико-тоническими. У детей старшего возраста судороги чаще бывают очаговыми (как и меняется структура нозологии, их вызвавших) и имеют определенное топико-диагностическое значение. Длительные, повторяющиеся приступы, не купирующиеся на введение

обычных противосудорожных средств, расценивается как судорожный статус.

С наступлением осени, зимы, эпидемий вирусных инфекций значительно возрастает количество поступлений экстренных больных с СС в отделение реанимации и интенсивной терапии. СС полииатиологичен: гипоксия, черепно-мозговая травма, инсульты геморрагический и ишемический, нейроинфекции, эпилепсия, нейротоксикоз, гипертермия, спазмофилия, отравления экзогенные, объемные внутричерепные образования, гипергликемия, гипогликемия, гипербилирубинемия новорожденных, состояния перинatalного периода, органическое поражение ЦНС, врожденные аномалии головного мозга и его сосудов и др.

Диагностика. ОАК, ОАМ, б/химический анализ крови (сахар, мочевина, креатинин, АЛТ,

кальций, фосфор, калий натрий), КЩР крови, спинномозговая пункция, рентгенография черепа в 2-х проекциях (при подозрении на ЧМТ), нейросонография, транскраниальное сканирование с допплером, ЭЭГ, КТ головного мозга. Сбор анамнеза - один из основных моментов в вопросе причин судорог и соответствующих лечебных мероприятий, направленных на устранение основного повреждающего фактора. В остальном лечение СС при различных нозологиях схоже. В реанимационном отделении доктора чаще сталкиваются с тяжелыми, атипичными, фокальными, сложными судорогами не купирующимися на введение обычных разовых доз противосудорожных средств, длиющиеся более 15 минут или повторяющиеся многократно в течение 1 суток и более.

Интенсивная терапия. При инфузционной терапии берется во внимание ограничение введения изотонических инфузионных растворов и строгие показания для гипотонических (при отсутствии сопутствующего эксокоза). Соотношение коллоиды:кристаллоиды – 2:1, 1:1, в зависимости от основной патологии.

· Поддержание адекватного внешнего дыхания – проходимость дыхательных путей (механическая очистка ротовой полости от рвотных масс, фиксация языка языкоодержателем или воздуховодом, выдвижение нижней челюсти вперед); положение ребенка на боку (если нет отека мозга); подача увлажненного кислорода. При неадекватности спонтанного дыхания – ИВЛ любым способом с последующим переводом на аппаратное дыхание в системе умеренной гипервентиляции. ИВЛ способом «рот-в-рот» или «рот-в-нос; противопоказана при нейроинфекции или подозрении на нее.

· Этиотропное лечение (при гипогликемии – глюкоза 20%, 40%; при отравлениях – антидот, детоксикация; при спазмофилии – препараты кальция и т.д.).

· Антиконвульсивная терапия: препарат выбора – производные бензодиазепина (диазepam, валium, седуксен, реланиум, брюзепам) в дозе 0,2-0,8мг/кг. Также широко применяется у детей препарат, обладающий противосудорожной и антигипоксической направленностью – ГОМК 20% - 75-100 мг/кг.

· При тяжелом СС или упорном продолжении судорог – 3-х этапный противосудорожный метод лечения с использованием перфузора, который позволяет постоянно поддерживать в крови больного необходимую терапевтическую концентрацию противосудорожного средства заданное время. I этап – седуксен (любой бензодиазепин) в дозе 0,15 мг/кг/час на 24 часа. Для потенцирования действия – фенобарбитал 2-10 мг/кг/сут.

Если судороги продолжаются – переход на II этап. II этап – тиопентал натрия 1% в/венечно-струйно медленно вводится насыщающая доза 3 мг/кг, интубация трахеи и перевод на аппаратную ИВЛ; затем через перфузор тиопентал натрия 1% 3мг/кг/час на 12 часов. Если судороги не повторились – переход на I этап. Если нет эффекта – III этап. III этап – в/м ардуан 0,1 мг/кг и затем через перфузор 0,05 мг/кг/час + седуксен 0,3 мг/кг/час на 12 часов. Если судороги не повторились – переход на II этап, а затем на I этап

· Дигидратация: маннит 10-15% 0,5-1 гр/кг с возможным повтором через 8-12 часов; альбумин 10-20% 10,0-15,0 мл/кг; серно-кислая магнезия 20% 0,2 мг/кг в составе поляризующей смеси. Осмодиуретик вводится быстро в течение 20-30 минут. Во избежание «эффекта бумеранга» назначение лазикса через 4-6 часов.

· Гормоны: препарат выбора дексаметазон, обладающий противоотечной способностью. В зависимости от степени тяжести СС и его осложнений доза 3-8 мг/кг по преднизолону. Кратность введения через 4-6 часов.

· Антигипоксанты: актовегин, витамин Е, цитохром С (дозы подбираются индивидуально), ниматоп 15 мкг/кг/час (субарахноидальное кровоизлияние).

· Ноотропы : пирацетам 20% 50-100 мг/кг, церексон – доза индивидуальна.

· Мониторинг: контроль уровня зрачков, их фотопреакция, сухожильные и патологические рефлексы, двигательная активность, болевая, тактильная чувствительность, адекватность спонтанного дыхания, АД, ЧСС, сатурация чрезкутанным датчиком, почасовой диурез, биохимия крови (сахар, калий, креатинин, натрий, кальций), КЩР, напряжение кислорода и углекислого газа капиллярной крови; при отеке мозга и коме – определение степени комы (у больших детей по шкале Глазго).

· Общий уход за бессознательным больным: ротация каждые 2 часа, санация верхних дыхательных путей, смачивание склер и ротовой полости, профилактика пролежней, вторичной инфекции; зондовое кормление с учетом азотистого баланса.

3-х этапный противосудорожный метод успешно применяется в нашем отделении. Он несложен в исполнении, не требует большого количества лекарственных средств и материальных затрат. Вовремя принятое адекватное лечение влечет за собой быстрый выход из статуса без последующих дефектов со стороны ЦНС. И наоборот, несвоевременное однобокое лечение осложняется отеком головного мозга, мозговой комой с последующей инвалидизацией детей и выпадением из социальной жизни общества.

УДК 618.146-002.446-035:615.256.2(1-22)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЛКОВАГИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

К.Ж. ДЕНДИБАЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА

ГККП сельская больница, с.Боралдай,

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Резюме

Опыт лечения женщин страдающих эрозией шейки матки с использованием Солковагина, проведенный в условиях сельской больницы показал его высокую эффективность и безопасность, что обеспечивает в свою очередь профилактику серьезных осложнений заболевания. Кроме того, значительно снижаются финансовые расходы на лечение больных женщин, как со стороны лечебной организации, так и для пациентов, делая такое лечение доступным для всех слоев населения, независимо от их социального положения.

Тұжырым

Аудыл емханада әйелдердің емдеуі тәжірибесінде жатыр мойынның эрозисын солковагинмен емдеу биік тиімділігін және куаіпсіздігін көрсетті, сонымен катар жатыр мойыны эрозисы аурудын маңызды кедергілерінің алдын алуға қамтамасыз етеді. Бұдан басқа емханаға, емделуші әйелдер үшін қаржы шығындары төмендей, тұрғындардың барлығына, әлеуметтік жағындағына карамастан емделуге мүмкіншілік береді.

Summary

Experience in treating women suffering from cervical erosion using Solkovagina conducted in conditions of rural hospitals showed its high efficacy and safety, which provides, in turn, prevent serious complications of the disease. In addition, significantly reduced the financial cost of treating female patients, both from the medical organizations and patients, making this treatment accessible to all segments of the population, regardless of their social status.

Проблемы болезней репродуктивной системы, волнует многих женщин. Это неудивительно, так как более половины пациенток гинеколога страдают тем или иным видом патологии шейки матки. Кроме того, онкологические заболевания шейки матки являются основными в структуре смертности женщин во всем мире. Наиболее печальным является тот факт, что очень велик процент выявления данного заболевания в поздних стадиях, когда обеспечить полное выздоровление практически невозможно. На наш взгляд, рост частоты выявления запущенных форм онкологических заболеваний шейки матки связан, в основном, с тем фактом, что в настоящее время диспансеризация населения практически не проводится. Диспансеризация женщин, обязывающая регулярное обследование у гинеколога с забором необходимых простых анализов, позволяет врачу выявить заболевание на начальной стадии, а еще чаще определить патологию, на фоне которой может сформироваться онкологическое заболевание в будущем, чтобы предотвратить появление страшного диагноза.

Анализ 250 медицинских документов, женщин наблюдавшихся в сельской больнице п. Боралдай в течение года показал, что у подавляющего большинства женщин были выявлены заболевания шейки матки. Эрозия шейки матки характеризуется повреждением слизистой шейки матки, обращенной в сторону влагалища. То

есть, это своего рода ранка на шейке матки, видимая невооруженным глазом при осмотре гинекологом. Выглядит она как ярко-красное пятно на розовом фоне неповрежденной слизистой шейки матки. Чаще всего причиной образования эрозии является воспалительный процесс, различные химические, физические воздействия или гормональные нарушения.

Эрозия шейки матки может развиваться также после травматичных родов, абортов и других внутриматочных вмешательств. При этом на шейке матки образуются разрывы, шейка матки как бы выворачивается кнаружи и формируется эрозированный эктропион. Следует также сказать о возможности существования физиологической эрозии шейки матки у молодых женщин до 23-24 лет, которые не требуют никакого лечения и проходят самостоятельно. При длительном течении эрозии, процессы, постоянно протекающие в клетках поверхностного слоя шейки, могут изменяться, приводя к развитию дисплазии. Если этого не происходит, эрозия шейки матки может существовать сколь угодно долго, клинически никак не проявляясь.

Основным методом лечения, наиболее эффективным из которых является лечение с использованием препарата Солковагин. Солковагин - препарат для местного лечения доброкачественных поражений шейки матки, обладает призывающим эффектом. По нашим наблюдениям у

женщин с эрозией шейки матки, после аппликации наступает некроз эктопированного цилиндрического эпителия и субэпителиальной стромы эрозии; некротизированная ткань сохраняется и образует защитный слой, который через несколько дней замещается собственным плоским эпителием. Мы применяли Солковагин для лечения доброкачественных поражений шейки матки: цервикальная эктопия, эритроплакия, эритроплазия, псевдоэрозия, зона трансформации, наборовы кисты, полипы канала шейки матки, послеоперационные гранулемы. В настоящее время у более 85% женщин с эрозией шейки матки мы применяем Солковагин. Преимущества применения Солковагина: просто, эффективно и практически безболезненно; переносится лучше, чем криотерапия; не ограничивает обычный образ жизни; уменьшает риск рецидивирования; заживление происходит без образования рубцов.

По нашим наблюдениям после аппликации Солковагина наблюдается его неодинаковое воздействие на различные типы эпителия пораженного участка шейки матки, т.е. некротизируется эктопированный цилиндрический эпителий и субэпителиальная строма эрозии (происходит их девитализация и фиксация *in vivo*); многослойный и устойчивый плоский эпителий влагалищной части шейки матки и вагинальной слизистой оболочки при этом сохраняется (видимо они являются более резистентными к воздействию Солковагина). Девитализация и фиксация измененной ткани происходит в течение нескольких минут и сопровождается возникновением желтовато-белого или серого струпа. Это явление нельзя классифицировать как прижигающее действие кислот, в обычном представлении - некротизированная ткань сохраняется и образует защитный слой, который через несколько дней замещается собственным плоским эпителием.

Солковагин - препарат в основном местного действия, т.е. при его применении происходит быстрое девитализирующее и фиксирующее действие. Данный процесс, вероятно, не сопровождается значимым всасыванием; системное воздействие Солковагина нами не наблюдалось. Обработку мест эрозии проводит врач с помощью кольпоскопа. Во время процедуры необходимо обрабатывать только зону поражения, избегая попадания раствора Солковагина на кожу наружных половых органов и эпителий влагалища. Перед нанесением Солковагина необходимо удалить вагинальную слизь с помощью ватного тампона. Для более четкого определения границ

пораженной области шейку матки мы обычно обрабатываем 3% раствором уксусной кислоты. Пораженную область лучше обработать раствором Солковагина 2 раза с интервалом в 1-2 мин (с помощью ватного тампона диаметром 0,5 см, намотанного на стержень и смоченного в растворе). Как показывает наш опыт, такая двойная обработка усиливает терапевтический эффект Солковагина.

В случае больших и глубоких эктопий с трещинами, когда Солковагин после первого применения не оказывает достаточного эффекта, через 4-6 дней после контрольного осмотра процедуру мы повторяем. Обычно повторный осмотр пациентки мы проводим через 10-14 дней после проведения процедур, и если к этому времени заживления не наступило, мы проводим повторно дважды обработку пораженной поверхности, по схеме изложенной выше. Контрольное обследование пролеченных женщин выявил высокую эффективность применения Солковагина при лечении эрозий шейки матки, что обеспечивает в свою очередь профилактику серьезных осложнений заболевания.

Таким образом, проведенный анализ материалов позволяет сделать следующие выводы:

1. Лечение Солковагином женщинам можно проводить в амбулаторных условиях.
2. Перед началом лечения, в обязательном порядке необходимо провести цитологическое исследование с целью исключения дисплазии или злокачественности.
3. Обработку места эрозии должен проводить подготовленный врач.
4. Контрольный осмотр женщин необходимо проводить через 10-14 дней.
5. В случае слабого заживления раны, провести повторную обработку Солковагином по схеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки / О.К. Хмельницкий. - СПб.: SOTIS, 2000.
2. Баузэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Баузэр. - Москва, ГЭОТАР, 2002.
3. Прилепская В.Н. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов. - Москва, МЕДПРЕССИНФОРМ, 2002.
4. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. - Москва, 2007.
5. Кулаков В.И. Гинекология - национальное руководство / В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. - Москва, 2009.

УДК 618.2-06:616.1

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Т.А. ТАГИЕВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о сердечно-сосудистых заболеваниях встречающихся во время беременности.

Тұжырым

Берілген макалада жұктілік кезінде кездесетін жүрек қан- тамыр аурулары жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

The article presents data on diseases of cardiovascular system encountered during pregnancy.

Сердечно-сосудистые заболевания - это наиболее часто встречающаяся группа экстрагенитальной патологии. Как причина материнской и перинатальной заболеваемости и смертности она занимает первое место среди других заболеваний. Все заболевания сердечно-сосудистой системы разделяются на следующие группы: врожденные пороки сердца; ревматизм и ревматические пороки сердца; состояния после операций на сердце, называемые «оперированное сердце»; заболевания миокарда, эндокарда и перикарда; системная красная волчанка; гипертоническая болезнь; гипотоническая болезнь. Возникновение врожденных пороков развития сердца (ВПРС) обусловлено в основном генетическими и реже факторами внешней среды (бесконтрольный прием лекарственных средств во время беременности, курение, алкоголизм, острые и хронические инфекции, профессиональные вредности и др.).

Пролапс митрального клапана может быть врожденным и приобретенным (при эндокардитах, миокардитах, системной красной волчанке и других заболеваниях). Возможности диагностики этого ВПРС значительно расширились с применением ультразвуковой эхокардиографии. Клиническая картина пролапса митрального клапана весьма многообразна. В большинстве случаев он не оказывает неблагоприятного влияния на здоровье и трудоспособность, в том числе на течение беременности и родов. Поэтому этот порок нередко впервые выявляется у женщин во время беременности. В целом при данном пороке беременность и роды не противопоказаны.

Ревматизм, приобретенные пороки сердца и беременность. Ревматизм - инфекционно-аллергическое заболевание с системным воспалительным поражением соединительной ткани, преимущественно в сердечно-сосудистой системе. Первичная роль в развитии ревматизма принадлежит стрептококковой инфекции. Прогноз исхода ро-

дов при приобретенных пороках сердца зависит от нозологической формы болезни, характера гинекологических нарушений, активности ревматического процесса, состояния миокарда и других органов и систем, течения беременности, а также ряда внешних факторов.

Митральные пороки встречаются наиболее часто. Недостаточность митрального клапана кроме ревматизма может развиваться при системной красной волчанке, септическом эндокардите, склеродермии, миокардите, кардиосклерозе. Исходы беременности, родов, как и их течение, при данном пороке в большинстве случаев благоприятные. Из редких осложнений этого порока можно отметить отек легких, кровохаркание, мерцание предсердий, пароксизмальную предсердную тахикардию.

Митральный стеноз - это наиболее частая форма приобретенных пороков сердца. Частыми осложнениями митрального стеноза у беременных, рожениц и родильниц являются: сердечная недостаточность, отек легких, мерцание или трепетание предсердий, системные эмболии и эмболии легочной артерии с возникновением инфаркта легкого. У женщин с митральным стенозом беременность и роды чаще протекают с акушерскими осложнениями: гестозами, угрозой досрочного прерывания беременности, анемией, гипоксией плода и др. Высокая перинатальная и материнская смертность при митральном стенозе у женщин требует четкого дифференцированного подхода к решению вопроса о сохранении беременности в каждом случае, выключения потужного периода акушерскими щипцами или кесаревым сечением, а нередко и применения хирургического лечения порока во время беременности.

Аортальные пороки у беременных женщин встречаются реже, чем митральные, но риск сердечной недостаточности при них довольно высокий, особенно при аортальном стенозе. Они часто сочетаются с поражениями других клапа-

нов. При сочетании недостаточности аортального клапана и митрального эти пороки маскируют друг друга и возникает временное «мнимое» благополучие. В ранних стадиях порока беременность сохраняется и протекает относительно благополучно, но имеется высокий риск бурного нарастания сердечной недостаточности. Осложнениями аортального стеноза являются бактериальный эндокардит, застойные явления в легких, приступы стенокардии, развитие сердечной недостаточности. Исходы беременности при этом пороке часто неблагоприятные, остается высокой материнская и перинатальная смертность.

Пороки трехстворчатого клапана и другие пороки сердца встречаются редко. При этих пороках во время беременности быстро развивается сердечная недостаточность, поэтому исходы беременности и родов часто неблагоприятны. Заболевания миокарда, эндокарда и перикарда у беременных. Заболевания миокарда воспалительной и невоспалительной этиологии представлены миокардитами, миокардиодистрофиями, кардиосклерозом и миокардиопатиями.

Миокардит - воспалительное заболевание сердечной мышцы инфекционной, инфекционно-аллергической или инфекционно-токсической природы. Миокардиты могут быть обусловлены вирусной, бактериальной, гнойно-септической инфекцией, а также наблюдаются при паразитарных и протозойных инвазиях. У беременных женщин чаще встречаются ревмокардиты как первичные, так и развивающиеся на фоне различных пороков. Беременность ухудшает течение болезни, поэтому миокардит в ранние сроки беременности является показанием к ее прерыванию. При неосложненном течении миокардита и отсутствии серьезных сопутствующих заболеваний беременность сохраняется и протекает благополучно.

Миокардиодистрофии в основе своей имеют биохимические или метаболические нарушения в сердечной мышце, обусловленные эндокринными заболеваниями или интоксикацией, а также нарушением обмена веществ. Дистрофия миокарда не имеет четкой клинической картины, последняя обычно проявляется симптоматикой основного заболевания. При тяжелой тиреотоксической кардиодистрофии с мерцательной аритмией беременность противопоказана. Анемическая миокардиодистрофия проходит по мере излечения анемии, что обычно эффективно осуществляется.

Кардиомиопатии могут быть первичные и вторичные на фоне различных общих заболеваний. К первичным формам этой патологии относятся идиопатические гипертрофии миокарда необст-

руктивного и обструктивного типа. При нетяжелой обструкции беременность протекает благоприятно, но следует помнить о генетической детерминированности этой патологии и риске рождения больного ребенка.

Болезни эндокарда. Различают острый, подострый и затяжной септический эндокардит. Обусловлено заболевание инфекцией (чаще стрепто- и стафилококками). Характеризуется разрастаниями (состоящими из фиброна, тромбоцитов, полиморфноклеточных лейкоцитов) различного размера и формы на створках клапанов, сухожильных хордах и пристеночном эндокарде. Чаще поражаются митральный, аортальный или оба клапана. Беременность предрасполагает к развитию эндокардитов на фоне различных пороков, особенно при наличии инфекции. Беременность при бактериальном эндокардите следует прерывать, хотя это небезопасно и может сопровождаться тромбоэмбolicкими осложнениями и сердечной недостаточностью. В последующем, при благоприятном исходе болезни, беременность допустима через год.

Болезни перикарда. Причиной болезни является инфекция (вирусная, бактериальная, грибковая, паразитарная). Могут развиваться перикардиты при коллагенозах, аллергических состояниях и метаболических нарушениях, а также при лучевом поражении, после операций на сердце. Конструктивный перикардит является противопоказанием для беременности.

Беременность и системная красная волчанка. Системная красная волчанка - аутоиммунное заболевание соединительной ткани. Встречается чаще у женщин репродуктивного возраста. Выявляется во время беременности, после родов и абортов, иногда после приема лекарственных средств (при индивидуальной непереносимости сульфаниламидов, антибиотиков), а также после стрессовых ситуаций (операции, простудные заболевания, психические травмы). Диагностическим критерием является наличие волчаночных клеток и специфических антител в крови.

Клиническое течение болезни может быть с медленным или быстрым прогрессированием. Различают следующие формы красной волчанки: висцеральную, эндокардитическую, полиартритическую, почечную, анемическую и неврно-психическую. Для нее характерна полиморфность симптомов: кожные проявления, кардиальные изменения, поражение легких, селезенки и лимфатических узлов, васкулиты и тромбоэмбolicкие осложнения. Поражение почек с выраженным изменениями свидетельствует о

прогрессировании заболевания, является трудно-обратимым процессом и может быстро приводить к летальному исходу. Беременность ухудшает состояние больной и в большинстве случаев противопоказана.

Беременность у женщин с оперированным сердцем. Этот контингент беременных женщин (даже после успешных оперативных вмешательств) следует рассматривать как страдающих

заболеваниями сердца. Решение вопроса о допустимости беременности и родов у оперированных на сердце женщин должно приниматься с учетом эффективности операции, активности ревматического процесса, возможного рецидива болезни, легочной гипертензии, аритмий, сердечной недостаточности и др. Операции на сердце выполняются и во время беременности (в 16-26 недель).

УДК 618.2-083

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К РОДАМ

Т.А. ТАГИЕВА

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о подготовке беременных женщин к родам.

Тұжырым

Берілген макалада жұкті әйелдерді босануға дайындау жайлы мөліметтер келтірілген.

Summary

This article contains information about how to prepare pregnant women for childbirth.

Роды – значительная физическая и психическая нагрузка для организма женщины. Поэтому должна проводиться как физическая, так и психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам. Физическая подготовка к родам начинается уже в ранние сроки и продолжается в течение всей беременности. Физическая подготовка включает утреннюю гимнастику и специальные упражнения, соблюдение двигательного режима, необходимого для укрепления мышечной системы. Утренней гимнастикой могут заниматься все здоровые женщины, однако во время беременности необходимо исключить прыжки, бег, поднятие тяжестей. Занятия должны быть посильными, направленными на укрепление мышц брюшного пресса и промежности, не вызывать перенапряжения, переутомления. Противопоказания для занятий беременной женщины физическими упражнениями – заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации кровообращения, хронический аппендицит, заболевания печени и почек, токсикозы беременных, маточные кровотечения, предлежание плаценты, многоводие, гнойные процессы любой локализации.

Лучший вариант для проведения эффективных занятий по физической культуре – это обучение

беременной женщины комплексу упражнений методистом или специально подготовленной акушеркой в женской консультации. Для проверки правильности выполнения упражнений необходимо 1 раз в 2-3 недели обратиться к методисту в женской консультации. Весьма полезны воздушные ванны и гидропроцедуры (души, влажные обтирания), являющиеся элементами физической культуры. Систематические занятия физкультурой во время беременности способствуют более благоприятному течению родов, уменьшению разрывов промежности и значительному снижению осложнений в послеродовом периоде. Физиопсихопрофилактическая профилактика беременных женщин к родам представляет собой психопрофилактическую подготовку в сочетании со специальной физической подготовки.

Психопрофилактическая подготовка к родам проводится, начиная с первого посещения беременной женщины женской консультации. Однако специальные занятия осуществляются с 30-недельного срока через каждые 10 дней – всего 5 занятий. Их проводит подготовленная акушерка в специально оборудованном кабинете. Для каждого занятия должен быть разработан план. Они проходят обязательно с перерывами (ни в

коем случае не ежедневно), с таким расчетом, чтобы последнее из них, заключающееся в повторении и закреплении полученных знаний и навыков, было проведено ближе к сроку родов. Главная задача, которая решается при психопрофилактической подготовке, - это снятие чувства страха в родах, который снижает порог болевой чувствительности.

Кроме обезболивания родов на занятиях беременных женщин обучают правильному проведению во время родов (выполнение всех указаний медицинского персонала, умение тужиться, понимание необходимости осмотра родовых путей врачом после родов и др.). Это способствует нормальному течению и предупреждению осложнений родового акта. Санитарно-гигиеническое обучение, входящее в комплекс физиопрофилак-

тической подготовки беременных женщин к родам, включает вопросы режима жизни, труда и отдыха, рационального питания, личной гигиены и использования природных факторов, благотворно действующих на организм. В последнее время широкое распространение получает подготовка беременных женщин по программе «семейные роды». Эта программа предусматривает подготовку женщин к родам с участием мужа или другого близкого человека (мамы, сестры, тети и т.д.). Доверительное отношение к акушерке и врачу, гуманное доброжелательное отношение к беременной женщине и ее близким со стороны медицинского персонала в сочетании с принятием профессионально и морально правильных решений является залогом успеха и благополучно исхода родов.

УДК 618.31+618.11-007.253+616.381-005.1+618.11-006.2+618.12-002.3

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

С.С. ТАСТАЙБЕКОВА, Ф.Н. БАЙЖУМАНОВА,
Т.П. ЗАНИЛОВА, В.А. ВАСИЛЬЕВА, К.М. МАТКАРИМОВА
ГКП «Перинатальный центр», ЦПМСП «Заря Востока», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения об остром животе в гинекологии.

Тұжырым

Берілген макалада гинекологияда кездесетін жедел іш жайлы мәліметтер көлтірілген.

Summary

This article describes acute abdomen in gynecology.

Причинами острого живота у гинекологических больных являются кровотечение в брюшную полость (внематочная беременность, апоплексия яичника), перекрут ножки кистомы яичника, перфорация гнойных образований придатков (пиосальпинкс, тубоовариальный абсцесс, кистома яичника), тазовый перитонит (пельвиоперитонит).

Внематочная (эктопическая) беременность — это беременность, развивающаяся вне физиологического плодовместилища,— в маточной трубе (преимущественная локализация), вrudиментарном маточном роге, в яичнике, в брюшной полости. В последние десятилетия отмечен рост частоты внематочной беременности, что связано с нарушением функционального состояния маточных труб и яичников вследствие повторных абор-

тов, воспалительных процессов в придатках, применения гормональных и внутриматочных противозачаточных средств, т. е. одним из главных этиологических факторов внематочной беременности является изменение анатомического строения и функции маточных труб. Помимо указанных выше причин развитию данной патологии способствуют инфекции, гипотрофическое состояние полового аппарата при нарушенной функции яичников или на фоне длительной лактации. В числе причин не исключаются повышение активности трофобласта, что способствует привитию плодного яйца до его попадания в полость матки, а также нарушение механизма восприятия яйцеклетки с ее миграцией в брюшную полость и др.

Прогноз при внематочной беременности определяют два лечебных мероприятия: остановка кровотечения и срочное возмещение кровопотери, поэтому главными способами стационарного лечения больной являются чревосечение, при котором выбирается соответствующий объем операции (тубэктомия, резекция трубы, пластика трубы), и трансфузионально-инфузионная терапия, включая реинфузию крови, введение противошоковых растворов, эритроцитарной массы и др.

Апоплексия яичника (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) — острое нарушение его целости с кровоизлиянием в яичник и кровотечением в брюшную полость. Встречается почти в 2 % всех чревосечений, произведенных в связи с диагнозом внематочной беременности и острого аппендицита. Апоплексию яичника связывают с нарушением нейроэндокринной регуляции в организме, в частности с усилением секреции лютеинизирующего гормона гипофиза, способствующего развитию кровоизлияний в строму яичника. Предрасполагают к апоплексии яичника склерокистоз, варикоз, воспалительные процессы. В патогенезе заболевания определенная роль принадлежит физическому напряжению, прерванному или редкому половому акту и другим моментам. Чаще всего апоплексия яичника развивается в середине менструального цикла — в период овуляции или во вторую фазу — в период ваккуляризации и расцвета желтого тела.

Перекрут ножки кистомы яичника — острое осложнение опухоли яичника приводящее к нарушению питания новообразования и развитию клиники острого живота.

Кистомы яичника относятся к наиболее часто встречающимся опухолям у женщин. Они имеют разное гистологическое строение (псевдомуцинозная, и цилиоэпителиальная, дермоидная и др.) и в 1/5 всех случаев — первичный или вторичный злокачественный рост. Поэтому абсолютным правилом является удаление опухоли яичника, как только она диагностирована. Задержка с оперативным лечением способствует повышению риска развития не только злокачественно новообразования, но и других тяжелых осложнений: нагноения и перфорации опухоли в свободную брюшную полость, в мочевой пузырь, в прямую кишку, г рекрута ножки опухоли яичника.

Ножка опухоли яичника состоит из собственной связки, подвешивающей связки, мезовария, иногда еще и маточной трубы. В ней проходят яичниковая артерия, ветви маточной артерии,

вены, лимфатические сосуды. Патогенез перекрута ножки кистомы разнообразен: резкое изменение положения тела, изменение внутрибрюшного давления (беременность, роды), нарушение гемодинамики в сосудах кистомы и др. Перекрут может произойти остро, быстро или развиваться исподволь — в течение нескольких часов и даже дней. Он может быть частичным и полным (даже многократным).

При этом происходит постепенное или резкое нарушение кровоснабжения с отеком опухоли, кровоизлиянием и некрозом, клиническая картина сопровождается постепенно нарастающими или острыми внизу живота — со стороны опухоли, появлением напряжения передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины. Возможны тошнота, а метеоризм, парез кишечника и другие симптомы острого живота. Температура тела обычно субфебрильная, но при длительном процессе лихорадка может быть выраженной. Тахикардия. Кожа бледная, иногда с сероватым или синюшным оттенком. Диагностике помогают анамнестические указания на наличие у больной опухоли яичника.

Перфорация гнойных образований придатков — осложнение гнойного воспаления маточных труб (пиосальпинкс), яичников (инфицирование с нагноением опухоли яичника, пиовар), маточных труб, яичников и связочного аппарата (тубоовариальный абсцесс). Воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место в гинекологической патологии. Пути инфицирования — интраканаликулярный, восходящий гематогенный (наиболее частый) и лимфогенный. Воспаление может быть специфическим (этиологические факторы — гонококки, микобактерии туберкулеза и др.) и неспецифическим, вызываемым любыми условно-патогенными штаммами: патогенным и непатогенным стафилококком, протеем, *E. coli*, клебсиеллами, неклостридиальными анаэробами, роль которых этиологии воспалительных процессов в последние годы возрастает, и др. Однако микробная флора лишь определяет формирование очага воспаления и первую симптоматику заболевания, а в дальнейшем течении воспалительного заболевания решающее значение приобретают нарушения иммунитета, эндокринопатии, аутоиммуноагgressия и нарушения периферического кровообращения.

Тазовый перитонит (пельвиоперитонит) является формой местного распространенного перитонита. Заболевание, как правило, возникает вторично — при распространении инфекции из мат-

ки, придатков (см. выше) на тазовую брюшину. В полости малого таза скапливается экссудат, фибринозное содержимое которого ускоряет образование спаек и ограничение очага воспаления. Изоляции полости малого таза от остальной брюшной полости способствуют прилегающие петли кишечника и сальник, которые вовлекаются в местный спаечный процесс. Экссудат — серозно-фибринозный, гнойный — обычно скапливается в маточно-прямокишечном углублении (абсцесс маточно-прямокишечного углубления) или, что реже, в одном из боковых карманов — в зависимости от локализации первичного очага воспаления.

Диагностика пельвиоперитонита нередко трудна. Ограниченност процесса, схожесть клинической картины пельвиоперитонита и гнойных образований придатков матки осложняют дифференциальную диагностику. Уточнению диагноза помогают результаты специального гинекологического исследования, при котором определяют нахождение и резкую болезненность заднего свода в случаях абсцесса маточно-прямокишечного углубления или резкую болезненность и формирование опухолевидного образования у дна матки, над лобком со стороны поражения — в случаях скопления экссудата в боковых карманах.

УДК 618.7

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

С.С. ТАСТАЙБЕКОВА

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о патологиях послеродового периода.

Тұжырым

Берілген макалада босанудан кейінгі кезеңдеңі патологиялар жайлы мәліметтер көлтірлген.

Summary

This article contains information about the pathologies of postpartum.

Послеродовые заболевания — заболевания, возникающие в послеродовом периоде (от момента родов до конца шестой недели после родов) и связанные с беременностью и родами. Различают:

- заболевания, не обусловленные инфекционным агентом (послеродовая нефропатия, эклампсия, кровотечения в послеродовом периоде, послеродовые психозы);

- гнойно-воспалительные заболевания в результате проникновения микробов через раневые поверхности, образовавшиеся во время родов, или активация условно-патогенной микрофлоры вследствие ослабления защитных сил организма.

Гнойно-воспалительные послеродовые заболевания в зависимости от распространения патологического процесса разделяют на 4 этапа.

I этап — инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовая язва на промежности, стенке влагалища и шейке матки, лохиометра и эндометрит.

II этап — инфекция распространяется за пределы раны, но остается локализованной: метрит,

параметрит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тазовый тромбофлебит, тромбофлебит вен ног), аднексит, пельвиоперитонит.

III этап — инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной: разлитой послеродовый перитонит, септический шок, прогрессирующий тромболит.

IV-этап — генерализованная инфекция: сепсис без видимых метастазов, сепсис с метастазами.

К гнойно-воспалительным заболеваниям относится также мастит. Наиболее частыми возбудителями послеродовых заболеваний являются энтеробактерии, стафилококки, зеленый протей, неспорообразующие анаэробы и их ассоциации. Возросла роль условно-патогенной грамотрицательной микрофлоры (эшерихии, протей, клебсиеллы).

Заболевания I и II этапов. Послеродовые язвы представляют собой инфицированные раны промежности, слизистой оболочки влагалища, шейки матки. Границы их четкие, слегка отечные, с воспалительной гиперемией и инфильтрацией окружающих тканей. Дно язвы покрыто грязно-

серым или серо-желтым налетом с участками некроза. Клиника заболевания определяется в основном местными проявлениями: локальной безболезненностью, зудом, связанным с раздражение кожи отделяемым из раны.

Лохиометра – лихорадочное заболевание, развивающиеся в результате задержки в матке выделений (лохий). Возникает на 5-9-й день после родов вследствие закрытия цервикального канала задержавшимися плодными оболочками, сгустками крови или резкого перегиба матки при ее плохой сократительной способности. Начало заболевания острое, сопровождается повышение температуры тела до 39-40С, тахикардией, нередко ознобом. Выделения из матки прекращаются. Температура держится 1-2 дня. При бимануальном акушерском исследовании стенки матки неравномерно утолщены. Диагноз подтверждается с помощью УЗИ.

Послеродовый эндометрит (метроэндометрит, эндомиометрит) представляет собой воспаление слизистой оболочки матки, к которому обычно присоединяется в той или иной степени и воспаление ее мышечного слоя. Частота заболевания колеблется от 36,3 до 59,5% всех послеродовых инфекций. Основными возбудителями являются грамотрицательная микрофлора и анаэробы, которые высеваются почти у 90% больных.

По клиническим проявлениям различают четыре формы эндометрита. Классическая, или типичная, форма эндометрита начинается на 3-5-е сутки после родов, проявляется симптомами общей интоксикации, увеличением размеров матки, чувствительностью ее при пальпации. Выделения из цервикального канала мутные, с характерным зловонным запахом, умеренные или обильные. Заболевание, вызванное анаэробной флорой, характеризуется ранним началом, тяжелым течением, более выраженными признаками общей интоксикации организма.

Для abortивной формы эндометрита характерно появление симптомов заболевания на 2-4-е сутки послеродового периода. Отличительная особенность этой формы – быстрое уменьшение и исчезновение симптомов после начала интенсивной терапии заболевания. Стертая форма эндометрита начинается сравнительно поздно – на 5-7-е сутки после родов, характеризуется затяжным, без четкой клинической симптоматики течением. Для этой формы характерно рецидивирующее течение, запоздалые диагностика и лечение и в последующем возможна генерализация инфекции. Эндометрит после операции кесарево сечения начинается на 1-5-е сутки после опе-

рации, и для него характерны как общие признаки интоксикации, так и местные проявления. Вовремя начатая интенсивная терапия предотвращает дальнейшее развитие патологического процесса и генерализацию инфекции.

У больных с послеродовым эндометритом в анализах крови наблюдается увеличение СОЭ, повышение количества лейкоцитов со сдвигом формулы влево. Большое диагностическое значение имеет срочное гистологическое исследование последа. Обнаружение в нем воспалительных изменений (базального децидуида) следует расценивать как возможность развития эндометрита. Данные коагулограммы отражают повышенную готовность организма к возникновению ДВС-синдрома.

При распространении инфекции за пределы матки наступает следующий этап в развитии послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний с появлением местных процессов в малом тазу, образованием инфильтратов и опухолей воспалительного генеза. При распространении инфекции по маточной трубе развивается **сальпингит**, а при вовлечении в процесс яичника – **оофорит**. Послеродовые септические сальпингоофориты развиваются чаще всего с одной стороны. При запаивании обоих концов маточной трубы патологической отделяемое может накапливаться в ее просвете с образованием в последующем гидро- или пиосальпинкса, тубоовариальных абсцессов. При вовлечении в патологический процесс придатков ухудшается общее состояние больной, появляется лихорадка, усиливаются боли в нижних отделах живота, имеют место симптомы раздражения брюшины, особенно при образовании пиосальпинксов. Иногда в воспалительный процесс вовлекается тазовая брюшина, и тогда развивается послеродовой пельвиоперитонит. При этом выпот в брюшной полости может быть серозный, серозно-фибринозным, но чаще всего гнойным.

Для пельвиоперитонита характерна выраженная клиническая картина. Наблюдаются высокая температура, резкая тахикардия, тошнота и рвота, задержка газов и стула, положительные симптомы раздражения брюшины. Налицо все признаки, характерные для общего перитонита. Но благодаря строению брюшины процесс постепенно локализуется, образуются спайки, ограничивающие распространение воспаления, уменьшаются явления интоксикации, нормализуется функция кишечника и при вагинальном исследовании можно установить наличие выпота в брюшной полости.

При распространении воспалительного процесса на околоматочную клетчатку (параметрий) развивается **параметрит**. Возбудителями являются кишечная палочка, клиебсиелла, протей, меньшую роль играют стрептококки, золотистый стафилококк, неспорообразующие анаэробы (бактериоиды, пептококки, пептострептококки). Нередко микрофлора носит ассоциированный характер. В течении параметрита различают три стадии: инфильтрации, экссудации и уплотнения экссудата. В зависимости от топографии клетчатки малого таза параметриты делят на передние, боковые и задние. Воспаление всей клетчатки малого таза носит название **пельвиоцеллюлита**.

По клиническому течению заболевания различают острый, подострый и хронический параметрит. Параметрит начинается на 10-12-й день после родов ознобом и повышением температуры до 38-39°C и более, возможны слабость, головная боль. Появляются постепенно усиливающиеся боль внизу живота, в левой или правой подвздошной области (соответственно локализации процесса). Они носят постоянный характер, иррадиируют в крестец и поясницу. Иногда боль внизу живота является наиболее ранним симптомом параметрита и предшествует появлению инфильтрата.

Сначала местные симптомы мало выражены: при влагалищном исследовании определяется пастозность в области воспаления. Спустя 2-3 дня отчетливо пальпируется инфильтрат тестоватой, а затем плотной консистенции, умеренно безболезненный, неподвижный. Продолжительность этой стадии 5-10 дней. Лихорадочный период с небольшими ремиссиями температуры продолжает-

ется 1-2 недели. Инфильтрат постепенно рассасывается. Если этого не происходит, наблюдается его нагноение и образуется абсцесс (на 3-4 неделе заболевания). Температура повышается до 39°C и выше, отмечается значительный колебания между утренней и вечерней температурой тела, характерны повторные ознобы, выражены явления интоксикации. При влагалищном исследовании в инфильтрате обнаруживаются участки размягчения, свидетельствующие о его нагноении. Образовавшийся абсцесс может самопропризвольно вскрыться во влагалище, прямую кишку или мочевой пузырь реже в брюшную полость или полость матки.

Диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картины и лабораторных исследований. Тщательно выполнение влагалищное и ректальное исследование в большинстве случаев позволяют установить диагноз. С целью диагностики гнойного параметрита производят пункцию заднего свода влагалища. При диагностике высокорасположенных и не доступных для пункции абсцессов параметрия применяют ультразвуковой сканирование. Прогноз при ранней диагностике и своевременном рациональном лечении благоприятный. При развитии хронического параметрита отмечается нарушение локальной гемодинамики и функции органов таза. Профилактика заключается в предупреждении инфекционно-воспалительных осложнений после абортов и родов, а также гинекологических заболеваний, в борьбе с внебольничнымиAbortами, рациональном ведении родов и послеродового периода, своевременном лечении послеродового и послеабортного эндометрита.

УДК 618.39-021.3+618.31

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ И ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

С.С. ТАСТАЙБЕКОВА, Ф.Н. БАЙЖУМАНОВА, Т.П. ЗАНИЛОВА,
В.А. ВАСИЛЬЕВА, К.М. МАТКАРИМОВА, Г.Ж. БЕССОНОВА, Т.А. ТАГИЕВА

ГКП «Перинатальный центр», ЦПМСП «Заря Востока»,
Поликлиника ДВД, г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о самопроизвольном аборте и внематочной беременности.

Тұжырым

Берілген макалада өздігінен басталған түсік пен жатырдан тыс жүктілік жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

This article gives information about spontaneous abortion and ectopic pregnancy.

Угрожающий аборта. Признаки: повышенный тонус матки, схваткообразные боли внизу живота, кровотечение из половых органов, канал шейки матки закрыт, последняя менструация 12 или более недель тому назад. Проводят общий анализ крови, тест на беременность (количественное определение ХГ), УЗИ. Определяют группу крови, Rh-фактор, титр Rh-антител. Кроме того, сыворотку исследуют на присутствие антител к редким антигенам, для чего используют панель эритроцитов с известными антигennыми свойствами. Дифференциальный диагноз проводят с абортом в ходе, полным абортом и внематочной беременностью.

Аборт в ходе следует заподозрить, если канал шейки матки частично раскрыт. Если в канале определяются части плодного яйца, диагноз сомнения не вызывает. Кровотечение может быть профузным.

Полный аборта. Диагноз ставят только в том случае, если канал шейки матки частично раскрыт, а плодное яйцо целиком вышло из полости матки и доступно для осмотра. В противном случае ставят диагноз угрожающего аборта (канал шейки матки закрыт) или аборта в ходе (канал шейки матки частично раскрыт).

Внематочная беременность. Факторы риска: отягощенный анамнез (самопроизвольный или искусственный аборта, предшествующая внематочная беременность), внутриматочная контрацепция (в настоящее время или ранее), воспалительные заболевания матки и придатков, хирургические вмешательства на брюшной полости и органах малого таза. Признаки внематочной беременности: боль внизу живота и болезненность при пальпации (особенно односторонняя); кровотечение из закрытого канала шейки матки; уровень ХГ ниже уровня, соответствующего данному сроку беременности; отсутствие маточной бе-

ременности по данным УЗИ. Объемное образование в малом тазу пальпируется нечасто. Проводят влагалищное УЗИ, если концентрация ХГ в сыворотке превышает 2000 МЕ/л, и абдоминальное УЗИ — если концентрация выше 6000 МЕ/л. При более низких концентрациях ХГ данные УЗИ считаются недостоверными и не имеют диагностического значения.

Всем женщинам с подозрением на самопроизвольный аборта и внематочную беременность проводят общий анализ крови и посев отделяемого из канала шейки матки. Анализ крови позволяет оценить кровопотерю и служит отправной точкой для динамического наблюдения при продолжающемся кровотечении. Бактериологическое исследование позволяет выявить инфекции, которые приводят к невынашиванию беременности и могут вызвать эндометрит после аборта.

Лечение. Всем женщинам с внематочной и нарушенной маточной беременностью, имеющим Rh-отрицательную кровь и не имеющим Rh-антител, необходимо ввести анти-Rh₀(D)-иммуноглобулин. Большое диагностическое значение имеет повторное (через 48–72 ч) измерение концентрации ХГ. При нормально развивающейся беременности концентрация ХГ в сыворотке за 48 ч возрастает как минимум на 66%. Прирост ХГ за 48 ч менее чем на 66% — признак патологического течения беременности. Однако поставить окончательный диагноз на основании этого признака нельзя.

Угрожающий аборта. У половины больных кровотечение и схваткообразные боли прекращаются, у другой половины состояние ухудшается и начинается аборта. Как правило, больную отпускают домой и рекомендуют соблюдать постельный режим до тех пор, пока ситуация не разрешится в ту или иную сторону. Для утоле-

ния боли назначают анальгетики. НПВС противопоказаны. Специальных методов профилактики самопроизвольного аборта не существует. При нестабильной гемодинамике необходима госпитализация, инфузионная терапия и переливание крови для возмещения ОЦК.

Аборт в ходу. При нестабильной гемодинамике и профузном кровотечении сразу начинают инфузионную терапию и переливают эритроцитарную массу. К каждому литру инфузионных растворов добавляют 10 ед окситоцина. Скорость инфузии должна составлять 200—250 мл/ч. Окситоцин стимулирует сокращения матки и уменьшает интенсивность маточного кровотечения. Если диагноз угрожающего аборта все еще не исключен, препарат противопоказан. Может возникнуть необходимость в экстренной операции. Поэтому заранее проводят общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ.

Полный аборт. При стабильной гемодинамике, если диагноз не вызывает сомнений, лечение не требуется. Больную можно отпустить домой с рекомендацией посетить врача через 2—4 неде-

ли. Если диагноз вызывает сомнения, необходимо диагностическое выскабливание. Выскабливание показано также при профузном кровотечении и нестабильной гемодинамике.

Внематочная беременность. При нестабильной гемодинамике начинают инфузионную терапию и переливают эритроцитарную массу. Может возникнуть необходимость в экстренном выскабливании полости матки. Поэтому заранее проводят общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенографию грудной клетки, ЭКГ. Для уточнения диагноза в приемном отделении проводят пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. Несвернувшаяся кровь в пункте чаще всего является признаком нарушения внематочной беременности или разрыва кисты яичника, реже — признаком внутрибрюшного кровотечения иной этиологии. Если диагноз остается неясным, больную переводят в операционную, проводят диагностическое выскабливание полости матки и, по возможности, лапароскопию. Лапароскопия позволяет не только установить диагноз (практически в 100% случаев), но и прервать внематочную беременность.

УДК 618.7-002

СЕПСИС

Т.П. ЗАНИЛОВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о сепсисе.

Тұжырым

Берілген макалада сепсис жайлы мәліметтер көлтірілген.

Summary

This article gives information about sepsis.

Сепсис (от греч. *sepsis* — гниение) — общее неспецифическое инфекционное заболевание, возникающее в условиях нарушенной реактивности организма при постоянном или периодическом поступлении из очага инфекции микроорганизмов и их токсинов в кровеносное русло с образованием в ряде случаев гнойных метастазов. Сепсис не сопровождается какими-либо специфическими изменениями, однако наблюдается комплекс нарушений, сочетание которых характерно для этого заболевания. В этиологии послеродового сепсиса преобладает золотистый стафилококк, на вто-

ром месте находится грамотрицательная микрофлора, затем анаэробные бактерии и стрептококки, в 1/3 случаев сепсис обусловлен двумя и более видами микробов. В последнее время существенно возрастает роль грамотрицательной аэробной (кишечная палочка) и анаэробной (бактероиды, пептококки, пептострептококки) микрофлоры за счет госпитальных штаммов микроорганизмов.

Классификация:

- по клиническому течению заболевания различают молниеносный, острый, подострый, хронический и рецидивирующий сепсис.

· по бактериологическому признаку различают сепсис стафилококковый, стрептококковый, гонококковый, колибациллярный, псевдомонозный, анаэробный, грибковый, смешанный и др.

· по источнику инфекции выделяют сепсис раневой, при внутренних болезнях, послеоперационный и криптогенный.

· по локализации первичного очага сепсис может быть акушерско-гинекологическим, урологическим, отогенным и других локализаций.

· по времени развития сепсис бывает ранним, развившимся после 2 недель с момента повреждения.

Фазами единого септического процесса, нередко переходящими одна в другую, являются септициемия (сепсис без гнойных метастазов), септикопиемия (сепсис с метастазами) и смешанная форма сепсиса. Септициемией называют наличие в кровеносном русле и во всем организме бактерий и их токсинов, которые в течение длительного времени периодически поступают в общий кровоток из раны или из нарушенных зон микроциркуляции, где резко замедлен кровоток.

Септикопиемия – преимущественно токсическая фаза сепсиса, в основе которой лежит интоксикация организма микробными токсинами, продуктами распада микробных тел и пораженных тканей. Клиническая картина септициемии характеризуется ранним началом (на 2-3-и сутки после родов). Септикопиемия чаще всего развивается как следующий этап генерализации инфекции: для возникновения сепсиса с метастазами, как правило, должен пройти период первичного инфицирования (первичного очага), септициемии, а затем наступает септикопиемия. Чаще всего септикопиемия развивается на 10-17 день после родов.

Наиболее частыми признаками нарушения деятельности нервной системы являются: головная боль, раздражительность, бессонница, угнетение нервной системы, помрачение или даже потеря сознания. Постоянно повышена температура, которая при сепсисе без метастазов обычно держится в пределах 39-41°C и более значительными колебаниями при наличии метастазов. Важный симптом – потрясающие ознобы и проливные поты. Характерно снижение массы тела, прогрессирующее ухудшение общего состояния на фоне неадекватного лечения. Иногда появляется геморрагическая сыпь на коже, наблюдаются бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей. Со стороны сердечно-сосудистой системы обычно отмечаются: резкое учащение пульса (120-130 уд/мин), уменьшение его наполнения, снижение артериального

и венозного давления, ухудшение сердечной деятельности, трофические и сосудистые расстройства (пролежни, тромбофлебиты, отеки, тромбозы). Быстро прогрессирует анемия, значительно увеличивается СОЭ (до 40-65 мм/ч), нарастает лейкоцитоз, наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, резкое уменьшение лимфоцитов, отмечается снижение тромбина, в крови до 45-50%. У ряда больных отмечаются лейкопения, бактериемия. Заметно страдают функции паренхиматозных органов. Нарушается функция почек: снижается относительная плотность мочи, в осадке появляются белок и форменные элементы. Дыхание ослабленное, тахипноэ (26-30 дыханий в 1 ми). Страдает функция печени, нередко с развитием желтухи и явлениями гепатита, выявляется спленомегалия. Характерно ухудшение или отсутствие аппетита, сухой обложененный язык, упорные септические поносы, тошнота, рвота. Возможны септические кровотечения.

Клиническая картина септициемии характеризуется наличием выраженной интоксикации с тахикардией и гипотензией. Отмечаются выраженные обменные нарушения. Наряду со стойким повышением температуры тела до 39-41°C и частыми ознобами наблюдаются клинические формы с постепенным повышением температуры, единичными приступами озноба, значительными размахами температуры тела в течение суток. Для больных септициемией характерно относительно быстрое снижение температуры тела и улучшение общего состояния на фоне интенсивной адекватной комплексной терапии.

Важными клиническими признаками септикопиемии являются: одновременное множественное поражение ряда органов и систем, наличие у больных нескольких гнойных очагов, высокая степень интоксикации, длительное упорное течение заболевания. Септикопиемия характеризуется тяжелыми проявлениями интоксикации, чередование ухудшения состояния с короткими ремиссиями. Наряду с общей интоксикацией имеет место синдром полиорганной и полисистемной недостаточности (матка, легкие, печень, почки, сердце, мозговые оболочки, мозг). Множественность поражения является наиболее характерным проявлением септикопиемии. При развитии новых гнойных метастазов отмечается ухудшение показателей крови, при ремиссии процесса – улучшение.

Диагноз сепсиса ставят на основании клинической картины, тщательного обследования больной и результатов лабораторных исследований. Специфические лабораторные тесты, характерные

для сепсиса, отсутствуют. Бактериемию на фоне лечения антибиотиками удается выявить лишь у 15–29% больных. Прогноз при сепсисе, несмотря на применяемую комплексную терапию, остается весьма серьезным. При развитии таких осложнений, как септический шок или синдром полиорганной полисистемной недостаточности, прогноз значительно ухудшается.

Профилактика акушерско-гинекологического сепсиса заключается в предупреждении послеродовых заболеваний и внебольничных абортов. В женской консультации выявляют беременных, относящихся к группе высокого риска развития послеродовых инфекционных заболеваний

или уже заболевших, и проводят соответствующие профилактические и лечебные мероприятия. В родах необходимо предупреждать преждевременное излитие околоплодных вод, развитие длительного безводного периода, ограничивать число влагалищных исследований, особенно при отсутствии плодного пузыря, проводить раннюю полноценную обработку разрывов мягких тканей родовых путей. При высоком риске инфицирования после проведения акушерских операций назначают профилактические курсы антибактериальной терапии. Эффективной профилактикой является своевременное хирургическое лечение гнойных заболеваний.

УДК 618.56-007.281

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

К.М. МАТКАРИМОВА

ЦПМСП «Заря Востока», г. Алматы

Резюме

В данной статье дана информация о преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Тұжырым

Берілген мақалада жақсы орналасқан жолдастың мезгілсіз қабаттануы туралы мәліметтер келтірілген.

Summary

This article gives information about abruptio placenta

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является второй по частоте причиной акушерских кровотечений вовремя беременности и родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты всегда представляет угрозу здоровью жизни беременной роженицы и плода, в связи с кровотечением. Показатели материнской перинатальной смертности при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты остаются довольно высокими. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты требует должного внимания.

Этиология и патогенез. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты происходит под влиянием различных факторов. Чаще всего она возникает у женщин с гестозами, гипертонической болезнью и другой экстрагенитальной патологией с гипертензивным син-

ромом (хронические пиелонефриты, эндокринные нарушения и др.). Травма рассматривается как разрешающий фактор в развитии преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Отслойка начинается с периферии плаценты или с образования ретроплацентарной гематомы. При последнем варианте скапливающаяся при этом кровь может пропитывать всю толщу стенки матки, что называется маточно-плацентарной апоплексией или «маткой Кувелера».

Клиническая картина. Кровотечение может быть наружным, внутренним и комбинированным. Наружное кровотечение наблюдается при краевой (боковой) отслойке плаценты и открытой шейке матки. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы характеризуется внутренним кровотечением. Комбинированное кровотечение возникает при боковой отслойке

плаценты с незначительным открытием цервикального канала. Кровотечение может быть незаметным, массивным и даже сопровождается геморрагическим шоком. В зависимости от объема кровопотери развиваются различной степени гемодинамические нарушения (увеличение ЧСС, снижение артериального давления и др.) и явления анемизации (бледность кожных покровов, уменьшение гематокрита, количества эритроцитов и гемоглобина). Развиваются симптомы коагулопатии, вплоть до развития ДВС-синдрома. Боль наблюдается почти всегда. Даже небольшая отслойка плаценты сопровождается повышением тонуса и болезненностью матки. Генерализованная или местная болезненность матки всегда наблюдается при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты с образованием «матки Кувелера».

Дистресс-синдром плода развивается пропорционально объему кровопотери у матери. Первичные страдания плода определяются по показаниям маточно-плацентарного кровотока при исследованиях по Доплеру, прогрессирование их приводит к гибели плода. Диагностика основывается на данных клинической картины и специальных методов исследования. При массивных кровопотерях и тяжелом состоянии большой проведение УЗИ следует считать необоснованным.

Оценка степени тяжести:

- I степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характеризуется невыраженной клинической симптоматикой и неизменным состоянием женщины и плода. Кровопотеря составляет до 100-200 мл во многих случаях преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты I степени диагностируется лишь ретроспективно при осмотре плаценты после родоразрешения.

- При II степени преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наблюдаются классические признаки отслойки плаценты (боль, гиповолемические и гемодинамические, иногда коагулопатические нарушения), отмечается дистресс-синдром плода (он еще живой). Кровопотеря внутренняя и наружная до 1000 мл.

- III степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характеризуется наличием всех классических симптомов, тяжелым состоянием женщины, гибелю или тяжелым дистресс-синдромом плода. Кровопотеря составляет более 1000 мл, нередко развивается геморрагический шок, всегда отмечается коагулопатия, часто – ДВС-синдром.

Считается, что при I степени отслаивается небольшой участок плаценты (не более 1/3), при

II степени – не более 1/2 и при III степени – большая часть плаценты, вплоть до тотальной отслойки. Основным в тактике лечения следует считать определение объема кровопотери и проведение заместительной терапии. Для возмещения кровопотери лучше всего вводить эритроцитарную массу. Параллельно или последовательно вливают кристаллоидные и коллоидные растворы (раствор Рингера, реополиглюкин, реомакродекс, гемодез и др.). До остановки кровотечения следует назначать только препараты крови. Дальнейшая трансфузационная терапия препаратов крови и кристаллоидных растворов должна проводиться в объеме, поддерживающем необходимое кровоснабжение органов, функцию почек (скорость диуреза не менее 30 мл/ч), нормальное венозное давление.

При возникновении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты II и III степени во время беременности и в I периоде родов показано срочное родоразрешение операцией кесарево сечение независимо от сроков беременности и состояния плода с одновременным проведением интенсивной терапии. Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во II периоде родов очень затруднительна. В случае ее выявления следует применять акушерские щипцы (при наличии условий), а при мертвом плоде – плодоразрушающие операции. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты I степени произошла во время беременности (до 34–35 недель), а состояние матери и плода не страдает, то возможно проведение консервативной терапии (спазмолитики, постельный режим) с тщательным наблюдением за состоянием матери и плода, контролем показателей крови в динамике, особенно ее свертывающей системы. Ухудшение состояния матери и плода требует срочного оперативного вмешательства.

При консервативном ведении родов у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты должна быть произведена ранняя амниотомия. Не рекомендуется применять утеротонические средства (окситоцин), бета-адреномиметики, гепарин, ингибиторы фибринолиза, а также диуретики до восстановления показателей гемодинамики. После родов необходимы тщательный контроль за состоянием матки, свертывающей системы крови, а также профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний. При последующих беременностях и родах высок риск повторения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

УДК 618.7:616.381-002

ПЕРИТОНИТ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ф.Н. БАЙЖУМАНОВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о перитоните в акушерской практике.

Тұжырым

Берілген макалада акушерство практикасындағы перитонит мәліметтер көлтірлген.

Summary

This article contains information about peritonitis in obstetrical practice.

Перитонит – это одно из наиболее тяжелых осложнений послеродового и послеоперационного периодов. В большинстве случаев источником заболеваний в акушерско-гинекологической практике является матка. Ее роль в качестве входных ворот для инфекции определяется наличием в полости сгустков крови, децидуальной ткани, которые являются прекрасной питательной средой для роста микроорганизмов. Кроме того, матка имеет большую поверхность для резорбции бактериальных и тканевых токсинов, а особенности ее кровообращения способствуют поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровь. Сопровождающие беременность иммунодефицит, аллергизация, изменения гормонального гомеостаза способствуют развитию перитонита. Чаще всего при перитоните обнаруживают смешанную микробную флору. Однако ведущее значение имеют кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка и протей. В последнее время возросла роль анаэробных неспорообразующих бактерий, относящихся к группе эндогенных условно-патогенных микроорганизмов, вегетирующих преимущественно на слизистых оболочках и обладающих полирезистентностью к антибиотикам и другим антибактериальным препаратам.

Акушерские перитониты возникают как после кесарева сечения, так и после родов через естественные родовые пути. В течение заболевания выделяют три фазы. Реактивная фаза (стадия) перитонита характеризуется повышением температуры до 37,8–38⁰С и выше на 2–3-е сутки, периодическими ознобами, тахикардией до 120–140 уд/мин, очень часто пульс не соответствует температуре. Артериальное давление почти всегда в пределах нормы. Ведущий симптом – парез кишечника. Проведение обычных лечебных мероприятий, направленных на нормализацию функции кишечника, дает частичный и кратковременный эффект. Через 2 ч перистальтика исчезает и

снова появляется вздутие живота. Живот принимает участие в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины слабо выражены. В брюшной полости при перкуссии определяется выпот. При влагалищном исследовании пальпация матки и придатков затрудненная, задний свод напряженный и болезненный, выделения из матки кровянистые или гноевые. При ректальном исследовании определяется нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. Иногда имеет место промокание повязки, что часто наблюдается перед эвентрацией. Продолжительность этой стадии перитонита составляет 2–3 суток.

Токсическая фаза перитонита связана с нарастающей интоксикацией. Пульс учащается до 130–140 уд/мин, артериальное давление снижается, нарастают отдышка, цианоз, появляется возбуждение, после которого развивается адинамия. Все симптомы, характерны для предыдущей, реактивной, стадии выражены резче. Токсическая стадия кратковременная и продолжается менее суток.

Терминальная фаза характеризуется более глубокими изменениями. Преобладают симптомы поражения центральной нервной системы: заторможенность, адинамия. Общее состояние тяжелое, больные вялые. Нарушается моторная функция кишечника, симптомы раздражения брюшины выражены весьма слабо. Перистальтика прослушивается, наблюдается угнетение активности ферментов. Уменьшается количество выделяемой мочи до 300–400 мл в сутки. Клиническое течение перитонита отличается разнообразием и во многом зависит от причины, которая его вызвала. В настоящее время выделяют три варианта клинического течения перитонита.

Первой формой является ранний перитонит, возникающий в результате инфицирования брю-

шины во время операции. Клинические признаки перитонита могут появляться уже на 1-2-е сутки после операции при сохранении герметичности швов на матке. Симптомы раздражения брюшины (боль, «мышечная защита», синдром Щеткина-Блюмберга) не выражены. Наблюдается парез кишечника, более выражены симптомы интоксикации.

Вторая клиническая форма — перитонит, развивающийся вследствие длительного пареза кишечника, у больной с послеоперационным эндометритом. В данном случае инфицирование брюшины происходит из-за нарушения барьерной функции кишечника при упорном его парезе и динамической непроходимости. Состояние остается относительно удовлетворительным. После проведенных лечебных мероприятий больная отмечает улучшение самочувствия, прекращается рвота, начинают отходить газы и каловые массы, но через 3-4 ч ситуация меняется. Возобновляется вздутие живота, вновь появляется рвота, но уже более обильная и с примесью зеленоватых масс. Опять имеются затруднения с отхождение газов. В анализах нарастают лейкоцитоз, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Процесс прогрессирует, с 4-го дня состояние больной ухудшается, нарастают симптомы интоксикации.

Третьей клинической формой является перитонит, развивающийся в результате несостоятельности швов на матке. Чаще всего это бывает связано с инфекцией, реже — с техническими погрешностями в процессе операции. В результате инфекционный субстрат попадает в брюшную полость, и в клинической картине преобладает местная симптоматика. При неправильном ушивании раны на матке клинические симптомы заболевания появляются рано, признаки перитони-

та начинаются буквально с первых суток. Состояние больной ухудшается, ее беспокоят боли в нижних отделах живота, которые более выражены при пальпации. Весьма характерно уменьшение количества выделений из матки. Четко выражены общие симптомы интоксикации: рвота, тахикардия, лихорадка, тахипноэ. Перкуторно определяется наличие экссудата в брюшной полости, причем количество его постепенно нарастает. При инфицировании швов и последующей их несостоятельности заболевание развивается значительно позднее — на 4-9-е сутки после операции, причем клиническое проявление перитонита зависит от состояния иммунной и эндокринной систем организма. Состояние больной может оставаться удовлетворительным, пульс на уровне 90-100 уд/мин, температура тела повышается довольно рано и держится в пределах 38-39С, даже на фоне проводимого лечения. Парез кишечника вначале незначительный, симптомы раздражения брюшины на первых порах отсутствуют. Только комплексная интенсивная терапия перитонита, направленная на подавление различных механизмов его развития, может привести к благоприятному исходу.

Таким образом, чем больше времени проходит от начала заболевания, тем больше явлений и последствий катастрофы в брюшной полости. Это обстоятельство делает чрезвычайно важной раннюю диагностику перитонита, поскольку адекватная терапия приносит положительный результат только тогда, когда она начинается в реактивную fazу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дуда И.В. Акушерство / И.В.Дуда, О.Г.Дражина. - М.: Интерпрессервис, 2002. – С. 461

УДК 616.14-002

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ф.Н. БАЙЖУМАНОВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о тромбоэмболических заболеваниях.

Тұжырым

Берілген макалада тромбоэмболиялық аурулар жайы мәліметтер келтірілген.

Summary

In this article given information about thromboembolic diseases.

Тромбофлебит – заболевание вен, характеризующиеся воспалением венозной стенки и тромбозом. При этом может возникать вначале воспаление венозной стенки (флебит), а затем тромбоз, либо наоборот – тромбоз и вслед за ним воспаление вены (флеботромбоз). Послеродовые тромбофлебиты делятся на тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен. По клиническому течению следует различать острую, подострую и хроническую стадии тромбофлебита. По характеру процесса – гнойный и негнойный тромбофлебит.

К клиническим предвестникам тромбофлебита (точнее, образования тромба) относятся ступенеобразное учащение пульсы, стойкое учащение его, болевые ощущения в нижних конечностях: боли в икроножных мышцах при вставании, ходьбе, при дорсальной флексии стопы, спонтанные боли по ходу вены, боли при надавливании на икроножные мышцы, подошву стопы, по обе стороны ахиллова сухожилия, положительная проба с манжеткой.

В клинической картине различных форм ограниченного тромбофлебита имеется много общего. Состояние больных обычно удовлетворительное. Температура держится в пределах 37–38,5°C, пульс учащен (нередко до 100 и более в 1 мин). В начале заболевания наблюдается однократный озноб. В крови чаще всего обнаруживается незначительный лейкоцитоз, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, сравнительно небольшое повышение СОЭ.

Тромбофлебит поверхностных вен характеризуется яркой клинической симптоматикой и не труден для диагностики. Как правило, он развивается на почве варикозного расширения вен нижних конечностей. В ряде случаев это заболевание является следствием вливания лекарственных средств в вены стопы. При поверхностном тромбофлебите определяется шнуровидный тяж по ходу подкожной вены, в зоне которого видна

полоса гиперемии, и отмечается резкая безболезненность при пальпации. Процесс чаще развивается в большой подкожной вене и очень редко поражает малую подкожную вену. Длительность заболевания – от 2 до 4 недель. В ряде случаев наблюдается большой отек мягких тканей в области лодыжек. Если отек значительный и распространяется на голень и бедро, то следует заподозрить сопутствующий тромбоз глубоких вен.

Метротромбофлебит является следствием прогрессирования эндометрита. Диагностика часто затруднена. Следует обращать внимание на учащение пульса, субинволюцию матки, длительные обильные кровянистые выделения из половых путей. Иногда при бимануальном акушерском исследовании на поверхности матки пальпируются характерные извитые тяжи. При подвздошно-бедренным (илиофеморальным) венозном тромбозе появляются боли и безболезненность при пальпации по ходу сосудов нижних конечностей, развивается быстро нарастающий отек ноги, который захватывает всю нижнюю конечность от стопы до паховой складки. У некоторых больных отмечается отек ягодицы, наружных половых органов. Кожа на пораженной конечности цианотична. Цианоз может распространяться на ягодичную область, нижние отделы живота, иногда ограничивается областью голени. Усиление рисунка подкожных вен на бедре и, особенно в паховой области является частым и очень важным симптомом острого илиофеморального венозного тромбоза.

При остром тромбофлебите глубоких вен бедра в первые дни заболевания возникает сильная боль, температура повышается до 39–40°C, быстро развивается отек конечности. На бедре по ход сосудистого пучка отмечается резкая безболезненность. На голени боли появляются в проекции глубоких вен (в области икроножных мышц). Окружность бедра пораженной конечности боль-

ше, чем окружность здоровой конечности на 8-15 см. Кожа на больной конечности блестящая, чаще с цианотичным мраморным оттенком, при надавливании пальцем на передней поверхности голени остаются ямки. Конечность на ощупь холоднее по сравнению со здоровой. Температура кожи в области стопы и пальцев на 1,5-2°С ниже, чем на здоровой. Пульс на артериях пораженной конечности отсутствует или значительно ослаблен. Заболевание продолжается от 3 недель до 2,5 месяцев и более. Если в процесс вовлекается бедренная вена и подвздошный сегмент, то развивается клинический симптомокомплекс илиофеморального тромбоза.

Диагностика проводится на основании анамнеза и тщательного клинического обследования родильницы (осмотр, пальпация, определение пульсации на периферических сосудах, сравнительное измерение окружности конечностей и т.д.). При необходимости используют флегографию, термографию, радиоизотопное исследование. На всех стадиях лечение тромбофлебитов должно быть комплексным. Используют консервативные и хирургические методы. Выбор метода зависит от локализации, наличия эмбола и протяженности тромбоза. Консервативные методы являются основными при лечении острых тромбозов и тромбофлебитов. При сегментарном тромбозе магистральных вен, обнаружении эмбола показано оперативное вмешательство. Успех лекарственной терапии тромбозов заключается в сочетанном использовании антикоагулянт-

ных (дикумарин, фенилин, синкумар, гепарин), тромболитических средств (трипсин, химотрипсин, стрептокиназа, тромболитин, фибринолизин) и препаратов, изменяющих микроциркуляцию и агрегацию форменных элементов крови (реополиглюкин, гемодез). Терапия должна проводиться под контролем гемокоагулограммы, что позволяет дозировать препараты и избежать осложнений.

К мерам общей неспецифической профилактики относятся: правильное и своевременное лечение заболеваний, которые могут осложниться тромбофлебитом, и полноценная коррекция нарушений водного баланса в предоперационный и постоперационные периоды, бережное отношение к тканям во время операции, профилактика дыхательных расстройств, борьба с метеоризмом, лечебная физкультура и ранняя активизация больных. Женщинам, имеющим факторы риска, в особенности тем, которые в прошлом перенесли острый венозный тромбоз или страдают варикозным расширением вен нижних конечностей, показано применение специальных профилактических мер. Для устранения расстройств венозного оттока рекомендуют постоянную компрессию нижних конечностей с помощью эластических бинтов или чулок, обеспечение возвышенного положения ног в постели, применение медикаментозных средств, влияющих на систему гемостаза и реологические свойства крови (реополиглюкин, гепарин, никотиновая кислота, аспирин).

УДК 618.19-002

МАСТИТ

Т.П. ЗАНИЛОВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены клиника, диагностика, лечение и профилактика мастита.

Тұжырым

Берілген мақалада маститтің клиникасы, диагностикасы, емі әрі профилактикасы көлтірілген.

Summary

This article describes clinical features, diagnosis, treatment and prevention of mastitis.

Мастит – воспаление паренхимы и инстерциация молочной железы. Это заболевание является одним из наиболее распространенных осложнений послеродового периода. Частота возникновения послеродовых маститов составляет 1,5-6% по отношению к числу родов или 2/3 всех случаев гнойно-воспалительных процессов в послеродовом периоде. Возбудителем мастита, как правило, является стафилококк или ассоциация с *E.coli* и стрептококком. Источники инфекции – носители возбудителей и больные со стертыми формами гнойно-воспалительных заболеваний из числа окружающих лиц, от которых микробы распространяются через предметы ухода, белье и т.д. Важную роль в возникновении мастита играет госпитальная инфекция.

Входными воротами для инфекции чаще всего являются трещины сосков. Реже распространение инфекции происходит гематогенным и лимфогенным путями из эндогенных очагов. Возникновению заболевания во многих случаях предшествует нарушение оттока молока с развитием лактостаза, что наблюдается при недостаточности млечных протоков у первородящих, аномалиях развития сосков, нарушениях функции молочной железы.

Классификация мастита по локализации воспалительного процесса:

- паренхиматозный, характеризующиеся преимущественным поражением паренхимы молочной железы.
- интерстициальный, с преимущественным поражением интерстициальных отделов.
- галактофорит – воспаление молочных протоков.
- ареолит – воспаление желез околососкового кружка.

Различают острые и хронические маститы. Хронический мастит встречается довольно

редко и является чаще всего следствием неправильного лечения острого. Клиническая картина острого мастита в различных фазах имеет свои особенности. Для типичной клинической формы серозного мастита характерно острое начало обычно на 2-3-4-й неделе послеродового периода, т.е. после выписки родильницы из стационара. Температура тела быстро повышается до 38-39 С, сопровождается познабливанием или ознобом. Развиваются общая слабость, разбитость, головная боль. Возникает боль в молочной железе. Во время осмотра отмечается едва заметное увеличение молочной железы при полном сохранении ее контуров. Кожа не изменена. При сравнительной пальпации можно отметить несколько большую упругость и диффузную безболезненность пораженной молочной железы.

При неадекватной терапии начинающийся мастит в течение 2-3 дней переходит в инфильтративную форму. Появляются озноны, в железе образуется резко болезненный инфильтрат с неясными границами, вся железа значительно увеличивается, кожа над ней краснеет, СОЭ повышается до 30-40 мм/ч, лейкоцитоз нарастает до $10-20 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин снижается до 80-90 г/л, усиливается озноб, продолжается лихорадка. Наблюдаются гиперемия кожи молочной железы, расширение подкожных вен, появляется лимфаденит. При нагноении инфильтрата определяется флюктуация.

Для флегмонозной формы характерно резкое ухудшение общего состояния, повышение температуры до 38-40 С, озноны. Усиливаются симптомы интоксикации. Появляются сухость губ и языка, бессонница, головная боль. Молочная железа увеличена, кожа ее гиперемирована, с участками цианоза. При пальпации железа пастозная, определяется несколько участков флюктуации. Лейкоцитоз достигает $17-18 \cdot 10^9/\text{л}$, содер-

жение гемоглобина падает до 70 г/л, СОЭ нарастает до 60-70 мм/ч. Лейкоцитарная формула со сдвигом влево отмечается эозинофилия, лимфопения.

Гангренозная форма мастита наблюдается при позднем обращении за медицинской помощью либо при длительном амбулаторном лечении без адекватного контроля за общим состоянием больной и распространением процесса. Общее состояние очень тяжелое, температура достигает 40 С, пульс 110-120 уд/мин, слабого наполнения. Кожа бледная, язык и губы сухие. Больная жалуется на слабость, головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита. Молочная железа увеличена, болезненна, отечна. Кожа над ней от бледно-зеленого до синюшно-багрового цвета, в некоторых местах с пузырями и участками некроза. Сосок втянутый, молока нет, причем почти всегда и в здоровой железе. Регионарные лимфоузлы увеличены, при пальпации болезненны. Лейкоцитоз составляет 20-25, в формуле – резкий сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Гемоглобин снижается до 40-60 г/л, СОЭ повышается до 70 мм/ч.

Диагностика основывается на оценке жалоб больной, особенностях клиники и лабораторных данных. Общий анализ крови характеризуется лейкоцитозом, нейтрофильным сдвигом, ускорением СОЭ, анемией. Проводится бактериологическое исследования молока и гноя. При цитологическом исследовании отмечается значительное увеличение числа лейкоцитов в единице объеме молока. Для диагностики можно использовать УЗИ, электротермометрию.

Лечение проводят с учетом формы мастита. Его следует начинать как можно раньше, с появлением первых признаков заболевания. При отсутствии гнойного воспаления рекомендуется комплексное консервативное лечение, при гнойных маститах – оперативное вмешательство. Для улучшения опорожнения железы используют молокоотсос, назначают окситоцин – 1 мл (5 ЕД). Предварительно за 20-30 мин перед инъекцией окситоцина рекомендуется ввести 1-2 мл 2% раствора но-шпы внутримышечно.

При развитии мастита грудное вскармливание временно прекращают. Показаниями к подавле-

нию лактации у больных маститом при его тяжелом течении и резистентности к проводимой терапии являются:

- быстро прогрессирующий процесс – переход серозной стадии в инфильтративную в течение 1-3 дней на фоне активного комплексного лечения.

- гнойный мастит с тенденцией образования новых очагов после хирургического вмешательства.

- вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после хирургического лечения).

- флегмонозный и гангренозный маститы.

- мастит на фоне заболеваний других органов и систем.

Для подавления лактации используют бромокриптин. При подавлении лактации назначают мочегонные средства (гипотиазид, урегит), применяют также растворы камфоры. При серозном и инфильтративном мастите используют масляно-мазевые компрессы с вазелиновым или камфорным маслом, бутадионовой мазью или мазью Вишневского.

Профилактика заключается в строгом соблюдении санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в акушерском стационаре. В послеродовом периоде необходимы – ежедневный гигиенический душ и смена белья, занятия гимнастикой, раннее вставление, мытье рук и туалет молочных желез перед кормлением, прием воздушных Ван в течение 10-15 мин после каждого кормления, ношение бюстгальтера, приподнимающего, но не сдавливающего молочные железы. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению мастита у родильниц, группы высокого риска, обучение родильниц правилам и технике грудного вскармливания, профилактика, своевременное распознавание и рациональное лечение трещин сосков и лактостаза. Акушерка обязана знать и осуществлять все мероприятия по предупреждению мастита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

2. Дуда И.В. Акушерство / И.В.Дуда, О.Г.Дражина. - М.: Интерпрессервис, 2002. – 463 с.

УДК 616.5-002.525.2:616.1

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Б.Г. ИСАЕВА, Ш.М. КАЙЫРГАЛИ, С.Ж. САРСЕКЕНОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Городская поликлиника №14, г.Алматы

Резюме

Поражение сердечно–сосудистой системы при СКВ имеет полисимптомный характер, что важно знать практикующему врачу, чтобы провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

Тұжырым

Қызыл жегі жүйесіндегі жүрек-колқасы жүйенің закымдалуы полисимптомды сипаттама береді, мұны басқа аурулармен дифференциалды диагностиканы өткізу үшін қолданатын дәрігерге білу маңызды.

Summary

The damage of cardiovascular system in SLE has poly symptomatic character that is important to know for physician to make differential diagnosis with other diseases.

Согласно современным представлениям системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, патогенетический связанные с такими генетически обусловленными несовершенствами иммунорегуляции, которые являются причиной гиперпродукции широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение тканей и нарушения функции внутренних органов [1, 2]. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что СКВ встречается чаще, чем предполагалось ранее: заболевает в разных регионах ежегодно 1 человек из 400-2000. Важным свойством СКВ является полиорганность поражений и формирование необратимых органных повреждений. Все больше внимание специалистов привлекают такие нередко встречающиеся проявления волчанки, как поражения сердца, сосудов, почек и ЦНС [3].

Поражение сердца и сосудов. Поражаются все 3 оболочки сердца, но чаще перикард. В исследованиях многих авторов перикард вовлекался в процесс от 20% до 50% случаев. Возникает сухой перикардит, который может быть выражен столь слабо, что практически не диагностируется, но возникает, вероятно, примерно у трети больных. В отдельных случаях возможен значительный выпот вплоть до тампонады сердца. Значительный выпот определяется клинически и рентгенологически, небольшой – с помощью эхокардиографии. Рецидивирующий перикардит

приводит к массивным спайкам. В таких случаях даже вне обострения СКВ отмечается стойкая боль за грудиной, в боку, усиливающаяся при смехе, чиханье [4].

Миокардит обычно наблюдается у больных с высокой активностью СКВ. Клиническая картина диффузного миокардита, данные ЭКГ и ФКГ не имеют специфических черт и соответствуют критериям этой патологии. Важно то, обстоятельство, что эффективны лишь кортикостероиды, сердечная недостаточность не купируется препаратами дигиталиса, которые могут быть лишь вспомогательным средством при адекватной кортикостероидной терапии [5].

При патологоанатомическом исследовании поражение миокарда выявляют довольно часто: очаговые инфильтраты из лимфоцитов и плазматических клеток, могут быть очаговые некрозы, рубцовые изменения. В сосудах миокарда обнаруживают отложения фибрина. Поражается проводящая система сердца. Эндокард изолированно не поражается. Как правило, вовлекаются все оболочки сердца и обязательно перикард. Классический эндокардит Либмана–Сакса в основном патоморфологический признак СКВ, так как не приводит к существенным нарушениям гемодинамики, и его сложно диагностировать при жизни.

Клинически выявляют нерезко выраженные пороки сердца. Чаще поражается митральный клапан, хотя могут вовлекаться также аортальный и триkuspidальный клапаны. Выраженность поражения сосудов различна. Поражаются в ос-

новном артерии среднего и мелкого калибра. Полагают, что различия в клинической патологии сосудов обусловлены составом иммунных комплексов. Вовлечение коронарных сосудов с их окклюзией является причиной инфаркта миокарда у молодых женщин. В поздние сроки коронарит связан с возможностью развития атеросклероза при длительной терапии кортикоステРОИДАМИ. Существует четкая корреляция поражения коронарных артерий с высоким артериальным давлением.

Возможны поражения аорты и ее ветвей, подключичной артерии и коронарных сосудов, тромбозы магистральных сосудов конечностей с гангреной. По данным Сигидина Я.А. тромбофлебиты конечностей, как проявление васкулита наблюдались у 25% больных, в период обострения СКВ [5]. Артериальная гипертензия при СКВ симптоматическая и развивается у 60-70% больных волчаночным нефритом [6]. Наличие в клинической картине артериальной гипертензии

оказывает неблагоприятное влияние на течение СКВ и увеличивает риск гибели больных от сердечно – сосудистых осложнений. Артериальная гипертензия может быть первым признаком гломерулонефрита у больных СКВ, развиваясь одновременно с поражением кожи, суставов и других органов или даже предшествовать им.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Насонова В.А. Системная красная волчанка / В.А. Насонова. – М.: Медицина, 1972. – 248 с.
2. Насонова Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е.Л. Насонова - М.: Медиа, 2005.- С.141-167.
3. Каррея Х.Л.Ф. Клиническая ревматология / Х.Л.Ф. Каррея. – М.: Медицина, 1990. – С. 177-200.
4. Вест С.Дж. Секреты ревматологии / С.Дж. Вест. - М.: Бином, 1999. - С. 164-182.
5. Сигидин Я.А. Диффузные болезни соединительной ткани / Я.А. Сигидин, Н.Г. Гусева, М.М. Иванова. - М.: Медицина, 2004. - С. 253-335.
6. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окороков. - М.: 2003. - Т. 7. – С. 215-217.

УДК 616.12-008.331.1:616.5-002.525.2

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Б.Г. ИСАЕВА, Ш.М. КАЙЫРГАЛИ, С.Ж. САРСЕКЕНОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Городская поликлиника №14, г.Алматы

Резюме

Суммируя вышеизложенное, можно отметить, что фозиноприл в дозе 20 мг/сут. обладает выраженным антигипертензионным эффектом. Этот факт подтверждается достоверным снижением как систолического, так и диастолического артериального давления.

Тұжырым

Жоғарыда айтылғандай, 20 мг/тәулігіне фозиноприл мөлшері антигипертензиялық әсері бар. Бұл айғақ систола мен диастолалық артерия қысымы төмендетумен расталады.

Summary

Summing up, it can be noted that phosinopril 20 mg / day has a strong antihypertensive effect. This fact is confirmed by reliable decrease in both systolic and diastolic blood pressure.

Работа выполнена на кафедре амбулаторно-поликлинической терапии Казахского Национального медицинского университета им С.Д. Асфендиярова в период с 2007 по 2010 годы. Клиническая часть работы выполнялась на клинических базах кафедры. В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным хроническим заболеванием в

урбанизированных регионах мира. По данным Российских ученых распространенность АГ составляет 39,2% среди мужчин и 41,1% среди женщин. Результаты последних исследований убедительно показали, что активное лечение АГ позволяет снизить как общую смертность (на 30 – 45%), так и смертность от сердечно – сосудистых заболеваний (на 35-40%), а также частоту

развития инсультов (на 40-60%). Артериальная гипертензия при системной красной волчанке (СКВ) симптоматическая и развивается у 60-70% больных волчаночным нефритом. Наличие в клинической картине артериальной гипертензии оказывает неблагоприятное влияние на течение СКВ и увеличивает риск гибели больных от сердечно – сосудистых осложнений.

Для коррекции артериальной гипертензии у больных СКВ мы выбрали препарат входящий в группу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), так как иАПФ в современных стандартах лечения артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности занимают одно из ведущих мест, иАПФ блокируют переход ангиотензин I в биологически активный ангиотензин II. При длительной терапии этими лекарственными средствами наблюдается понижение ОПСС, пост- и преднагрузки на миокард, снижение систолического и диастолического артериального давления, уменьшение давления наполнения левого желудочка, уменьшение частоты возникновения желудочковых и реперфузионных аритмий, улучшение регионарного (коронарного, церебрального, почечного, мышечного) кронообращения. Кардиопротективный эффект обеспечивается предотвращением и обратным развитием гипертрофии левого желудочка, улучшением диастолической функции сердца, ослаблением процессов фиброза миокарда и ремоделированием сердца; ангиопротективный – предотвращением гиперплазии и пролиферации гладкомышечных клеток, обратным развитием гипертрофии гладкой мускулатуры сосудистой стенки артерий. Антиатеросклеротический эффект реализуется за счет торможения образования на поверхности эндотелиальных клеток ангиотензина II и увеличения образования оксида азота.

При проведении терапии иАПФ повышается чувствительность периферических тканей к действию инсулина, улучшается метаболизм глюкозы. Нефропротективный эффект обеспечивается за счет расширения афферентных и эfferентных артериол почечных клубочков, увеличения кровотока в мозговом веществе почек, уменьшения размеров пор в клубочковом фильтре в результате сокращения мезангимальных клеток, торможе-

ния пролиферации и гипертрофии мезангимальных клеток, клеток эпителия почечных канальцев и фибробластов, уменьшения синтеза компонентов мезангимального матрикса. За счет уменьшения продукции и высвобождения альдостерона из надпочечников усиливается диурез и натрийурез, повышается уровень калия, нормализуется водный обмен. Таким образом, воздействие иАПФ на основные патогенетические звенья при АГ послужили основанием для их применения у больных СКВ с повышенным артериальным давлением.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность фозиноприла у больных СКВ с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование включены 23 пациента с повышенным артериальным давлением и достоверным диагнозом СКВ. Диагноз СКВ был выставлен в соответствии с международными диагностическими критериями, рекомендованными американской ревматологической ассоциацией. Все пациенты были женщины, средний возраст которых составил $37,4 \pm 6,3$ года, длительность заболевания $4,6 \pm 1,2$ лет. Средний уровень систолического артериального давления составил $166,2 \pm 11,6$ мм рт. ст., диастолического артериального давления $118,7 \pm 6,8$ мм рт. ст. Все пациентки участвовавшие в исследовании получали глюкокортикоиды от 15 до 30 мг/сут, для коррекции артериальной гипертензии был назначен фозиноприл 20мг/сут.

Результаты исследования. Эффективность лечения фозиноприлом в дозе 20 мг/сут у больных СКВ с повышенным артериальным давлением оценивалась нами в начале и через 3 месяца терапии. Артериальное давление измеряли методом Короткова. Динамика артериального давления у больных с артериальной гипертензией до и после лечения фозиноприлом представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы на фоне применения фозиноприла достоверно снизилось как систолическое артериальное давление с $166,2 \pm 11,6$ мм. рт.ст. до $121,5 \pm 4,1$ мм. рт.ст. ($p < 0,001$), так и диастолическое с $118,7 \pm 6,8$ мм. рт. ст. до $83,2 \pm 6,4$ мм. рт .ст. ($p < 0,001$). Необходимо подчеркнуть, что ни у одного пациента принимавшего фозиноприл серьезных побочных явлений выявлено не было.

Таблица 1. Влияние фозиноприла на артериальное давление у больных СКВ

Показатели	Больные СКВ (n=23)	
	АД до лечения	АД на фоне лечения
Систолическое АД	$166,2 \pm 11,6$	$121,5 \pm 4,1^{***}$
Диастолическое АД	$118,7 \pm 6,8$	$83,2 \pm 6,4^{***}$
Примечание *** $p < 0,001$	достоверность различий по отношению к исходным показателям	

УДК 616.155.194.8-02-08

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ

С.М. ЧИГИРБАЕВА, Ж.К. ДЖУМАГОЛОВА, Л.Н. СМИРНОВА,
И.А. ЕРМАКОВА, Н.Д. ШИДЕРОВА, А.Р. СЕК

Республиканский семейный врачебный центр, г. Алматы

Резюме

Основными принципами лечения ЖДА являются коррекция причин, лежащих в основе дефицита железа, устранение не только анемии, но и дефицита железа в крови и в тканях. Пациенты должны быть информированы, что компенсация дефицита железа и коррекция ЖДА с помощью специальных диет не может быть достигнута.

Тұжырым

Қан аздық ғана емес, қандагы безінің және кездемелердегі дефициті, темір жетіспеушіліктің себебін түзету темір жетіспеушілік анемияны емдеудің негізгі қағидалары болып табылады. Арнайы диеталар көмегімен темір жетіспеушілік және темір жетіспеушілік анемияның өндеуіне жете алмайтынын емделушілерге акпарат беру керек.

Summary

Basic principles of IDA treatment are to correct the causes underlying iron deficiency, work with not only anemia, but iron deficiency in blood and tissues. Patients should be informed that compensation of iron deficiency and correction of IDA with special diets can not be achieved.

Несмотря на то, что железодефицитная анемия впервые описана в XVI столетии, по данным ВОЗ анемия выявляется у трети населения планеты. Группами риска являются исходя из особенностей обмена, женщины детородного возраста, беременные, кормящие, дети младших возрастных групп. Существует зависимость между частотой выявления ЖДА и уровнем социально-экономического развития региона. В целом по данным ВОЗ на 2002 год число беременных с данной патологией в мире достигло 51% всего числа беременных. Даже в развитых регионах Америки ЖДА у беременных составило 53%, тогда как в развивающихся странах она может достигать 80% [1].

В организме человека массой тела 70 кг имеется 4,5 г железа. Источником железа является пищевое железо, всасывающееся в желудочно-кишечном тракте в наибольшей концентрации в 12–перстной кишке и проксимальных отделах тощей кишки. Организм самостоятельно регулирует поступление его из слизистой оболочки в кровь. Усвоение пищевого железа напрямую зависит от состава самой пищи. Наличие в ней янтарной, аскорбиновой, лимонной кислот, а также фруктозы, сорбита, метионина и цистеина ускоряют заданный процесс. Напротив, фосфаты, оксалаты, препараты кальция и содержащие кальций продукты (творог, молоко) тормозят. Наибольшими по содержанию железа (в мг на 100 г продукта) продуктами являются печень говядья – 9,8 мг, соль поваренная – 10,0, крупа гречневая – 8,0, язык говяжий – 5,0, фасоль – 12,4, горох – 9,4, однако лучше усваивается железо в виде гема. Так, из фруктов железо усваива-

ется не более 3%. Мясные продукты обладают большим процентом усвоения – до 22% из телятины (телятина содержит до 90% железа в виде гема), до 11% из рыбных изделий (железо преимущественно в виде ферритина и гемосидерина).

Физиологическое всасывание железа из пищи ограничено. При полноценном питании взрослый мужчина получает в день до 18 мг железа, из которого усваивается только 1–1,5 мг, у женщин при 12–15 мг поступления усвоение коснется только 1–1,3 мг железа. Максимальное количество всасываемого железа не превышает 2–2,5 мг [2].

Расходы складываются из следующих величин: синтез гемоглобина, физиологические потери (с калом, мочой, потом, слущивающимся эпителием кожи). Расходы практически полностью покрываются поступлением железа, при условии отсутствия повышенных потребностей в нем, снижения его поступления и увеличения потерь. Снижение поступления железа в организм напрямую связано с пищевым рационом и возникает при общем голодании, уменьшении продуктов питания, содержащих железо, патологии 12–перстной кишки и проксимальных отделов тонкого кишечника.

Потери железа четко ассоциируются с кровопотерями, в первую очередь теми, которые считаются физиологическими – у менструирующих женщин. У 10–25% женщин, которые считают себя практически здоровыми, во время менструации теряется более 40 мг железа. В ситуации обильной кровопотери потребность возрастает до 3 мг/сут., но такое количество железа не может быть усвоено из пищи. Создается дефицит, ко-

торый из мизерного количества за одни сутки (0,5–1 мг), увеличивается за месяц до 15–20 мг, за год до 189–240 мг, в течение 10 лет возрастает до 1,8–2,4 г. Срок же репродуктивной функции женского организма (а значит, и менструальных кровопотерь) не менее 40 лет. Следовательно, к возрасту 42–45 лет женщина подходит уже с выраженным дефицитом железа, хотя патологических процессов в состоянии здоровья не определяется [2].

У мужчин физиологических кровопотерь не бывает. Поэтому дефицит железа объясняется патологическими процессами, сопровождающимися кровотечением.

Поиск имеет смысл начинать с исследования желудочно–кишечного тракта. Дефицит железа у детишек младшего возраста развивается, как правило, внутриутробно вследствие многоплодной беременности, при недоношенности. Кроме того, способствующими факторами, могут являться дефицит ферментов кишечника, необходимых для усвоения железа из молока матери [3].

В пубертатный период кровопотери в сочетании с эстрогенным воздействием на эритропоэз и утилизацию железа (некоторое торможение) создают условия для формирования железодефицита у представительниц слабого пола. Беременность и лактация – физиологические состояния, присущие женскому организму, к сожалению, в 100% случаев сопровождаются железодефицитом в организме женщины и возможным в дальнейшем развитием железодефицитной анемии. Периферическая кровь реагирует на истощение депо железа в последнюю очередь, в то время как перераспределение запасов железа между организ-

мом матери и плода происходит в обязательном порядке. Кроме того, благодаря компенсаторным механизмам симптомы, обусловленные тканевой гипоксией, могут не проявляться вплоть до падения уровня гемоглобина ниже 80 г/л.

Нехватка железа в организме беременной женщины чревата развитием гипоксии с дальнейшей цепочкой вторичных метаболических расстройств, в том числе фетоплацентарной недостаточностью. У беременных понижение показателя гемоглобина до 110–100 г/л не говорит о патологических изменениях и объясняется физиологическим увеличением объема крови, гемодилатацией. Анемическим порогом является 100–96 г/л (эритроциты – 3,0 млн), тяжелая форма анемии оценивается с 60 г/л. Лечение ЖДА проводится только препаратами железа, имеющими большую всасываемость в желудочно–кишечном тракте в сравнении с пищевым железом. Препараты, применяемые в терапии, должны помимо 2–валентного железа содержать аскорбиновую кислоту, способствующую его усвоению. Пероральный прием препаратов железа повышает уровень гемоглобина только на 2–4 дня позже, чем при парентеральном введении и крайне редко приводит к побочным эффектам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буданов П.В. Проблемы профилактики и лечения железодефицитных анемий у беременных / П.В. Буданов. – Трудный пациент. – 2009. - №8.
2. Гурвич М.И. Всасывание гемоглобинового железа при железодефицитной анемии / М.И. Гурвич, М.М. Щерба, Е.С. Рысс, Э.Л. Шапиро // Проблемы гематологии. – 1973.
3. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии / Л.И. Идельсон // Медицинский вестник. – 2008. - № 22.

УДК 618.14-002:615.256-035

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НЕГОРМОНАЛЬНОГО БЛОКИРОВАНИЯ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ

Т.Д. АЛИЕВА, Ш.Т. АЛИЕВ

ТОО «ДостарМедПрестиж», г.Атырау,
ТОО «SBS-MED», г.Алматы**Резюме**

Разработка новых методов лечения эндометриоза с применением Индинола+Эпигаллата может способствовать достоверному снижению болевого синдрома в 6 раз и восстановлению репродуктивной функции в 66,6% случаев, снижению числа рецидивов заболевания. Было показано, что применение Индинола+Эпигаллата можно рассматривать как альтернативный метод комплексного лечения эндометриоза.

Тұжырым

Индинола+эпигаллатың колдануы эндометриозды емдеуінің жана әдіс-тәсілдері болып табылады және қатерлі синдромның сенімді 6 есе төмендетуіне мүмкіндік тузызады, 66,6% репродуктивті деңсаулықты қалпына келтіреді, аурудың қайталанының төмендетеді.

Summary

Working out of new methods of treatment of an endometriosis with application of Indinol+Epigallat can promote authentic decrease in a painful syndrome in 6 times and restoration of reproductive function in 66,6 % of cases, to decrease in number of relapses of disease. It has been proved that application of Indinol+Epigallat can be seen as an alternative method of complex treatment of an endometriosis.

Эндометриоидная болезнь – патологический процесс, характеризующийся ростом эктопического эндометрия за границами нормальной локализации слизистой оболочки тела матки. Эта патология является наиболее частой причиной хронических тазовых болей и бесплодия и встречается у 12-50% женщин репродуктивного возраста [1,5,8]. За последние несколько лет появились новые данные, касающиеся изучения вопросов патогенеза эндометриоза на клеточном и молекулярном уровнях. Однако, основные патогенетические механизмы развития заболевания всё ещё до конца не ясны. В настоящее время при изучении патогенеза эндометриоза уделяется особое внимание ангиогенезу и ангиогенным факторам роста, поскольку для успешной имплантации и роста эндометриальной ткани требуется новообразование сосудов [2,4].

Не вызывает сомнений необходимость комплексного подхода к лечению больных эндометриозом. Двухэтапная схема лечения (1 – деструкция очагов эндометриоза; 2 – медикаментозная терапия), является патогенетически оправданной [1,3]. Однако, анализ литературных данных о современных способах терапии эндометриоза указывает на то, что существующие методы далеки от совершенства и не обеспечивают достижения стойкого клинического и научно доказанных положительных эффектов [1]. Разработка новых методов лечения эндометриоза, возможна

только с учётом патогенетических вариантов течения заболевания.

В связи с этим проводятся исследования по применению новых специфических препаратов (ингибиторов ароматазы, антигестагенов, ингибиторов циклооксигеназы-2, антиангиогенных препаратов, агонистов ГнРГ и др.) для лечения этого заболевания. Однако из-за выраженных эстрогендефицитных побочных эффектов (приливы, сухость во влагалище, остеопороз и др.) их применение ограничено [6,9]. Поэтому поиск новых препаратов для лечения эндометриоза без выраженных побочных эффектов является актуальным [7,10,17].

Наше внимание привлекли положительные данные литературы о клинической эффективности Индинола (индол-3-карбинола) [11-19], а также описанное негормональное блокирование опухолевого роста, антипролиферативное, антиангиогенное и проапоптотическое действие препарата. Также большой интерес в последнее время вызывают катехины, обладающие целым спектром защитных эффектов на органы и ткани. Эти результаты и явились обоснованием применения индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата в лечении эндометриоза.

Индол-3-карбинол обладает мощной противоопухолевой активностью, патогенетически воздействуя на основные звенья развития гиперпластических процессов в организме. Изучение

этого вещества ведется во всем мире в течение нескольких десятков лет. Установлено, что индол-3-карбинол эффективно нормализует метаболизм эстрогенов, улучшая соотношение метаболитов эстрадиола в сторону «слабого» эстрогена 2-гидроксиэстрона (2-OHE1). Согласно современным представлениям, соотношение метаболитов эстрадиола – 2-OHE1/16- α -OHE1 – является биомаркером развития патологической клеточной пролиферации и гормонозависимых опухолевых заболеваний. Индол-3-карбинол обладает высокой противоопухолевой активностью в отношении клеток, чья пролиферация напрямую связана с эстрогенными рецепторами. Однако позже было выяснено, что индол-3-карбинол вызывает апоптоз в опухолевых клетках, не содержащих эстрогенных рецепторов. В клетках, пролиферация которых связана с эстрогенной стимуляцией индол-3-карбинол прерывает синтез эстроген-зависимых генов. В этом – суть антиэстрогенного эффекта индол-3-карбинола.

Эпигаллокатехин-3-галлат обладает сильнейшей антиоксидантной активностью, сопоставимой с β -токоферолом. Важнейшим его дополнением является антипролиферативный потенциал, относящийся к активно делящимся клеткам. Эпигаллокатехин-3-галлат обладает комплексным воздействием на многочисленные пролиферативные пути в опухолевых клетках, среди которых наибольший вклад в стимуляцию роста, развития и метастазирования опухолей вносят рецептор-опосредованная стимуляция ростовыми факторами, и как следствие этого – активация цитоплазматических и рецепторных тирозин-киназ, активация транскрипционных факторов, развитие провоспалительной реакции, стимуляция неоангиогенеза. Все это характеризует эпигаллокатехин-3-галлат с позиции мощного противовоспалительного, антипролиферативного, антиангиогенного природного компонента. Воздействие этих препаратов изучено на различных патологических моделях в исследованиях учёных разных стран [16,17,19]. Однако недостаточно научных исследований по воздействию данных препаратов при эндометриоидной болезни.

Цель исследования. Дифференцировать подход к выбору медикаментозной терапии при комбинированном лечении больных с эндометриоидной болезнью.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 62 женщины репродуктивного возраста (от 20 до 40 лет) с диагнозом наружного генитального эндометриоза I-III стадии по классификации, предложенной Американским Обществом Репродуктивной медицины (R-ASRM,

1996) с клиническими проявлениями наружного генитального эндометриоза, не использующие других гормональных препаратов на протяжении последних 3 месяцев перед началом исследования. Из исследования были исключены пациентки с диагнозом наружного генитального эндометриоза IV стадии распространения и пациентки с экстрагенитальной патологией, способной повлиять на состояние ангиогенеза (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и желудочно-кишечного тракта).

В первую группу включены 32 пациентки (средний возраст $33,2 \pm 4,2$ лет), которым после лапароскопии и подтверждения эндометриоидной болезни проводилась терапия Жанином (30 мкг этинилэстрадиола + 2 мг диеногеста) перорально в пролонгированном режиме в течение 63 дней. Толчком для применения диеногеста при эндометриозе послужили данные, полученные в экспериментальных исследованиях, позволившие высказать предположение, что механизм его действия может быть не просто прогестагенным, но и специфическим антипролиферативным (нормализация вызванных имплантами нарушений внутриклеточных сигнальных систем и иммунных поражений).

Вторая группа представлена 30 пациентками (средний возраст $31,6 \pm 3,6$ лет), которым не проводилась лапароскопия, а в качестве медикаментозной терапии получали индол-3-карбинол (Индинол) и эпигаллокатехин-3-галлат (Эпигаллат) фирмы «МираксФарма» по 2 капсулы каждого препарата 2 раза в день per os в течение 3 месяцев. Группы между собой были сопоставимы. Каких-либо нежелательных эффектов при назначении препаратов не выявлено.

Согласно протоколу исследования исходно, на фоне и после окончания 3-х месячного курса терапии осуществлялся мониторинг клинико-лабораторных показателей, которые включали общеклиническое и гинекологическое обследование, а также осмотр маммолога. Интенсивность боли оценивалась в балах от 0 до 3 по системе для оценки выраженности болей, предложенной Mac Laverty C.M. и Shaw P.W. в 1995 году, до оперативного вмешательства и после проведённой консервативной терапии.

Осмотр шейки матки осуществлялся методом простой кольпоскопии при стандартном увеличении без использования медикаментозных средств. При расширенной кольпоскопии проводились эпителиальные и сосудистые тесты с использованием 3% раствора уксусной кислоты и 2% раствора Люголя (проба Шиллера). Оценку гормонального статуса проводили на 3-5 день менструального цикла с определением содержа-

ния пролактина в плазме крови до комбинированного лечения, на фоне (через 1 месяц) и после медикаментозного лечения (через 3 месяца) радиоиммунологическим методом.

УЗИ органов малого таза проводили на аппарате Aloka SSD-2000 с использованием трансвагинального датчика с частотой 7,5 МГц исходно и после окончания лечения. Для уточнения диагноза и лечения проведены эндоскопические методы (гистероскопия и лапароскопия) с использованием аппаратуры фирмы «Karl Storz» (Германия), а также раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки с последующим патоморфологическим исследованием эндометриоидных гетеротопий, эндометриоидных кист, эндометрия. Стадия распространения эндометриоза оценивалась, согласно пересмотренной классификации Американского Общества Репродуктивной медицины R-ASRM (1996).

При поражении эндометриозом шейки матки проводилась местно фульгурация (испарение тканей) эндометриоидных очагов поражения с использованием пуговчатого зонда радиохирургического прибора «Сургитрон». Основными параметрами оценки эффективности комбинированной терапии в нашем исследовании являлись: уменьшение тяжести клинических симптомов заболевания - болевого синдрома, меноррагий, наступление беременности, снижение риска рецидива заболевания, исчезновение мастопатии и мастальгии. Наблюдение за течением репаративных процессов осуществлялось на основании клинических данных, данных простой и расширенной кольпоскопии через 5, 10, 15, 25 дней. Эффективность лечения оценивали на основании данных простой и расширенной кольпоскопии через 1,5 месяца. Статистический анализ полученных данных производился с использованием электронных таблиц «Microsoft Excel», пакета прикладных программ

«Statistica for Windows» v. 7.0, StatSoft Inc. (США) и пакета программ SPSS (версия 10.0.7).

Результаты и их обсуждение. Длительность периода от появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза варьировала от 1,3 до 7,8 лет. Одной из ведущих жалоб у большинства пациенток (80,7%) было отсутствие наступления беременности в течение 1–9 лет и наличие периодических тянувших либо ноющих болей в области малого таза постоянного характера, усиливающиеся перед менструацией и во время полового акта. У исследуемых пациенток обеих групп, после окончания трёхмесячного курса терапии Жанином или Индинолом+Эпигаллатом, мы наблюдали статистически значимое ($P<0,05$) уменьшение симптомов эндометриоза (дисменореи, диспареунии, а также хронических газовых болей). Клиническое улучшение отмечалось у 80% больных I группы, получавших на II этапе комбинированного лечения Жанином, и у всех больных (100%) 2 группы, получавших только Индинол и Эпигаллат (без лапароскопии).

Анализ клинической эффективности комбинированной терапии (лапароскопия и лечение Жанином) наружного генитального эндометриоза показал её высокую эффективность как по отношению к частоте снижения болевого синдрома, так и восстановлению репродуктивной функции и значимого уменьшения числа рецидивов заболевания. Следовательно, по клинической эффективности результаты лечения лапароскопия+Жанин или Индинолом+Эпигаллатом схожи (рисунки 1, 2). На фоне терапии Жанином у всех пациенток наблюдалась аменорея. Все женщины этой группы были субъективно удовлетворены проводимым лечением. Незначительные побочные эффекты на фоне проводимой терапии отмечались у 34,4% больных (усталость, сонливость, прибавка/снижение веса на 2–3 кг).

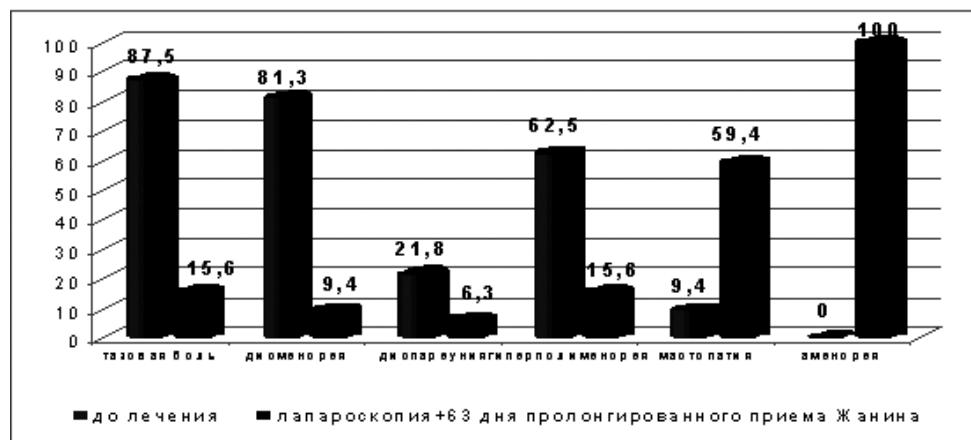


Рисунок 1. Клиническая эффективность комбинированной терапии наружного генитального эндометриоза (лапароскопия+Жанин)

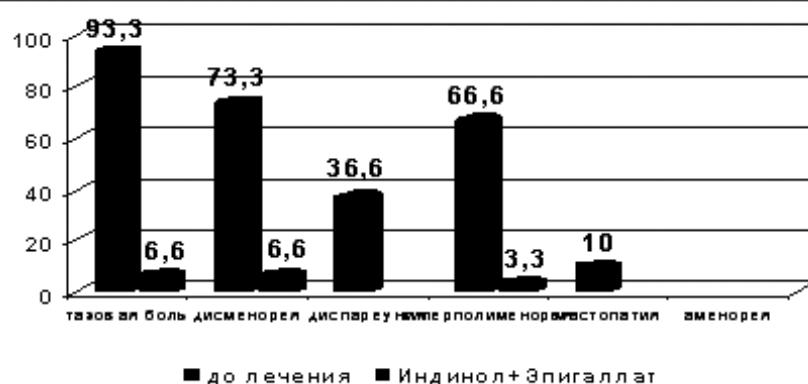


Рисунок 2. Клиническая эффективность комбинированной терапии наружного генитального эндометриоза Индинолом+Эпигаллатом

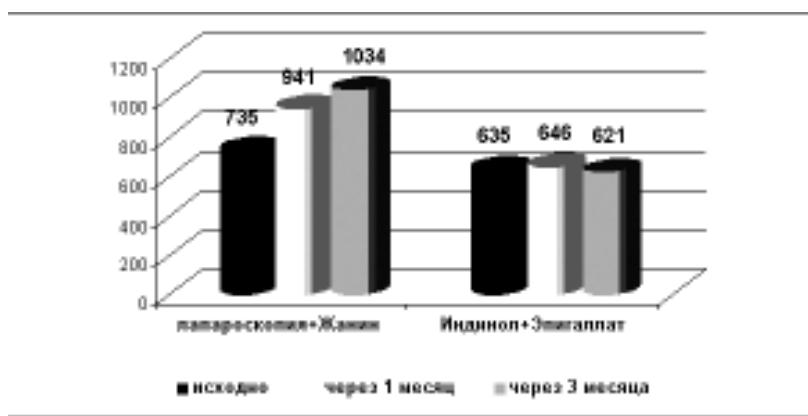


Рисунок 3. Сравнительная оценка содержания пролактина у пациенток, получавших лапароскопия+Жанин и Индинол+Эпигаллат до и после комбинированного лечения

Из побочных эффектов также стоит отметить умеренные кровяные выделения из половых путей от 3-5 до 7-8 дней у 21,8% женщин на 30-33 день терапии Жанином, а также утолщение эндометрия от 1,6 до 1,8 мм по данным трансвагинальной эхографии после окончания лечения у 18,8% больных. Однако при повторном ультразвуковом исследовании органов малого таза, выполненном в динамике на 5-7 день следующего менструального цикла, патологии эндометрия не было выявлено.

По данным гормонального исследования к концу курса терапии Жанин у больных с эндо-

метриозом ведёт к достоверному повышению уровня пролактина в крови с начала терапии в 1,4 раза ($P<0,001$) и остаётся повышенным до конца лечения (рис. 3). Эти изменения влияли на тяжесть побочных эффектов среди женщин, получавших Жанин – достоверное повышение частоты мастальгии и мастопатии в 6 раз (с 9,4% до 59,4%, $P<0,001$). На фоне приема Индинола и Эпигаллата эти проявления не наблюдались, а при их наличии (10%) - полностью нивелировались к концу курса лечения. Проведенный в дальнейшем сравнительный анализ клинических данных показал (таблица 1), что возобновление болевого

Таблица 1. Отдаленные результаты клинического наблюдения после проведенной терапии

Клиническая эффективность	Лапароскопия+Жанин n=32		Индиноол+Эпигаллат n=30	
	абс	%	абс	%
Возобновление болевого синдрома	8	25,0	0	0
Рецидив заболевания	11	34,4	0	0
Беременность	7 из 22	31,8	16 из 24	66,6*
Самопроизвольный выкидыш	2 из 7	28,6	1 из 16	4,2*

Примечание: где* - $P<0,05$ по сравнению с группой, получавших Жанин

синдрома наблюдалось у каждой четвертой пациентки (25,0%), получавших Жанин, а у пациенток, получавших Индинол+Эпигаллат, не диагностировано ни в одном случае.

У всех женщин, после проведенного лечения Индинол+Эпигаллат наблюдалось отсутствие рецидивов заболевания в течение 12 месяцев наблюдения, в то время как среди женщин, получавших Жанин, рецидив заболевания установлен у 34,4% пациенток через 4-6 месяцев наблюдения. У 7 (31,8%) женщин из 22 заинтересованных в беременности наступила самопроизвольная маточная беременность через 4-7 месяцев после комбинированного лечения эндометриоза Жанином+лапароскопия. Необходимо отметить, что у 2 из них (28,6%) произошел самопроизвольный выкидыш. Среди женщин, получавших лечение Индинолом+Эпигаллатом у 16 (66,6%) из 24 заинтересованных в беременности наступила самопроизвольная маточная беременность через 3-4 месяца после комбинированного лечения, и только у одной из них (4,2%) – самопроизвольный выкидыш.

Выводы. Таким образом, при сравнении различных видов комбинированной терапии наружного генитального эндометриоза, было доказано, что применение Индинола+Эпигаллата можно рассматривать как альтернативный метод комплексного лечения эндометриоза наряду с Жанином в непрерывном режиме 63 дня после хирургического лечения наружного генитального эндометриоза. С учетом полученных данных, дифференцированный подход к терапии на основе побочных эффектов Жанина при лечении наружного генитального эндометриоза, позволяет достигать в 31,8% случаев восстановления fertильности. При сочетанном применении Индинола+Эпигаллата – в 66,6% случаев наступила беременность.

Разработка новых методов лечения эндометриоза с применением Индинола+Эпигаллата может способствовать достоверному снижению болевого синдрома в 6 раз и восстановлении репродуктивной функции в 66,6% случаев, снижению числа рецидивов заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о том, что определились новые пути фармакологической коррекции эндометриоидной болезни. Использование препаратов Индинол и Эпигаллат, влияющих на основные патогенетические механизмы развития эндометриоза, открывает новое направление в терапии указанных заболеваний – целенаправленно воздействующая терапия. Такая терапия должна стать приоритетной у практических врачей при лечении эндометриоидной болезни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Адамян Л.В. Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
- 2 Киселев В.И., Ляшенко А.А. Молекулярные механизмы регуляции гиперпластических процессов / В.И. Киселев, А.А. Ляшенко. – М.: Димитрейд График Групп, 2005. 348с.
- 3 Новый взгляд на природу эндометриоза (аденомиоза) / И.С. Сидорова [и др.] // Акуш. и гинекол. – 2002. - №3. – С. 32-38.
- 4 Стрижаков А.Н. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов. – М.: Медицина, 1996. – 330 с.
- 5 Унанян А.Л. Эндометриоз тела матки и яичников: новые аспекты патогенеза, клиники и лечения: дис. д-ра мед. наук / Унанян А.Л. - Москва, 2007.
- 6 Protective effects of green tea extracts (polyphenon E and EGCG) on human cervical lesions / Ahn W.S. [et al]. - Eur J Cancer Prev, 2003, - 12(5), - 383 p.
- 7 Multiple molecular targets of indole-3-carbinol, a chemopreventive anti-estrogen in breast cancer / Ashok B.T. [et al]. - Eur J Cancer Prev, 2002. – P. 86-93.
- 8 Indole-3-carbinol is a negative regulator of estrogen. Auburn K.J. [et al]. - J Nutr, 2003. - 133 (7 Suppl). – P. 2470-2475.
- 9 Brignall M.S. Prevention and treatment of cancer with indole-3-carbinol / M.S. Brignall - Altern Med Rev, 2001. - 6(6). – P. 580.
- 10 Broder M.S. Improving treatment outcomes with a clinical pathway for hysterectomy and myomectomy / M.S. Broder, S. Bovone. - J. Reprod Med., 2002. - 47(12). - P. 999-1003.
- 11 Chinni S.R. Act inactivation is a key event in indole-3-carbinol – induced apoptosis in PC-3 cell / S.R. Chinni, F.H. Sarcar. - Clin Cancer Res, 2002. - 8(4). – P. 1228-36.
- 12 Tumor gelatinases and invasion inhibited by the green tea flavonol epigallocatechin-3-gallate / Garbisa S. [et al]. - Cancer, 2001. – P. 822-832.
- 13 Jung Y.D. Inhibition of tumor invasion and angiogenesis by epigallocatechin gallate (EGCG), a major component of green tea / Y.D. Jung, L.M. Ellis. - Int J Exp Pathol, 2001. - 82(6). – P. 309-16.
- 14 Skin photoprotection by green tea, antioxidant and immunomodulatory effects / S.K. Katiyar. - Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord, 2003. - 3(3). – P. 234-42.
- 15 Anderson A.E. Indole-3 carbinol prevents PTEN loss in cervical cancer in vivo / Anderson A.E., Chen D.Z., Sun S., Auburn K.J. - Mol Med, 2005. - 11(1-12). – P.59-63.
- 16 Rahman K.M., Indole-3-carbinol (I3C) induces apoptosis in tumorigenic but not in nontumorigenic breast epithelial cells / Rahman K.M., Aranha O., Sarcar F.N. - Nutr Cancer, 2003.- P. 101-112.
- 17 Green tea constituent epigallocatechin-3- gallate inhibits angiogenic differentiation of human endothelial cells / A.K. Singh [et al]. - Arch Biochem Biophys, 2002. - 401(1). -P. 29-37.
- 18 Epigallocatechin-3-gallate, a green tea-derived polyphenol, inhibits IL-1 beta-dependent proinflammatory signal transduction in cultured respiratory epithelial cells / D.S. Wheeler [et al]. - J Nutr, 2004. - 134(5). – P. 1039-44.
- 19 Yokoyama M. The tea polyphenol, pigallocatechin gallate effects on growth, apoptosis, and telomerase activity in cervical cell lines / M.Yokoyama [et all]. - Gynecol Oncol, 2004. - 92(1). – P. 197-204.

УДК 616.71-001.5-089.2

ВЫБОР РАДИКАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

В.С. ДЖАМАЛЕДДИНОВ, Н.К. КУРБАНОВ,
М.Ж. ДАВЛЕТБАЕВ, Г.В. СМЕЛОВ, Б.Т. СУЛЕЙМЕНОВ

Клиника профессора им. Макажанова Х.Ж., г. Караганда

Резюме

Лечение переломов длинных трубчатых костей является одним из наиболее часто встречающихся в медицинской практике травмами. Это сравнение обеспечивает сравнительную оценку методов лечения переломов длинных трубчатых костей и выбор наиболее радикального метода. Данный подход позволил врачам клиники профессора Макажанова в Караганде, уменьшить уровни посттравматических осложнений и ранней полной реабилитации переломов длинных трубчатых костей.

Тұжырым

Ұзын жілік сүйектерінің сынуларының емдеу травматолог дәрігерлердің тәжербиесінде жиі кездеседі. Ұзын жілік сүйектердің сынуларын емдеудің әдістерінің салыстырмалы бағасы және тандау өте батыл осы бапта жүргізіледі. Қарағанды қаласындағы профессор Макажанова атындағы клиниканың дәрігерлеріне осы жолдан жаракаттанудан кейінгі кедергілердің деңгейдін кішірейтуіне қол жеткізуге мүмкіндік берді және ертерек және ұзын жілік сүйектердің сынуларын аурулардың толық орнына келтіру қолыптыстырады.

Summary

Treatment of fractures of long tubular bones is one of the most commonly encountered in medical practice of trauma. This suites comparison provides a comparative assessment of methods for treatment of fractures of long tubular bones and selection of the most radical. This approach has allowed physicians to clinics Professor Makazhanov in Karaganda to reduce levels of post-traumatic complications and earlier and full rehabilitation of fractures of long tubular bones.

Актуальность темы заключается в том, что переломы длинных трубчатых костей относятся к наиболее часто встречающимся повреждениям опорно-двигательной системы, которые требуют длительной реабилитации больных с частыми осложнениями, возникающими при использовании того или иного метода, нарушая общую, а иногда и профессиональную трудоспособность, что снижает экономический статус страны и замедляет научно-технический прогресс. В связи с этим необходимость выбора более стабильного в отношении консолидации отломков кости, менее травматичного (осложнения, объем раневого повреждения тканей с возможным вовлечением сосудисто-нервных пучков) и технически приемлемого (несложная в использовании аппаратура, удобный хирургический инструментарий, опыт хирурга-специалиста) метода лечения таких переломов в современной хирургии возрастает.

Целью научного эксперимента является сравнительная оценка методов лечения переломов длинных трубчатых костей и выбор наиболее радикального.

Для лечения переломов длинных трубчатых костей используются следующие методы. Это гипсовая повязка, скелетное вытяжение, использование аппарата Илизарова (чрескостный остеосинтез), наружный и внутренний остеосинтез. Сравним вышеупомянутые методы: гип-

совая повязка является хорошим средством для фиксации отломков у тяжелых больных с обширными раневыми поверхностями, когда тяжесть не позволяет произвести остеосинтез, обладает хорошей гигроскопичностью, позволяет дать раннюю нагрузку на ногу и не требует серьезных технических навыков. Но есть и минус - гипсовая повязка обездвиживает смежные суставы, приводя в последующем к постиммобилизационным контрактурам с возможными вторичными смещениями отломков, образуя нередко ложные суставы, и гипс также сдавливает конечность в повязке приводя к нарушению трофики конечности.

При скелетном вытяжении конечность доступна для наблюдения и перевязок, повязка не сдавливает конечность и сместившиеся отломки хорошо репонируются. При данном методе больной должен постоянно находиться в обездвиженном горизонтальном положении, что способствует гиподинамическим нарушениям (застойная пневмония, пролежни и др.), не полностью обеспечивает покой из-за необходимости поддержания конечности в одном положении без движения, так как любое смещение отломков кости вызывает болезненные ощущения. Не всегда позволяет достичь полной репозиции, иногда с образованием ложных суставов, также требует постоянного контроля и регулировки – большой ми-

нус. Обычно применяется при легко смещаемых открытых переломах длинных трубчатых костей IA, IB, IIБ, IIВ типов (по классификации АО), также у детей старше 3-4 лет при открытых неустойчивых переломах, при тяжелых открытых переломах, когда требуется тщательное постоянное наблюдение за конечностью (нарушение кровообращения) и когда общее состояние не позволяет произвести остеосинтез, при открытых переломах с обширным повреждением мягких тканей.

Фиксация костных отломков при помощи чрескостного остеосинтеза аппаратом Илизарова является наиболее часто используемым методом в современной травматологии. Он, как и все другие методы обладает положительными и отрицательными качествами. Главным положительным качеством является минимальная травматичность оперативного вмешательства (возможность введения костных скрепителей вне зоны повреждения кости и мягких тканей, следовательно, отсутствует дополнительная травма в области патологического очага, сохраняется кровоснабжение и источники репаративной регенерации костной ткани). Также возможна точная закрытая репозиция костных фрагментов (существует возможность направленного изменения в трех плоскостях, в любой момент времени, пространственного расположения костных фрагментов).

Возможность управления степенью жесткости фиксации костных фрагментов обеспечивает прочную их компрессию, достаточную для раннего восстановления функции поврежденной конечности. Широкая сфера применения при травматологической и ортопедической патологии открывает, практически неограниченные, потенциальные возможности к совершенствованию конструкции и методики использования аппарата Илизарова. К тому же, возможность повторного использования деталей чрескостного аппарата, и раннего амбулаторного лечения сокращают затраты клиники на лечение пациентов. Основными недостатками данного метода являются относительная сложность применения устройств для чрескостного остеосинтеза (для использования метода необходимы опыт специалиста-травматолога и его знания топографической анатомии) и необходимость постоянного квалифицированного врачебного мониторинга на протяжении всего периода фиксации аппаратом (т.к. возможно такое осложнение как воспаление спицы с дальнейшим развитием остеомиелита).

Наружный остеосинтез, наряду с другими методами, применяется довольно часто. Этот способ фиксации применяется при переломах различной локализации и вида: оскольчатых, косых,

винтообразных, поперечных, околосуставных и внутрисуставных вне зависимости от формы и изгиба костномозгового канала. Особенность данного метода основана на использовании массивных пластинок, имеющих большое число отверстий (8-12) и винтов с упорной нарезкой (система АО). Высокая стабильность этого варианта остеосинтеза является основным его преимуществом. Полная, активная и безболезненная мобилизация приводит к быстрому восстановлению нормального кровоснабжения кости и мягких тканей. При этом также улучшается трофика хряща синовиальной жидкостью и, в сочетании с частичной нагрузкой, в значительной степени уменьшается посттравматический остеопороз путем восстановления равновесия между резорбцией и остеосинтезом костной ткани. Удовлетворительные результаты внутренней фиксации обеспечиваются только в случае отказа от наружной иммобилизации и при условии полной активной и безболезненной мобилизации мышц и суставов. Опыт показал, что накостный остеосинтез отличается от применявшихся ранее методов более надежной фиксацией отломков, что позволяет отказаться от наложения гипсовой повязки, восстановить безболезненную функцию конечности (хотя бы частично) в ранние сроки после операции. Все это способствует профилактике ряда осложнений, связанных с длительной иммобилизацией, и более раннему восстановлению трудоспособности.

К недостаткам данного метода следует отнести необходимость проделывания большого количества отверстий, обнажению кости на большом протяжении, что неизбежно ухудшает ее трофику и замедляет консолидацию, а после удаления пластины многочисленные отверстия ослабляют кость. Кроме того, возможно, рассасывание костной ткани вокруг винтов. Более новым, по сравнению с другими методами, является внутриструйный остеосинтез. Особенность метода - применение стержней различной формы в поперечном сечении: в виде листа клевера, круглые, плоскоovalьные, трехгранные, четырехгранные, полусферические, U-образные, желобоватые, которые вводятся непосредственно в костномозговой канал. Различают открытый и закрытый внутриструйный остеосинтез. При закрытом - после сопоставления обломков с помощью специальных аппаратов вводят через небольшой разрез вдали от места перелома по проводнику через костномозговой канал длинный полый металлический стержень. Проводник удаляют и рану зашивают. При открытом внутриструйном остеосинтезе зону перелома обнажают, обломки репони-

рут в операционной ране, а затем вводят стержень в костномозговой канал. Преимущество заключается в том, что для этого метода не требуется специальная аппаратура для репозиции обломков, технически проще качественно сопоставить обломки. Недостатком является необходимость обнажать зону перелома, что увеличивает травматизацию мягких тканей и опасность инфекции.

Устойчивость остеосинтеза зависит от особенностей перелома, вида фиксатора и глубины его введения в обломки. Лучшая фиксация достигается при поперечных и косых с небольшим скосом диафизарных переломах длинных трубчатых костей, по толщине гвоздя, соответствующей диаметру костномозгового канала. Устойчивый остеосинтез бедра может быть обеспечен толстым гвоздем, введенным в толщу костномозгового канала после предварительного рассверливания. При неустойчивом остеосинтезе возможны взаимные качательные движения обломков, приводящие к их смещению по длине, ширине иperi-

ферии, к нарушению оси кости в районе перелома и в итоге к несращению. Неустойчивый остеосинтез возможен при введении слишком тонкого гвоздя, который легко мигрирует, сгибается и может со временем сломаться на уровне перелома в результате усталости металла. Внутрикостный остеосинтез имеет свои недостатки. Толстый гвоздь может приводить к различным осложнениям, в том числе тяжелым некрозам кости. При многоскользящих диафизарных и метафизарных переломах неравномерна ширина канала, что является препятствием для применения этого варианта остеосинтеза.

Вывод. Проанализировав все вышеперечисленные методы, наименее травматичным, с хорошей компрессионной способностью и наименьшим уровнем посттравматических осложнений, хотя и требующим опыта специалиста и хорошего знания топографической анатомии, в данном научном эксперименте признан чрескостный остеосинтез с конструкцией Илизарова.

УДК 615.38-085 (574.21)

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Т.А. СИДОРУК

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

Правильно проведенная подготовка крови и компонентов крови повышает безопасность и эффективность лечения больных при проведении трансфузионной терапии соответствующей мировому стандарту.

Тұжырым

Дұрыс жолға койылған трансфузионды терапия әлемдік стандартқа сай сапалы қанмен және қаннан дайындалған компоненттердің қауіпсіздігін мен тиімділігін арттырады және науқастардың сапалы ем алудына ықпал етеді.

Summary

Regular organization of transfusion therapy based on modern principles of clinical transfusiology ensures the safety and quality of treatment by the blood components.

При лечении различных заболеваний и травм достаточно широко применяется трансфузионная терапия, которой традиционно считаются трансфузии компонентов и препаратов крови, аутогемотрансфузии и реинфузии, введение различных кровезаменителей. Трансфузионная терапия обладает широким спектром уникальных лечебных возможностей, но вместе с тем не лишена реальных инфекционных и иммунологических опасностей. В связи с этим актуальной проблемой для

обеспечения максимальной лечебной эффективности и безопасности трансфузионной терапии, кроме подготовки врачей и средних медицинских работников по вопросам клинической трансфузиологии, является организация и анализ трансфузиологической помощи в лечебных организациях разного профиля.

Целью данного сообщения является анализ организации и проведения трансфузионной терапии в лечебных организациях города Рудного.

Нами была разработана для медицинских организаций города расширенная форма отчета, в которой указан конкретный перечень компонентов и препаратов крови, использованных при лечении больных, а также использованную аутогемотерапию и кровезаменители, число осложнений и реакций на конкретную трансфузионную среду, количество не использованных компонентов крови и причины их списания, иммунологические исследования реципиентов, число больных и объем перелитых им трансфузионных сред конкретно по каждой среде. Все эти показатели позволяют получить достаточно полное представление о состоянии трансфузиологической помощи в лечебных организациях и по городу в целом, проследить динамику каждого показателя и дать рекомендации по улучшению трансфузиологической помощи.

Согласно плану организационно-методической помощи лечебным организациям города, применяемых гемотерапию для лечения больных, центр крови проводит ежеквартально семинарские занятия с врачами, ответственными за организацию трансфузиологической помощи. На этих семинарах проводится анализ трансфузионной терапии поквартально и за год по данным ежемесячных отчетов, заявок на компоненты из больниц, а также данным проверок ЛО. За каждой лечебной организацией города, занимающейся трансфузионной терапией, закреплен куратор из врачебного состава центра крови, который 2 раза в год анализирует работу по оказанию трансфузиологической помощи в отделениях больницы, проверяя историю болезни и другие учетные документы, проводит занятия по вопросам трансфузиологии с последующими зачетами. В городе 5 медицинских организаций, занимающихся трансфузионной терапией. Во всех имеются кабинеты переливания крови. Все врачи кабинетов прошли специализацию по клинической трансфузиологии, проводят занятия с врачами и средним медицинским персоналом по вопросам изо-

серологии и трансфузиологии. Активно применяют компоненты крови 2 организации – городская больница и родильный дом. В этих предприятиях постоянно расширяется ассортимент применяемых гемокомпонентных сред, прослеживается динамика использования по годам. Вся гемопродукция выдается в лечебные организации центром крови по требованиям, подписанным врачом-трансфузиологом с указанием показаний и рассчитанными дозами.

Из таблицы видно, что наблюдается положительная динамика в использовании компонентов крови согласно рекомендациям по современной трансфузиологии и приказам МЗ РК. Так, в динамике уменьшение использования эритроцитной массы и увеличение применения эритроцитной взвеси, в которой больше сохраняется полноценных эритроцитов. Возросло использование лейкофильтрованных эритроцитов, особенно лейкофильтрованной эритровзвеси (в роддоме в 10 раз) и соответственно, наблюдается уменьшение использования отмытых эритроцитов. Уменьшилось применение свежезамороженной плазмы в 2010 году по сравнению с 2008 годом в 2,5 раза в родильном доме. Небольшое уменьшение использование СЗП и в городской больнице. Наблюдается значительный рост использования карантинизированной СЗП. Если в 2008 году в городской больнице было перелито 16,7% карантинизированной плазмы ко всей перелитой, то в 2010 году это 86,3%. Процент использования карантинизированной свежезамороженной плазмы в сравнении со всей перелитой в отделениях родильного дома увеличился с 48,5 в 2008 году до 96,6 в 2010 году. Практически вся переливаемая плазма перепроверена в период возможного периода серонегативного окна на гемотрансмиссивные инфекции. Наблюдается уменьшение использования криопреципитата. Если раньше он переливался очень широко в городской больнице при всех массивных кровотечениях без лабораторных подтверждений, то теперь, согласно

Таблица 1. Применение компонентов крови в лечебных организациях

№	Наименование компонента	Роддом		Горбольница	
		2008	2010	2008	2010
1	Эрмасса (л.)	34,0	12,6	134,6	97,3
2	Эрвзвесь (л.)	4,0	13,7	12,1	52,3
3	Эрмасса лейкофильтрованная (л.)		1,2		4,4
4	Эрвзвесь лейкофильтрованная (л.)	1,6	11,6	2,8	26,6
5	Отмытые эритроциты (л.)	0,6	1,6	44,4	24,2
6	СЗП (л.)	32,1	0,6	481,8	130,2
7	СЗП карантинизированная (л.)	30,2	23,6	96,2	407,8
8	% использования СЗП карантинизированной в ЛО города	48,5	96,6	16,7	86,3
9	Криопреципитат (доз)	4	4	356	116

приказа МЗ РК № 666 от 06.11.2009 года, необходимо использование всех компонентов крови подтверждать обязательно необходимыми лабораторными тестами.

Использование преимущественно карантинизированной свежезамороженной плазмы, а также увеличение использования лейкофильтрованных компонентов, эритроцитарной взвеси повышает эффективность, а также инфекционную и иммунологическую безопасность гемотрансfusionной терапии. Для обеспечения иммунологической безопасности кроме использования отмытых эритроцитов и лейкофильтрованных компонентов, применяется также индивидуальный подбор компонентов крови. Реципиентам, для которых стандартный подбор крови по группам и пробы на совместимость не гарантируют профилактику гемотрансfusionных осложнений, наш центр крови проводит индивидуальный подбор компонентов крови, хотя таких случаев не много. Всего индивидуальных подборов по городской больнице – в пределах 5-8 в год, по родильному дому – 3-5 в год.

О безопасности трансфузионной терапии можно судить по частоте посттрансфузионных реакций и осложнений. В течение 26 лет в лечебных организациях города посттрансфузионных осложнений не зарегистрировано. Из посттрансфузионных реакций в городской больнице в 2008 и в 2009 году наблюдалось по одной пирогенной реакции, в родильном доме реакций не зарегистрировано.

В настоящее время общепризнано, что наиболее эффективным и реальным путем повышения иммунологической и инфекционной безопасности гемотрансфузий, а также снижения потребности в донорских компонентах является широкое использование аутогемотрансфузий и реин-

фузий крови. К сожалению, лечебные организации города слабо занимаются этими безопасными, но требующими кропотливой работы методами гемотерапии. Опыт работы в этом направлении имеется в родильном доме с 2005 года. Проводится заготовка аутоплазмы у беременных женщин, готовящихся к плановому оперативному родоразрешению. Им во второй половине беременности после лабораторного обследования заготавливается свежезамороженная плазма методом однократного или двухкратного плазмафереза дважды за беременность в условиях нашего центра крови. Свежезамороженная аутоплазма после обследования выдаётся на хранение в лечебную организацию и в случае необходимости переливается пациентке во время или после операции. Не использованная аутоплазма передается в центр крови для фракционирования на препараты. За период 2008-2010 годы заготовлено аутоплазмы по 2-3 дозы 19 пациенткам. Осложнений во время операций плазмафереза не отмечалось. Аутогемотрансфузии получили во время или после операции 8 пациенток.

Выводы. 1. Использование компонентов крови в лечебных организациях соответствует современным принципам клинической трансфузиологии, но необходимо 100% применение карантинизированной плазмы. 2. Методика аутотрансфузий компонентов крови заслуживает внимания и является методом выбора, обеспечивает высокую эффективность и максимальную безопасность для реципиента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Жибурт Е.Б. Трансфузиология / Е.Б. Жибурт. - СПб.: Питер, 2002. - 736 с.
2. Румянцев А.Г. Клиническая трансфузиология / А.Г. Румянцев, В.А. Аграненко. — Медицина, 1997. - 575 с.

УДК 616.94-001.36

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

С.С. ТАСТАЙБЕКОВА, Ф.Н. БАЙЖУМАНОВА, Т.П. ЗАНИЛОВА,
В.А. ВАСИЛЬЕВА, Б.А. ДАНЕНОВА, М.А. НУРЫМОВА,
Г.Ж. БЕССОНОВА, Т.А. ТАГИЕВА, А.М. ШАКЕБАЕВА

ГКП «Перинатальный центр», Станция скорой медицинской помощи,
Поликлиника ДВД, г. Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о септическом шоке.

Тұжырым

Берілген макалада септикалық шок мәліметтері көлтірілген.

Summary

This article contains information about septic shock.

Сепсис, являясь первостепенной медицинской проблемой и на сегодняшний день, продолжает оставаться одной из ведущих причин смертности, несмотря на различные открытия в патогенезе этого заболевания и применение новых принципов лечения. Тяжелымсложнением сепсиса является септический шок. Септический шок — сложный патофизиологический процесс, возникающий в результате действия экстремального фактора, связанного с прорывом в кровоток возбудителей или их токсинов, что вызывает наряду с повреждением тканей и органов чрезмерное неадекватное напряжение неспецифических механизмов адаптации и сопровождается гипоксией, гипоперфузией тканей, глубокими расстройствами обмена.

Большой процент септических состояний связан с послеоперационными осложнениями. Повышенной вероятностью развития сепсиса могут быть некоторые неотложные состояния, например панкреатит, жировая эмболия, геморрагический шок, ишемия и различные формы травм, сопровождающиеся повреждением тканей. Хронические заболевания, осложненные изменениями в иммунной системе, могут увеличить риск возникновения генерализованной инфекции.

Общепризнанно, что септический шок, как и анафилактический, является иммунопатологическим состоянием, когда в ответ на «прорыв инфекта» нарушается или снижается фагоцитоз, в крови появляются блокирующие субстанции и развивается вторичный иммунный дефицит. Эндотоксин также выполняет роль индуктора макрофагов и каскадных систем, персистирующего и после нарушений гомеостаза. Кроме того, микробная инвазия и токсемия быстро приводят к глубоким метаболическим, эндокринным и цир-

куляторным расстройствам. Нарушения гемодинамики и транспорта кислорода при септическом шоке занимают одно из центральных мест и отличаются большой сложностью. На первый план при шоке выступают именно нарушения микроциркуляции, а артериальная гипотензия является поздним симптомом септического шока. Выделяют два основных синдрома расстройств кровообращения, которые характеризуют стадии развития септического шока - гипердинамический и гиподинамический.

Для ранней стадии септического шока, сопровождающейся циркуляторной гипердинамией, как правило, характерно снижение общего сосудистого сопротивления с рефлекторно обусловленным (с барорецепторов) увеличением сердечного выброса и работы сердца. Это, возможно, связано с прямым влиянием быстро накапливающейся бактериальной флоры и эндотоксинов на сердечно-сосудистую систему и клеточный метаболизм. Причинами снижения периферической сосудистой резистентности являются открытие низкорезистентных артериовенозных шунтов и непосредственный сброс крови через них. При этом значительно увеличиваются потребление кислорода и индекс его доставки, в то время как экстракция кислорода находится в пределах нормы. Дальнейшая манифестация септического шока также характеризуется значительными изменениями в симпатико-адреналовой, гипофизарно-надпочечниковой, калькреин-кининовой и других системах регуляции гомеостаза.

Для следующей стадии септического шока характерны гипердинамический режим кровообращения и нарушения транспорта кислорода. Неизбежным следствием этого является развивающаяся тканевая гипоксия. Снижаются по-

требление кислорода и индекс его доставки тканям, существенно увеличивается экстракция кислорода. Развивается блокада утилизации кислорода на субклеточном уровне с накоплением лактата. В поздних стадиях развития септического шока, несмотря на продолжительную вазоконстрикцию и перераспределение крови на периферии, наблюдается снижение преднагрузки, объясняемое опустошением капиллярного функционирующего русла и, главное, жидкостной экстравазацией. Этим и определяется развитие вторичного гиповолемического синдрома.

Вместе с миокардиодепрессией гиповолемия формирует гиподинамический синдром. Стадия гиподинамического режима кровообращения характеризуется низкими показателями сердечного выброса, доставки и потребления кислорода на фоне повышенной экстракции последнего. Экстракция кислорода резко падает в терминальной стадии шока. Значительное повышение экстракции кислорода на фоне сниженной его доставки и потребления обусловлено не только перфузионной недостаточностью и гипоксемией, но и значительным нарушением клеточного метаболизма и утилизации кислорода.

Компенсаторная вазоконстрикция с повышением общего сосудистого сопротивления может наблюдаться также и в гиподинамической фазе септического шока. Значительное повышение легочного сосудистого сопротивления и легочная гипертензия становятся дополнительными факторами прогрессирования миокардиальной недостаточности. Гипер- и гиподинамические синдромы, как при грамположительной, так и при грамотрицательной бактериемии наблюдаются практически с одинаковой частотой. Следует подчеркнуть, что при септическом шоке раньше всего повреждается главный орган-мишень - легкие. Изменения проницаемости клеточной мембранны могут вести к трансмембранныму потоку низкомолекулярных веществ и мак-

роионов, что сопровождается нарушением функции клеток. Таким образом, развивается интерстициальный отек легких.

Как только возникает повреждение эндотелия, в органах и тканях, являющихся мишенью, увеличивается вероятность развития полиорганной недостаточности. За дисфункцией легких могут последовать сначала печеночная, затем почечная недостаточность, что и формирует синдром полиорганной недостаточности (СПОН). По мере развития СПОН каждый из органов оказывается не в состоянии адекватно функционировать, что приводит к появлению новых факторов повреждающего воздействия на другие органы и системы организма. В патогенезе септического шока важнейшим звеном являются расстройства микроциркуляции. Они обусловлены не только вазоконстрикцией, но и значительным ухудшением агрегатного состояния крови с нарушением ее реологических свойств и развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови или тромбогеморрагического синдрома.

Септический шок приводит к расстройствам всех метаболических систем. Нарушаются углеводный, белковый и жировой обмен, резко угнетается утилизация нормальных источников энергии — глюкозы и жирных кислот. При этом возникает резко выраженный катаболизм мышечного белка. В целом, обмен веществ сдвигается на анаэробный путь. Таким образом, в основе патогенеза септического шока лежат глубокие и прогрессирующие расстройства гуморальной регуляции, метаболизма, гемодинамики и транспорта кислорода. Взаимосвязь этих нарушений может привести к формированию порочного круга с полным истощением адаптационных возможностей организма. Предотвращение развития этого порочного круга и является основной задачей интенсивной терапии больных с септическим шоком.

*Инфекция ауыруларының, ВИЧ/СПИД, туберкулездің,
маскүнемдік және нашақорлықтың алдын алу –
Профилактика инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа,
туберкулеза, алкоголизма и наркомании*

УДК 616.9-053.2:578.823.91(574.51)

О ЦИРКУЛЯЦИИ РОТАВИРУСОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. БАЙЖУМАНОВА

Алматинский областной центр
санитарно-эпидемиологической экспертизы, г.Талдыкорган

Резюме

В статье представлены результаты исследований о циркуляции ротавирусов среди детей до 14 лет Алматинской области, также в статье указано и что радует нас внедрение для дальнейшего углубленного изучение ротавирусов исследования ПЦР методом (полимеразно-цепная реакция).

Тұжырым

Осы мақалада Алматы облысының тұргындарының өсіресе 14 жасқа дейінгі балаларының арасындағы ротавирустың айналымы туралы зерттеулер көртындылары толығымен ұсынылған және осы мәселені арықарай зерттеу үшін облыста полимеразды тізбекті реакциясының енгізілгені қуантарлық жайды көрсетеді.

Summary

The article presents the results of studies on the circulation of rotavirus among children under 14 years of the Almaty region, as indicated in the article and that makes us happy for the introduction of further in-depth study of rotavirus studies using PCR (polymerase chain reaction).

Ежегодно заболеваемость детей до 14 лет ротавирусной инфекций в области регистрируется на уровне 6,55 на 100 тыс. населения, но не превышает республиканский показатель.

Таблица 1. Показатели по годам

Годы	Случаи до 14 лет	Интенсивный показатель до 14 лет	Республиканский показатель до 14 лет
2007	29	6,55	70,21
2008	14	3,57	80,62
2009	21	4,50	117,54
2010	54	11,34	78,2

Цель. Провести исследование на носительство ротавирусов среди детского населения Алматинской области. Нами проанализировано 289 историй болезни. Диагноз «ротавирусная инфекция» устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждался высоко чувствительными методами экспресс диагностики (методом ИФА).

Исследования проводились в вирусологической лаборатории методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производства ВекторБест (Новосибирская область). Результаты учитывались путем измерения опти-

ческой плотности исследуемого образца с помощью спектрофотометра. Количественная оценка результатов проводилась согласно инструкции по применению иммуноферментной тест-системы. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдался в зимний период. Особенно с декабря по март, регистрация ротавирусной инфекции возникала одновременно с началом эпидемии гриппа. Поэтому хочется подчеркнуть, что в народе эту инфекцию называли еще «Кишечным гриппом», по-видимому, называют ещё и потому, что в большинстве случаев оно сопровождается некоторыми симптомами простуды: красное горло, насморк, сухой кашель. Они возникали вместе с появлением расстройства желудочно-кишечного тракта, проявляются несильно и проходят к концу первой недели заболевания. Но вероятны случаи регистрации заболевания и летом, при резком похолодании.

Ротавирусы являются наиболее частой причиной диарейного синдрома вирусной этиологии. Мы знаем, что Ротавирусы представляют собой род семейства Reoviridae, который объединяет большое количество сходных по морфологии и антигенной структуре вирусов, вызывающих гастроэнтерит у человека. Болезнь считается детской, потому что организмы взрослых людей более защищены от ротавирусов. У взрослого чело-

века выше кислотность желудочного сока и выше количество вырабатываемого секреторного IgA. У взрослого ротовирусная инфекция может проявляться небольшим кишечным расстройством, поэтому инфицированный человек может не догадываться о том, что он болен. Часто заболевание протекает и вовсе бессимптомно. Обычно, если в семье или в коллективе есть инфицированный, то в течение 3-5 суток поочередно начинают заболевать и остальные. Предотвратить заражение от носителя инфекции возможно в случае активной иммунной системы.

В течение 2007-2010 годов исследован материал (фекалий) от детского населения до 14 лет с заболеваниями органов дыхания (бронхиты, ОРВИ, адено-вирусная инфекция) с кишечными синдромами, а также с диареи неясной этиологии и бактериальной не подтвержденной.

Таблица 2. Результаты исследований по годам (2007-2010)

Годы	Исследованы пробы	Положительный результат	%
2007	67	29	43,2
2008	59	14	23,7
2009	63	21	33,3
2010	68	54	79,4

Результаты: положительные находки среди исследуемых групп составили: дети с заболеваниями органов дыхания - 32,5%, ОКИ неясной этиологией и бактериальной неподтвержденных - 67,5%. По опросу больных заболевание всегда начиналось остро, после короткого инкубационного периода от 20 часов до 3 суток с повышением температуры до 39-40°C, беспокойства. У 79% больных поражения желудочно-кишечного тракта сочетался с развитием симптомов поражения респираторного тракта (дыхательных путей).

Диарея отмечалась у 95% опрошенных больных просмотренных историй болезни. Стул у больных были жидкими, водянистыми, слабо окрашенными. Рвота при ротовирусной инфекции является кардинальным признаком и отмечалась у 72% больных. Чаще она у больных возникала одновременно с поносом и была кратковременной - 1-2 дня. У больных детей до 2-х лет ротовирусная инфекция протекала: 32% - легкой формой, 68% - средне-тяжелой формой.

У большинства детей стул нормализовался на 4-5 день, интоксикация исчезала на 3-4 день заболевания. Выздоровление наступало у всех больных детей на 5-7 день заболевания. При анализе полученных данных у детей с заболеваниями органов дыхания и ОКИ неясной этиологией и бактериальной неподтвержденных установлено, что наибольший удельный вес положительных результатов в возрастной группе (таблица 3).

Таблица 3. Результаты в возрастной группе (%)

до 2 лет	2-3 года	4-5 года	6-9 лет	10-14 лет
35,4%	25%	25%	14,1%	единичные

Данные анализа свидетельствуют о выделении ротовирусов практически во всех возрастных группах, но наибольшее количество положительных результатов наблюдается у детей до 6 лет - 70%. Результаты исследований не противоречат имеющимся в литературе сведениям об уровне положительных находок у детей в раннем возрасте.

Выводы и предложения. Данные исследования еще раз свидетельствуют о широкой циркуляции ротовирусов среди детского населения Алматинской области. Необходимо дальнейшее изучение данного вопроса, с октября месяца 2010 года нами внедрено ПЦР исследования ротовируса, астроривуса, норовируса, адено-вируса и ОКИ и мы можем проводить дальнейшее углубленное изучение ротовирусной инфекций и бороться с ними.

УДК 616.24-002.5

ТУБЕРКУЛЕЗ

Х.С. БАСКИНБАЕВА

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г.Рудный

Резюме

Туберкулез – излечимое заболевание, однако наиболее высокий эффект достигается при начале лечения на ранних, бессимптомных стадиях этого заболевания. Отсюда, на первый план должно выступать профилактическое обследование, которое необходимо проводить не реже 1 раза в год. Обследование состоит в проведении флюорографического обследования легких. Также важно своевременное обращение к врачу при появлении вышеуказанных симптомов туберкулеза, здоровый образ жизни, соблюдение мер личной гигиены.

Тұжырым

Туберкулез – емдеletін ауру, дегенмен өте биік өсерге бұл ауруды ерте, белгісіз кезеңдерінде емдеуді бастағаны жөні. Бірден, жылына 1 реттен кем емес алдын алу тексерілу кажет. Тексеру флюорографиялық тексеруді талап етеді. Жоғарыда көрсетілген симптомдар пайда болғанда дер кезінде дөрігерге қаралып, жеке гигиена шараларды, салаудаты өмір салтының сактау кажет.

Summary

Tuberculosis – is a curable disease, but the highest effect is achieved at the beginning of treatment in the early, asymptomatic stages of the disease. Therefore, to the foreground preventive examination at least 1 time per year has to be done. The screening includes a fluorography examination of the lungs. Also, timely visits to a doctor are important at the occurrence of the above tuberculosis symptoms, as well as a healthy lifestyle, compliance with personal hygiene rules.

Туберкулез – инфекция, известная человечеству на протяжении тысячелетий. При обследовании скелета человека, жившего в каменном веке (приблизительно за 5000 лет до н.э.), были найдены туберкулезные поражения позвоночника. Признаки туберкулеза были найдены и в мумифицированных трупах египтян, живших за 2000–2750 лет до н.э. Великие врачи древнего мира Гален, Гиппократ, Авиценна подробно описывали туберкулез, предлагали методы его диагностики и лечения. Именно к этому периоду относится появление слова «фтиза» (чахотка), давшее название науке о туберкулезе – фтизиатрии. Это слово имеет греческое происхождение и означает «истощение». Несмотря на имеющиеся свидетельства о случаях туберкулеза в древности, в то время он оставался относительно редким заболеванием. И только в период Средневековья с бурным развитием городов, повышением плотности населения ознаменовался резким ростом туберкулеза, когда каждый четвертый случай смерти был связан с туберкулезом, так называемая эпидемия «большой белой чумы».

В конце XIX – начале XX века эпидемия туберкулеза охватывала всю Западную Европу. При этом туберкулезом болели не только представители низших слоев населения, но и члены королевских фамилий. Так, многие представители дома Романовых перенесли туберкулез. Туберкулезом болели А.Чехов, М.Горький, Ф.Шопен и многие другие писатели, поэты, художники, ком-

позиторы. В России во время первой мировой войны на полях сражений погибло около 1,7 миллиона солдат. А за тот же период в тылу от туберкулеза умерло около 2 миллионов человек.

Быстрое развитие мировой медицинской науки на рубеже XIX–XX веков привело к тому, что уже к концу 30-х годов XX века была отмечена тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом во всех странах. Открытие в 40–50-х годах противотуберкулезных препаратов послужило поводом говорить о том, что к концу XX века туберкулез будет побежден. Однако уже с середины 80-х годов благоприятная ситуация по туберкулезу сменилась во всем мире быстрым подъемом заболеваемости. Туберкулез вновь начал распространяться в промышленно развитых странах, где на протяжении последних десятилетий имелась твердая уверенность в неизбежной победе над этим недугом. Одной из важнейших причин возвращения туберкулеза в мир явилась эпидемия ВИЧ-инфекции. Дело в том, что ВИЧ-инфекция – это самый мощный известный фактор риска для развития туберкулеза. Почти 10% из 7–9 млн. случаев заболевания туберкулезом и 2–3 млн. смертей от него произошли по причине ВИЧ-инфекции. Очень трудно уберечь себя от туберкулеза, так как инфекция передается, в основном, воздушно-капельным путем, попадая в органы дыхания от больного человека к здоровому, поэтому заразиться можно где угодно и совсем не обязательно в результате прямого контакта с больным.

Инфекционная природа туберкулеза была доказана немецким ученым Робертом Кохом, когда он открыл возбудителя болезни, относящегося к роду микобактерий. Микобактерию туберкулеза до сих пор называют палочкой Коха. В отличие от других микробов, она очень устойчива во внешней среде: способна сохранять свои свойства в земле, в снегу, во льду, устойчива к воздействию спирта, кислоты и щелочи, в высохшей мокроте в темноте на различных предметах (мебель, книги, посуда, постельное белье, полотенца пол, стены и пр.) они могут выживать до нескольких лет. В то же время палочка Коха погибает в течение нескольких минут под длительным воздействием прямых солнечных лучей, при нагревании до 70°C – через 30 минут, кипячении – в течение 5 минут.

Основной источник инфекции — больной открытой формой, у которого в капле мокроты содержится до 2-3 миллионов микобактерий. Возбудитель туберкулеза остается в воздухе во взвешенном состоянии при кашле и чихании больного, а так же на частицах пыли, поднимаясь с земли и пола при высыхании мокроты. При дыхании загрязненный воздух попадает в легкие здорового человека. Заражение возможно через предметы обихода больного, при поцелуях, при докуривании чужих сигарет. Можно заразиться туберкулезом и от больных животных при контакте с ними.

Более редким путем заражения туберкулезом является пищевой. Он связан с попаданием туберкулезной палочки в пищеварительный тракт с продуктами питания. Например, туберкулезная палочка попадает на продукт при приготовлении и транспортировке. К этому же пути относится и употребление не прокипяченного молока от больных туберкулезом коров. Также можно заразиться туберкулезом и при пользовании общими с больным необеззараженными столовыми приборами (тарелки, вилки, кружки).

В доме больного возможен и контактно-бытовой путь передачи даже при отсутствии самого больного при контакте человека с загрязненной мокротой предметами (белье, одежда, полотенца и т.д.), если не проводится дезинфекция и не соблюдаются правила гигиены. В помещении, где проживает больной туберкулезом, нужно регулярно проводить влажную уборку, обеспечивать максимальное проникновение солнечных лучей в комнату. Не зря существует поговорка «куда не заходит солнце, туда заходит врач». Распространено заблуждение, что туберкулез чрезвычайно заразен и достаточно однократного, даже крат-

ковременного контакта с больным туберкулезом, чтобы тоже заболеть. На самом деле это не совсем так. Здоровый человек при непродолжительном контакте с больным туберкулезом не заболевает, так как иммунная система способна быстро уничтожить попавшие в организм туберкулезные палочки. При длительном же тесном контакте риск заболеть туберкулезом быстро повышается. Ведь очень часто туберкулез выявляется у членов семьи больного, его близких друзей.

Инфицирование организма микобактериями туберкулеза далеко не всегда приводит к болезни. Ведущую роль в развитии туберкулеза играют неблагоприятные условия жизни и снижение сопротивляемости организма. Восприимчивость к туберкулезу повышается при плохом питании, длительном физическом перенапряжении, эмоциональных стрессах, некоторых хронических болезнях (например, сахарном диабете, язвенной болезни, хроническом алкоголизме, наркомании, пневмокониозах, системных болезнях, требующих длительного приема глюкокортикоидных и цитотоксических препаратов). Поэтому старайтесь всегда поддерживать своё здоровье в норме, что уже само по себе будет противодействовать развитию болезни.

В разные периоды жизни человек по-разному восприимчив к туберкулезной инфекции. Наиболее незащищенными являются дети, подростки и старики. Как правило, люди трудоспособного возраста более устойчивы к этому заболеванию. Однако важнейшей особенностью туберкулеза является то, что он относится к числу так называемых социальных болезней, возникновение которых связано с условиями жизни населения. С древнейших времен известно, что туберкулезом чаще болеют самые бедные слои населения. Имеет значение скученность населения (многонаселенные квартиры, тюрьмы). Большое значение имеет полноценность питания, употребление витаминов. Восприимчивость к туберкулезу существенно повышается при курении, употреблении алкоголя, наркотиков. Не зря чаще болеют туберкулезом мужчины, злоупотребляющие алкоголем, курящие в течение многих лет.

Социальная направленность туберкулеза легко объяснима. Дело в том, что плохое питание, постоянные стрессы, хроническая интоксикация алкоголем, никотином, психоактивными веществами приводят к снижению защитных сил организма. А плохие условия жизни, низкая культура гигиены способствует длительному сохранению и распространению туберкулезной палочки, которая легко проникает в ослабленный

организм и дает начало болезни. Отдельно нужно сказать об опасности туберкулеза для ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Чем ниже уровень иммунитета, тем выше риск заболеть туберкулезом даже при кратковременном контакте с бактериовыделителем. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ВИЧ-инфекция – самый мощный фактор, увеличивающий риск заболевания туберкулезом. Также наибольшему риску заболевания подвержены контактные с больным в семье и на производстве.

Чтобы уменьшить вероятность первичного заражения окружающих, человек, больной активным туберкулезом должен придерживаться определенных правил: прикрывать рот платком или рукой и отворачиваться при кашле; сжигать бумажные носовые платки немедленно после употребления; пользоваться отдельной посудой и не позволять пользоваться ей другим. В целях дезинфекции можно пользоваться хлорсодержащими растворами. Хорошим и простым методом обеззараживания является проветривание и вывешивание на солнце одеял, шерстяных и хлопчатобумажных вещей, т.к. прямой солнечный свет убивает бактерии в течение 5 минут (в то же время в темноте бациллы долго сохраняют жизнеспособность, и поэтому наибольшее распространение инфекции происходит в темных помещениях).

Следующие факторы оказывают влияние на способность организма противостоять развитию активного туберкулеза в случае заражения и увеличивают вероятность активации латентной инфекции. Существуют веские доказательства того, что голодание или недостаточность питания снижают сопротивляемость организма. Курение табака и употребление большого количества алкоголя значительно снижают защитные силы организма. Такое же влияние оказывают иммунодепрессанты, применяемые при лечении некоторых заболеваний; другие заболевания. Туберкулезу также подвержены ВИЧ-инфицированные, больные диабетом, лейкозами или лепрой; стресс.

Доказано, что стресс и депрессия отрицательно влияют на состояние иммунной системы.

Клинические проявления на ранних стадиях туберкулеза скучны и не имеют специфических отличий, что приводит к позднему обращению к врачу и диагностике заболевания. К симптомам туберкулеза относятся: слабость, утомляемость, похудание, незначительные подъемы температуры тела (до 37,5–37,8 °C преимущественно в утреннее время). Отличительной особенностью температуры при туберкулезе является то, что пациент ее не ощущает, переносит легко. Высокая температура характерна только для массивного поражения туберкулезом. Появляются перепады настроения, раздражительность, снижение работоспособности. Важным симптомом является ночная потливость (от незначительных потов до профузных, когда больной по нескольку раз за ночь вынужден менять белье).

Легочные симптомы туберкулеза на начальных этапах болезни также мало выражены. Кашель, как правило, незначителен, мало беспокоит больного. Одышка, боли в груди появляются только на поздних стадиях заболевания (за исключением плеврита, когда эти симптомы появляются практически сразу). Грозным симптомом, появляющимся на поздних стадиях болезни, является выделение при кашле мокроты с кровью (от единичных прожилок до интенсивного алого окрашивания). Проявиться могут лишь 1-2 симптома, причем необязательно это будет кашель. Поэтому при появлении одного из перечисленных симптомов рекомендуем не лечиться самостоятельно, а обратиться к врачу, чтобы вовремя диагностировать возможный туберкулез и начать его своевременное лечение. При отсутствии лечения смертность от активного туберкулеза доходит до 50% в течение одного-двух лет. В остальных 50% случаев нелеченый туберкулез переходит в хроническую форму. Хронический больной живет много лет, продолжая выделять микобактерии и заражать окружающих.

УДК 616.831-007.2-056.7

СИНДРОМ ШТУРГЕ-ВЕБЕРА

Н.А. УТЕГЕНОВА

Детская клиническая инфекционная больница, г.Алматы

Резюме

Синдром Штурге - Вебера является наследственным нейрокожным синдромом. Тип наследования аутосомно-рецессивный. Кожные ангиомы располагаются в основном по ходу тройничного нерва, сосудистые невусы - на коже шеи, туловища, конечностей. Вышеуказанный синдром сопровождается эпилептическими приступами, патологией глаз, на компьютерной томографии головного мозга – интракраниальные кальцинаты. Прогноз серьезный - с возрастом развивается резистентная форма эпилепсии, слабоумие.

Тұжырым

Штурге-Вебердің синдромы тұқымқуалаушы нейротері синдромы болып табылады. Тұқымқуалаушы түрі аутосомды-рецессивті. Тері ангиомдары негізінде ұш тармақ жүйкенін жүрісі бойынша, тамыр невустері - мойынның терісінде, денеде, аяқ-қолдарда орналаскан. Жоғары аталған синдром эпилептиялық ұстам, көз патологиясы, бас миынын компьютерлік тамографиясында-интракранильды кальцинат. Болжам маңызды - жас үлгайғанмен эпилепсияның резистентті формасы дамиды, кем ақылдық.

Summary

Weber-Shturge syndrome is a hereditary neuro cutaneous syndrome. Type of inheritance is autosomal recessive. Cutaneous angiomas are located mainly along trigeminal nerve, and vascular nevi - on skin of a neck, torso and limbs. The above syndrome is accompanied by epilepsy, eye disorders. CT scan of brain shows intracranial calcifications. Prognosis is severe - with aging, resistant form of epilepsy and dementia will develop.

Энцефалотригеминальный ангиоматоз, или синдром Штурге-Вебера, или менингофациальный ангиоматоз является наследственным заболеванием, характеризующимся ангиоматозом лица, сосудистой оболочки глаз и твердой мозговой оболочки.

Этиология. Причиной заболевания принято считать нарушение трансцеребральной венозной канализации, происходящей между листками эктодермы на 4-8-й неделе внутриутробного развития.

Клиническая картина. Комплекс синдрома Штурге-Вебера состоит из церебральных, глазных и фациальных симптомов. Клиническая манифестация энцефалотригеминального ангиоматоза включает фациальный невус, эпилептические приступы, буфтальм. Фациальный невус проявляется с рождения, обычно он унилатеральный, реже билатеральный, локализован в верхней и средней части лица, не изменяется в течение жизни пациента. Эпилептические приступы возникают у 75-90 % пациентов, обычно они парциальные, часто по типу «джексоновского марша», появляются в первые недели или месяцы жизни, могут приобретать генерализованный характер. У 90% пациентов на 1-м году жизни регистрируются инфантильные спазмы, которые затем могут трансформироваться в тонические, атонические и миоклонические приступы.

Характерной особенностью эпилептических приступов при синдроме Штурге-Вебера является их резистентность к противоэпилептической

терапии, которая усиливается с годами, в ряде случаев приводя к эпилептическому статусу. Еще одной особенностью эпилептических приступов при этом синдроме являются постприступные тоддovские парезы и параличи, которые с течением времени приобретают стойкий характер. Тяжесть эпилепсии при синдроме Штурге-Вебера определяется степенью поражения головного мозга. Глазные изменения характеризуются глаукомой, которая может быть унилатеральной, билатеральной, но, как правило, располагается на стороне фациального невуса, ангиомой сосудистой оболочки глаза, гетерохромией радужной оболочки, красной дисколорацией диска зрительного нерва.

Нейрорадиологическими симптомами энцефалотригеминального ангиоматоза являются кальцификация, возникающая в подлежащих ангиомам отделах головного мозга, расширение сосудистых сплетений боковых желудочков, расширение субэндемимальных вен и сосудов перивентрикулярной зоны, гемиатрофия полушарий, атрофическая редукция белого вещества, экстра-, интракраниальные ангиомы. Нейрорадиологические изменения входят в число приоритетных признаков заболевания, поэтому основными методами диагностики энцефалотригеминального ангиоматоза являются нейрорадиологические исследования – КТ и МРТ головного мозга. КТ наиболее информативна для обнаружения интракраниальных кальцинатов. МР-исследование более сенситивно к выявлению ангиом, изменений

белого вещества, сосудистых сплетений. Всем пациентам с данным заболеванием рекомендуется проведение контрастных МР-исследований.

Ангиография используется только в качестве прехирургической диагностики. Являясь достаточно инвазивным методом исследования, ангиография проводится только по строгим показаниям, которыми являются коррекция косметических дефектов на коже, а также в случае повторных интракраниальных кровоизлияний. В качестве дополнительных методов исследования также используют ЭЭГ. Наиболее значимыми ЭЭГ-изменениями можно считать межполушарную асимметрию и эпилептические паттерны – фокальные и генерализованные.

Лечение синдрома Штурге-Вебера симптоматическое и имеет два направления: оперативное и консервативное. Консервативная терапия направлена на коррекцию нервно-психического статуса пациентов и купирование эпилептических приступов. Целью оперативного лечения является коррекция косметических дефектов и предотвращение повторных кровоизлияний.

Представленный ниже клинический случай характеризует классическую картину синдрома Штурге Вебера: Ребенок К.Я., возраст 4 мес., женского пола. Обратилась с жалобами на повышение температуры тела, одышку, судороги тонико-клонические. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен 4 сутки. Заболевание началось с беспокойства, отказ от груди, вялость. На второй день вышеуказанная симптоматика сохранялась и на фоне высокой температуры возникли судороги парциальные в правой руке со вторичной генерализацией в течении трех минут. Затем через 15-минут вновь повторились. Вызвана бригада скорой помощи в/м сделан брюзепам. При поступлении в инфекционный стационар сразу госпитализирован в отделении реанимации. В отделении реанимации находилась с диагнозом « Острая внебольничная двух сторонняя пневмония вирусно-бактериальной этиологии с бронхообструктивным синдромом. ОДН2 ст., ОССН 1ст. Системный ангиоматоз. Энцефалотригемиальный ангиоматоз – синдром Штурге-Вебера. Симптоматическая эпилепсия. ЗПМР. Врожденная глаукома левого глаза» в течение 3 дней.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 3 беременности 3 родов. Данная беременность протекала на фоне анемии 1 степени, отеков с 8 месяцев беременности, АД 130/80 мм.рт.ст. (рабочее АД 110/70 мм.рт.ст.), варикозного расширение вен нижних конечностей. Роды в сроке 39-40 недель самостоятельные, головное предлежа-

ние, закричала сразу – оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, вес при рождении 3300 гр., выписана на 3 сутки.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов дыхательной недостаточности, бронхообструктивного синдрома, судорожного синдрома, симптомов интоксикации. Сознание сомнолентное. Голова округлой формы – 42 см. Большой родничок 1,5 x 1,5 см. выполнен. Багрового цвета пятна на левой половине лица в области глазной и верхнечелюстной ветвей тройничного нерва, затылочной области правой половины головы, на ягодичной области, на обеих стопах. Зрачки D=S, фотопреакция живая. Корнеальный рефлекс, рефлекс со склер сохранен. Глазные щели D=S. Лицо симметричное. Тonus мышц D=S сохранен. Сухожильные рефлексы D=S вызываются. Бабинский D=S. Менингеальные знаки отрицательные. Лихорадит. Одышка выражена. Свистящие хрипы оральные на расстоянии. Перкуторно легочной звук с коробочным оттенком. Аускультативно в легких масса сухих свистящих, влажных мелко-среднепузырчатых хрипов с обеих сторон. Тахикардия. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот доступен пальпации, мягкий. Печень + 0,5 см из под края реберной дуги. Физиологические отправления без особенности. На вторые сутки в реанимации вновь отмечались парциальные судороги в правой руке с вторичной генерализацией недлительные на фоне нормальной температуры. Отмечается задержка психомоторного развития: гуляние с 4 месяцев, голову держит с 3 месяцев, не переворачивается, эмоции скучные.

Проведены следующие обследования: ОАК – лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ 38 мм/час. ОАМ – без патологии. Рентгенография грудной клетки – Заключение: двухсторонняя очаговая пневмония. Осмотрен невропатологом – заключение «Системный ангиоматоз. Энцефалотригемиальный ангиоматоз – синдром Штурге Вебера. Симптоматическая эпилепсия. ЗПМР». МР исследование головного мозга-заключение - Расширение субарахноидальных пространств. МР-данных за факоматоз не получено. Для исключения кальцинатов в коре мозга при болезни Штурге-Вебера рекомендована КТ. УЗИ г.м.: боковые желудочки передние рога справа 8,3, слева 9,4мм неровные контуры. Слева в перивентрикулярной области киста до 3,5мм. Заключение: дилатация боковых желудочков передних рогов. Перивентрикулярная киста слева. ВЖК 2 степени. Осмотрен окулистом – заключение: врожденная глаукома левого глаза. Люмбальная пункция: цитоз

1 кл., лимфоцитарный 100%, белок 0,156 г/л. Бак.посев ликвора отр.

Проведена следующая терапия: антибактериальная (цефтриаксон+меркаптин), дегидратационная (25% магния сульфат №5), гормотерапия (дексаметазон), противосудорожная (конвулекс из

расчета 15мг/кг в сутки с 3-х кратным введением, с постепенным наращиванием дозы до 20 мг/кг в сутки), симптоматическая терапия. После выписки рекомендовано: диспансерное наблюдение у невролога, окулиста; ЭЭГ головного мозга; КТ головного мозга в динамике для выявления кальцинатов в коре головного мозга.

УДК 616.831-002.9

ОСОБЕННОСТИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НА МАТЕРИАЛЕ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ г.АЛМАТЫ

Н.А. УТЕГЕНОВА

Детская клиническая инфекционная больница, г.Алматы

Резюме

Клещевой энцефалит – природно-очаговая нейроинфекция. При постановке диагноза учитывается эпид.анамнез, клинические проявления инфекции (общемозговые, менингеальные, очаговая симптоматика) результаты лабораторных исследований: иммуноферментный анализ, люмбальная пункция, ПЦР ликвора. При этом хочется отметить, что препарат австрийской фирмы цераксон - это один из немногих препаратов прошедший уровень доказательного Кохрановского исследования.

Тұжырым

Сібір энцефалиті - табиги - ошак нейроинфекциясы. Диагнозды қойғанда эпидемиологиялық анамнез, лабораториялық зерттеулердің нәтижелері, инфекцияның клиникалық (жалпы ми, менингейл, ошак симптоматикасы) әсер етулері есепке алынады; иммунофермент талдауы, люмбал пункциясы, полимерлік ұласпалы реакция ликворы. Сонымен бірге бұл зерттеудің дәлелі Кохрановскийнің деңгейінен өткен препараттардың бірі , цераксон австриялық фирмасының препараты.

Summary

Tick-borne encephalitis – is a natural focal neuroinfection. At diagnosis such aspects are taking into account as epidemiological anamnesis, clinical signs of infection (cerebral, meningeal, focal symptoms), results of laboratory tests: Enzyme-linked immunosorbent assay, lumbar puncture, Cerebrospinal Fluid PCR. In this case, we note that cerakson, the drug of Austrian company - is one of the few drugs past the level of evidence of Cochrane study.

Клещевой энцефалит (КЭ) – острое вирусное заболевание ЦНС, заражение которым происходит в эндемичных природных очагах инфекции трансмиссивным (через укусы клеща) или алиментарным путем – (инфицированным молоком коз); характеризуется развитием различных клинических форм болезни, среди которых наиболее типичным являются вялые параличи мышц шеи и верхних конечностей. Являясь природно-очаговой нейроинфекцией, эпидемиологическая активность клещевого энцефалита определяется природными и социальными факторами: географическими особенностями местности, численностью клещей, их вирусоформностью, а также плотностью населения, характером контактов людей с природой [1].

За 2008-2010 гг. в ДГКИБ пролечено 9 детей с диагнозом клещевой энцефалит. Из них от 4-7 лет – 3 детей; 8-15 лет – 6 детей. Все дети поступали с апрель по сентябрь месяцы. В эпид. анамнезе у них были указание на укусы клещей, по поводу чего они получали противоклещевой иммуноглобулин; лишь у 1 ребенка не было указания на укус клеща, хотя перед выпиской мать указала на то, что ездили отдыхать на Мараловое хозяйство в Талгарском ущелье (мама ребенка снимала с себя бегающих клещей). Нужно помнить, что женская особь клеша после укуса может до 8 дней находиться, присосавшись к коже, а мужская особь после укуса убегает и остается незамеченной. С момента укуса до развития КЭ (инкубационный период) проходило

от 5 до 21 дня. Диагноз ставился на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных (ИФА на арбовирусы).

Были отмечены следующие клинические формы: 1. Лихорадочная форма – у 3 детей. Начало острое с подъема температуры тела до 38-39, длительностью от 3-8 дней. В первые дни болезни отмечалась головная боль, тошнота, слабость, сонливость; у 1 пациента возбуждение. Неврологической симптоматики, свидетельствующей о локальном поражении головного и спинного мозга не было. Течение благоприятное с быстрым выздоровлением. 2. Менингеальная форма – у 1 больного. Начало болезни также как и при лихорадочной форме, но токсикоз более выражен. Ведущие клинические симптомы – сильная головная боль, усиливающаяся при малейшем движении головы, головокружение, тошнота, рвота, сонливость. Лихорадка имела одноволновое течение и длилась 4 дня с последующим 2-х дневным субфебрилитом. Менингеальный синдром выражен с первых дней заболевания (риgidность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского) и сохранялись 5-6 дней, хотя по литературным данным могут удерживаться до 2-3 недель. При проведении люмбальной пункции ликвор вытекал под давлением, при лабораторном исследовании отмечался умеренно выраженный лимфоцитарный плеоцитоз, повышение белка не отмечено. Санация ликвора наступила на 10 день госпитализации. В гемограмме отмечалось лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ – значительно ускоено (35-42 мм/час). 3. Менингоэнцефалитическая форма – более тяжелая, была зарегистрирована у 4-х больных. По данным литературы летальность составляет 25-30%. У всех больных начало болезни острое, внезапное с подъема температуры тела до 39-40, тошнота, повторная рвота, сильные головные боли, вялость и резкая сонливость, заторможенность, потеря сознания. У 1 больного отмечалась клиника инфекционного делирия. С первых дней выражен менингеальный синдром, который сохранялся в течение 6-7 дней. Лихорадка у большинства больных отмечалась одноволновая длительностью 6 дней, лишь у одного пациента носила двухвольновой характер: первая волна длилась 4 дня, затем 2 дня апирексии и вторая волна 2 дня, затем несколько дней субфебрилита.

Вторая волна лихорадки протекала тяжелее – дети были заторможены, сомнолентны, отмечались генерализованные тонико-клонические судороги; у 2-х пациентов судороги начинались как парциальные с вторичной генерализацией. У

2-х пациентов отмечался гемипарез, у 1-го гиперкинетический синдром. Характерные поражения черепно-мозговых нервов: 3,4,6,7 пар. Во всех случаях имеются вегетативные расстройства: гиперемия или бледность, быстрая смена окраски кожи, гипергидроз, изменение гидрофильтности кожи. Сознание оставалось измененным (сомнолентное, сопорозное) – 6-7 дней. При восстановлении сознания дети оставались вялыми, быстро истощались. В ликворограмме отмечался смешанный плеоцитоз, небольшое увеличение белка; но через 2-3 дня плеоцитоз становился лимфоцитарным. Гемограмма носила воспалительный характер: гиперлейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ (38-44 мм/час). У всех вышеуказанных пациентов были положительны ИФА на арбовирусы – обнаружены антитела к вирусу клещевого энцефалита, иммуноглобулин M. Из стационара дети выписаны на 20, 22, 27, 34 дни госпитализации с остаточными явлениями в виде цереброастенического, гипертензионно-гидроцефального, органических симптомов поражения ЦНС. С органическими поражениями ЦНС в виде гемипареза и атаксии 2 больных переведены на реабилитационное лечение в республиканскую больницу «Аксай».

Проводимая терапия носила комплексный характер: этиотропный, патогенетический и симптоматический. Из этиотропных препаратов назначался противоклещевой иммуноглобулин – разовая доза 0,1 мл/кг в/м; при лихорадочной форме 1 раз, при менингеальной – 2 раза, при очаговой – 3 раза в сутки (как правило, 3-5 дней). Обязательно дегидратационная терапия, симптоматические средства, гормоны, инфузионная терапия, противосудорожные и седативные средства. При развитии вялых парезов прозерин, нуклео - ЦМФ, витамины группы В (мильгамма, нейромультивит), при гиперкинезах – баклофен, баклосан. Ведущее место в лечении занимала нейропротекторная терапия. Основными препаратами применяемыми являлись актовегин и нейропротектор нового поколения, цераксон, который сочетает в своем спектре нейромедиаторные, нейрометаболические и вазомоторные эффекты. Сочетание этих двух препаратов (взаимодополняющие эффекты) оказывают сильное позитивное воздействие на организм больного, защищая и восстанавливая нервную ткань [2]. Цераксон применялся на всех этапах лечения (вначале парентерально в течение 10 дней, затем перорально в течение 1-1,5 мес.). Комплексное действие препаратов (актовегин, цераксон) вызывало быстрое восстановление и улучшение неврологического статуса больного.

УДК 615.38:614.46

КАРАНТИНИЗАЦИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ

T.A. СИДОРУК

ГККП «Рудненский городской центр крови», г.Рудный

Резюме

В карантине охлаждённая сыворотка в процессе качественной подготовки крови и ее компонентов с препаратами повышает инфекционную безопасность и делает ее удобной для применения.

Тұжырым

Карантинге салынған мұздатылған сары суды дайындаған кезде барлық технологиялық үрдіс барысында сапалы дайында қан және компоненттер мен препараттарының инфекциялық қауіпсіздігі мен тиімділігін арттырады.

Summary

Quarantinization process of fresh-frozen plasma, depicted in the given article with the following detailed succession and results achieved meeting all the requirements, is the key point of guaranteeing the infectious safety of plasma.

Введение. Каратинизация компонентов крови - важное и разумное мероприятие, проводимое во многих государствах, в том числе и в Казахстане. Лабораторное исследование донорской крови не позволяет со 100% гарантией предотвратить возможность переливания инфицированной крови. Сохраняется возможность дачи крови лицами без клинических и лабораторных проявлений признаков гемотрансмиссивных инфекций (период «окна» в начальной стадии заболевания). Сегодня в стране, как и во всем мире, неблагополучная обстановка по ВИЧ, гепатитам и другим инфекциям, передающимся через кровь. Предварительное хранение плазмы (банк карантинизации) и использование её после повторного исследования крови донора с интервалом, сопоставимым с серонегативным окном гемотрансмиссивных инфекций, является наиболее эффективным выходом из положения. Каратинизация компонентов крови рассматривается как дополнительная мера исключения передачи вирусной инфекции. Создание банков карантинизации компонентов крови на современном этапе наряду с внедрением методик вирусинактивации компонентов крови - необходимый элемент концепции вирусной безопасности гемотрансфузии. Практика взаимодействия между службой крови и учреждениями здравоохранения дает основание полагать, что внедрение карантинизации является действенным и существенным фактором борьбы с распространением вирусных заболеваний, связанных с трансфузионным лечением.

Цель карантинизации - получение вирусобезопасной донорской плазмы в условиях выдержки её в замороженном состоянии при -40°C в течение вероятного серонегативного периода (6 мес.) и изъятие брака плазмы по результатам ис-

следования донорской крови при последующих плазмадачах, кроводачах, или просто лабораторном обследовании, а также сведений о заболевании донора. Повторное обследование донора по истечении 6 месяцев проводят с определением клинических и лабораторных (антитела и антигены ВИЧ-1,2, антитела к вирусу гепатита С, HBs-антigen, сифилис) признаков гемотрансмиссивных инфекций. При отсутствии признаков заболевания СЗП выдается для лечебного применения. Очевидно, что эффективность карантинизации будет достигнута при хорошо отлаженных оперативных контактах с донорами.

Материалы и методы исследования. При закладке на карантин выполняется следующая работа: 1. Обеспечение режима хранения СЗП на протяжении не менее 6 месяцев при $t=40\text{--}30^{\circ}\text{C}$ при условии повторного обследования. У нас для хранения используются низкотемпературные морозильники вертикальные марки MDF-U5411, MDF-U480 производства фирмы SANYO с температурой не выше -40°C / с мониторингом температуры. 2. Контроль за оформлением этикеток и наличием при каждой дозе плазмы данных лабораторного исследования. 3. Систематизированное расположение каждой дозы СЗП в низкотемпературных холодильниках. Плазма закладывается по группам крови и срокам выдачи. 4. Взаимодействие с донорским отделом для получения информации о заболевании донора, выявления вирусонасительства и при необходимости вызова донора на повторные исследования. 5. Регистрация температуры хранения СЗП на протяжении всего периода карантинизации. 6. Ведение документации, учёт и контроль материального движения плазмы. 7. При выявлении в период карантинизации вирусонасительства или заболева-

Таблица 1. Динамика показателей заготовки и выдачи карантинизированной свежезамороженной плазмы

Год	Заложено плазмы на карантин (л.)	Плазма, прошедшая карантинизацию (л.)	% выдачи карантинизированной плазмы в ЛС	Положительных результатов повторного лабораторного обследования
2009	240,3	157,4	70,1%	3,2л.(3доз)
2010	736,4	453,5	95,6	2,9л.(7доз)

ния донора, немедленное изъятие плазмы из хранения и уничтожение её. 8. При наличии отрицательных результатов обследования донора на вирусоносительство по истечении 6 месяцев хранения, плазма этикируется «карантинизированная» и выдаётся по накладной экспедицию.

Наш центр крови начал проводить карантинизацию плазмы с 2005 года. Сначала отбиралась в банк плазма от безвозмездных доноров плазмафереза, которые имеют неоднократные плазмодачи и нормальные результаты лабораторного тестирования. Обеспечивались карантинизированной плазмой в первую очередь и сто процентно родильный дом и детская больница. С 2008 года организовалась платная группа доноров плазмафереза, небольшая в связи с недостаточным финансированием. Но только доноры плазмы не могли полностью обеспечить 100% выдачу карантинизированной плазмы во все лечебные организации. Поэтому стали также закладывать в банк карантинизации плазму от активных безвозмездных доноров крови, регулярно приходящих на кроводачи, особенно резус-отрицательных доноров.

Результаты исследования. В 2010 году 32% донаций составляли платные доноры плазмафереза, 56% - безвозмездные доноры плазмы и 12% - доноры крови. В конце 2010 года центр крови добился 100% выдачи карантинизированной плазмы во все лечебные организации города. Наиболее значимая и кропотливая работа – это работа с регулярными явками доноров. О необходимости явиться через определенное время на кроводачу или сдачу анализов донору сообщается на всех этапах – в регистратуре, на приеме у врача,

в отделении заготовки крови и компонентов, выдается памятка со времени явки. Кроме того, при неявках доноров обзванивают, развозят приглашение, при острой необходимости делают забор крови на анализы на дому. Несмотря на это, 7-10% плазмы снимается, как не прошедшая карантин.

Обсуждение результатов. По результатам повторного обследования доноров в 2009 году было уничтожено 8 доз плазмы, в том числе: положительные результаты по HCV -4 дозы, положительный результат по сифилису - 4 дозы. В 2010 году по результатам повторного обследования доноров было уничтожено 7 доз плазмы, в том числе: положительный результат по HCV – 5 доз, положительный результат по сифилису - 2 дозы. Из приведенных данных видно, что положительные результаты при повторном обследовании доноров выявляются. Не прошедшая карантин на период возможного серонегативного окна плазма может стать причиной заражения реципиента тяжелейшими гемотрансмиссионными инфекциями.

Выводы. Карантинизация плазмы в условиях городского центра крови, не имеющего дорогого оборудования для инактивации плазмы, является основным методом обеспечения инфекционной безопасности компонентов крови при условии соблюдения всех требований для её проведения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Жибурт Е. К вопросу о карантинизации плазмы / Е. Жибурт, О.Б. Баранова, А.В. Вечерко. - Санкт-Петербург: Трансфузиология, 2001.- С.102-113.

УДК 616.936

МАЛЯРИЯ**Р.У. МУХАМБЕТОВА**

Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о малярии.

Тұжырым

Берілген макалада безгек жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

This article gives information about malaria.

Представляет серьезную проблему для врача скорой помощи в связи с ростом «завозной» малярии, в том числе и тропической, с возможными смертельными исходами. Предполагать наличие малярии следует у лихорадящих больных, обращающихся за медицинской помощью в следующих случаях:

- при предшествующем пребывании больного в жарких странах или других неблагополучных по малярии местностях в течение последних двух лет;
- при наличии малярии в анамнезе в течение этого же времени;
- при переливании крови в течение трех месяцев до заболевания;
- при заболеваниях с продолжающимися периодическими подъемами температуры тела, несмотря на проводимое в соответствии с установленным диагнозом лечение.

Больных необходимо госпитализировать в инфекционный стационар. При отказе от госпитализации немедленно исследовать кровь на наличие плазмодиев малярии и начать лечение, для чего у врача скорой помощи должны быть укладка для забора крови и запас противомалярийных препаратов. При обследовании на малярию от каждого больного должны быть приготовлены не менее трех толстых капель и тонкий мазок. Стандартная купирующая терапия неосложненных форм малярии проводится хлорохином (хингамином, делагилом) в суточной дозе: детям в возрасте до 1 года — 0,05 г, от 1 года до 6 лет — 0,125 г, от 7 до 10 лет — 0,25 г, от 10 до 15 лет — 0,5 г и взрослым — 1 г.

Препарат принимается после еды, запивается большим количеством воды. Далее следует вызов в поликлинику. Неотложные состояния возникают преимущественно при тропической церебральной малярии, а также при гемоглоби-

нурийной лихорадке. Церебральная (коматозная) малярия наблюдается у неиммунных лиц, прибывших из эндемичных по малярии мест. Инкубационный период при тропической малярии короткий, и поэтому сам больной или его родственники сообщают о пребывании в зарубежных странах. Клиническая картина коматозной малярии имеет характерные признаки: заболевание начинается остро с повышения температуры тела до 39,5-40 °С, с типичной для малярии триады: приступа озноба, жара, пота.

На этом фоне в первые дни болезни появляется выраженная неврологическая симптоматика: мучительная головная боль, рвота, психомоторное возбуждение, дипlopия, анизокория, нистагм, менингеальные симптомы, судороги, stupor и кома. Нередко имеют место субктеричность склер и кожи, гепатолиенальный синдром. Артериальное давление снижается, диурез уменьшается, возможна анурия. Решающее значение для установления диагноза коматозной малярии имеет паразитологическое исследование — обнаружение малярийного плазмодия в крови. Вместе с тем наличие характерных клинических данных и эпидемиологического анамнеза является основанием для немедленной неотложной терапии, начиная с догоспитального этапа.

Последовательность мероприятий следующая: взятие крови на анализ, внутривенное введение 400 мл реополиглюкина взрослому (ребенку - 10 мл/кг), 5-10 мл 5 % раствора делагила (ребенку - 0,2 мл/кг) - 5 мг/кг преднизолона, 60-80 мг 1 % раствора лазикса (ребенку - 0,1 мл/кг), - 5 мл 0,25 % раствора дроперидола внутривенно или внутримышечно (ребенку — 0,1 мл/кг) или 2-4 мл 0,5 % раствора седуксена (ребенку — 0,1 мл/кг).

В странах, где преобладают лекарственно устойчивые возбудители тропической малярии, препаратом выбора является хинин. При злокা-

чественном течении малярии хинин вводят глубоко в подкожную клетчатку в один день в дозе 2 г (4 мл 25 % раствора или 2 мл 50 % раствора хинина) двукратно с перерывом между инъекциями 6-8 ч. В особо тяжелых случаях первую инъекцию делают внутривенно, вводя 0,5 г хинина. Для этого 1 мл 50 % раствора препарата разводят в 20 мл 40 % раствора глюкозы или 20 мл 0,85 % раствора натрия хлорида. Сразу после внутривенной инфузии вводят 0,5 г (1 мл 50 % раствора) хинина^в подкожную клетчатку. Остальное количество хинина (1 г) вводят подкожно через 6-8 ч. Гемоглобинурийная лихорадка является фактически осложнением лекарственной терапии, а не тяжелого течения малярии.

Проявляется синдромом ОПН тяжелой общей интоксикацией. Она возникает в результате массивного гемолиза из-за недостаточности в эритроцитах фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы у больных, леченных некоторыми противомалярийными препаратами (хинин), сульфаниламидами, жаропонижающими (ацетилсалicyловая кислота). В связи с массивным гемолизом в кровь поступает большое количество гемоглобина, который является причиной общей интоксикации и синдрома ОПН. ОПН при гемоглобинурийной лихорадке обусловлена закупоркой производными гемоглобина почечных канальцев. У больных тропической малярией дополнительное значение может иметь закупорка почечных сосудов паразитами и эритроцитами. Независимо от причины ОПН всегда имеют место нарушение почечной микроциркуляции, отек интерстициальной ткани и метаболический ацидоз.

Больной малярией, осложненной ОПН, подлежит немедленной госпитализации в реанимационное отделение стационара. Кома не является противопоказанием для госпитализации. При первых признаках гемоглобинурийной лихорадки (ухудшение состояния, темно-коричневая моча, желтуха) необходимо немедленно отменить

препараты, вызывающие гемолиз (хинин, сульфаниламиды, ацетилсалicyловая кислота и др.). В качестве средства противомалярийной терапии назначают хингамин (делагил). Показаны обильное питье, внутривенное введение 5% раствора глюкозы, раствора Рингера, лактасола с одновременной стимуляцией диуреза (лазикс, маннит). Положительный дезинтоксикационный эффект дают глюкокортикоиды.

В заключение укажем на особенности и быструю динамику синдромов, требующих неотложной догоспитальной терапии у больных с инфекционными заболеваниями. Эти особенности обусловлены, прежде всего, присущими каждой нозологической форме клинико-патогенетическими проявлениями, а также возрастными и преморбидными факторами, учет которых может определять успех врачебной тактики. Необходимо напомнить, что этиологический фактор (возбудитель болезни) всегда имеет ведущее значение — как для развития неотложного состояния, так и для его последующего прогрессирования вплоть до смертельного исхода. Это обязывает к нозологической диагностике с выделением синдрома, угрожающего жизни больного, и проведению этиологической и патогенетической неотложной терапии.

Воздействуя на возбудитель и нейтрализуя токсины, мы уменьшаем интенсивность постоянной «импульсации», идущей из патологического очага. Необходимость срочной, немедленной комплексной терапии при установлении болезни и синдрома, требующего реанимационного пособия, объясняется возможностью развития гипертоксических и молниеносных форм инфекций, при которых догоспитальная тактика ведения больного определяет вероятность выздоровления. Материальное обеспечение неотложной догоспитальной терапии инфекционных заболеваний должно быть предусмотрено не только в период эпидемий, но и в межэпидемическое время, при спорадической заболеваемости.

*Практикалық денсаулық сақтау—
Практическое здравоохранение*

УДК 616.37-003.7-036.12-08/084

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

С.М. ЧИГИРБАЕВА

Республиканский семейный врачебный центр, г.Алматы

Резюме

В настоящее время имеется обширный позитивный клинический опыт использования заместительной ферментной терапии при заболеваниях поджелудочной железы. В настоящее время препаратом выбора для лечения экзокринной недостаточности являются минимикросфера панкреатина.

Тұжырым

Казіргі кезде асқазан асты без ауруларында орынбасар фермент терапиясын колдануын көлемді позитивті клиникалық тәжірибелі бар. Экзокриндік жеткіліксіздіктің емдеулері үшін казіргі кезде үйкес без ферменттің микросалалары препараты таңдалады.

Summary

Currently, there is extensive positive clinical experience with the use of enzyme therapy in diseases of the pancreas. Presently, the drugs of choice for the treatment of exocrine insufficiency are minimikrosfery pancreatin.

Развитие хронического панкреатита (ХП) в большинстве случаев обусловлено употреблением алкоголя или взаимосвязано с патологией желчевыводящих путей. Распространенность ХП в развитых странах составляет 22-30 случаев на 100000 населения. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости, в основном за счет повышения алкогольного поражения поджелудочной железы. Именно для длительно протекающего алкогольного панкреатита, с массовой гибелью паренхимы характерно развитие синдрома мальабсорбции со стеатореей, потеря веса. Морфологически характеризуются разрушением ацинусов, развитием склероза и кальцификации паренхимы[1].

Помимо частого появления осложнений, требующих чисто хирургического лечения, основными направлениями в терапии ХП являются:

- устранение болевого синдрома
- компенсация экзокринной недостаточности
- компенсация эндокринной недостаточности.

Каждое из этих проявлений ХП (или их сочетания) может быть выражено в различной степени.

Экзокринная недостаточность наиболее тяжелое проявление ХП. Пищеварительные ферменты поджелудочной железы являются основными факторами расщепления продуктов питания до мельчайших всасывающихся метаболитов. Нарастание ферментной недостаточности приводит к прогрессирующему расстройствам не только белкового и жирового обменов, но и в процессах всасывания жирорастворимых витаминов А, D, Е и К. Клинические проявления такого гипови-

тамина (бледность, сухость и сниженный тургор кожных покровов, ломкость ногтей, выпадение волос, подкожные геморрагии) очень характерны для больных ХП. Основное место занимают метеоризм, усиленная перистальтика кишечника, частый жидкий стул. В стуле могут быть следы непереваренной пищи. Как правило, он имеет зловонный запах, вид серой глины и нередко примесь жира. Эта симптоматика носит изнуряющий характер и сравнительно быстро приводит к прогрессирующему снижению массы тела больных, а главное к глубоким полигорганным функциональным расстройствам. Наиболее быстрое нарастание клиники и агрессивное течение характерно для хронического панкреатита алкогольной этиологии.

Важным последствием внешнесекреторной недостаточности является прямая связь с интенсивностью болевого синдрома. Хорошо известна тесная связь по времени появления боли с приемом пищи. При этом часто совершенно не имеет значения даже характер пищи. Возникновение боли здесь обусловлено секреторным напряжением поджелудочной железы, появлением внутривенозной гипертензии при образовании в мелких и крупных протоках структур или мелких кальцинатов.

Препараты пищеварительных ферментов назначаются с целью коррекции синдрома нарушенного переваривания и всасывания, а также с целью уменьшения выраженности болей. Заместительная терапия ферментами дает возможность повысить содержание жиров в диете и сделать

питание полноценным. В том случае если назначение ферментов носит характер заместительной терапии, показаниями для их применения служат: стеаторея более 15 г/сут. (норма 7 г/сут.), прогрессирующее похудание, диарея, диспептические симптомы [2,3].

Важнейшее значение имеет восполнение дефицита липазы- незаменимого фермента, вырабатываемого практически исключительно ПЖ [1,3]. Поэтому при выборе ферментного препарата для коррекции панкреатической недостаточности его активность принято оценивать прежде всего в липазных единицах (ЛЕ). Показателями того, что доза ферментов адекватна, служат прибавка в весе, нормализация стула, уменьшение вздутия живота.

Если при проведении заместительной терапии главное значение имеет липазная активность, то своей способностью уменьшать выраженность «панкреатической» боли ферментные препараты обязаны протеазной активности. Антиболевой эффект связан с тем, что протеазы разрушают релизинг пептиды секретина и холецистокинина, высвобождающиеся в начальных отделах 12 перстной кишки стимулирующие панкреатическую секрецию [1]. Таким образом, протеазы обеспечивают «функциональный покой поджелудочной железы». Поэтому, помимо необходимости соблюдения лечебной диеты, назначения антисекреторных средств и спазмолитиков, для купирования болей в период обострения показано назначение ферментов, содержащих протеазы в высокой дозе (кроен²⁵⁰⁰⁰, в каждой капсуле содержится 1000 МЕ протеаз). В широком спектре современных энзимных препаратов оценка их терапевтической ценности проводится по уровню содержания липазы, амилазы и протеаз, а также по лекарственной форме. В этом отношении препаратом выбора в настоящее время является

креон. Препарат имеет оптимальное сочетание в содержании липазы, амилазы и протеаз, кроме того, это единственный препарат, который имеет форму минимикросфер. Это позволяет достичь максимального контакта с химусом и оптимального энзимного воздействия. Ориентиром для назначения заместительной энзимной терапии считается не только отчетливые клинические проявления расстройств пищеварения и мальабсорбции, но и длительный анамнез заболевания, болевой синдром и прогрессирующе снижение массы тела. По отношению к креону доза варьирует (в зависимости от характера заболевания и объема принимаемой пищи) от 10000 до 75000 ЛЕ. Следует избегать употребления пищи, богатой клетчаткой, поскольку она снижает активность ферментов как *in vitro*, так и *in vivo* [2]. Следует отметить, что прием креона, в отличие от многих подобных препаратов, обеспечивает достаточно быстрый клинический эффект, который выражается в снижении интенсивности болевого синдрома в связи с приемом пищи, появлении возможности расширить диету, исчезновении метеоризма, уменьшении частоты естественного опорожнения кишечника, нормализации консистенции стула.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Полак Дж. М. Физиология и патофизиология желудочно-кишечного тракта / Дж. М. Полак, С.Р. Блума, Н.А. Райта, А.Г. Батлера. -М.: Медицина, 1989. – С. 302–321.
 2. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: руководство для практикующих врачей / В.Т. Ивашкин [и др.]. – М.: Литера, 2003. – 1046 с
 3. Кучерявый Ю.А. Оценка эффективности комбинированной антисекреторной и полиферментной терапии при хроническом панкреатите с тяжелой внешнесекреторной недостаточностью / Ю.А. Кучерявый // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 78–83.

УДК 616.211-08:615.838.9

ПРОМЫВАНИЕ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

С.И. ИЗТЕЛЕУОВ

Городская поликлиника, №13, г.Алматы

Резюме

В статье приводятся данные по применению носового промывания гипертоническим раствором морской воды, который имеет хороший терапевтический эффект при воспалительных заболеваниях ЛОР органов, помогает улучшить проходимость носовых ходов и сократить сроки выздоровления пациентов.

Тұжырым

Мәтінде мұрынның ісіп қызару емдеудегі теніз сүйнін гипертониялық ерітіндісімен жуып шайғанда жаксы терапевтиялық әсер беретіндігі жайлы мұрын өткізгіштігін жаксартып емделушілердің жазылуының мерзімдерін қысқартуға көмектеседі.

Summary

In the article are data on application of nasal washing by the sea water hypertonic solution which has good therapeutic effect at ENT inflammatory diseases, helps to improve passableness of nasal courses and to reduce terms of patient's recovery.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту числа как острых так и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух. В связи с этим остается актуальным поиск эффективных средств лечения, учитывающих патогенетические механизмы развития заболевания. Как показывают исследования ряда авторов, в патогенезе картины воспалительной патологии носа и околоносовых пазух большое значение имеет нарушение функции мерцательного эпителия слизистой носовой полости. Кроме того, очень часто заболевания носа и околоносовых пазух протекают с отеком слизистой оболочки, который является следствием вирусного, бактериального и аллергического воспаления.

Полость носа тесно связана с такими анатомическими областями, как околоносовые пазухи, слуховые трубы, барабанная полость, глазницы, носоглотка. Единое воздушное сообщение делает полость носа «входными воротами» для бактерий, вирусов, аллергенов, пыли и других неблагоприятных агентов находящихся во вдыхаемом воздухе. Поэтому, одним из методов лечения заболеваний полости носа и связанных с ними областей, является промывание носа для удаления этих неблагоприятных факторов. Это стало особенно актуально в связи с ухудшающейся экологической обстановкой окружающего пространства. Очищение солевым раствором носовой полости способствует улучшению оттока воспалительного выпота из околоносовых пазух, восстановлению их функции. От того, насколько воздух свободно проходит через носовые ходы зависит нормальная функция носа и околоносовых пазух.

Для улучшения проходимости носовых ходов обычно применяются топические деконгестанты и местные противовоспалительные средства. В настоящее время, с появлением гипертонического раствора морской воды Синомарина, который помимо активного промывания обладает противоотечным действием за счет осмотического эффекта гипертонического раствора, появилась возможность применения безопасного и эффективного метода восстановления носовой проходимости. Своевременное включение в лечебные мероприятия промывания носовой полости гипертоническим раствором морской воды Синомарином, позволяет избежать развития осложнений и, в некоторых случаях, назначения антибиотикотерапии и пункций верхнечелюстных пазух. Важность своевременного проведения активной местной терапии очень высока в связи с предупреждением хронизации процессов в области носовой полости и околоносовых пазух, а также с точки зрения снижения доз принимаемых препаратов.

Применение назальных деконгенстивов или вазоконстрикторов, которые быстро ликвидируют симптомы заложенности носа и снижают патологическую серекцию, в последние годы вызывает опасения из-за безконтрольного применения пациентами и, в связи с этим, большого числа осложнений, вызываемых этой группой препаратов. Как известно, применение более десяти дней большинства носовых капель и невозможность точной их дозировки приводит к следующим состояниям: преходящее ощущение жжения, сухости в полости носа и носоглотки; синдром привыкания; угнетение секреторной функции и

микроциркуляции, развитие атрофического ринита; системное симпатомимитическое действие (возбуждение, головная боль, бессонница, тошнота, сердцебиение, повышение артериального давления, трепет, повышение внутриглазного давления). Противопоказаниями к применению группы назальных деконгенстантов являются: атрофический ринит, медикаментозный ринит, артериальная гипертензия, атеросклероз, закрытоугольная глаукома и аллергическая непереносимость.

Кроме того, бесконтрольное применение местных сосудосуживающих средств приводит к «высушиванию» слизистой оболочки носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в носовой полости и в околоносовых пазухах. Поэтому перспективным является использованием средств, которые наряду с эффектом деконгенстанта содержат увлажняющие компоненты. Таким критериям соответствует гипертонический 2,3% раствор морской воды Синомарин, который снимает отек

и освобождает проходимость соустий. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, благотворно влияют на мерцательный эпителий, восстанавливая его функции.

В нашей амбулаторной практике мы наблюдали 45 человек, из них 15 с атрофическим ринитом, 30 с риносинуситом. Из них 20 мужчин, 20 женщин (из них 6 беременных), 5 детей. Им было рекомендовано промывание носа в домашних условиях в течение 7 дней 3-4 раза в сутки в дополнение к основной терапии. Все пациенты отмечали быстрое улучшение носового дыхания, удобство и безопасность применения Синомарина.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ананьев С.В. Болезни уха, горла, носа / С.В. Ананьев. - 2006.
2. Булл Т.П. Атлас Лор заболеваний / Т.П. Булл. - ГЕОТАР – медиа, 2007. – 266 с.
3. Березюк В.В. Исследование эффективности препарата у слухопротезированных больных / В.В. Березюк, О.Д.Лившиц // Журнал ушных, носовых и горло-вых болезней. - 2009. - №5.

УДК 616.34-008.14

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Г.Т. ТАСЫБЕКОВА

Городская поликлиника №2, г. Тараз

Резюме

В данной статье представлены этапы диагностики и лечения СРК с преобладанием запоров.

Тұжырым

Мақалада іш қашқан күдегі ішектің кернеу синдромын емдеу және диагностика кезеңі ұсынылған.

Summary

This article presents stages of diagnostic and medical treatment of SII with dominating constipation.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное кишечное расстройство, проявляющееся абдоминальным болевым синдромом и/или нарушением дефекации и/или метеоризмом. Термин СРК впервые был утвержден в 1988 году во время работы IX Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Риме. Было дано развернутое определение, разработаны критерии постановки диагноза, получившие название «Римские критерии». В настоящее время используются Римские критерии III 2006 года. СРК является биopsихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие 2-х ос-

новных патологических механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Третий фактор – нейроиммунные повреждения в результате инфекционных заболеваний кишечника (возможная причина сенсорно-моторной дисфункции).

Клинический вариант СРК с преобладанием запоров может иметь различные проявления. Под термином «запор» понимают стойкое или интермиттирующее нарушение функций толстой кишки с урежением частоты стула менее 3 раз в не-

делю и с вынужденным натуживанием, занимающим более 25 % времени дефекации. Запоры полиэтиологичны. Как правило, у каждого конкретного больного удается обнаружить не одну, а несколько причин их возникновения и, следовательно, гипотетически предположить различные механизмы патогенеза. В конечном итоге имеет место либо нарушение кишечного транзита, либо эвакуации. Расстройства могут быть комбинированными.

Стратегия постановки диагноза СРК. Диагностика СРК базируется на характерной клинической картине заболевания. В 80% случаев у молодых пациентов, до 40 лет, СРК с уверенностью может быть диагностирован только на основании правильно проведённого расспроса больного, подробного сбора жалоб и анамнеза.

Весь процесс диагностики принято разделять на V основных этапов:

I этап. Предварительный диагноз

II этап. Выявление доминирующего симптома, определение клинической формы синдрома.

III этап. Исключение симптомов «тревоги» и проведение дифференциального диагноза.

IV этап. 1. Лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ, копrogramма, анализ на скрытую кровь, анализы кала на яйца глист и цисты лямблий. 2. Инструментальные исследования: ректороманоскопия, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭКГ.

V этап. Первичный курс лечения не менее 6 недель, по результатам которого возвращаются к пересмотру диагноза. При эффективности лечения, выставляется окончательный диагноз СРК, при неэффективности — проводятся дополнительные диагностические тесты для уточнения диагноза.

Лечение больных СРК с преобладанием запоров. Состоит из двух этапов — первичного курса и последующей базовой терапии. Продолжительность первичного курса лечения составляет не менее 6-8 недель, базовой терапии 1-3 месяца.

Психосоциальная адаптация. Больной должен поверить, что у него отсутствует тяжёлое органическое заболевание, угрожающее жизни. Необходимо тщательно расспросить больного об условиях питания, жизни, работы, постараться определить сенсибилизирующий фактор и причины болезни.

Диетотерапия. Традиционно больным с преобладающими запорами рекомендуют придерживаться растительной диеты (яблоки, капуста, пшеничные отруби, льняное семя). Их достаточ-

ное содержание в пище — залог нормального функционирования толстой кишки. Количество жидкости увеличивают до 2–3 литров в день. В случае отсутствия эффекта от применения диетических мер, прибегают к назначению осмотических слабительных препаратов, среди которых наилучшим образом зарекомендовали себя лактулоза (Дюфалак) по 15 – 45 мл в сутки и макроголь 4000 по 2 пакетика 2 раза в день. В данном случае механизм действия этих препаратов обусловлен способностью увеличивать объем содержащейся в кишечнике жидкости, что приводит к увеличению объема каловых масс и усилиению перистальтики.

Традиционно при запорах используют эубиотики и пробиотики. Восстановление нормального кишечного биоценоза эффективно лишь в случаях легкого запора. Можно использовать препараты коли-, бифидум- и лактобактерий, самостоятельно или в комплексе с пищевыми волокнами. Бифидум- и лактобактерии предпочтительнее, так как они относятся к слабым продуцентам газов и способны уменьшить явления метеоризма. При упорных запорах может использоваться цизаприд, стимулирующий моторику кишечника за счет освобождения ацетилхолина в межмышечных нервных ганглиях. Препарат назначается по 5–10 мг 3–4 раза в день за полчаса до еды. При назначении цизаприда следует оценить отношение «риска/польза» со стороны сердечно-сосудистой системы, учитывая его способность удлинять интервал QT. Один из наиболее важных принципов при назначении слабительных средств является регулярный прием этих препаратов в низкой дозе, а не периодический в высокой дозе.

Режим терапии индивидуализируется. При «алиментарном» запоре достаточно увеличить физическую нагрузку и добиться рационального, систематического питания, в более трудных случаях использовать пищевые волокна и бактериальные препараты. У больных с сопутствующими нарушениями функции желчного пузыря назначение травяного сбора из мяты перечной, ромашки и кукурузных рылец повысит эффективность лечения. Учитывая тесные взаимосвязи нарушений функций ЖКТ с психопатологическими нарушениями, фармакотерапия СРК предусматривает комбинированное применение психотропных средств и препаратов, используемых в гастроэнтерологической практике для нормализации моторной функции и внутренней среды толстого кишечника. В частности, при выраженных явлениях дисбактериоза и стойкого спазма толстого кишечника рекомендуется сочетать психофармакотерапию с бактериальными препаратами или спазмолитическими средствами.

УДК 616.-082.4:614.2 (574.52)

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА УРОВНЕ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 2 ГОРОДА ТАРАЗ ЗА 2011 ГОД

М.Х. САРБАЕВА

Городская поликлиника №2, г.Тараз

Резюме

В данной статье отражен анализ работы Бюро госпитализации Городской поликлиники № 2 города Тараз и внедрения автоматизированной системы Портал. Работа по плановой госпитализации по принципу Бюро и Портала Жамбылской области внедрена и успешно работает. Портал госпитализации обеспечивает прозрачность, определяет проблемы, существующие в вопросах обеспечения стационарной помощью, позволяет осуществить плановую госпитализацию по свободному выбору пациента, в том числе в межрегиональные клиники и научные центры, что входит в задачи первого этапа внедрения ЕНСЗ.

Тұжырым

Макалада өнірлік емдеуге жатқызу бүросының жұмысына талдау жасалады және емдеу жұмысының автоматтандырылған жүйесі - Порталды енгізу жайы айтылады. Жамбыл облысында бюро және Портал негізінде ауруханага жоспарлы жатқызу енгізіліп ол табысты нәтижелі жұмыс істеуде. Емдеуге жатқызу Порталын енгізуде мәселенін анықтығы байқалады, яғни БҰДЖ енгізудің бірінші кезеңіне кіретін мәселелер ауруханалық көмекпен қамтамасыз етудегі өзектілікті анықтау, науқастың жоспарлы емдеуге жатуды еркін, оның ішінде өніраралық ауруханаларды және ғылыми орталықтарды таңдауы қарастырылған.

Summary

This article reflects an analysis of the regional Bureau of hospitalization and the introduction of automated portal hospitalization. Work on the planned admission on the basis of the Bureau and the Portal in Zhambyl region implemented and working successfully. Portal hospitalization provides transparency, identify problems that exist in ensuring patient care, allows for a planned hospitalization for a patient“s free choice, including inter-regional clinics and research centers that is part of the first phase of ENSZ.

В соответствии со статьями 88 и 91 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в случаях плановой госпитализации больные имеют право на свободный выбор медицинской организации (стационар). Плановая госпитализация в стационар (кроме инфекционного, туберкулезного и психиатрического профиля) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее ГОБМП) осуществляется по медицинским показаниям и направлению специалистов амбулаторно-поликлинических организаций. В ситуации отсутствия свободных коек в выбранном стационаре лечащий врач может предложить для выбора пациентов другие стационары. В случае отказа от предложенных стационаров лечащий врач направляет данные плановых больных для регистрации в Листе ожидания Бюро госпитализации в выбранный стационар, с указанием предварительной даты госпитализации. Направляющая на госпитализацию организация уведомляет пациентов об окончательной дате госпитализации. Кроме того, больные, ожидающие плановую госпитализацию, могут самостоятельно получить информацию о свободных местах и очередности на госпитализацию на сайте. На базе городской поликлиники № 2 города Тараз организована работа бюро госпитализации. С 1 янва-

ря по 1 мая текущего года принято 782 заявок на плановую госпитализацию, в разрезе месяцев число поступивших заявок выглядит следующим образом: в январе - 230, в феврале - 196, в марте - 179, в апреле - 177, всего 782 больных.

Госпитализировано в медицинские организации в плановом порядке в январе-213, в феврале-140, в марте-193, в апреле 139, всего 685 больных, что составляет 87,5%. Не госпитализировано всего 97 больных (что составило-12,4 %), в т.ч. в январе-17, в феврале -56, в марте-14, в апреле 38. Отказы от госпитализации по разным причинам (неявки на госпитализацию, поступили в стационары из листа ожидания в экстренном порядке, отказ больного, отсутствие показаний для стационарного лечения). Так называемая «очередность» при плановой госпитализации выявлялась только по определенным профилям коек. И таким образом, наиболее востребованные койки определились по 5-ти профилям - неврологии, кардиологии, пульмонологии, ревматологии, офтальмологии, эндокринологии. При анализе структуры пациентов, направленных на плановую госпитализацию по классам болезней, ситуация выглядит следующим образом: болезни системы кровообращения-18,3 %, болезни нервной системы-9,7%, болезни глаз и его придатков-8,2%, болезни мочеполовой и костно-

мышечной систем по 6,8%, болезни органов дыхания и органов пищеварения по 6,6%, осложнения беременности и родов 5,7% и т.д.

Необходимо отметить, что действительно, с внедрением Единой национальной системы здравоохранения (далее ЕНСЗ) реализованы основные цели - создание конкурентной среды между медицинскими организациями, установление единых тарифов по медицинскому обслуживанию населения, доступность, прозрачность, обеспечение права пациентов на свободный выбор медицинской организации.

Появилась возможность межрегиональной госпитализации и госпитализации в республиканские клиники, тогда как до внедрения ЕНСЗ подобная плановая госпитализация была возможна только при направлении по квотам или на платных условиях. Так, из зарегистрированных 782 заявок в Бюро госпитализации (с учетом соблюдения прав пациентов на свободный выбор медицинской организации) 99,0% получили лечение по месту жительства, 0,7%- за пределами области, 0,3%- в республиканских клиниках. На данный период 2 человека находятся в листе ожидания с определенной датой госпитализации Республиканского бюро. Ожидание даты госпитализации больными в НИИ и межрегиональные клиники из Республиканского бюро и региональных бюро других городов осуществилось в сроках в среднем от 15 до 20 дней.

Для дальнейшего совершенствования работы по организации плановой госпитализации 1 июля 2010 года внедрен Портал плановой госпитализации. Наша поликлиника обеспечена электронной почтой и работают в информационной системе Портала. Имеем возможность ежедневно проводить мониторинг и анализировать всю плановую госпитализацию, что не было возможным до внедрения Портала. Выходными аналитическими данными программного комплекса предусмотрен широкий спектр данных: отчет движения больных в разрезе поликлиник и стационаров, отчет о длительности ожидание пациентов, ана-

лиз своевременности предоставления информации медицинскими организациями, свободная информация о наличии свободных коек в стационарах, свободная ведомость учета госпитализированных в разрезе поликлиник и стационаров, ведомость учета отказов в плановой госпитализации в разрезе поликлиник и стационаров, распределение пациентов по классам заболеваний, а также лист ожидания пациентов, нуждающихся в плановой госпитализации на областном и межобластном уровне. Кроме того, предусмотрена возможность выдачи оперативных данных по перечню медицинских организаций, не представляющих лист учета свободных коек.

По истечении 4 месяцев работы с Порталом уже сформировались начальные тенденции. И от врачей поликлиники и стационаров хотелось бы более оперативного и профессионального отношения к данной работе. На сегодня - в большей степени еще нет должной работы по отбору больных для обеспечения обоснованной госпитализации в соответствии с приказом МЗ.РК. №3 от 03 января 2011 года. Стационар нередко госпитализирует планового больного, находящегося в Листе ожидания, в экстренном порядке, при этом «забывает» сделать соответствующую отметку по дате окончательной госпитализации. Некорректно вносится в Портал причина несостоявшейся госпитализации, как неявившегося больного, хотя в каждом конкретном случае имеют место и другие причины. Следует отметить, что подаваемая информация фиксируется в программном комплексе по времени, что обеспечивает выдачу оперативной информации о своевременности и достоверности подаваемой информации каждой лечебно-профилактической организации области. За 4 месяца в поликлинике проведено анализ работы Бюро госпитализации и семинары. На сегодняшний день можно отметить, что работа Портала в поликлинике обеспечена бесперебойно. Отработано преемственность с филиалом «РИАЦ» по Жамбылской области.

УДК 616.284-002.1-053.2-084

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ВОСПАЛЕНИЙ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ

М.Р. НУРОВА

Медицинский центр «Мейірім», г. Тараз

Резюме

Нужно иметь в виду, что дети, составляющие по заболеваемости среднего уха «группу риска» (аллергизированные, страдающие частыми простудными заболеваниями и ОРВИ, рецидивирующими средними отитами — практически выздоровевшие, но имеющие резидуальные явления со стороны среднего уха и барабанной перепонки, дети со сниженным слухом), должны систематически осматриваться строго планово, и им, в зависимости от выраженности патологии, необходимо проводить комплекс определенных лечебных мер.

Тұжырым

Есепке алу керегі, ортанғы құлак ауруыларын құрайтын балалар “тәуекел тобы” (аллергиясы бар, жиі сүйк тигетіндер, өткір респираторлық ауруларға шалдығатындар, ортанғы рецидивті отит — жазылып шықкан бірақ ортанғы құлак жағынан резидуалды жағдайлары бар, құлактары нашар естітін балалар) уақытымен жоспар түрде көрініп патологияға байланысты ем алу керек.

Summary

We must bear in mind that children making up “risk group” for middle ear diseases (allergic, suffering from frequent colds and viral respiratory infections, recurrent otitis media - almost recovered, but having residual effects from the middle ear and eardrum, children with hearing loss) should be systematically under strictly planned control, and, depending on the severity of pathology, the children have to get certain complex of therapeutic measures.

Особая роль в осуществлении профилактики ЛОР – заболеваний принадлежит амбулаторно-поликлинической службе. Однако, несмотря на рост сети ЛОР – кабинетов в детских поликлиниках, общий уровень ЛОР – заболеваемости среди детей остается почти стабильным. Несомненно, заметно снизилось число многих острых и хронических состояний ЛОР-органов, особенно связанных с социально-бытовыми и общими санитарно-эпидемиологическими проблемами. Наиболее распространенным острым воспалительным заболеванием верхних дыхательных путей, при котором в процесс вовлекаются практически все отделы слизистой оболочки верхних дыхательных путей, являются ОРВИ. Не менее важное значение в настоящее время в возникновении острых воспалительных заболеваний уха имеют аллергизация детского организма и подавление общей и местной иммунной защиты.

Опыт показывает, что дети, находившиеся на естественном вскармливании, своевременно, как это положено по возрасту, начавшие получать прикорм, а в дальнейшем имеющие правильный пищевой режим, богатую витаминную диету, в значительно меньшей степени страдают различными респираторно-вирусными заболеваниями, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта и другими болезнями, способствующими возникновению острого воспаления среднего уха. Большое значение имеет правильное кормление ребенка грудью. Не следует проводить кормление в лежачем положении ребенка, при

этом пища и инфицированная слизь при акте глотания, когда в носоглотке повышается давление, может попасть через слуховую трубу в полость среднего уха и вызвать его заболевание.

Закаливание имеет своей целью в первую очередь приспособить организм ребенка к простудным факторам. Здесь необходимо иметь в виду холодные ножные ванны, прохладные обтирания, длительное нахождение на свежем воздухе, адекватную окружающей среде и температуре одежду, занятия физической культурой и спортом. При этом все указанные мероприятия должны носить не эпизодический, а систематический характер. Не менее важным является момент обучения ребенка с самых ранних лет правильному носовому дыханию. Кроме того, нужно обязательно научить детей правильно сморкаться, так как уход за носом и носоглоткой имеет первенствующее значение в системе мер борьбы с инфицированием среднего уха. Привычка многих детей втягивать носовые выделения в носоглотку, а также неправильное сморкание или очистка носа ведут к проникновению патологического отделяемого в слуховые трубы. При сморкании нужно закрывать только одну ноздрю, а вторую оставлять открытой. Особенно осторожно следует очищать полость носа во время насморков.

Важнейшими профилактическими мероприятиями являются меры по своевременному лечению ОРВИ, борьба с острыми детскими инфекциями, а также санация очагов инфекции верхних дыхательных путей, и в первую очередь уст-

ранение адено-тонзиллярной патологии. При таких заболеваниях, как резкое искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, вазомоторный ринит и др., необходимо своевременно и не дожидаясь заболевания среднего уха проводить интенсивное консервативное лечение или хирургическую коррекцию дефектов анатомии носовой полости, санацию носоглотки и глотки. Своевременная адентомия, тонзиллопексия и плановое систематическое консервативное лечение тонзиллярной патологии могут служить гарантией предупреждения рецидивов, а во многих случаях и полного выздоровления от воспалительного процесса в среднем ухе. Неотложной обязанностью врача – детского оториноларинголога является предупреждение и лечение тугоухости, нередко имеющей место у больных детей, перенесших острый средний отит. Особое значение это имеет при различных инфекционных отитах, рецидивирующих процессах и затяжных воспалениях среднего уха. Поэтому в комплекс ле-

чения необходимо сразу же включать различные препараты и назначать процедуры, направленные на предупреждение стойких сращений в барабанной полости. Среди них можно рекомендовать раннее и систематическое продувание ушей и массаж барабанной перепонки, назначение физиотерапевтических процедур. При остром среднем отите, сопровождающемся интоксикацией, необходимо с первых же дней заболевания и в последующие сроки, в период выздоровления, проводить стимулирующую терапию. Такая терапия при остром воспалении среднего уха, как правило, дает положительный эффект. Известно, что острый средний отит сопровождается угнетением функции улитки, но в отличие от дегенеративного процесса это состояние у большинства больных детей является только функциональным, а поэтому – обратимым. Своевременная и энергичная терапия не позволяет такому процессу перейти в тяжелое явление, при котором возникают необратимые перерождения в элементах улитки и нервной ткани.

УДК 616.2-008.331.1-053.9:615.225.2

ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ИНДАПАМИДОМ

Ж.Т. МАЙШЕНОВА

Городская поликлиника №3, г.Алматы

Резюме

Полученные данные показывают, что индапамид 1.5 мг пролонгированного действия может с успехом применяться в качестве монотерапии у пациентов с ИСАГ, в том числе при сопутствующим сахарном диабете и у лиц с повышенным индексом массы тела.

Тұжырым

Алған мәліметтер созылған өсердің 1.5 мг индапамид исалген емделушілерінде табыспен монотерапия ретінде тамыр гипертониясының ишемия синдромы бар науқастар қолданыла алатынын көрсетеді, соның ішінде сусамыр бірге болатын күйінделерді және үлкен дene индекс массасы бар тұлғаларында.

Summary

These data show that indapamide 1.5 mg extended release can be successfully used as monotherapy in patients with ISAH, including in diabetes mellitus and those with elevated body mass index.

Кардиоваскулярная патология является ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире. Недостаточный контроль артериального давления является причиной 29% смертельных случаев ежегодно и обуславливает развитие до 62% цереброваскулярных заболеваний и 49% ишемической болезни сердца (ИБС). Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний

(CCЗ), а должный контроль АГ способен снизить риски инсульта головного мозга на 35-40% и ИБС на 20-25%. В особенности это касается лиц пожилого возраста, часто имеющих сопутствующие заболевания, многочисленные поражения органов мишенией и подверженных разнообразным факторам риска. В последние годы во всех экономически развитых странах численность пожилых людей растет значительно быстрее общей

численности населения. По этому гериатрические аспекты АГ интенсивно изучаются, и многие прежние представления о подходах к терапии АГ у пожилых больных пересматриваются. В структуре АГ у пожилых пациентов важное место занимает изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), а именно у больных систолическим АД, равным или превышающим 140 мм рт.ст., и диатолическим - меньше 90 мм рт. ст.

Распространенность ИСАГ у лиц пожилого возраста – 15-20%, причем ее частота растет с возрастом, чаще регистрируются у женщин, пациентов с избыточным весом и больных сахарным диабетом. Ранее лица пожилого возраста и ДАД меньше 90 мм. рт.ст. не рассматривались как пациенты с неблагоприятным прогнозом и во многих случаях не получали лечения. Однако было показано, что повышение САД с возрастом, как правило, сопровождается понижением ДАД, что связано с уменьшением эластичности крупных артерий и снижением реактивности сосудистой стенки в ответ на выброс крови из сердца. У таких пациентов частота сердечно-сосудистых осложнений, что убедительно было показано в ряде исследований, что частота возникновения инсульта выше у пациентов с САД больше 160 и ДАД меньше 90 мм рт.ст., чем у пациентов с САД больше 160 и ДАД больше 90 мм рт.ст. Кроме того, установлено, что пульсовое АД является независимым предиктором сердечно-сосудистой смертности в популяции женщин 40-69 лет с АГ и мужчин с АГ или без нее. Лечение ИСАГ в пожилом возрасте основано на проведении комплексной терапии с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов, с целью предупреждения развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и достигается снижением САД до цифр меньше 140 мм рт.ст.

Немедикаментозное лечение заключается в ограничении потребления соли, отказе от курения, гипохолестеринемической диете и дозированном увеличении физической нагрузки, способствующей снижению веса современные представления о фармакотерапии ИСАГ базируются на результатах ряда крупных исследований, предпочтение отдается диуретическим препаратам, которые при ИСАГ являются препаратами первой линии. В случаях, когда лечение мочегонными не возможно, рекомендуются использовать антагонисты кальция. Бета-адреноблокаторы в качестве препаратов первой линии при лечении ИСАГ у пожилых больных в настоящее время не рекомендуется, их обычно назначают пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, но не в виде монотерапии. В качестве препаратов второй линии

могут применяться ингибиторы АПФ, эффективность которых в отношении снижения САД у пожилых больных была показана в некоторых исследованиях. Они могут быть добавлены к терапии диуретиками или антагонистами кальция.

Терапию ИСАГ сегодня рекомендуется начинать с низких доз тиазидовых и тиазидоподобных диуретиков (гидрохлортиазид, хлорталидон, индапамид в обычной и ретардной формах). В последних международных рекомендациях содержится целый ряд требований, которым должен отвечать применяемый гипотензивный препарат. К ним относятся эффективность, возможность назначения минимальной дозы и, для улучшения приверженности больного к лечению, однократно прием в сутки. Далеко не все тиазидные диуретики отвечают этим требованиям, причем необходимо помнить о побочных эффектах, возникающих при длительном их применении (гипокалиемия, гиперурикемия, ортостатическая гипотония, нарушение липидного обмена и др.). В связи с этим большой интерес врачи проявляют к ретардной форме индапамида – тиазидоподобному диуретику с замедленным высвобождением, называемому в суточной дозе 1,5 мг.

Он обеспечивает некоторое увеличение диуреза, устранив избыточное содержание натрия в сосудистой стенке, с другой – вызывает первичный вазодилатирующий эффект, обусловленный регуляцией входа кальция в гладкомышечные клетки и влиянием на синтез простагландинов. По своему антигипертензивному эффекту он не уступает эналаприлу в дозе 20 мг и амлодипину в дозе 5 мг. Антигипертензивная активность индапамида 1,5 мг с замедленным высвобождением длится на протяжении 24 часов, а чувствительность к препарату сохраняется в течение длительного срока более 1 года, в то время как через год после начала лечения хлорталидоном АД контролируется только у 30 % пациентов. Высокая биодоступность препарата позволяет назначать минимальную дозу индапамида, что приводит к уменьшению побочных эффектов, а благодаря постепенному высвобождению поддерживается постоянная концентрация активного вещества в крови в течение суток, что обеспечивает контроль АД без резких колебаний, т.е. стабильный гипотензивный эффект после однократного приема. Лечение этим препаратом по сравнению с другими тиазидными диуретиками и индапамилом 2,5 мг с немедленным высвобождением существенно (на 50%) снижает частоту возникновения гипокалиемии.

По данным многих авторов, только у 1 % больных, принимающих индапамид 1,5 мг, развивается гипокалиемия, а среднее снижение уровня калия составляет всего 0,3 ммоль/л. Индапамид

ретард показал лучшую безопасность при сравнении и гидрохлортиазидом и короткодействующим индапамидом, в частности, нейтральный метаболический эффект и низкий уровень калийуреза. Нефропротективная эффективность препарата была также показана при наличии микроальбуминурии и сахарном диабете, а кардиотротективная – по уменьшению степени гипертрофии левого желудочка. В исследовании также показана, что при лечении этим препаратом возникает обратное развитие гипертрофии левого желудочка, терапевтическая эффективность индапамида ретард в стандартной дозировке сравнивалась с эналаприлом 20 мг в сутки у пациентов с эссенциальной гипертензией и ГЛЖ. При наблюдении в течение одного года в группе ретардного индапамида было отмечено достоверное уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка по данным эхокардиографии при том, что снижение АД произошло в одинаковой степени. В исследованиях на пациентах с АГ индапамид ретард 1,5 мг в одинаковой степени с эналаприлом 20 мг с АГ, сахарным диабетом 2-типа и микроальбуминурией уменьшал уровень АД и альбуминурией.

На практике, мной назначался индапамид-рациофарм 1,5 мг пролонгированного действия в качестве монотерапии, в течение 8-ми недель по 1,5 мг в сутки. (1 таблетка), у 20-ти больных с ИСАГ пожилого возраста (от 65 до 75 лет) отмечено снижение САД за сутки, обнаружено значительное снижение индекса нагрузки САД в течении суток. Удалось не только достичь целевого уровня АД, но и обеспечить стабильный гипотензивный эффект у большинства пациентов с ИСАГ (13 человек -83%). При ЭКГ мониторировании отмечено уменьшение вариабельности сердечного ритма, улучшение процессов деполяризации. Уровень общего холестерина, глюкозы и креатинина в плазме крови при повторных исследованиях существенно не изменились. Жалоб, связанных с плохой переносимостью препарата не отмечалось.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Эффективность и переносимость индапамида при лечении артериальной гипертонии у больных пожилого возраста / Ж.Д. Кобалава [и др.]. – 2002. - №42 (7).- 25 с.
2. Возможность коррекции Равелом СР факторов риска при артериальной гипертензии на фоне ожирения / С.В. Недогода [и др.]. - Системные гипертензии, 2007.- №1 - С.17-21.

УДК 616.153.922:616-005.4:615.272.4

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ВАЗИЛИПОМ

Ж.Т. МАЙШЕНОВА

Городская поликлиника №3, г.Алматы

Резюме

В результате проведенного лечения у 9-ти больных отмечалось снижение приступов стенокардии, уменьшение одышки при физической нагрузки, исчезли пастозность на нижних конечностях. Улучшение психоэмоционального состояния больных, положительная динамика заболевания позволила уменьшить дозу и частоту приема базовых препаратов.

Тұжырым

Емдеу нәтижесінде 9 аурудың стенокардияның баса көктеулері төмендеп физикалық қымыл-қозғалыс кезіндегі демікпе азайды. Аурулардың психоэмоционалды қүйі жақсарып динамикасы онға қарап қабылдайтын дәрілердің мөлшері мен жиілігі азайды.

Summary

As a result of treatment in 9 patients showed reduction in angina attacks, reduced shortness of breath on exertion, disappeared pastoznost the lower extremities. Improving psihoeotionalnogo of patients, the positive dynamics of the disease possible to reduce the dose and frequency of administration of basic drugs.

Сердечно-сосудистые заболевания удерживают лидирующие позиции в списках причин смертности и инвалидизации населения большинства стран мира. Так по данным ВОЗ во всем мире почти каждая третья смерть происходит от забо-

леваний ССЗ, фундамент для которых создает атеросклероз. Развитие и прогрессирование атеросклероза и его осложнения зависят от уровня холестерина (ХС) сыворотки крови, среди различных медикаментозных средств статины оказа-

лись самыми эффективными препаратами, стабильно снижающие уровень ХС крови. Научные данные последних десятилетий не только значительно расширили перечень гиполипидемических лекарственных средств, но и изменили многие традиционные подходы к назначению этих препаратов. Во всем мире их применение постоянно растет [1-2].

Статины самый распространенный класс гиполипидемических средств. Они подавляют синтез холестерина, снижают активность мест связывания и поступления липопротеинов в системный кровоток. Статины подразделяются на природные (ловарастатин, правастатин, симвастатин) и синтетические (аторвостатин, церивастатин, флувостатин). Если раннее лечение статинами рекомендовалось начинать только при гиперлипидемии на фоне неудовлетворительного эффекта длительной диетотерапии, то сейчас статины во многих случаях следует назначать сразу по результатам первого клинико-лабораторного обследования. Ряд клинических эффектов статинов не может быть объяснен только гиполипидемическим действием. Считают, что статины обладают рядом «нелипидных», плейтропных свойств.

Таких как:

- Улучшение функции сосудистого эндотелия;
- Антиишемическое воздействие на миокард;
- Антиаритмическое действие;
- Торможение гипертрофии левого желудочка;
- Иммунодепрессивное действие;
- Предотвращение остеопороза и переломов костей;
- Противовоспалительное действие;
- Улучшение фибринолиза;
- Торможение пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки;
- Антитромбоцитарное действие.

К числу гиполипидемических препаратов, наиболее изученных в клинических испытаниях относят симвастатин. Английские исследователи совсем недавно доказали пользу и безопасность назначения симвастатина больным с гиперхолестеринемией на фоне хронической почечной недостаточности. Это представляется весьма важным, поскольку хроническая почечная недостаточность сопровождается повышением не только артериального давления, но и уровня холестерина в крови, что в совокупности значительно увеличивает риск инфарктов и инсультов с крайне неблагоприятным прогнозом. После назначения половине пациентов симвастатина в дозе 20 мг содержание атерогенных липидов у них в крови снизилось в достоверно большей степени, чем среди принимавших плацебо. Важ-

но, что среди принимавших симвастатин не было случаев повышения активности ферментов печени и креатинфосфокиназы, что подтверждает отсутствие негативного влияния лечения на функцию печени и мышечную ткань.

Статины имеют шансы занять одно из ведущих мест в профилактике сердечно-сосудистых осложнений при ревматических заболеваниях. Известно, что инфаркт миокарда и инсульт - одни из частых причин преждевременной смерти при ревматоидном артрите и системной красной волчанки. Ускоренное развитие атеросклероза фактически является своеобразным внесуставным проявлением ревматоидного артрита. Значительное увеличение смертности от сердечно-сосудистых осложнений наблюдается и при системной красной волчанке. У женщин молодого и среднего возраста, страдающих этим заболеванием, инфаркт развивается в 50 раз чаще, чем в популяции. Экспериментальные и пока не многочисленные клинические исследования говорят о том, что статины улучшают симптоматику ревматических заболеваний, возможно за счет своего плейотропного действия. А в эксперименте симвастатин в дозе 40 мг/кг существенно снижал тяжесть артрита, отмечено снижение выраженности воспалительной инфильтрации синовиальной оболочки суставов. На фоне лечения наблюдалось достоверное уменьшение числа болезненных суставов, улучшение общего состояния, снижение концентрации С-реактивного белка и титров ревматоидного фактора в плазме, СОЭ в общем анализе крови. Применение вазилипа (симвастатина) у больных ИБС с гиперхолестеринемией предотвращает риск развития инфаркта миокарда, развитие инсульта, преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Мною, в условиях городской поликлиники проведено лечение 11-ти больных с ИБС с гиперхолестеринемией препаратом вазилип в течение 8-ми недель. Были обследованы 11 больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, подтвержденным электрографически. Длительность заболевания от 4 до 7 лет. Среди обследованных повторный инфаркт миокарда перенесли 3 больных, стенокардию напряжения ФК3-6, стенокардия ФК2-2, недостаточность кровообращения по Стражеско-Василенко 2А-4, с 1-ой ст. НК-7. Возраст больных 48-64 года. Средний возраст 51,1 +/- 48 лет. Мужчин-8, женщин-3. Больные были обследованы до лечения и через 8-недель после лечения.

Больным были назначены следующие исследования: ЭКГ, глюкоза крови, протромбиновый индекс, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, АЛТ,

АСТ. Лечение проводилось валилипом в течении 8-ми недель. Назначался вазилип по 20 мг 1-раз в день. На фоне лечения вазилипом больные получали пролонгированные нитраты, В-блокаторы, предуктал, фозиноприл. Больные находились на обычном диетическом режиме с ограничением животных жиров. До начала лечения уровень общего холестерина составил 6,22+/- 0,31 ммоль/л, холестерин ЛПНП 4,87+/- 0,31 ммоль/л, триглицериды 5,76+/- 0,61 ммоль/л. Аст 0,17+/- 0,06, Алт 0,16+/- 0,8 мм/л. Сахар крови до лечения в группе составил 5,7 +/– 0,9 мм/л. Протромб. Индекс составил 103 +/– 1,5 %.

У больных не отмечалось приступов нарушений ритма, сердечной астмы, не отмечалось головокружения. Только у 2-их отмечалось тошнота. Тяжесть в правом подреберье, после снижении дозы препарата до 10 мг в день жалобы прекратились, возможно, связано с гиперчув-

ствительностью к препарату через 8-недель лечение вазилипом отмечалось нормализация уровня общего холестерина. Колебания наблюдались в пределах 5,0 до 5,72 ммоль/л. Средний уровень в группе составил 5,42 +/– 0,22 ммоль/л. Холестерин ЛПНП значительно снизился, повышение уровня трансамина после проведенного лечения не отмечано. Протромбиновый индекс составил 8,1 +/– 7,4 %. Уровень сахара крови равнялся 4,3 +/– 0,25 ммоль/л. Лечение вазилипом необходимо проводить 2-раза в год, при этом длительность курса должна составлять 8-недель. При повышенной чувствительности рекомендательная доза 10 мг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аронов Д.М. / Д.М. Аронов // Русский медицинский журнал. – 2001. - №9 (13-14). – С. 52
2. Насонов Е.Л./ Е.Л. Насонов // Русский медицинский журнал. – 2003. - №11 (23). – С. 32

УДК 618.11-006.2-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Ш.К. РАХИМЖАНОВА

Городская поликлиника №9, г. Тараз

Резюме

В статье описаны различные методы ультразвуковой диагностики эндометриоза яичников.

Тұжырым

Макалада аналық бездердің эндометриозының ультра дыбыс диагностикасының әр түрлі әдістері сипатталған.

Summary

The article describes various methods of ultrasonic diagnosis of ovarian endometriosis.

Эндометриоз является одной из актуальных проблем современной медицины, оставаясь в ряду самых загадочных и труднообъяснимых заболеваний. Поражение яичников среди всех локализаций эндометриоза занимает второе место (после тела матки) и первое – среди видов наружного эндометриоза. Поражение яичников составляет до 80% всех видов эндометриоза. Различают поверхностную форму эндометриоза яичников и глубокую – с формированием кисты, называемую эндометриомой. Эндометриомы также называют “шоколадными кистами”, обычно они бессимптомны. Существуют достаточно четкие ультразвуковые критерии эндометриоидных кист яичников, совокупность которых позволяет с очень высокой точностью поставить правильный ультразвуковой диагноз.

Фиксированная локализация кист сбоку и позади от матки. При постепенном накоплении геморрагического содержимого в полости эндометриомы рано или поздно происходят микроперфорации их стенок. Содержимое кист изливается в малый таз, приводя к образованию плотных спаек с окружающими тканями. Поэтому для эндометриоза является типичной фиксированная локализация, обычно сбоку и позади матки. Двусторонние кисты наблюдаются в 20-30% случаев. При этом может иметь место эффект “целующихся кист”, иногда создающий иллюзию одного большого образования с перегородкой. Размеры эндометриоидных кист варьируют от 1-2 см. до гигантских при многолетней персистенции.

Утолщенная стенка с двойным контуром.
Морфологически стенка эндометриоидных кист представлена плотной и толстой фиброзной капсулой. Поэтому при эхографии даже в относительно небольших эндометриоидных кистах (2-3 см.) визуализируется утолщенная до 2-4мм стенка. Нередко определяется эффект "двойного контура" стенки кисты, обычно не обнаруживаемый при других объемных образованиях яичников. Внутренний контур стенки обычно ровный, но встречаются кисты с неровной внутренней поверхностью и даже пристеночными гиперэхогенными включениями небольшого размера (<5мм). При допплерографии признаков васкуляризации в этих включениях не определяется.

Содержимое с “дисперсной взвесью”. Старое геморрагическое содержимое кист, имеющее цвет дегтя или шоколада, дает при ультразвуковом исследовании изображение густой дисперсной взвеси. Эхогенность такого содержимого может варьировать от низкой до высокой.

Дифференциальный ряд при эндометриозе яичников достаточно разнообразен:

· Киста желтого тела – обычно имеет не такое гомогенное содержимое, при допплерографии в ее стенке определяется интенсивный кровоток с более высокой скоростью и низкой резистентностью. В течение 1-2менструальных циклов киста желтого тела исчезает.

· Дермоидная киста (зрелая тератома). Некоторые морфотипы опухоли трудно отличить от эндометриоидной кисты. Вместе с тем дермоидная киста, как правило, хорошо подвижна.

· Пиовар. Имеет более сложную эхоструктуру, богаче вакуляризован. Но при стертом клиничес-

ком течении пиовара дифференциации со “сложной” эндометриомой может быть затруднена.

· Муцинозная цистаденома. Необходимость дифференциальной диагностике возникает при небольших однокамерных опухолях. Важное значение имеет допплерография – для муцинозной цистаденомы характерна “акустическая текучесть”, отсутствующая в эндометриоидной кисте.

• Пиосальпинкс – при сходных акустических свойствах содержимого эндометриоидной кисты и пиосальпинкса для последнего обычно характерна более продолговатая или неправильная форма с признаком неполных перегородок.

· Солидные опухоли яичников. При высокой эхогенности содержимого эндометриоидной кисты ее можно принять за опухоль яичника. Решающее значение при дифференциальной диагностике имеет цветовая допплераграфия – содержимое эндометриоидной кисты всегда выглядит аваскулярным, в то время как в большинстве солидных опухолей яичников визуализируются кровеносные сосуды.

Совокупность описанных эхографических критериев позволяет с высокой точностью диагностировать эндометриоидные кисты яичников. Однако тактически очень важно не выставлять окончательный ультразвуковой диагноз при первом же исследовании, это может быть сделано только после наблюдения в течение не менее чем 3-х менструальных циклов. Во всех сомнительных случаях дифференциальной диагностики эндометриоидной кисты и опухоли яичника патологическое образование следует рассматривать как онкологический процесс с целью его исключения другими инструментальными и лабораторными методами.

УДК 616.43:615.252

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОМАТУЛИНА В ПЕРВИЧНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ (ПО ДАННЫМ ЮЖНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Б.М. КАМЫСБАЕВА

Областной эндокринологический диспансер, г.Шымкент

Резюме

Аналог соматостатина-соматулин 30 мг является высокоэффективным препаратом для лечения акромегалии, снижает выработку соматотропного гормона и регресс клинических проявлений заболевания, хорошо переносится, безопасен и используется для длительной терапии.

Тұжырым

Акромегалияны емдеу үшін 30 мг соматостатиннің-соматулин аса тиімді препарат болып табылады, соматотроп гормонының өндірун, аурудың клиникалық әсер етулерін төмендедеді жақсы қабылданады және ұзак терапия үшін қолданылады.

Summary

Similar to somatostatin-somatotropin. Is a highly effective drug for the treatment of acromegaly, reduces development Somatotropin harmon and regress of clinical manifestations of the disease, well переносятся, is safe and is used for long-term therapy.

Распространенность акромегалии в разных странах составляет 50 - 70 случаев на 1 миллион населения [1], в подавляющем большинстве случаев заболевание диагностируется поздно - через 3-15 лет после появления первых симптомов. Наиболее часто акромегалия встречается в возрасте 20-40 лет, женщины болеют в 1,4 раза чаще, чем мужчины.

Большинство авторов выделяют 2 варианта течения акромегалии - доброкачественный и злокачественный. По первому варианту заболевание, как правило, протекает у лиц старше 40 - 45 лет. У этой категории пациентов клинические симптомы заболевания прогрессируют очень медленно, уровень СТГ (соматропного гормона) бывает умеренно повышен, аденома гипофиза имеет небольшие размеры. Для злокачественного течения характерно быстрое прогрессирование симптоматики, высокие уровни СТГ в крови, большие размеры аденомы гипофиза, нарушения зрения. При отсутствии лечения продолжительность жизни большинства пациентов не превышает 5 лет.

При лечении акромегалии широко используются хирургический, медикаментозный и лучевой методы. При хирургическом лечении в подавляющем большинстве случаев используется транссфеноидальная аденомэктомия [6]. Транскраниальный доступ применяется крайне редко. В случаях гигантских опухолей используются оба хирургических метода. Преимущество хирургического лечения - возможность добиться быстрой ремиссии заболевания. Так, при эндоллярных аденомах в случае полного удаления опухолевой ткани практически через несколько дней после операции нормализуется уровень СТГ, проходят зри-

тельные и неврологические нарушения, исчезают головные боли. При больших опухолях оперативные вмешательства способствуют улучшению эффекта на последующих этапах лечения [2,3]. Консервативная терапия медикаментозными средствами акромегалии ранее проводилась агонистами дофамина (бромкриптин, каберголин и др.), что редко приводило к нормализации секреции СТГ. С появлением аналогов соматостатина длительного действия медикаментозная терапия акромегалии заняла 2-е место по значимости и эффективности в лечении акромегалии (после оперативного лечения) [2,3]. Эти препараты позволяют эффективно контролировать секрецию СТГ у 70% пациентов, а у 50% больных при длительном введении уменьшают аденомы гипофиза в среднем на 50% от первоначального размера опухоли [4].

В Казахстане с 2002 года применяется Ланреотид медленного высвобождения (Prolonged Release-PR) - соматулин 30 мг. Первоначально инъекции соматулина делаются глубоко внутримышечно 1 раз в 14 дней. Частота инъекций в дальнейшем варьирует и зависит от индивидуальной чувствительности больных. При необходимости их можно производить через каждые 7-10 дней. Сводные данные больших исследований (с числом больных более 20) показали, что на фоне лечения ланреотидом PR из 489 больных нормализация секреции СТГ была достигнута у 55%. Отмечено, что эффективность лечения напрямую зависит от его продолжительности.

Клиническая эффективность аналогов соматостатина чрезвычайно высока. Так, на фоне лечения соматулином уже через 7-10 дней после первой инъекции уменьшаются головная боль,

отек мягких тканей, боли в суставах и парестезии. К концу 2-го месяца значительно улучшается самочувствие, проходят ночное апnoе, повышается социальная активность больных. После 3-х месяцев лечения соматулином описано уменьшение показателей массы левого желудочка, увеличение фракции сердечного выброса, нормализация сердечного ритма, быстрое улучшение переносимости физических нагрузок [5,7].

Через 12 месяцев лечения заметно уменьшается толщина мягких тканей плеча и стопы, толщина ахиллова сухожилия и связок коленного сустава. Одним из важнейших свойств аналогов соматостатина является способность уменьшать размеры аденом гипофиза. При лечении соматулином этот эффект наблюдался у 30 - 60% больных. Отмечено, что значительный сдвиг гормональных показателей в самом начале лечения является предиктором уменьшения размеров аденомы. Чаще этот эффект более выражен у больных, не получавших ранее другого лечения.

Лучевые методы лечения по значимости стоят на 3-м месте в лечении акромегалии и применяются при наличии гистологических признаков опухоли, склонной к инвазии, после субтотальной аденомэктомии в случае больших опухолей гипофиза [2,3]. Из-за позднего выявления заболевания, чаще всего лечение акромегалии бывает многоэтапным с использованием всех методов.

В Казахстане на сегодняшний день зарегистрировано более 130 больных акромегалией, из них в Южно-Казахстанской области 20 человек. В данном сообщении представлены результаты наблюдения больных, получавших соматулин 30 мг в качестве первичной терапии при выявлении заболевания. Учитывались данные МРТ гипофиза, уровень СТГ, выраженность клинических симптомов и их динамика на фоне проводимого лечения.

Таблица 1. Характеристика больных акромегалией, получавших Соматулин в качестве первичной терапии.

№	Возраст	Пол	Рост опухоли	Динамика уровня СТГ нг/л		
				до лечения	норма	3 мес.
1.	19	ж	з/с	11,9	№0-7,7	2,7
2.	27	ж	з/с/пл	53,9	№0-20	27,52
3.	28	ж	с/л	18,6	№0-10	12,0
4.	33	ж	з/с/л	50	№0-20	2,2
5.	34	ж	и/с/л	50,0	№0-20	3,2
6.	34	ж	з/с	26,7	№4,4-9,6	5,1
7.	35	ж	з/с/п	41,6	№0-20	12,4
8.	42	м	з/с/п	50,0	№0-20	13,5
9.	43	м	и/л	49,4	№0-20	6,1
10.	45	ж	з/с	20,4	№0-7,7	3,9
11.	49	ж	и/с/п	50	№0-20	24,6
12.	55	м	с/л	37,4	№0-20	12,6
13.	59	ж	з/с/п	50,0	№0-20	26,1

Всего наблюдались 13 больных в возрасте от 19 до 59 лет (10 женщин и 3 мужчин). От начала заболевания до постановки диагноза проходило от 3 до 12 лет. У всех больных опухоли выходили за пределы турецкого седла. Базальный уровень СТГ колебался в пределах от 11,9 до 59,9 нг/л. (таблица 1).

У всех больных были ярко выражены клинические симптомы акромегалии. Их беспокоили интенсивные и длительные головные боли, нарушения сна, сонливость в течение дня и бессонница по ночам, частыеочные апnoе. Все пациенты жаловались на боли в суставах и позвоночнике различной интенсивности, потливость, мышечную слабость, боли в области сердца и имели ярко выраженные изменения внешности, характерные для акромегалии. У 2 больных был сахарный диабет различной степени тяжести, у 1-х - нарушение толерантности к глюкозе. У 3 больных отмечалось увеличение щитовидной железы. У всех женщин была аменорея. Нарушения зрения отмечались у 2 больных (15,3%). Все пациенты получали сопутствующую терапию: больные с сахарным диабетом находились на комбинированной сахароснижающей терапии препаратами метформина.

После трех месяцев лечения у всех больных в разной степени снизилось содержание СТГ в крови, концентрация гормона роста уменьшилась на 30 - 77%. На фоне продолжения лечения, к концу 6 месяца у этих пациентов было отмечено некоторое дополнительное снижение содержания СТГ в крови, но оно по-прежнему оставалось во много раз выше нормальных значений. Уже через 3 месяца терапии у всех больных было отмечено резкое снижение уровня СТГ в крови до 12,4-2.2 нг/л. что было на 70 - 94% ниже исходных значений. У четырех пациентов базальный уровень СТГ стал ниже 2,5 нг/л. Через 6 месяцев терапии уровень СТГ снизился до 4,6 - 1,2 нг/л.

На фоне снижения секреции СТГ у всех больных в разной степени регрессировали основные симптомы акромегалии. Уменьшилась отечность лица, кистей, и стоп. Улучшился или нормализовался сон, исчезло ночное апноэ. Уменьшились или прошли совсем боли в суставах и позвоночнике, у трех больных улучшилось зрение.

У двух больных к концу 6 месяца терапии отчетливо уменьшился размерadenомы гипофиза, именно у этих двух больных отмечался наиболее выраженный клинический эффект и нормализация показателей уровня СТГ в крови. У остальных больных размер adenомы гипофиза не изменился.

Заключение и выводы. Таким образом, результаты нашего наблюдения показали, что соматулин является высокоэффективным препаратом для первичного лечения акромегалии. Клинический эффект развивался параллельно со снижением выработки СТГ. У всех больных наблюдался быстрый регресс основных клинических проявлений заболевания. Более выраженный эффект наблюдался в группе больных с так называемым «добропачественным» течением акромегалии. У всех больных отмечена хорошая переносимость препарата. Только 8 больных отмечали жидкий стул и метеоризм в первые 1-2 дня после введе-

ния препарата. Возникавшие легкие побочные эффекты не требовали дополнительного лечения, проходили самостоятельно после 3-5 инъекций и не ухудшали качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. A.S.Bates. Epidemiology Update / A.S.Bates // Poster S.39 at the 11th Meeting of the European Neuroendocrine Association. - Sorrento-Napoli, Italy. – 2004.
2. Молитвословова Н.Н. / Российский консенсус по диагностике, лечению и мониторингу акромегалии / Н.Н. Молитвословова, Л.Я. Рожинская, Г.А. Мельниченко // Проблемы эндокринологии. – 2007. - Т.53, №4. - С. 37-42.
3. A. Giustina. Acromegaly Consensus / Giustina A. – USA, 2007.
4. Vance M.L. Role of medical therapy in the management of acromegaly / Vance M.L., Lawis E.R. // Neurosurgery. – 2005. - 56(5). – P. 877-85.
5. Дзеранова Л.К. Успешное лечение акромегалии соматулином: нейроэндокринные и метаболические аспекты / Л.К. Дзеранова, К.И. Табеева, А.В. Воронцов // Ожирение и метаболизм. – 2005. - С. 47-49.
6. Podgorski J. Surgical Transsphenoidal Treatment of GH-Secreting Pituitary Adtnomas / J. Podgorski, G.Zielinski // Poster P5.90 at the 11th Meeting of the European Neuroendocrine Association. - Sorrento-Napoli, Italy. – 2004.
7. Effect of a six-month treatment with lanreotide on cardiovascular risk factors and arterial intima-media thickness in patient with acromegaly / A. Colao [et al]. - Eur. J. Endocrinol, 2002 -146(3). – P. 303.

УДК 616.1-084:613.2/.8

ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

С.Х. АКИЕВА

Қалалық емхана №1, Тараз каласы

Резюме

В статье рассказывается, что такое сердечно-сосудистые заболевания, какой вред оказывают на организм человека, факторы, влияющие на развитие заболевания, а также профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Тұжырым

Жалпы жүрек-қан тамыры аурулары деген не, оның адам өміріне зияны қандай, жүрек-қан тамыры ауруларының пайда болу жолдары, оның дамуына әсер ететін факторлар және алдын алу жолдары туралы.

Summary

The article presents cardiovascular diseases, damage on the human body, factors affecting development of the disease, as well as prevention of cardiovascular disease.

Жүрек-қан тамыры аурулары әлемнің көптеген дамыған елдерінде деңсаулық сақтаудың басты проблемаларының біріне айналып отыр. Ол көбіне ересек адамдарды не мүгедектікке шалдықтырады, немесе өлімге әкеліп соктырады. Жалпы өлім-жітімнің 52 пайызын жүрек-қан тамыры аурулары құрайды. Еуропада жыл сайын осы ауру салдарынан шамамен 3 миллион адам қай-

тыс болса, Ресейде 1 миллион адам, ал Казакстанда 80 мың кісі осы аурудан көз жұмады. АҚШ 13,5 миллион адам осы аурудан зардап шегетін көрінеді, десе де соңғы жылдары жүрек-қан тамыры ауруларының алдын алуда бұл елде бір катар жетістіктерге қол жеткізген.

Елімізде жүректің ишемиялық ауруымен ауыратындардың саны 1 миллион 300 мыннан

асты, оның 36 мынына хирургиялық ем қажет. Жалпы, Қазақстан жүрек-кан тамырлары аурулары салдарынан өлім-жітім бойынша, ТМД елдері арасында Ресей мен Украинадан кейінгі үшінші орынды иеленеді. Дүниежүзі бойынша өлім-жітім саны төмен елдер: Финляндия, Канада, Куба, Япония т.б. мемлекеттер. Оның себеби денсаулық саласына көп ақша бөлінгендейктен емес, халықтың салауатты өмір сұру салтына, дұрыс тамактану мәдениетіне, медициналық сауатының жоғарылығына байланысты.

ТМД елдері арасында 50-59 жас аралығындағы ер адамдардың шамамен 20 пайызы жүрек – кан тамыры ауруларына ұшырайды. Оның төрттен бір бөлігінде бұл ауру ешқандай белгі бермейді. Шамамен 20-25 пайызында адамдар ауруын білмestен тосыннан қайтыс болады. Бұл адамдар үшін бұл, жүрек-кан тамыры ауруларының алғашкы және соңғы қорінісі болып қалады.

Көптеген жағдайда ауру миокард инфарктісі, инсульт, созылмалы аскынулар т.б. түрінде өрбиді. Әлеуметтік-экономикалық жағдайдың жақсарғанына, медицинаның дамығанына қарамастан біздің елімізде ересек адамдар арасында жүрек-кан тамыры ауруларымен науқастанғандар саны жылдан жылға артып келеді. Мысалы 1981 жылдан 2008 жылға дейін бұл көрсеткіш 9 есеге дейін өсken (ҚР бойынша 10 мын адамға шакқанда 1981 жылы 31,6 болса, 2008 жылы 281,3 ке жеткен) және өлім-жітімнің басты себебі болып саналады. Соңғы жылдары бұл ауруға жастар да шалдығуда және осы аурудың себебінен жұмысқа қаблетті жастағы адамдар қатардан шығып қалып жатады. Жүрек-кан тамыры ауруларының осындай қарқынмен өсуі, тұрғындар арасында аурудың белгілері мен оның алдын алу туралы кеңінен насиҳаттауға міндеттейді. Бұл аурумен күресуде жалғыз дәрігерлер дәрменсіз, аурудың алдын алу үшін қофам болып жұмылу қажет. Себебі бұл аурудың пайда болу себептері көбіне адамдардың өз басына, өмір сұру қалыбына байланысты. Егер адамдар өз денсаулығына деген көзқарасын өзгертушесе, болжам мәліметтері бойынша, 2020 жылға жүрек-кан тамырлары аурулары екі есеге, ал жүректің ишемиялық аурулары салдарынан болатын мүгедектік үш есеге көбеюі мүмкін. Жүрек-кан тамыры ауруларына әкеліп соктыратын басты себептер қандай?

Басты себеп адамдардың өз денсаулығына көніл бөлмеуінен десек, сонымен катар жағымсыз экологияның да салдары жетерлік. Әсіресе, соңғы жылдары инфаркт пен инсульттен болатын өлім тым жиілеп барады. Оның негізінде, атеросклероздан басқа, адамдардың жүйке

жүйесінің шаршауы, олардың дәрменсіздікке ұшырап, депрессияға түсі жатыр. Оның үстіне, біздің халықтың менталитеті де ерекше. Біздің қазақ аурудың алдын алу үшін еш уақытта өздігінен дәрігерге барып тексерілмейді. Ауруы әбден жанына батып, төзбейтін жағдайға жеткенде фана барады. Ол кезде, әрине, кеш болады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау үйімін көзіргі уақыттағы жүрек-кан тамырлары ауруларының эпидемиясы тамактану құрамының өзгеруіне тікелей байланысты деп отыр. Қоршаған ортандың 80 пайыздан артық жағымсыз факторлары адам ағзасына жеген тамағы арқылы әсер етеді. Артық салмақ және семіздік, жүрек-кан тамырлары ауруларының, кант диабеті және басқа да құрделі аурулардың қауіпті факторы болып табылады. Сондықтан адамдардың дұрыс тамактану мәдениетінің де маңызы зор.

Жүрек-кан тамыры ауруларын қоздыратын тағы бір себеп - стресс, торғыу, ол адамдарды жасына қарамай, жүрек талмасына ұшыратады. Адамның көніл-күйінің денсаулыққа әсері мол. Көніл-күйдің толқуы, мазасыздануы, біріншіден, адамның миы арқылы беріледі. Жағымсыз эмоциялар вегетативтік жүйені қоздырады, одан барып ағзадағы қан айналымына, ішкі органдарға, эндокриндік бездердің қызметіне әсер етеді. Соның салдарынан ағзадағы гормондардың балансы бұзылады. Оның әсері жүректің соғысының, ырғағының бұзылуына, қан қысымының көтерілуіне, бұлшық еттердің, қан тамырларының тартылуына апарады. Мидың қан айналымы нашарлайды, мидың клеткаларында оттегі жетіспеушілігі пайда болады. Жүректің, мидың қан тамырларының қысылуы инфаркт, инсульт сияқты ауыр жағдайға алып келуі мүмкін, немесе жүректің ишемиялық ауруы, гипертония, асқазан жарасы сияқты созылмалы ауруларға ұшыратады. Адамның жүйке жүйесі, былайша айтқанда, оркестрді басқарып тұрған дирижер сияқты. Жүйке жүйесінде азғантай ауытқу болса, ол бірден – жүрекке, одан әрі басқа да ішкі органдардың қызметіне әсер етеді. Сондықтан жүйке жүйесін тәрбиелеу керек. Әсіресе, жастардың жүйке жүйесі сезімтал және жағымсыз әсерлерге төзімсіздеу келеді. Осындай жағдайда олар медициналық психологтардың көмегінен зәру екені рас. Ал, жүйке жүйесі шаршаған, ашушан, күйгелек адамдар психологтардың кенесінен жүргіні шарт.

Жүрек-кан тамыры ауруларына әйелдерден гөрі ерлер көп шалдығады. Мұндай тенденция 50-55 жасқа дейін, яғни әйелдердің жыныстық гармондарының жұмысы бәсендеген тұсқа дейін

сақталады. Алдын алуға, немесе женуге болатын қауіпті факторлар – холестериннің жоғары деңгейі, артериалды гипертония, темекі шегу, қант диабеті, семіздік, түрлі құйзелістер болып саналады. Қан липидтері дегеніміз – ағзаның қалыпты жұмыс істеуіне ықпал ететін майлар және май тәрізді заттар. Олар клетка қабырғаларының негізін құрайды. Қөттеген адамдарда холестерин мөлшерінің артық болуына байланысты ол қан тамыры қабырғаларына жиналады. Ол атеросклероз ауруына әкеліп соктырады. Оның алдын алу үшін диета ұстаған жөн. Дені сау адамның холестерин деңгейі 5 мм. мольден аспайды.

Жүрек-қан тамыры ауруларының пайда болуына әкеліп соктыратын тағы бір фактор ол – темекі шегу. Орта есеппен алғанда темекі шегу адам өмірін 7-10 жылға қыскартады екен. Темекі шекпейтіндерге қарағанда темекі шегетін адамдар миокард инфарктсіне шалдығуы екі есе көп, ал, осы аурудан қайтыс болатындар саны темекі шегетіндер арасында шекпейтіндермен салыстырғанда 4 есеге артық. Жүректің жиырылу жиілігінің жоғары болуы да жүрек-қан тамыры ауруларының себепшісі болады. Мысалы, жүректің минутына 80 рет соғуы жі болып табылады және жүрек-қан тамыры ауруларының себепшісі болып, кейде өлімге апарып соғуы да мүмкін. Гиподинамия, басқаша айтқанда дene еңбегімен аз шұғылдануды ғалымдар XXI ғасырдың басты ауруы деп есептейді. Дене еңбегімен

дұрыс әрі белсенді шұғылдану, яғни жаяу жұру, жүгіру, суға шомылу, велосипед төбү сізді жүрек-қан тамыры және басқа да қөттеген аурулардан сактайтын.

Бұғаңға таңда жүрек-қан тамыры ауруларының алдын алу үшін мынадай маңызды нәрселерді есте сактау керек:

- ен алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;

- тиімді тамактану ережелерін сактау;

- майлар тамактардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту – тәулігіне 4 грамм, құрамында калий мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз кырыққабаты) тамактарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;

- көкөніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;

- алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшердеған пайдалану, ер адамдар үшін 20 грамм спирт, 60 грамм арак, әйелдер үшін одан екі есе аз;

- дene белсенділігін арттыру, семіздіктен сактану;

- қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақыларап отыру;

Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе айттарымыз – дәрігер ауру адамды емдейді, ал, аурудың алдын алу әрбір адамның өз тірлігі. «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деген халық даналығы.

УДК 616.12-008.3-073.96

УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT

C.X. АКИЕВА

Городская поликлиника №1, г. Тараз

Резюме

Эффективными средствами профилактики и лечения желудочковых нарушений ритма сердца у больных с врожденными и приобретенными формами синдрома удлинения интервала QT являются β-блокаторы в сочетании с препаратами магния.

Тұжырым

Жүректің асқазан макамды бұзылыстарының туа біткен және пайда болған QT интервалдың ұзарту синдромы формалары бар аурудың емдеуі және тиімді әдіс-тәсілдердің алдын алуы магний препараттармен қатар β бөгет болып табылады.

Summary

Effective medicines for ventricular arrhythmias prevention and treatment in patients with congenital and acquired forms of QT interval prolongation syndrome are β-blockers in combination with magnesium drugs.

В последние годы в клинической кардиологии проблема удлинения интервала QT привлекает к себе пристальное внимание отечественных

и зарубежных исследователей как фактор, приводящий к внезапной смерти. Установлено, что как врожденные, так и приобретенные формы

удлинения интервала QT являются предикторами фатальных нарушений ритма, которые, в свою очередь, приводят к внезапной смерти больных. Синдром удлинения QT интервала представляет собой сочетание удлиненного интервала QT стандартной ЭКГ и угрожающих жизни полиморфных желудочковых тахикардий.

Пароксизмы желудочковых тахикардий типа «пируэт» клинически проявляются эпизодами потери сознания и нередко заканчиваются фибрилляцией желудочков, являющихся непосредственной причиной внезапной смерти. Длительность интервала QT зависит от частоты сердечных сокращений и пола пациента. Поэтому используют не абсолютную, а корригированную величину интервала QT (QT с), которую рассчитывают по формуле Базетта, где: RR - расстояние между соседями зубцами R на ЭКГ в сек.; K = 0,37 для мужчин и K = 0,40 для женщин. Удлинение интервала QT диагностируют в том случае, если длительность QT с превышает 0,44 с.

В последние годы большое внимание уделяется изучению вариабельности (дисперсии) величины QT интервала - маркера негомогенности процессов реполяризации, поскольку увеличенная депрессия интервала QT также является предиктором развития ряда серьезных нарушений ритма, включая внезапную смерть. Дисперсия QT интервала - это разница между максимальными и минимальными значениями QT интервала, измеренного в 12 стандартных отведениях ЭКГ: Δ QT = QT_{min}. Наиболее распространенная методика выявления дисперсии QT – регистрация стандартной ЭКГ в течение 3–5 минут при скорости записи 25 мм/час. Используют также холтеровские мониторирование ЭКГ, что позволяет анализировать колебания дисперсии QT с (QT cd) в течение суток.

Существуют два наиболее изученных патогенетических механизма аритмий при синдроме удлиненного QT интервала. Первый – механизм «внутрисердечных нарушений» реполяризации миокарда, а именно, повышенная чувствительность миокарда к аритмогенному эффекту катехоламинов. Второй патофизиологический механизм – дисбаланс симпатической иннервации (снижение правосторонней симпатической иннервации вследствие слабости или недоразвития правого звездчатого ганглия). Это концепция подтверждается на моделях с животными (удлинение QT интервала после правосторонней стеллэктомии) и результатами левосторонней стеллэктомии в лечении рецидивных форм удлинения QT интервала.

Этиология синдрома удлинения интервала QT. У здоровых людей в покое имеется лишь не-

значительная вариабельность процессов реполяризации, поэтому дисперсия интервала QT минимальна. Причины удлинения QT интервала условно делят на 2 группы – врожденные и приобретенные.

Врожденные формы. Врожденные формы синдрома удлинения QT интервала становятся одной из причин смерти детей. Смертность при нелеченых врожденных формах данного синдрома достигает 75%, при этом 20% детей умирают в течение года после первой потери сознания и около 50% – в первое десятилетие жизни. К врожденным формам синдрома удлинения интервала QT относят синдром Gervell и Lange-Nielsen и синдром RornanoWard. Синдром Gervell и Lange-Nielsen – редкое заболевание, имеет аутосомно-рецессивный тип наследования и представляет собой сочетание врожденной глухонемоты с удлинением интервала QT на ЭКГ, эпизодами потери сознания и нередко заканчивается внезапной смертью детей в первое десятилетие жизни. Синдром Rornano-Ward имеет аутосомно-доминантный тип наследования с популяционной частотой 1:10 000–1: 15 000 и пенетрантностью гена 0,9. Он имеет сходную клиническую картину: нарушения ритма сердца, в ряде случаев с потерей сознания на фоне удлиненного интервала QT у детей без нарушения слуха и речи.

Для диагностики врожденных форм синдрома удлинения QT интервала в случае пограничного удлинения и/или отсутствия симптомов предложен набор диагностических критерий. «Большие» критерии – это удлинение QT интервала более 0,44 мс, наличие в анамнезе эпизодов потери сознания и наличие синдрома удлинения QT интервала у членов семьи. «Малые» критерии – это врожденная нейросенсорная тугоухость, эпизоды альтернации Т-волны, медленный сердечный ритм (у детей) и патологическая желудочковая реполяризация. Наибольшее диагностическое значение имеют достоверное удлинение QT – интервала, пароксизмы тахикардии torsade de pointes и эпизоды синкопе.

Наиболее распространенной формой синдрома удлинения интервала QT у молодых лиц является сочетание данного синдрома с пролапсом митрального клапана. Частота выявления удлинения интервала QT у лиц с пролапсами митрального и/или трикуспидального клапанов достигает 33% [2]. По мнению большинства исследователей, пролапс митрального клапана является одним из проявлений врожденной дисплазии соединительной ткани. Среди других проявлений «слабости соединительной ткани» повышенная растяжимость кожи, астенический тип телосло-

жения, воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз, плоскостопие, синдром гипермобильности суставов, миопия, варикозное расширение вен, грыжи. Рядом исследователей выявлена взаимосвязь увеличенной вариабельности QT интервала и глубины пролабирования и/или наличия структурных изменений (миксоматозная дегенерация) створок митрального клапана. Одной из главных причин формирования удлинения интервала QT у лиц с пролапсом митрального клапана является генетически предопределенный или приобретенный дефицит магния.

Приобретенные формы. Приобретенное удлинение QT интервала может возникнуть при атеросклеротическом или постинфарктном кардиосклерозе, при кардиомиопатии, на фоне и после перенесенного мио- или перикардита. Увеличение дисперсии интервала QT (более 47 мс) может также являться предиктором развития аритмогенных синкопальных состояний у больных с аортальными пороками сердца. Удлинение интервала QT может наблюдаться и при синусовой брадикардии, атриовентрикулярной блокаде, хронической цереброваскулярной недостаточности и опухоли головного мозга. Острые случаи удлинения интервала QT могут также возникать при травмах (грудной клетки, черепно-мозговых).

Автономная нейропатия также увеличивает величину интервала QT и его дисперсию, поэтому данные синдромы имеют место у больных сахарным диабетом I и II типов. Удлинение интервала QT может иметь место при нарушениях электролитного баланса с гипокалиемией, гипокальциемией, гипомагнезиемией. Подобные состояния возникают под воздействием многих причин, например, при длительном приеме диуретиков, особенно петлевых (фurosемид). Описано развитие желудочковой тахикардии типа «пируэт» на фоне удлинения интервала QT со смертельным исходом у женщин, находившихся на малобелковой диете с целью снижения массы тела.

QT интервал может удлиняться при применении терапевтических доз ряда лекарственных средств, в частности, хинидина, новокаинамида, производных фенотиазина. Удлинение электрической систолы желудочков может наблюдаться при отравлении лекарствами и веществами, оказывающими кардиотокическое действие и замедляющими процессы реполяризации. Например пахикарпин в токсических дозах, ряд алкалоидов, которые блокируют активный транспорт ионов в клетку миокарда, а также оказывают гангиоблокирующую действие. Известны также случаи удлинения интервала QT при отравлениях барбитуратами, фосфорорганическими инсек-

тицидами, ртутью. Представляют интерес данные о суточных ритмах дисперсии QT, полученных при холтеровском мониторировании ЭКГ. Обнаружено достоверное увеличение дисперсии интервала QT в ночные и ранние утренние часы, что, возможно, и повышает риск внезапной смерти в это время у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемия и инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и др.). Полагают, что увеличение дисперсии интервала QT в ночные и утренние часы связано с повышенной симпатической активностью в данное время суток. Общеизвестно, что удлинение QT при острой ишемии миокарда и инфаркте миокарда. Стойкое (более 5 дней) увеличение интервала QT, особенно при сочетании с ранними желудочковыми экстрасистолами, прогностически неблагоприятно. У этих пациентов выявлено значительное (в 5-6 раз) повышение риска внезапной смерти.

Лечение. Прежде всего, следует устранить этиологические факторы, которые привели к удлинению интервала QT в тех случаях, где это возможно. Например, следует отменить или уменьшить дозу медикаментов (диуретики, барбитураты и др.), которые могут увеличивать продолжительность или дисперсию интервала QT. Адекватное лечение сердечной недостаточности, согласно международным рекомендациям, и успешное хирургическое лечение пороков сердца также приведет к нормализации величины интервала QT. Известно, что у больных с острым инфарктом миокарда фибринолитическая терапия уменьшает величину и дисперсию интервала QT (хотя и не до нормальных величин). Среди групп препаратов, которые способны влиять на патогенез данного синдрома, особо следует отметить две группы – β -блокаторы и препараты магния.

Врожденный синдром удлинения интервала QT. Пациентам с синдромами Romano-Ward и Gervell и Lange-Nielsen необходим постоянный прием β -блокаторов в сочетании с пероральными препаратами магния (Магния оротат по 2 табл. 3 раза в день). Для пациентов, нуждающихся в неотложной терапии, препаратом выбора является пропранолол внутривенно (со скоростью 1 мг/мин, максимальная доза - 20 мг, средняя доза - 5-10 мг под контролем АД и ЧСС) либо болюсное внутривенное введение 5 мг пропранолола на фоне внутривенного капельного введения магния сульфата (Кормагнезина) (из расчета 1-2 г сульфата магния (200-400 мг магния) в зависимости от массы тела (в 100 мл 5% раствора глюкозы в течение 30 минут).

Приобретенный синдром удлинения интервала QT. Должны быть отменены все препараты, способные удлинить QT интервал. Необходима коррекция электролитов сыворотки крови, особенно калия, кальция, магния. В ряде случаев этого бывает достаточно для нормализации величины и дисперсии интервала QT и профилактики желудочковых нарушений ритма. При остром инфаркте миокарда фибринолитическая терапия и b-блокаторы уменьшают величину дисперсии интервала QT. При купировании желудочковых тахиаритмий у пациентов с приобретенными формами удлинения интервала QT в схему лечения рекомендуется также добавление внутривенное капельное введение Кормагнезина из расчета 2-4 г сульфата магния (400-800 мг

магния) в 100 мл 5% раствора глюкозы в течение 30 минут. В случае необходимости, возможно его повторное введение.

Заключение. Таким образом, удлинение интервала QT является предиктором фатальных нарушений ритма и внезапной кардиогенной смерти как у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (в том числе с острым инфарктом миокарда), так и у лиц с идиопатическими желудочковыми тахиаритмиями. Своевременная диагностика удлинения QT и его дисперсии, в том числе при холтеровском мониторировании ЭКГ и при проведении нагрузочных проб, позволят выделить группу больных с повышенным риском развития желудочковых аритмий, синкопальных состояний и внезапной смерти.

УДК 616.127-007.17

МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ

Г.Ж. БЕССОНОВА

Ішкі істер департаменті емханасы, Алматы қаласы

Резюме

В данной статье приведены сведения о миокардиодистрофии.

Тұжырым

Берілген мақалада миокардиодистрофия жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

This article contains information about myocardiodystrophy.

Миокардиодистрофия – миокардың метаболизмдік бұзылыстарынан дамитын, коронарлық емес, қабынуға жатпайтын ауруы.

Этиологиясы. Миокардиодистрофияның негізгі себептері:

1. Орталық нерв жүйесі функциясының ауыр бұзылыстары, нейроциркуляторлық дистония.

2. Бір мезгілдік немесе көпке созылған аса ауыр дene қызметі (мысалы, спортпен шұғылданудан күш түсі “спорттық жүрек”).

3. Әртүрлі улардың әсері - үй тұрмысында қолданылатын улы заттар, көсіптік улар, никотин және темекі тұтуннің басқа компоненттері және эндогендік интоксикациялар (уремия т.б.).

4. Ішкілікке салыну (алкогольдік кардиопатия).

5. Эндокриндік аурулар - гипотиреоз, уытты жемсау, феохромоцитома, кантты диабет, бүйрек үсті безінің шамасыздығы, Иценко-Кушинг ауруы, жыныс бездерінің аурулары, климакс.

Осылардың ішінде ең жиі кездесетіні - “климакстық кардиопатия”.

6. Семіздіктің барлық түрлері.

7. Алиментарлық және поливитаминдік жетіспеушілік.

8. Анемияның барлық түрлері.

9. Кейбір физикалық әсерлер - йондауыш радиация, ғарышқа үшу кезіндегі салмаксыздық, вибрация, аса жоғары немесе төмен температуралар т.б.

10. Сінірлудің бұзылысына әкелетін ас қорыту жолдарының аурулары (созылмалы энтериттер, гастроэнтериттер); метаболизмдік бұзылыстармен жүретін бауырдың, үйқыбездің аурулары (созылмалы гепатит, бауыр циррозы, панкреатиттер).

11. “Кор жинау” аурулары (гемохроматоз, гликогеноз, амилоидоз).

12. Созылмалы инфекциялар, әсіресе мұрын мен көмекейдің (тонзиллогендік миокардиодистрофия).

13. Тұқым қуалаушы нерв-бұлышықеттік аурулар (миастения, миопатия).

14. Гипоксияға әкелетін тыныс мүшелерінің аурулары (өкпе эмфиземасы, жайылма пневмосклероз, созылмалы обструкциялы бронхит, бронхтық астма, фиброздаушы альвеолит т.б.).

15. Электролиттік бұзылыстар - көбіне түрлі себептерден болатын гипокалиемия.

16. Қанттық және дәнекерлік тіннің жүйелі аурулары.

Патогенезі. МКД-ның дамуы зат алмасу бұзылысынан миокардиоциттерде энергия түзілуінің және химиялық энергияның механикалық энергияға айналуынан бұзылысынан болады. Патогенезіне қарай калийдік, катехоламиндік және мембранопатиялардан, ферментопатиялардан болатын түрлерін айырады. Калийлік МКД - лар көбіне эндокриндік ауруларда - болады қантты диабетте, гипокортицизмде, бүйрек үсті безі қыртысының шамасыздығында. Калийдік дистрофия жасушының калийдік каналдар қызметінің ауытқуынан немесе шасушаның ішіндегі калийдің азаюына әкелетін катиондар тасымалдайтын жүйенің ферменттік бұзылысынан дамиды.

Катехоламиндік дистрофиялар катехоламиндер көп мөлшерде бөлінетін жағдайларда, мәселен стресс кезінде, климакста, гипертреоздарда, феохромацитомада дамиды. Катехоламиндер кардиомиоциттердің мембранасын закымдайды, жасушалық мембраналарда липидтердің асқан тотығу процесін арттырады, сонымен катар сарколемманың, саркоплазманың ретикулумның мембранасын және катиондар тасымалдаушы ферменттік жүйесін (Ca^{2+} , Mg^{2+} және Na^+ , K^+ - тәуелді АТФазаның) закымдайды. Мембранның закымдануы кардиомиоциттерде кальцийдің концентрациясының жоғарылауына әкеліп, миокардтың диастолалық босаңсуын төмөндөтеді. Сонымен бірге миофибриллалардың, митохондриялардың кейбір құрылымдарын закымдайтын кальций тәуелді протеазалардың белсенделігі артады. Аталған бұзылыстар кардиомиоциттердің некрозына әкелуі ықтимал. Некроз ошактарының пайда болуынан миокардиодистрофиялық кардиосклероз туындалап, содан жүректің жиырылу функциясы төмөндейді.

Миокардиодистрофия болғанда цитохимиялық зерттеуде және электрондық микроскопияда көптеген ультраструктуралық өзгерістер анықталады: миоциттер ядроларының ұлғаюы, митохондриялардың ісінуі, ішкі мембранның бұзылыстары, липидтер мен эстерленбеген май қышқылдарының көбеюі, лизис ошактарының болуы, рибосомалар санының азаюы, саркоплазмалық ретикулум өзекшелерінің кенеюі. Аталған

өзгерістер бейспецификалық болып табылады. Экстракардиальдік зиянды ықпал тыйылған сон, некроз деңгейіне жетпеген өзгерістер өз-өзінен жойылуы мүмкін.

МКД дамуының 3 сатысын айырады:

I сатысында - миокардтың адаптациялық гиперфункциясы қалыптасады, сол себептен қанайналым гиперкинетикалық түрде жүреді. Оның себебі - симпатоадренал жүйесінің қүшесінің және парасимпатикалық жүйенің тежелуі.

II сатысында - миокардтың шамасыздығын туғызуы мүмкін алмасу - құрылымдық бұзылыстар қалыптасады. Бұл сатыда жүрек шамасыздығын деңгейі жүрек шамасыздығының II ФК дейін жетуі мүмкін.

III сатысында - миокардтың алмасу, құрылымдық, функциялық бұзылыстары ауыр деңгейде болғандықтан, қанайналым шамасыздығының рефлектерлік түрі пайда болады.

Жіктемесі. Барысы бойынша жедел, жеделдеу, созылмалы және миокардиодистрофиялық кардиосклерозben аяқталған түрлерін айырады. Тарапу бойынша ошакты, жайылма болады.

Клиникалық көрінісі. Басты шағымдары: әлсіздік, жүрек тұсының, әсіресе жүрек ұшының шанышып, сыздал ұзак ауруы. Жүрегі ауырар алдында, әдетте науқастың ауыр дene қызметімен шұғылдануы немесе ауыр психикалық күйзелістерге ұшырауы анықталады.

МКД-ның II - III сатыларында аталған белгілерге ентікпе, ауа жетіспеу сезімі, жүректің шалыс соғуы, жүрек қағуы қосылады, аяқтардың ісінуі байқалады. Аурудың объективті белгілері МКД-ның сатысына тәуелді.

I сатыда - жүректің шектері өзгеріссіз, жүрек тондарының дыбыстылығы қалыпты немесе сөл әлсірейді. Дене қызметіне тәуелсіз тахикардия, АК, әсіресе систолалықтың, шамалы жоғарылауы байқалады.

II сатыда - жүректің шегі солға кениді, тондары әлсірейді, шоқырақ ырғағы болуы мүмкін. Жүрек ұшында тұрақты систолалық шу естіледі. Үрғақ бұзылыстарынан экстраситолия, жыбыр аритмия жіңі байқалады және жүрек шамасыздығының белгілері пайда болады.

III сатыда басты орнын алатын - қанайналым шамасыздығының белгілері - ентікпенін, цианоздың қүшесі, үлкен және кіші айналысымда тұрақты іркілістің болуы, жүректің аса кенеуінен атриовентрикулалық какпактардың салыстырмалы шамасыздығының қалыптасуы.

Лабораториялық зерттеу. Электролиттік бұзылыстарды анықтау мақсатымен қан плазмасы және эритроциттер құрамындағы калийдің,

кальцийдін. Натрийдің мөлшерлерін анықтаған маңызды. Эритроциттердегі электролиттердің мөлшері оның кардиомиоциттердегі мөлшерін жобалап анықтау үшін қажет. Рентгендік тексеруде жүректің көлемін, кіші айналымда іркілістің болуын анықтайды. УДЗ көмегімен жүрек камераларының көлемін, оның жырылу қызметін зерттеп бағалайды.

Ем бағдарламасы:

1. Негізгі дерпті емдеу, миокардиодистрофияны туғызытын себепті жою

2. Миокардтағы метаболизмдік процестердің жөнге келтіру
3. Антиоксиданттық ем
4. Миокардиодистрофия патогенезінің кальцийлік механизміне әсер ету
5. Лизосомалық мембранның төзімділігін арттыру (тұракттылау)
6. Миокардтағы ацидоз бен гипоксияны жою
7. Артық бөлінген катехоламиндердің миокардқа тигізетін әсерін тыю
8. Симптоматикалық ем

УДК 616.33-002.44+616.342-002.44

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Г.Ж. БЕССОНОВА

Поликлиника ДВД, г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Тұжырым

Берілген макалада ақсазан мен ұлтабардың ойық жарасының тесілуі жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

In this article given data on perforated peptic ulcer.

Из всех осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки перфоративная язва и желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии считаются наиболее опасными.

Этиопатогенез. Прободение гастродуоденальных язв в большинстве случаев происходит в результате прогрессирования хронического деструктивно-воспалительного процесса в язве. Согласно господствующей в настоящее время инфекционной теории существенная роль в возникновении язв принадлежит хеликобактеру (*Helicobacter pylori*). После прободения язвы желудочное содержимое, попавшее в свободную брюшную полость и имеющее высокую кислотность, действует на брюшину как химический и лишь затем как бактериальный раздражитель.

Перфорации способствуют: обострение воспалительного процесса в язве (обострение язвенной болезни); резкое повышение внутрибрюшного давления; грубые погрешности в диете (при водящие, в том числе к повышению внутрипросветного давления); чрезмерные психические нагрузки; лечение производными салициловой кислоты и глюкокортикоидными гормонами.

Клиническая картина. По особенностям развития и клиническому течению все прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки можно разделить на типичные (открытое прободение) и атипичные (прикрытые). При типичных прободениях, когда язвенный дефект открыт и кислое содержимое поступает в брюшную полость, заболевание клинически проявляется ярко. Его течение условно можно разделить на три фазы (периода).

И фаза так называемого «шока». При излиянии большого количества кислого желудочного содержимого в свободную брюшную полость реакция обширной рецепторной зоны брюшины проявляется остройшей болью в животе, сравниваемой с ударом кинжала («кинжалные» боли). Боль возникает внезапно, локализуется в эпигастральной области, правой половине живота, по всему животу и может отдавать в правое (иногда в оба) надплечье, в область шеи (френикус-симптом). Из общей клинической картины в этот момент наиболее характерна «сосудистая реакция»; больные отмечают появление «мушек» в глазах, головокружение. Больной принимает сидячее или полусидячее положение.

При осмотре — лицо бледное, может быть покрыто потом (как и вся кожа), отмечается цианоз губ. Больные, опасаясь усиления болей, боятся повернуться в постели, занимают вынужденное положение на спине со слегка согнутыми в коленях ногами. Дыхание становится поверхностным, у мужчин переходит в грудной (женский) тип, а глубокий вдох приводит к резкому усилению болей. Артериальное давление часто снижается. При исследовании пульса в начале заболевания может выявляться брадикардия (симптом Грекова), объясняющаяся раздражением ветвей п. vagus, солнечного сплетения, большим количеством агрессивного желудочного содержимого, попавшего в брюшную полость. Однако по мере привыкания к боли и развития воспалительных изменений в брюшине пульс становится нормальным, а вскоре частым.

С помощью поверхностной пальпации, проводимой мягкой, теплой рукой, удается обнаружить тотальное непроизвольное напряжение мышц живота — один из основных симптомов катастрофы в брюшной полости, входящий в триаду Мондора (наличие язвенного анамнеза, «кинжалные» боли, *defence musculare* — мышечная защита). При перкуссии передней брюшной стенки нередко отмечается исчезновение печеночной тупости и замена ее тимпанитом, что обусловлено скоплением вышедшего через прободное отверстие воздуха в области печени. Поскольку прободные язвы локализуются преимущественно в пиlorодуodenальной области, то газовый пузырь чаще всего располагается под правым куполом диафрагмы, реже — под обоими куполами и крайне редко — только под левым.

Наличие свободного газа в брюшной полости — важный диагностический признак, так как перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки — по существу единственное заболевание, при котором этот симптом наблюдается. Однако количество газа, попавшего в свободную брюшную полость, обычно велико, поэтому данный признак встречается сравнительно редко. Гораздо чаще — в 50-85 % случаев — газ в брюшной полости удается обнаружить при рентгенологическом исследовании, хотя отсутствие газа при наличии других симптомов не исключает прободения желудка или двенадцатиперстной кишки. У некоторых больных перкуссия живота позволяет определить притупление отлогих его местах (чаще справа), возникающее из-за скопления в этих отделах излившегося в брюшную полость содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки. В последующем к этому содержимому присоединяется жидкость, сециерируемая брюшиной. Обязательно исследование через прямую кишку при подозрении на перфоративную язву, поскольку при затекании в малый таз желудоч-

ного или дуоденального содержимого обнаруживаются резкая болезненность и нависание слизистой оболочки в области дугласова пространства.

II фаза («мнимого благополучия») наступает через 10-12 ч от начала прободения. Больные могут становиться эйфоричными, отмечают резкое уменьшение в животе, рефлекторная рвота иногда прекращается, нормализуется артериальное давление. Такая картина спонтанной нормализации гемодинамики резко отличает «шок» при прободной язве от истинного кардиогенного шока из которого больных удается вывести только с помощью интенсивных реанимационных мероприятий. При пальпации живота отмечается уменьшение (или исчезновение) напряжения мышц передней брюшной стенки, но нарастает болезненность живота и становится все более отчетливым симптомом Щеткина-Блюмберга.

III фаза (разлитого перитонита) характеризуется ухудшением общего состояния и нарастанием эндогенной интоксикации. Боли в животе усиливаются. Присоединяются икота, тошнота и, нередко, рвота. Температура тела повышается до 37,5-38 °C. Нарастает тахикардия. Живот вздут, напряжен. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перистальтические шумы или ослаблены, или еле прослушиваются, у некоторых больных они отсутствуют. Иногда при перкуссии живота определяется «шум пlesка» ниже мечевидного отростка. В этой стадии клинические проявления разлитого перитонита выступают на первый план, затушевывая симптомы, характерные для прободной язвы. При попадании желудочно-кишечного содержимого в забрюшинное пространство (клетчатку) у больного внезапно возникают боли, иррадиирующие в спину. На протяжении первых двух суток интенсивность болевого синдрома уменьшается. Возникают признаки развития забрюшинной флегмон. Температура тела достигает высоких значений, отмечаются ознобы и тахикардия. Справа от позвоночника на уровне Th10-Th12 появляется припухлость, резко болезненная при ощупывании, нередко с под кожной крепитацией, возникающей вследствие попадания воздуха из забрюшинного пространства в подкожную клетчатку.

Дифференциальный диагноз. Клиническая картина прободной язвы в некоторых случаях является весьма характерной, однако диагностировать это заболевание трудно. Наиболее часто приходится проводить дифференциальный диагноз с острым аппендицитом, холециститом, панкреатитом, непроходимостью кишечника и другими заболеваниями. Однако знание специфических клинических признаков перфоративной язвы и перечисленных заболеваний, как правило, позволяет поставить правильный диагноз.

УДК 616.37-002.1

ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ

А.Б. НИЯЗОВА

Медициналық жедел жәрдем станциясы, Алматы қаласы

Резюме

В данной статье приведены клиника, диагностика и лечение острого панкреатита.

Тұжырым

Берілген макалада жедел панкреатиттің клиникасы, диагностикасы және емі жайлы мәліметтер көлтірілген.

Summary

This article describes clinical features, diagnosis and treatment of acute pancreatitis.

Ұйқы безінің қабынуы (pancreatitis acuta).

Сырқаттың негізінде ұйқы безі паренхимасында, әртүрлі себептерден пайда болатын асептикалық қабыну мен әртүрлі дәрежелі деструктивті процесстер жатады. Бұл ауру кейінгі уақытта жер шары тұрғындарының арасында, солардың ішінде біздің елімізде де өте жиі кездесетін байқалып келеді. Жедел панкреатит әйел жынысты адамдарда, еректермен салыстырғанда, 2-4 есе жиі байқалады (Әлиев М., Баймаханов Б., 1993, Сейсембаев М.А., 1998, Кузин М.И., 1977, Савельев В.С. және басқ., 1983, Филин В.И., 1995 т.б.).

Этиология мен патогенезі. Жедел панкреатиттің басталу себебі ретінде әдебиет көздерінде қоптеген жағдайлар аталуда, сондықтан кейбір зерттеушілер оны полииатиологиялық ауру деп көрсетеді (Шелагуров А.А., 1977, Савельев В.С., 1983 т.б.). Дегенмен ғалымдардың кейінгі кездегі әржакты ғылыми зерттеулерінің нәтижелерінде жедел панкреатит ауруының пайда болуы, негізінде, мына төмендегідей факторлармен тығыз байланысты болып келеді деген тұжырым орын алып отыр (Лопухин Ю.М., Савельев В.С., 1998). Олар: ӨКТПА, холедохолитиаз; он екі елі ішектің үлкен емізікшесінің (Фатер) тарылуы; алкоголь мен майлы тамақты қалыптан тыс колдану; ұйқы безінің жаракаты; ұйқы безіне немесе онымен қатар орналасқан ағзаларға операция жасалу салдары; ұйқы безінде қан айналымының бұзылуы т.с.с. Аталған факторлар, өз кезегінде, ағзаның шығаруышы тұтіктеріндегі қысымның жоғарылауы (гипертензия), қолданылған тағамға жауап ретінде пайда болатын гиперсекрециясын және өт сүйығының ұйқы безі тұтіктеріне қарай рефлюксі тудырады. Сонымен бірге олар панкреатикалық ферменттердің белсенделігінің ағзадан тыс шықпай, яғни тұтік ішінде, артуы сияқты құбылыстардың пайда болуына әсер етеді.

Ұйқы безі тұтіктерінде қысымның жоғарылауы (гипертензия), көбінесе, холедохтың терми-

налды бөлігінің немесе он екі елі ішектің үлкен емізікшесінің (Фатер) өт жолдарындағы тастармен бітелуі және, сол сияқты, он екі елі ішектің үлкен емізікше қысымының (сфинктерінің) спазмымен байланысты болады. Осы аталған және де олардан басқа себептер өт сүйығының ұйқы безінің тұтіктеріне қарай өтуін (рефлюкс) тудырады. Ал өт сүйығы ұйқы безі ферменттерін белсендерітін факторлар қатарына жататыны белгілі қағида. Соңдықтан өт сүйығының ұйқы безі тұтіктеріне қарай ығысуы ферменттер белсенделігінің ағзадан шықпай жоғарылауының негізгі себебі болады.

Ұйқы безі сөлдерінің қалыптан тыс бөлінуі (гиперсекреция) тағамды, әсіресе майлы, көміртегіне бай тамақтарды қалыптан тыс, мөлшерсіз қолданудың нәтижесі. Осылармен бірге жедел панкреатит ауруын тудыратын алиментарлық себептердің арасында алкогольдік ішімдіктердің көп мөлшерде, ретсіз қолдану ерекше орын алады. Панкреатикалық ферменттер белсенделігінің, өт сүйығының рефлюксі арқасында, ағзадан тыс шықпай, тұтік ішінде, жоғарылауы жедел панкреатиттің пайда болуының шешуші факторы болып есептеледі. Эрине, арнайы әдебиет көздерінде ұйқы безінің жедел қабынуын тудыратын аталған жағдайлардан да басқа қоптеген себептер көрсетіледі. Олар туралы мәліметтерді арнайы мақалалар мен монографиялардан табуға болады.

Сонымен, жоғарыда аталған факторларды және олардың өсерлерін қорыта келе жедел панкреатит ауруының негізінде ұйқы безі ферменттерінің (трипсиноген, эластаза, липаза, фосфолипаза т.б.) белсенделігінің артуы жатады деген тұжырымға келуге болады. Бұл жағдай, өз кезегінде, ұйқы безі паренхимасының белсенделенген ферменттермен закымдануынан туатын процестерге, атап айтқанда әуелі сулы ісінудің (отек), ал одан соң ағза тінінің некрозы-

на әкеледі. Ферменттер белсенділігінің арту себебінен трипсиногеннің трипсинге айналуы каллекреин — кинин жүйесін қоздырып, биологиялық белсенді брадикинин, гистамин, серотониндердің шығуын жеңілдетеді. Олар, өз кезегінде, физиологиялық процестерге теріс әсерін көрсетеді де, жедел панкреатитке тән өзгерістер туды (панкреатогендік улану, ағза микроциркуляциясының, орталық және перифериялық гемодинамиканың бұзылуы т.с.с.).

Осы өзгерістерге қарай жедел панкреатиттің үш фазасын айыруға болады. Бірінші фазасы — сулы ісіну (отек), екіншісі — некроздану және үшіншісі — іру мен секвестрлену фазалары (Филин В.И., Костюченко А.Л., 1995). Сыркаттың алғашқы екі фазасы асептикалық, яғни микробтар қосылмай тұрған жағдайда өтеді. Ал қабынудың үшінші фазасында, әдетте, вирулентті инфекция қосылады да, ол ірінді-некроздаған (инфекциялық-некрозды) панкреатитке айналады. Кейбір пациенттерде жедел панкреатит ауруы мен өт қуығының қабынуды қосарласа кездеседі де холецистопанкреатит деп аталатын ауру тудырады.

Клиникалық корінісі. Жедел панкреатиттің клиникалық сипаттамасы өртүрлі болып бөлінеді. Ол, көбінесе, аурудың даму кезеңіне, организмнің улана дәрежесіне, ауру адамның жасына, оның қосымша ауруларына байланысты болып келеді. Аурудың тұрақты және барлық пациенттерде анықталатын белгісі ол ауру сезімі. В.С.Савельевтің (1986) айтуынша табигатта ауру сезімісіз жедел панкреатит кездеспейді. Бұл сезімнің жедел панкреатит ауруына тән ерекшелігі, ол интенсивтігі (күші) жағынан өте қатты болып келеді. Осы себептен ол кейбір пациенттердің тіпті шок жағдайына жеткізуі мүмкін. Ауру сезімі, әдетте, жоғарыда көрсетілген алиментарлық факторлардан соң туды және эпигастрый тұсында денені айнала орналасады («белбеу бойын қуалай» орналасатын ауру сезімі). Атальыш сезім төс сүйегі артына, бел, екі бүйір, жауырын тұстарына таралуы ықтимал. Аурудың екінші бір жиі кездесетін белгісі ол құсу құбылысы.

Бұл белгі жедел панкреатитке шалдықкан адамдардың 80% шамасында анықталады. Бұл құбылыстың, басқа ауруларда да кездесетін құсадан айырмашылығы, ол оның бірнеше рет (ауру адамды шаршатында) қайталанып келуі және, әдетте, басқа сыркаттарда құсадан соң туатын жеңілдену сезімі жедел панкреатитте болмайды. Сонымен қатар, құсу феноменімен байланысты көңіл аударатын бір ерекшелік, ол кейбір пациенттердің құсадан соң, ауру сезімінің өрши түсетініне шағымдануы. Бұл жағдайды

зерттеушілер құсу үстінде өт және панкреатикалық тұтіктердегі қысым деңгейінің жоғарылай тұсуімен түсіндіреді. Объективті зерттеуде, ауру барысының алғашкы кезеңдерінде, пациенттердің жалпы жағдайлары ауыр болуына қарамай, айттарлықтай өзгерістер анықталмауы да мүмкін. Дегенмен, кейбір ауру адамдардың тері қабаттарының бозаруы, бет аймағының жеңіл-жеңіл цианозы, көз бен терінің сарғыштану белгілері байқалуы мүмкін.

Іштің жоғары бөліктері кебінкіреп, сол жерді пальпация тәсілімен зерттегендеге ауру сезімі анықталады. Іштің алдыңғы қабатын құрайтын бұлшық еттердің катауы анықталмайды. **Мейо-Робсон** (сол жактағы қабырға доғасы мен бүйірді басқанда туатын ауру сезімі), **Воскресенский** (эпигастрый тұсында қолқа тамыры (аорта) пульсациясының анықталмауы) белгілері он нәтижелі болады. Перкуссия іштің жоғарғы бөліктерінде тимпанит дыбысын анықтайды. Аурудың даму барысында объективтік белгілер анық біліне бастайды. Жоғарыда аталған белгілермен қатар **Мондор** (іш және кеуде тұстарындағы тері қабаттарының мрамор түстес болып өзгеруі), **Грей-Тернер** (он және сол жақ бүйір тұстарының цианозы), **Кулен** (кіндік тұсының цианозы), **Керте** (пальпация тәсілі эпигастрый тұсында байқалатын резистенттік анықтайды), **Раздольский** (перкуссия без проекцияланатын жерде ауру сезімін тудырады), **Халстед** (іштің алдыңғы қабатының цианозы) т.б. белгілерді анықтауға болады.

Лабораториялық және биохимиялық зерттеулер жедел панкреатит ауруын анықтаудағы жәрдемі зор және олардың көрсеткіштері аурудың даму кезеңдеріне (фазаларына) сәйкес өзгереді. Сулы ісіну кезеңінде лейкоциттер мөлшері көп жоғарыламайды, ал некроздану, секвестрлену, іріндеу кезеңдерінде лейкоцитоз көрсеткіштері $15-17 \times 10^9/\text{л}$ деңгейлеріне жетеді. Қанда үйкі безі ферменттерінің (диастаза, амилаза, липаза т.б.) деңгейлері жоғарылайды және гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия байқалады. Зәрде протеинурия, цилиндрурія, микрогематурия анықталуы ықтимал.

Аспаптық зерттеулер арасында жедел панкреатит диагнозын дәлелдеуде УДЗ, компьютерлік томография, рентгенологиялық, ангиографиялық және лапараскопиялық тәсілдердің маңызы үлкен. Жоғарыда аталған лабораториялық, биохимиялық, аспаптық зерттеулер жедел панкреатиттің патобиохимиялық, патоморфологиялық, түрлерін, панкреатиттік перитонитті, өт жолдарының науқастарын анықтауда маңызы жоғары бағаланады.

УДК 617.54-001

ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

М.А. НУРЫМОВА

Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

Резюме

В данной статье приведены сведения о травме грудной клетки.

Тұжырым

Берілген макалада кеуде күйсінін жаракаты жайлы мәліметтер келтірілген.

Summary

This article gives information about injury of chest cage.

Выделяют одно- и двусторонние повреждения груди; открытые и закрытые травмы груди; непроникающие и проникающие ранения груди (в зависимости от целостности плевральной плевры); сочетанные и множественные закрытые травмы. Следует отдавать отчет в том, что и при сохранной целости плевральной плевры могут возникать смертельные гемоторакс или тампонада сердца. При огнестрельных ранениях большая тяжесть внутриполостных разрушений и сопутствующих им осложнений определяет гораздо более высокий уровень летальности (примерно в 10 раз).

Клокочущий или стридорозный характер дыхания указывает на механическую непроходимость ВДП и требует немедленной аспирации мокроты, слизи, крови. При напряженном пневмотораксе пункция плевры широкопросветной иглой и последующее ее дренирование являются главным диагностическим и реанимационным актом. При гемотораксе установка «нижнего» дренажа позволяет быстро уточнить объем и характер внутриплеврального кровоизлияния, реинфузировать излившуюся кровь и сделать вывод о необходимости оперативного вмешательства. «Сосущая» рана грудной стенки нуждается в закрытии окклюзионной повязкой.

Диагностическая пункция перикарда не только проясняет диагноз тампонады сердца, но и после удачной аспирации облегчает сократительную функцию миокарда. Расположение раны на проекции сердца или тяжелое повреждение передней грудной стенки, когда они сопряжены с критическими легочно-сердечными расстройствами, с большой достоверностью свидетельствуют о тампонаде перикарда либо ушибе сердца. Проникающий характер ранения плюс тяжелые нарушения гемодинамики, как правило, указывают на развитие массивного гемоторакса. Прямая направленность сильного удара, приводящая к тяжелым дыхательным расстройствам,

должна наводить на мысль о возникновении разрыва крупного бронха или диафрагмы.

О ведущей роли преимущественно вентиляционных расстройств свидетельствуют цианоз, набухание вен шеи и верхней части туловища, нарастающая одышка, подкожная и межмышечная эмфизема, деформация и патологическая подвижность грудной клетки, снижение глубины и продолжительности вдоха и выдоха, обилие разнокалиберных хрипов во всех отделах обоих легких. Однако отсутствие перечисленных признаков отнюдь не исключает существования глубоких расстройств газообмена, распознаваемых по данным газового состава артериальной крови (КОС) и результатам других исследований. Выключение из акта дыхания одной половины грудной клетки обычно связано с накоплением воздуха и крови в плевральной полости.

При ранениях трахеи в шейном отделе воздух поступает через рану синхронно с дыхательными циклами. В случае повреждения трахеи и главных бронхов в грудном отделе возникают кровохарканье или внутрилегочное кровотечение с нарастающей клинико-рентгенологической картиной эмфиземы средостения. Разрыв пищевода ведет к менее выраженной эмфиземе средостения; его без труда диагностируют по выходу контрастного вещества за пределы органа и быстро нарастающей симптоматики острого медиастинита. Диагностика пневмоторакса основывается на уменьшении дыхательных экскурсий груди, набухании шейных вен и наличии подкожной эмфиземы на фоне высокого (коробочного) перкуторного звука, смешения границ средостения, исчезновения шумов. Резко выраженные гемодинамические расстройства, сопутствующие ранениям и травмам груди, принято обозначать термином плевропульмонального шока. Главную патогенетическую роль в развитии плевропульмонального шока играют две причины: массивное

внутреннее кровотечение и первичное угнетение жизненно важно насосной функции сердца как следствие его прямого повреждения.

В диагностике шока нельзя удовлетворяться только одним симптомом – артериальной гипотензией, ибо благодаря действию компенсаторных механизмов на уровне АД временно может не отражаться утрата даже значительных объемов крови (до 25-30% ОЦК). В начальном периоде шока более информативны такие симптомы, как учащение пульса, одышка, бледность и снижение температуры кожи. К падению АД при тяжелых повреждениях груди могут приводить не только кровопотеря и сопутствующая ей гиповолемия, но и глубокая гипоксия, ацидоз, которые приводят к сокращению венозного возврата к сердцу - неизбежных спутников пневмоторакса.

Гиповолемию распознают по сниженному уровню ЦВД, уменьшению продукции мочи. Для гемоторакса характерны те же физикальные признаки, за исключением симптома набухания шейных вен. На стороне повреждения определяется массивное притупление перкуторного звука. Острые тампонады сердца характеризуются яркой картиной предельно тяжелых гемодинамических расстройств. Пульс малого частого характера быстро исчезает на периферических артериях и определяется лишь на крупных. АД резко снижено или не определяется вовсе. ЦВД повышенено, сердечные тоны глухие, ослабленные. Однако на этом фоне критические расстройства дыхания, как правило, отсутствуют, если только ранение не приводит к возникновению массивного гемоторакса, способного маскировать картину тампонады перикарда. В диагностике ушиба сердца важную роль играет ЭКГ, хотя ЭКГ-картина контузии сердца в целом отличается полиморфизмом. Повреждение аорты и ее ветвей можно заподозрить по разнице пульсации справа и слева на сонных артериях и сосудах конечностей. При аусcultации иногда слышен шум над местом повреждения аорты. Всякое улучшение, ухудшение или отсутствие динамических изменений приобретает смысл диагностическо-

го критерия и влияет на формирование показаний к неотложному вмешательству. Для рентгенографии груди больного по возможности следует посадить или придать верхней половине туловища возвышенное положение. Ценность первой рентгенограммы состоит не только в обнаружении патологических изменений.

В последующем первичная рентгенограмма является основой для сравнения новь возникающих рентгенологических изменений. В ходе изучения рентгенограммы последовательно оценивают:

1. Целостность костных структур.
2. Наличие инородных тел.
3. Наличие воздуха и жидкости в обеих плевральных полостях.
4. Контуры средостения и диафрагмы.
5. Характер легочного рисунка.
6. Наличие контузионных очагов в легких.

Расширение тени средостения – основание для подозрения на повреждение пищевода и разрыва аорты, других крупных сосудов груди. При не изменяющейся картине расширения средостения прибегают к контрастным методам рентгенологического исследования. Диффузные очаговые затемнения над легочными полями подтверждают диагноз ушиба легкого. Разрыв диафрагмы распознают по высокому стоянию ее контура, негомогенному затемнению округлыми участками просветления на фоне гемоторакса.

Пролабирование в плевральную полость внутренних органов живота иногда принимают ошибочно за высокое стояние желудка с наличием газового пузыря в его просвете. В неясных случаях постановке диагноза разрыва диафрагмы способствуют рентгеноконтрастное исследование желудка, толстой кишки, а также наложение пневмoperitoneума. Рентгенологически отличить высокое стояние диафрагмы от скопления крови в плевральной полости удается с помощью бокового снимка груди. Встречающийся разрыв правого купола диафрагмы можно диагностировать по высокому стоянию и смешению вверх нижнего края печени.

УДК 614.88:616-083.88-035

КҮЙГЕНДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Б.А. ДАНЕНОВА, М.А. НУРЫМОВА, Г.Д. ЕСЕМУРАТОВА,
А.М. ШАКЕБАЕВА, Г.Ж. БЕССОНОВА, К.М. МАТКАРИМОВА

Медициналық жедел жәрдем станциясы, ҰОСМ госпиталі,
Ішкі істер департаменті емханасы, «Заря Востока» АМСКО, Алматы қаласы

Резюме

В данной статье приведены сведения об оказании скорой медицинской помощи при ожогах и ее лечение.

Тұжырым

Берілген макалада күйгендеге медициналық жедел жәрдем көрсету және емдеу жайлы мәліметтер көлтірілген.

Summary

This article contains information about how to provide emergency care for burns and its treatment

Күйгендеге жедел көмек көрсеткендегі ен бірінші әрекет жаңып жатқан киімдерді, отты сөндіру. Ол үшін өртенген киімдерді жылдам шешіп тастау керек немесе жаңып жатқан жерді басқа бір матамен жауып сөндіруге болады. Өртеніп жүгіріп жүргенді қалайда жылдам ұстап жерге жығып, күйіп жатқан киімдерін басып сөндірген жөн болады. Өртті сөндіруге ылғалды заттарды пайдаланған дұрыс топырак, құм немесе ылғалданған маталар және т.б. Өртенген адамға су шашып құю арқылы сөндіруге болады, ал жазғы мезгілдерде суға сұнгітіп сөндірген жөн. Өрт аумағынан шығарда тыныс жолдарын сактау немесе жаракатын азайту үшін, шамасы барлары жылдам мұрын-ауыздарын суланған матамен басып алғаны жөн.

Оқиға болған жerde жаракаттанған адамды тексеру, оған көрсететін көмек жылдам да және ретімен ойланып жасалуы керек. Жаракаттың жалпы жағдайына қоңіл аударғанда оның есінің бар-жоғын анықтаған жөн. Женіл күйік алғандар, әдетте, жарасының қатты ауыруынан шыдамсызданып қатты козғалып, жылдам көмек сұрап бақырады. Қөлемді түрде және терен күйгендеге жаракаттанған адам жарасының ауырғанын айттып бақырмайды, тек қана дірілдеп тоңып, қатты шөлдеп су сұрайды. Егерде есі ауытқыған немесе жоқ болса, онда адам күйгендеге заттардың қалдықтарымен, алкогольмен, әлде басқада заттармен уланған немесе күйіктен баскада жаракат алған. Әрине, жылдам көмек көрсету үшін, бүндай жағдайда есінің неден жоқтығын тез анықтау керек. Керек болған жағдайда қаралайын реанимациялық жедел көмек көрсету керек (жабық жүрек массажы, ауыздан-ауызға, ауыздан-мұрын арқылы дем алдыру). Реанимациялық жедел көмек жүрегі мен тынысы тоқтап қалған жаралыларға жүргізіледі.

Әдетте, дәрігерге дейінгі көмек жаракат ошағының қасында болғандықтан, алғашқы көмектер бүнда да көрсетіледі. Негізінен оларды есі, жүрек қызметі және тынысы бұзылғандарға бөледі. Мүмкіндік болса анальгетиктер, жүрек және тыныс аналептикері жасалынады. Ауыр жаракаттардың шөлін басу үшін тұзды-сілтілі су беріледі (бір литр суға жарты шай қасық тамақ содасы және бір шай қасық ас тұзы салынған). Алғашқы көмектін ен негізгі ауырсынуды басу немесе азайту. Жарапылардың көбісі ауырғанын басатын дәріні керек етеді. Әскери-далалық жағдайларда жаралының өзі немесе жолдасының көмегімен шприц-тюбик арқылы өзіне ауырғанын басатын дәрі жібереді. Ауыр күйгендеге жаракатка бұны санитар немесе санитарлық нұсқаушы жасайды. Ал қазіргі тыныштық мезгілінде ондай көмекті жедел жәрдемге келген медициналық қызметкерлер көрсетеді.

Күйгендеге жерлерінің жарасын ластанудан және қосымша жаракаттанудан сактау үшін киімін кесіп босатып, жара бетін дәкемен жауып байлап тастайды. Ауруханаға дейінгі тасымалдауға кететін уақытта күйіктік шокқа қарсы емдерді бастау үшін, ен маңыздысы қөлемді және терен күйгендеге жарасының пайыздық қөлемін шамамен анықтау. Электр тоғы сокқандағы алғашқы көмек негізінен тоққа ұшыраған адамды электр жүйесінен шығарып алу, себебі тоқтың салдарынан бұлшық еттері жиырылып қалғандықтан, ол адам өзін-өзі босата алмайды. Көмек кезінде қауіпсіздікті сактау үшін көмекші бар болса резинка колғап, етік киіп, болмаса аяғының астына құрғақ мата төсеп, адамды киімнің етегінен немесе женінен тартып, тіпті болмаса аяғымен теуіп тоқтан ажырату керек. Әрине, тоқты ажырататын арнайы мүмкіндіктер болса соны пайдаланған жөн.

Электр тоғынан босатқаннан соң, токқа ұшыраған адамға жедел медициналық көмек көрсетілуі қажет. Шалқасынан жатқызып, жақсы тыныс алу үшін түймелерін босатып, бетіне, кеудесіне сұық су шашып, мұсәтір спиртін иіскетіп, қатты-қатты дем алдырады. Өздігінен тыныс алмаса, ауыз бен ауыз немесе аппарат арқылы дем алдырады, керек болса жабық жүрек массажын жасайды. Электр тоғы сокқанда есінен айрылған жаракаттардың барлығы да міндettі түрде ауруханаға жатқызылып 2-3 тәулік маман дәрігердің бакылауында болуы тиіс. Оттан болған күйік жарасының өзіндік ерекшеліктері болады. Дегенмен, негізінен әдеттегі күйік жарасында колданылатын емдерді пайдаланады, яғни жараны некроздалған тіндерден тазартып, жара орны грануляциялы тіндермен толғаннан кейін, тері отырғызу (аутодермопластика) операциясын жасайды. Тоқтан болған күйік жарасы көбінесе терен болғандықтан, кейде аяқ немесе колдарына ампутация да жасауға тұра келеді.

Химиялық күйік мезгілінде адам организмінде жалпы өзгерістер аз байқалады, сондыктan да күйіктік шок өте сирек кездеседі. Уақытында көмек көрсетілмей химиялық заттар денеге сінген мезгілде ғана жалпы улану байқалуы ықтимал. Дер кезінде көрсетілген алғашқы көмек химиялық күйіктен сақтануға мүмкіншілік береді. Сондыктan химиялық зат тиген киімді жылдам шешіп тастаған жөн. Химиялық күйіктердегі алғашқы жедел жәрдемнің негізігі максаты, күйген жердегі химиялық күйдіргіш заттардың әсерін жылдам токтату. Алғашқы жәрдем неғұрлым жылдам болса, солғұрлым нәтижелі болады. Ол үшін жылдам краннан су ағызып, күйген жерді 10-15 минут ағын судың астында ұстап жуған жөн болады. Егер жарадан химиялық заттың иісі кетсе, онда көрсетілген көмектің дұрыс және әсерлі болғандығының айғағы. Ағын сумен жуып болғаннан кейін, жара бетін лимон кышқылының ерітіндісімен (сілтімен күйгенде) немесе тамақ содасының ерітіндісімен (қышқылмен

күйгенде) шайып жуады да, сосын таза дәкемен байлап тастайды.

Химиялық өнімдер шығаратын зауыттарда не месе басқа да химиялық заттармен байланысты мекемелерде істейтін жұмысшылардың барлығы да қауіпсіздік ережесін жақсы білуі керек және міндettі түрде орындауы шарт. Сонымен катар, көрнекті жерде химиялық күйдіргіш заттардың тізімі және оған қарсы колданылып күшін жоятын заттардың кестесі ілулі тұруы керек. Мекеменің деңсаулық бөлмесінің дәрі қорабында бұл заттардың барлығы да міндettі түрде сақталуы керек. Окиға болған жерде алғашқы жедел жәрдем көрсетілгеннен кейін, жаракатты ауруханаға тасымалдауды үйімдастыру керек. Ең алдымен есі, тыныс жолдары бұзылғандарды, жану өнімдерімен уланғандарды, сонымен катар күйіктік шоктағыларды тасымалдауға кіріседі. Ол үшін тасымалдау алдындағы және жол кезіндегі емдеу әрекеттерін үйімдастырады. Егер аурухана жақын болып, оған жаракатты 30 минутта жеткізуге болатын болса, онда жолшыбай емдеудін керегі жоқ, егер 1-1,5 сағат уақыт керек болса, онда ауырсынуды басатын анальгетиктер жасайды: тамырға не бұлшық етіне 2 % - 1 мл пантапон және пипольфен қосып салады, керек болса жүрек дәрілерін және тынысты жақсартатын дәрілер (1 мл 10 % кофеин, 1-2 мл кордиамин, 0,06 % 1 мл коргликон, 20 мл 40 %. глюкозага қосып салады), тынысты жақсарту үшін спазмды басуға кан тамыраға 10 мл 2,4 % эуфиллин ертіндісін салады, мүмкіндік болса шөлін бәсендету үшін су, тұзды-содалы сусын, ыстық шай немесе кофе берген жөн. Егер жол уақыты 1,5 сағаттан асатын болса, онда жол мезгілінде қан тамыры арқылы күйіктік шокқа қарсы ертінділер құяды: стабизол немесе рефортан (250-500 мл), глюкоза (5 % ертіндісі 500 мл) және манитол (15 % ертіндісі (200-400 мл). Көлемді және терен күйгендерді, көп факторлы жаракат алғандарды ауруханага жеткізгенге дейінгі кезеңдегі жүргізгілетін емдер, міне, шамамен осында болуы керек.

УДК 616.24-002:579.862-053.2 (574-25)

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША 0-5 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ПНЕВМОКОККЫ ПНЕВМОНИЯНЫ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРИ

И.К. ТУЛЕБАЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

Резюме

Основной целью данной работы было показать высокий уровень заболеваемости пневмонией детей от 0 до 5 лет, проживающий в г.Алматы, и госпитализированных в №1 Городскую детскую инфекционную клиническую больницу. В ходе работы были использованы следующие методы: информационный – анализ отечественной и зарубежной литературы, социально-гигиенический – выкопировка данных, статистический – обработка данных в программе EpiInfo.

Тұжырым

Осы жұмыстың түпкі мақсаты Алматы қаласында тұратын және 0 мен 5 жасқа дейінгі балалардың пневмонияға шалдырып №1 қалалық бала инфекция клиникалық аурұханага жатқызылғандардың саны биік деңгейде екендігін көрсету. Жұмыс барысында келесі әдістер колданған: акпараттық, отандық және шетел өдебиеттің талдауы, әлеуметтік-гигиеналық статистикалық мәліметтерді көшіруі-EpiInfo бағдарламасындағы деректерді өндеду.

Summary

Main objective of the given work was to show high level of disease of a pneumonia of children from 0 till 5 years, living in Almaty, and hospitalized in №1 City children's infectious clinical hospital. During work following methods have been used: information - the analysis of the domestic and foreign literature, socially-hygienic - copying the data, statistical - data processing in program EpiInfo.

Төменгі тыныс жолдарының жедел инфекциялары балалар арасында сырқаттанушылықтың жиі себебі болып табылады [1]. Осы инфекциялардың ішінде пневмония – ең ауыры. Ол дүние жүзі бойынша балалар арасында сырқаттанушылық пен өлімнің бірден-бір себебі болып табылады.

Пневмония өкпе паренхимасының закымдаңып, альвеолалардың эксудатпен, қабынған жаушалар мен фибринмен толуы нәтижесінде болатын қабыну үрдісі [2].

Пневмонияның негізгі себебі бактериалды немесе вирусты инфекция болып келеді. «Тұракты» патогенді бактериалды қоздырғыштар арасында пневмококтар манызды роль атқарады.

Дүние жүзілік деңсаулық сақтау үйімінің (ДДҮ) мәліметі бойынша пневмококкты инфекция әлемнің барлық аймағында сырқаттанушылық пен өлімнің негізгі себебі болып табылады [2]. Пневмококкты инфекцияның ауыртпалығы кішкентай балалар, егде жастағы адамдар мен созылмалы аурулары бар адамдар арасында жоғары болып келеді.

ДДҮ мәліметтері бойынша жыл сайын пневмококкты инфекциядан 1,6 миллион адам қаза табады, олардың 700 мыннан 1 миллионға дейінгілері негізінде дамып келе жатқан елдерде тұратын 5 жасқа дейінгі балалар [2].

Қазақстанда 2008 жылы 5 жасқа дейінгі балалар арасында пневмонияның 67660 жағдайы тіркелді. 2008 жылы 5 жасқа дейінгі балалар арасында 8225 өлім тіркелсе, олардың 2500 жағдайы 1 ай мен 5 ай арасындағы балалар арасында тіркелді. Пневмониядан өлген осы жастағы балалардың үлес салмағы жылына 60% немесе 1500 жағдайды құрайды.

Елімізде пневмония бойынша ауыртпалықтың жоғары болуына байланысты, сырқаттанушылықты зерттеу бойынша жұмыс жасалынды.

Зерттеу Алматы қаласындағы №1 Қалалық балалар жұқпалы клиникалық аурұханасында мәліметтерді жинау жұмыстары жүргізілді. Зерттеу объектісі ретінде «Стационарлық науқастың медициналық картасы» 003/у формасы алынды. Зерттеу бірлігі болып №1 Қалалық жұқпалы аурулар клиникалық аурұханасындағы» 0-5 жас аралығындағы пневмония диагнозы койылған Алматы қаласының тұрғыны алынды.

Пневмониямен ауырған балаларға жас топтары бойынша талдау жасағанда нәтижелер төмендегідей болды: 1 жасқа дейінгі және 1 жастағы балалар арасында сырқаттанушылық деңгейі жоғары, көшірме алынған екі жыл мәліметтің салыстыра келгенде, 2010 жылы 1 жасқа дейінгі балалар арасындағы сырқаттанушылық

денгейінің (37,8%) 2009 жылға қарағанда (26,5%) жоғарылағаны анықталды.

Көшірме бойынша жиналған мәліметтен 2009 жыл мен 2010 жыл көрсеткіштерін салыстыра келгенде, 2010 жылы сырқаттанушылық дengейінің жоғарылағаны анықталады.

1 кесте. Науқастардың жас бойынша сипаттамасы (2009-2010 жылдардағы көшірме мәліметі бойынша), %.

Жасы	Жылдар		
	2009	2010	Барлығы
1 жасқа дейін	26,5	37,8	36,3
1 жас	41,2	30,4	30,4
2 жас	20,6	14,8	14,8
3 жас	7,8	11,1	11,8
4 жас	3,9	5,9	6,7
Барлығы	100	100	100

2 кесте. Алматы қаласы бойынша сырқаттанушылықтың аудандар арасындағы таралуы, %.

Аудан	Сырқаттанушылық дengейі
Алатау	15,2
Алмалы	11,8
Әуезов	22,8
Бостандық	10,1
Жетісу	10,1
Медеу	14
Түрксіб	16

Зерттеу жүргізілген жылдарда Әуезов, Түркісіб, Алатау және Медеу аудандарында сырқаттанушылықтың жоғары болғаны анықталды.

Сырқаттанған балалар арасында ұйымдастырылған балалардың үлес салмағы 8,8%, қалған 91,2% балалар – ұйымдаспаған.

Көшірме картасының екінші бөлімінде клиникалық мәліметтер зерттелген. Алынған көшірмелер нәтижесі келесідей болды: 81,4% жағдайда ошақты, 30,4% жағдайда созылмалы, 24,5% бір жақты және 69,6% екі жақты пневмония тіркелген.

Ауру нәтижесі бойынша, 0,4% жағдайда ғана емделу нәтижесі сауығумен аяқталған, 1,6% жағдайда науқас балалар Қалалық клиникалық аурулар ауруханасына көшірілсе, 98% балалар жағдайының жақсаруымен ауруханадан шығарылған. Демек, ол балалар толық емделмеген деуге болады.

Үшінші бөлімде пневмония жағдайының клиникалық белгілері бейнеленген: қызба, жәтел,

демікпе және аускультация жүргізген кездегі сырылдар туралы мәлімет көрсетілген.

3 кесте. Көшірме картасы бойынша 2009-2010 жж. тіркелген балалар арасында пневмонияның негізгі клиникалық белгілерінің үлес салмағы, %

Жыл	Қызба		Жәтел		Демікпе		Сырылдар	
	Оң	Теріс	Оң	Теріс	Оң	Теріс	Оң	Теріс
2009	89,2	10,8	99	1	60	40	70	30
2010	99,2	0,8	98,5	1,5	64,4	35,6	97	3

Кестеде келтірілген мәліметтер бойынша, екі жыл мәліметін салыстыра келгенде, 2010 жылы тіркелген балалар арасында жоғары қызба, демікпе және аускультация кезіндегі сырылдардың кездесу жиілігі жоғары екенін көреміз.

Төртінші бөлімде зертханалық мәліметтер туралы ақпарат көрсетілген. Сырқатнамалардан көшірме жүргізу барысында ауруханада тіркелген балаларға инфекциялық сырқаттың этиологиясын анықтау мақсатында ешқандай зертханалық зерттеулер жүргізілмегендігі анықталды. Соның нәтижесінде, барлық сырқаттанған балаларға Аурулардың 10 Халықаралық жіктемесі бойынша J18 – этиологиясы белгісіз пневмония диагнозы қойылған.

Зерттеу жүргізілген екі жыл мәліметін саралай келе, 1 жасқа дейінгі және 1 жастағы балалар арасында сырқаттанушылық дengейінің жоғары екендігі анықталды. Пневмонияның клиникалық белгілері бойынша 81,4% жағдайда ошақты, және шамамен 70% жағдайда екі өкпені камтығаны анықталды, ол қабыну үрдісінің ауыр екендігін көрсетеді.

Ауру нәтижесі бойынша ауруханадан шықкан балалардың басым көшілігі (98%) жағдайының жақсаруымен ғана шығарылған.

Тіркелген балаларға пневмонияның этиологиясын анықтау үшін зертханалық зерттеу жүргізілмеген. Осылан орай, емдеу шарасын бастамас бүрын, пневмонияның этиологиясын анықтау бойынша жұмыстар жүргізу керек. Ең қаралайым әдіс – бактериологиялық әдіс болып табылады.

ҚОЛДАНЫЛГАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. McCracken Jr G. Etiology and treatment of pneumonia / Jr G. McCracken // Pediatr Infect Dis. – 2000. – P. 373-7.
2. WHO Weekly Epidemiological Record / World Health Organization. - 2007. - №1/2. – P. 93–104.

УДК 613.15+614.715+504.75.05-053.21.6(574.25)

АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУҮНЫҢ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АҒЗАЛАРЫНА ЗИЯНДЫ ӘСЕРІ

Ш.А. БАЛҒЫНБЕКОВ, Ж.Б. ШІЛДЕБАЕВ, Г.Т. АМАНОВА

Абай атындағы Қазақ Ұлттық педагогикалық университеті, Алматы қаласы

Резюме

В статье изложены данные о загрязнении атмосферного воздуха в современных условиях и его влиянии на организм и здоровье детей и подростков, а также указаны источники загрязнения воздушного бассейна города Алматы.

Тұжырым

Қазіргі кезде Алматы қаласы сияқты ірі мегаполисте атмосфералық ауаның ластануы және оның балалар мен жасөспірімдер организміне теріс әсері. Қала аумақындағы ауа бассейнінің тазалығын жақсартуға және балалар мен жасөспірімдер денсаулығын қорғауға бағытталған арнайы іс-шаралар бағдарламасын дайындал, оны іске асыруды шүғыл түрде колға алу қажет.

Summary

There is data about the atmospheric air pollution in the present-day and its impact on the organism and health of children and adolescents, and also the sources of environment pollution in the Almaty city in the article.

КР Президенті Н.Ә. Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдаған «Қазақстан-2030» Стратегиялық Даму бағдарламасында қоршаған орта мен экологияның тазалығы ұзак мерзімді басымдықтардың бірі ретінде көрсетілген [1].

Әлемнің көптеген елдерінде жүргізілген ғылыми зерттеулер соңғы жылдары қоршаған ортандың - атмосфералық ауаның, жер топырағының, су көздерінің ластануы жылдан-жылға күшейіп отырғанын көрсетуде. Қоршаған ортандың әртүрлі заттармен ластану көздері адамның шаруашылық іс-әрекетімен (өндірістік, көлік қатынастары, тұрмыстық, ауыл шаруашылық т.б.) тығыз байланысты [2].

Атмосфералық ауаның адам тіршілігінде аса маңызды роль атқаратын қоршаған орта факторларының бірі екендігі белгілі. Ауасыз адам ағзасы бірнеше минут қана тіршілік ете алады. Атмосфералық ауаның құрамында оттегі 20,93 көлемдік пайызды, азот 78,1 пайызды, көмір қышқыл газы 0,03-0,04 пайызды және инергті газдар 1,0 пайызды құрайды. Кейінгі жұз жылдықта жердің атмосфералық қабатындағы көмірқышқыл газының мөлшері 300 млрд тоннаға арткан. Атмосфералық ауа CO, CH₄, күкірт қос totығы, азот totығы сияқты газдармен қатар әртүрлі үшқыш органикалық қосылыстар, бензаперин, мышьяк, синап, бром, ванадий, марганец, фтор, цинкпен және т.б. көптеген химиялық заттармен ластануда.

Атмосфералық ауаның химиялық құрамының немесе физикалық қасиеттерінің өзгерістері организмге әсер етіп, адамның денсаулығы мен көніл-күйінде, жұмысқа қабілеттілігінде көптеген патологиялық ауытқулар мен аурулар тудырады.

Атмосфералық ауаны ластауши заттарды 3 топқа бөліп қарастыруға болады:

1. Қатты заттар (шан): топырақ шаны, ғарыштық шан, теңіз шаны, өндірістік шан (кул тозандары, күе, толық жанып үлгермеген заттар қалдықтары, синап, корғасын, бром, фтор, сулема, ванадий, марганец, мырыш, никель, т.б. заттар), радиоактивті шан.

2. Сұйық заттар (бу): улы тұман, қышқыл жанбыры.

3. Газ тәрізді заттар: көмір қышқыл газы (CO₂), угар газы (CO), көмір сутегі (CH₄), күкірт диоксиди, азот totығы, үшқыш органикалық қосылыстар.

Атмосфералық ауадағы шаның құрамындағы қатты заттардың өлшемдері 0,1 микроннан 100 микронға дейін болуы мүмкін. Қатты заттар тобына жататын топырақ шаны ауаға ауыл шаруашылығында жерді өндеде барысында, көліктің қозғалысы, жел, дауыл соққанда көтеріледі. Ғарыштық шан жер атмосферасына ғарыштағы майда қатты тозан заттардың конуы нәтежиесінде пайда болады. Алайда ғарыш шанының атмосфералық ауаның ластануында айтартықтай маңызы жок. Теңіз шаны теңіздеңі толқулар кезінде тұзды судың майда шашырандыларының кеүіп, ауаға көтерілуі нәтежиесінде пайда болады.

Өндірістік шан атмосфералық ауаны ластауши негізгі фактор екендігі белгілі. Оның құрамында өндіріс орындары мен жылу-энергетикалық қесіпорындар және үйлерді жылыту қондырғыларының жұмысы нәтежиесінде бөлінетін көптеген заттар бар. Әсіреле ауаға көмірді жағу барысында ластауши заттар (кул, күе және

толық жанбай қалған қалдықты заттар) көп бөлінеді.

Сүйиқ ластауышы заттар зиянды газдардың ауаның құрамындағы ылғалмен араласуы нәтежесінде пайда болады. Мәселен, құқіртті газ сүмен өрекеттесіп құқіртті қышқылға айналады, атмосферадан «қышқыл» жанбыр ретінде жауады. Адам денсаулығына аса қауіпті смог – ауаның тұтін және газ қалдықтарымен өте күшті ластануы нәтежесінде түзілген улы газдар мен зиянды заттардың аэрозолдерінің қосындысы болып табылады. Газтәрізді ластауышы заттар атмосфераға өндірістік кәсіпорындар, химиялық зауыттар мен фабрикалар, жылыту жүйелері мен автокөліктен бөлінетін газдардан құралады.

Қазақстан Республикасында коршаған ортанның тазалығын жақсартуға бағытталған іс-шаралардың мемлекеттік және жергілікті деңгейлерде жүзеге асырылып жатқанына қарастан, еліміздің көптеген аймақтарында экология мәселесі аса маңызды әлеуметтік-экономикалық және медициналық өзекті мәселелеге айналып отыр. Әсіреле, өндіріс орындары мен жылу-энергетикалық кәсіпорындар көп шоғырланған, автотранспорты көп аймақтар мен ірі қалалардың аумағында коршаған ортанның ластануы қауіпті деңгейге жетіп отыр [3].

Алматының атмосфералық ауасын ластауышы көздер жылу-энергетикалық өндіріс нысандары (ТЭЦ-1, ТЭЦ-2, ГРЭС), өндіріс және құрылым мекемелері, жеке тұргын үйлерді жылыту жүйесі мен автокөліктер болып табылады. Атмосфералық ауаның құрамындағы ластауышы заттар адам организмінде 3 түрлі патологиялық өсерлер тузырады: жіті улану, созылмалы улану, ұзак уақытты өсер ету.

1. Жіті улану – заттың улы ингаляциялық мөлшерінің организмге бір мезгілде өсер етуі.

2. Созылмалы улану – заттың организмге аз мөлшерде, бірақ үздіксіз созылмалы өсер етуі.

3. Ұзак уақытты өсерлері: а) Гонадотроптық – ер адамдарда сперматогенез және әйелдерде овогенез үрдістеріне теріс өсері. б) Эмбриотроптық – жатырдағы ұрыққа өсері: тератогендік – әр түрлі ағзалардың дамуына кері өсері; эмбрионды улау – ұрықты улап, тіршілігін тоқтату немесе өсуінің тежелуі. в) Мутагендік – ДНК-да өзгерістер тузырып, хромосомдық аппаратқа зиянды өсері. г) Онкогендік – катерлі ісік ауруларын тузыру өсері.

Атмосфералық ауаның ластануына ерекшелерге қарағанда балалар мен жасөспірімдер организмі өте сезімтал екендігі белгілі. Ауа құрамындағы зиянды химиялық заттардың өсерінен олардың барлық ағзаларының құрылышы мен

кызметінде патологиялық өзгерістер тез дамиды [4]. Бұл балалар организмінің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктерімен байланысты. Балалардың терісінің, ас қорыту мен тыныс алу жолдарының шырышты қабығы нәзік, коршаған ортадан тұсуші заттарды өткізгіштігі жоғары болып келеді, гематоэнцефалдық корғанысы төмен, асқазан сөлінің қышқылдығы аз, бауырдың ферменттік жүйелері пісіп жетілмеген, жалпы және жергілікті иммунитеті әлсіз [5].

Бала организмі ана жатырындағы ұрықтық кезеңнен бастап коршаған ортанның әсерлерін сезіне бастайды. Қазіргі кезде 600-ден астам химиялық заттың анадан плацента арқылы ұрыққа өтіп, теріс әсер ететіндігі анықталған. Сондыктan баланың денсаулығы анасының бойындағы өзгерістермен тығыз байланысты болғандықтан, жүктілік кезінде коршаған ортанның, әсіреле атмосфералық ауаның тазалығының маңызы зор.

Лас ауа жүкті әйелдің әндокриндік, иммундық, тыныс алу, қан, жүрек-қан тамырлары жүйелерінде теріс өзгерістер тузырады. Арнайы жүргізілген бакылаулар атмосфералық ауасы ластанған аймақтарда тұратын жүкті әйелдердің арасында гестоздың ауыр түрлерінің 4,8 есе, қан аздылығы 2,6 есе, бүйрек патологиясы 2 есе жиілеп, жүрек-қан тамырлары ауруларының 21,6 пайызға артатындығын көрсетті. Ауаның ластануы жүкті әйелдердің іш тастауының көбейуіне, нәрестенің шала, бойы мен салмағының жеткілікісі болып туылуына, іштен туа біткен кемістіктердің жиілеуіне әкеп соғады.

Атмосфералық ауаның ластануы балалар мен жасөспірімдер денсаулығына да зор қауіп төндіруде. Осы бағытта жүргізілген ғылыми зерттеулер ірі қаланың ауасы лас аймағында тұратын балалар арасында жоғары тыныс жолдары ауруларының 1,5-2 есе, аллергиялық дерпттердің 1,6 есе, бронхиальдық астманың 1,3 есе жиі ұшырасатындығын анықтап берді. Осылынан катар мүнда дені сау балалар саны 2,9 есе кем, ал созылмалы аурулар 2 есе көп, функциональдық бұзылыстар 2,4 есе көп дамитындығы белгілі болды. Мектеп оқушыларына тереңдетіп жүргізілген медициналық тексерулер барысында әр түрлі ағзалардағы патологиялық өзгерістер мынадай жиілікпен байқалды: үйқы безі - 38-61%, өт жолдары - 17-50%, бүйрек-зәр ағзалары - 5-20%, жүрек-қантамырлары жүйесі - 17-39%, мұрын, құлак, көмей - 30-75%.

Сонымен, қазіргі кезде Алматы қаласы сияқты ірі мегаполисте атмосфералық ауаның ластануы және оның балалар мен жасөспірімдер организміне теріс өсері, денсаулықтарына тигізетін зияны әлеуметтік-медициналық өзекті

мәселе болып отыр. Осыған байланысты қала аумағындағы ауа бассейнін тазалығын жақсартуға және балалар мен жасөспірімдер денсаулығын қорғауға бағытталған арнайы іс-шаралар бағдарламасын дайындалап, оны іске асыруды шұғыл түрде қолға алу қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Назарбаев Н.Ә. Қазақстан Республикасы Президентінің Қазақстан халқына Жолдауы «Қазақстан-2030» / Н.Ә. Назарбаев. - Алматы, 1997.

2. Онищенко Г.Г. Окружающая среда и состояние здоровья населения / Г.Г. Онищенко. Гигиена и санитария, 2001. – №3. – С.3-8.

3. Современные проблемы экологии и состояние здоровья детского населения в Республике Казахстан / М.Н. Омарова [и др.]. - Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – 2002. - №3-4. –С. 9-15.

4. WHO The effects of Air Pollution on Childrens Health and Development: A Review of the Europe / Copenaggen, 2004. – Р.45-50.

5. Сабирова З.Ф. Антропогенное загрязнение атмосферного воздуха и состояние здоровья детского населения / З.Ф. Сабирова. Гигиена и санитария, 2001. - №2. - С. 9-11.

УДК 612.146.4-053.6

ЖАСӨСПРІМДЕРДІҢ АНТРОПОМЕТРЛІК ҚАН ҚЫСЫМЫНА ФИЗИКАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕНІҢ ӘСЕРІ

ҚАЗИ АҚАН

Жас натуралистер станциясы, Алматы қаласы

Резюме

В ходе уменьшения физических нагрузок давление крови повышается. В результате уменьшения физической нагрузки показатели давления меняются. Это связано с возрастными физиологическими особенностями подростков.

Тұжырым

Жүктеме түсіру барысында қан қысымдары жоғарылады. Нәтижесінде жүктеме түсіру барысында қан қысымдарының көрсеткіштері өзгерістерге ұшырайды. Мұның себебі, осы окушылардың өзара жас ерекшелік физиологиясына байланысты екендігін көрсетеді.

Summary

During the minimization of physical activity the blood pressure increases. As a result of minimized physical activity indicators of pressure change. This is connected with age-related physiological characteristics of adolescents.

Кіріспе. Қазақстан халқының әл-ауқатын арттыру-мемлекеттік саясаттың басты мақсаты. Адам бірте-бірте өзін қоршаған табиғаттың сан алуан құпия сырларын түсініп білу арқылы өз ағzasын зерттеуге де көніл бөлді. Мектеп окушыларының оқу барысында денсаулығында аздаған ақтау пайда болса, оған дер кезінде көрсетілген көмек, окушының денсаулығы, жалпы мәдениеттің артып, заман талабына сай өзін-өзі тану салуатты өмір салтын, негізін қалайды. Жеке тұлғаның денсаулығы физикалық өсіп жетіліне тікелей байланысты, ол антропометриялық көрсеткіштерімен анықталады.

Зерттеу мақсаты. Аталған ғылыми ізденіс жұмысы №86 мектеп-гимназиясының 13-14 жасар жасөспірімдердің антропометрлік қан қысымына физикалық жүктеменің әсерін анықтау мақсатында жүргізілді. Зерттеуге 8

сыныптың 20 окушы қатысты, 10 үл 10 қызы қатысты.

Зерттеудің әдістемесі. Антропометриялық амал, 20 Маринэ сынамасы, 20-Штанге сынамасы, 20 Гаравард степ-тест сынамаларын колдана отырып балалардың физикалық жұмыс істеу кабілетін анықтадық. Балаларға кез келген уақытта медициналық алғашқы көмек көрсетуге, баланың денсаулығын сақтауға, көтер факторларының алдың алуға.

Зерттеу кезеңдері:

1. Организмнің физикалық жұмыс істеу кабілетін анықтау.
2. Денсаулықтың физиологиялық жұмыс істеу қабілетін анықтау.
3. Организмнің бой салмақ арақатынасын антропометриялық амалдармен анықтау.
4. Маринэ сынамасы арқылы тамыр соғысын,

Гарвард степ-тест арқылы физикалық жүктемені түсіру арқылы тамыр соғысының жиілігін анықтау.

Зерттеу барысы. Мектеп жасындағы жасөспірмдердің денсаулығын бағалау, жинаған мәліметтерді салыстыру, балалардың денсаулығын негізгі көрсеткіштерін салыстыру.

Тәжірибелік маңызы. Денсаулықты бағалау тәсілдерін мектеп жасындағы ауыл және қала балаларының бой ұзындығын, тиісті дene салмағымен физикалық жұмыс істеу қабілетімен анықтап, салыстырып, қатер факторларын айқындау.

Әдебиеттерге шолу. Ғылыми деректердің қорытындысына қараганда адамдардың жұмыс қабілеттілігі 110 – 120 жасқа дейін сақталып, жасы орта есеппен 140 – 160-ка жетуі керек екен. Өмірде аз да болса 110, 120, 140, 170 тіптен 200 жас жасап отырған адамдар бар екені барлығы мызға мәлім. Олай болса, адам баласының ұзак өмір сүре алатынына бұл жағдайың өзі биолоғиялық жасына (орташа 160 жас) жете алмайды. Бұл адамдардың өз өмірлері үшін де және мемлекеттік үлкен маңызы бар құрделі мәселе. Түрлі ауруға шалдығып, өміріздің өте келте болуы, ми қызметі мен дene қызметінің үйлеспей қалуынан туады. Соның нәтижесінде ауру дертке де айналады. Бұған көп жағдайда өзіміз кінәліміз. Өйткені денеміз тұтас бір дene болғанымен, ол көптеген мүшелерден түзілген. Әрбір мүшелердің өзіне лайық құрылдысы және әрқайсының өзінше атқаратын қызметі бар. Осындаі әр тарап болған денелердің белгілі бір мақсатқа (тіршілік) қызмет етулерін нерв жүйесі мен ішкі секреция бездері реттеп, басқарып тұрады. Бұл жағдай өте құрделі жүретін организмнің жұмысы.

Денедегі көптеген мүшелердің, мысалы тыныс жүйесінің, жүрек-қан тамырларының, бұлшық еттердің, тағы басқа мүшелердің қызметтері тұғаннан бастап жетілгенге дейінгі аралықта бір-бірімен байланысты қалыптасады. Мысалы, адамның жалпы денесінің (бойының) сонымен бірге мүшелерінің де қөлемі жағынан есіп жетілуі қызарда орта есеппен 17 жаста, ал үл балаларда 21 жаста тоқтаса, олардың мүше жүйелерінің қызметі жағынан жетілуі 25-30 жастарда аяқтады. Сондықтан да осы жасқа дейін алған білім түрлі тіршілік жағдайынан қалыптасқан әдеттер келешек өмірге негіз болып қалады. Денедегі мүше және мүше жүйелерінің ретсіз жұмыс істеуі, әсіресе мектеп жасына дейінгі балаларда және тәменгі клас оқушыларында көп байқалады. Өйткені бұларда мүшелердің анатомиялық құрылдыс жағынан толық жетілмегені былай тұрсын, оларға коректік зат жеткізіп тұратын қан тамырлары сондай-ақ оларды бір-бірімен және сыртқы-ішкі ортамен байланыстырып: аштық-

токтықты, ауруды, ыстық-сұыкты, қауіп-қатерді, денеге пайдалы-зиянды жағдайларды сездіріп, басқарып тұратын нерв жүйелерінің де қызметі-физиологиялық толық жетілмеген болады.

Мұндай ми қызметі мен дene қызметтерінің үйлеспей қалу жағдайларын тізе берсек өте көп. Осылардың жиынтығы жалпы денсаулықтың бұзылуына душар етеді. Сондықтан жастарға қара жұмысты тапсырғанда олардың жасына және шама-шарқына қарай үйимдастыру қажеттілігі осыдан шығады. Өз денсаулығымызды бұзудағы кінәміз бұнымен бітпейді. Ес біліп, саналы әрекет жасайтын жатса да көпшілігім зиянды іске бой ұрамыз, оларды темекі шегу және арак-шарап ішу арқылы терендете түсеміз. Дұрыс өсіп, дамып келе жатқан организмнің негізі қасиеттерінің бір – сыртқы және ішкі ортаға бейімделіп отыруы болып есептелінеді. Сыртқы және ішкі ортаға организм өз мүшелерінің қызметін жетілдіру кезінде белгілі шартты рефлекстерді қалыптастырып, бейімделіп отырады. Оқушылардың мектепте білім алуы, оның болашағындағы маңызды факторы болумен қатар, баланың көп еңбек етуін қажет етеді. Жалпы оқу жүктемесі оқушылардың қунделекті іс-әрекеттіне әсер етуші бірнеше компоненттерден тұрады, соның ішіндегі ең басты фактор – ақыл-ой жүктемесіне әсер етуі.

Орталық гемодинамиканың көрсеткіштері жас ерекшелегіне байланысты, әрбір оқу жылында бейімделу өзгерістері әртүрлі бағытта болады. Бейімделу өзгерісінің сипатын зерттеу кезінде, ағза қызметінің өзгерісіндегі ауытқу жүйесіндегі әсерлер, оқушылардың ұзак уақытты бейімделу кезінде оқыту мен тәрбиелу жағдайында физикалық, динамикалық жүктемелер жатады. Олар бейімдеушілік өзгерісінде, жүрек-қантамыр, лабилді мен реактивті жүйесіндегі қызметінің құрделі нейрогуморалды механизмінің реттегіші болып табылады. Қанайналымның жекеленген түрлері, реттеуші мінез-құлышының ырғағы арқылы ажыратылады. Қанайналым жүйесіндегі бейімдеушілік өзгерістерін анықтау кезінде, қанайналым жүйесінің бастапқы қалыптағы қызметі мен реттеушілігіне, әсіресе ақыл-ой мен физикалық жүктемелер кезіндегі гемодинамикалық өзгерістеріне қоніл аударған жөн.

Жас ерекшелік физиологиясы бойынша 7-8 жасар балаларда ол, сынап бағанасы бойынша 99/64 мм, 12 жастағыларда - 105/70, 13-15 жастағыларда 107/73, және ересектерде (20-40 жастағы) 110/80 мм. Оның үстіне ер балаларда 5-9 жаста артериялық қысым қыз балаларға қарағанда жоғары, ал 9-4 жаста көрісінше. Жыныстық пісіп-жетілудің басталуымен ер балалардың қан қысы-

мыңызысы циклінің ұзақтығы 6-7 жасар балада 0,63 секундқа, 12 жастағында – 0,75, ал үлкен адамда – 0,8 секундқа тең. 6-7 жасар баланың жүрек минутына 95-100 рет, 12 жастағыда 80-90, ал үлкен адамда 68-10 рет жиырылады.

Жасөспірімдердің хронобиологиялық зерттеулері өзекті мәселе, себебі олар өзгеріштеріне, соның ішінде бірінші кезекте ритмостаз өзгеріштеріне сезімтал. Мұғалімдер мен тәрбиешілер үшін қызығы тудыратын кезендер – жастық кезен (11-12 жастан бастап, 15-17 жасқа дейінгі аралық), жасөспірімдер кезені, себебі, дәл осы кезен жасөспірімдер ағзасында эндокринді қайта құрылу үрдістерімен, екеншілік жыныстық белгілерінің пісіп жетілуімен байланыстырады. Өз кезегінде бұл үрдістер ағзада жүйке бұлшық еттерінің ауытқуларына, қозғыштықтықтың жүргізуленгенде болса, олардың мүшелерінің қызметтінің бұзылуына әкеліп соғады. Мысалы шамадан тыс дene жұмысын жасағанда жастардың қан тамырлары тар болғандықтан жүрекке және өкпеге көп күш түседі. Жүректен күшті қысыммен шыққан қандар, оның тамырларына симай кернеп кетеді. Жүректің кіші қан айналу жолымен барған қан өкпенің де бір калыпты қызметтін бұзады. Нәтижеде жүректің бұлшық еттері шамадан тыс созылып және жүрек құлақшаларының да жұмысы бұзыла бастайды. Шыққан нәтижені есепке ала отырып қала балаларына дene енбегімен шұғылдануға, дұрыс тамактануға, салауатты өмір салтын сактау ұсынылады.

Зерттеу жұмыстары. Зерттеу жұмысы үшін Алматы қаласындағы №86 мектеп-гимназиясының 86 сынып оқушыларынан жасөспірім 10 үл және 10 қыз алынды. Бұл жасөспірімдер күнтізбесі барлығында салыстырмалы түрде ұқсас, бойлары мен салмақтарында қатты айырмашылықтарды байқалмайды. Зерттеліп отырған топтардың жүрек жұмысында ешқандай ауытқушылықтар жок және дene сау болғанына байланысты, сыйналушылар өздерін субъективті түрде сау деп санайды. Антропометриялық амалмен 20 Маринэ амалдары және 20 Гарвард тест сынамаларын қолдана отырып балалардың жұмыс істеу қабілетін анықтадық. Маринэ сынамасы арқылы тамыр соғысын, Гарвард степ-тест арқылы физикалық жүктемені түсіру арқылы тамыр соғысы жиілігін анықтадық. Арнайы күнделіктер толтырылып отырылды. Қан қысымдарын өлшеп, бойының ұзындығы, кеудесінің өлшемі күнделікке жазылып отырылды. Жүрек соғу жиілігін орташа тәуліктік деңгейінің (мезор) көрсеткіштері, Ресей ғылымдарының зерттеулері бойынша 15 жастағы ұлдар тобының көрсеткіштері $70,3 \pm 5,8$ мин/соғуы, біздін көрсеткіштерге қарағанда төмен $79,4 \pm 7,34$ болған (1 кесте). Осы көрсеткіштерге сүйіне отырып,

жасөспірімдердің жүрек соғу жиілігінің орташа мәнін шығаруға болады: ол мына мәндер 75-80 мин/соғуы аралығында. Бұл көрсеткіш әдебиет көздеріндегі мәліметтермен және зерттеліп отырған жұмыстармен сәйкес болып отыр.

Корытынды. Корытындылай келе жүктеме түсіру барысында қан қысымдары жоғарылады. Нәтижесінде жүктеме түсіру барысында қан қысымдарының көрсеткіштері өзгерістерге ұшырайды. Мұның себебі, осы оқушылардың өзара жас ерекшелік физиологиясына байланысты екендігін көрсетеді. Жұмыс шамасын әлі білмейтін жастағы балаларды қызықтырып, шамасынан тыс жұмыс жасататын болса, олардың мүшелерінің қызметтінің бұзылуына әкеліп соғады. Мысалы шамадан тыс дene жұмысын жасағанда жастардың қан тамырлары тар болғандықтан жүрекке және өкпеге көп күш түседі. Жүректен күшті қысыммен шыққан қандар, оның тамырларына симай кернеп кетеді. Жүректің кіші қан айналу жолымен барған қан өкпенің де бір калыпты қызметтін бұзады. Нәтижеде жүректің бұлшық еттері шамадан тыс созылып және жүрек құлақшаларының да жұмысы бұзыла бастайды. Шыққан нәтижені есепке ала отырып қала балаларына дene енбегімен шұғылдануға, дұрыс тамактануға, салауатты өмір салтын сактау ұсынылады.

Тек қана жасқа сай жасөспірімдердің хронобиологиялық ерекшеліктеріне сүйене отырып жасалған дұрыс күнтізбе, тыныштық жағдай, сабак бағдарламаларының тұрақты және бірқалыпты өтуі, дene шынықтыру және спорт, сабактан тыс өткізілетін қызықты жұмыстар, үлкендер таралынан түсінушілік болған жағдайдаған, жасөспірімдерде көмелеттік жасы ағзаға әртүрлі тиетін қауіп-каторсіз, функционалді ауытқуларсыз өтеді. Жасөспірімдерге негізгі хронобиологиялық өзгерістер негізінен 12-16 аралықтарында қалыптасып, тұрақталады. Зерттелген жас тобында жасөспірімдер күнтізбесін құрасында жүктемелері қобісіне құндізгі уақытына қойылу қажет, ал ең қызын сабактары мен тапсырмалары тал түскі уақытка қойылғаны дұрыс болады деген тұжырым шығарылды.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Дүйсембин К. Жасқа сай физиология және мектеп гигиенасы / К. Дүйсембин, З. Алиакбарова. - Алматы, 2003. - 8-17 б.
2. Хрипкова А.Г. Возрастная физиология и школьная гигиена / А.Г. Хрипкова, М.В. Антропова, А.А. Фарбер. - Москва, Просвещение, 1990. - 9-10 б.
3. Муравьев А.Г. Экологический практикум / А.Г. Муравьев, Н.А. Пугал, В.Н. Лаврова. -Санкт-Петербург, Крисмас, 2003.

УДК 615.331:637.146.34:616.34-002

ШЕК ИНФЕКЦИЯЛАРЫНА ҚАРСЫ ТҮЙЕ СҮТІ НЕГІЗІНДЕ ПРОБИОТИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТЫ ДАЙЫНДАУ ҮШІН СҮТҚЫШҚЫЛ БАКТЕРИЯЛАРЫНЫҢ БІРЛЕСТІГІ

Л. ҚАЙРАТХАН, Г.Н. ДУДИКОВА, И.С. САВИЦКАЯ, Ө.З. САҒЫНДЫКОВ

Әл-Фараби атындағы Қазак ұлттық университеті, Алматы қаласы

Резюме

Исследованы консорциум молочнокислых бактерий для приготовления пробиотического препарата. В результате исследования были выбраны штаммы молочнокислых бактерий *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8*.

Тұжырым

Пробиотикалық препаратты дайындау үшін сүт қышқылы бактериясының консорциумы зерттелген. Зерттеудің нәтижесінде *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* сүт қышқылы бактерияларының штаммдары тандалғандар.

Summary

The consortiums of bacteria lactic have investigated for probiotic preparation. As the result of research work cultures of bacteria lactic *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* have chosen.

Адам ағзасына жағымды әсерін тигізетін, асқорыту жолының қызметін жақсартатын, асқазан – ішек жолдарының микробиоценозын реттейтін, кейбір арнайы инфекциялық аурулардың алдын алатын және емдеу үшін қолданылатын қазіргі таңдағы биологиялық белсенді заттардың, диеталық қоспалардың, функционалды тағамдардың, пробиотиктердің, пребиотиктер мен синбиотиктердің кең көлемде өндірілуінің маңызы зор екендігі белгілі. Ағзадағы басты рөлді қалыпты микрофлора аткарғандықтан, бұл құбылысқа басты назар аудару қажет, яғни дисбиоз немесе дисбактериоз ауруына жол бермеу үшін микрофлораның құрамын және оның өзгеріс зан-дышықтарын ескере кету маңызды, сонымен қатар бұндай індектек жол бермеу үшін нормобиозды үнемі қалпына келтіріп отыру керек [1].

Пробиотикалық бактериялардың ең маңызды қасиеттеріне колониялық тұрақтылықты қамта-массыз ету, яғни ішек қабырғаларын ағзага сыртқы ортадан түсетін бактериялар мен улы заттардан қорғау кабілеті болып табылады. Колониялық тұрақтылық кешен механизімінде пробиотикалық дақылдардың антагонистік белсенділігі маңызды рөл аткарады. Қазіргі таңда сүтқышқылы бактериялардың antimикробтық қасиеті мен механизімін зерттеу көптеген ғалымдардың назарын аударуда [2].

Сүтқышқыл бактериялардың антагонистік қасиеті олардың өндіретін бактериоциндерінің әсеріне және олардың өсуі мен жетілу үдерісінде органикалық қышқылдардың, спирттің, асқын тотықтардың және тағыда басқа метаболиттердің жинақталуына байланысты [3].

Жұмыстың мақсаты: Пробиотикалық препараттарды құру үшін пробиотикалық қасиеттеріне байланысты бірлестік тандау.

Материалдар мен әдістер: Жұмыста Қазак өнеркәсіпті қайта өндеу және азықтық ғылыми-зерттеу институтының дақылдық жинағынан пробиотикалық қасиеттеріне байланысты іріктеліп алынған *Lc. lactis subsp. lactis K-8*, *Lb. acidophilus KM-2*, *Lc. cremoris TM-5* штаммдары қолданылды [4].

Бұл штаммдардан жасалған бірлестіктер сүтті үйіту белсенділігіне, қышқылтұзу энергиясына, түзілген үйіктың ылғалды ұстап тұру қасиетіне, антагонистік және антибиотиктерге тәзімділік қасиеттеріне, органолептикалық және микробиологиялық көрсеткіштері бойынша тексеріліп, тандалды. Титрленетін қышқылды анықтау үшін Тернер әдісі, микроскоптау Грам әдісі бойынша және антагонистік қасиетті анықтауды агарды диффузия әдісі, антибиотикке тәзімділікті анықтауда қағазды диск әдісі қолданылды [5].

Зерттеу нәтижелері: Жоғарыда көрсетілген штаммдардан 6 түрлі нұсқа бірлестігі құрастырылды. Бірінші нұсқада сиыр сүтін (6 %) үйіту үшін *Lb. acidophilus KM-2* штаммы қолданылды. Үйік 8 сағаттан соң түзілді, үйік консистенциясы біртекті, тегіс, тығыз, ак түсті және жақсы дәмімен ерекшеленді. Үйіткыны микроскоптаған кезде жеке коккаларды, ұзын жеке және екі-екі ден тізбектелген таяқшаларды және қыска таяқшалар болды. Екінші нұсқада *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5* штаммдары қолданылды. Үйік 4 сағаттан соң түзілді, консистенциясы біртекті, тегіс, тығыз, ак түсті, асты жағынан

аздаған қатпарлар түзілді және дәмі жағымды, аздаған тәтті дәммен ерекшеленді. Үйитқыны микроскоптаған кезде жеке коккалар мен таяқшалар, 2-3 тең тізбектелген таяқшалар анықталды. Үшінші нұскада *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* штамдары қолданылды. Үйік 4 сағаттан соң түзілді, үйік консистенциясы біртекті, тегіс, тығыз, ак түсті және органолептикалық көрсеткіші бойынша үйіткы таза сүтқышқылды дәмімен ерекшеленді. Үйитқыны микроскоптаған кезде диплакоккалар, ұзын 2-3-тен тізбектелген таяқшалар анықталды.

4, 5, 6 нұскада сүтқышқыл бактериялар штамдарын келесідей үйлестірдік: *Lb. acidophilus ЖТ-1*, *Lb. acidophilus ЖТ-1 + Lc. cremoris TM-5* және *Lb. acidophilus ЖТ-1 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* органолептикалық көрсеткіштер бойынша бұл ұш нұсканың да дәмі ашы болды. Сондықтан бұл нұскалар ары қарай бірлестік құру үшін қолданылмады.

Ары қарай 1,2,3 нұскада штамдарының үйлесімдері түйе сүтіне егілді. Эксперимент үшін сүт алдын ала қайнатылды. Егу келесідей түрде жасалды: 100 мл түйе сүтіне 5 мл дақыл отырғызылды. Бесінші тәулікте барлық нұскаларда pH 3,89-4,93 дейінгі аралықта болды. Титрленетін қышқылдық 24 сағаттан соң 1 нұскада $104 \pm 1^{\circ}\text{C}$ -ді көрсетсе, 2 нұскада - $134 \pm 2^{\circ}\text{C}$, 3 нұскада - $216 \pm 3^{\circ}\text{C}$ көрсетті.

Бұл нұскалар түзген үйіктардың ылғалды үстай қасиеті жоғары болды. Сәйкесінше 6,8; 6,2; 5,2 көрсеткіштерді көрсетті. Ескере кететін жайт, іріктеліп алынған штамдар түйе сүтіндегі тығыз үйік түзбеді. Үйік біртекті емес, аздаған қабаттанулар байқалды. Бұл түйе сүтінің өзіндік құрамына тікелей байланысты. Түйе сүтінің құрамында Ca^{2+} ионы, май мен фосфор тұзарының көп болуына байланысты, жоғары буферлікке ие. Сол себепті тығыз біртекті үйіктің түзілуіне кедегі жасайды.

Органолептикалық көрсеткіштер бойынша барлық ұш нұскада да жағымды сүтқышқылды дәм анықталды. Ары қарай егу материалының көлемін тексеру үшін эксперимент қойылды. Алынған нәтижелер бойынша егілген дақылдың 3%-тен 7%-ке дейінгі көлеміндегі зерттелген үлгілерде pH 4,34-тен 4,37 аралығында болды. Ал бақылауда pH 4,44-ті құрады. Бұл түйе сүтіндегі спонтанды микрофлораның болғандығын көрсетеді. Қышқыл түзу шегі бойынша ең жоғарғы көрсеткіш 5%-ды егін материалды, 1 нұскада - $384 \pm 3^{\circ}\text{C}$ болды. Ал ең тәменгі қышқыл түзу шегі 7%-ды егін материалында, 3 нұскада - $300 \pm 3^{\circ}\text{C}$ болды. Барлық зерттелінген нұскаларда

жағымды сүтқышқылды дәм мен іісі анықталды. Ен жақсы өндірістік қасиетті құрамында *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* штамдары бар 3%-ды егін материалды 3 нұска мен 5%-ды егін материалды 1 нұска (*Lb. acidophilus KM-2*) көрсетті. Бұл нұскаларда қышқылдылығы тәмен болып, $150 \pm 1^{\circ}\text{C}$ -ды құрады. Бұл өте маңызды, себебі түйе сүтінің өзінде сүтті үйітатын спонтанды микрофлора бар.

*Lb. acidophilus KM-2, Lc. lactis subsp. *cremoris* TM-5* және *Lc. lactis subsp. lactis K-8* штамдары антибиотиктерге жоғары тәзімділікті көрсетті. Бірлестік құрамына кіретін сүтқышқылды бактерияларын 6 тест дақылға антагонистік қасиеттін тексеруге тәжірибе қойылды. Зерттеулер көрсеткендегі бірлестікке кіретін сүтқышқылды бактериялар Грам он, *Staphylococcus aureus* және *Micrococcus luteus*, спора түзетін – *Bacillus subtilis* және Грам теріс – тест – дақылдарының өсуін тежеді.

Қорыта келгенде, бірлестікті келесі талаптар: қышқылтузу энергиясы, түзілген үйіктардың ылғалустағыш қасиеті, антибиотиктерге тәзімділігі, жағымды сүтқышқылды дәмді органолептикалық көрсеткіштері бойынша және егін көлемінде қарай іріктелік. Нәтижесінде *Lb. acidophilus KM-2 + Lc. cremoris TM-5 + Lc. lactis subsp. lactis K-8* штамдар бірлестігін пробиотик препараттарын құру үйіткісі ретінде ұсынылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБІЕТТЕР ТІЗІМІ:

- Гаврилова Н.Н. Антагонистическая активность молочнокислых бактерий в отношении возбудителей кишечных инфекций / Н.Н. Гаврилова, Л.М. Лукашева, В.В. Горелова // Актуальные направления в технологии получения антибиотиков и других биологических соединений микробного происхождения. – 1991. – С.53.

- Гаврилова Н.Н. Создание и производство новых пробиотиков на основе бактериальных культур: автореф. дис. докт. / Гаврилова Н.Н. – Алматы, – 1993. – 46 с.

- Сагындықова С.З. Сүт қышқылы бактерияларының практикалық маңызы мен қолданыс ауқымы / С.З. Сагындықова, А.М Мұксанов, У. Сагындыков, И.А. Аубакирова, А. Нұргалиева // Материалы международной научно-практической конференции «Каспий в судьбах народов Евразии: история и перспективы сотрудничества». – Атырау. – 2006. – Б. 189-193.

- Дудикова Г.Н. Өндірісі үшін микроорганизмдер коллекциясын қолдау және практикада колдану / Г.Н. Дудикова, У.З. Сагындыков // Актуальные проблемы микробиологии и биотехнологии: Междунар. науч.-практич. конф. посвящ. 80-летию акад. НАН РК А.Н. Илялетдинова (11-12 июня 2009). – Алматы. – 2009. – Б. 31-34.

- Шоканов Н.К. Микробиология / Н.К. Шоканов, С.З. Сагындықова, Ф.А. Серікбаева. Алматы, Арыс , 2003. – 192 6.

УДК 504.75:613.1(574)

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ПРОБЛЕМАЛАР ЖӘНЕ ОНЫ ШЕШУ МҮМКІНДІКТЕРИ

Ж.Б. ШІЛДЕБАЕВ, Ш.А. БАЛҒЫНБЕКОВ

Абай атындағы Қазақ Ұлттық педагогикалық университеті, Алматы қаласы

Резюме

В данной статье рассматриваются сегодняшние экологические проблемы Казахстана и пути их решения.

Тұжырым

Макалада бұғынгі таңда Қазақстандағы экологиялық мәселе және оны шешу жолдары талқыланады.

Summary

This article investigates today ecological situation of the Kazakhstan. Furthermore it is describes the problems of the Kazakhstan and the ways to solve them in the future.

Қазақстандағы экологиялық проблемалар егеменді ел болған кезімізде айқын білінді. 1991 жылдан бастап газет беттерінде т.б.басылымдарда туған өлкеміздің табиғаты, экологиялық жағдайы туралы көптеген шындықтың беті ашылды. Жер бетінде жалғыз Семей полигоны бар деп ұрандаш жүргенімізде, оған коса Аз ғыр, Тайсойған, Нарын, Сарышағын, Сарыөзек полигондары туралы мәліметтер жарияланды.

Шын мәнінде, туған еліміздің экологиялық ахуалы туралы көшілік біле бермейді. Себебі, экологиялық акпараттардың басылымдарда жариялануы көбінесе жалаң факторларға негізделеді. Оның көбісі халықтың құлағын жауыр Арап, Семей, Балқаш экологиясымен шектеліп, ең соңында көшеге ағаш отырғызумен мәселе шешіледі. Ал, шын мәнінде Қазақстанның қазіргі экологиялық жағдайы калай? Осы бір бұғынгі күннің өзекті проблемасына талдау жасап көрейік.

Бірінші экологиялық проблема – жер ресурстары. Кара алтынға бағаланатын топырақтың қадір – қасиетін қастерлемейтін халық жоқ шығар. Қазақстанның жер көлемі 2,7 млн км². Бұл көлем адам басына шаққанда дүниежүзі елдерінің ішінде алдыңғы орындардың бірінде. Барлық жердің 80% ауыл шаруышылығына жарамды жерлер болса оның 26,6 млн гектар егістік дерлер де, ал 182 млн гектар табиғи жайылымның үлесіне тиеді.

Сонғы жылдары Қазақстан жерінің экологиялық жағдайы нашарлай тұсуде. Әсіресе, шөлге айналу процесі жылдам жүруде. Оның көптеген себептері бар. Негізгі себептер – жерді аяусыз пайдалану, тоздыру, ластау, агротехникалық шараларды сактамау болып табылады. Сол сияқты өндіріс қалдықтарының далаға шығарылуы, су тасқындары, жүйесіз суару,

химиялық улы препараттарды есепсіз пайдалану, жасанды минералды тыңайтқыштарды сауатсыз пайдалану төмөндегідей экологиялық алатты жағдайға әкелді. Олар негізінен:

- Қазақстанның барлық жерлерінің 66% шөлге айналу процесіне үшырап отыр;

- Тың игеру кезінде тың өлкенің құнарлы топырағының қарашірігі 30-35% азайды;

- Қазақстанның өнеркәсіптер шоғырланған аймақтары ауыр металдармен, мұнай өнімдерімен, радиациялық қалдықтар және т.б. уттығы токсиндері заттармен ластанған;

- 30 млн гектар табиғи жайылымдар су және жел эрозиясына үшырап отыр;

Аталған фактілер қазақ жерінің бұғынгі экологиялық жағдайын көрсетіп қана қоймай, оны қайта қалпына кітіру жұмыстарын жүргізуі катаң талап етеді. Осы жағдайлар жердің иесі тек қана мемлекет болуы керектігін мензейді. Өйтпеген жағдайда жердің жеке меншікке қолды болып кетуі, оның сапасын жаксартудың орнына өлеуметтік – экономикалық және экологиялық жағдайларды шиеленістіре түсүі мүмкін.

Екінші экологиялық проблема – су ресурстары. Қазақстан суға тапшы елдер қатарына жатады. Судың негізгі қоры – жер үсті және жер асты сулары. Ең басты қауіп негізгі таза су қорларын 100,5 км³ десек, оның 56,6 км³ ғана Қазақстан территориясынан құралса, қалғаны 44,0 км³ шетелдерден (Ресей, Қытай, Өзбекстан, Қыргызстан) келді. Мұның өзі қай кезде болмасын су проблемасын шешу шетелдік мемлекеттерге тәуелді екенімізді көрсетеді. Қазірдің өзінде Іле, Сырдария, Ертіс және т.б. өзендердің суы азайып, оның атырабындағы ну – тоғайларды, табиғи жайылымдардың тозуына әкеліп отыр.

Таза су тапшылығы қазіргі кезде Шығыс – Қазақстан, Атырау, Қызылорда, Манғыстау облыстарында қатты сезілуде. Оның үстіне өзен – көлдердің ластануы (ауыр металдар, мұнай өнімдері, радиоактивті қалдықтар, химиялық заттар т.б.) ТМД елдерінің ішінде жоғары деңгейде. Әсіресе Сырдария, Іле, Ертіс, Нұра, Елек, Шу өзендерінің ластануы сын көтермейді.

Каспий экожүйесінің экологиялық ахуалы да өте нашар. Теніз өніріндегі мұнай қоры қазақ халқының бақыты мне сорына бірдей жаралғандай. Әсіресе, мұнай өндіру, өндеу және тасымалдау кезіндегі мұнай сұына араласып ластауда. Оның үсіне теңіз деңгейінің табиғи көтерілуі оның жағалауындағы жүздеген мұнай скважиналарын, жана май қоймаларын су астында қалдыры. Оның зардабынан 1998–99 жылдары 30–35 мың бас теңіз мысығы (тюлень) және ондаған мың су құстарының, балықтардың қырылып қалғанын көпшілік ұмыта қойған жок. Ал, кара уылдырық беретін бағалы бекіре балығының тағдыры браконьерлердің қолында қалып отыр. Осы жағдайлардың бәрі Каспийдің экологиялық ахуалының өз шешімін таптай отырғанын көрсетеді.

Соңғы мәліметтер бойынша республика тұрғындарын сапалы, таза ауыз сумен қамтамасыз ету проблемасы өткір қойылып отыр. Бұл мәселе бойынша Қызылорда, Солтүстік Қазақстан, Атырау, Батыс Қазақстан, Қостанай облыстарының қамтамасыз етілуі канагаттанғысыз деп танылған. Мұның негізгі себептері, су құбырларының ескіруі, автоматтандырылған су тарату жүйесінің болмауы, ауыз суды тарату технологиясының қазіргі талапқа сай еместігі болып отыр. Осы аталған факторлардың аталған айматары тұрғындардың денсаулығына көптеп нұқсан келтіріп отыр, осы айматардағы жұқпалы аурулар, әкпе – тыныс жолдарының қабынуы, жүрек кан тамырлары, гепатит, төберкулез т.б. аурулармен ауырғандар республика бойынша алдынғы орында тұр. Бұл жағдайлар су экологиясын жақсартуды көздейді.

Үшінші экологиялық проблема – Қазақстан территориясының радиоактивті қалдықтармен ластануы. Республика территориясында радиоактивті қалдықтардың 118 үйіндісі 1412 гектар жерді алып жатыр. Ал, әлемге әйгілі Семей полигоны республика жер көлемінің 25 % қамтығыны белгілі. Осы жерлер бүтінгі күнге дейін цезий – 137, уран т.б. радиоактивті элементтермен ластануда. Республика жеріндегі радиоактивті қалдықтарды көму, залалсыздандыру проблемасы але өз шешімін тапқан жоқ.

Қазір әскери полигон болған жерлерде радиоактивті қалдықтар 1,11 млн тонна құрап отыр. Оның үлес салмағы Манғыстау (40,4 %), Шығыс Қазақстан (27,6 %), Қызылорда (22,4 %), және Онтүстік Қазақстанда (9,55 %) пайызыға тең. Бұған коса ірі өнеркәсіп орындарында 2,283 млн тонна радиоактивті қалдықтар жинақталған.

Ал, мақтанышымызға айналған «Байқоңыр» ғарыш аймағының экологиялық проблемасы бұрынғы қалпында қалып отыр. Соңғы жылдары ғана (2000–2007) «Байқоңыр» ғарыш аймағынан 1200 ғарыштық аппараттар, оның 1186 континентаралық баллистикалық ракеталар ұшырылды. Ал, 1999, 2006 жылдары опат болған Ресейдің «Протон» ғарыш кемесі Ұлытау, Жанақарқа, Қарқаралы жеріне ең улы гептилий жана майын төгіп кетті. Осы айматардағы қауіпті ісік, нерв – жүйке ауруларына ұшырамаған отбасы кемде-кем шығар. Осы аталған фактілер «Байқоңыр» ғарыш аймағын жабу туралы мәселені көтеріп отырғаны бекер емес екені анық. Ендігі жердегі «Байқоңыр» ғарыш аймағын шетелдерге жалға беруден түсетін пайда мен зиянды таразыға салатын уақыт жеткен сияқты. Аталған жағдайлар бүкіл адамзат қауымын ойландыратын экологиялық проблемаға айналып отыр.

Төртінші экологиялық проблема – Қазақстан республикасының ауа бассейнің ахуалы. Ауа бассейнің латануы әлемдік экологиялық проблемаға жатады. Кейбір ғылыми мәліметтерге сүйенсек атмосфера дағы оттегімен көмір қышқыл газының арасындағы тепе-тендіктің арақатынасы 15–20 % ауытқығаны анықталған. Бұл көрсеткіш бүкіл жер шарының орташа температурасын $+1^{\circ}\text{C}$ – ка көтерген. Экологиялық болжамдар бойынша 2050 жылдары бұл көрсеткіш 20–25 % өсken жағдайда жердің орташа температурасы $2,7^{\circ}\text{C}$ – қа өспек. Онда арктикамен мәнгі мұздықтар (айсбергтер) еріп, әлемдік мұхиттар мен теңіздердің деңгейі көтеріліп құрғактың жанасып жаткан жағалауын су басу кезеңі басталмақ. Бұл процесс басталып та кетті. Адамзат қауымы осы бір экологиялық апатты болдырмауы тиіс. Оның негізгі көздері – өртүрлі өнеркәсіп орындары. Атап айтқанда оның үлес салмағы: тау-кен өнеркәсібінде – 9,44 %, өндіруші мекемелер – 23,9 %, металлургия өнеркәсібі – 21,2 %, электр қуатын өндіруші – 28,3 %, транспорт пен байланыс мекемелері – 3,10 % тиеді.

Жоғарыда экологиялық проблемаларды талдау барысында түйген ойымыз республика-

мында қалыптасып отырған экологиялық проблемаларды шешу баршамыздың міндегіміз болмақ. Ол үшін Елбасының қолдау көрсетіп отырған экологиялық саясатын іске асыру, қоғамның ортақ пікірін туғызу арқылы барлық мекемелерді, әкімшіліктерді жұмылдыру. Оның ұтымды тетіктерінің бірі – көпшіліктің экологиялық білімін, тәрбиесін және мәдениетін қалыптастыру керек. Бұл мәселе Елбасының қолдауымен 1996 жылдан бастап бірнеше маңызды құжаттар қабылданды. Соның ішінде «Экологиялық білім бағдарламасы» (1999), «Экологиялық білім тұжырымдамасы» (2006), және «Қазақстан Республикасының 2004-2015 жылдарға арналған экологиялық қауіпсіздік тұжырымдамасы» (2003), «Экологиялық кодекс» (2007) құжаттарының маңызы өте зор.

Қорыта келгенде, біздің мақсат – Қазақстан Республикасының экологиялық проблемаларын оқып үйрену ғана емес, оны жүзеге асыру. Осы орайда Ресей үкіметінің биылғы 2010 жылдан бастап экология пәнін орта мектептердің 5-11 сыныптарына арнайы пән ретінде енгізуге жарлық беруі өтे қуантарлық оқиға болды. Ал, бұл бастаманы Қазақстан Республикасының Білім және Ғылым министрлігі назарына алуы тиіс деп сенеміз. Өйткені, экологиялық ахуалы онсызда шиеленісіп тұрған кезде республикамызда көпшілікке экологиялық білім берудің бірден – бір жолы – мектеп. Демек, табиғат байлықтарын болашақ үрпактарымызға жеткізу бүгінгі аға буынның парызы болмақ.

УДК 613.15:614.715:504.75.05(574)

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ЛАСТАНУ ДЕНГЕЙІ

С.К. ҚАУАШЕВ, Ш.А. БАЛҒЫНБЕКОВ

Абай атындағы Қазак Ұлттық педагогикалық университеті, Алматы қаласы

Резюме

В статье рассматриваются наиболее актуальные проблемы загрязнения окружающей среды города Алматы в настоящее время.

Тұжырым

Бұл мақалада Алматы қаласындағы қоршаган ортандың ластануының ең манызды мәселелер қарастырылған.

Summary

In this article will be considered some problems of pollution surroundings of Almaty city in present.

Кез-келген елдің экологиялық мәселесі көpte-
ген себептерге, сонын ішінде физикалық және гео-
графиялық, экономикалық жағдайы мен
мемлекеттік әлеументтік–саяси құрылымына бай-
ланысты (1). Біздің елімізде қалыптасып отырган
экологиялық жағдай халықтың денсаулығы үшін
бүгінгі күні ғана емес, сонымен қатар келешек үрпак
үшін қауіпті екендігі ғалым-дәрігерлер мен эколог-
тардың аландаушылығын тудырып отыр (2,3).

«Казгидромет» РМК және «Гидрометрологи-
ялық мониторингі орталығы» ЕМК мәліметтері
бойынша (2009) ірі өндірістік кәсіпорындардың
жоқтығына қарамастан, Алматы қаласы атмос-
фералық ауасының ластануы жағынан республи-
кағы Балхаш, Жезказған, Қарағанды, Риддер,
Теміртау, Өскемен, Екібастұз сияқты индустрия
орталықтарының көбін артта қалдырады екен.
Бұл жұмыста еліміздегі ірі қаланың бірі - Алма-

ты қаласының ластану денгейіне салыстырмалы
түрде 1998-2003 және 2003-2008 жылдар аралы-
ғында талдау жасалады.

Атмосфералық ауаны негізгі ластаушы заттардың концентрациясына статистикалық өндеуден өткізілді. Талдау нәтежиелері атмосфералық ауаның ластану денгейінің көрсеткіші 2003-2008 жылдармен салыстырылғанда 1998-2003 жылдары жоғары болғанын көрсетті (1-кесте).

Бұл көрсеткіштің сипаттамасы ыңғайлы болу
үшін 1998-2003 жылдары 1-ші кезең деп атасақ, ал 2003-2008 жылдары 2-ші кезең деп атайдык. 1-
ші кезенде зерттеу кезінде шаның концентрациясы шектелген рүқсат етілген концентрациядан (ШРЕК) екі есе көп болады. Ал 2-ші кезенде ШРЕК шекті мөлшерде болады. Сол кезендерде күкірттің екі оксиді 0,01 мг/м дейін төмендей, бірінші және екінші кезендерде ШРЕК-тен аск-

**1-кесте. Атмосфералық ауаның 1998-2003 және 2003-2008 жылдар аралығындағы
зиянды заттармен ластанудың орташа көрсеткіші**

Айы	Концентрация, мг/м							
	Шан		SO2		CO		NO2	
	1998-2003	2003-2008	1998-2003	2003-2008	1998-2003	2003-2008	1998-2003	2003-2008
Қантар	0,34	0,18	0,04	0,02	4,5	2,7	0,11	0,10
Ақпан	0,29	0,19	0,04	0,02	4,2	3,2	0,10	0,11
Наурыз	0,28	0,17	0,03	0,02	3,3	2,4	0,10	0,07
Сәуір	0,33	0,15	0,02	0,01	2,5	1,7	0,10	0,06
Мамыр	0,29	0,14	0,01	0,01	2,5	2,0	0,08	0,06
Маусым	0,31	0,18	0,02	0,01	2,6	2,1	0,08	0,06
Шілде	0,33	0,18	0,02	0,01	2,7	2,1	0,07	0,06
Тамыз	0,29	0,17	0,02	0,00	2,7	2,1	0,06	0,07
Қыркүйек	0,37	0,17	0,02	0,01	2,7	1,9	0,07	0,08
Қазан	0,35	0,15	0,02	0,01	3,6	2,6	0,08	0,08
Қараша	0,38	0,15	0,02	0,01	4,2	3,1	0,08	0,09
Желтоқсан	0,27	0,20	0,03	0,01	4,9	3,1	0,09	0,10
Жылдық көрсеткіш	0,32	0,17	0,02	0,01	3,4	2,4	0,09	0,08

2-кесте. Ауыз судың қолданудагы іштей сәулелену барысындағы күтілген жылдық мөлшердің есебі (Ra226 үшін)

Сынаманы талдау орны	Жыл, мерзім	Ауыз судың орташа белсенділігі Бк/л	Мөлшерлік коэффицент Е, Зв/Бк		Күтілген жылдық мөлшерлік үстеме Е, мЗв/жыл	
			1 жасқа дейінгі балалар үшін	Ересектер үшін	1 жасқа дейінгі балалар үшін	Ересектер үшін
Улкен Алматы Өзені	2009 қыс (кантар – наурыз)	0,068	4,7*10-6	2,8*10-7	0,3	0,015
Кіші Алматы Өзені	2009 қыс (кантар-наурыз)	0,053	4,7*10-6	2,8*10-7	0,2	0,009

ан жоқ. Көміртегі оксиді бірінші кезенде ШРЕК шекті мөлшерде болды, ал 2003-2008 жылдары оның концентрациясы 1,5 есеге дейін төмендеді. Азот оксидінің концентрациясы екі кезенде де ШРЕК-тен екі есе жоғары болды. Ирі мегаполистің жалпы табиғи климат жағдайы атмосфераның жерге жақын қабатында ластаушы әрі зиянды заттардың артық жинақталуы мен сипатталады. Өз кезегінде ол жылдың сипаттарына қарамастан үйреншікте болып кеткен, улы кара бұлттың (смог) пайда болуына әкеліп соғады. Атмосфералық ауаның ластануын табиғи желдету әлсіз болған жағдайда бұл тұрғындардың денсаулығына кері өсерін тигізеді және шешімін күттірмейтін, өзекті экологиялық мәселеге айналып отыр. Алматы қаласы үшін атмосфералық ауаны негізгі ластаушылар ретінде азот оксиді (NO_2), құқырт диоксиді (SO_2), көміртек оксиді (CO) және өлшушлі заттар болып отыр және атмосфера ластануының экологиялық қауіптілігін анықтап адамның денсаулығына кері өсерін тигізетін де осылар. Сонымен қатар ауадығы денсаулыққа зиянды формальдегидтің орташа есеппен бір жылдық мөлшері осы қоспаның болу шегінен 5 есе, фенол, азот қышқылы мен шаң екі есе арттық екендігі анықталған. Осылайша атмосфераны газ төріздес және өндірістік көздерден шыққан катты қалдық есебінен ластау адам өмірі мен денсаулығына, биосфераға, табиғат ресурстарына (негізінен су мен топыраққа), ғимараттар мен материалдарға тікелей немесе жанама зиянды өсер тудырады.

Сонымен қатар, бүгінгі танда радиоактивті заттармен уланған жер қабаттары мен жер астындағы суларды шаруашылыққа, ауыз су қажеттіліктері өтеу үшін пайдалану өте қауіпті болып отыр. Бұл аймақтардағы ауыз су сапасының төмендеуі халық арасындағы

созылмалы ауру-сырқаулардың және жүқпалы аурулар санының өсуіне, сонымен қатар, уран өндіретін кен орындарын сумен жабдықтайтын аудандардың ластануы барысында балалар арасында осы ауруларды пайдалануда түрлі белгісіз аурулардың көбейуіне әкеліп соғуда. Арнайы жүргізілген о-сәулеленудің қайнар көзі болып табылатын Ra226 құрамын зерттеу барысында Алматы өзені суының құрамында Ra226 өте жоғары дәрежеде бар екені анықталды. Барлығымызға белгілі мәлімет бойынша, су айдындарындағы судың құрамында Ra226 ионды ертінді күйінде кездеседі. Сондықтан оның басым бөлігі судың құрамында қалады.

Ra226 бейімділігі белгіленген маныздылығымен есептелінеді. Сондықтан мына жағдайларды ерекше ескеру қажет:

а) ересектерге қарағанда, балалардың іштей сәулелену өсері біршама қарқынды;

ә) техногендік радионуклидтің өсеріне қарағанда, табиғи раионуклидтің әкелетін зардабы көбірек.

Есептеу үлгісі: Күтілген нәтижелі мөлшер балалар үшін 3,47 белсенділікте (судың жылдық қолдану есебі НРБ-99 көрсеткіші бойынша және 800 л-ге тендер алынған):

$$\begin{aligned} 3,47 \cdot 4,7 \cdot 10^{-6} \text{ Зв} \cdot 800 &= \\ &= 13047,2 \cdot 10^{-6} \text{ Зв/жыл} = 13,04 \text{ мЗв/жыл.} \end{aligned}$$

Ересектер үшін:

$$\begin{aligned} 3,47 \cdot 2,8 \cdot 10^{-7} \text{ Зв} \cdot 800 &= \\ &= 7772,8 \cdot 10^{-7} \text{ Зв/жыл} = 0,7 \text{ мЗв/жыл.} \end{aligned}$$

Осы екінші кестеден мынадай корытынды шыгаруға болады: Қазақстанда жаратылыстағы жоғары табиғи концентрациялы радионуклидердің жылдық мөлшері ауыз суда әр адамның басына шакқанда НРБ-99 көрсеткіші бойынша 0,2 мЗв/жыл-ға тең болса, ал Алматы бассейні аумағындағы ересектер жағдайында бұл көрсеткіш 3,5 есеге ар-

тып отыр. Дәл осы берілген концентрацияның өсері өмшек жасындағы балаларда 65,2 есеге дейін артады. Сонымен, Алматы қаласы еліміздегі қоршаған ортаның ластану деңгейі қанағатанарлықсыз аймактардың қатарына жатады. Бұл қала тұрғындарының денсаулығына теріс өсер етіп, халық арасында әр түрлі аурулардың кеңінен таралуының басты себептерінің бірі екендігі сөзсіз. Осыған байланысты қаланың экологиялық жағдайын жақсартуға бағытталған шаралар кешенді түрде жүргізуі кажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

- Омаркулов Т.О.* Проблемы, пути стабилизации и оздоровления экологии Казахстана / Т.О. Омаркулов, М.Ш. Сулейманова // Вестник КазНУ, серия «Экология». - Алматы, 1997. - №3. - С. 70-71.
- Байтулин И.О.* Экологические проблемы Казахстана / И.О. Байтулин // Вестник НАН РК. - Алматы, 2002. - №1. - С. 12-17.
- Кулажанов К.С.* Экологические проблемы проблемы химической промышленности и пути их решения / К.С. Кулажанов, Т.С. Омаркулов, М.Ш. Сулейманова // Материалы 17-го Менделеевского съезда по общей и прикладной химии (Казань, 22-26 сентябрь) - 2003. - Т. 3. - С. 325-327.

УДК 378.17/.18

КРЕАТИВНЫЕ, АКТИВНЫЕ И ЗДОРОВЫЕ СТУДЕНТЫ НАШЕГО УНИВЕРСИТЕТА

З.М БИЯШЕВА, Н. КЕНЖЕБАЕВ

Казахский Национальный Университет им. Аль-Фараби, г.Алматы

Резюме

В статье освещены проблемы по развитию учебного процесса, условий жизни, учебы и экологические программы студентов КазНУ им. Аль-Фараби.

Тұжырым

Мәтінде Аль-Фараби атындағы ҚазҰУ оқыту үрдісі, өмір сүру жағдайы, студенттердің экологиялық қызметі туралы айтылған.

Summary

In this article we highlighted the work on the development of the educational processes, the living and studying conditions in the Kazakh National University after Al-Farabi, also environmental activities of students of our university.

Представители КазНУ (авторы статьи) считают, что территория, экология, условия жизни и техническая обеспеченность учебы с каждым годом улучшаются. Например, ежегодно высаживаются хвойные деревья, открыто функционирует интернет-кафе. В КазГУграде есть все необходимое для ведения здорового образа жизни: чистый воздух, спортивный комплекс, тренажерные залы и др. Мы хотим, чтобы наш общий дом – КазНУ – был чистым, поэтому частоходим на субботники, в которых активное участие принимают почти все: начиная от студентов до декана.

Ежегодно среди профессорско-преподавательского состава и студентов проводится спартакиада «Здоровье». Она проходит по нескольким видам спорта, таким как футбол, волейбол, бадминтон, настольный теннис и др. Целью соревнований является пропаганда здорового образа жизни.

На биологическом факультете создан кружок «Эколог». Он ведет свою деятельность в области развития экологической культуры и мировоззрения студентов, призывая к бережному отношению к окружающей среде и ведению здорового образа жизни. Представители кружка проводят

экотуры, направленные на очистку мусора на особо охраняемых территориях. Студенты активно отдыхают, поправляя свое здоровье и совмещая это с полезным делом.

У нас организовано собственное движение «Green way». У представителей движения много планов и задумок, среди которых создание кампуса и велосипедной стоянки на территории КазНУ. Мы надеемся, что уже в ближайшее будущее эти планы реализуются. Движение «Green way» и кружок «Эколог» были соорганизаторами первого фестиваля экологического кино «Экочашка» в Казахстане (24-27 февраля).

На базе КазНУ локализовано Студенческое Бюро по Болонскому процессу. Это первая

студенческая организация в Казахстане, главной целью которой является продвижение принципов Болонского процесса внутри университета и за его пределами. В программу работы Студенческого Бюро входит оказание психологической помощи студентам в критических, ответственных ситуациях. Например, при сдаче вступительных экзаменов, первой сессии и т.п.

К сожалению, у нашей студенческой молодежи есть и проблемы. Это проблемы курения, малоподвижного образа жизни, нерационального питания и экологического бескультурья. Каждый из нас в силу своих возможностей борется с этими проблемами, но только совместными усилиями мы можем добиться существенного результата.
